

مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش علائم، بهبود کیفیت زندگی و کاهش افکار خودکشی افراد مبتلا به افسردگی

دکتر داود جعفری^(۱)، دکتر مهدیه صالحی^(۲)، دکتر پروانه محمدخانی^(۳)

چکیده

هدف: این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن با درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش علائم، بهبود کیفیت زندگی و کاهش افکار خودکشی افراد افسرده صورت گرفت. **روش:** پژوهش حاضر با طرح تحلیل واریانس مختلط بین-درون‌گروهی اجرا شد. جامعه آماری، دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر بود. از بین ۳۶۴ نفر، ۴۵ دانشجویی که در آزمون افسردگی بک نمره بالاتر از ۲۰ داشتند انتخاب و در نهایت بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID)، ۳۴ نفر که تشخیص دیس تایمیا داشتند، به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فعال‌سازی رفتاری قرار گرفتند. گروه‌های آزمایش در هشت جلسه مداخله‌های درمانی دریافت کردند. اندازه‌گیری‌ها با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO-QOL)، طی چهار مرحله پیش‌آزمون، ارزیابی هفته چهارم، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس آمیخته صورت گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد هر دو مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فعال‌سازی رفتاری در بهبود علائم افسردگی، کیفیت زندگی و افکار خودکشی به یک اندازه تغییر ایجاد می‌کند. به‌عبارتی اثر زمان (اثر درون‌گروهی) معنادار ($p < 0.05$) بود، اما اثر بین‌گروهی معنادار مشاهده نشد. **نتیجه‌گیری:** درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و فعال‌سازی رفتاری بر کیفیت زندگی و افکار خودکشی افراد مبتلا به افسردگی اثربخشی یکسانی دارد.

کلیدواژه: شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن؛ درمان فعال‌سازی رفتاری؛ کیفیت زندگی؛ افکار خودکشی

[دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۶/۱۷؛ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۱/۲۴]

مقدمه

ذهن^۵ را معرفی کردند. این رویکرد آمیزه‌ای از جنبه‌های شناخت‌درمانی بک^۶ و برنامه کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن^۷ است. حضور ذهن به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت است (۳). در این شیوه با استفاده از مدیتیشن، یوگای کشیدگی^۸

موج سوم رفتار درمانی از اضافه شدن فنون مراقبه حضور ذهن به رفتار درمانی شناختی شکل گرفت (۱). تیزدال^۱ و سگال^۲ (۲) با هدف جلوگیری از عود و برگشت^۳ افسردگی^۴ یک رویکرد درمانی به نام شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور

^(۱) دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد ملایر، گروه روانشناسی. ملایر، بالاتر از پارک سفیه، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر. دورنگار: ۰۸۵۱۲۲۲۸۲۳۶ (نویسنده

مسئول) E-mail: davoud_jafari5361@yahoo.com؛ ^(۲) دکترای روانشناسی، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، گروه روانشناسی؛ ^(۳) دکترای روانشناسی،

استاد دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه روانشناسی بالینی.

- 1- Teasdale
- 2- Segal
- 3- relapse
- 4- depression
- 5- Mindfulness-Based Cognitive Therapy
- 6- Beck's cognitive therapy
- 7- Mindfulness-Based Stress Reduction
- 8- elongation

شده‌است. هر دو شیوه جستجوی تقویت‌های مثبت را در نظر دارد (۲۱). این روش مبتنی بر مدل درمان شناختی- رفتاری^{۱۴} و رویکرد غنی‌سازی انگیزشی است و از طریق گسترش تعاملات اجتماعی و مشارکت فرد در فعالیت‌های لذت بخش به کار بسته می‌شود. پژوهش‌های زیادی به‌ارزیابی فعال‌سازی رفتاری در درمان افسردگی پرداخته‌است (۲۴ و ۲۵). فراتحلیل کویچپرس^{۱۵} و همکاران (۲۶) نشان دادند که فعال‌سازی رفتاری به‌اندازه سایر درمان‌های شناخته شده در درمان افسردگی اثربخش است. هویکو و همکاران (۲۷) طی نه جلسه درمان فعال‌سازی رفتاری برای بیماران سرطانی که علائم افسردگی داشتند، پیشرفت نسبتاً سریعی را در گروه اخیر گزارش دادند. در دیگر پژوهش‌ها اثربخشی فعال‌سازی رفتاری در کاهش افسردگی (۲۸)، کاهش افسردگی چاقی^{۱۶} (۲۹، ۳۰، ۳۱)، کاهش رفتارهای الکلیک (۳۲)، جلوگیری از عود و برگشت افسردگی اساسی^{۱۷} (۳۳)، افزایش بهزیستی (۳۴)، پیشگیری از رفتارهای خودکشی^{۱۸} (۳۵)، برعلایم استرس پس از سانحه (۳۶)، برنگرانی بیش از حد^{۱۹} (۳۷)، بهبود بهداشت روانشناختی و جسمانی در مراقبت‌کنندگان مبتلا به دمانس (۳۸)، کاهش افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی همراه با اختلالات شخصیت (۳۹) مشخص شده است.

افسردگی و کیفیت زندگی^{۲۰} با هم در ارتباطند و این ارتباط به صورت تعامل منفی^{۲۱} است و معمولاً حالاتی چون افسردگی و اضطراب میزان کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴۰). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و فعال‌سازی رفتاری بر افسردگی، اضطراب، دیگر احساسات جسمی- روانی و بهبود شرایط فردی می‌تواند با ارتقای کیفیت زندگی همراه باشد، اختلال خلقی شدیدتر با کیفیت زندگی پایین‌تر همراه باشد. کیفیت زندگی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های اصلی در اهداف درمانی و پژوهشی مورد توجه روز

آموزش افسردگی و تمرین مرور بدن ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی نشان داده می‌شود (۴). تمامی این تمرین‌ها در «لحظه حاضر» میسر می‌شوند و پردازش‌های خودکار افسردگی را کاهش می‌دهد. برگزاری گروهی، کاربردی بودن در دوره بهبود و کوتاه مدت بودن درمان از امتیازات این روش است. در روش شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن برخلاف رفتار درمانی شناختی، بر تغییر درون مایه و معانی خاص افکار خود آیند منفی آشکارا تأکید نمی‌شود، بنابراین آموزش آن با استفاده از تجارب زندگی روزمره می‌تواند در مرحله بهبود به کار گرفته شود. تیزدال و برانفورد^۱ (۵) معتقدند که درمان در سطح افکار خودآیند منفی و باورهای مرکزی بیماران مبتلا به افسردگی کافی به نظر نمی‌رسد. به عبارتی شناخت درمانی سنتی صرفاً باورهای عقلانی فرد را تغییر می‌دهند، در حالیکه باورهای هیجانی را کمتر دستکاری می‌کنند. اثربخشی این رویکرد در جمعیت‌ها و اختلالات مختلف همچون: اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) بر تنظیم هیجانی و همینطور بهبود اضطراب بیماران با اختلال دو قطبی (۶)، اثربخشی MBCT بر کاهش افسردگی بیماران با سابقه جراحی‌های مغزی تروماتیک (۷)، اثربخشی درمان مبتنی بر حضور ذهن^۲ (MBT) برای مشکلات متنوع روانشناختی و به طور ویژه در کاهش اضطراب، افسردگی و استرس (۸)، کاهش افسردگی (۹)، کاهش اضطراب و افسردگی اختلال دو قطبی^۳ (۱۰)، جلوگیری از عود افسردگی (۱۱)، بهبود کیفیت زندگی افراد افسرده (۱۲)، بهداشت روانی افراد افسرده (۱۳)، بهبود عملکردهای نوروسایکولوژی^۴ (۱۴)، کاهش خودبیمارانگاری^۵ (۱۵)، اختلال وحشتزدگی^۶ (۱۶)، اختلال استرس پس از سانحه^۷ (۱۷)، اختلال دو قطبی (۱۸)، کاهش اختلال کنش‌وری جنسی^۸ (۱۹) و کاهش نشانگان پزشکی (۲۰) مورد تأیید قرار گرفته است.

فعال‌سازی رفتاری^۹ (BA) در درمان افسردگی اساسی تاریخچه‌ای طولانی دارد. اولین بار لوینسون^{۱۰} افسردگی را پیامد نارسایی، کاهش یا سطوح پایین تقویت مثبت وابسته به پاسخ تعریف کرد (۲۱). راهبردهای رفتاری با هدف فعال‌سازی رفتاری پروتکل‌های زیادی دارد مثلاً: فعال‌سازی رفتاری (BA) که توسط مارتل^{۱۱} و همکاران (۲۲) طراحی شده و همینطور فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی^{۱۲} (BATD) که توسط هویکو^{۱۳} و همکاران (۲۳) طراحی

- 1- Branford
- 2- Mindfulness-Based Therapy
- 3- bipolar
- 4- neuropsychology
- 5- hypochondria's
- 6- panic disorder
- 7- posttraumatic stress disorder
- 8- sexual dysfunction
- 9- behavioral activation
- 10- Levisohn
- 11- Martell
- 12- Behavioral Activation Therapy for Depression
- 13- Hopko
- 14- Cognitive-Behavior Therapy
- 15- Cuijpress
- 16- obesity
- 17- major depression
- 18- Suicidal behaviors
- 19- excessive worry
- 20- quality of life
- 21- negative interaction

پژوهش‌ها نشان داده‌اند درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فعال‌سازی رفتاری، اثربخشی معنی‌داری بر افسردگی، کیفیت زندگی و افکار خودکشی دارند. اما کمتر پژوهشی به مقایسه میزان اثربخشی مداخله‌ها پرداخته‌است که پژوهش حاضر با این هدف اجرا شد.

روش

پژوهش حاضر که با کد IRCT2013091214638N1 در مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران ثبت شده‌است، با استفاده از روش مقایسه پیامد^۱ انجام شد. جامعه‌اماری دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر بود که به‌ازمون افسردگی بک پاسخ دادند. با غربالگری با آزمون BDI-II از بین ۳۶۴ نفر، ۴۵ نفر نمره متوسط (حداقل ۲۰) به دست آوردند. ملاک‌های ورود شامل کسب حداقل نمره افسردگی متوسط (۲۰ به بالا) در آزمون افسردگی بک (BDI-II) و دریافت تشخیص اختلال افسرده‌خویی^{۱۱} در مصاحبه بالینی ساختاریافته^{۱۲} (SCID-I) براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR بود. و ملاک‌های خروج شامل ابتلا به سو مصرف مواد و ابتلا به بیماری‌های جسمی (مانند بدکاری تیروئید) بود. سپس ۳۴ نفر براساس SCID-I انتخاب شدند و به گونه تصادفی در دو گروه MBCT و BATD قرار گرفتند. هشت جلسه پروتکل‌های درمانی برای دو گروه اجرا شد. گروه اول براساس راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (۵۲) و گروه دوم بر پایه راهنمای درمان فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی (۲۲) تحت درمان قرار گرفتند. در فرایند پژوهش چهار نفر از گروه MBCT و سه نفر از گروه BATD دوره آموزشی-درمانی را پیگیری نکردند. شرکت‌کنندگان با آزمون‌های مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-I) پرسشنامه افسردگی بک، فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^{۱۳} (WHO-QOL-BREF) و پرسشنامه بک برای سنجش افکار خودکشی^{۱۳} (BSSI) ارزیابی شدند.

افزونی بوده‌است. بین کیفیت زندگی و سایر ویژگی‌های روان‌شناختی مثل اضطراب، افسردگی و بهزیستی روان‌شناختی رابطه معنی‌داری مشاهده شده‌است (۴۱). در پژوهش کاویانی، حاتمی و شفیع‌آبادی (۴۲) مشخص شد که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی اثربخش بوده‌است. تأثیر شناخت درمانی با هدف کاهش استرس بر افزایش کیفیت زندگی و بهزیستی روان‌شناختی (۴۳)، تأثیر فعال‌سازی رفتاری بر افزایش حمایت اجتماعی و کیفیت زندگی بیماران سرطانی (۴۴)، اثربخشی فعال‌سازی رفتاری بر اضطراب، فعالیت بدنی و کیفیت زندگی (۴۵) نیز گزارش شده‌است.

افکار خودکشی به هرگونه اندیشه خودتخریبی دلالت دارد. این افکار طیفی از اندیشه‌های مبهم در مورد امکان خاتمه زندگی تا خودکشی کامل را در بر می‌گیرد. بین افسردگی و افکار خودکشی همبستگی‌های بسیار بالایی گزارش شده‌است و خطر خودکشی عامل مهمی در افسردگی است، اگرچه بدیهی است که افراد به دلایلی غیر از افسردگی نیز دست به خودکشی می‌زنند، اما برآورد شده که تقریباً ۴۰ تا ۶۰ درصد کسانی که این اقدام را انجام می‌دهند آن را در دوره‌های افسردگی یا در مرحله بهبودی انجام می‌دهند (۴۶). در تازه‌ترین تحولات مربوط به روان‌درمانی‌های ساختاریافته مبتنی بر حضور ذهن برای پیشگیری از اقدام به خودکشی در افرادی که در خطر بالای رفتارهای خودکشی گرایانه قرار دارند، روش «حضور ذهن» پیشنهاد شده‌است. به نظر می‌رسد زیربنای کاربرد این روی آورد در چنین افرادی، در نظر داشتن خطر عود در افسرده‌های بالینی^۱ است، بر همین اساس ویلیامز^۲ و سوالز^۳ (۴۷) اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن را برای بیماران با گرایش خودکشی نشان داده‌اند. فریون^۴ و اوانز^۵ (۴۸) سودمندی این نوع از شناخت درمانی را بر کاهش فراوانی افکار منفی خودکشی نشان داده‌اند و برانهوفر^۶ و همکاران (۹) به نتایج مشابهی رسیدند. بیرن‌بام و بیرن‌بام^۷ (۴۹) تأثیرات مثبت رویکرد اخیر را بر رفتارهای خودکشی افرادی که درگیر خودکشی‌های جدی بودند و از مرگ نجات یافته بودند، نشان دادند. در یک مطالعه کیفی کارایی این روش درمانی در مورد بیماران مبتلا به افسردگی با گرایش به خودکشی نشان داده شد (۵۰). کاهش رفتار خودکشی از طریق درمان با تکنیک حضور ذهن (۵۱)، پیشگیری از رفتارهای خودکشی در بیماران با اختلال شخصیت مرزی^۸ (۳۵).

- | | |
|---|--------------|
| 1- clinical depressed | 2- Williams |
| 3- Swales | 4- Frewen |
| 5- Evans | 6- Branhofer |
| 7- Birnbaum | |
| 8- borderline personality disorder | |
| 9- comparative outcome | |
| 10- dysthymic | |
| 11- Structured Clinical Interview for Diagnosis | |
| 12- World Health Organization of Quality of Life-Bref | |
| 13- Beck's Scale for Suicidal Ideation | |

همبستگی درونی این آزمون ۰/۸۹ و پایایی بین آزماینده ۰/۸۳ گزارش شده‌است. در ایران نیز با استفاده از روش آلفای کرونباخ اعتبار ۰/۹۵ و با روش دو نیمه کردن ۰/۷۵ گزارش شده‌است (۵۶).

شرکت کنندگان پژوهش در چهار مرحله با استفاده از ابزارهای فوق مورد ارزیابی قرار گرفتند. این مراحل عبارت بودند از: پیش آزمون، ارزیابی هفته چهارم، پس آزمون و پیگیری دو ماهه.

ترتیب جلسات درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (۵۲) عبارت بود از:

جلسه اول: شناسایی هدایت خودکار و خروج از آن، حضور ذهن از فعالیت‌های روزانه، واریسی بدنی.

جلسه دوم: سر و کار داشتن با موانع، واکنش به حوادث روزانه، جدول فعالیت‌های لذت‌بخش، مراقبه نشسته ۱۰ دقیقه‌ای

جلسه سوم: حضور ذهن از تنفس، حفظ هوشیاری، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه‌ای، تنفس و بدن، حس‌های بدنی ناراحت

جلسه چهارم: ماندن در زمان حال، دلبستگی، بی‌زاری و کسالت

جلسه پنجم: اجازه دادن/ مجوز حضور، پذیرش تجارب فردی

جلسه ششم: افکار حقایق نیستند، افکار فقط افکارند

جلسه هفتم: فهرست فعالیت‌های لذت‌بخش و مهارت‌آمیز،

فهرست علائم و نشانه‌های عود، تمرین خداحافظی

جلسه هشتم: کاربرد آنچه آموختیم برای سر و کار داشتن با

خلق منفی در آینده

ترتیب جلسات فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی (۲۲) عبارت بود از:

جلسه اول: بحث در مورد افسردگی، مقدمه‌ای بر منطق درمان،

مقدمه‌ای بر مشاهده روزانه، نکات مهم ساختاری این درمان

جلسه دوم: مشاهده روزانه و مرور تکلیف، مرور منطق درمان،

تکمیل فرم‌های حوادث زندگی، ارزش و فعالیت‌ها

جلسه سوم: مشاهده روزانه، مرور تکلیف، ارزش‌ها و

فعالیت‌ها، انتخاب فعالیت و رتبه‌بندی کردن آن

جلسه چهارم: مشاهده روزانه و مرور تکلیف، مشاهده روزانه با

برنامه‌ریزی فعالیت

جلسه پنجم: مشاهده روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت، مرور تکلیف،

قراردادها، مشاهده روزانه برنامه‌ریزی برای هفته‌های آینده

جلسه ششم: مشاهده روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت، مرور

تکلیف‌ها، مشاهده روزانه با برنامه‌ریزی فعالیت برای هفته بعد

جلسه هفتم: مرور تکلیف ارزیابی محیط‌ها، ارزش‌ها و

فعالیت‌های زندگی، مرور مفهوم و اصلاح، تکلیف

جلسه هشتم: مرور تکلیف جلسه قبل، انتخاب و رتبه‌بندی

کردن فعالیت، آمادگی برای اتمام درمان

مصاحبه بالینی ساختار یافته: SCID-I دارای دو نسخه بالینی و پژوهشی است. در این پژوهش از نسخه بالینی استفاده شد. این نسخه بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV-TR تنظیم شده‌است و برای تشخیص‌گذاری اختلالات محور شماره I از آن استفاده می‌شود. در این پژوهش از فرم ایرانی این نسخه با تدوین و ترجمه محمد خانی، جوکار، جهانی تابش و تمنایی فر (۵۳) استفاده شد. این ابزار در پژوهش‌ها (۵۳) از پایایی و روایی بالایی (در دامنه ۰/۷۰ تا ۱/۰۰) برخوردار بوده‌است. تشخیص افسرده‌خویی توسط پژوهشگر همراه با یک روانپزشک صورت گرفت.

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): این ابزار با ملاک‌های افسردگی در چهارمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی منطبق شده‌است. این ابزار ۲۱ گویه دارد و پاسخها بین صفر تا سه نمره گذاری می‌شوند. نقاط برش عبارتند از: ۰ تا ۱۳ افسردگی جزئی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید. مطالعات نشان داده‌اند که این ابزار از ضریب همسانی درونی خوبی برخوردار بوده (آلفای کرونباخ ۰/۹۲) و اعتبار آزمون از طریق بازآزمایی به فاصله یک هفته‌ای ۰/۹۳ گزارش شده‌است (۵۴).

فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی (WHO-QOL-BREF): این پرسشنامه دارای ۲۶ سؤال است که به ارزیابی چهار بعد کیفیت زندگی می‌پردازد: سلامت جسمانی، سلامت روان شناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی. نمرات این مقیاس برای ۴ بعد بین ۰ تا ۲۰ خواهد بود و نمره کل نیز از جمع نمرات همه ابعاد بدست می‌آید. نمرات تراز شده بین ۰ تا ۲۰ تغییر است. روایی و پایایی این مقیاس با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده که از همسانی درونی مطلوب برخوردار است (۵۵).

پرسشنامه بک برای سنجش افکار خودکشی: این پرسشنامه یکی از ابزارهای مورد استفاده در مطالعات مربوط به افکار خودکشی می‌باشد که به منظور آشکارسازی و اندازه‌گیری شدت نگرش و طرح ریزی برای ارتکاب به خودکشی تهیه شده‌است. این مقیاس یک ابزار خودسنجی ۱۹ پرسشی است و براساس سه درجه‌ای نقطه‌ای از صفر تا دو تنظیم شده‌است. نمره کلی فرد براساس جمع نمره‌ها محاسبه می‌شود که از صفر تا ۳۸ است. ۰-۳ فاقد افکار خودکشی، ۴-۱۱ دارای افکار خودکشی کم و ۱۲-۳۸ دارای افکار خودکشی پرخطر.

مرحله پیش آزمون تا مرحله پیگیری (شکل ۱) و در هر دو گروه کاهش قابل ملاحظه‌ای نشان می‌دهد (جدول ۱). نتایج آزمون لوین جهت بررسی فرض همگنی واریانس برای متغیر کیفیت زندگی نشان داد که در مفروضه همگنی واریانس با مقدار $F(1, 25) = 0/88$ و $p = 0/769$ معنی‌دار نشد. بنابراین واریانس‌ها برابر است. برای تحلیل یافته‌ها از آزمون تحلیل واریانس آمیخته دو در چهار استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که اثر درون گروهی یا زمان معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/001$ و $F = 18/348$). از طرفی اثر تعامل گروه و زمان معنی‌دار نبود ($p < 0/05$) و $F = 0/589$. اثر بین گروهی معنی‌دار نشد ($p < 0/05$) و $F = 0/195$. به عبارتی دو روش مداخله در افزایش پایدار نمرات کیفیت زندگی اثربخشی یکسانی داشته‌اند (جدول ۲). میانگین نمرات کیفیت زندگی در دو گروه طی چهار مرحله اندازه‌گیری در شکل ۲ ارائه شده‌اند:

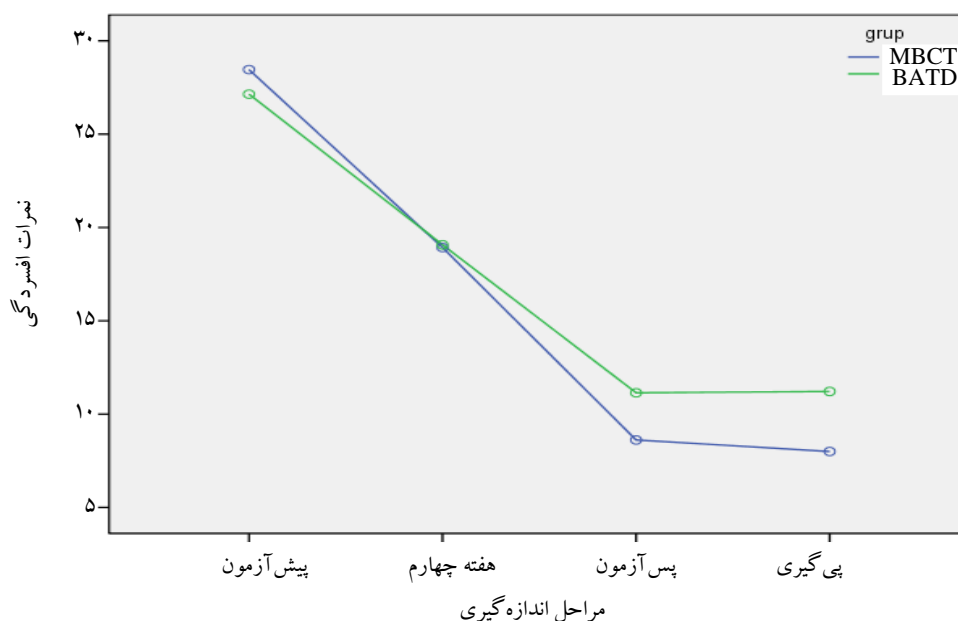
تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس آمیخته انجام شد. در این طرح متغیر مستقل بین شرکت کنندگان (گروه‌های آزمایش) و متغیر مستقل درون آزمودنی‌ها (زمانهای اندازه‌گیری) با هم ترکیب می‌شوند (۵۷). زمان‌های اندازه‌گیری عبارت بودند از: پیش آزمون، ارزیابی هفته چهارم، پس آزمون و پیگیری دو ماهه. رعایت اصول و ملاحظات اخلاقی پژوهش با رضایت کتبی و شفاهی اخذ شده و توجه به محرمانه بودن هویت افراد شرکت کننده انجام شد.

یافته‌ها

دامنه سنی آزمودنی‌ها ۱۹ تا ۳۵ سال بود. ۲۱/۴ درصد مرد و ۷۸/۶ درصد زن بودند. همین‌طور حدود ۶۷/۹ درصد آنها مجرد و ۳۲/۱ درصد متأهل بودند. میانگین نمرات افسردگی از

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمرات افسردگی

گروه	شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن	فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی
زمان	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
پیش آزمون	۲۸/۴۶ (۱۱/۰۴)	۲۷/۱۴ (۱۱/۶۴)
هفته چهارم	۱۸/۹۲ (۱۲/۱۲)	۱۹/۰۷ (۱۱/۹۸)
پس آزمون	۸/۶۲ (۶/۸۲)	۱۱/۱۴ (۱۰/۹۸)
پیگیری	۸ (۹/۴۱)	۱۱/۲۱ (۹/۶۳)



شکل ۱- میانگین نمرات افسردگی دو گروه طی چهار مرحله اندازه‌گیری

جدول ۲- آزمون تحلیل واریانس آمیخته (تأثیر گروه و زمان اندازه‌گیری) بر نمرات کیفیت زندگی

منبع تغییرات	SS	DF	MS	F	معنی‌داری	میزان تأثیر
بین آزمودنی‌ها						
گروه	۶۴/۰۴۶	۱	۶۴/۰۴۶	۰/۱۹۵	۰/۶۶۳	۰/۰۰۸
خطا	۸۲۱۸/۱۲۱	۲۵	۳۲۸/۷۲۵			
درون آزمودنی‌ها						
زمان	۱۵۶۶/۹۰۵	۳	۵۲۲/۳۰۲	۱۸/۳۴۷	۰/۰۰	۰/۴۲۳
زمان و گروه	۵۰/۳۱۲	۳	۱۶/۷۷۱	۰/۵۸۹	۰/۶۲۴	۰/۰۲۳
خطا	۲۱۳۵/۰۷۷	۷۵	۲۸/۴۶۸			



شکل ۲- میانگین نمرات کیفیت زندگی دو گروه طی چهار مرحله اندازه‌گیری

گروهی ($p < 0/05$ و $F = 0/605$) معنادار نیستند. در واقع بین نمرات دو گروه در افکار خودکشی تفاوت معنی‌داری بوجود نیامده و نشان می‌دهد هم درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و هم درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش پایدار و معنادار نمرات افکار خودکشی اثربخشی یکسانی داشته‌اند (جدول ۳).

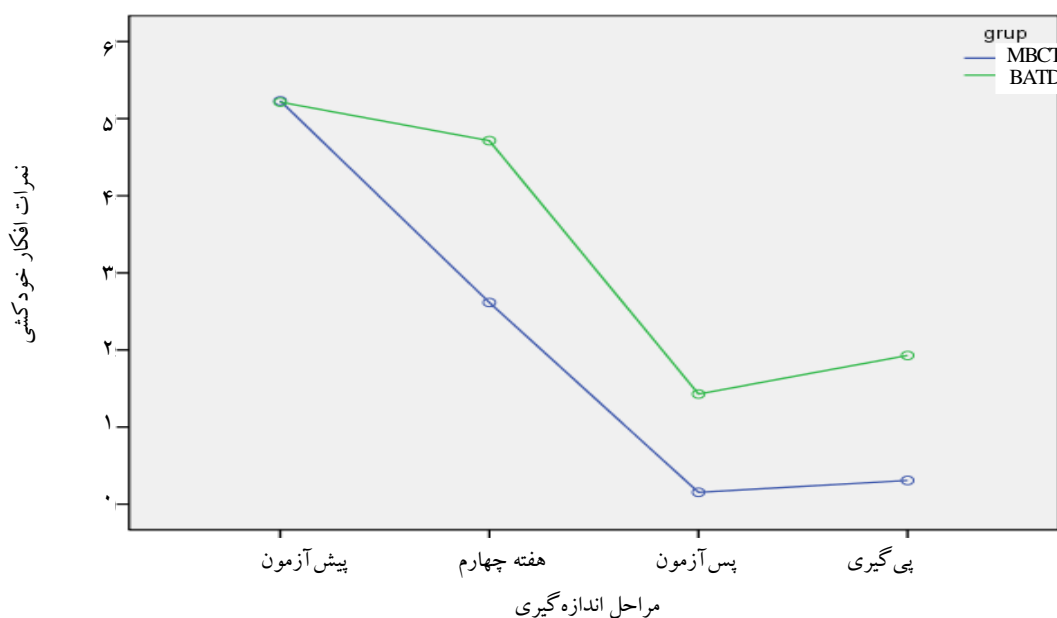
در شکل ۳ میانگین نمرات افکار خودکشی در دو گروه و طی ۴ مرحله اندازه‌گیری ارائه شده است.

نتایج آزمون لوین جهت بررسی فرض همگنی واریانس برای افکار خودکشی ($p < 0/05$ و $F(1, 25) = 0/734$) معنی‌دار نبود، از این رو فرض همگنی واریانس‌ها برای این متغیر محقق شده است.

اثر اصلی درون گروهی معنی‌دار ($p < 0/001$ و $F = 13/747$) به دست آمد، بدین معنی که نمرات افکار خودکشی در مراحل مختلف اندازه‌گیری کاهش معنی‌داری پیدا کرده‌اند. اما نتایج نشان می‌دهند که اثر تعامل ($p < 0/05$ و $F = 0/630$) و اثر بین

جدول ۳- آزمون تحلیل واریانس آمیخته (تأثیر گروه و زمان اندازه‌گیری) بر نمرات افکار خودکشی

منبع تغییرات	SS	DF	MS	F	معنی داری	میزان تأثیر
بین آزمودنی‌ها						
گروه	۴۱/۷۶۰	۱	۴۱/۷۶۰	۰/۶۰۵	۰/۴۴۴	۰/۰۲۴
خطا	۱۲۲۶/۴۰۷	۲۵	۶۹/۰۵۶			
درون آزمودنی‌ها						
زمان	۳۶۲/۳۷۸	۳	۱۲۰/۷۹۳	۱۳/۷۴۷	۰/۰۰۰	۰/۳۵۵
زمان و گروه	۱۶/۶۰۰	۳	۵/۵۳۳	۰/۶۳۰	۰/۵۹۸	۰/۰۲۵
خطا	۶۵۹/۰۱۱	۷۵	۸/۷۸۷			



شکل ۳- میانگین نمرات افکار خودکشی در دو گروه طی چهار مرحله اندازه‌گیری

بحث

یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) و فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی (BATD) به افزایش کیفیت زندگی و کاهش افکار خودکشی در مراحل مختلف اندازه‌گیری منجر شد و دارای ضریب تأثیر نسبتاً بالایی بود. از آنجا که هر دو مداخله بر تمرین روزانه و برنامه‌ریزی درمانی هر جلسه تأکید دارد و انتظار می‌رود شرکت‌کنندگان مهارت‌هایی را بیاموزند، که در سایر حوزه‌ها و فعالیت‌های زندگی نیز کاربرد دارد، بنابراین نشخوار فکری و نهایتاً علائم افسردگی از این

طریق کاهش می‌یابد. از طرف دیگر فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی به عنوان مداخله‌ای رفتاری، شرکت‌کنندگان را ترغیب می‌کند تا تعاملات جدیدی را در زندگی خود داشته باشند و به پاداش و تقویت مثبت این تعاملات بپردازند. از آنجائی‌که در این رویکرد اعتقاد بر این است که علت افسردگی کاهش دریافت تقویت مثبت است، پس افزایش آن منجر به کاهش افسردگی و نهایتاً افزایش کیفیت زندگی می‌شود. از دلایل دیگر اثربخش بودن هر دو مداخله این است که به آزمودنی‌ها آموزش داده می‌شد که از افکار و خلق خود، آگاهی داشته باشند. چرا که افسردگی زمانی افزایش و

(۴۸)، بیرن بام و بیرن بام (۴۹) و حناساب زاده اصفهانی (۵۰) هماهنگی دارد.

دیمیجیان و همکاران (۵۸) معتقدند که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و فعال‌سازی رفتاری هر چند رویکردهای متمایزی هستند و برای افراد گوناگون طراحی شده‌اند (افسردگی حاد در مقابل افسردگی بهبود یافته)، به‌رحال هر دو به‌طور متحد خارج از شناخت درمانی سنتی حرکت می‌کنند. اما هر دو بر پایه اصلاح افکار ناکارآمد صورت‌بندی شده‌اند. این دو رویکرد مانند سایر درمان‌های همزمان یعنی DBT و پذیرش و تعهد، تأکیدات زیادی جهت مقابله با محتوای افکار بیماران دارند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که این مداخلات به‌طور مشترک بر فرآیندهایی تأکید دارند که نقطه مقابل محتوای تفکرات بیماران افسرده است.

مسئله مهمی که باید مطرح شود این است که هر دو مداخله به‌کار رفته در پژوهش، بر این نکته تأکید دارند که افسردگی ناشی از اجتناب تجربه‌ای است، بنابراین برای درمان می‌توان اجتناب تجربه‌ای را، از طریق تمرینات و تکالیف خانگی مورد هدف قرار داد. به عبارتی افزایش کیفیت زندگی و کاهش افکار خودکشی، نشان‌دهنده کاهش قابل ملاحظه اجتناب تجربه‌ای است. نکته نهایی شباهت مداخلات مذکور قلمرو نظری آنهاست که جزء مداخلات موج سوم رفتار درمانی است. یعنی در این مداخلات بر حضور ذهن، توجه و هشیاری بسیار تأکید می‌شود. آنچه مشخصه اصلی این درمان‌های موج سوم را تشکیل می‌دهد، تمرکز بر پذیرش برای ایجاد تغییر است (۵۲).

در اکثر این درمان‌های موج سوم نظریه‌اسیب‌شناسی روانی به‌د تنظیمی‌های هیجانی و ناآگاهی از واکنش‌هایی است که به‌صورت خودکار در برابر هیجانات منفی در تلاش برای کاهش آشفتگی روانی فعال می‌شوند. بنابراین شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فعال‌سازی رفتاری شیوه‌هایی را ارائه می‌دهند که با کمک فرد در جهت فاصله‌گیری از فرآیندهای درون روانی اعتباربخشی به هیجانات دردناک، باز

کیفیت زندگی زمانی کاهش می‌یابد که آگاهی از افکار و خلقیات به شدت کاهش می‌یابد (۲). در این بین علت اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن این است که در آن تأکید اصلی بر آموزش نظامند برای آگاه‌تر شدن لحظه به لحظه از حس‌های بدنی، افکار، هیجانات و حس‌های بدنی به‌عنوان رویدادهایی در حوزه آگاهی است. بنابراین فرد می‌آموزد افکار، هیجانات و حس‌های بدنی را نه به‌عنوان واقعیت بلکه به‌عنوان جنبه‌هایی از تجربه که از آگاهی آنها عبور می‌کند در نظر بگیرد (۵۲). تبیین دیگر آن که در هر دو رویکرد اعتقاد بر این است که دلیل ایجاد و تشدید افسردگی اجتناب تجربه‌ای است. بنابراین با هدف قرار دادن آن افسردگی و کیفیت زندگی بهبود پیدا می‌کند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های دلی پور^۱ و همکاران (۶)، بدارد^۲ و همکاران (۷)، خوری^۳ (۸)، برانهورفر و همکاران (۹)، ویلیامز^۴ و آلاتیک^۵ (۱۰)، پیت^۶ و هوگر^۷ (۱۱)، چیسا و همکاران (۱۴)، پاپا^۸ و همکاران (۳۶)، چن^۹ و همکاران (۳۷)، اسنادیر^{۱۰} و همکاران (۳۰)، کارتیر^{۱۱} و پرونچر^{۱۲} (۳۱)، مور و همکاران (۳۸)، مارتل^{۱۳} و دیمیجیان^{۱۴} (۲۲)، لیجوز^{۱۵} و همکاران (۲۳)، دیمیجیان و همکاران (۲۴) و فریون و همکاران (۴۸) هماهنگی دارد.

نتایج پژوهش نشان داد که هر دو مداخله به نسبت تقریباً مشابهی کیفیت زندگی دانشجویان با علایم افسردگی را افزایش داد. از آنجا که کیفیت زندگی و افسردگی ارتباط منفی دارند، بنابراین حالاتی چون افسردگی، میزان کیفیت زندگی افراد را کاهش می‌دهد. عموماً کیفیت زندگی یک قضاوت شناختی آگاهانه درباره رضایت فرد از زندگی است، بنابراین وقتی فردی مبتلا به افسردگی است، مداخله درمانی و پیش‌آگاهی درمان می‌تواند اثرات مفیدی بر درک کلی رضایت از زندگی فرد بگذارد. مداخلات انجام شده بر شناخت‌ها و عواطف شرکت‌کنندگان تأثیر داشته و احتمالاً از طریق بهبود قضاوت شناختی فوق به افزایش کیفیت زندگی و کاهش علایم افسردگی منجر شده است. نتایج این پژوهش با پژوهش گلدفرین^{۱۶} و هرینگ^{۱۷} (۱۳)، آیدمیر^{۱۸} و همکاران (۴۱) هماهنگی دارد. از طرف دیگر هم درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و هم درمان فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی نمرات افکار خودکشی شرکت‌کنندگان را به‌طور معنی‌داری کاهش داده بود. این نتایج با پژوهش‌های ویلیامز و سوالز^{۱۹} (۴۷)، فریون و همکاران

- | | |
|----------------|----------------|
| 1- Deliperi | 2- Bedard |
| 3- Khoury | 4- Williams |
| 5- Altai | 6- Piet |
| 7- Huger | 8- Papa |
| 9- Chen | 10- Schneider |
| 11- Chartier | 12- Provencher |
| 13- Martell CR | 14- Dimidjian |
| 15- Lejuze | 16- Goldfrin |
| 17- Hearing | 18- Aydemir |
| 19- Swales | |

- patients with bipolar disorder: A controlled functional MRI investigation. *J Affect Disord.* 2013; 25;150 (3):1152-7.
7. Bedard M, Felteau M, Marshall S, Cullen N, Gibbons C, Dubois S, and et al. Mindfulness-based cognitive therapy reduces depression symptoms in people who have a traumatic brain injury: results from a randomized controlled trial. *J Head Trauma Rehabil.* 2014; 29 (4):E13-22.
 8. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, and et al. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2013;33 (6):763-71.
 9. Branhofer TC, Havens E. Mindfulness- based cognitive therapy as a treatment for chronic depression. A Preliminary Study. *Behav Res Ther.* 2009;47 (5):366-73.
 10. Williams JM, Altai Y. Mindfulness- based Cognitive therapy (MBCT) in Bipolar disorder: Preliminary evaluation of immediate effects on between- episodes functioning. *J Affect Disord.* 2008;107 (1-3):275-9.
 11. Piet J, Huger. The effect on mindfulness- based cognitive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2011;31 (6):1032-40.
 12. Foley E, Baillie A, Huxter M, price M. Mindfulness-based Consulting. *J Consult Clin Psychol.* 2010; 78 (1):72-9.
 13. Goldfrin KA, Hearing C. The effects of mindfulness- based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, Mental Health and quality of life a randomized controlled study. *Behav Res Ther.* 2010 ;48 (8):738-46.
 14. Chiesa A, Calati R, Serreti A. Does mindfulness training improve cognitive abilities? A systematic review of neuropsychological findings. *Clin Psychol Rev.* 2011 ;31 (3):449-64.
 15. Lovas DA, Barsky AJ. Mind fullness- based cognitive therapy for Hypochondriasis, or seven health anxieties: a pilot study. *J Anxiety Disord.* 2010 ;24 (8):931-5.
 16. Kim B, Lee SH. Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an abject to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *J Anxiety Disord.* 2010 ;24 (6):590-5.
 17. Evern CSV, Dalbudak E. Life time PTSD and quality of life among alcohol dependent men: impact of childhood

جهت‌دهی به توجه و انعطاف‌پذیری آن، زمینه تغییر را از راه پذیرش بوجود می‌آورند.

نتیجه نهایی این پژوهش این است که مداخلات به‌کار رفته به‌طور نسبتاً یکسانی می‌توانند علائم افسردگی را بهبود بخشند. در این بین کیفیت زندگی و افکار خودکشی از جمله علائم افسردگی، تحت تأثیر این مداخلات اصلاح می‌شوند. بنابراین به نظر می‌رسد درمان‌های حضور ذهنی یا درمان‌های موج سوم که درمان شناختی رفتاری (موج دوم) را تکمیل کرده‌اند به عنوان درمان‌های مناسب برای افسردگی و سایر اختلالات مشابه باشند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از دانشجویانی که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر همکاری داشتند و از مسئولین محترم دانشگاه تشکر و قدردانی می‌شود.

[این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکتری نویسنده اول است].

[بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Hayese S, Louma JB, Bond F. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcome. *Behav Res Ther.* 2006;44 (1):1-25.
2. Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guild ford; 2002.
3. Kaviani H, Javaheri F, Hatami N. Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) reduces depression and anxiety induced stressful setting in non-clinical population. *Int J Psychol* 2011; 11 (2): 285-296.
4. Kaviani H, Javaheri F, Bahirae, H. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in reducing negative automatic thoughts, dysfunctional attitudes, depression and anxiety: follow-up of 60 days. *CS* 2006; (10): 49-59. [Persian]
5. Teasdale JD, Branford PJ. Affect, Cognition, and change: Re modeling depressive though. London: Lawrence Erbbium association LTD; 1993.
6. Deliperi VL, Howells F, Stein DJ, Meintjes EM, Horn N. The effects of mindfulness-based cognitive therapy in

- emotional abused and dissociation. *Psychiatry Res.* 2011 ;30;186 (1):85-90.
18. Perish T, manicavasagar V, Mitchel PH, Bal MJ. The association between meditation practice and treatment outcome in mindfulness- based cognitive therapy for bipolar disorder. *Behav Res Ther.* 2013 ;51 (7):338-43.
 19. Strub L. Potential applicability's in mindfulness- based cognitive therapy in pries en change des troubles sexual. *Rev psychiatric.* 2013; 171:105-109.
 20. Ravestegin H, Gryttens J. Mindfulness-based Cognitive therapy for Patients with medically unexplained Symptoms; A cost- effectiveness study. *J Psychosom Res.* 2013;74 (3):197-205.
 21. Mohammadi A, Amiri M. Behavioral Activation for Depression Scale: psychometric properties and confirmatory factor analysis Factor Iran.Iranian. *J Psychiatry Clin Psychol.* 2010; 1:65-73. [Persian]
 22. Martell CR, Dimidjian S, Herman- Duane R. Behavioral activation for depression a clinical Guide. New York: Guild ford press; 2010.
 23. Hopko Dr, Lejuze CW. Ten years Revision of the brief behavioral activation treatment for depression: Revised treatment manual. *Behav Modif.* 2011;35 (2):111-61.
 24. Dymidjian S, Holon SD, Dobson KS. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *J Consult Clin Psychol.* 2006;74 (4):658-70.
 25. Dobson KS, Holloon SD, Dimidjian S. Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76 (3):468-77.
 26. Cuijpress P, Vanstraten A, Warmerdam L. Behavioral activation treatment of depression: A Meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2007; 27 (3):318-26.
 27. Hopko D, Robertson S, Carrolho. Sudden gains in depressed cancer Patients treated with behavioral activation therapy. *Behav Ther.* 2009;40 (4):346-56.
 28. Ferguson HK, Hoax D, Golan. Exploring sudden gains in behavioral activation therapy for major depressive disorder. *Behav Res Ther.* 2012;50 (3):223-30.
 29. Pagato S, Schneider KL. Randomized controlled trail of behavioral treatment for comorbid obesity and depression in women: the behavior active trail. *nt J Obes (Lond).* 2013;37 (11):1427-34.
 30. Schneider KL, Busch AM,Whited MC, Appelhans BM, Pagoto SL. Assessing depression in obese women:An examination of two commonly-used measures. *J Psychosom Res.* 2013;75 (5):425-30.
 31. Chartier IS, Provencher MD. Behavioral activation for depression: Efficacy, effectiveness and dissemination. *J Affect Disord.* 2013 5;145 (3):292-9.
 32. Elizabeth R, Laura M, and Matthew T. Integration of the brief behavioral activation for depression (BATD) into a college orientation program: Depression and alcohol out comes. *J Couns Psychol.* 2011;58 (4): 555-64.
 33. Hopko DR, Jessica F, Lejuez CW. Treatment failure in behavior therapy: Focus on behavioral activation for depression. *J Clin Psychol.* 2011;67 (11):1106-16.
 34. Mazzugchelli T, Kane RT, Rees CS. Behavioral activation intervention for well- being: A meta-analysis. *J Posit Psychol.* 2010;5 (2):105-121.
 35. Hopko DR, Sanchez L. Behavioral activation and the prevention of suicidal behaviors in Patients with Borderline Personality disorder. *J Pers Disord.* 2003;17 (5):460-78.
 - 36.Papa AM, Sewell T, Garrison-Diehn C, Rummel RA. Randomized Open Trial Assessing the Feasibility of Behavioral Activation for Pathological Grief Responding. *Behav Ther.* 2013;44 (4):639-50.
 - 37.Chen J, Liu X, Rapee RM, Pillay P. Behavioural activation: a pilot trial of transdiagnostic treatment for excessive worry. *Behav Res Ther.* 2013; 51 (9): 533-9.
 - 38.Moore MC, Chattillion EA, Ceglowski J, Roland JH, Ziegler MG. Arandomized clinical trial of Behavioral Activation (BA) therapy for improving psychological and physical health in dementia caregivers: Results of the Pleasant Events Program (PEP). *Behav Res Ther.* 2013;51 (10):623-32.
 39. Moradveisi L, Huibers MJ, Renner F, Arasteh M, Arntz A. The influence of comorbid personality disorder on the effects of behavioral activation vs. antidepressant medication for major depressive disorder: Results from a randomized trial in Iran. *Behav Res Ther.* 2013;51 (8):499-506.
 40. Sotodeh A, Neshatdost H, Kalantary M, Talebi H,

- Khosravi A. Comparison of the effectiveness of Cognitive behavior therapy and medication on the quality of life in patients with essential hypertension. *Koomesh: J Semnan Univer medic science*. 2010 11 (4), 294-302.
41. Aydemir N, Ozkara C, Unseal. Psychological well-being, impact of illness and stigma in epilepsy and migraine. *Seizure-Euro J Epilepsy* 2011;20 (9):679-85.
42. Kaviani H, Hatami N, Shafiabadi A. The impact of mindfulness-based cognitive therapy on the quality of life in non-clinically depressed people. *Advance Cog Science*. 2009; 10 (40):39-48.
43. Hoffman C, Ersen S, Tomas P. Effectiveness of mindfulness-based stress reduction in mood, Breast-and Endocrine- Related quality of life, and well- being in stage 0 to III breast Cancer: A Randomized controlled trail. *J Clin Oncol*. 2012 20;30 (12):1335-42.
44. Hopko DR, Armento EA. Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: Randomized trial. *J Consult Clin Psychol*. 2011;79 (6):834-49.
45. Carlbring P, Linder P, Martell C. The effects on depression of internet administered behavioral activation and physical exercise with treatment rationale and relapse prevention: study protocol for a randomized controlled trail.[Internet] .2013 2;14:35. Available from: <http://www.trialsjournal.com/content/14/1/35>
46. Bacher J, Mineca S, Holy J. *Psychopathology* (Translated by Sayed Mohammadi). Tehran: Arasbaran; 2007 [Persian]
47. Williams G, Swales M. The use of mindfulness-based approaches for suicidal patients. *Arch Suicide Res*. 2004;8 (4):315-29.
48. Frewen PA, Evans EM, MaryN. Mindfulness and Negative automatic thinking. *Sprri scie*. 2007; 10: 1-17.
49. Birnbaum L, Birnbaum A. In search of inner wisdom: guided mindfulness meditation in the context of suicide. *Scien Wo J*. 2004 18;4:216-27.
50. Hanasabzadeh Esfahani M, Yekeh Yazdandoost R, Gharraee B, Nejadfarid, A. Preliminary study of applicability of mindfulness based cognitive therapy protocol for depressed patients with suicidal thought: A case study. *JCP* 2009; 1: 35-45. [Persian]
51. Luoma J, villatte J. Mindfulness in the treatment of suicidal individual. *Cogn Behav Pract*. 2012 5;19 (2):265-276
52. Mohammad khani P, Khanipour H. *Mindfulness based cognitive therapies*. Tehran: Welfare and Rehabilitation Sciences; 2013. [Persian]
53. Mohammad khani P, Jokar M, Jahanitabesh O, Tamanaefar Sh. *Clinical Structured Interview for DSM-IV-TR Disorders*. Tehran: Welfare and Rehabilitation Sciences; 2011. [Persian]
54. Mohammad khani P, Dobson k, Hosseini Ghaffari F, Momeni F. Comparative Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Cognitive-behavioral therapy based on the prevention and usual treatment on symptoms of depression and other psychiatric symptoms. *JCP*. 2012 ; (9): 19-26. [Persian]
55. Nasiri H, Hashemi I, Hosseini SM. Quality of life in Shiraz University students, according to WHO -QOL-BREF. *Congress 3rd on student mental health*. 2007; 356-386. [Persian]
56. Anisi j, Fathi Ashtiyani A, Salimi h, Ahmadi kh. Assessment of validity of Beck scale for suicidal ideation (BSSI) in soldiers. *JMM*. 2006; 1 (23): 33-37. [Persian]
57. Pallant J. *Step by step guide SPSS: A survival manual to date analysis using SPSS for windows*, [Translated by Kakavand, A.R]. Karaj: Srafzar Press; 3rd: 2007. [Persian]
58. Dimidjian S, Kyle J, Davis. Newer variation of cognitive behavioral therapy: Behavioral activation and mindfulness- based cognitive therapy. *Curr Psychiatry Rep*. 2009 ;11 (6):453-8.

Original Article

Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Behavioral Activation Treatment for Depression in Reducing Symptoms, Improving Quality of Life and Decreasing Suicidal Thoughts in Depressed Individuals

Abstract

Objectives: This study was aimed to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy with behavioral activation treatment in reducing symptoms, improving quality of life and decreasing suicidal thoughts.

Method: A quasi-experimental method and mixed analysis of variances between-within group was conducted. The population included students of Islamic Azad University, Malayer Branch. Out of 364 individuals, 45 students with minimum score of 20 in Beck Depression Inventory were selected for the next stage in which though Structured Clinical Interview based on DSM-IV-TR (SCID-I) 34 ones with diagnosis of dysthymia were selected as study samples and randomly divided into two groups of mindfulness-based cognitive therapy and behavioral activation therapy. The experimental group received therapeutic interventions for eight sessions. The measurements were carried out using Beck Depression Inventory (BDI-II) and World Health Organization of Quality of Life (WHO-QOL) in four phases including pretest, fourth week evaluation, posttest, and two-month follow-up. **Results:** The findings showed that both mindfulness-based cognitive therapy and behavioral activation have similar effects on improving depressive symptoms, life quality and suicidal thoughts. In other words, time effect (the within-group effect) was significant ($p < 0.05$), but the between-group effect was not significant. **Conclusion:** Mindfulness-based cognitive therapy and behavioral activation have the same effectiveness on the quality of life and suicidal thoughts of depressed subjects.

Key words: *mindfulness-based cognitive therapy; behavioral activation therapy for depression; quality of life; suicidal thoughts*

[Received: 8 September 2013; Accepted: 13 April 2014]

Davood Jafari *, *Mahdieh Salehi* ^a,
Parvaneh Mohammadhani ^b

* Corresponding author: Malayer Branch,
Islamic Azad University (IAU), Malayer, Iran,
IR.

Fax: +98851-2228236

E-mail: davood_jafari5361@yahoo.com

^a Central Tehran Branch, Islamic Azad
University (IAU), Tehran, Iran, Tehran, Iran;

^b University of Social Wafer and Rehabilitation
Sciences, Tehran, Iran.