

اثربخشی درمان ترکیبی فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

تاریخ دریافت: ۹۱/۱۲/۸

تاریخ پذیرش: ۹۳/۲/۹

المیرا آریانا کیا*، علیرضا مرادی**، محمد حاتمی***

چکیده

مقدمه: اختلال افسردگی اساسی در حال حاضر سومین علت عمده ناتوانی در دنیا محسوب می‌شود. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ترکیبی فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی صورت گرفت.

روش: این پژوهش در قالب یک طرح تک آزمودنی اجرا شد. نمونه‌ی این پژوهش شامل چهار بیمار (۱ مرد و ۳ زن، بین ۲۶ تا ۳۸ ساله) مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود که به صورت تصادفی در چهار روش درمانی جایگزین شدند (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، فعال سازی رفتاری کوتاه مدت، درمان‌های ترکیبی فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با ترتیب معکوس). به منظور جمع‌آوری داده‌ها، از پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک و پرسش‌نامه‌ی نشخوار فکری در جلسات پیش آزمون، در جلسات ۲، ۴، ۶ و ۸ درمان و پیگیری ۱ ماهه استفاده شد.

یافته‌ها: بازبینی دیداری نمودارها و اندازه‌ی ضریب تأثیر، کاهش معناداری را در نمرات افسردگی و نشخوار شرکت‌کنندگان نشان داد. **نتیجه‌گیری:** این یافته‌های مقدماتی از نقش درمان ترکیبی فعال سازی رفتاری کوتاه مدت و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش نشانه‌های افسردگی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی حمایت می‌کند.

واژه‌های کلیدی: فعال سازی رفتاری کوتاه مدت، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، اختلال افسردگی اساسی، نشخوار فکری

elmira.Ariana@gmail.com

moradi90@yahoo.com

hatami513@gmail.com

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

** استاد، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

*** استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی با عود مکرر و بار تحمیلی انکارناپذیر می‌باشد [۱]. سازمان جهانی بهداشت پیش‌بینی می‌کند که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین علت ناتوان‌کننده در جهان خواهد بود [۲]. با توجه به عوامل زیستی، روانی و اجتماعی افسردگی درمان‌های مختلفی به وجود آمده است [۳]. یافته‌های تجربی نشان می‌دهد که از میان درمان‌های روان‌شناختی برای درمان افسردگی اساسی، درمان شناختی-رفتاری (CBT) به دلیل کارآمدی و اثربخشی‌اش، به عنوان گزینه‌ی درمانی خط اول افسردگی، قلمداد شده است؛ اما آثار پیشگیرانه‌ی آن مورد تردید می‌باشد. تأکیدی که این درمان بر تغییر افکار و شناخت‌ها دارد در مواردی باعث گردیده که مراجعین در چالش با افکار دچار شکست شوند. همچنین، این رویکرد باعث ایجاد فراشناخت در بیماران نمی‌گردد [۴].

از میان درمان‌های جدید به کار رفته برای افسردگی اساسی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) و فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت برای افسردگی (BATD) از جمله درمان‌های موسوم به "موج سوم" رفتار درمانی‌اند که تحول نوینی در عرصه‌ی روان‌درمان‌گری در قرن حاضر به شمار می‌روند، و در عین حال که تأکید کمتری بر تغییر شناختی می‌کنند [۵]، درمان‌های مقرون به صرفه‌ای نیز هستند. MBCT که در ابتدا به منظور پیشگیری از عود افسردگی [۶] معرفی شد، جنبه‌هایی از شناخت‌درمانی را با تکنیک‌های مراقبه ترکیب می‌کند و هدفش آموزش کنترل توجه به بیماران است تا بتوانند تغییرات خلقی جزئی خود را شناسایی و از شروع دوره‌ی مجدد بیماری جلوگیری کنند. تاکنون اثربخشی این درمان در زمینه‌ی بهبود علائم افسردگی در اختلال افسردگی اساسی و پیشگیری از عود به اثبات رسیده است [۴، ۷، ۸، ۹]. یکی از مؤلفه‌های اساسی آسیب‌پذیری شناختی به افسردگی، نشخوار فکری^۴ است. چندین پژوهش نشان داده است که یک چرخه‌ی معیوب

ایجاد می‌شود که به موجب آن، نشخوار ممکن است به وسیله‌ی افزایش تأثیرات خلق افسرده روی تفکر منفی، افسردگی را تشدید و طولانی سازد [۱۰]. برای پیشگیری از عود افسردگی، یافتن راه‌های مؤثری برای تغییر الگوهای تفکر منفی و کاهش نشخوار که به عنوان عوامل کلیدی عود افسردگی اساسی شناسایی شده‌اند، الزامی است. MBCT این کار را مستقیماً به روش‌های منحصر به فردی با اشاره به الگوهای شناختی در عود یا بازگشت افسردگی انجام می‌دهد [۱۱]. از سوی دیگر، فعال‌سازی رفتاری (BA) که در اصل به عنوان درمانی برای افسردگی ابداع شد [۱۲]، حمایت تجربی زیادی به عنوان درمان مستقلی برای افسردگی دریافت کرده است [۱۳ و ۱۴]. جیکوبسن و همکاران در پژوهش مقدماتی‌شان، نشان دادند که مؤلفه‌ی BA درمان شناختی رفتاری (CBT) به اندازه‌ی بسته‌ی کامل CBT در درمان افسردگی مؤثر است [۱۵]. BA [۱۶، ۱۲] شامل تحلیل کارکردی رفتار افراد افسرده است. اصول مسلم در برگزیده‌ی BA، افسردگی را به عنوان پیامد تغییر در شرایط زندگی شخص در نظر می‌گیرد که منجر به کاهش تقویت برای آن فرد می‌شود [۱۷، ۱۸]. با وجود داده‌های حمایت‌کننده از کاربرد فعال‌سازی رفتاری در درمان افسردگی، منابع چاپ شده و دردسترس اندکی وجود دارد که برنامه‌ی گام به گام مشخصی برای تدارک یک درمان فعال‌سازی رفتاری محض فراهم کند. بنابراین، برای اشاره به این شکاف در ادبیات، درمان فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت (BATD) برای افسردگی ابداع شد [۱۹]. هر چند اصول و فرآیندهای زیربنایی BATD متمرکز بر فعال‌سازی رفتاری است، فرآیندهای شناختی و هیجانی نیز نادیده گرفته نمی‌شوند. علاوه بر این، فرض بر این است که هر چند جنبه‌های شناختی افسردگی به طور مستقیم به منظور تغییر مورد هدف قرار نمی‌گیرند، پس از فرآیندهای فعال‌سازی رفتاری سازگارانه‌تر می‌شوند و در طی جلسات مکرراً به عنوان شاخص منافع درمانی ارزیابی می‌شوند. بنابراین، فعال‌سازی رفتاری با تمرکز بر پیشایندها^۵ و پیامدهای تفکر منفی و بافتی که در آن این موارد رخ داده‌اند، بر فرایندی تأکید دارد، که به وسیله‌ی آن بیماران در تفکر منفی، از جمله نشخوار فکری درگیر می‌شوند [۲۰].

- 1- Cognitive Behavior Therapy
- 2- Mindfulness-Based Cognitive Therapy
- 3- Behavioral Activation Treatment for Depression
- 4- rumination

5- antecedents

این دو درمان در درمان افسردگی حاد در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است [۲۵،۲۷،۱۹،۴] و به علت تأثیرات بهداشتی و اقتصادی این بیماری [۳۰،۲۹،۲۸]، به درمان‌های سریع، مؤثر، و شواهد محوری، نیاز است که بتواند به آسانی در دسترس افرادی با هر شدتی از افسردگی قرار گیرد. بنابراین، لازم است تا روش‌های کارآمد و مقرون به صرفه‌ی ارائه‌ی این مداخلات کشف و کمترین مؤلفه‌های کافی لازم برای این‌که چنین مداخلاتی اثربخش باشند، ایجاد شوند. از طرف دیگر از آن‌جا که طبق پژوهش‌های پیشین این احتمال وجود دارد که مهارت‌های ذهن‌آگاهی منافع به دست آمده از فعال‌سازی رفتاری را افزایش دهد، همچنین از آن‌جا که یکی از محدودیت‌های پژوهش‌های پیشین، عدم به‌کارگیری ترتیب معکوس این دو درمان و عدم امکان نتیجه‌گیری از تبیین‌های احتمالی بوده است (برای مثال، این احتمال وجود دارد که پس از ارائه‌ی ترکیبی ذهن‌آگاهی و فعال‌سازی (۴ جلسه BA و سپس ۴ جلسه ذهن‌آگاهی) مؤلفه‌ی ذهن‌آگاهی چیزی را افزایش ندهد و تأثیرات به دست آمده به دلیل منافع انباشته شده در طول زمان و ناشی از مؤلفه‌ی BA بوده باشد؛ یا نتایج سودمند پس از ذهن‌آگاهی، به تنهایی ناشی از مؤلفه‌ی ذهن‌آگاهی باشد)، در پژوهش حاضر روش ترتیب معکوس نیز به کار گرفته شده است. از سوی دیگر، طبق محدودیت پژوهش‌های پیشین، مبنی بر احتمال مطابقت یافتن مؤلفه‌های مختلف درمان ترکیبی با تفاوت‌های فردی و اهمیت فرمول‌بندی‌های انفرادی، یکی از دلایل اهمیت ارائه‌ی ترکیبی این درمان را می‌توان این‌طور توجیه کرد که امکان بهره‌گیری بیماران از مؤلفه‌های هر دو درمان فراهم خواهد شد و در صورت عدم کارایی مؤلفه‌های یکی از درمان‌ها برای یک بیمار، احتمال دارد مؤلفه‌های درمانی مداخله‌ی دیگر، اثربخش واقع شود [۱۳]. بنابراین، در این پژوهش، MBCT که جهت مرحله‌ی فعال افسردگی طراحی نگردیده است با BATD ترکیب شده‌اند، و این درمان ترکیبی می‌تواند درمان کارآمدی را در مرحله‌ی فعال بیماری افسردگی مطرح سازد، یعنی معرفی روش ترکیبی در مرحله‌ی فعال بیماری، ضمن حفظ اثرات پیشگیرانه‌ی آن در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی که می‌تواند روش کارآمدتر و مقرون به صرفه‌تری را فراهم کند، و یکی از

BA یک رویکرد ساختاریافته‌ی کوتاه‌مدت برای افسردگی حاد است که به وسیله‌ی ایجاد تماس یک فرد با منابع پاداش‌دهنده از طریق افزایش فعالیت، بهبود حل مسئله، و کاهش اجتناب و موانع دیگر به منظور فعال‌سازی، درصدد تسکین افسردگی است. در حالی که MBCT یک مداخله‌ی گروهی کوتاه‌مدت است که به عنوان درمانی برای پیشگیری از عود افسرده‌ساز در میان افراد مبتلا به افسردگی بازگشتی ابداع شده است. MBCT به وسیله‌ی ایجاد آگاهی فکری، پذیرش، و عمل ماهرانه تلاش می‌کند تا به منظور پیشگیری از عود به افراد کمک کند الگوهای همیشگی مرتبط با خطر عود را متوقف سازند. BA و MBCT رویکردهای متمایزی هستند که برای جمعیت‌های مختلفی طراحی شده‌اند [افسردگی حاد در مقابل افسردگی بهبودیافته]؛ با این حال، آنها به وسیله‌ی فاصله گرفتن از تأکیدی که در CT سنتی بر اصلاح مستقیم تفکر ناکارآمد می‌شود، با هم مشترکند [۲۱]. پژوهش‌های بسیاری، کارآمدی BA و MBCT را در درمان افسردگی اساسی نشان داده است؛ برای مثال، درمان کوتاه‌مدت BA برای افسردگی (BATD) را که لیجز و همکارانش [۱۹] تدوین کردند، با تغییرات بزرگی در نمرات پرسشنامه افسردگی بک^۱ (BDI-II) در بزرگسالان مبتلا به افسردگی متوسط همراه بود. دیمیجیان و همکاران [۲۲] دریافتند BA تأثیرات مشابهی با دارودرمانی [پاروکزتین]، و تأثیرات برتری از شناخت‌درمانی در میان بیماران با افسردگی شدیدتر داشت. تاکنون پژوهش‌های زیادی نیز اثربخشی آموزش MBCT را نشان داده‌اند. چندین پژوهش اثربخشی MBCT و کاهش معنادار میزان عود/بازگشت را در بیماران افسرده نشان داده است [۲۳،۸،۷،۶]. چندین پژوهش نیز کاهش علائم افسرده‌ساز و نمرات نشخوار را پس از پایان MBCT نشان داده است [۲۴،۹]. MBCT در درمان بیماران که در حال حاضر افسرده بودند نیز امیدوارکننده بوده است [۲۵، ۴]. پژوهش امیدوی و همکاران [۲۶] نشان داد که درمان ترکیبی MBCT و CBT می‌تواند در مرحله‌ی فعال اختلال افسردگی اساسی به اندازه‌ی CBT اثربخشی داشته باشد. علی‌رغم شباهت‌ها و تفاوت‌هایی که بین MBCT و BATD وجود دارد، از آن‌جا که کارآمدی

1- Beck Depression Inventory-II

توسط فرست و همکاران تهیه شد [۳۱]. شریفی و همکاران [۳۲] این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه‌ی ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶۰). توافق کلی [کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ به دست آمده نیز رضایت بخش است.

۲- پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II): این پرسش‌نامه شکل بازنگری شده‌ی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است [۳۳]. این پرسش‌نامه ۲۱ سؤال می‌باشد و نمره‌ی کلی بین صفر تا ۶۳ متغیر می‌باشد. نتایج پژوهش بک، استیر و براون نشان داد که این پرسش‌نامه، ثبات درونی بالایی دارد، همچنین، مطالعه‌ی دیگری همبستگی درونی این مقیاس را با آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی آن را، ۰/۹۳ گزارش داد [۳۴].

۳- مقیاس پاسخ‌های نشخواری^۲ (PRS): PRS یک مقیاس ۲۲ گویه‌ای است که گرایش افراد را به نشخوار فکری در پاسخ به خلق افسرده می‌سنجد. از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا با یک مقیاس ۴ نمره‌ای لیکرتی (۱= تقریباً هرگز؛ تا ۴= تقریباً همیشه) به گویه‌ها پاسخ دهند. دامنه‌ی نمره‌ها از ۲۲ تا ۸۸ قرار می‌گیرد. این مقیاس بر پایه‌ی شواهد تجربی، اعتبار درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ی آن ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد و همبستگی بازآزمایی آن، ۰/۶۷ است [۳۵].

روند اجرای پژوهش: در این پژوهش پس از این‌که تشخیص افسردگی، بر اساس نظر درمان‌گر محرز شد و پس از کسب رضایت بیماران و تشریح طرح برای آنان، بیماران بر حسب زمان مراجعه جهت دریافت درمان، تحت چهار مداخله‌ی درمانی ۱- درمان BATD (۸ جلسه و ۲- درمان MBCT (۸ جلسه MBCT)، ۳- درمان ترکیبی BATD و MBCT (۴ جلسه اول BATD و ۴ جلسه بعد MBCT)، ۴- درمان ترکیبی BATD و MBCT (۴ جلسه اول MBCT و ۴ جلسه بعد BATD)، قرار داده شدند. شرکت‌کنندگان در مداخله، به مدت ۸ جلسه‌ی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای، تحت درمان قرار گرفتند. در آغاز

سوالات مهم این پژوهش آن است که آیا این درمان ترکیبی به اندازه‌ی ارائه‌ی جداگانه‌ی درمان‌های MBCT و BATD در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری اثربخش خواهد بود؟

روش

طرح پژوهش: پژوهش حاضر، در چهارچوب یک طرح آزمایشی تک آزمودنی^۱ بود.

آزمودنی‌ها: جامعه‌ی پژوهش را کلیه‌ی مراجعه‌کنندگان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی که در ۶ ماهه‌ی اول سال ۱۳۹۱ به بیمارستان امام حسین(ع) مراجعه کردند، تشکیل دادند. نمونه‌ی این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین افراد مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین(ع) با تشخیص افسردگی اساسی بر اساس نظر روان‌پزشک و تأیید آن با مصاحبه بالینی ساختاریافته^۲ (SCID-I) در ۶ ماهه‌ی اول سال ۱۳۹۱ صورت گرفت. از بین بیماران مراجعه‌کننده، تعداد ۴ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی، انتخاب و تحت چهار مداخله‌ی درمانی توسط پژوهشگر، قرار داده شدند. برخی از ملاک‌های ورود نمونه به تحقیق عبارت بودند از: ۱) تشخیص افسردگی اساسی بر اساس نظر روان‌پزشک و تأیید آن با مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-I؛ ۲) محدوده‌ی سنی بین ۲۶ تا ۳۸ سال؛ ۳) تحصیلات حداقل دیپلم؛ ۴) ثابت ماندن دوز دارویی برای ۸ هفته؛ ۵) نداشتن سابقه‌ی دریافت مداخله‌های روان‌درمانی دیگر و ۶) رضایت آگاهانه از روش درمانی و فرآیند پژوهش. برخی از معیارهای خروج نمونه از تحقیق عبارت بودند از: ۱) دارا بودن اختلالات حاد روان‌پزشکی بنا به نظر روان‌پزشک؛ ۲) وجود بیماری پزشکی جدی و محدود کننده‌ای که موجب بروز افسردگی در بیمار شود؛ ۳) سابقه‌ی سوء مصرف مواد؛ ۴) دارا بودن اختلالات جسمانی مزمن، مانند سرطان، بیماری‌های کلیوی و ۵) داشتن اختلال دیگری در محور I.

ابزار

۱- مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I (SCID-I): مصاحبه‌ی مزبور ابزاری انعطاف‌پذیر است که

1- Single subject design
2- Structured Clinical Interview for Mental Disorders-I

3- Rumination Responses Sclase

شدند و برای سرفصل‌ها، موضوعات، تمرین‌ها و تکالیف هر جلسه از درمان‌های مربوطه، از راهنمای عملی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی [۶] و راهنمای درمان فعال-سازي رفتاری کوتاه‌مدت برای افسردگی [۳۶] استفاده شده است.

مطالعه، کلیه‌ی بیماران نسبت به تکمیل ابزارهای پژوهش اقدام کردند؛ سپس شرکت‌کنندگان تحت مداخلات تعیین شده قرار گرفتند و در جلسات دوم، چهارم، ششم و در پایان مداخله، از همه آن‌ها پس از ۱ ماه پس از پایان درمان پیگیری به عمل آمد.

درمان‌های به‌کار رفته در این پژوهش، به صورت انفرادی به کار گرفته شده است. برنامه‌های درمان در ۸ جلسه ارائه

جدول ۱) خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات MBCT در قالب ۸ جلسه

<p>۱. آگاهی بیشتر از احساسات، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه و تجربه‌ی بودن در لحظه؛ ۲. توجه به احساسات و افکار، و گسترش و پذیرش افکار و احساسات ناخوشایند؛ ۳. مهارت‌های پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند؛ ۴. جلوگیری از ایجاد تثبیت افکار منفی؛ ۵. تغییر عادات قدیمی فکر کردن مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی انگیزه بودن در کارها، بی نتیجه دانستن فعالیت‌ها، فرار یا اجتناب از افسردگی یا موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوهای بزرگ داشتن، مقایسه همیشگی وضع موجود خود با وضعیت دلخواه؛ ۶. آگاه شدن از علایم هشداردهنده‌ی افسردگی و ۷. آگاهی از تغییرات جزئی خلق.</p>	<p>اهداف جلسات</p>
<p>موضوع جلسات اول تا چهارم الف - توضیح درباره‌ی اهمیت حضور در لحظه‌ی حال و بودن در اینجا و اکنون، و بازکردن مفهوم ذهن آگاهی برای مراجع با استفاده از چند فن، و یاد گرفتن انجام امور روزمره، همراه با توجه کردن به آن‌ها؛ ب- پی‌بردن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس؛ ج- آرام‌گرفتن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه‌ی نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه‌ی حال می‌آورند و د- یاد گرفتن این‌که بدون فرار و دوری کردن از افراد، در لحظه‌ی حاضر باقی بمانیم و تلاطم افکار را نظاره کنیم. موضوع جلسات پنجم تا هشتم الف- آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم؛ ب- تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت؛ ج- هشیار بودن از نشانه‌های افسردگی و تنظیم برنامه برای رو به رو شدن احتمالی با نشانه‌های افسردگی و د- برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه‌ی زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی.</p>	<p>موضوع جلسات</p>

جدول ۲) خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات BATD در قالب ۸ جلسه

<p>۱. معرفی و مقدمه؛ ۲. تشریح افسردگی؛ ۳. معرفی منطق درمان؛ ۴. معرفی بازیابی روزانه و ۵. نکات مهم در مورد ساختار این درمان.</p>	<p>جلسه ۱</p>
<p>۱. بازیابی روزانه: بررسی تکلیف؛ ۲. منطق درمان: بررسی تکلیف؛ ۳. نکات مهم در مورد ساختار درمان: بررسی تکلیف و ۴. اجرای سیاهه‌ی حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها.</p>	<p>جلسه ۲</p>
<p>۱. بازیابی روزانه: بررسی تکلیف؛ ۲. سیاهه‌ی حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: بررسی تکلیف و ۳. انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها.</p>	<p>جلسه ۳</p>
<p>۱. بازیابی روزانه: بررسی تکلیف و ۲. بازیابی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت‌ها.</p>	<p>جلسه ۴</p>
<p>۱. بازیابی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف؛ ۲. قراردادهای ۳. بازیابی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته‌ی آینده.</p>	<p>جلسه ۵</p>
<p>۱. بازیابی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف؛ ۲. قراردادهای: بررسی تکلیف؛ ۳. بازیابی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته‌ی آینده و ۴. تداوم افزودن/تغییر قراردادهای.</p>	<p>جلسه ۶</p>
<p>۱. بازیابی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف و ۲. سیاهه‌ی حوزه‌های زندگی، ارزش‌ها و فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم.</p>	<p>جلسه ۷</p>
<p>۱. بازیابی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت: بررسی تکلیف؛ ۲. انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها: مرور و بازنگری مفاهیم؛ ۳. بازیابی روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته‌ی آینده و ۴. آمادگی برای خاتمه.</p>	<p>جلسه ۸</p>

پرجمعیت بوده است که توجه زیادی به او نمی‌شده است. پس از آن نیز به ازدواجی اجباری با یک میوه‌فروش تن می‌دهد که در حال حاضر به دلیل اختلافات تحصیلی و فرهنگی رابطه‌ی خوبی با هم ندارند که همین امر موجب شروع شدن مشکلات بیمار و بروز علائم افسردگی وی شده است.

بیمار سوم: بیمار سوم خانمی ۳۸ ساله، دیپلمه، متأهل و صاحب دو فرزند، با تشخیص اختلال افسردگی اساسی است که سابقه‌ی مراجعه به روان‌پزشک و مصرف دارو را نیز داشته است. بیمار شکایت اصلی خود را این طور عنوان کرد که "خیلی ناراحتم، زیاد بغض می‌کنم، دائماً گریه می‌کنم و حالم بد است". او انتظار خود را از درمان، بهبود حالت روحی و کنترل داشتن بیشتر بر هیجانات و رفتارش بیان نمود. بیمار سابقه‌ی شروع بیماری را مربوط به سال-هایی می‌داند که در خانه‌ی خواهر شوهرش زندگی می‌کرده است و خواهر شوهرش او را با حرف‌ها و رفتار آزار می‌داده است؛ به دنبال شروع بیماری، علائم افسردگی شامل سردردهای عصبی، گریه کردن، بی‌انگیزگی، و خلق پایین نیز آغاز شده است. مادر بیمار نیز سابقه‌ی وسواس و افسردگی دارد. داروهای مصرفی بیمار شامل سرتالین و کلونازپام هستند. وضعیت اجتماعی-اقتصادی بیمار در حد متوسط است و همسرش راننده‌ی تاکسی است ولی با ساختن خانه‌ای چهار طبقه و همسایه شدن با مادرشوهرش، علائم بیماری وی عود و به شدت افزایش یافته است و بیمار مشکلات بسیاری در زمینه‌ی روابطش با مادرشوهر و توجه بیش از حد همسرش به مادرش و در عین حال بی-توجهی نسبت به خودش دارد؛ به طوری که به دلیل اختلاف بر سر این مسائل، چند ماه پیش تا پای طلاق هم رفته‌اند.

بیمار چهارم: بیمار چهارم دختری ۲۶ ساله، دیپلمه، مجرد، با تشخیص اختلال افسردگی اساسی است که سابقه‌ی مراجعه به روان‌پزشک و مصرف دارو را نیز داشته است. بیمار شکایت اصلی خود را این طور عنوان کرد که "خیلی تو خودم هستم، تمرکز ندارم، دائماً گریه می‌کنم، بی‌حوصله‌ام و خواب و اشتهایم زیاد شده است". او انتظار خود را از درمان بهبود تمرکز و داشتن احساس بهتر بیان نمود. بیمار سابقه‌ی شروع بیماری را مربوط به ۱۸ سالگی می‌داند

همچنین بسته‌ی درمان ترکیبی شکل تعدیل شده‌ی این دو بسته بود که شامل جلسات ۱، ۲، ۳، ۴ BATD و جلسات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸ MBCT بود و براساس نظر خود پژوهشگر و مبنی بر کنار گذاشتن برخی جلسات مشابه، انتخاب شده بود.

گزارش موردی بیماران در این پژوهش به این شرح می‌باشد؛ بیمار اول: بیمار اول مردی ۳۵ ساله، متأهل، دیپلمه و دارای دو فرزند، با تشخیص اختلال افسردگی اساسی بود. شکایت اصلی توسط بیمار این گونه بیان شد که "انگیزه‌ی برای کار و زندگی ندارم و در کارم به شدت ناموفقم". بیمار انتظارش را از درمان، پیشرفت کاری، انگیزه پیدا کردن برای کار کردن، و از بین رفتن دلسردی و ناامیدی‌اش در زندگی بیان نمود. بیمار عنوان کرد که قبلاً هم چنین علائمی داشته است و این بار اول نیست که دچار بی-انگیزگی و دلسردی از زندگی شده است؛ ولی این اولین بار است که برای درمان اقدام می‌کند. از لحاظ سابقه‌ی بیماری‌های روان‌پزشکی، مادر بیمار دچار افسردگی است و فلوکستین مصرف می‌کند. از لحاظ وضعیت اجتماعی-اقتصادی، شرایط بیمار در حد متوسطی است؛ ولی به دلیل عدم موفقیت در شغل و پیش خرید کردن خانه، زیر بار بدهی است و از این بابت بسیار نگران به نظر می‌رسد. از لحاظ خانوادگی بیمار عضو خانواده‌ی پرجمعیت و آشفته‌ای بوده است که از نظر مالی همیشه در تنگنا بوده‌اند و روابط محبت آمیزی نیز میان اعضای خانواده وجود نداشته است. در حال حاضر نیز روابط مطلوبی با همسرش ندارد و همسرش به خاطر بی‌کفایتی‌هایش در کار و داشتن چهره-ای نه چندان زیبا، دائماً او را تحقیر و سرزنش می‌کند.

بیمار دوم: بیمار دوم خانمی ۳۴ ساله، لیسانس ادبیات، متأهل، و دارای یک پسر ۱/۵ ساله، با تشخیص اختلال افسردگی اساسی بود. بیمار شکایت اصلی خود را این گونه بیان نمود که "احساس تنهایی می‌کنم، بی‌اشتها شده‌ام، اصلاً انگیزه‌ی هیچ کاری رو ندارم، حتی حوصله‌ی پسر رو هم ندارم و جدیداً بچمو می‌زنم". بیمار انتظارش را از درمان بهتر شدن خلقش، کاهش پرخاشگری و بالا رفتن انگیزه‌اش برای زندگی عنوان کرد. از لحاظ سابقه‌ی روان-پزشکی دو تن از خواهران بیمار هم دچار افسردگی هستند و در حال حاضر، دارو مصرف می‌کنند. بیمار از خانواده‌ای

۵۵، آزمودنی سوم از ۶۹ و آزمودنی چهارم از ۳۹ در مرحله-ی پیش از مداخله به ترتیب به ۳۵، ۳۴، ۳۳ و ۲۵ در مرحله‌ی پس از مداخله کاهش یافت. همچنین از آزمودنی-ها در جلسات دوم، چهارم، ششم، هشتم و در پیگیری یک ماهه آزمون به عمل آمد. نمره‌های هر چهار آزمودنی در مراحل پیش از درمان، در طی درمان، و دوره‌ی پیگیری برای افسردگی و نشخوار فکری در جدول ۳ آمده است. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، در آزمودنی اول، درصد بهبودی (تغییرات روند)، در مقیاس افسردگی بک ۷۳ و در مقیاس نشخوار فکری ۵ می‌باشد. درصد کاهش نمرات (شیب) در مقیاس افسردگی بک ۲۶۶/۶۶ و در مقیاس نشخوار فکری ۵/۷۱ می‌باشد، همچنین می‌توان میزان تغییرپذیری در افسردگی و نشخوار فکری را به ترتیب ۱/۱۴ و ۱/۰۲ مطرح نمود. مقدار شاخص تغییر پایا نیز در مقیاس‌های افسردگی و نشخوار فکری به ترتیب ۵/۶- و ۳/۷۲- می‌باشد که بالا بودن مقدار آن‌ها از نمره‌ی Z یعنی ۱/۹۶ و معناداری آن‌ها در سطح ($P < 0.05$) حاکی از معناداری قابل قبول تغییر و بهبودی به وجود آمده از نظر بالینی می‌باشد.

جدول ۳) نمرات هر چهار آزمودنی در مراحل پیش از درمان، در طی درمان، و دوره‌ی پیگیری برای افسردگی و نشخوار فکری

متغیرها	پیش آزمون	جلسه دوم	جلسه چهارم	جلسه ششم	جلسه هشتم	پیگیری
افسردگی آزمودنی اول	۳۳	۲۸	۲۳	۱۵	۹	۵
افسردگی آزمودنی دوم	۲۸	۲۴	۱۳	۱۵	۱۰	۱۲
افسردگی آزمودنی سوم	۲۹	۲۵	۱۵	۱۲	۷	۸
افسردگی آزمودنی چهارم	۳۵	۳۱	۲۵	۱۹	۱۱	۱۳
نشخوار آزمودنی اول	۳۷	۳۳	۳۵	۲۸	۳۵	۲۲
نشخوار آزمودنی دوم	۵۵	۴۷	۴۲	۴۵	۳۴	۳۶
نشخوار آزمودنی سوم	۶۹	۴۵	۴۸	۳۵	۳۳	۳۷
نشخوار آزمودنی چهارم	۳۹	۴۴	۳۶	۲۵	۲۵	۲۷

جدول ۴) میانگین و انحراف معیار چهار آزمودنی در مراحل پیش آزمون، حین آزمون، پس آزمون و دوره‌ی پیگیری در

مقیاس‌های مربوطه

متغیرها	پیش آزمون		جلسه‌ی دوم		جلسه‌ی چهارم		جلسه‌ی ششم		پس آزمون		پیگیری
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
افسردگی	۲/۸۱	۳۱/۲۵	۲/۷۳	۱۹	۵/۰۹	۱۵/۲۵	۲/۴۸	۹/۲۵	۱/۴۷	۹/۵	۴/۲۱
نشخوار فکری	۱۳	۵۰	۵/۴۴	۴۰/۲۵	۵/۲۱	۳۳/۲۵	۷/۶۶	۳۱/۷۵	۳/۹۶	۳۰/۵	۶/۲۶

جدول ۵) نمرات آزمودنی اول در متغیرهای مورد مطالعه

شاخص تغییر پایا (RCI)	میانگین مداخله [M2]	پیش آزمون [خط پایه M1]	انحراف معیار σ_2	انحراف معیار σ_1	میزان تغییرپذیری [Cohen's d]	درصد کاهش نمرات [MPR]	درصد بهبودی [MPI]	مقیاس
-۵/۶	۱۸/۷۵	۳۳	۷/۲۹	۱۶	۱/۱۴	۲۶۶/۶۶	۷۳	افسردگی
-۳/۷۲	۳۲/۷۵	۳۷	۲/۸۶	۵/۱۲	۱/۰۲	۵/۷۱	۵	نشخوارفکری

جدول ۶) نمرات آزمودنی دوم در متغیرهای مورد مطالعه

شاخص تغییر پایا (RCI)	میانگین مداخله [M2]	پیش آزمون [خط پایه M1]	انحراف معیار σ_2	انحراف معیار σ_1	میزان تغییرپذیری [Cohen's d]	درصد کاهش نمرات [MPR]	درصد بهبودی [MPI]	مقیاس
-۳/۲	۱۵/۵	۲۸	۵/۲۲	۱۳/۵۴	۱/۲۱	۱۸۰	۶۴	افسردگی
-۴/۷۱	۴۲	۵۵	۴/۹۴	۱۳/۹۱	۱/۲۴	۶۱/۷۶	۳۸	نشخوارفکری

جدول ۷) نمرات آزمودنی سوم در متغیرهای مورد مطالعه

شاخص تغییر پایا (RCI)	میانگین مداخله [M2]	پیش آزمون [خط پایه M1]	انحراف معیار σ_2	انحراف معیار σ_1	میزان تغییرپذیری [Cohen's d]	درصد کاهش نمرات [MPR]	درصد بهبودی [MPI]	مقیاس
-۴/۲	۱۴/۷۵	۲۹	۶/۵۷	۱۵/۶۹	۱/۱۸	۳۱۴/۲۸	۷۶	افسردگی
-۷/۹۴	۴۰/۲۵	۶۹	۶/۳۷	۲۹/۴۴	۱/۳۵	۱۰۹/۰۹	۵۲	نشخوارفکری

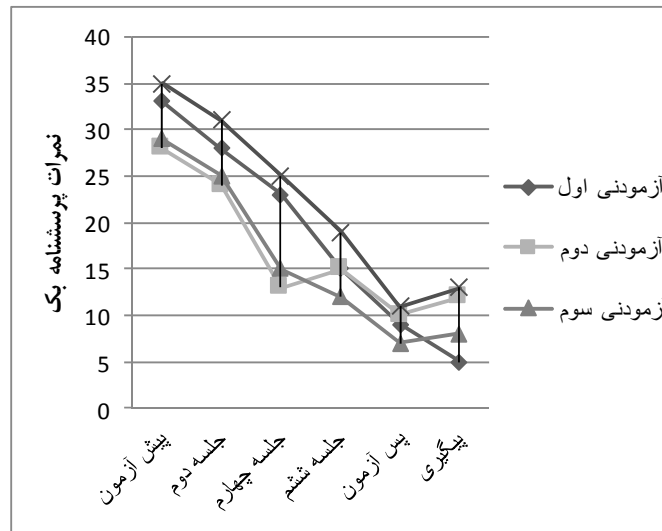
جدول ۸) نمرات آزمودنی چهارم در متغیرهای مورد مطالعه

شاخص تغییر پایا (RCI)	میانگین مداخله [M2]	پیش آزمون [خط پایه M1]	انحراف معیار σ_2	انحراف معیار σ_1	میزان تغییرپذیری [Cohen's d]	درصد کاهش نمرات [MPR]	درصد بهبودی [MPI]	مقیاس
-۴/۴	۲۱/۵	۳۵	۷/۳۹	۳/۶۷	۲/۳۱	۲۱۸/۱۸	۶۹	افسردگی
-۲/۹۷	۳۲/۵	۳۹	۸/۰۱	۳	۱/۰۷	۵۶	۳۶	نشخوارفکری

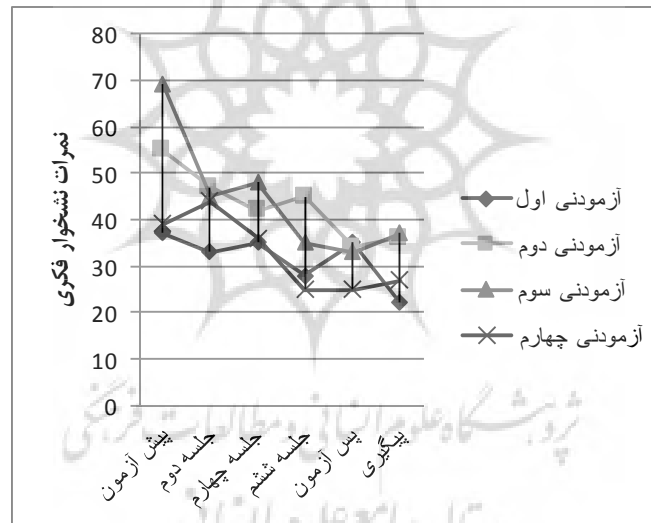
در جدول ۷ نمرات آزمودنی سوم نشان داده شده است. درصد بهبودی (تغییرات روند)، در مقیاس افسردگی اساسی بک و ۷۶ و در مقیاس نشخوار فکری ۵۲ می‌باشد. درصد کاهش نمرات (شیب) در مقیاس افسردگی بک ۳۱۴/۲۸ و در مقیاس نشخوار فکری ۱۰۹/۰۹ می‌باشد، همچنین می‌توان میزان تغییرپذیری در افسردگی و نشخوار فکری را به ترتیب ۱/۱۸ و ۱/۳۵ مطرح نمود. مقدار شاخص تغییر پایا نیز در مقیاس‌های افسردگی و نشخوار فکری به ترتیب ۴/۲- و ۷/۹۴- می‌باشد که بالا بودن مقدار آن‌ها از نمره‌ی Z یعنی ۱/۹۶ و معناداری آن‌ها در سطح $(P < ۰/۰۵)$ حاکی از معنادار بودن تغییر و بهبودی به وجود آمده است.

در جدول ۶ نمرات آزمودنی دوم نشان داده شده است. درصد بهبودی (تغییرات روند)، در مقیاس افسردگی اساسی بک ۶۴ و در مقیاس نشخوار فکری ۳۸ می‌باشد. درصد کاهش نمرات (شیب) در مقیاس افسردگی بک ۱۸۰ و در مقیاس نشخوار فکری ۶۱/۷۶ می‌باشد، همچنین می‌توان میزان تغییرپذیری در افسردگی و نشخوار فکری را به ترتیب ۱/۲۱ و ۱/۲۴ مطرح نمود. مقدار شاخص تغییر پایا نیز در مقیاس‌های افسردگی و نشخوار فکری به ترتیب ۳/۲- و ۴/۷۱- می‌باشد که بالا بودن مقدار آن‌ها از نمره‌ی Z یعنی ۱/۹۶ و معناداری آن‌ها در سطح $(P < ۰/۰۵)$ حاکی از معنادار بودن تغییر و بهبودی به وجود آمده است.

در جدول ۸ نمرات آزمودنی چهارم نشان داده شده است .



نمودار ۱) نمرات افسردگی آزمودنی‌ها در مراحل پیش آزمون، حین آزمون، پس آزمون و دوره‌ی پیگیری براساس نمرات پرسشنامه‌ی بک



نمودار ۲) نمرات نشخوار فکری آزمودنی‌ها در مراحل پیش آزمون، حین آزمون، پس آزمون و دوره‌ی پیگیری براساس میزان براساس نمرات پرسشنامه‌ی نشخوار فکری

۲/۹۷- می‌باشد که بالا بودن مقدار آن‌ها از نمره‌ی Z یعنی ۱/۹۶ و معناداری آن‌ها در سطح $(P < ۰/۰۵)$ حاکی از معناداری قابل قبول تغییر و بهبودی به وجود آمده از نظر بالینی می‌باشد.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که BATD منجر به کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری می‌شود. این یافته با نتایج

درصد بهبودی (تغییرات روند)، در مقیاس افسردگی اساسی بک ۶۹ و در مقیاس نشخوار فکری ۳۶ می‌باشد. درصد کاهش نمرات (شیب) در مقیاس افسردگی بک ۲۱۸/۱۸ و در مقیاس نشخوار فکری ۵۶ می‌باشد، همچنین می‌توان میزان تغییرپذیری در افسردگی و نشخوار فکری را به ترتیب ۲/۳۱ و ۱/۰۷ مطرح نمود. مقدار شاخص تغییر پایا نیز در مقیاس‌های افسردگی و نشخوار فکری به ترتیب ۴/۴- و

منفی با هم مرتبطند [۴۶]. یکی از مکانیسم‌هایی که ذهن آگاهی از آن طریق می‌تواند موجب کاهش آسیب‌پذیری نسبت به عود افسردگی و کاهش شدت علائم گردد کاهش استفاده از خود-ره‌نمودی‌های ناکارآمد است. یکی از عواملی که در آسیب‌پذیری نسبت به عود نقش دارد، بالا بودن میزان خود-ناهمخوانی^۱ بین خود فعلی و خود ایده‌آل در بیماران است که تلاش برای پرکردن این فاصله، با نوعی احساس افسردگی همراه است؛ بنابراین، اجرای چنین رویکردی از دو طریق ۱- کاهش میزان دسترسی به خودره‌نمودی‌های ناکارآمد و ۲- تغییر محتوای این خودره‌نمودی‌ها، ممکن است در کاهش علائم افسردگی نقش داشته باشد [۴۷]. از سویی دیگر، MBCT به اصلاح، کنترل و پردازش افکار می‌پردازد. با این روش درمانی، افکار فرد به عنوان حوادث ذهنی، تجربه شده و از تمرکز و توجه روی تنفس به عنوان ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود. با این روش، بیماران آموزش می‌بینند تا چرخه‌ی نشخوار فکری را متوقف کرده و از افکار منفی خود فاصله‌گیرند. آموزش انعطاف‌پذیر روی توجه، غنی‌سازی ذهنی و توقف نشخوار فکری، منجر به کاهش افسردگی و نشخوار فکری می‌شود [۷].

براساس نتایج مربوط به نمره‌ی افسردگی بیماران در BDI، به نظر می‌رسد درمان ترکیبی BATD و MBCT منجر به کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری می‌شود. این یافته را می‌توان همسو با پژوهش کرین [۱۱] دانست که بیمار پس از قرارگیری در یک حالت باثبات‌تر و کنترل بهینه‌تر که در درمان حضور ذهن می‌توان به آن دست یافت، قادر خواهد شد از تکنیک‌های رفتاری-شناختی، مانند بازسازی شناختی و انجام فعالیت‌های تقویت کننده که با افزایش احساس لذت و تسلط همراهند و موجب کاهش افسردگی می‌گردند، به صورت بهتری استفاده کند. بنابراین، به-کارگیری این درمان ترکیبی، درمان کارآمدتری را در جهت کاهش علائم افسردگی بیماران فراهم می‌سازد. بر این اساس می‌توان ادعا نمود که اداره‌ی فرایندهای تفکر، بدون چالش با محتواهای ناکارآمد شناختی و تأکید بر فرآیند متضاد با محتوای تفکر بیمار که ویژگی مشترک درمان-های BATD و MBCT است در کمک به بیماران برای

به دست آمده از پژوهش‌های پیشین [۲۷،۲۲،۱۹]، مبنی بر کارایی BATD در کاهش علائم افسردگی، همخوانی دارد. همچنین این پژوهش را می‌توان همسو با پژوهش فردریکسون [۳۷] در نظر گرفت که نشان داد پایش فعالیت که یکی از راهبردهای فعال‌سازی رفتاری کوتاه‌مدت است به عنوان یک راهبرد مستقل، نشخوار فکری را کاهش می‌دهد. همچنین پژوهش نشان می‌دهد که هدف قرار دادن نشخوار به وسیله‌ی راهبردهای فعال‌سازی رفتاری، اثربخش‌تر از درمان شناختی-رفتاری استاندارد است و منجر به کاهش سطوح نشخوار می‌گردد [۳۹،۳۸]. فعال‌سازی رفتاری، خلق منفی، کناره‌گیری از فعالیت‌های عادی یا به کارگیری راهبردهای مقابله‌ای اجتناب محور را که به نوبه‌ی خود فرصت برای تجربه‌ی تقویت مثبت را محدود می‌سازد و منجر به ماریپیچ رو به پایینی می‌گردد [۲۰] را به وسیله‌ی کار کردن با مراجع برای ایجاد فرصت‌هایی برای تقویت مثبت و افزایش مشارکت در فعالیت‌های لذت‌بخش قطع می‌کند و منجر به کاهش علائم افسردگی می‌گردد [۱۶، ۳۹]. از سوی دیگر، در فعال‌سازی رفتاری، تأکید بر کار کردن روی فرایند افکار نشخواری است؛ تا محتوای چنین افکاری و روایی افکار نشخواری مورد آزمون قرار نمی‌گیرد و از بیمار خواسته نمی‌شود تا درستی باورهایش را [۲۰] محک بزند؛ بلکه به جای آن، فرایند تفکر نشخواری را، به وسیله نگاه به بافتی که افکار نشخواری در آن رخ داده و پیشایندها و پیامدهای این افکار، هدف قرار می‌دهند و با ارزیابی دقیق و هدف قرار دادن نشخوار فکری با طیفی از راهبردهای رفتاری، بر روی این شیوه‌ی تفکر کار می‌شود که منجر به کاهش سطوح نشخوار فکری می‌گردد.

نتایج مربوط به نمره‌ی افسردگی بیماران در BDI نشان داد که MBCT در کاهش شدت افسردگی و نشخوار فکری بیماران مؤثر است. نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های پژوهش‌های پیشین [۴۵،۴۴،۴۳،۴۲،۴۱،۳۹،۳۸،۳۷،۳۶] مبنی بر کارایی MBCT در کاهش شدت افسردگی و همخوانی با یافته‌ی کینگستون و همکاران [۹] مبنی بر کارایی MBCT در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری بود و همچنین همخوانی با این یافته، آموزش ذهن آگاهی، ذهن آگاهی صفتی را افزایش و نشخوار فکری را کاهش می‌دهد، که نشان دهنده‌ی این است که این دو به صورت پویایی و

1- Self- discrepancy

فعالیت‌های شخصی و اجتماعی، روابط اجتماعی گسترده‌تر از قبل می‌شوند و به احتمال بیشتری در معرض تجارب مثبت و لذت بخش قرار خواهند گرفت و این امر موجب احساس لذت و پیشرفت بیماران در زندگی می‌گردد و احتمال احساس افسردگی، تنهایی، و عزت نفس پایین خیلی کم می‌شود؛ در نتیجه فرد افسرده زمان زیادی برای غرق شدن در افکار و خاطرات منفی و نشخوارهای فکری منفی نخواهد داشت و فعال شدن مراجع، خود می‌تواند مقدمه‌ای برای به‌کارگیری روش‌های ذهن‌آگاهی باشد و افزایش اثربخشی راهبردهای موجود در این درمان گردد. با توجه به این‌که طرح حاضر یک طرح مطالعه‌ی تک آزمودنی بود، یکی از محدودیت‌های پژوهش این است که امکان دارد که مؤلفه‌های مختلف این مداخله با تفاوت‌های فردی مطابقت یافته باشند که این امر اهمیت فرمول‌بندی-های انفرادی را هنگام انتخاب مداخلات مناسب برجسته می‌سازد. طول دوره‌ی پیگیری ۱ ماهه، حقیقتاً نمی‌تواند زمان مناسبی برای دوره‌ی پیگیری باشد. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آینده تأثیر این نوع درمان با طرح‌های قوی‌تر و در نظر گرفتن دوره‌های پیگیری ۳ ماهه و ۶ ماهه سنجیده شود. همچنین از نمونه‌گیری دردسترس استفاده شده است که در نتیجه باید تعمیم نتایج را با احتیاط انجام داد. آزمودنی‌ها نیز از لحاظ متغیرهایی، مانند جنسیت و مدت ابتلا به افسردگی، هم‌سازی نشده بودند که در نتیجه باید تعمیم نتایج را با احتیاط انجام داد. همچنین عدم کنترل تأثیر دارودرمانی (نوع دارو، میزان و تعداد مصرف دارو توسط بیمار، تعاملات دارویی و عوارض مرتبط با دارو) محدودیت دیگری است که امید می‌رود در پژوهش‌های آتی در نظر گرفته شود. محدودیت دیگر این پژوهش این بود که گرچه شیوه کارآزمایی بالینی تک آزمودنی روشی خلاقانه برای بررسی اثربخشی درمان است، جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها به محققان علاقمند به این حوزه پیشنهاد می‌شود که درمان ترکیبی BATD و MBCT را در چارچوب طرح‌های گروهی مورد بررسی قرار دهند و اثربخشی و مقایسه‌ی این درمان‌ها بر روی سایر اختلالات خلقی از جمله اختلال دوقطبی، اختلال افسرده‌خویی، افسردگی فصلی و ... نیز مورد بررسی قرار گیرد.

رهایی از علائم افسردگی مؤثر باشد. همچنین کاهش نشخوار فکری در درمان ترکیبی BATD و MBCT همسو با پژوهش مارتل و همکاران [۲۰] می‌باشد؛ مبنی بر این‌که یکپارچه کردن راهبردهای ذهن‌آگاهی در درمان می‌تواند کارآمدی^۲ درمان فعال‌سازی را در مورد برخی از بیماران دچار نشخوار فکری شدید، تقویت کند. در تبیین اثربخشی این درمان ترکیبی می‌توان گفت به‌کارگیری رویکردهایی چون MBCT که به ویژه فرآیندهایی چون نشخوار فکری و اجتناب از حالت‌های خلقی منفی را هدف قرار می‌دهد [۶]، منجر به کاهش نشخوار فکری می‌گردد؛ زیرا توجه تقسیم نشده‌ی عمدی روی افکار، هیجان‌ها، و احساسات به این روش، مقدار زیادی از توانایی فرد را برای پردازش توجهی به‌کار می‌گیرد و بنابراین توانایی اندکی برای نشخوار باقی می‌ماند. از طرف دیگر، در رویکردهایی چون فعال‌سازی رفتاری نیز نشخوار فکری به عنوان شکلی از رفتار اجتنابی در نظر گرفته می‌شود، که توسط تقویت منفی، همانند کاهش‌های موقت در اضطراب یا رخدادهای شخصی مرتبط حفظ شده است [۱۲] و بنابراین شناسایی راه‌اندازهای خاص برای نشخوار هنگام اجتناب، و تقویت-کننده‌های منفی که آن را حفظ می‌کند، در کاهش نشخوار فکری نقش دارد و این درمان ترکیبی منجر به کاهش هرچه بیشتر نشخوار فکری می‌شود.

در مجموع، می‌توان گفت همه‌ی درمان‌های ارائه شده در این پژوهش، در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری مؤثر بوده‌اند، و علاوه بر این، ارائه‌ی ترکیبی درمان-های BATD و MBCT (۴ جلسه اول BATD و ۴ جلسه بعد MBCT) در مقایسه با ارائه‌ی منفرد این درمان‌ها اثربخشی بیشتری نشان داده است. در تبیین این اثربخشی می‌توان گفت که مراجعان اغلب درمان را با احساس دلسردی و ناامیدی درباره‌ی تسکین افسردگی‌شان آغاز می‌کنند؛ فعال‌سازی رفتاری با تشویق افراد به شروع کردن فعالیت از "بیرون به درون" از افراد می‌خواهد که به جای عمل کردن بر اساس خلق، با فعالیت بر اساس یک هدف، آزمایشی را انجام دهند. بخش مرکزی فعال‌سازی رفتاری، آغاز کردن انجام فعالیت است؛ حتی زمانی که خلق و انگیزش پایین هستند [۲۰]. با درگیر شدن بیشتر فرد با

- 13- Mazzucchelli TG, Rees CS, Kane RT. Group behavioural activation and mindfulness therapy for the well-being of non-clinical adults: a preliminary open trial. *Cogn Behav Therapist*. 2009; (2):256–271.
- 14- Sturme P. Behavioral Activation Is an Evidence-Based Treatment for Depression. *Behav Modif*. 2009; (33):818-829.
- 15- Jacobson NS, Dobson K, Traux PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, et al. A component analysis of cognitive-behavioural treatment for depression. *J Consult Clin Psychol*. 1996; (64):295-304.
- 16- Jacobson NS, Martell CR, Dimidjian S. Behavioral activation therapy for depression: Returning to contextual roots. *Clin Psychol Sci Pract*. 2001; (8):255–270.
- 17- Mulick PS, Naugle AE. Behavioral Activation for Comorbid PTSD And Major Depression: A Case Study. *Cogn Behav Pract*. 2004; (11):378-387.
- 18- Dimidjian S, Barrera M, Martell C, Munoz RF, Lewinsohn P. The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annu Rev Clin Psychol*. 2011; (7):1-38.
- 19- Lejuez CW, Hopko DR, Hopko SD. A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression. *Behav Modif*. 2001; (25):255-286.
- 20- Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dann R. Behavioral activation for depression: a clinician's guide. New York. The Guilford Press; 2010.
- 21- Dimidjian S, Davis KJ. Newer Variations of Cognitive-Behavioral Therapy: Behavioral Activation and Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Curr Psychiatry Rep*. 2009; (11): 453–458.
- 22- Dimidjian S, Hollon SD, Dobson KS, Schmaling KB, Kohlenberg RJ, Addis M E, et al. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol*. 2006; (74):658-670.
- 23- Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression. *J Consult Clin Psychol*. 2008; (76): 966-978.
- 24- Azarogon H, Kajbaf MB, Molavi H, Abedi MR. The Effect of Mindfulness Training on Mental Rumination and Depression of the Students of Isfahan University. *Daneshvar- Raftar*. 2009; 16(34):13-20. [Persian].
- 25- Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: a preliminary study. *Behav Res Ther*. 2009; (47):366-373.
- 26- Omidi A, Mohammad Khani P, Doulatshahi P, Pourshahbaz A. Efficacy of Combined Cognitive Behavior Therapy and Mindfulness Based Cognitive Therapy in Patients with Major Depressive Disorder. *Feyz*. 2008; 12(2). [Persian].

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از کلیه کارکنان بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام حسین (ع) و از تمامی مراجعینی که در این پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاریم.

منابع

- 1- Godfrin KA, van Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther*. 2010; 48(8):738-46.
- 2- Kuyken W, Byford S, Byng R, Dalgleish T, Lewis G, Taylor R, et al. Study protocol for a randomized controlled trial comparing mindfulness-based cognitive therapy with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: the prevent trial. *BioMed Cent J*. 2010; (11):1-10.
- 3- Fournier J, DeRubeis R J, Hollon S D, Dimidjian S, Amsterdam J, Shelton R, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level metaanalysis. *J Am Med Assoc*. 2010; (303):47–53.
- 4- Finucane A, Mercer S. An exploratory mixed method study of the acceptability and effectiveness of MBCT for patient with active depression and anxiety. *BMC Psychiatry*. 2006; (6):50-61.
- 5- Kanter JW, Manos RC, Busch AM, Rusch LC. Making Behavioral Activation More Behavioral. *Behav Modif*. 2008; (32):780-803.
- 6- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based Cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York. Guilford Press; 2002.
- 7- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000; (68):615–623.
- 8- Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Consult Clin Psychol*. 2004; (72):31-40.
- 9- Kingston T, Bates A, Dooley B, Lawlor E, Malone K. Mindfulness- Based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psychother-Theor Res Pract*. 2007; (80): 193-203.
- 10- Hick SF, Chan L. Mindfulness Based Cognitive Therapy for Depression: Effectiveness and Limitations. *Soc Work Ment Health*. 2010; (8): 225–237.
- 11- Crane R. Mindfulness- based cognitive therapy. New York. Rout ledge press; 2009.
- 12- Martell CR, Addis ME, Jacobson NS. Depression Context: Strategies for Guided Action. New York: W.W. Norton; 2001.

- 41- Papageorgiou C, Wells A. Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cogn Behav Pract.* 2000; (7):407-413.
- 42- Kenny M A, & Williams JMG. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behav Res Ther.* 2000; (45): 617-625.
- 43- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: a meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol.* 2010; (169): 78-83.
- 44- Piet J, Hougaard E. The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and metaanalysis. *Clin Psychol Rev.* 2011; (31):1032-40.
- 45- Abbott RA, Whear R, Rodgers LR, Bethel A, Coon J T, Kuyken W, et al. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and mindfulness based cognitive therapy in vascular disease: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Psychosom Res.* 2014; (76): 341-351.
- 46- Keune PM, Bostanov V, Kotchoubey B, Hautzinger M. Mindfulness versus rumination and behavioral inhibition: A perspective from research on frontal brain asymmetry. *Pers Individ Diff.* 2012; (53):323-328.
- 47- Crane C, Barnhofer T, Duggan D, Hepburn S, Fennei M, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy and self-discrepancy in recovered depressed patients with a history of depression and suicidality. *Cogn Ther Res.* 2008; (32):775-787.
- 27- Hopko DR, Lejuez CW, LePage JP, Hopko SD, McNeil DW. A brief behavioral activation treatment for depression—a randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behav Modif.* 2003; (27): 458-469.
- 28- Cassano P, Fava M. Depression and public health: an overview. *J Psychosom Research.* 2002; (53): 849-857.
- 29- Welch CA, Czerwinski D, Ghimire B, Bertsimas D. Depression and costs of health care. *Psychosom.* 2009; (50): 392-401.
- 30- Soucy Chartier I, Provencher MD. Behavioural activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. *J Affect Disord.* 2013; (145): 292-299.
- 31- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams BW. Structural clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorder, clinical version, patient edition. [SCID-CV]. Washington [DC]: American Psychiatric Press; 1996.
- 32- Sharifi V, Asadi S M, Mohammadi M R, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV [SCID]. *Advan Cogn Sci.* 2004; 6(1&2):10-22. [Persian].
- 33- Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
- 34- Dobson KS, Mohammad khani P. Psychometric Characteristics of Beck Depression Inventory – II in Patients with Major Depressive Disorder. *J Rehabil.* 2007;8(29):82-88. [Persian].
- 35- Bagherinezhad M, Salehi Fadardi J, Tabatabaee SM. Relationship Between Rumination and Depression in a Sample of Iranian Students. *Stud Educ Psychol.* 2010; 11(1):21-38. [Persian].
- 36- Lejuez CW, Hopko DR, Acierno R, Daughters SB, Pagoto SL. Ten Year Revision of the Brief Behavioral Activation Treatment for Depression (BATD): Revised Treatment Manual (BATD-R). *Behav Modif.* 2011; (35): 111-161.
- 37- Kanter JW, Manos RC, Bowe WM, Baruch DE, Busch AM, Rusch LC. What is behavioral activation? A review of the empirical literature. *Clini Psychol Rev.* 2010; (30): 608-620.
- 38- Watkins E R, Scott J, Wingrove J, Rimes K A, Bathurst N, Steiner H, et al. Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: a case series. *Behav Res Ther.* 2007; (45):2144-2154.
- 39- Watkins E R, Mullan E, Wingrove J, Rimes KA, Steiner H, Bathurst N, et al. Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: phase II randomised controlled trial. *Brit J Psychiat.* 2011;(10):1-6.
- 40- Turner JS, Leach DJ. Experimental Evaluation of Behavioral Activation Treatment of Anxiety (BATA) in Three Older Adults. *Intern J Behav Consult Ther.* 2011; (6):373-394.

The Effectiveness of Combined of Brief Behavioral Activation Therapy and Mindfulness-based Cognitive Therapy in Patients with Major Depressive Disorder

Ariana-Kia, E. *M.A., Moradi, A.R. Ph.D., Hatami, M. Ph.D.

Abstract

Introduction: Major depressive disorder (MDD) is currently ranked the third leading cause of disability in the world. The aim of the present study was to examine the effectiveness of combined of brief behavioral activation therapy (BATD) and mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with major depressive disorder.

Method: This research was administrated in a single subject design framework. Four patients (1 male, 3 female, ages 26-38) with MDD participated in the study. The participants were randomly assigned to four treatments (MBCT, BATD and Combined of BATD and MBCT to reverse sequence). To collect data Beck Depression Inventory (BDI-II) and the Ruminative Responses Subscale (RRS) were administered during pretreatment, during treatment at Sessions 2, 4 and 6, Session 8, and at 1-month follow-up.

Results: The visual inspection of charts and size effects indicated significant decrease in depression symptoms and rumination of participants.

Conclusion: These preliminary findings provided support for the role of Combined of BATD and MBCT in reducing depression symptoms and rumination in Patients with MDD.

Keywords: Brief Behavioral Activation Therapy, Mindfulness-based Cognitive Therapy, Major Depression Disorder, Rumination

*Correspondence E-mail:
elmira.Ariana@gmail.com

پښتونخواه علمي او تعليمي ادارو
پښتونخواه علمي او تعليمي ادارو