

مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، درمان نوین شناختی رفتاری مبتنی بر پیشگیری و درمان معمول بر علائم افسردگی و سایر علائم روان‌پزشکی

تاریخ دریافت: ۸۹/۳/۱۶

تاریخ پذیرش: ۹۰/۲/۱۲

پروانه محمدخانی**، کیت دابسون**، فاطمه حسینی‌غفاری***، فرشته مومنی***

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، درمان نوین شناختی رفتاری مبتنی بر پیشگیری و درمان معمول بر علائم افسردگی و سایر علائم روان‌پزشکی در نمونه‌ای از بیماران افسرده در فاز بهبودی نسبی صورت گرفت.

روش: روش این پژوهش آزمایشی بود و در آن از طرح پیش آزمون - پس آزمون استفاده شد. گروه‌های آزمایش شامل سه گروه درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (۱۳۴ نفر)، درمان نوین شناختی رفتاری (۱۲۱ نفر) و درمان معمول (۹۶ نفر) قرار گرفتند. بیماران از طریق مصاحبه ساختار یافته به منظور حصول اطمینان از اینکه دارای سابقه اختلال افسردگی بوده و در زمان مطالعه در دوره بهبودی نسبی به سر می‌بردند مورد ارزیابی قرار گرفتند. پس از اختصاص بیماران در سه گروه، ابزارهای خود گزارشی نظیر پرسشنامه علائم مختصر و پرسشنامه افسردگی بک به عنوان پیش آزمون و پس از کار آزمایشی بالینی، پس آزمون و ارزیابی‌های ۶ ماهه و ۱۲ ماهه به اجرا درآمد.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان شناختی رفتاری به صورت معناداری در کاهش علائم باقی مانده افسردگی و همچنین سایر علائم روان‌پزشکی در بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر بودند. الگوی کلی نتایج حاکی از آن است که هر دو درمان فوق به یک میزان در کاهش علائم اثربخش بوده به ویژه میزان اثربخشی هر دو درمان در ارزیابی‌های پی‌گیری ۶ ماهه در مقایسه با درمان دارویی نشان داده شد. اما در مقایسه نتایج دو گروه درمان و با روش تحلیل کواریانس تفاوت معنی‌داری به دست نیامد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر پیشگیری، بر کاهش علائم افسردگی و سایر علائم روان‌پزشکی مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، درمان شناختی رفتاری، درمان معمول، افسردگی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی

parmohamir@yahoo.com

* نویسنده مسئول: استاد، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

ksdobson@ucalgary.ca

** روان‌شناس بالینی، گروه روان‌شناسی دانشگاه کلگری، کلگری، کانادا

f.h.ghafari@gmail.com

*** دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

momenipsy@gmail.com

*** دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران

مقدمه

افسردگی اساسی اختلالی متشکل از مجموعه‌ای از علائم ناتوان کننده است [۱]. بین ۲۰ تا ۵۰ درصد نوجوانان سطوحی از علائم افسردگی را گزارش می‌دهند [۲] که این علائم با نقص در عملکرد روانی-اجتماعی و بیماری‌های متعاقب آن همراه است [۳، ۴]. نقص عملکرد همراه علائم افسردگی، غالباً شدید است و معمولاً با بیماری‌های جسمانی، مشکلات مربوط به سلامتی جسمانی [۵، ۶]، فرایندهای شناختی ناسازگارانه [۷] و کاهش رفتارهای مثبت [۸] همراه است. افسردگی اغلب با اختلالاتی چون اختلالات اضطرابی، سوء مصرف الکل و غیره همراه می‌شوند [۹، ۱۰]. شدت علائم و یا تشخیص اضطراب اغلب مقدم بر علائم افسردگی است [۱۱، ۱۲، ۱۳]. در سطح نشانه‌ای، همبستگی بین اضطراب و افسردگی در ارزیابی‌های خودگزارشی، بالای ۶۱ درصد گزارش شده است [۱۴]. براون^۱ و بارلو^۲ [۱۵] گزارش داده‌اند که ۵۵ درصد از مبتلایان به اختلالات خلقی یا اضطرابی، علائمی از تشخیص‌های دیگر دال بر وجود اختلالات اضطرابی یا افسردگی داشته که این میزان در هنگام تشخیص طول عمر بالاتر از ۷۹ درصد برآورد شده است. اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده خوئی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال اضطراب منتشر بیشترین اختلالات همبود با افسردگی است [۱۶، ۱۷]. همچنین همبودی اضطراب و افسردگی با افزایش شدت علائم، درد روان‌شناختی و نقص کلی مرتبط است [۱۸، ۱۹]. در مقایسه با افرادی که هر کدام از اختلالات مذکور را به تنهایی دارند، بیماران مبتلا به اضطراب و افسردگی نقص کارکردی بیشتری داشته، اغلب در شغل و عملکردهای اجتماعی پائین‌تر و پاسخ درمانی ضعیف‌تری نیز دارند [۲۰]. با دانستن این مطلب، به نظر می‌رسد مطالعاتی که با هدف تعیین اثربخشی درمان افسردگی انجام شده می‌توانند به این سؤال پاسخ دهند که آیا این درمان‌ها بر علائم افسردگی یا سایر علائم اثر دارند یا خیر. همان گونه که در نوشته‌های پژوهش آمده، بایستی توجه داشت که در درمان افسردگی نه تنها درمان دوره‌های حاد آن مهم است بلکه بایستی بر پیشگیری از عود نیز

تمرکز شود [۲۱]. اکثر افرادی که مبتلا به اختلال افسردگی تشخیص داده شده‌اند، نه تنها یک دوره بلکه دوره‌های متعددی از افسردگی بالینی را تجربه کرده‌اند. در واقع یک فرد مبتلا به افسردگی حدود ۶ دوره افسردگی را در طی عمر خویش تجربه می‌کند [۲۲]. در سال‌های اخیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن [۲۳] یکی از روش‌های شناخته شده‌ای است که بر پیشگیری از عود در افسردگی تمرکز کرده است. درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر این فرض بنا شده که افراد افسرده‌ای که در معرض عود قرار می‌گیرند، تمایل بیشتری برای ارزیابی فرآیندهای شناختی رخدادهای دارند. بنابراین هنگام بهبود از یک دوره افسردگی و بلافاصله پس از تجربه رخداد منفی، خود گویی‌هایی داشته که باعث برانگیختگی پاسخ‌های ابتدایی در آنها شده و بالقوه زمینه ساز عود می‌شوند. در رویکرد درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، به بیماران آموزش می‌دهند تا خلق منفی را به شیوه‌ای کامل و مبتنی بر ذهن تجربه کنند. به بیانی، به اصلاح شناخت‌های منفی و خنثی کردن آنها بپردازند که کاهش تمایل به بیش برآورد رخدادهای یا تجارب منفی را به ارمغان می‌آورد. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که این شیوه در قیاس با شیوه‌های معمول، باعث کاهش میزان عود به میزان ۵۰ درصد می‌شود. این تأثیرات درمانی، در بیمارانی با افسردگی مزمن نیز مشاهده شده است (داشتن ۳ دوره یا بیشتر، افسردگی اساسی قبلی تعریف شده است). در سه دهه اخیر در حدود ۲۰۰ مطالعه مقایسه‌ای در مورد اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی در مقایسه با شرایط کنترل و سایر درمان‌ها انجام شده است [۲۳]. این مطالعات نشان داده‌اند که درمان‌های روان‌شناختی تأثیر معناداری بر افسردگی در بزرگسالان دارند [۲۴] و درمان شناختی-رفتاری بیشترین شواهد اثربخشی درمانی را نشان داده است. نکته قابل توجه موفقیت درمان شناختی-رفتاری استاندارد در درمان دوره‌های افسردگی و همچنین کاهش میزان عود در مقایسه با درمان دارویی است [۲۱] اما اثربخشی این رویکردها بر سایر علائم همراه افسردگی، مورد بررسی قرار نگرفته‌اند. این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر علائم و نشانه‌های مقاوم افسردگی و مقایسه این اثرات با

1- Mindfulness-Based Cognitive Therapy

2- Brown & Barlow

درمان معمولی (شامل درمان دارویی یا هر درمانی می‌شد که بیمار دریافت می‌داشت) با تسهیل‌گر گروه برای بحث در مورد فرایندهای بعدی تا شروع دوره درمانی پس از زمان انتظار به سر بردند. درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن توسط دستورالعمل موجود [۲۳] و درمان شناختی رفتاری با هدف پیشگیری از عود افسردگی اجرا شد [۲۴]. بیماران در هر دو گروه درمان فعال اجازه داشتند هم زمان درمان دارویی یا هر نوع درمان معمول را دریافت دارند. برگه کار و برگه‌های درمانی برای تمرین بیماران به فارسی برگردانده شد. این مطالعه در تهران در دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی انجام شد. مواد درمانی و تمامی پرسشنامه‌ها به انگلیسی نگاشته شده و پس از آن به فارسی با شیوه ترجمه معکوس برگردانده شد. تمامی بیماران قبل از شرکت در پژوهش برگه رضایت‌نامه را تکمیل و موافقت خود را برای شرکت در پژوهش اعلام کردند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دارا بودن حداقل یک دوره افسردگی و قرار داشتن در دوره بهبودی نسبی، داشتن توانایی درک آموزش‌های درمانی، عدم وجود بیماری روان‌پزشکی. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: تشخیص اختلالات سایکوتیک، سوء مصرف مواد، ابتلاء به اختلال جسمی که افسردگی قابل استناد به آن باشد، ابتلاء به اختلال شخصیت مرزی بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی - نسخه چهارم در محور ۲، وجود افکار خودکشی یا برنامه برای اقدام به خودکشی در زمان بررسی، ابتلاء به درد مزمن، وجود تاریخچه‌ای از اختلال خلقی دو قطبی و غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی. محتوی جلسات شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن عبارت بود از: جلسه اول) شناسایی هدایت خودکار و خروج از آن، حضور ذهن از فعالیت‌های روزانه، واریسی بدنی. جلسه دوم) سر و کار داشتن با موانع: واکنش به حوادث روزانه، جدول فعالیت‌های لذت‌بخش، مراقبه نشسته ۱۰ دقیقه‌ای. جلسه سوم) حضور ذهن یا آگاهی از تنفس: حفظ هوشیاری، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه‌ای، تنفس و بدن، حس‌های بدنی ناراحت. جلسه چهارم) ماندن در زمان حال: دلبستگی، بیزاری و کسالت. جلسه پنجم) اجازه دادن / مجوز حضور: پذیرش تجارب فردی. جلسه ششم) افکار حقایق نیستند: افکار فقط افکارند. جلسه هفتم) چطور می‌توانیم به

درمان معمول و میزان پاسخ درمانی مرتبط با سایر علائم همراه بیماران افسرده انجام شد که تحت درمان با یکی از سه درمان اخیر شناختی - رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان‌های معمول^۱ قرار داده شدند: تمرکز مطالعه فوق نه فقط بر نتایج بالینی این درمان‌ها بلکه بر میزان توافق پاسخ‌های درمانی با شرایط درمانی متعدد و تأثیرات کنترل شده درمان بر سایر علائم روان‌شناختی همراه افسردگی بود.

روش

طرح پژوهش: این مطالعه در قالب یک طرح آزمایشی تصادفی صورت گرفت که هدف آن مقایسه درمان شناختی - رفتاری پیشگیری از عود افسردگی با درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان معمول در نمونه‌ای از بیماران افسرده موقتاً بهبود یافته بود. همچنین با توجه به وجود پس‌آزمون و دوره‌های پیگیری طرح از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با پیگیری است.

آزمودنیها: بیماران از طریق آگهی و معرفی از کلینیک‌های روان‌شناسان و روان‌پزشکان به مطالعه فرا خوانده شدند و مجموعه‌ای متشکل از ۳۵۱ بیمار از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات DSM^۲ مورد ارزیابی واقع شدند تا از اینکه علائمی از حداقل یک دوره افسردگی را تجربه کرده و در دوره بهبود نسبی قرار دارند، اطمینان حاصل شود [۲۵]. نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند چند مرکزی انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (n=۱۳۴)، درمان شناختی رفتاری (n=۱۲۱) یا درمان معمولی (n=۹۶) قرار داده شدند. درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان شناختی رفتاری توسط درمانگران آموزش دیده اجرا شد. هر دو درمان به صورت گروهی با تعداد ۱۲ تا ۱۵ شرکت‌کننده و یکبار در هفته به مدت ۲ ساعت و در طول ۱۶ هفته انجام شد. ارزیابی پیگیری ۶ ماه پس از اتمام درمان صورت گرفت. قبل از شروع جلسات، شرکت‌کنندگان در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان شناختی رفتاری برای مصاحبه‌ای دعوت شدند و درمانگران آنها را برای شرکت در درمان آماده کردند. در حالیکه بیماران در گروه

1- Treatment As Usual

2- Structured Clinical Interview for DSM Disorders

پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (از ۰ تا ۴) پاسخ داده می‌شود. گزینه‌ها از هیچگاه تا شدیداً متغیر است. علائم در چند زیر مقیاس قرار می‌گیرند که نشانگر بازنمایی‌هایی از آسیب روانی، جسمانی سازی، وسواسی-جبری، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خشم، اضطراب فوبیک، عقاید پارانویا و روان پریشی است [۲۹].

روند اجرای پژوهش: به منظور بررسی تأثیر هر کدام از روش‌های درمانی (مقایسه درون گروهی) نتایج پیش آزمون و پس آزمون هر گروه از طریق اطلاعات حاصل از پرسشنامه در اولین و آخرین جلسه درمانی مورد مقایسه قرار گرفت. از روش تحلیل کواریانس نیز به منظور مقایسه نتایج روش‌های درمانی استفاده و نمره آزمودنیها در پیش آزمون به عنوان متغیر همگام در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

هدف این پژوهش مقایسه درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و شناختی- رفتاری نوین در مقایسه با گروه کنترل در بیماران است. میانگین سنی بیماران ۳۹/۱ و میانگین دوره افسردگی قبلی آنها ۲/۱۹ سال بود. ۵۰/۸۱ درصد از بیماران متأهل و ۴۹/۱۲ درصد مجرد بودند. اکثر بیماران بیکار (۶۰/۷ درصد) و ۳۵/۶ درصد از آنها تحصیلات دبیرستانی را تکمیل کرده یا حداقل تحصیلات بالای راهنمایی داشتند. آزمون خی دو تفاوت معناداری را بین گروه‌ها در متغیرهای جنسیت و تحصیلات نشان نداد. داده‌های جدول ۱ میانگین و انحراف معیار گروه‌های مداخله را در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. آزمون لون حکایت از برابری واریانس‌ها داشت ($F=1/84$, $P>0/05$) جدول ۲ و ۳ تفاوت نمرات سه گروه را در پس آزمون و پیگیری با تحلیل کواریانس نشان می‌دهد. متغیر همگام در این پژوهش نمره پیش آزمون است. نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همگام برای کنترل تأثیر درمانی آنها در بدو ورود به مداخله به کار رفته است. افزون بر آن هیچ گرایشی برای کاهش سطح علائم اضافی در درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در پیگیری ۶ ماهه وجود نداشت. در واقع هم درمان شناختی رفتاری و هم درمان مبتنی بر حضور ذهن در کاهش پایدار نشانگان بیماران مؤثر بوده‌اند.

بهترین وجهی مراقب خودمان باشیم: فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و مهارت آمیز، فهرست علائم و نشانه‌های عود، تهیه برنامه فعالیت برای مقابله با عود و آماده سازی برنامه فعالیت تمرین خداحافظی کردن. جلسه هشتم) کاربرد آنچه آموختیم برای سر و کار داشتن با خلق منفی در آینده [۲۳]. محتوی جلسات درمان نوین شناختی- رفتاری عبارت بود از: جلسه اول: مقدمات و مروری بر مدل پیشگیری از افسردگی، ارزش پایش خلق و فعالیت، معرفی عوامل خطر افسردگی. جلسه دوم: بازنگری خلق و فعالیت، توصیف مفهوم اجتناب و رابطه آن با افسردگی. جلسه سوم: نقش فعالیت در عود، حل مسأله و مقابله با استرس، برنامه‌ریزی فعالیت برای انجام امور روزانه، چیرگی برنا فعال بودن و اجتناب‌ها. جلسه چهارم: نقش افکار منفی در افسردگی، استفاده از برنامه‌ریزی فعالیت در چیرگی بر نشخوار ذهنی و نگرانی‌ها. جلسه پنجم: نقش خطاهای شناختی در افسردگی. جلسه ششم: نقش اسنادها در افسردگی (مسئولیت/ شرم). جلسه هفتم: معنی زندگی، اهداف و گزینش هدف. جلسه هشتم: بازنگری بر مطالب آموخته شده.

ابزار:

۱- پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم): این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است که به منظور ارزیابی علائم افسردگی طراحی شده است. هر کدام از سؤال‌های آن شامل ۴ گزینه (۰ تا ۳ درجه) بوده که نشانگر سطوحی از افسردگی است. نمره کل آن بین ۰ تا ۶۳ قرار دارد و نمرات بالاتر نشانگر شدت علائم است. این پرسشنامه یکی از رایج‌ترین ابزار برای ارزیابی افسردگی در بزرگسالان است. مطالعات صورت گرفته، نشان داده‌اند که این ابزار از ضریب همسانی درونی خوبی برخوردار بوده (آلفای کرونباخ ۰/۹۲) و اعتبار آزمون از طریق بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۳ گزارش شده است [۲۶، ۲۷].

۲- پرسشنامه علائم مختصر: پرسشنامه علائم مختصر در نمونه‌ای از فرم ایرانی هنجاریابی شده است [۲۸]. این پرسشنامه یک ابزار غربالگری است که علائم بالینی را به عنوان نشان دهنده‌های آسیب هیجانی دانسته و متشکل از ۵۳ سؤال است که توسط خود بیمار درجه‌بندی می‌شود. این

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار نمرات در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری سه گروه

پیش آزمون	شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن		شناخت درمانی مبتنی بر پیشگیری		درمان معمول	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۶۸/۱۹	۳۸/۲۵	۷۱/۰۴	۳۷/۳۱	۷۲/۴۱	۳۵/۴۱	
۵۲/۵۱	۴۳/۰۱	۵۲/۲۷	۳۸/۹۵	۷۲/۹۹	۳۶/۱۴	
۵۴/۱۶	۴۷/۸۶	۳۶/۹۵	۳۷/۲۸	۶۸/۵۵	۳۹/۰۴	

جدول ۲) نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه تأثیر روش‌های مداخله‌ای در بیماران افسرده در مرحله پس آزمون

شاخص متغیر	درجه آزادی	ضریب F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری	میانگین تعدیل شده
پیش آزمون	۲	۲۵۸/۰۹	۰/۰۰۰۵	۰/۴۵	۱/۰۰۰	۵۹/۰۹
عضویت گروهی	۲	۱۴/۱۴	۰/۰۰۰۵	۰/۰۷	۰/۹۹	

جدول ۳) نتایج تحلیل کواریانس برای مقایسه تأثیر روش‌های مداخله‌ای در بیماران افسرده در مرحله پیگیری

شاخص متغیر	درجه آزادی	ضریب F	معناداری	میزان تأثیر	توان آماری	میانگین تعدیل شده
پیش آزمون	۲	۶۹/۹۱	۰/۰۰۰۵	۰/۱۷	۱/۰۰۰	۵۳/۲۱
عضویت گروهی	۲	۱۷/۵۳	۰/۰۰۰۵	۰/۰۹	۱/۰۰۰	

بحث

ذهن فقط هنگامی اثربخش است که بیمار در بهبودی کامل نه در حال بهبود باشد، هر چند نتایج احتمالی از مطالعات کنترل نشده این یافته را تأیید نموده است [۳۶، ۳۷، ۳۸]. اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر پیشگیری از عود افسردگی در مطالعات پیشین مشاهده شده بود [۳۹]. همچنین اثر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن نیز مورد بررسی قرار گرفته بود [۴۰، ۴۱]. اما هیچ مطالعه‌ی مقایسه‌ای در زمینه اثربخشی این دو شیوه درمانی بر سایر علائم بیماران افسرده صورت نگرفته بود [۳۰]. یکی از دلایل این مسأله این فرضیه است که این دو شیوه درمانی برای مقاصد مختلفی ایجاد شده‌اند. هر چند، نتایج تحقیقات فوق با این فرضیه مقابله می‌کند اما تفاوت معناداری بین شناختی- رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن مشاهده نشد. در ابتدا این نتیجه تا حدی شگفت آور به نظر می‌رسد زیرا درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن اختصاصاً به منظور پیشگیری از عود ایجاد شده است. اگرچه مدل شناختی رفتاری به کار برده شده در این مطالعه یک مدل شناختی رفتاری پیشگیری از عود بود. همچنین با وجود آن که شناختی- رفتاری برای درمان افسردگی حاد و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای پیشگیری از عود استفاده می‌شود اما شباهت‌های پایه‌ای در این دو مدل درمانی مشاهده می‌شود و پایه‌های تئوریک هر دو درمان

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر علائم و نشانه‌های مقاوم افسردگی و مقایسه این اثرات با درمان بود. دومین هدف مطالعه فوق مقایسه درمان شناختی- رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش علائم دیگر است که می‌تواند درمان مختصر را پیچیده کرده یا مانع از آن شود [۳۰، ۳۱]. همان گونه که نتایج پژوهش نشان داد درمان شناختی- رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن به صورت معناداری در کاهش علائم افسردگی و سایر علائم روان‌شناختی در بیماران افسرده تحت درمان موقت مؤثر بود، این در صورتی است که بعضی از علائم در گروهی که تحت درمان معمول بودند همچنان در پیگیری‌ها باقی ماند. یافته‌های پژوهش اخیر در تأیید یافته‌های پیشین در اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بود [۳۲]. همچنین درمان شناختی- رفتاری نیز چنین اثربخشی را داشت که بیانگر آن است که هر دو درمان فوق اثربخشی بیشتری نسبت به درمان‌های معمولی داشتند [۳۳، ۳۴، ۳۵]. این یافته‌ها، نتایج پیشین را در مورد بیماران که در حال بهبودی بوده‌اند تأیید می‌کند. مطالعات تجربی گذشته بیماران در حال بهبود را متمایز کرده و بیان می‌کند که درمان شناختی مبتنی بر حضور

طولانی‌تری هم در قالب نتایج درمانی و هم تکرار ارزیابی‌ها داشته باشد [۴۳]. این ارزیابی‌ها بایستی در مورد محدودیت‌های تعمیم اثرات درمانی بوده و بالقوه مسیر و جهت تغییرات درمانی افسردگی و سایر نتایج برنامه‌های پیشگیری را نشان دهد. این محدودیت‌ها هنگام تفسیر یافته‌ها بایستی مد نظر قرار گیرد. علاوه بر این شکل اصلاح شده درمان شناختی- رفتاری که در مطالعه اخیر مورد استفاده قرار گرفته عامل مهمی است که بایستی در مطالعات بعدی مد نظر قرار داده شود.

منابع

- 1- Dozois DJ, Dobson KS. Handbook of assessment and treatment planning for psychological disorders. New York: Guilford Press. 2002: 259-299.
- 2- Kessler RC, Avenevoli S, Merikangas, KR. Mood disorders in children and adolescents: An epidemiologic perspective. Bio sych. 2001; (49): 1002-1014.
- 3- Puig-Antich J, Kaufman J, Ryan ND, Williamson DE, Dahl RE, Lukens E, Todak G, Ambrosini P, Rabinovich H, Nelson B. The psychosocial functioning and family environment of depressed adolescent. J the AmAca of Child and Adoles Psychiatr. 1993; (32): 244-253.
- 4- Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B. Childhood and adolescent depression: A review of the past 10 years. Am Child AdolesPsychiatr. 1996; (35): 1427-1439.
- 5- Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: Mechanisms and disease progression. Bio Psychiatr. 2003; (54): 269-282.
- 6- Stevens DE, Merikangas KR, Merikangas JR. Comorbidity of depression and other medical conditions. Handbook of Depression, 2nd Ed. New York: Guilford Press; 1995. p. 147-199.
- 7- Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford; 1979.
- 8- Hopko DR, Armento M, Chambers L, Cantu M, Lejuez CW. The use of daily diaries to assess the relations among mood state, overt behavior, and reward value of activities. Behav Res & Ther. 2003; (41): 1137-1148.
- 9- Angold A, Costello EJ, Erkanli A. Comorbidity. J Child PsycholPsychiatr Allied Discip. 1999; (40): 57-87.
- 10- Mineka S, Watson D, Clark LA. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. Ann Rev Psycholo. 1998; (49): 377-412.
- 11- Cohen P, Cohen J, Kasen S, Velez CN, Hartmark C, Johnson J, Rojas M, Brook J, Streuning EL. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence-I. Age-

اصول شناختی است. هر دو شیوه بر افکار منفی و اجتناب رفتاری که در افسردگی جزء مبانی محوری است تأکید دارند [۳۰] و به بیماران کمک می‌کنند تا با این افکار مشکل ساز مقابله کنند. اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر پیشگیری از عود افسردگی در این مطالعه، کاربردهای مهمی داشته و بخصوص در کاهش علائم مقاوم به درمان هنگامی که با ساختار درمانی متناسب با این هدف نیز همراه باشد، مؤثر است. مزیت دوم درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و شناختی- رفتاری که گزارش شد، آن است که هر دو درمان تأثیر معنادار و مداومی بر کاهش سایر علائم روان‌پزشکی در بیماران افسرده دارند. در نوشته‌های پژوهشی نشان داده شده است که افسردگی با اختلالاتی نظیر اضطراب، اختلالات جسمانی شکل، اختلال وسواسی- جبری و حمله پانیک همراه است [۲۴، ۳۴] که در این مطالعه توسط پرسشنامه علائم مختصر سنجیده شد. این امر که نمرات پرسشنامه علائم مختصر و خصوصاً نمرات افسردگی در مطالعه اخیر کاهش نشان داده بیانگر همراهی افسردگی با سایر علائم ارزیابی شده در پرسشنامه علائم مختصر است. اگرچه نمی‌توان از نتایج این مطالعه مشخص کرد که آیا کاهش افسردگی مقدم بر تغییر در سایر علائم در پرسشنامه علائم مختصر یا بالعکس بود اما نشان داده شد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و شناختی- رفتاری سایر علائم و نشانه‌های همبود با افسردگی را تغییر داد. این موارد باعث افزایش میزان قدرت درمانی مبتنی بر شواهد شناختی- رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و سایر کاربردهای عملی آن در مقایسه با درمان‌های جاری است. این مطالعه محدودیت‌های زیادی داشت. اول اینکه ابزار ما برای ارزیابی آسیب روان‌شناختی، یک ابزار غربالگر بود که بهتر است نشانگان با یک ابزار تشخیصی سنجیده شوند. زیر مقیاس‌های پرسشنامه علائم مختصر اعتبار کمی برای نشان دادن علائم بالینی ویژه بر اساس مقیاس‌های DSM-IV و ICD-10 دارد [۴۲]. دوم آنکه مطالعات اخیر قادر به ارزیابی این نیست که آیا نمرات افسردگی مقدم بر تغییر در سایر علائم موجود در پرسشنامه علائم مختصر بوده یا بالعکس. بنا به همین علت بایستی مطالعات دیگری برای روشن شدن این امر صورت گیرد. سوم آنکه سایر مطالعات بایستی دوره‌های پیگیری

- ۲۵- شریفی ونداد، اسعدی سیدمحمد، محمدی محمدرضا، امینی همایون، کاوامیر، شهرریور زبانی حسین، سمنانی یوسف، شعبانی هرا، داوری آشتیانی رزیتا، حکیم شوشتری میترا، صدیق ارشیا و جلالی رودسری محسن. "پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID)". فصلنامه تازه‌های علوم شناختی. ۱۳۸۳. ص. ۲۲-۱۰.
- 26- Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A, Wessely SA systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Techno Assess*. 2001; (5): 35.
- 27- Dobson KS, Mohammadkhani P. Psychometric characteristics of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *J Rehab*. 2007; (29): 82-89.
- 28- Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian- Language version of the Beck Depression Inventory-Second Edition BDI-II-Persian. *Dep&Anx*. 2005; (21): 185-192.
- 29- Mohammadkhani P, Dobson SK, Amiri M, Ghafari FH. Psychometric property of the brief symptom inventory in a sample of recovered Iranian depression patient. *Intern J clin and health psycho*. 2010; (10): 541-551.
- 30- Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory: An introductory report. *Psychol Med*. 1983; (13): 595-605.
- 31- Emery G. *Overcoming depression: a cognitive-behavior protocol for the treatment of depression*. USA: New Harbinger Publication; 2000.
- 32- Bieling PJ, Antony MM. *Ending the depression cycle: A step-by-step guide for preventing relapse*. Oakland, CA: New Harbinger Publications; 2003.
- 33- Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of different relapse prevention effects. *J Consult and Clin Psychol*. 2004; (72): 31-40.
- 34- Blatt SJ, Zuroff DC, Bondi CM, Sanislow CA. Short and long term effects of medication and psychotherapy in the brief treatment of depression: further analyses of data from NIMH TDCRP. *Psychother*. 2000; (10): 215-234.
- 35- Evans MD, Hollon SD, Derubis RJ, Piaseeki JM, Grove WM, Garvey MJ, Tuason VB. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatr*. 1992; (49): 802-808.
- 36- Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky FM, Watkins JT, Collins JF, Pilkonis PA, Beckham E, Glass R, Dolan RT, Parloff MB. Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiatr*. 1992; (49): 782-787.
- and gender-specific prevalence. *J Child PsycholPsychiatr*. 1993; (34): 851-867.
- 12- Reinherz HZ, Giaconia RM, Lefkowitz ES, Pakiz B. Prevalence of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *J the Am Aca of Child and Adolesce Psychiatr*. 1993; (32): 369-377.
- 13- Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatr*. 2003; (60): 709-717.
- 14- Dobson KS. The relationship between anxiety and depression. *ClinPsychol Rev*. 1985; (49): 305-324.
- 15- Brown TA, Barlow DH. Classification of anxiety and mood disorders. In D.H. Barlow (Ed.) *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*, 2thEd. New York, NY: Guilford Press; 2002. p. 292-327.
- 16- Dozois DJA, Dobson KS. The prevention of anxiety and depression: Introduction. In D. J. A. Dozois & K. S. Dobson (Eds.). *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice* Washington, DC: Am Psychol Asso; 2004. p. 1-6.
- 17- Essau A, Cecilia. Comorbidity of depressive disorders among adolescents in community and clinical settings. *Psychiatr Res*. 2008; (158): 35-42.
- 18- Brown C, Schulberg HC, Madonia MJ, Shear MK, Houck PR. Treatment outcomes for primary care patients with major depression and lifetime anxiety disorders. *Am J Psychiatr*. 1996; (153): 1293-1300.
- 19- Roy-Byrne PP, Stang P, Wittchen HU, Ustun B, Walters EE, Kessler RC. Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. Association with symptoms, impairment, course and help-seeking. *Brit J Psychiatr*. 2000; (176): 229-235.
- 20- Lecrubier Y. The impact of comorbidity on the treatment of panic disorder. *JofClinPsychiatr*. 1998; (59): 11-14.
- 21- Hollon SD, Stewart MO, & Strunk DR. Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Ann Rev of Psycho*. 2006; (57): 285-315.
- 22- Hammen C. Vulnerability to depression in adulthood. In T. E. Joiner & J. C. Coyne (Eds.), *The interactional nature of depression* Washington: Am Psychol Asso. 2001. p. 21-36.
- 23- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression. A New Approach to Preventing Relapse*. Guilford Press; 2002.
- 24- Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L, Smits N. Characteristics of effective psychological treatments of depression; A meta-regression analysis. *Psychother Res*. 2008; (18): 225-236.

- 37- Eisendrath SJ, Delucchi K, Bitner R, Fenimore P, Smit M, McLane M. Mindfulness-based cognitive therapy for treatment resistant depression: A pilot study. *Psychother&Psychoso.* 2008; 77(5): 319-320.
- 38- Kenny MA, Williams JGM. Treatment-resistant depressed patients show a good response to mindfulness-based cognitive therapy. *Behav Res & Ther.* 2007; 45(3): 617-625.
- 39- Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JM. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Res and Ther.* 2009; 47(5): 366-373.
- 40- Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins ER, Holden ER, White K, Barrett B, Byng R, Evans A, Mullan E, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psycho.* 2008; 76(6): 966-978.
- 41- Michalak J, Heidenreich T, Meibert P, Schulte, D. Mindfulness predicts relapse/recurrence in major depressive disorder after mindfulness-based cognitive therapy. *The Journal Nerv and Men Dis.* 2008; 196(8): 630-633.
- 42- Masi G, Perugi G, Millepiedi S, Toni C, Mucci M, Bertini N, Pfanner C, Berlofffa S, Pari C, Akiskal K, Akiskal HS. Clinical and research implications of panic-bipolar comorbidity in children and adolescents. *Psychiatr Res.* 2007; (153): 47-54.
- 43- Wright J, Beverley DW. Chronic fatigue syndrome. *Arch Dis in Child.* 1998; (79): 368-374.

