

اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر روی نشانه‌های افسردگی و اندیشناکی در افراد با سابقه یک دوره افسردگی اساسی: طرح تک موردی^۱

حمید خانی‌پور^۲، احمد برجعلی^۳، پروانه محمد خانی^۴، فرامرز سهرابی^۵

تاریخ وصول: ۹۲/۲/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۷

چکیده

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر روی نشانه‌های افسردگی و اندیشناکی در افراد با سابقه یک دوره پیشین افسردگی اساسی بود. روش: MBCT برای ۴ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در قالب یک طرح مطالعه تک موردی با خطوط پایه چند گانه به مدت ۸ جلسه ۱ ساعته با دوره پی گیری ۱ ماهه اجرا شد. برای ارزیابی تغییرات از پرسشنامه افسردگی، سیاهه افسردگی بک و مقیاس پاسخ به شیوه اندیشناکی استفاده شد.

۱. مقاله مستخرج از پایان نامه دوره کارشناسی ارشد می باشد.

۲. دانشجوی دکتری روانشناسی دانشگاه علامه طباطبایی (نویسنده مسئول) khanipur.hamid@gmail.com

۳. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی borjali@atu.ac.ir

۴. استاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی parhomir@yahoo.com

۵. دانشیار دانشگاه علامه طباطبایی sohrabi@atu.ac.ir

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که درصد بهبودی بالینی برای نشانه‌های افسردگی و اندیشناکی برای کل شرکت‌کننده‌ها ۷۸٪ و ۴۷٪ می‌باشد. این نتایج برای سه بیمار از لحاظ بالینی معنادار به دست آمد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که MBCT در قالب جلسات انفرادی درمان موثری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی می‌باشد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی، حضور ذهن، افسردگی، اندیشناکی.

مقدمه

افسردگی اختلال عاطفی جدی و مشکل مهمی برای سلامتی است. خطر ابتلا به افسردگی در طول عمر برای زنان ۱۰ تا ۲۵ درصد و برای مردان ۵ تا ۱۲ درصد می‌باشد. خودکشی به عنوان یکی از عوارض افسردگی یکی از دلایل عمده منجر به مرگ است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴). افسردگی اساساً یک اختلال بالینی عودکننده است، به گونه‌ای که بیش از ۸۰ درصد از افرادی که یک دوره از افسردگی را تجربه کرده‌اند به احتمال فراوان تجربه دوره‌های متعدد دیگری را نیز در طول دوره زندگی خواهند داشت (کوپفر و همکاران^۱، ۱۹۹۲).

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT^۲) برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرایندهای شناختی پیش‌بینی‌کننده عود افسردگی است که توسط سگال^۳، ویلیامز^۴ و تیزدل (۲۰۰۲) توسعه داده شده است. پیش از این اساس مدل شناخت درمانی برای افسردگی مبتنی بر نقشی بود که به نگرش‌های نا کارآمد در زمینه خود ارزشمندی (طرحواره اجتماع‌پروی) و استقلال‌طلبی (طرحواره خود‌پروی) داده می‌شد و دیدگاه اصلی در تبیین کاهش عود افسردگی پس از انجام شناخت درمانی تغییر محتوایی

1. Kupffer et al
2. Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)
3. Segal
4. Williams



این باورها در نظر گرفته می‌شد، اما نتایج تحقیقات مختلف حمایت زیادی از این پیش فرض‌ها نکرد: بر اساس مدل شناختی رفتاری کلاسیک انتظار بر این است که بیماران با سابقه دوره های افسردگی که در دوره بهبودی به سر می‌برند نمرات بالاتری را در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد در مقایسه با گروهی که سابقه بیماری را نداشته اند کسب کنند اما نتایج مطالعاتی که این پیش بینی را آزموده‌اند تفاوت معناداری را در نگرش‌های ناکارآمد در میان این گروه‌ها نشان نداده است (هاگا^۱، دیک^۲ و ارنست^۳، ۱۹۹۱). همچنین محققین در حوزه CBT^۴ سه دلیل را برای نشان دادن این ادعا که تغییر محتوای شناختی از طریق چالش ورزی مهم ترین عامل اثر بخشی درمان نیست ارائه کرده اند: الف) تحقیقات تحلیل مولفه‌ای^۵ درمان های CBT^۶ نتوانستند نشان دهند که مداخلات شناختی اثر معناداری را به درمان اضافه می کنند. ب) در بیشتر درمان های CBT^۷ پیش از اجرای مداخلات شناختی ویژه تغییرات سریعی در نشانه‌ها به وجود می آید. ج) اطلاعات اندکی درباره این ادعا که تغییر دادن واسطه های شناختی برانگیزاننده تغییر نشانه‌ای هستند وجود دارد (لانگ مور^۸، ورل^۹، ۲۰۰۷).

حضور ذهن^۸ به عنوان حالت شناختی موثر و بدیل نگرسته می شود که با دارا بودن ویژگی‌های مانند نیت‌مند بودن، غیر قضاوتی بودن، برابر نگرفتن افکار با واقعیت‌ها و فعال کردن حالت ذهنی بودن می تواند آنتی تز پاسخ‌های راجعه حالت های کژکار ذهنی باشد. از سوی دیگر هدفی که در حضور ذهن (یعنی کنترل توجه) دنبال می‌شود می‌تواند در خارج شدن از چرخه های اندیشناکی کمک کننده باشد (تیزدل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۵). از اولین

-
1. Haaga
 2. Dyck
 3. Ernst
 4. component analyses
 5. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)
 6. Longmore
 7. Worrell
 8. mindfulness

پژوهش‌ها بر روی حضور ذهن، آن را به عنوان شیوه ای برای کنترل توجه معرفی کرده‌اند و بسیاری از محققین هسته اصلی نظریه های جدید که در آن از حضور ذهن استفاده می‌شود را بر محور کارکرد توجه قرار داده اند (بیشاپ و همکاران، ۲۰۰۴).

هدف اصلی توسعه MBCT کار با بیماران افسرده ای بود که در دوره بهبود نسبی^۱ به سر می‌بردند. تاثیر این روش برای آن دسته از بیماران افسرده‌ای که در گذشته سه دوره یا بیشتر را تجربه کرده‌اند تایید شده است (تیزدل، سگال، ویلیامز، ریچدوی^۲، سولسی^۳ و لو^۴، ۲۰۰۰؛ ما^۵ و تیزدل، ۲۰۰۴). علاوه بر این در پژوهش‌های جدید از این رویکرد در درمان بیماران افسرده مقاوم به درمان (کنی^۶ و ویلیامز، ۲۰۰۷) و درمان نشانه‌های باقیمانده افسردگی (کینگستون^۷، دولی^۸، بیتس^۹، لالر^{۱۰} و مالون^{۱۱}، ۲۰۰۷) نیز استفاده شده است. با حال نقدهایی بر این پژوهش‌ها وجود دارد. بیر^{۱۲} (۲۰۰۳) به این مساله نقد دارد که اکثر درمان‌هایی که به بررسی تاثیر MBCT پرداخته‌اند به صورت طرح‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون و فاقد گروه کنترل واقعی بوده‌اند. در برخی دیگر از نقدها نتایج مثبت مطالعه اولین کارآزمایی MBCT را این گونه زیر سوال برده‌اند که ترکیب دو روش شناخت درمانی و درمان مبتنی بر حضور ذهن هرگز نمی‌تواند اثر خالص حضور ذهن را در کاهش عود و نتایج به دست آمده تبیین کند (بیشاپ^{۱۳}، لو^{۱۴}، شاپیرو^{۱۵}، کارلسون^۱، اندرسون^۲ و کارمدی^۳،

-
1. remission
 2. Ridgeway
 3. Soulsby
 4. Lau
 5. Ma
 6. Kenny
 7. Kingeston
 8. Dooly
 9. Bates
 10. Lawlor
 11. Malone
 12. Bear
 13. Bishop
 14. Lau
 15. Shapiro



کارمدی^۳، ۲۰۰۴). یکی دیگر از نقدهایی که این پژوهش در راستای پوشش به آن است عدم اجرای این روش در قالب برنامه انفرادی است. زیرا اگر پیش بینی های این مدل صحیح باشد انتظار داریم اثرات درمانی را در درمان انفرادی نیز مشاهده کنیم (ویلیامز، ۲۰۰۸). بر این اساس در این پژوهش تاثیر MBCT در قالب یک طرح مطالعه تک موردی بر روی نشانه‌های افسردگی و اندیشناکی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بررسی شده است.

روش

در این پژوهش از طرح تک موردی به صورت خط پایه ای چند گانه^۴ استفاده شده است. بیماران در سطح پایه ای بدون درمان ۲ هفته قرار گرفتند تا حالت ثابتی در سطح پایه برقرار گردد. پس از پشت سر گذاشتن این دوره سطح پایه، MBCT به صورت هفتگی اجرا شد. متغیر مستقل در این مطالعه درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و متغیرهای وابسته تغییرات درمانی حاصل از کاربرد این شیوهی درمانی در مقیاس های افسردگی و اندیشناکی بودند.

جامعه پژوهش حاضر را کلیه مراجعه‌کنندگان با تشخیص افسردگی اساسی مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع) تهران تشکیل می‌دادند که دارای پرونده فعال بودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس و هدفمند انجام گرفت. با توجه به طرح پژوهش حاضر از تعداد ۴ مراجع استفاده شد. روانپزشک بر اساس ملاک های مدنظر، بیماران واجد شرایط را به درمانگر ارجاع می‌داد. درمانگر بیمار را در جریان پژوهش قرار می‌داد و فرم رضایت آگاهانه را در اختیار ایشان قرار می‌داد. در صورت اعلام موافقت و امضای فرم مذکور، بیمار

-
1. Carlson
 2. Anderson
 3. Carmody
 4. multiple baseline design

به عنوان نمونه‌ی پژوهش وارد درمان می‌گردید. بر اساس ملاک‌های فوق از میان ۱۰ بیمار غربال شده ۴ بیمار با اختلال افسردگی اساسی که با ملاک‌های پژوهش همخوانی داشتند (۳ نفر زن و ۱ مرد) انتخاب شدند و با روش پلکانی وارد درمان شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از (۱) تشخیص افسردگی اساسی بر اساس نظر روانپزشک و تأیید آن با مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID-IV ۲) دامنه سنی بین ۱۸ تا ۴۰ سال (۳) تحصیلات حداقل دیپلم (۴) ثابت ماندن دوز دارویی برای ۸ هفته (۵) سابقه یک دوره یا بیشتر افسردگی از قبل معیارهای خروج: (۱) داشتن ایده پردازی خودکشی یا اقدام به خودکشی در ۶ ماه گذشته (۲) سوء مصرف مواد.

ابزارها

مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID-IV^۱): مصاحبه بالینی ساختار یافته دارای دو نسخه می‌باشد در این پژوهش از نسخه پژوهشی استفاده شد. این نسخه بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV تنظیم شده است و برای تشخیص‌گذاری بالینی اختلالات محوری از آن استفاده می‌شود. پایایی آزمون- بازآزمون ۰/۸۵ را برای این ابزار مشخص شده است (فرست^۲، اسپیتزر^۳، گیبب^۴، ویلیامز^۵، ۲۰۰۲؛ ترجمه محمد خانی و همکاران، ۱۳۸۴).

پرسشنامه افسردگی (DQ^۶): این پرسش‌نامه که از ۷ سوال تشکیل شده است و به عنوان یک خود ارزیابی سریع از وضعیت خلقی بیماران توسعه داده شده است. پاسخ‌ها در یک مقیاس ۹ درجه‌ای از (۰= اصلاً مشکل ندارم تا ۸= به شدت مشکل دارم) نمره‌گذاری می‌شوند. در این مقیاس از بیمار خواسته می‌شود ۷ عبارت که ۶ تا از آنها درباره احساسات

-
1. Structured Clinical Interview for DSM-IV
 2. First
 3. Spitzer
 4. Gibbon
 5. Williams
 6. Depression Questionnaire



و افکار مرتبط با افسردگی و یکی نیز در ارتباط با سایر انواع احساسات است را بخوانند و بر اساس یک مقیاس ۸ درجه ای آن را نمره گذاری کنند (امری^۱، ۱۳۸۴). این پرسشنامه در نقش مقیاسی سریع برای برآورد شدت افسردگی مورد استفاده قرار می گیرد و به عنوان یک ابزار استاندارد نمی باشد و کارکرد آن همانند برآورد شدت ناراحتی ذهنی با مقیاس ناراحتی ذهنی (SUD^۲) می باشد.

سیاهه افسردگی بک (BDI^۳): این سیاهه از ۲۱ گویه تشکیل شده که به اندازه گیری نشانه های افسردگی که فرد در طی ۲ هفته گذشته تجربه کرده است می پردازد. هر گویه بر اساس یک درجه بندی ۴ نمره ای به شیوه ی لیکرتی (۰ = من احساس غمگینی می کنم) تا (۳ = من آنقدر احساس غمگینی می کنم که نمی توانم سر پا بایستم) نمره گذاری می شود. اعتباریابی سیاهه افسردگی بک در نمونه بیماران افسرده ایرانی نشان داد که ضریب اعتبار کل BDI برابر با ۰/۹۱ می باشد و نتایج تحلیل عاملی BDI سه عامل را به دست داد که وزن عاملی آن به ترتیب ۳۷/۴۳، ۴۳/۶۴ و ۴۹/۲۳ بودند. ضرایب همبستگی هر آیتم با کل پرسشنامه ۰/۶۸ به دست آمده است و همچنین ضریب آزمون باز آزمون این پرسشنامه برابر با ۰/۹۴ محاسبه شده است (دابسون^۴ و محمد خانی، ۱۳۸۴).

مقیاس پاسخ به شیوه اندیشناکی (RRS^۵) از پرسشنامه سبک پاسخ (RSQ^۶): این پرسشنامه از ۷۱ گویه تشکیل شده است که انواع پاسخ ها ی مقابله ای افراد به خلق افسرده را در سه حیطه مورد ارزیابی قرار می دهد: حل مسئله، راهبرد حواس پرت کن، اقدام به فعالیت های مخاطره آمیز نمودن و اندیشناکی. ۲۲ گویه از این مقیاس پاسخ های مرتبط با اندیشناکی را مورد ارزیابی قرار می دهد که آن را مقیاس پاسخ به شیوه اندیشناکی نامگذاری

-
1. Emrey
 2. Subjective Unit of Distress
 3. Beck Depression Inventory-II
 4. Dobson
 5. Ruminative Response Scale
 6. Response style Questionnaire

کرده‌اند. نولن- هوکسما^۱ (۱۹۹۱) همسانی درونی RRS را مطلوب ارزیابی کرده است (۰/۸۹=آلفا). روایی همسانی درونی زیرمقیاس های RRS به ترتیب برای غرقه شدن در افکار (۰/۶۷=آلفا) و برای تعمق انعکاسی (۰/۸۶=آلفا) محاسبه شده است (ترینر^۲، گونزالز^۳ و نولن- هوکسما، ۲۰۰۳). خصوصیات روانسنجی این مقیاس توسط لطفی نیا (۱۳۸۶) مورد بررسی قرار گرفته است و ضریب پایایی آن با اجرا بر روی ۵۴ نفر دانشجوی با فاصله زمانی سه هفته ۰/۸۲ گزارش شده است.

ویژگی های شرکت کننده‌ها

شرکت کننده اول: خانم ۴۰ ساله، مجرد دارای تحصیلات دیپلم، عضو خانواده‌ای ۶ نفره و فرزند آخر. سابقه ۱۳ سال ابتلا به اختلال افسردگی اساسی، دو بار اقدام به خودکشی و ۳ بار بستری در بیمارستان امام حسین که بیشتر این رویداد ها در سه سال اول بیماری بوده است. به دارو درمانی ادامه می دهد. دارو های مصرفی او عبارت بودند از سیتالوپرام، نورتریپتیلین و آلپروزولام با دوز روزانه ۲۲۵ میلی گرم.

شرکت کننده دوم: خانم ۳۲ ساله صاحب دو فرزند با تشخیص افسردگی اساسی و سابقه یک بار بستری شدن به مدت ۱۲ روز. دارو های مصرفی بیمار عبارت بودند از لیتیم، تیوتکسین و بیپریدین با دوز روزانه ۲۰۰ میلی گرم. بیمار سابقه روان‌درمانی در گذشته ندارد و طبق گزارش شخصی از دو سال پیش به دنبال یک ناسازگاری زناشویی مشکلاتش شروع شده است.

1. Nolen-Hoeksema
2. Treyner
3. Gonzalez



شرکت کننده سوم: آقای ۲۴ ساله دانشجوی کارشناسی ارشد با تشخیص افسردگی اساسی که در زمان اجرای پژوهش در دوره بهبودی نسبی به سر می برد. سابقه ۴ ساله افسردگی با دارو درمانی نورتریپتیلین با دوز روزانه ۱۰۰ میلی گرم. بیمار اولین دوره را در جریان دوره کارشناسی به دنبال یک مشکل بین فردی تجربه کرده بود و پس از آن به صورت متناوب وقوع دوره های افسردگی را گزارش نمود.

شرکت کننده چهارم: خانم ۲۵ ساله دانشجوی کارشناسی با تشخیص اصلی اختلال افسردگی اساسی و تشخیص همبود پانیک و عضو یک خانواده ۵ نفری. بیمار داروهای سیتالوپرام و آلپروزولام با دوز روزانه ۸۰ میلی گرم مصرف می کرد. شروع بیماری از یک سال قبل با شکایت بی خوابی و بی انگیزگی بود.

برنامه درمان

درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن در این پژوهش به صورت درمان انفرادی به کار گرفته شد. برنامه درمان در ۸ جلسه به همراه یک جلسه مصاحبه جهت دهی پیاده شد. سرفصل ها و موضوعات و تمرین ها و تکالیف هر جلسه بر اساس راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲؛ ترجمه محمد خانی و همکاران، ۱۳۸۶) و برای فرمول بندی انفرادی برای هر بیمار بر اساس نقش اندیشناکی از پرسش های آشناسازی با اندیشناکی راهنمای درمان فراشناختی (ولز، ۲۰۰۹) استفاده شد. هر جلسه به جز جلسه اول با یک تمرین حضور ذهن رسمی (وارسی بدنی، مراقبه نشسته) آغاز می شد و جلسه نیز با انجام یکی دیگر از تمرین های حضور ذهن رسمی (سه دقیقه فضای تنفس) به پایان می رسید. پس از هر بارانجام تمرین، مضامین مرتبط با تمرین ها و اهدافی که در برنامه برای هر جلسه تبیین شده بود (برای مثال: هدایت خودکار در جلسه اول، بودن در بدن در جلسه دوم و پذیرش در جلسه پنجم) با بیمار مورد بررسی و کاوش

قرار می‌گرفت. اجزای آموزشی برنامه نیز که بر اساس تمرین‌های برنامه درمان شناختی رفتاری افسردگی بود (برای مثال آموزش ABC، تکنیک‌های فعال‌سازی رفتاری، آموزش روانی درباره افسردگی) در هر جلسه با بیمار بر اساس راهنمای درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن کار شد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نمایش نموداری، شاخص در صد بهبودی ΔI و شاخص تغییر پایا (RCI^1) استفاده شده است. هدف از محاسبه RCI تعیین معناداری بالینی نتایج با استفاده از این شاخص و نمره برش می‌باشد.

یافته‌ها

داده‌های توصیفی شرکت‌کننده‌ها به صورت میانگین و انحراف معیار کل چهار شرکت‌کننده در مقیاس‌های اندازه‌گیری پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دوره پی‌گیری در جدول ۱ نشان داده شده است. بر اساس نتایج به دست آمده در مقیاس‌ها، کاهش قابل توجهی در شدت افسردگی و اندیشناکی بین مراحل خط پایه، پس‌آزمون و پی‌گیری مشاهده می‌شود. هر چند نمرات در دوره پی‌گیری گرایش به افزایش داشته‌اند.

1. Reliable Change Index

اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر روی ...



جدول ۱. میانگین و انحراف معیار چهار شرکت کننده در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و دوره پی گیری

دوره پی گیری		پس آزمون		پیش آزمون		مقیاس ها
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
۱/۷۰	۷/۷۵	۳/۱۰	۶/۵۰	۲۵/۱۲	۳۵/۵۰	پرسشنامه افسردگی
۲/۹۸	۱۱/۲۵	۲/۱۶	۸	۴/۷۹	۲۶/۵۰	سیاهه افسردگی بک
۷/۸۷	۴۰	۹/۱۲	۳۹	۴/۷۹	۶۱/۵۰	پاسخ به شیوه نشخوار فکری

تغییرات نمرات شرکت کننده و شاخص در صد بهبودی برای نمرات افسردگی بر اساس پرسشنامه افسردگی در جدول ۲ نشان داده شده است. درصد بهبودی کلی براساس DQ، ۷۲/۵٪ محاسبه شد.

جدول ۲. تغییرات نمرات شرکت کننده ها و درصد بهبودی در پیش آزمون، پس آزمون و دوره پی گیری

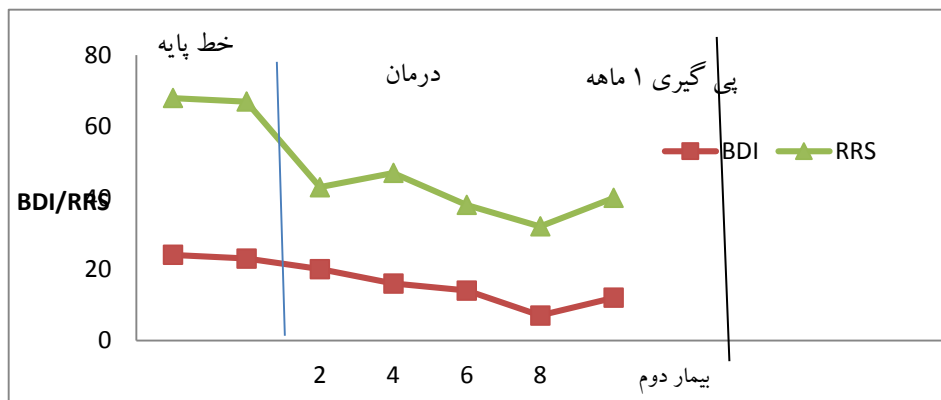
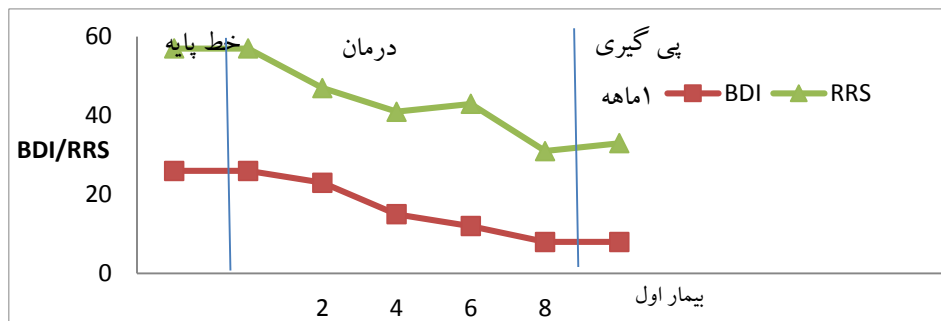
مراحل درمان	شرکت کننده اول	شرکت کننده دوم	شرکت کننده سوم	شرکت کننده چهارم
خط پایه	۱۷/۵	۲۶	۲۱/۵	۳۵/۵
جلسه اول	۱۶	۲۵	۳۶	۳۵
جلسه دوم	۱۲	۱۸	۲۷	۲۲
جلسه سوم	۸	۲۰	۲۴	۲۰
جلسه چهارم	۸	۱۴	۱۰	۱۹
جلسه پنجم	۴	۱۲	۹	۱۱
جلسه ششم	۶	۱۱	۹	۱۶
جلسه هفتم	۶	۱۶	۶	۶
جلسه آخر	۴	۱۱	۶	۵
پی گیری ۱ ماهه	۶	۱۰	۱۳	۷
در صد بهبودی	۷۷٪	۶۱٪	۷۲٪	۸۰٪
بهبودی کلی	۷۲/۵٪			

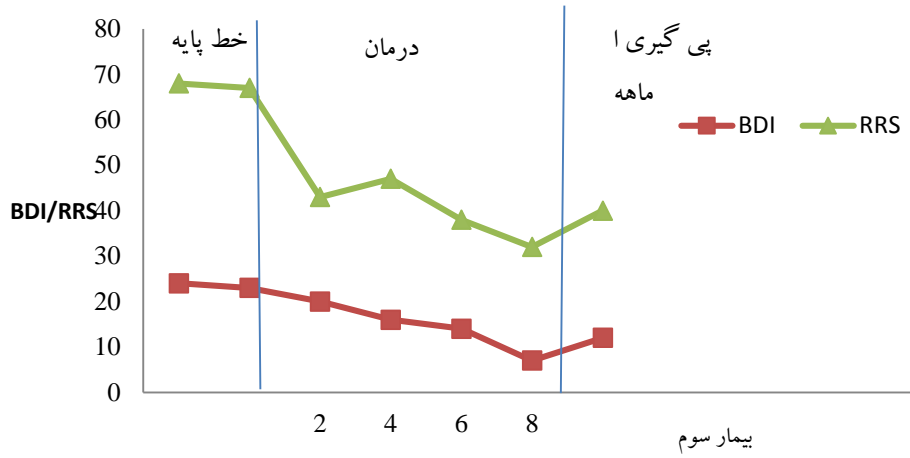
درصد بهبودی بر اساس نمره به دست آمده در BDI برای هر یک از شرکت کنندگان به شرح زیر به دست آمد: شرکت کننده اول ۶۹/۲۳٪، شرکت کننده دوم ۶۹٪، شرکت کننده سوم ۷۹٪ و شرکت کننده چهارم ۶۱/۲۹٪. در صد بهبودی کلی برای چهار بیمار برابر با ۶۹/۵٪ به دست آمد. همچنین شاخص RCI برای شرکت کنندگان به ترتیب معادل با ۳/۸۷، ۳/۴۴، ۳/۸۷، ۵/۸۱ به دست آمد.

از آنجاییکه RCI برای هر چهار شرکت کننده بیشتر از ۱/۹۶ به دست آمده است می‌توان از تصادفی نبودن نتایج به دست آمده به واسطه خطای اندازه‌گیری مطمئن بود و با توجه به اینکه نمره برش برای سه شرکت کننده از میان چهار شرکت کننده پایین تر از نمره برش ۱۴ به دست آمده است، می‌توان بر اساس روش شناسی جاکوبسن^۱ و توراکس^۲ (۱۹۹۱) در مورد نتیجه‌گیری طرح‌های تک موردی بیان کرد که سه بیمار در حوزه بهبود یافته کامل^۳ قرار می‌گیرند و برای یک مورد از اعضای نمونه این ملاک صادق نیست ولی با توجه به این مسئله که شاخص تغییر پایا در این شرکت کننده در سطح معناداری بالینی است اما نمره برش ملاک مد نظر را برآورده نمی‌کند بر این اساس بیمار سوم با توجه به معیارها در حوزه بهبود نسبی^۴ قرار می‌گیرد. شاخص درصد بهبودی اندیشناکی شرکت کنندگان برای شرکت کننده اول تا چهارم به ترتیب ۸۳٪، ۵۲٪، ۲۰٪، ۳۳٪ و شاخص بهبودی کلی برای کل چهار شرکت کننده ۴۷٪ محاسبه شد. همچنین RCI برای شرکت کنندگان به ترتیب ۴/۳۴، ۴/۸۸، ۱/۹۴، ۴/۱۵ به دست آمد. بر اساس شاخص تغییر پایا نمی‌توان برای بیمار سوم که RCI برای او کمتر از ۱/۹۶ به دست آمده است قائل به بهبودی پایدار باشیم ولی نمره اندیشناکی در مرحله پس‌آزمون و دوره پی‌گیری به صورت بارزی نشان از آن دارد که شدت به کارگیری اندیشناکی توسط شرکت کنندگان کاهش یافته است. از آنجایی که

1. Jacobson
2. Truax
3. recovered
4. improved

برای محاسبه معناداری بالینی علاوه بر RCI نیاز به نمره برش استاندارد این آزمون داریم و از آنجایی که تحقیقی در این زمینه توسط پژوهشگر مشاهده نشد به طور دقیق نمی‌توان در این باره قضاوت کرد. اما با توجه به نتایج می‌توان اطمینان داشت که یافته‌ها به واسطه خطا-ی اندازه‌گیری نمی‌باشند. نمودارهای مربوط به تغییر نمرات در سیاهه افسردگی بک و مقیاس پاسخ به شیوه اندیشناکی شرکت کننده‌ها در مراحل خط پایه، دوره درمان و پی‌گیری در نمودار ۱ نمایش داده شده است.





نمودار ۱. نمرات در مراحل خط پایه، جلسات ۲، ۴، ۶ و ۸ درمان و دوره پی‌گیری ۱ ماهه

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد MBCT در کاهش شدت نشانه‌های افسردگی و میزان استفاده از اندیشناکی تأثیر گذار است و در بیش از نیمی از موارد این تغییرات تا دوره پی گیری هم ثابت می‌مانند (در این پژوهش تأثیر درمان برای سه بیمار از میان چهار بیمار به لحاظ بالینی معنادار به دست آمد). بر اساس نتایج این پژوهش می‌توانیم بیان کنیم MBCT قابلیت اجرا در جلسه‌های انفرادی برای مراجعان با یک دوره پیشین افسردگی را دارد. در این زمینه تنها یک پژوهش (هاس^۱ و بیر، ۲۰۰۷) گزارش شده است که تأثیر MBCT را در قالب جلسه‌های انفرادی بر روی نشانه‌های افسردگی بر روی اختلال شخصیت مرزی مورد بررسی قرار داده‌اند.

با توجه به آنکه در طرح خط پایه چند گانه اثر زمان را می‌توان کنترل کرد می‌توانیم از این مساله که این تغییرات خود به خودی نبوده‌اند مطمئن شویم. نتایج مطالعه حاضر همچنین همسو با یافته‌های پاپا جورجیو^۲ و ولز (۲۰۰۰) می‌باشد که با یک طرح موردی AB بر روی چهار بیمار افسرده اثرات تکنیک آموزش توجه^۳ را در سه مرحله پیش‌آزمون، پی‌گیری ۳ ماهه و ۶ ماهه بررسی کردند. در آن مطالعه مشخص شد که به کارگیری تکنیکی برای کنترل توجه می‌تواند اثرات مثبتی در کاهش شدت نشانه‌های افسردگی و پیشگیری از عود در بیماران افسرده داشته باشد. جزء اصلی MBCT آموزش شیوه حضور ذهن می‌باشد و اساساً حضور ذهن شیوه‌ای برای کنترل توجه است و محققین واضع MBCT هدف اصلی استفاده از روش حضور ذهن را کمک به بیماران افسرده برای کنترل توجه جهت دستیابی به شیوه‌ای برای مقاومت در برابر اندیشناکی که به دنبال تغییرات ادراک شده درباره وضعیت جاری و وضعیت مطلوب خلقی به راه می‌افتند بیان نم کرده‌اند

1. Huss
2. Papageorgiou
3. Attention Training Technique (ATT)

(تیزدل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۵). در تعریفی هم که توسط کابات زین^۱ (۱۹۹۰) از حضور ذهن ارائه شده است، آن را به عنوان نوعی شیوه توجه کردن معرفی کرده است: توجهی که متمرکز بر هدف، در لحظه حال و بدون قضاوت می‌باشد.

در تبیین اثر بخشی MBCT می‌توان بیان کرد که تغییر ارتباط با محتواهای شناختی (تمرکز زدایی) و مدیریت فرایندهای تفکر می‌تواند بدون چالش گسترده بر روی محتواهای ناکارآمد شناختی به بیماران برای رهایی از علائم افسردگی کمک کند. بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان بیان کرد که MBCT می‌تواند به عنوان جزیی از طرح درمان شناختی رفتاری برای درمان بیماران افسرده در قالب بافت درمان انفرادی قرار بگیرد.

بخشی دیگر از یافته‌های این پژوهش نشان داد که MBCT در کاهش به کارگیری اندیشناکی در بیماران افسرده تاثیر گذار است. این نتیجه تا حدودی با پیش بینی‌های مدل زیر سیستم‌های شناختی متعامل (ICS^۲) و تلویحات درمانی آن همخوانی دارد. این یافته همخوان با یافته کینگستون، دولی، بیتس، لالر و مالون (۲۰۰۷) می‌باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اندیشناکی در بیماران افسرده حتی در دوره‌ای که در وضع طبیعی به سر می‌برند نیز باقی می‌ماند (واتکینز^۳ و بریشا، ۲۰۰۱). فرد افسرده زمانی که تفاوت بین وضعیت فعلی را با وضعیت مطلوب خلقی تجربه می‌کند برای کم کردن این تفاوت تلاش می‌کند. بر اساس دیدگاه تیزدل (۱۹۸۵) این تلاش بیشتر به صورت اندیشناکی (الگوهای تفکر تکرار شونده درباره نشانه‌های بیماری و دلایل ایجاد آنها) و فکر کردن درباره بی‌کفایتی‌های شخصی (برای مثال من آدم بی ارزشی هستم، من یک شکست خورده‌ام) می‌باشد. البته این شیوه‌ها دارای اثری معکوس بر روی نشانه‌های افسردگی و خلق پایین نمی‌باشند بلکه بر عکس موجب تداوم افسردگی می‌شوند.

-
1. Bondolfi et al
 2. Integrated cognitive subsystems
 3. Watkins
 4. Baracia



آنچه ضرورت توجه به آن بر اساس نتایج دوره پی گیری شرکت کننده ها وجود دارد افت نمرات شرکت کننده ها در دوره پی گیری می باشد. یکی از عواملی که شاید ساده ترین توجیه برای این تغییر باشد عدم پی گیری تمرینات حضور ذهن توسط شرکت کننده ها است. این مسئله در پژوهش بوند ولفی و همکاران^۱ (۲۰۰۹) نیز مورد اشاره قرار گرفته است. در این پژوهش مشخص شد که میزان پیروی از تمرینات کوتاه حضور ذهن به مدت ۱۴ ماه استوار و باثبات مانده است اما در مورد تمرینات طولانی تر این میزان پیروی از برنامه های درمان مشاهده نشد. به نظر می رسد برنامه MBCT در تلفیق تمرین ها یا ارائه شیوه ای برای تبدیل بینش حضور ذهن به شیوه ای برای پی گیری نیاز به تغییر و تعدیل هایی دارد که به ویژه به لحاظ انگیزشی افراد را به تداوم تمرین ها و حفظ این روش در زندگی بر انگیزاند. اما این پژوهش دارای محدودیت هایی در زمینه هایی مانند عدم اعمال کنترل دقیق متغیرهای ناخواسته و مزاحم به دلیل عدم استفاده از شیوه نمونه گیری تصادفی و کوتاه بودن فاصله پس آزمون و دوره پی گیری بود. اتخاذ طرح های دقیق آزمایشی برای بررسی اثر بخشی MBCT در قالب درمان انفرادی و شناسایی مولفه های اصلی اثر گذاری برنامه پیشنهاد می شود.

منابع

- امری، گری. (۲۰۰۵). چیرگی بر افسردگی - راهنمای متخصصان. ترجمه پروانه محمد خانی و ابراهیم رضایی (۱۳۸۴). یزد: موسسه انتشارات یزد.
- دابسون، کیت؛ محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۴). مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک-۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی ماژور. فصلنامه توانبخشی، شماره ویژه بیماری های روانی. دوره هشتم. شماره ۲۹. ۸۸-۸۳.

فرست، ام. بی؛ اسپتیز، آر. ال؛ ویلیامز ژانت، بی. دبلیو (۲۰۰۵). الگوی مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور DSM-IV I. ترجمه: پروانه محمدخانی؛ عذرا جهانی تابش، شیما تمنایی فر (۱۳۸۴). تهران: انتشارات فرادید.

لطفی نیا، علی (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی روش حل مسئله در دانشجویان افسرده با سبک پاسخ نشخوار فکری و توجه برگردانی. پایان نامه دکتری تخصصی روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.

سگال، زیندل؛ ویلیامز، مارک؛ تیزدل، جان. (۲۰۰۵). راهنمای درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن. ترجمه پروانه محمدخانی، عذرا جهانی تابش و شیما تمنایی فر (۱۳۸۴). تهران انتشارات فرادید.

- American Psychiatric Association (APA). (1994). Diagnostic and statistical manual for mental disorders (Fourth edition). Washington, D. C.
- Bear, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(4): 125-142.
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 11(2):230-241.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Van der Linden, M., Gex-Fabry, M., Bizzini, L., Rouget, BW. et al. (2009). Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: Replication and extension in the Swiss health care system. *Journal of Affective Disorders*. 26(5):430-442.
- Haaga, D. A. F, Dyck M. J, & Ernst D. (1991). Empirical status of cognitive theory of depression. *Psychological Bulletin*, 110(4): 215-236.
- Huss, D. B., Bear, R. A. (2007). Acceptance and change, the integration of Mindfulness-Based Cognitive Therapy In to Ongoing Dialectical Behavioral Therapy In a case of Borderline personality disorder. *Clinical Case Studies*, 6(2): 17-33.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*. 59(1): 12-19.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness. New York: Delacort.
- Kenny, M., Williams, G. M. J. (2007). Treatment resistant depressed patients show a good response to mindfulness based cognitive therapy. *Behavior research and therapy*. 45(3): 617-625.



- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., Malone, K. (2007). Mindfulness based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, 80(5):193–203.
- Kupfer, D. J., Frank, E., Perel, J. M., Cornes, C., Mallinger, A.G., Thase, M.E., McEachran, A. B & Grochoncinski, V. J. (1992). Five-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 49(2):769–773.
- Longmore, R., Worrell, M. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 27(2): 173–187
- Ma, SH, Teasdel J. D. (2004). Mindfulness based cognitive therapy for depression: replication and exploration of deferential relapse prevention effects. *Consulting and clinical psychology*, 72(3):31-40.
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*. 100(3): 569–582.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*. 7(3): 407–413.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. M. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy* 33(4):25–39.
- Teasdel, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V, A., Soulsby, J., Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Consulting and clinical psychology*, 68(2):615-623.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 27(5): 247–259.
- Watkins, E., & Baracia, S. (2001). Why do people ruminate in dysphoric mood. *Personality and individual differences*, 32 (4): 723-734.
- Wells, A. (2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression. UK: Guilford Press.
- Williams, J. M. (2008). Mindfulness, Depression and Modes of Mind. *Journal of Cognitive Therapy Research* , 32 (4):721–733 .