

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام‌عیار در تعدیل روان‌بده‌های سازش‌نیافته بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مهاد

دکتر محمد حاتمی *

مهتاب محتشم **

دکتر جعفر حسنی ***

چکیده

امروزه اختلال افسردگی مهاد (MDD) از اختلالات رایج روان‌شناختی به حساب می‌آید و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام‌عیار (MBCT) یکی از روش‌های درمانی مفید آن محسوب می‌شود. هدف از پژوهش حاضر، ارزیابی تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن تمام‌عیار بر تعدیل روان‌بده‌های سازش‌نیافته بیماران مبتلا به افسردگی مهاد بود. ۳ بیمار مبتلا به افسردگی مهاد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. بیماران ۶ بار به وسیله پرسش‌نامه‌های افسردگی بک (BDI-II) و فرم کوتاه روان‌بده‌های سازش‌نیافته یانگ (SF-YSQ) ارزیابی شدند. پژوهش از نوع تک‌آزمودنی چند خط پایه‌ای بود، بنابراین داده‌های جمع‌آوری شده به روش تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر و تحلیل داده‌ها به کمک رسم نمودار تجزیه و تحلیل شدند. از فرمول درصد بهبودی و ملاک بهبود تشخیصی نیز برای قضاوت درباره میزان بهبودی استفاده شد. بیماران مبتلا به افسردگی مهاد توانستند با کسب درصد‌های بهبودی بالا هم در مرحله پس از درمان و هم در مرحله پیگیری ۶۰ روزه اثربخشی خود را در تمام متغیرهای پژوهش ثابت کنند. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن تمام‌عیار توانست به کاهش معناداری در میزان روان‌بده‌های

*. دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران

** . کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

***. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه خوارزمی تهران

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته بیماران مبتلا به اختلال ...

سازش‌نا یافته بیماران مبتلا به افسردگی مه‌اد (MDD) بیانجامد. بنابراین لازم است یش از پیش مورد توجه متخصصین بالینی قرار بگیرد.

واژه-کلیدها: شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن، افسردگی مه‌اد، روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته.

The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy of maladaptive scheme in patients with major depressive disorder

M. Hatami, Ph.D.*

M. Mohtasham**

J. Hasani, Ph.D.***

The major depression disorder is common psychological disorders. mindfulness based Cognitive therapy is considered to be a useful treatment for it. This study aimed to investigate the impact of mindfulness based cognitive therapy on modification of maladaptive schemas and in patients with major depression. Using convenience sampling, 3 patients with major depression disorder were selected as the sample. All patients were assessed six times by Beck Depression Inventory (BDI-II), Yang's maladaptive schemas- Short Form (SF-YSQ), scales. This study was a basic, multiline, and single subject research. The collected data were analyzed using repeated measures analysis and charts. The improvement percentage formula and diagnostic improvement criterion was used for judging improvement rate. The patients with major depression disorder obtained high improvement percents in 60 days post-treatment and follow-up phases; they proved their effectiveness in all variables. Mindfulness based cognitive therapy on the presence of led to a significant reduction in the level of maladaptive schemas, in patients with major depression

*. Kharazmi University

** . Kharazmi University

***. Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University.

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نیافته بیماران مبتلا به اختلال ...

disorder (MDD). Therefore, clinicians should pay attention to it more than before.

Keywords: mindfulness based cognitive therapy, major depression, maladaptive schemas

Contact information: hasanimehr57@yahoo.com

مقدمه

اختلال افسردگی مهادهای یک بیماری رایج روان‌شناختی همراه با بار اقتصادی سنگین و اختلالی پایدار در کیفیت زندگی است (سرتی، چيسا، کالاتی، سنتیسی و آکیموا، ۲۰۱۴). افسردگی با نرخ شیوع ۲۰ - ۶٪ یکی از مهمترین مسائل سلامت عمومی می‌باشد (میشل، وازه و راو، ۲۰۰۹؛ مویدین، روبوسکی، مامانا، جینوت، سارتوری^۳ و همکاران، ۲۰۱۳). داده‌های اخیر پارکر^۴ و همکاران (۲۰۱۱) به نقل از لمبرت^۵، (۲۰۰۶) نشان می‌دهد که نزدیک به ۱۲۱ میلیون نفر در دنیا به افسردگی مبتلا هستند. همچنین افسردگی یکی از مسائل اساسی بهداشت همگانی است که همانند حالات مزمن دیگر، دوره‌ی عود و بازگشت دارد (جاد^۶، ۱۹۹۷؛ به نقل از کویکن، بیفورد، بینگ، دالگلیش و لويس^۷، ۲۰۱۰)، و منجر به کاهش‌های قابل توجهی در بهداشت و روان‌درستی می‌شود (موساوی^۸ و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از کویکن و همکاران، ۲۰۱۰).

به‌طور معمول نشانه‌های افسردگی نیاز به خدمات روان‌پزشکی دارند و همچنین بیماران افسرده مهادهای بیمارستان بستری می‌شوند، زیرا نیاز به درمان‌های ویژه دارند (هانسن^۹ و همکاران، ۲۰۰۱، بالستیری^{۱۰}، ۲۰۰۲، واروی^{۱۱}، ۲۰۰۳؛ به نقل از مویدین و همکاران، ۲۰۱۳، رنج، دامونت، کاربالیرا، دتوناک و آرچینارد^{۱۲}، ۲۰۰۷، کپیو، ساکر، کول، سویچ و بلزیل^{۱۳}، ۲۰۰۸، کمفیس، استجنجا، زویتوف، کینگ، نازارد^{۱۴} و همکاران، ۲۰۱۲) و با افزایش نشانه‌ها و همچنین شدت افسردگی بیماران اعتماد به نفس خود را از دست می‌دهند (پیک، نولن، واندیرمیر، جولینگ، کولن^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۲؛ کمفیس و همکاران، ۲۰۱۲).

مطالعات نشان می‌دهند بیماران افسرده اساسی از خلق افسرده، تنهایی و خستگی و کاهش میل و لذت که از نشانه‌های شایع افسردگی هستند، رنج می‌برند (زیسوک^{۱۶}، ۲۰۰۴؛ به نقل از

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نیافته بیماران مبتلا به اختلال ...

مویددین و همکاران، ۲۰۱۳، پیک و همکاران، ۲۰۱۲) و ۶۳ - ۱۹٪ بیماران افسرده اساسی درجات مختلفی از افکار مربوط به مرگ و خودکشی را گزارش می‌دهند (وریلتو، ملارتین، ریتسالا و ایسومتسا^{۱۷}، ۲۰۰۷، مویددین و همکاران، ۲۰۱۳، پیک و همکاران، ۲۰۱۲).

پژوهشگران عوامل متعددی از جمله فاکتورهای ژنتیکی (زیست شناختی) و محیطی (مسائل روانی و اجتماعی) را در افسردگی و اضطراب دخیل می‌دانند (ساوانو^{۱۸}، نمروف^{۱۹}، ۲۰۱۲). همچنین بر اساس رویکردهای مختلف روان‌شناختی، از جمله دیدگاه شناختی، سازه‌های شناختی در ایجاد، تداوم و عود یا بازگشت افسردگی درگیر می‌باشند (پاپاجورجیا، ولز^{۲۰}، ۲۰۰۴). در اوایل شکل‌گیری شناخت درمانی برای درمان افسردگی بیشتر مفاهیمی از قبیل روان‌بنه‌ها، مفروضه‌ها، خطاهای شناختی و افکار خودآیند منفی مورد توجه متخصصان قرار گرفته بود، که در ضابطه‌بندی و درمان افسردگی از آن‌ها استفاده می‌شود (یانگ، وینبرگر، بک^{۲۱}، ۲۰۰۱).

بین روان‌بنه‌های معین و ظهور علایم روان‌پزشکی ارتباط وجود دارد. بر اساس نظر یانگ (۲۰۰۱) آسیب‌های روانی از شکل‌گیری و ثابت ماندن روان‌بنه‌های سازش‌نیافته اولیه ناشی می‌شوند. بر اساس نظر یانگ (۲۰۰۱) آسیب‌های روانی از شکل‌گیری و ثابت ماندن روان‌بنه‌های سازش‌نیافته اولیه ناشی می‌شوند. در دیدگاه روان‌بنه درمانی، افسردگی نتیجه فعال شدن روان‌بنه‌های سازش‌نیافته اولیه در پاسخ به حوادث زندگی است (ریسو، توییت، استین، یانگ^{۲۲}، ۲۰۰۷). به نظر می‌رسد روان‌بنه‌هایی که با "وابستگی و نقص" مرتبط هستند بیشتر در میان افراد افسرده وجود داشته باشد (یانگ، کلاسکو، ویشار^{۲۳}، ۲۰۰۳).

روان‌بنه‌های سازش‌نیافته اولیه باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند، و به‌طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه و به‌خصوص نیازهای عاطفی در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (زانگ، هه^{۲۴}، ۲۰۱۰). در واقع روان‌بنه‌های سازش‌نیافته اولیه در طول زندگی ثابت و پابرجا هستند و اساس ساخت‌های شناختی فرد را تشکیل می‌دهند. این روان‌بنه‌ها به شخص کمک می‌کنند تا تجارب خود را راجع به جهان پیرامون سازمان دهند و اطلاعات دریافتی را پردازش کنند (مالتبی، دی^{۲۵}، ۲۰۰۴؛ به نقل از تیم^{۲۶}، ۲۰۱۰). بعضی از محققین از جمله تیم (۲۰۱۰) معتقدند که روان‌بنه‌های سازش‌نیافته اولیه بعد از شکل‌گیری

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته بیماران مبتلا به اختلال ...

بمانند صفت (رگه شخصیتی) در همه زمان‌ها عمل می‌کند. روان‌بنه سازش‌نا یافته اولیه بر عمیق‌ترین سطح شناخت و معمولاً خارج از آگاهی عمل می‌کند (یانگ، نورمن، توماس^{۲۷}، ۱۹۹۵).

اگرچه اثربخشی درمان شناختی رفتاری برای درمان اضطراب و افسردگی ثابت شده، اما بیماران زیادی از علائم باقی‌مانده رنج می‌برند و برخی از آنها به این درمان بی‌میل شده‌اند (فدریکی، رووا و آنتونی^{۲۸}، ۲۰۱۰؛ به نقل از همیلتون، ورشر، ماکرودیمیتیریز، چینگ، مودرسیل^{۲۹}، ۲۰۱۲). دارو درمانی نیز به‌عنوان یک گزینه درمانی مناسب شناخته شده می‌باشد، هرچند ادبیات به‌طور معناداری مقرون به‌صرفه بودن درمان شناختی رفتاری را نشان داده است (ووس، کری، هابی، کارتر^{۳۰}، ۲۰۰۵؛ به نقل از همیلتون و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین پژوهشگران نشان دادند ECT که در ابتدا به‌عنوان چاره‌ای در برابر روان‌پریشی به‌خصوص اسکیزوفرنیای کاتاتونیک استفاده می‌شد و امروزه نیز برای درمان افسردگی‌های سخت به‌کار می‌رود جزء درمان‌های کوتاه‌مدت به حساب می‌آید و میزان بهبودی آن کمتر از ۶۰٪ می‌باشد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^{۳۱}، ۲۰۰۰؛ فینک^{۳۲}، ۲۰۰۱؛ به نقل از گهر، شونفل‌لاکونا، کول، فنینگر و فردمان^{۳۳}، ۲۰۱۳). با توجه به تغییراتی که امروزه در هزینه‌های خدمات بهداشتی به‌وجود آمده، توجه پژوهشگران به‌سوی درمان‌های کوتاه‌مدت و به‌طور تجربی آزموده شده معطوف شده است.

از میان درمان‌های جدید به‌کار رفته برای افسردگی مه‌اد، شناخت‌درمانی مبتنی بر حضورذهن^{۳۴} (MBCT) از جمله درمان‌های موسوم به "موج سوم" رفتار درمانی است که تحول نوینی در عرصه روان‌درمان‌گری در قرن حاضر به‌شمار می‌رود، و در عین حال که تأکید کمتری بر تغییر شناختی می‌کند، درمانی مقرون به‌صرفه نیز می‌باشد.

در مقابل CBT که تأکید بر تغییر محتوای افکار دارد؛ شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام‌عیار مهارت‌هایی را به بیماران می‌آموزد که به آن‌ها اجازه می‌دهد تا جریانات شناختی "خودکار" و همیشگی را "از فراموشی درآورند" و راه جدیدی به بیماران می‌آموزد تا از الگوهای شناختی ناکارآمد رها شوند (سگال، ویلیامز و تیزدل^{۳۵}، ۲۰۰۲؛ به نقل از ایسندراث، چارتیر و مک‌لین^{۳۶}، ۲۰۱۲).

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام‌عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نیافته بیماران مبتلا به اختلال ...

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن که در ابتدا به منظور پیشگیری از عود افسردگی توسط سگال، ویلیامز و تیزدیل (۲۰۰۲) معرفی شد، جنبه‌هایی از شناخت درمانی 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 دوره مجدد بیماری جلوگیری کنند.

با در نظر گرفتن این شواهد که افسردگی اغلب یک اختلال عودکننده است (برای مثال، جاد، ۱۹۹۷؛ به نقل از سینگر و دابسن^{۳۷}، ۲۰۰۷)، تلاش‌های اخیر به پیش‌بینی و پیشگیری از عود معطوف شده است (تیزدیل و همکاران، ۲۰۰۲؛ دابسن، و آتن‌بریت^{۳۸}، ۲۰۰۴؛ به نقل از سینگر و همکاران، ۲۰۰۷). تیزدیل، سگال، و ویلیامز (۱۹۹۵) نظریه پردازش اطلاعاتی را برای عود توصیف کردند که نشان می‌داد افرادی که سابقه افسردگی دارند به دلیل سبک پردازش اطلاعاتی که دسترسی‌پذیری به روان‌بنه‌ها، خاطرات و نگرش‌های منفی را در طول دوره افت خلق تداوم می‌بخشد در معرض خطر عود هستند.

حضور ذهن به عنوان حالتی از آگاهی، بدون قضاوت و متمرکز بر خود مشخص شده است. این حالت در تقابل با تفکر متمرکز بر گذشته به خصوص در بیماران مبتلا به افسردگی و تفکر متمرکز بر آینده در مبتلایان به اضطراب می‌باشد. حضور ذهن، شامل آموزش افراد به یک نگرش جدید، پذیرش بدون قضاوت، نزدیک شدن به احساسات، افکار و حس‌های بدنی برای خلاص شدن از حالات خلقی منفی است (ایسندراث و همکاران، ۲۰۱۲).

در این شیوه منابع حسی، مانند الگوهای معنایی است. تمرین‌های حسی باعث تغییر شکل مدل روان‌بنه‌ای می‌شود (به نقل از تیزدیل، ترجمه فارسی، ۱۳۸۰). در حالت ایستاده، متین، بدون تحرک و با تنفس منظم و آهسته بودن، در واقع الگوهای حسی داخلی گیرنده‌های عضلانی و الگوی کلی رمزها در مدل ذهنی روان‌بنه‌ای (که مربوط به موقعیت سخت است) را تغییر می‌دهند. هنگامی که در حضور ذهن، توجه را متمرکز می‌کنیم، تغییر مدل روان‌بنه مشکل‌دار به اوج می‌رسد و تصلب به وجود آمده نرمش پیدا می‌کند (تیزدل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۴؛ به نقل از کاویانی، جواهری، بحیرانی، ۱۳۸۴).

با توجه به آنچه ذکر شد روان‌بنه‌های سازش‌نیافته از جمله سازه‌های شناختی محسوب می‌شوند که تاکنون روش‌های مختلفی برای کنترل و درمان آن‌ها انجام شده است. در رویکرد شناختی، با شناسایی روان‌بنه‌های فعال در افسردگی در جامعه ایرانی متناسب با فرهنگ و پیشینه

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام‌عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نیافته بیماران مبتلا به اختلال ...

تربیتی می‌توان علاوه بر تسهیل فرایند درمان، راهبردهایی بر پیشگیری از ابتلا و یا جلوگیری از عود افسردگی ارائه نمود.

از آن‌جا که کارآمدی MBCT در درمان افسردگی حاد در پژوهش‌های متعددی به اثبات رسیده است (فینوکین و همکاران، ۲۰۰۶؛ بارنهورفر، کران و هرگاس^{۳۹}، ۲۰۰۹؛ هاپکو، لیجز، لیپچ، هاپکو، و مک نیل^{۴۰}، ۲۰۰۳؛ لیجز، هاپکو و هاپکو^{۴۱}، ۲۰۰۱). بنابراین، لازم است تا روش‌های کارآمد و مقرون به صرفه ارائه این مداخله کشف و کمترین مؤلفه‌های کافی لازم برای این که چنین مداخله‌ای اثربخش باشد ایجاد شوند. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی چگونگی اثرگذاری تکنیک‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن، بر تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نیافته بیماران مبتلا به افسردگی مهاد به‌صورت انفرادی انجام خواهد شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعه تک آزمودنی^{۴۲} چند خط پایه‌ای است که به‌منظور ارزیابی تأثیر درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام‌عیار صورت گرفته است. جامعه پژوهش را کلیه مراجعه‌کنندگان مبتلا به اختلال افسردگی مهاد که در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۲ کلینیک مشاوره و روان‌درمانی بینش، مراجعه کردند تشکیل دادند. نمونه این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین افراد مراجعه‌کننده کلینیک مشاوره و روان‌درمانی بینش با تشخیص اختلال افسردگی مهاد در ۶ ماهه اول سال ۱۳۹۲ صورت گرفت. به‌منظور مشخص کردن تشخیص اختلال افسردگی مهاد در افراد مورد نظر، با آن‌ها مصاحبه بالینی ساختار یافته صورت گرفت و سپس ۳ نفر از افرادی را که اختلال اصلی‌شان اختلال افسردگی مهاد بود به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند.

در این پژوهش پس از این که تشخیص افسردگی مهاد، 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 مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام‌عیار قرار داده شدند. شرکت‌کنندگان در مداخله به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان قرار گرفتند.

در آغاز مطالعه، کلیه بیماران نسبت به تکمیل ابزارهای پژوهش اقدام کردند. سپس شرکت‌کنندگان تحت مداخله تعیین شده قرار گرفتند و در جلسات دوم، چهارم، ششم و در

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته بیماران مبتلا به اختلال ...

پایان مداخله از همه آن‌ها پس آزمون و نیز ۲ ماه پس از پایان درمان پیگیری به عمل آمد. برای گردآوری داده‌های پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

مصححه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I (SCID-I): مصاحبه مزبور ابزاری انعطاف پذیر است که توسط فرست و همکاران تهیه شد (فرست، اسپیتزر، گیون، ویلیامز^{۴۳}، ۱۹۹۶). شریفی، اسعدی، محمدی، امینی و کاویانی (۱۳۸۳) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز رضایت بخش است.

پرسش‌نامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II): این پرسش‌نامه شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک، استیر، و براون^{۴۴}، ۱۹۹۶). این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV همخوان است و همانند BDI-II، BDI نیز ۲۱ سؤال از ۰ تا ۳ می‌باشد و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. نمره کلی بین ۰ تا ۶۳ متغیر می‌باشد. نمرات صفر تا ۱۳، افسردگی جزئی یا عدم افسردگی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. نتایج پژوهش بک، استیر و براون نشان داد که این پرسش‌نامه ثبات درونی بالایی دارد، همچنین، مطالعه دیگری همبستگی درونی این مقیاس (آلفای کرونباخ = ۰/۹۳) و اعتبار بازآزمایی آن را ($r = ۰/۹۳$) گزارش داد (دابسون^{۴۵} و محمدخانی، ۱۳۸۶).

فرم کوتاه پرسش‌نامه روان‌بنه یانگ^{۴۶} (YSQ - SF): برای اندازه‌گیری روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته اولیه از پرسش‌نامه‌ای که یانگ (۲۰۰۵) با ۷۵ سؤال، مقیاس پاسخگویی ۶ درجه‌ای لیکرت (کاملاً نادرست = ۱، تا کاملاً درست = ۱) و ۱۵ خرده‌مقیاس شامل محرومیت هیجانی، طرد/رهاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری به ضرر، گرفتاری، در دام افتادگی، اطاعت، از خودگذشتگی، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویش‌نماداری و خود انضباطی ناکافی استفاده می‌شود. هر پنج سؤال این پرسش‌نامه مربوط به یک روان‌بنه می‌باشد و برای به دست آوردن نمره روان‌بنه‌ها، میانگین نمره در هر ۵ سؤال محاسبه می‌گردد. در هر کدام از روان‌بنه‌ها که فرد نمره بیشتری کسب کند، آن روان‌بنه به عنوان روان‌بنه ترجیحی وی در نظر گرفته می‌شود. اولین

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته بیماران مبتلا به اختلال ...

پژوهش جامع در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی این طرحواره‌ها را اسمیت^{۴۷}، جونز^{۴۸} و یانگوتلج^{۴۹} (۱۹۹۵؛ به نقل از لطفی، ۱۳۸۵) انجام دادند و ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیر بالینی برای خرده‌مقیاس‌های این پرسش‌نامه را ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آمد. همچنین پژوهشگران نشان دادند، پرسش‌نامه روان‌بنه یانگ با مقیاس‌های پریشانی، روان‌شناختی و اختلالات شخصیت همبستگی بالایی دارد و بنابراین از اعتبار و روایی مطلوبی برخوردار است (اسمیت و همکاران، ۱۹۹۵؛ به نقل از لطفی، ۱۳۸۵). این پرسش‌نامه را در ایران آهی (۱۳۸۵) ترجمه و آماده اجرا کرده و همسانی درونی آن را بر حسب آلفای کرونباخ در گروه مؤنث ۰/۹۷ و در گروه مذکر ۰/۹۸ گزارش کرده است.

برخی از ملاک‌های ورود نمونه به تحقیق عبارت خواهند بود از: تشخیص افسردگی مهاد بر اساس نظر روان‌پزشک و تأیید آن با مصاحبه بالینی ساختاریافته SCDI، محدوده سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، تحصیلات حداقل دیپلم، داشتن حداقل توانایی جسمانی و شناختی جهت شرکت در جلسات مداخله، ثابت ماندن دوز دارویی، نداشتن سابقه دریافت مداخله‌های روان‌درمانی دیگر، رضایت آگاهانه از روش درمانی و فرآیند پژوهش.

برخی از معیارهای خروج نمونه از تحقیق عبارت خواهند بود از: دارا بودن اختلالات حاد روان‌پزشکی بنا به نظر روان‌پزشک، وجود بیماری پزشکی جدی و محدود کننده‌ای که موجب بروز افسردگی در بیمار شود، سابقه سوء مصرف مواد، دارا بودن اختلالات جسمانی مزمن مانند سرطان، بیماری‌های کلیوی، داشتن اختلال شخصیت همایند.

گزارش بالینی بیماران: در ادامه، با مرور شرح حال بیمارانی که در این پژوهش حضور دارند، به معرفی تک‌تک بیماران می‌پردازیم.

بیمار اول: خانمی ۳۳ ساله، مجرد، فوق لیسانس، شاغل و با تشخیص اختلال افسردگی مهاد بود. بیمار شکایت اصلی خود را "احساس تنهایی، بی‌اشتهایی، بی‌انگیزگی، جر و بحث با دیگران" بیان نمود. بیمار انتظارش را از درمان بهتر شدن خلقش، کاهش پرخاشگری و بالا رفتن انگیزه‌اش برای زندگی مطرح کرده است. از لحاظ سابقه روان‌پزشکی مادر بیمار هم قبلاً دچار افسردگی بوده و دارو مصرف کرده است.

بیمار دوم: خانمی ۲۶ ساله، متأهل، خانه‌دار، لیسانس کامپیوتر، با تشخیص اختلال افسردگی مهاد بود. بیمار شکایت اصلی خود را "احساس ناراحتی، بغض و گریه زیاد و احساس نامساعد

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته بیماران مبتلا به اختلال ...

بودن حالش " عنوان کرد. او انتظار خود را از درمان، بهبود حالت روحی و کنترل داشتن بر هیجانات و رفتارش بیان نمود. به گفته بیمار مدتی قبل به روان‌پزشک مراجعه کرده و برای یک ماه دارو مصرف کرده، اما با تأثیری که روی وزنش داشته، داروها را قطع کرده است. از لحاظ سابقه روان‌پزشکی در خانواده سابقه‌ای وجود نداشت.

بیمار سوم: مردی ۳۲ ساله، فوق لیسانس فیزیک، متأهل و دارای یک دختر ۱/۵ ساله، با تشخیص اختلال افسردگی مه‌اد بود. بیمار شکایت اصلی خود را با "احساس تنهایی، بی‌اشتهایی، نداشتن انگیزه، مشا‌جره زیاد با همسر و کتک زدن دختر خود" بیان نمود. بیمار انتظارش را از درمان بهتر شدن خلقش، کاهش پرخاشگری و بالا رفتن انگیزه‌اش برای زندگی عنوان کرد. از لحاظ سابقه روان‌پزشکی دو تا از خواهران بیمار هم دچار افسردگی هستند و در حال حاضر دارو مصرف می‌کنند.

تشخیص اصلی برای هر سه بیمار اختلال افسردگی مه‌اد بود و بعد از محرز شدن تشخیص هر سه بیمار به‌طور جداگانه و در جلسات انفرادی درمان را شروع کردند و در جلسات پیش از درمان، دوم، چهارم، ششم، پس از درمان و پیگیری ۶۰ روزه پرسش‌نامه‌های مربوطه توسط آزمودنی‌ها پر شد. در زیر به داده‌های به‌دست آمده از پژوهش می‌پردازیم. همچنین در پژوهش حاضر برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش بازبینی نمودارها، ضرایب اثر و درصد بهبودی استفاده شد.

داده‌ها یافته‌ها

جدول ۱: نمرات آزمودنی اول افسرده‌اساسی، در تکمیل فرم کوتاه روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته
یانگ در مرحله خط پایه، حین مداخله، پس از درمان، پیگیری و میزان اثربخشی

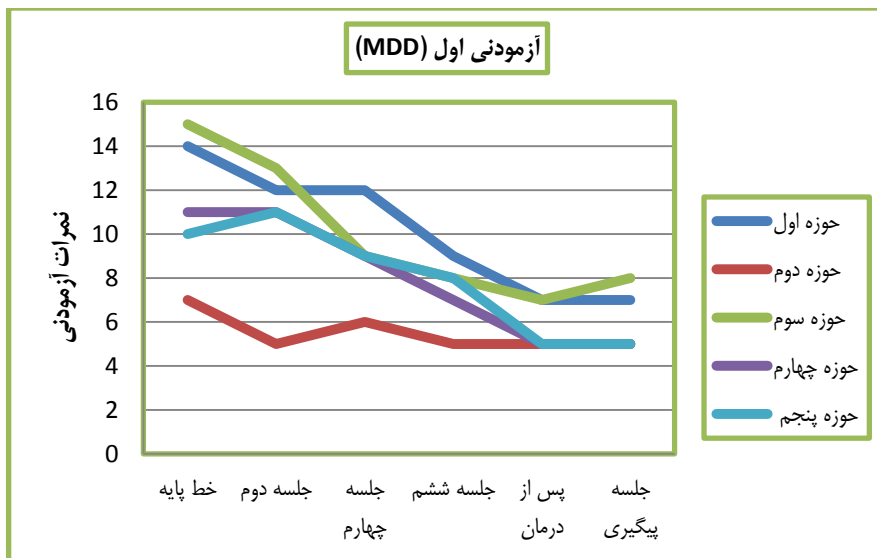
آزمودنی اول	خط پایه	جلسه دوم	جلسه چهارم	جلسه ششم	پس از درمان	پیگیری مداخلات	جلسه پیگیری	درصد بهبودی	نمرات	درصد کاهش	پیگیری مداخلات	جلسه پیگیری	مداخلات	ضرب اثر پیگیری	پیگیری	ضرب اثر جلسه
حوزه اول	۱۴	۱۲	۱۲	۹	۷	۱۰	۷	۵۰	۱	۲۱۴	۰.۷۳	۷	۰.۹۶			
حوزه دوم	۷	۵	۶	۵	۵	۵.۲۵	۵	۲۹	۰.۴	۲.۲۳	۰.۷۴	۲	۰.۷۰			
حوزه سوم	۱۵	۱۳	۹	۸	۷	۹.۲۵	۸	۵۳	۱.۱۴	۲۸۹	۰.۸۲	۷	۰.۹۶			
حوزه چهارم	۱۱	۱۱	۹	۷	۵	۸	۵	۵۵	۱.۲۰	۱.۵۳	۰.۶۰	۶	۰.۹۴			
حوزه پنجم	۱۰	۱۱	۹	۸	۵	۸.۲۵	۵	۵۰	۱	۰.۹۲	۰.۴۱	۵	۰.۹۲			

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته بیماران مبتلا به اختلال ...

جدول شماره (۱) دربردارنده نمرات آزمودنی اول با درمان MBCT در مقیاس روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته می‌باشد. همان‌گونه که در این جدول مشاهده می‌شود نمرات آزمودنی در هر پنج حوزه روان‌بنه‌ای در طی جلسات به‌طور مؤثری کاهش یافته و این روند کاهشی تا پایان جلسات در همه حوزه‌ها ادامه داشته است. همچنین در جلسه پیگیری در حوزه سوم (مرزهای مختل) اندکی افزایش داشته و در حوزه‌های اول (جدایی و طرد)، دوم (خودگردانی و عملکرد مختل)، چهارم (هدایت شدن توسط دیگران) و پنجم (هوشیاری افراطی و بازداری) بدون تغییر مانده است. بنابراین، این نکته اثربخشی MBCT را برای تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته بیماران افسردگی مه‌اد نشان می‌دهد که این مسأله را می‌توان براساس شاخص بهبودی و اندازه اثر به‌دست آمده به‌ترتیب با درصد بهبودی و اندازه اثر ۵۰ و ۰.۷۳ در حوزه اول (جدایی و طرد)، ۲۹ و ۰.۷۴ در حوزه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل)، ۵۳ و ۰.۸۲ در حوزه سوم (مرزهای مختل)، ۵۵ و ۰.۶۰ در حوزه چهارم (هدایت شدن توسط دیگران) و ۵۰ و ۰.۴۱ در حوزه پنجم (هوشیاری افراطی و بازداری) نتیجه‌گیری نمود. از آنجایی که درصد بهبودی بالای ۵۰ و اندازه اثر بالای ۰.۸ اثربخش بودن درمان را نشان می‌دهد، بنابراین بر اساس درصد بهبودی و اندازه اثر این متغیر می‌توان نتیجه گرفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن تمام‌عیار اثربخشی خوبی داشته است. البته همان‌طور که جدول نیز نشان می‌دهد درصد بهبودی آزمودنی در حوزه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل) و همچنین ضریب اثر آزمودنی در همه حوزه‌ها به‌جز حوزه سوم به حد نصاب اثربخشی نرسیده است ولی روند کاهشی نمرات این حوزه در طی جلسات درمان اثربخشی MBCT را در این حوزه نشان می‌دهد.

بر اساس نتایج به‌دست آمده از جدول شماره (۱)، نمودار شماره (۱) تغییرات مربوط به حوزه‌های روان‌بنه‌ها را برای آزمودنی اول نشان می‌دهد.

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نیافته بیماران مبتلا به اختلال ...



نمودار ۱: نمایش تغییرات نمرات آزمودنی اول در تکمیل فرم کوتاه روان‌بنه یانگ

با توجه به نمودار شماره (۱)، مشخص می‌شود نمره‌های آزمودنی اول در هر پنج حوزه روان‌بنه‌ای کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته و این روند تا جلسه پس از درمان در همه حوزه‌ها و همچنین در جلسه پیگیری دو ماهه برای حوزه سوم (مرزهای مختل) نیز کاهش داشته و برای حوزه‌های اول (جدایی و طرد)، دوم (خودگردانی و عملکرد مختل) و چهارم (هدایت شدن توسط دیگران) و پنجم (هوشیاری افراطی و بازداري) بدون تغییر مانده است. همچنین نمودار بیانگر این است که نمره آزمودنی در جلسه سوم در حوزه دوم و همچنین جلسه دوم در حوزه پنجم نسبت به جلسه قبلی کمی افزایش داشته، اما در جلسات بعدی این افزایش نمره جبران شده و دوباره رو به کاهش گذاشته است و در جلسه پیگیری نیز فقط در حوزه پنجم یک نمره افزایش نشان داده است.

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بندهای سازش‌نیافته بیماران مبتلا به اختلال ...

جدول ۲: نمرات آزمودنی دوم افسرده اساسی از تکمیل فرم کوتاه روان‌بندهای سازش‌نیافته یانگ در مرحله خط پایه، حین مداخله، پس از درمان، پیگیری و میزان اثربخشی

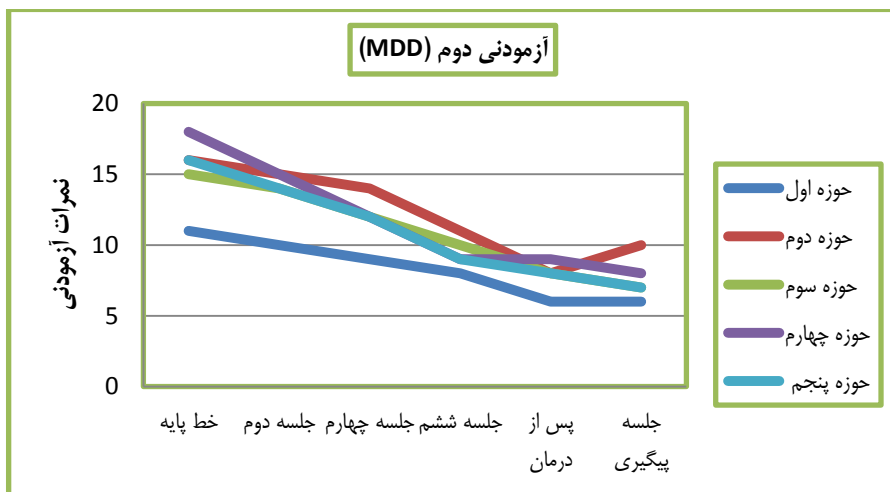
آزمودنی دوم	خط پایه	جلسه دوم	جلسه چهارم	جلسه ششم	پس از درمان	میانگین مداخلات	جلسه پیگیری	درصد بهبودی	درجات کاهش	میانگین نمرات پس از مداخلات	میانگین ضریب اثر	جلسه پیگیری	پیروی اثربخشی
حوزه اول	۱۱	۱۰	۹	۸	۶	۸.۲۵	۶	۴۵	۰.۸۳	۱.۹۷	۰.۷۰	۵	۰.۹۲
حوزه دوم	۱۶	۱۵	۱۴	۱۱	۸	۱۲	۱۰	۵۰	۱	۱.۷۱	۰.۶۴	۶	۰.۹۴
حوزه سوم	۱۵	۱۴	۱۲	۱۰	۸	۱۱	۷	۵۳	۰.۸۷	۲.۰۴	۰.۷۱	۸	۰.۹۷
حوزه چهارم	۱۸	۱۵	۱۲	۹	۹	۱۱.۲۵	۸	۵۰	۱	۱.۱۵	۰.۵۰	۱۰	۰.۹۸
حوزه پنجم	۱۶	۱۴	۱۲	۹	۸	۱۰.۷۵	۷	۵۰	۱	۰.۹۷	۰.۴۳	۹	۰.۹۷

همان‌گونه که از داده‌های جدول برمی‌آید نمرات آزمودنی در هر پنج حوزه روان‌بندهای در طی جلسات کاهش یافته و این کاهش تا پایان جلسات در همه حوزه‌ها و تا جلسه پیگیری در حوزه سوم (مرزهای مختل)، حوزه چهارم (هدایت شدن توسط دیگران) و حوزه پنجم (هوشیاری افراطی و بازداری) نیز ادامه داشته است. همچنین نمرات آزمودنی در حوزه اول (جدایی و طرد) بدون تغییر مانده و در حوزه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل) اندکی افزایش نشان داده است. بنابراین، این نکته اثربخشی این درمان را در تعدیل روان‌بندهای سازش‌نیافته بیماران افسرده مهادهای نشان می‌دهد که این مسأله را می‌توان براساس شاخص بهبودی و اندازه اثر به‌دست آمده به ترتیب با درصد بهبودی و اندازه اثر ۴۵ و ۰.۷۰ در حوزه اول (جدایی و طرد)، ۵۰ و ۰.۶۴ در حوزه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل)، ۵۳ و ۰.۷۱ در حوزه سوم (مرزهای مختل)، ۵۰ و ۰.۵۰ در حوزه چهارم (هدایت شدن توسط دیگران) و ۵۰ و ۰.۴۳ در حوزه پنجم (هوشیاری افراطی و بازداری) نتیجه‌گیری نمود. از آنجایی که درصد بهبودی بالای ۵۰ و اندازه اثر بالای ۰.۸ اثربخش بودن درمان را نشان می‌دهد، بنابراین براساس درصد بهبودی و اندازه اثر این متغیر می‌توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن اثربخشی خوبی داشته است.

البته همان‌طور که جدول نیز نشان می‌دهد درصد بهبودی آزمودنی در حوزه اول (خودگردانی و عملکرد مختل) به حد نصاب اثربخشی نرسیده و همچنین ضریب اثر پنج حوزه

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بندهای سازش‌نا یافته بیماران مبتلا به اختلال ...

کمتر از ۰.۸ می‌باشد، ولی روند کاهشی نمرات این حوزه‌ها در طی جلسات درمان و پس از درمان اثربخشی MBCT را در این حوزه‌ها نشان می‌دهد. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول شماره (۲)، نمودار شماره (۲) تغییرات مربوط به حوزه‌های روان‌بندها براساس نمره کسب شده در تکمیل فرم کوتاه روان‌بنه یانگ توسط آزمودنی دوم را نشان می‌دهد.



نمودار ۲: نمایش تغییرات نمرات آزمودنی دوم بر اساس تکمیل فرم کوتاه روان‌بنه یانگ

با توجه به نمودار شماره (۲)، مشخص می‌شود نمره‌های آزمودنی دوم در هر پنج حوزه در طی جلسات درمان کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته و این روند تا جلسه پس از درمان در همه حوزه‌ها و در جلسه پیگیری دو ماهه برای حوزه‌های سوم (مرزهای مختل)، چهارم (هدایت شدن توسط دیگران) و پنجم (هوشیاری افراطی و بازداری) ادامه پیدا کرده و در حوزه اول (جدایی و طرد) بدون تغییر مانده است. اما نمره آزمودنی در حوزه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل) کمی افزایش نشان می‌دهد.

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته بیماران مبتلا به اختلال ...

جدول ۳: نمرات آزمودنی سوم افسرده اساسی از تکمیل فرم کوتاه روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته
یانگ در مرحله خط پایه، حین مداخله، پس از درمان، پیگیری و میزان اثربخشی

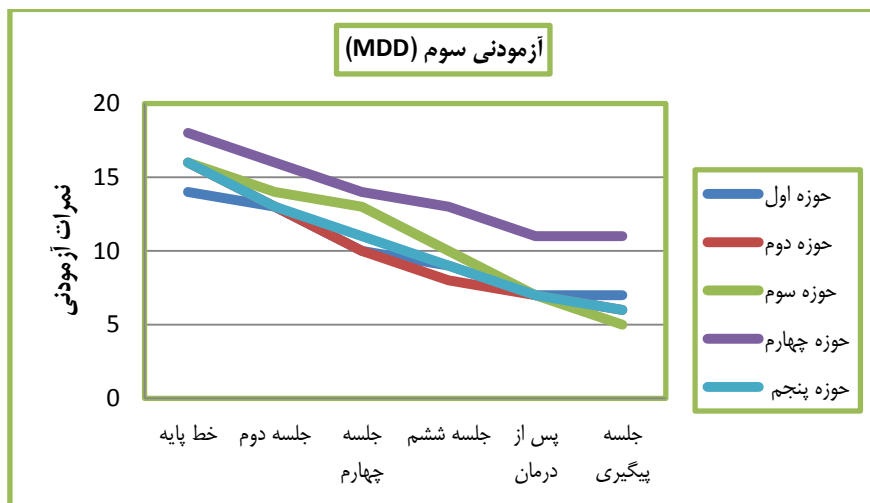
آزمودنی سوم	خط پایه	جلسه دوم	جلسه چهارم	جلسه ششم	پس از درمان	میانگین مداخلات	جلسه پیگیری	درصد بهبودی	درصد کاهش نمرات	مداخلات	ضرب کوهن میانگین مداخلات	ضرب اثر میانگین مداخلات	پیگیری	ضرب اثر جلسه پیگیری
حوزه اول	۱۴	۱۳	۱۰	۹	۷	۹.۷۵	۷	۵۰	۱	۲.۲۳	۰.۷۴	۷	۰.۹۶	
حوزه دوم	۱۶	۱۳	۱۰	۸	۷	۹.۵	۶	۵۶	۱.۲۸	۳.۲۵	۰.۸۵	۱۰	۰.۹۸	
حوزه سوم	۱۶	۱۴	۱۳	۱۰	۷	۱۱	۵	۵۶	۱.۲۸	۲.۱۳	۰.۷۲	۱۱	۰.۹۸	
حوزه چهارم	۱۸	۱۶	۱۴	۱۳	۱۱	۱۳.۵	۱۱	۳۹	۰.۶۳	۲.۷۵	۰.۸۰	۷	۰.۹۶	
حوزه پنجم	۱۶	۱۳	۱۱	۹	۷	۱۰	۶	۵۶	۱.۲۸	۳.۰۶	۰.۸۳	۱۰	۰.۹۸	

همان گونه که در این جدول مشاهده می‌شود نمرات آزمودنی در هر پنج حوزه طرح‌واره‌ای در طی جلسات درمان کاهش یافته و این روند کاهشی تا پایان جلسات در همه حوزه‌ها حفظ شده و حتی در جلسه پیگیری نیز در حوزه‌های دوم (خودگردانی و عملکرد مختل)، سوم (مرزهای مختل) و پنجم (هوشیاری افراطی و بازداری) ادامه داشته و در حوزه‌های اول (جدایی و طرد) و چهارم (هدایت شدن توسط دیگران)، بدون تغییر مانده است. بنابراین، این نکته اثربخشی MBCT را برای تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته بیماران افسردگی مه‌اد نشان می‌دهد که این مسأله را می‌توان براساس شاخص بهبودی و اندازه اثر به‌دست آمده به‌ترتیب با درصد بهبودی و اندازه اثر ۵۰ و ۰.۷۴ در حوزه اول (جدایی و طرد)، ۵۶ و ۰.۸۵ در حوزه دوم (خودگردانی و عملکرد مختل)، ۵۶ و ۰.۷۲ در حوزه سوم (مرزهای مختل)، ۳۹ و ۰.۸۰ در حوزه چهارم (هدایت شدن توسط دیگران) و ۵۶ و ۰.۸۳ در حوزه پنجم (هوشیاری افراطی و بازداری) نتیجه‌گیری نمود. از آنجایی که درصد بهبودی بالای ۵۰ و اندازه اثر بالای ۰.۸ اثربخش بودن درمان را نشان می‌دهد، بنابراین بر اساس درصد بهبودی و اندازه اثر این متغیر می‌توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن اثربخشی خوبی داشته است.

البته همان‌طور که جدول نیز نشان می‌دهد درصد بهبودی آزمودنی در حوزه چهارم (هدایت شدن توسط دیگران) به حد نصاب اثربخشی نرسیده و همچنین ضریب اثر در

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بندهای سازش‌نا یافته بیماران مبتلا به اختلال ...

حوزه‌های اول و سوم نزدیک به ۰.۸ می‌باشد، ولی روند کاهشی نمرات این حوزه در طی جلسات درمان و پس از درمان اثربخشی MBCT را در این حوزه نشان می‌دهد. با توجه به نتایج به دست آمده از جدول شماره (۳)، نمودار شماره (۳) تغییرات مربوط حوزه‌های روان‌بندها براساس نمره کسب شده در تکمیل فرم کوتاه روان‌بنه یانگ توسط آزمودنی سوم را نشان می‌دهد.



نمودار ۳: نمایش تغییرات نمرات آزمودنی سوم در تکمیل فرم کوتاه روان‌بنه یانگ

با توجه به نمودار شماره (۳)، مشخص می‌شود نمره‌های آزمودنی سوم در هر پنج حوزه روان‌بنه‌ای کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته و این روند تا جلسه پس از درمان در همه حوزه‌ها و در جلسه پیگیری دو ماهه برای حوزه‌های دوم (خودگردانی و عملکرد مختل)، سوم (مرزهای مختل) و پنجم (هوشیاری افراطی و بازداری) کاهش و برای حوزه‌های اول (جدایی و طرد)، و چهارم (هدایت شدن توسط دیگران) بدون تغییر مانده است.

نتیجه‌گیری

همان‌طور که پیشتر اشاره شد در چارچوب الگوی شناختی، مدل‌های نظری و به تبع آن

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام‌عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نیافته بیماران مبتلا به اختلال ...

راهکارهای مداخله‌ای متعددی جهت درمان افسردگی به‌عنوان شایع‌ترین اختلال روانی، توسعه یافته است. علی‌رغم کارآمدی نسبی اغلب شیوه‌های شناخت‌درمانی در کنترل و یا حداقل کاهش افسردگی کاستی‌هایی وجود دارد و به‌تبع آن مدل‌های نظری جایگزین در حال شکل‌گیری هستند. گرچه قضاوت درباره‌ی اندازه‌ی اثر و کارآمدی روش‌های مختلف درمانی در چارچوب الگوی شناختی هنوز زود است، با این همه به‌نظر می‌رسد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام‌عیار با توجه به تأکیدش بر پیشگیری از عود، در مقایسه با سایر مدل‌های نظری در موقعیت بهتری قرار دارد. همان‌گونه که کابات‌زین ذهن تمام‌عیار را توجه به یک شیء خاص، به‌طور آگاهانه، در زمان حاضر و بدون داوری تعریف می‌کند، هدف اصلی این درمان: ۱. کمک به افرادی که به نوعی در گذشته به افسردگی مبتلا بوده‌اند و آموزش مهارت‌هایی که در پیش‌گیری از عود افسردگی مورد نیاز است، ۲. آگاهی بیش‌تر از حس‌های بدنی، احساسات و افکار لحظه به لحظه، ۳. کمک به شرکت‌کنندگان برای گسترش راه‌های متفاوت ارتباط با حواس، افکار و احساسات به‌ویژه شناخت و پذیرش افکار و احساسات ناخواسته‌ای که به‌گونه خودکار و عاداتی باعث مشکلات دائمی می‌شوند و ۴. کمک به شرکت‌کنندگان برای دادن ماهرانه‌ترین پاسخ به افکار، احساسات و موقعیت‌های ناخوشایندی که با آن روبرو می‌شوند، می‌باشد. به‌طور خلاصه مطالعات زیادی اثربخشی فنون شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن تمام‌عیار را مورد بررسی قرار داده‌اند. همان‌طور که در بخش یافته‌های پژوهش حاضر مشاهده شد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن تمام‌عیار روی ۳ بیمار در چارچوب یک طرح تجربی تک‌موردی به اجرا درآمد و طی آن روان‌بنه‌های سازش‌نیافته اولیه مورد چالش قرار گرفت که در هر ۳ آزمودنی تغییرات معناداری در کاهش روان‌بنه‌های سازش‌نیافته ایجاد کرد. از سویی مطالعه پیگیری که در دوره‌ی ۶۰ روزه صورت گرفت، نشان داد که بهره‌های درمانی به‌دست‌آمده هم‌چنان حفظ شده بودند، که این موضوع می‌تواند به‌عنوان مدرکی مبنی بر موفقیت قابل توجه شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن در نظر گرفته شود. به‌عنوان نتیجه‌گیری می‌توان گفت که نتایج این پژوهش هماهنگ با یافته‌های پژوهش‌های دیگر در این زمینه می‌باشد که نشان می‌دهند مداخلات ذهن تمام‌عیار در درمان اختلالات خلقی و همچنین کاهش نشانه‌های افسردگی مفید می‌باشد (هافمن، ساویر، ویت و اه‌۵۰، ۲۰۱۰؛ راپچی و بیستریسکی^{۵۱}، ۲۰۰۹).

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته بیماران مبتلا به اختلال ...

همچنین نقش میانجی‌گری حضور ذهن در مداخلات نیز مشخص شده است (کارمودی و بیر، لیکینز و الدنرکی^{۵۲}، ۲۰۰۹؛ نیکلیک و کویچرس^{۵۳}، ۲۰۰۸) و اثربخشی MBCT در زمینه بهبود علایم افسردگی در اختلال افسردگی مهاده و پیشگیری از عود به اثبات رسیده است (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰؛ تیزدل، ۲۰۰۴؛ فینو کین و همکاران، ۲۰۰۶؛ کینگستون، باتیس، دولی، لاولر و مالون^{۵۴}، ۲۰۰۷؛ دسروسیرز، کلمانسکی و نولن هوکسما^{۵۵}، ۲۰۱۳) و نشان می‌دهد که بهترین موضع مداخله در درمان افسردگی مهاده و تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته است. درهرحال همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر نیاز به مطالعات بیشتر است و گرچه شیوه کارآزمایی بالینی تک‌موردی روشی خلاقانه برای اثربخشی درمان است، جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها به محققان علاقمند به این حوزه پیشنهاد می‌شود که مطالعات پیگیری شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار را در دوره طولانی‌تری (حداقل یک سال) دنبال نمایند. همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان را در مقایسه با سایر درمان‌ها از جمله فراشناختی مورد بررسی قرار دهند.

پی‌نوشت‌ها:

- | | |
|---|---|
| 1- Serreti, Chiesa, Calati, Sentissi & Akimova | 2- Mitchell & Vaze & Rao |
| 3- Moayedoddin, Rubovszky, Mammana, Jeannot & Sartori | 4- Parker |
| 5- Lambert | 6- Judd |
| 7- Kuyken, Byford, Byng, Dalglesh & Lewis | 8- Moussavi |
| 9- Hansen | 10- Balestrieri |
| 11- Vaeroy | 12- Rentsch, Dumont, Borgacci, Carballeira & Detonnac & Archinard |
| 13- Cepiou, Cuker, Cole, Sewitch & Belzile | 14- Kamphuis, Stegenga, Zuithoff, King & Nazareth |
| 15- Piek, Nolen, Van der meer, Joling & Kollen | 16- Zisook |
| 17- Vuorilehto, Melartin, Rytsala & Isometsa | 18- Saveanu |
| 19- Nemerrof | 20- Papageorgious & Wells |

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نا یافته بیماران مبتلا به اختلال ...

- | | |
|--|--|
| 21- Young, Winberger & Beck | 22- Riso, Toit & Stein |
| 23- Young, Klasko & Weishaar | 24- Zhang & He |
| 25- Maltibi & Day | 26- Thimm |
| 27- Norman & Tomas | 28- Fedricky, Rowa & Antoni |
| 29- Hamilton, Wershler, Macrodimitis, Ching & Modersil | 30- Voves, Creay, Habi & Karter |
| 31- Association Psychology American | 32- Fink |
| 33- Gahr, Schonfeldt, Lecuona, Kolle, Pfenning & Freudenmann | 34- Mindfulness Based Cognitive Therapy |
| 35- Segal, Williams & Teasdale | 36- Eisendrath, Chartier & Macline |
| 37- Singer & Dabson | 38- Oteon beruet |
| 39- Barnhofer, Crane & Hargus | 40- Hopko, Lejuez, Lepage, Hopko & McNeil |
| 41- Lejuez & Hopko | 42- single subject design |
| 43- First, Spitzer, Gibbon & Williams | 44- Beck, Steer & Brown |
| 45- Dobson | 46- Young |
| 47- Smith | 48- Jones |
| 49- Yungoothlech | 50- Hofmann, Sawyer, Witt & Oh |
| 51- Rapgay & Bystrisky | 52- Carmody, Bear, Lykins & Oldendzki |
| 53- Nyklicek & Kuijpers | 54- Kingston, Bates, Dooley, Lawlor & Malone |
| 55- Desrosiers, Klemanski & Nolen-Hoeksema | |

منابع و مآخذ فارسی:

- آهی، ق. (۱۳۸۵). *هنجاریابی نسخه کوتاه پرسش‌نامه طرحواره یانگ*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی.
- تیزدل، ج. (۱۳۸۰). *دانش و روش‌های کاربردی رفتاردرمانی شناختی*. حسین کاویانی. تهران: پژوهشکده علوم شناختی.
- دابسون، کیت استفان و محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۶). *مختصات روان‌سنجی پرسش‌نامه افسردگی بک II، در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی مهاده. ویژه‌نامه توانبخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی، ۸ (۲۹)، ۸۶-۸۰*
- سگال، زیندل؛ تیزدل، جان؛ ویلیامز، مارک. (۱۳۸۴). *راهنمای عملی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن*. پروانه محمدخانی. بی‌جا: بی‌نا. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی ۲۰۰۲).

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نیافته بیماران مبتلا به اختلال ...

شریفی، ونداد؛ اسعدی، سیدمحمد؛ محمدی، محمدرضا؛ امینی، همایون؛ کاویانی، حسین؛ سمنانی، یوسف؛ شعبانی، امیر؛ شهرپور، زهرا؛ داوری آشتیانی، رزیتا؛ حکیم شوشتری، میترا. (۱۳۸۳). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای DSM-IV (SCID). فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۶، ۲۲-۱۰.

کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان؛ بحیرانی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش‌های ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه [نسخه الکترونیکی]. ماهنامه تازه‌های علوم شناختی، ۷(۱)، ۴۹-۵۹.

لطفی، ر. (۱۳۸۵). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه در مبتلایان به اختلالات شخصیت دسته ب و افراد سالم. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، تهران: دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا (س).

منابع و مآخذ خارجی:

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders, Fourt Edition, Text Revision (DSM IV- TR)*. American Psychiatric Pobishing, Inc. Washington, D.C.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: a preliminary study. *Behavior research and therapy*, 47, 366-373.
- Beck, A.T., & Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck depression inventory-II*. San Antonio, TX, Psychological Corporation.
- Carmody, J., Bear, R. A., Lykins, E.L.B. & Oldendzki, N. (2009). *An Empirical Study Of The Mechanisms Of Clinical Psychology*, 65, 613- 626.
- Cepoiu, M, Mc., Cusker, Y., Cole, M, G., SeWitch, M., Belzile, E., & Ciampi, A. (2008). Recognition Of Depression By Non-Psychiatric-A Systematic Literature Review and Meta-Analysis. *Journal Of Gen Intern Medicin*. 23: 25-36.
- Desrosiers, A., Klemanski, D., Nolen-Hoeksema, S. (2013). Mapping Mindfulness Facts On To Demensions Of Anxiety and Depression. *Journal Behaviour therapy*, 44, 373- 384.
- Eisendrath, S., Chartier, M. & Mclane, M. (2012). *Adapting Mindfulness Based*

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بندهای سازش‌نیافته بیماران مبتلا به اختلال ...

Cognitive Therapy For Treatment, Resistant Depression [electronic version]. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 362- 370.

Finucane, A., Mercer, S.W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness – based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care [ELECTRONIC VERSION]. *BMC Psychiatry*, 6, 1-14.

First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M., & Williams, B.W. (1996). Structural clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorder, clinical version, patient edition. (SCID-CV). Washington (DC), *American Psychiatric Press*.

Gahr, M., Schonfeldt- Lecuona, C., Kolle, M. A., Pfenninger, E & Freudenmann, R.W. (2013). Electroconvulsive Therapy In Patients With Diagnoses Other Than Major Depression And/Or Difficult Characteristics: A Combined Psychiatric- Anesthesiological Approach Based On A Retrospective Chart Analysis. *Journal Of Psychiatry Research*, 210, 159- 165.

Hamilton, K., Wershler, J.L., Macrodimitris, S.D., Ching, L.E., & Mothersill, K.J. (2012). Exploring The Effectiveness Of A Mixed Diagnosis Group Cognitive Behavioral Therapy Intervention Across Diverse Populations. *Journal Cognitive And Behavioral Practice*, 1- 11.

Hofmann, S.G., Sawyer, A.T., Witt, A.A & Oh, D. (2010). The Effect Of Mindfulness Based Therapy On Anxiety And Depression: A meta Analytic Review. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 78, 169- 183.

Hopko, D.R., Lejuez, C.W., LePage, J.P., Hopko, S.D., & McNeil, D.W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression—a randomized pilot trial within an inpatient psychiatric hospital. *Behavioral Modification*, 27, 458–469.

Kamphuis, M.H., Stegena, B.T., Zuithoff, N.P., King, M., Nazareth, I., & DeWit, N.J. (2012). Does Recognition Of Depression In Primary Care Affect Outcome. *The Predeit_NL Study*. 29: 16- 33.

Kingston, T., Bates, A., Dooley, B., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-Based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychology and Psychotherapy-Theory Research and Practice*, 80, 193- 203.

Kuyken, W., Byford, S., Byng, R., Dalgleish, T., Lewis, G., Taylor, R., Watkins, E. R., Hayes, R., Lanham, P., Kessler, D., Morant, N., & Evans, A. (2010). Study protocol for a randomized controlled trial comparing mindfulness-based cognitive therapy with maintenance anti-depressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: the prevent trial. *BioMed Central journals*, 11, 1-10.

Lembert, K.G. (2006). Rising rates of depression in today, s society:

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بنه‌های سازش‌نیافته بیماران مبتلا به اختلال ...

- consideration of roles of effort-based rewards and enhanced resilience in day-to-day functioning. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30, 497-510.
- Lejuez, C.W., Hopko, D.R., & Hopko, S.D. (2001). A Brief Behavioral Activation Treatment for Depression. *Behavioral Modification*, 25, 255-286.
- Mitchell, A.J., Vaze, A., & Rao, S. (2009). *clinical Diagnosis Of Depression In Primary Care: Ameta analysis*. 374, 609-619.
- Moayedoddin, B., Rubouszky, G., Mammanna, L., Jeannot, E., Sartori, M., Garin, N., Andreoli, A., Canuto, A., & Perrier, A. (2013). Prevalence and Clinical Characteristics Of The DSM IV Major Depression Among General Internal Medicine Patients. *European, Journal Of Internal Medicine*. 24, 763- 766.
- Nyklicek, I. & Kuijpers, K.F. (2008). Effect Of Mindfulness Based Stress Reduction Intervention On Psychological Well Being And Quality Of Life: Is Increased Mindfulness Indeed The Mechanism? *Annals Of Behavioral Medicine*, 35, 331- 340.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). *Depressive rumination; Nature, theory and treatment*. New York. John Wiley & Sons Ltd.
- Piek, E., Nelson, W.A., Vander, K., Joling, K.J., Kollen, B.J., & Penninx, B.W. (2012). Determinants Of (Non)Recognition Of Depression By General Practitioners: Results Of The Netherlands Study Of Depression and Anxiety. *Journal Affect Disorders*. 138: 397- 404.
- Rapgay, L. & Bystrisky, A. (2009). Classical Mindfulness: An Introduction To Its Theory And Practice For Clinical An Application. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 1172, 148- 162.
- Rentsch, D., Dumont, P., Borgacci, S., Carballeira, Y., Detonnac, N, A., & Rchinarn, M. (2007). Prevalence and Treatment Of Depression In A Hospital Department Of Internal Medicine. *Gen Hosp Psychiatry*. 29: 25-31.
- Riso, L. P. Afterword. In L.P. Riso, P.L. du Toit, D.J. Stein, & J.E. Young. (2007). Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems. A scientist-practitioner: A scientist practitioner guide (pp. 41– 58). Washington, DC: *American Psychological Association*
- Saveanu, R.V., & Nemroff, C.B. (2012). Etiology Of Depression: Genetic And Environmental Factors. *Journal Of Psychiatric Clinics Of North America*, 35, 51- 71.
- 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.

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن تمام عیار در تعدیل روان‌بندهای سازش‌نیافته بیماران مبتلا به اختلال ...

- Serretti, A., Chiesa, A., Calati, R., Sentissi, O., Akimova, E., Kasper, S., Zohar., J., Ronchi, D.D., Mendlewicz, J., Amital, D., Montgomery, S. & Souery, D. (2014). Family History Of Major Depression And Residual Symptoms Is Responder And Non- Responder Depressed Patients. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 51- 55.
- Singer, A.R. Dobson, K.S. (2007). An experimental investigation of the Cognitive vulnerability to depression. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 563–575.
- Teasdale, J.D., Segal, Z., & Williams, J.M.G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research & Therapy*, 33, 25–39.
- Teasdale, J.D. (1999). Metacognition, Mindfulness and the modification of mood disorder. *Clinical psychology and psychotherapy*, 6, 146-155.
- Teasdale, J.D., Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Ridgeway, V.A., Soulsby, J. M., & Lau, M.A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–623.
- Thimm J.C. (2010). Personality and early maladaptive schemas; A five-factor model perspective. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 41, 373-380.
- Vuorilento, M.S., Melartin, T.K., Rytala, H.J., & Isometsa, E.T. (2007). Do Characteristics Of Patie White Major Depressive Disorder Differ Between Primary and Psychiatric Care? *Journal Of Psychology Medicin*. 37: 893-904.
- Young, J.E. (2007). *Early Maladaptive Schemas In Chronic Depression*. In *riso(Ed) Chronic Depression*. p. p41-58. New York: Guilford press.
- Young J.E. Klasko, J.S., & weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: Apractitioner's guide*. New York: Guilford press.
- Young, J., Norman, S., & Thomas, J. (1995). Schema Questionnaire. *Journal of cognitive therapy and Reserch*. 19, 2, 95- 321.
- Young, J.E., Weinberger, A.D., & beck, A.T. (2001). Cognitive therapy for depression. In D, H. barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders: A step- by –step treatment manual* (3th ED.). (Pp264-309). New York: Guilford press.
- Zhang, D.H; He, H.L. (2010). Personality traits and life satisfaction: A chinese case study. *Social Behavior and personality*, 38 (8), 1119-11.