

Mindfulness based cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy on residual symptoms in recurrent Depression

Melyani M. MSc¹, Allahyari A. PhD[✉], Azad-Fallah P. PhD¹, Fathi-Ashtiani A. PhD², Tavoli A. MSc¹

¹ *Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran*

[✉] *Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran*

² *Behavioral Sciences Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran*

Submitted: 2012.11.26 Accepted: 2013.6.30

Abstract

Introduction: The present study was carried out to examine the effectiveness of Mindfulness-based Cognitive therapy versus Group Behavioral therapy on residual symptoms in Recurrent Depression.

Method: It was a pretest-posttest study in which 40 patients suffering from recurrent major depression with residual symptoms were randomly assigned to either MBCT or CBT groups. Data collection was done using Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Ruminative Responses Scale (RRS), and Dysfunctional Attitude Scale (DAS).

Results: The results of MANCOVA supported the effectiveness of Cognitive Behavioral therapy in residual depression, dysfunctional attitudes, and the cognitive subscale in BDI-II. On the other hand, Mindfulness-based cognitive therapy was shown to be more effective in reducing rumination.

Conclusion: In sum, it is proposed that a combination of CBT and MBCT could be more effective in the case of residual depression, dysfunctional attitudes, and rumination than each of them alone.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Cognitive Behavioral Therapy, Recurrent Major Depression, Residual Symptoms

مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی-رفتاری بر نشانه‌های باقیمانده مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده

مهديه مليانی^۱، عباسعلی اللهیاری^۲، پرویز آزادفلاح^۱، علی فتحي آشتیانی^۲، آزاده طاولی^۱

^۱ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۲ گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

^۲ مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۲/۴/۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۹/۶

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی-رفتاری بر نشانه‌های باقیمانده در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده انجام شده است.

روش: این مطالعه از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون است که در آن ۴۰ بیماری که مبتلا به اختلال افسردگی اساسی همراه با نشانه‌های باقی مانده بودند، انتخاب و به تصادف به دو گروه درمان شناختی-رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت تخصیص داده شدند. آن‌ها به واسطه پرسشنامه‌های سیاهه افسردگی بک-II، مقیاس پاسخ‌های نشخواری و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در پیش و پس از مداخله مورد ارزیابی قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بر نشانه‌های باقی مانده افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و مؤلفه شناختی سیاهه افسردگی بک را تایید کرد. از سوی دیگر مشخص شد که درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش نشخوار ذهنی اثربخش‌تر است.

نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود که ترکیب درمان شناختی-رفتاری و درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت می‌تواند در کاهش نشانه‌های باقی مانده افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و نشخوار ذهنی کارآمدتر از هر کدام از این درمان‌ها به تنهایی باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت، درمان شناختی-رفتاری، افسردگی اساسی عود کننده، نشانه‌های باقیمانده

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی شایع‌ترین اختلال در طول زندگی با شیوع ۱۶/۶ درصدی است [۱]. افسردگی، اختلالی بسیار عود کننده و بازگشت‌پذیر است. چنانچه بیش از ۷۵ درصد بیماران افسرده بیش از یک دوره افسردگی را تجربه می‌نمایند [۲]. در بسیاری از موارد، مبتلایان به طور کامل از دوره های افسردگی بهبود نمی‌یابند بلکه نشانه‌های باقیمانده‌ای را از خود نشان می‌دهند که پیش‌بین معنادار عود می‌باشند [۳].

نرخ بالاتر عوارض و پیامدهای منفی در اختلال افسردگی اساسی عود کننده (مزمین) با توجه به سطح نشانه‌های افسرده‌وار و جسمانی بیشتر در میان مبتلایان به این اختلال نسبت به افرادی که دارای یک تجربه بودند، وجود عوامل خطر ساز هم‌آیندی مانند وجود نرخ بالاتر اختلال‌های روان‌پزشکی همراه و سطوح پایین‌تر حمایت اجتماعی امری مورد انتظار است [۴].

بررسی‌های متعددی، وجود عوامل افزاینده خطر ساز عود چون نشخوار ذهنی [۵] و نگرش‌های ناکارآمد [۶] را تأیید کرده‌اند و به منظور پیشگیری از عود، بر کنترل و درمان این نشانه‌ها تأکید دارند.

فرا تحلیل جدیدی از ۲۸ مطالعه پیشنهاد کرده است که اثر پیشگیرانه درمان شناختی رفتاری به عنوان بهترین پیشنهاد درمانی برای اختلال افسردگی حاد در ورای جلسات درمان نیز حفظ می‌گردد [۷] و می‌توان درمان شناختی رفتاری را به عنوان خط اول درمان مرحله نگهداری اختلال افسردگی در نظر گرفت [۸]. درمان شناختی رفتاری به طور خاص آسیب‌پذیری صفت و استعداد برای افسردگی را با خطاب قرار دادن طر حواره شناختی ناکارآمد (نگرش‌های ناکارآمد) که دلالت بر وقوع مجدد افسردگی دارند، تعدیل می‌نماید [۹].

علیرغم تأیید اثربخشی درمان شناختی-رفتاری تقریباً یک سوم افرادی که از این درمان بهره می‌گیرند، در خطر عود مجدد قرار دارند [۱۰]. یکی از راهبردهای ارتقاء اثربخشی درمان شناختی رفتاری در تخفیف نشانه‌های باقیمانده افسردگی و ارتقاء قدرتمندی آن در پیشگیری از عود، هدف قرار دادن سایر مؤلفه‌های پیش بین عود چون نشخوار ذهنی به واسطه غنی سازی درمان شناختی رفتاری است [۱۱].

نگرش‌های ناکارآمد و نشخوار، مؤلفه‌هایی شناختی می‌باشند که با آسیب‌پذیری برای ایجاد، تداوم و عود اختلال افسردگی همراه می‌باشند. نشخوار با فرآیندهای ذهنی یعنی نحوه‌ای که فردی با محتوای ذهن ارتباط می‌یابد، مرتبط است، در حالی که نگرش‌های ناکارآمد بازتاب محتوای ذهن می‌باشند [۵]. در تأکید بر سهم نشخوار ذهنی در افسردگی، پژوهش یوسفی، بهرامی و محرابی [۱۲] نشان داد که نشخوار ذهنی به تنهایی می‌تواند ۵۴ درصد تغییرات افسردگی را پیش‌بینی کند.

درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت یکی از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی است. این درمان به منظور ارتقاء اثربخشی درمان شناختی رفتاری، درمان شناختی [۱۳] را با مؤلفه‌های برنامه کاهش

استرس مبتنی بر ذهن آگاهی طراحی شده به واسطه کابات زین [۱۴] تلفیق نموده است.

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی [۱۵] درمانی سازمان یافته در تلاش برای تلفیق مؤلفه ذهن آگاهی با درمان شناختی رفتاری رایج طرح ریزی شده برای درمان افسردگی است. این درمان، برنامه‌ای است که به طور خاص به منظور توجه به آسیب‌پذیری های پنهان افسردگی طرح ریزی شده است. این درمان آموزش مراقبه ذهن آگاهی و مداخلات شناخت درمانی را با درمان افسردگی تلفیق کرده است و آن را در قالب گروهی ارائه داده است. برنامه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت همچنین شامل آموزش در جنبه‌های شناختی افسردگی است. ارتباطات میان افکار و احساسات بحث می‌گردند و راهبردهایی برای تمرکز دایی از افکار شخصی آموزش داده می‌شوند [۱۶].

چهار مطالعه به طور خاص اثربخشی این مداخله را در درمان انواع اختلال افسردگی مزمین مورد توجه قرار داده است [۱۷]. کویکن و همکاران [۱۸] نشان دادند که این درمان موفقیت بیش‌تری نسبت به درمان دارویی نگهدارنده در پیشگیری از عود دارد. تحلیل داده‌ها همچنین نشان داد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش نشانه‌های باقی مانده نسبت به درمان دارویی نگهدارنده نیز موفق‌تر بوده است.

لذا ضرورت پژوهش حاضر در حوزه درمان‌های نگهدارنده اختلال افسردگی و برخورد مناسب با نشانه‌های باقی مانده به عنوان انگیزه اصلی طرح ریزی این مطالعه احساس شد، تا با توجه به سردرگمی در میان دو رویکرد درمانی مدعی، درمان شناختی رفتاری به عنوان درمانی قدرتمند در حوزه نظریه و کار بالینی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت به عنوان درمانی نوین با اثربخشی تأیید شده، از آنجا که تا به حال هیچ مطالعه‌ای به وضوح به مقایسه اثربخشی دو درمان نپرداخته است، به بررسی مقایسه‌ای اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در درمان نشانه‌های باقی مانده و افت نشانه‌های پیش‌بین عود متعاقب درمان بپردازد. لذا پژوهش حاضر بر آن است تا با مقایسه این دو رویکرد درمانی به این سؤال پاسخ دهد که "کدام یک از درمان‌های ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش نشانه‌های باقیمانده مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده پس از اختتام درمان مؤثرتر است؟".

روش

پژوهش حاضر، از انواع طرح‌های تجربی و از نوع طرح پیش آزمون- پس آزمون با دو گروه است. در این طرح، مداخله درمانی (شامل ۲ سطح: درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت) به عنوان متغیر مستقل و نشانه‌های باقی مانده افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و نشخوار ذهنی در افراد مبتلا به عنوان متغیرهای وابسته، در نظر گرفته شده‌اند.

۳۷/۳، با انحراف استاندارد ۹/۳ بود سایر شاخص‌های توصیفی مربوط به گروه نمونه در جدول ۱ ارائه شده است. از میان ۴۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی عودکننده که از نشانه‌های باقی مانده رنج می‌بردند و به گروه‌های درمانی وارد شده بودند، ۱۵ بیمار در گروه درمان شناختی رفتاری و ۱۶ نفر در گروه درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت تا انتهای درمان باقی ماندند. پارامترهای از معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: وجود سابقه افسردگی اساسی، سابقه مصرف داروهای ضد افسردگی اما قطع مصرف در زمان مطالعه و یا ثابت نگه داشتن برنامه درمان دارویی، کسب نمره ۱۴ تا ۲۸ (افسردگی خفیف و متوسط) از سیاهه افسردگی بک-II و برخی از معیارهای خروج عبارت بودند از سابقه اسکیزوفرنی، اختلال روانی ناشی از مسائل جسمانی، افسرده خوبی قبل از ۲۰ سالگی، اختلالات شخصیت و وجود تمایل به خودکشی.

شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر کلیه زنان مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده بودند که دارای نشانه‌های باقی مانده می‌باشند. به منظور انجام مطالعه با استناد به حجم نمونه مطالعه مانیکاواسگر، پارکر و پریچ [۱۹] (۴۵ نفر: ۱۹ نفر تحت درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت و ۲۶ نفر در درمان شناختی رفتاری)، حجم نمونه در پژوهش حاضر ۴۰ نفر (۲۰ نفر در گروه درمان شناختی رفتاری گروهی و ۲۰ نفر در گروه درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت) در نظر گرفته شد. برای دستیابی به این نمونه، پژوهشگر با حضور در چند مرکز روان‌درمانی با بررسی پرونده‌ها و به واسطه ارجاع از جانب روانپزشکان و روان‌درمانگران مستقر در مراکز فوق، تعداد ۴۰ بیمار دارای تشخیص افسردگی عودکننده را با استفاده از معیارهای انتخاب برگزید و با کسب رضایت از آن‌ها، در پژوهش وارد شدند. میانگین سن بیماران

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه آماری

متغیر	وضعیت تأهل		سطح تحصیلات		وضعیت شغلی	
	تجرد	تاهل	لیسانس و بالاتر	دیپلم و دیپلم	بیکار	شاغل
تعداد	۹	۲۹	۱۳	۱۸	۱۸	۱۳
درصد فراوانی	۲۲	۷۱	۴۱/۹	۵۸/۱	۵۸/۱	۴۱/۹

بیماران انتخاب شده برای ورود به پژوهش، بیماران انتخاب شده حائز شرایط به تصادف به دو موقعیت درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی-رفتاری گروهی وارد شدند. مداخلات درمانی در قالب گروهی و در طی ۸ هفته به طور تصادفی برای هر گروه اجرا گشتند (ساختار جلسات درمانی هر دو نوع مداخله در جداول ۲ و ۳ آورده شده‌اند). اعضای دو گروه درمانی در انتها مجدداً به واسطه بسته آزمون‌های فوق مورد ارزیابی قرار گرفتند.

به تبع انتخاب برای ورود به مطالعه، از شرکت‌کنندگان درخواست شد تا مجموعه آزمون‌هایی را که برای آن‌ها تدارک دیده شده بود شامل: سیاهه افسردگی بک-II، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، مقیاس نشخوار ذهنی و پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی را تکمیل نمایند و به منظور کسب اطمینان از ورود صحیح به پژوهش، با انجام مصاحبه بالینی ساختماند کلیه ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش مجدداً بررسی شد. متعاقب کسب رضایت از

جدول ۲. ساختار جلسات درمان در درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت [۱۵]

شماره جلسه	موضوع
۱	توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون، بازکردن مفهوم ذهن‌آگاهی برای اعضا با استفاده از چند فن و یاد گرفتن انجام امور روزمره، همراه با حفظ توجه بر آن‌ها
۲	آگاهی یافتن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس
۳	آرام کردن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را در زمان حال حفظ می‌نمایند
۴	آموزش حضور در حال و نظاره‌گر افکار بودن بدون فرار و دوری کردن از جماعت
۵	کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آن‌ها بدون قضاوت و دخالت مستقیم
۶	تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت
۷	هشیار بودن از نشانه‌های افسردگی و تنظیم برنامه برای روبه رو شدن احتمالی با نشانه‌های افسردگی
۸	برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم آن‌ها به کل جریان زندگی

جدول ۳. ساختار جلسات درمان شناختی-رفتاری گروهی [۲۰]

شماره جلسه	موضوع
۱	معرفی افسردگی و سبب شناسی آن از دید ریکرد شناختی-رفتاری
۲	تشریح رابطه رویداد فعال کننده - شناخت و رفتار و احساس
۳	توضیح افکار خود آیند و انواع خطاهای تفکر
۴	به چالش گذاشتن افکار و خلق پاسخ عاقلانه
۵	تدارک آزمایشات رفتاری به منظور بررسی راهبردها و شناخت‌های کسب شده
۶	آموزش آرام‌سازی بدن
۷	تعمیق مهارت‌های شناختی رفتاری کسب شده
۸	تعمیق مهارت‌های شناختی رفتاری کسب شده

در این مطالعه از پرسشنامه‌های زیر به منظور سنجش متغیرهای پژوهش در پیش از انجام مداخلات و پس از آن‌ها استفاده شد: **سیاهه افسردگی بک (BDI-II)**: سیاهه افسردگی بک [۲۰] مقیاس بازنگری شده پرسشنامه افسردگی است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این سیاهه اعتبار درونی بالا و روایی همگرای خوبی با BDI-I دارد چنانچه بک و همکارانش [۲۱]، روایی همگرای آن را با BDI-I، ۰/۹۳ و با مقیاس رتبه دهی روانپزشکی همپلتون برای افسردگی ۰/۷۱ اعلام کردند و نشان دادند که این ابزار دارای اعتبار از نوع همسانی درونی عالی در بیماران غیر بستری بود ($a=0.93$). *دبسون و محمدخانی* در مطالعه‌ای به سال ۱۳۸۶ بر روی ۳۵۴ نمونه بالینی ایرانی، با بررسی مختصات روانسنجی این سیاهه، نشان دادند که نتایج حاصل از این آزمون تأیید کننده تشخیص حاصل از مصاحبه بالینی ساختمان است و می‌توان از آن به طور پایایی برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی در قبل و بعد از درمان و در دفعات متعدد بهره گرفت. در مطالعه آن‌ها، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش شد [۲۲].

مقیاس **پاسخ نشخواری (Ruminative Response Scale)**: پرسشنامه سبک‌های پاسخ [۲۳] به منظور بررسی تمایل آزمودنی‌ها برای نشخوار نشانه‌های هیجانات منفی‌شان طراحی شده و اجرا می‌گردد. این پرسشنامه دارای ۲۲ پرسش است که بیانگر پاسخ‌ها به خلق افسرده به صورت متمرکز بر خود، متمرکز بر نشانه‌ها و متمرکز بر پیامدهای احتمالی و علل خلق می‌باشد. این مقیاس دارای اعتبار درونی بالا در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ است [۲۳]. این پرسشنامه توسط *باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبائی* به فارسی ترجمه شده است و اعتبار آن در نمونه ایرانی به واسطه ضریب آلفای کرونباخ به عنوان شاخصی از همسانی درونی ۰/۸۸ گزارش شده است [۲۴].

یافته‌ها

در این مطالعه از پرسشنامه‌های زیر به منظور سنجش متغیرهای پژوهش در پیش از انجام مداخلات و پس از آن‌ها استفاده شد: **سیاهه افسردگی بک (BDI-II)**: سیاهه افسردگی بک [۲۰] مقیاس بازنگری شده پرسشنامه افسردگی است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این سیاهه اعتبار درونی بالا و روایی همگرای خوبی با BDI-I دارد چنانچه بک و همکارانش [۲۱]، روایی همگرای آن را با BDI-I، ۰/۹۳ و با مقیاس رتبه دهی روانپزشکی همپلتون برای افسردگی ۰/۷۱ اعلام کردند و نشان دادند که این ابزار دارای اعتبار از نوع همسانی درونی عالی در بیماران غیر بستری بود ($a=0.93$). *دبسون و محمدخانی* در مطالعه‌ای به سال ۱۳۸۶ بر روی ۳۵۴ نمونه بالینی ایرانی، با بررسی مختصات روانسنجی این سیاهه، نشان دادند که نتایج حاصل از این آزمون تأیید کننده تشخیص حاصل از مصاحبه بالینی ساختمان است و می‌توان از آن به طور پایایی برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی در قبل و بعد از درمان و در دفعات متعدد بهره گرفت. در مطالعه آن‌ها، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش شد [۲۲].

مقیاس **پاسخ نشخواری (Ruminative Response Scale)**: پرسشنامه سبک‌های پاسخ [۲۳] به منظور بررسی تمایل آزمودنی‌ها برای نشخوار نشانه‌های هیجانات منفی‌شان طراحی شده و اجرا می‌گردد. این پرسشنامه دارای ۲۲ پرسش است که بیانگر پاسخ‌ها به خلق افسرده به صورت متمرکز بر خود، متمرکز بر نشانه‌ها و متمرکز بر پیامدهای احتمالی و علل خلق می‌باشد. این مقیاس دارای اعتبار درونی بالا در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ است [۲۳]. این پرسشنامه توسط *باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبائی* به فارسی ترجمه شده است و اعتبار آن در نمونه ایرانی به واسطه ضریب آلفای کرونباخ به عنوان شاخصی از همسانی درونی ۰/۸۸ گزارش شده است [۲۴].

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد: مقیاس نگرش‌های ناکارآمد بر مبنای مدل آسیب شناختی بک (۱۹۷۶-۱۹۶۷) بر سنجش ساختارهای وابسته به شناخت تأکید دارد [۶]. از این مقیاس برای سنجش و ارزیابی فرضیات و اعتقادات زیر بنایی استفاده می‌شود که مشخص کننده محتوای شناختی بر مبنای نظریه بک است. این مقیاس دارای ۴۰ پرسش است که فرض‌های زیربنایی حاکم بر افسردگی را اندازه می‌گیرد. *کاویانی، جوهری و بحیرایی* [۲۵] این مقیاس را به زبان فارسی ترجمه کرده‌اند و با اجرای همزمان این

جدول ۴. شاخص میانگین و تحلیل کوواریانس نمرات افسردگی، نشخوار ذهنی و نگرش‌های ناکارآمد پس از تعدیل نمرات پیش آزمون

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	گروه‌ها	میانگین	آزمون F	سطح معناداری	ضریب اتا
عامل گروه	افسردگی	CBT	۱۴/۱۶	۲۲/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۶
		MBCT	۱۸/۲۲			
عامل گروه	نشخوار ذهنی	CBT	۴۷/۳۳	۸۹/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۷
		MBCT	۲۵/۶۲			
عامل گروه	نگرش‌های ناکارآمد	CBT	۲۰۱/۳۲	۱۷/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰
		MBCT	۱۷۱/۹۲			

این مؤلفه‌های افسردگی متعاقب انجام مداخله و با حذف اثرات پیش آزمون وجود داشت و این که درمان شناختی-رفتاری در کاهش مؤلفه شناختی در افسردگی نسبت به درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت کارآمدتر است حال آن که تفاوت معناداری در اثربخشی دو درمان بر دو مؤلفه فیزیولوژیک و هیجانی وجود نداشت.

در مرحله بعد با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) بر خرده مقیاس‌های آزمون افسردگی بک-II، مؤلفه‌های شناختی، فیزیولوژیک و هیجانی افسردگی، اقدام به بررسی نحوه اثربخشی دو مداخله بر این مؤلفه‌های افسردگی شد که با حذف اثرات پیش آزمون مشخص گشت که تفاوت معناداری در میان

جدول ۵. شاخص میانگین و تحلیل کوواریانس نمرات مؤلفه‌های شناختی، هیجانی و فیزیولوژیک افسردگی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	گروه‌ها	میانگین	آزمون F	سطح معناداری	ضریب اتا
عامل گروه	مؤلفه شناختی	CBT	۵/۸۱	۴۸/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۸۵
		MBCT	۹/۷۴			
عامل گروه	مؤلفه هیجانی	CBT	۴/۱۰	۲/۸۴	۰/۱۰	۰/۰۹
		MBCT	۵/۲۷			
عامل گروه	مؤلفه فیزیولوژیک	CBT	۴/۰۶	۲/۸۴	۰/۲۱	۰/۰۵
		MBCT	۳/۳۷			

p < ۰/۰۰۱

بحث

معدودی بر کنترل نشانه‌های باقی مانده به منظور ارتقاء کیفیت زندگی و جلوگیری از عود متعاقب تمرکز داشته‌اند، چنانچه ناراسیمهان و کانادای [۲۷] ابراز کرده‌اند که رهاسازی از نشانه‌های باقی مانده در مسیر بهبودی و رهایی کامل از اختلال ضروری است.

انواع روان‌درمانی که بر چارچوب‌های نظری متفاوت قرار دارند، برآند تا با تعدیل پیش‌بین‌های عود، خطر عود متعاقب را تعدیل نمایند. در حال حاضر توافقی در مورد درمان شناختی-رفتاری وجود دارد که بر مبنای آن شناخت‌ها نقش مهمی را در سبب شناسی و تداوم افسردگی برعهده دارند [۲۸]. فاوا، فابر و سونینو [۲۹] نیز مطرح نموده‌اند که درمان شناختی پیشگیرانه بایستی نشانه‌های باقی مانده بعد از دوره حاد اختلال را حذف نمایند. فاوا و همکاران [۳۰] اثربخشی درمان شناختی را بر نشانه‌های باقی مانده به عنوان ابزاری در پیشگیری از نرخ عود در افسردگی بررسی کرده و مطرح ساخته‌اند که افرادی که تحت درمان شناختی قرار گرفته بودند، نشانه‌های باقی مانده کمتری را گزارش کردند و فقط ۱۵ درصد از شرکت‌کنندگان در موقعیت درمان شناختی در برابر ۳۵ درصد در موقعیت کنترل بالینی، عود متعاقب را تجربه کردند، البته نرخ عود در طول ۲ سال آتی مساوی بود. ناراسیمهان و کانادای [۲۷] تأکید داشتند که یکی از وظایف مهم درمان شناختی بایستی به حداقل

هدف اصلی مطالعه حاضر، مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری گروهی بر نشانه‌های باقیمانده مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده است. تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان داد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش نشخوار ذهنی از درمان شناختی-رفتاری گروهی کارآمدتر است، حال آن که درمان شناختی-رفتاری گروهی در ارتقاء باورهای کارآمد و کاهش افسردگی باقی مانده اثربخش‌تر می‌باشد.

چنانچه مطرح شده بود، بسیاری از مبتلایان به افسردگی به طور کامل از دوره‌های افسردگی بهبود نمی‌یابند بلکه نشانه‌های باقیمانده‌ای را از خود نشان می‌دهند که پیش‌بین معنادار عود می‌باشند. فاوا و همکاران [۲۶] مطرح کردند که بهبود نسبی، وضعیتی است که در آن اشخاص از نشانه‌ها به طور کامل رها نیستند (نشانه‌ها کمتر از مقداری است که تشخیص افسردگی اساسی گذاشته شود) اما هنوز نشانه‌ها بیش از نشانه‌های خفیف هستند. چنین نشانه‌هایی که بسیاری از مبتلایان به دوره افسردگی تجربه می‌نمایند "نشانه‌های باقی مانده" نامیده می‌شوند. پژوهش‌های متعددی در تلاش برای کنترل متغیرهای پیش‌بین عود به منظور پیشگیری از وقوع مجدد یا عود انجام، شده‌اند، ولیکن مطالعات

در این مداخله، پرورش آگاهی در طی تمرینات تفکری بیماران را قادر می‌سازد هنگامی که پاسخ‌های نشخوارگری منفی در ذهن شان فعال می‌شود، آن‌ها را واضح‌تر مشاهده کنند و ذهن خود را از آن الگوهای تفکر خارج نمایند. به واقع بر خلاف درمان شناختی رفتاری استاندارد، که تمرکز آن بر تغییر محتوی تفکر است، تمرکز درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر پرورش آگاهی فراشناختی و اصلاح فرایندهای فراشناختی است که حالت‌های واکنشی غیر مفید و حالت‌های ذهنی نشخوارگری را حمایت می‌کنند حائز اهمیت است که اگر چه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت برای بیماران در حال بهبودی طراحی شده است، بررسی‌ها نشان می‌دهند که ممکن است برای بیماران دارای نشانه‌های حاد بیماری که در چنین فرایندهای غیر مفید تفکری، گیر افتاده‌اند نیز مفید باشد [۱۹]. پژوهش حاضر نیز کارایی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت را بر کاهش نشخوار ذهنی تأیید می‌نماید.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر در تلاش برای بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر پیش بین‌های عود چون نشانه‌های باقی مانده، نگرش‌های ناکارآمد و نشخوار ذهنی مطرح می‌سازد که درمان شناختی رفتاری کفایت لازم برای تعدیل نشانه‌های باقی مانده افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد را دارد، ولیکن این درمان نمی‌تواند نشخوار ذهنی را مدیریت کند، لذا پیشنهاد می‌گردد که به منظور پوشش دادن کلیه متغیرهای پیش‌بین، دو راهبرد درمانی تلفیق شود تا حداکثر بهره‌وری برای مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده دارای نشانه‌های باقی مانده فراهم شود.

تشکر و قدردانی: در آخر نویسندگان این مقاله نهایت تشکر و قدردانی را خود را به بیمارانی تقدیم می‌نمایند که در فرآیند این مطالعه با بذل اعتماد خود در مسیر درمان و سنجش‌های مکرر متعاقب ما را همراهی نمودند، باشد که یافته‌های این مطالعه ره‌آوردی به دنیایی بهتر برای آن‌ها باشد.

منابع

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Walters EE. Lifetime Prevalence and Age of Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychol*. 2005; 62(6):593-602.
2. Keller MB, Boland RJ. The implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biol Psychiatr*. 1998; 44(5):348-60.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR. The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA*. 2003; 289(23):3095-105.

رساندن نشانه‌های باقی مانده باشد. این ضرورت هم‌راستا با نظریه شناختی است که پیشنهاد می‌نماید در طول دوره شناخت درمانی بیش از سایر مداخلات، تغییرات شناختی و از جمله نگرش‌های ناکارآمد اتفاق می‌افتد که این تغییرات درمانی نشانه‌های افسردگی را میانجی‌گری می‌نمایند [۳۱]. مقیاس نگرش‌های ناکارآمد به منظور سنجش چنین تغییرات شناختی طرح ریزی و پیشنهاد شده است [۶]. مطالعه حاضر نیز هم‌راستا با یافته‌های فوق مشخص نمود که درمان شناختی-رفتاری گروهی می‌تواند نشانه‌های باقی مانده را تعدیل نماید و شدت افسردگی را از میانگین نمره سیاهه افسردگی بک از ۲۸/۵۳ (شدت افسردگی متوسط) به سطح خفیف با میانگین ۱۴/۵۳ کاهش دهد همچنین یافته‌ها نشان داد که این درمان همچنین به طور معناداری نگرش‌های ناکارآمد را در قیاس با درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت تعدیل می‌نماید چنانچه در بالا آمده است، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد بر مبنای مدل آسیب شناختی بک ساخته شده است و در تلاش برای سنجش و ارزیابی فرضیات و اعتقادات زیر بنایی که مشخص کننده محتوای شناختی بر مبنای نظریه بک است لذا ارتقاء نگرش‌های کارآمد متعاقب این درمان امری بدیهی و مورد انتظار است.

در حالی که باورهای ناکارآمد بازتابی از محتوای ذهن می‌باشند (محتوای تفکر)، نشخوار فکری با فرایندهای فکر یعنی نحوه برقراری ارتباط فردی با محتوای ذهن همبند است. نشخوار ذهنی به عنوان توجه کانونی منفعلانه فرد بر حالت‌های هیجانی منفی مانند افسردگی، نشانه‌های آن و تفکر تکراری در مورد علل، معانی و پیامدهای آن حالت تعریف می‌شود [۵]. هر دو حوزه مطالعات زمینه‌ای و آزمایشگاهی نشان داده‌اند که نشخوار فکری در پاسخ به حالات خلقی منفی همبند با تداوم افسردگی و عاطفه ناراحت کننده تشدید می‌شود [۲۳]. نشخوار فکری همچنین نشان داده شده است که خطر ایجاد دوره‌های افسردگی را در شرکت کنندگان سالمی که در ادامه مورد پیگیری قرار می‌گیرند، افزایش می‌دهد [۳۲]. بررسی‌ها اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت را که درمانی با هدف تعدیل مؤلفه نشخوار ذهنی، به عنوان یک پیش بین مهم ایجاد، تداوم و عود اختلال است، تأیید کرده‌اند [۳۳، ۳۴].

4. Judd LL, Paulus MP, Zeller P. The role of residual sub threshold depressive symptoms in early episode relapse in unipolar major depressive disorder. *Arch Gen Psychol*. 1998; 55(8):694-700.
5. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Abnorm Psychol*. 1991; 100:569-82.
6. Beck AT. *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Guilford; 1967.
7. Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarret RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive therapy's effects. *Couns Clin Psychol*. 2007; 75:475-88.

8. Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S, Ravindran AV, Kennedy SH, Lam RW, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) Clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *Affect Disord.* 2009; 117:15-25.
9. Conradi HJ, De Jonge P, Ormel J. Cognitive behavioral therapy versus usual care in recurrent depression. *Brit Psychiatr.* 2008; 193:505-6.
10. Paykel ES, Scott J, Teasdale J. Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: A controlled trial. *Arch Gen Psychol.* 1999; 56:829-35.
11. Watkins ED, J. S, Wingroveb J, Rimesb K, Bathurstc N, Steinerb H, et al. Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behav Res Ther.* 2007; 45:2144-54.
12. Yosefi Z, Bahrami F, Mehrabi HA. Rumination: beginning and continuous of depression. *J Behav Sci.* 2008; 2(1):67-73. [Persian]
13. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford; 1979.
14. Kabat-Zinn J. *Full catastrophic living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness.* New York: Delacorte; 1990.
15. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing.* New York: Guilford Press; 2002.
16. Massry W. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression, does it work and how?* [Dissertation]. University of Bergensis; 2009.
17. Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psycho Theor Res Pract.* 2007; 80(pt 2):193-203.
18. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Couns Clin Psychol.* 2008; 76(6):966-78.
19. Manicavasgar V, Parker G, Perich T. Mindfulness-based cognitive therapy versus cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Affect Disord.* 2011; 130(1-2):138-44.
20. Dobson KS, Mohammad-Khani P. *The prevention of depression relapse: A cognitive-behavioural approach.* Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences; 2006.
21. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Pers Assess.* 1996; 67(3):588-97.
22. Dobson KS, Mohammad khani P. Psychometric characteristics of the Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder in partial remission. *Social Welfare and Rehabilitation Sciences.* 2006; 8:82.
23. Nolen-Hoeksema S, Morrow JJ. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Pers Soc Psychol B.* 1991; 61(1):115-21.
24. Bagheri-Nejad M, Salehifard J, Tabatabaei M. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *J Educ Psychol.* 2010; 11(1):21-38. [Persian]
25. Kaviani H, Javaheri F, Bahirayi H. The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on dysfunctional attitudes, depression and anxiety in 2 months follow up. *New Psychol Ther.* 2005; 7(1):49-59. [Persian]
26. Fava GA, Grandi S, Zielezny M, Rafanelli C, Canestrari R. Four-year outcome for cognitive behavioral treatment of residual symptoms in major depression. *Am Psychiatr.* 1996; 153(7):945-7.
27. Narasimhan M, Kannaday MH. Treating depression and achieving remission. *Asian Psychiatr.* 2010; 3:163-8.
28. Warmerdam L, Straten AV, Jantien J, Twisk J, Cuijpers P. Online cognitive behavioral therapy and problem-solving therapy for depressive symptoms: Exploring mechanisms of change. *Behav Ther Exp Psychiatr.* 2010; 41(1):64-70.
29. Favaa GA, Fabbrib S, Sonino N. Residual symptoms in depression: An emerging therapeutic target. *Proq NeuroPsychopharmacol Biol Psychiatr.* 2002; 26(6):1019-27.
30. Fava GA, Rafanelli C, Cazzaro M, Conti S, Grandi S. Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychol Med.* 1998; 28(2):475-80.
31. Allart-van-Dam E, Hosman CMH, Hoogduin CAL, Schaap CPDR. The coping with depression course: Short-term outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression. *Behav Ther Exp Psychiatr.* 2003; 34(3):381-96.
32. Robinson MS, Alloy LB. Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cogn Ther Res.* 2003; 27(3):275-91.
33. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Couns Clin Psychol.* 2004; 72(1):31-40.
34. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Couns Clin Psychol.* 2000; 68(4):615-23.

