

مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سندرم شناختی توجهی در بیماران مبتلا به افسردگی شهر اهواز

سحر امیری^۱، پروین احتشام زاده^۲، فریبا حافظی^۳

محمد رضا برنا^۴

اختلال افسردگی با نشانه‌هایی نظیر احساس غمگینی، پوچی و ناامیدی و به دلیل پیامدهای روانی، جسمانی و اجتماعی شناخته می‌شود. هدف این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سندرم شناختی توجهی در بیماران مبتلا به افسردگی شهر اهواز بود. برای این منظور طی یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون، پیگیری و گروه گواه ۴۵ نفر از افراد افسرده مراجعه کننده به مراکز روان شناسی و مشاوره شهر اهواز به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره یعنی گروه آزمایش ۱ (درمان فعال سازی رفتاری)، گروه آزمایش ۲ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه گمارده شدند. گروه‌ها در سه مقطع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از نظر کارکردهای اجرایی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) نشان داد که فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش سندرم شناختی توجهی و مؤلفه‌های آن اثربخش بودند اما، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نگرانی و تهدید یابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی، بیشتر از فعال سازی رفتاری بود. همچنین، در مرحله پیگیری فقط اثربخشی فعال سازی رفتاری بر کاهش سندرم شناختی توجهی و مؤلفه‌های آن پایدار بود. این پژوهش از انجام فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای کاهش سندرم شناختی توجهی در بیماران مبتلا به افسردگی حمایت می‌کند. واژه‌های کلیدی: درمان فعال سازی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سندرم شناختی توجهی، افسردگی

مقدمه

افسردگی نوعی اختلالی روانی می‌باشد که با نشانه‌هایی نظیر احساس غمگینی، پوچی ناامیدی، کاهش علاقه یا لذت در فعالیت‌ها در بخش عمده روز و از حیث جسمانی با نشانه‌هایی همچون سردرد،

۱ دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. اهواز ایران

۲ دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. اهواز ایران (نویسنده مسؤل) P_ehtesham85@yahoo.com

۳ دپارتمان روان شناسی، استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز ایران

۴ دپارتمان روان شناسی، استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز، اهواز ایران

خستگی پذیری، پراشتهایی و کم اشتهایی، بی خوابی، یبوست، کاهش فشارخون و جزء آن نمایان می شود (انجمن روان پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این در حالی است که بیماران افسرده به کرات گزارش نموده اند احساسات منفی و ارزیابی خود منفی نسبت به خود داشته (بورک هووس و همکاران، ۲۰۱۷) و عموماً کنترلی بر افکار و رفتارشان ندارند (بدایت و عسکری، ۲۰۲۰) که با فعال شدن مکرر سندرم شناختی-توجهی در ارتباط است (بورک هووس و همکاران، ۲۰۱۷). زیرا افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و وسواس جبری تحت تأثیر سندرم شناختی-توجهی، تفکرشان دچار تحریف و سوگیری و کنترل آن دشوار می شود و همین امر موجب بدتر شدن و تداوم مشکل هیجانی می شود (ولز، ۲۰۰۹). در واقع، سندرم شناختی-توجهی شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی یا رفتارهای مقابله ای ناسازگارانه ای است که فرد آن ها را مفید می داند، اما نتیجه ی معکوس دارند و به تداوم مشکلات هیجانی منجر می شوند (ویسکو، ۲۰۰۹). سندرم شناختی-توجهی ریشه در رویکرد فراشناختی به اختلالات روانشناختی دارد (جنوریو و همکاران، ۲۰۱۰) و حذف آن از طریق کمک به بیمار در کسب راه های جدید برای کنترل توجه، برقراری رابطه با افکار و باورهای منفی، و تغییر باورهای فراشناختی ایجادکننده الگوهای تفکر ناسازگارانه ضروری است (ولز، ۲۰۰۹).

فعال سازی رفتاری از انواع مداخلات غیردارویی است که بر پایه الگوی روانشناختی مدنظر اسکینر درباره تغییر رفتار موسوم به تحلیل تابعی رفتار قرار دارد (دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۶). فرض اصلی فعال سازی رفتاری این است که نبود تقویت های محیطی کافی یا تنبیه های محیطی زیاد موجب افسردگی می شود و هدف این مداخله آن است که تقویت های محیطی را افزایش و تنبیه های محیطی را کاهش دهد (پرهون، مرادی، حاتمی و مشیرپناهی، ۲۰۱۴). همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از درمان های موج سوم روانشناختی است که نه تنها در حوزه روانشناسی مثبت گرا بلکه در درمان آسیب ها و اختلالات روانشناختی نظیر افسردگی و اضطراب مورد توجه قرار گرفته است. این درمان مبتنی بر هشیاری فراگیر (حضور ذهن) است (زتل و هیس، ۲۰۰۲). اصل هشیاری فراگیر عبارت است از آوردن هشیارانه آگاهی به تجربه اینجا و اکنون، همراه با گشودگی، علاقه و پذیرش (زتل، ۲۰۰۷). هنگامی که تجربیات خصوصی (افکار و احساسات) را با گشودگی و پذیرش مشاهده کنند، حتی دردناک ترین آن ها کمتر تهدیدکننده و قابل تحمل تر به نظر می رسند (هاریس، ۲۰۰۶).

اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر کاهش نشانه های افسردگی در پژوهش های بدایت و عسکری (۲۰۲۰)، انصارحسین، ابوالقاسمی، میکائیلی و حاجلو (۲۰۱۸)، پرهون، مرادی، حاتمی و مشیرپناهی

(۲۰۱۴)، سوزانی و اوتا (۲۰۲۰)، راینز و همکاران (۲۰۲۰) و وانگ (۲۰۲۰)، و بر سندرم شناختی-توجهی در پژوهش باباخان زاده و همکاران (۲۰۱۹)، درگاهیان و محمدخانی (۲۰۱۴) و ملی، بیلی، کارارسی و پولی (۲۰۱۸) به تأیید رسید. همچنین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه های افسردگی در پژوهش های عزیزی و قاسمی (۲۰۱۷)، کاظمینی، بختیاری و نوری (۲۰۱۸)، ۱-تاجک و همکاران (۲۰۲۰)، و استرگارد و همکاران (۲۰۱۹) نیز به تأیید رسید. با این وجود، اینکه کدام مداخله می تواند تأثیرات مثبت بیشتری سندرم شناختی-توجهی افراد افسرده برجای گذارند، مشخص نیست. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سندرم شناختی-توجهی در بیماران مبتلا به افسردگی انجام شد.

روش

طرح پژوهش حاضر، تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش، شامل افرادی بود که در سال ۲۰۱۹ به خاطر افسردگی به مراکز روانشناسی و مشاوره شهر اهواز مراجعه کرده و توسط روان درمانگران این مراکز و بر اساس ملاک های تشخیص افسردگی راهنمای راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی ویرایش پنجم تشخیص افسردگی گرفته بودند. از این جامعه ۴۵ نفر که از پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۹۸) نمره ۲۰ تا ۲۸ به عنوان افسردگی متوسط را کسب کردند، به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره یعنی گروه آزمایش ۱ (درمان فعال سازی رفتاری)، گروه آزمایش ۲ (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و گروه گواه کاربندی شدند. ملاک های ورود برای شرکت کنندگان داشتن افسردگی متوسط، تحت درمان دارویی نبودن بخاطر افسردگی و داوطلب بودن برای درمان غیردارویی بود. آزمودنی ها به غیر از آزمون افسردگی بک، در سه مقطع پیش، پس و پیگیری، با پرسشنامه سندرم شناختی توجهی ولز (۲۰۰۹) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۷۱) توسط بک، براون و استیر در سال ۱۹۷۱ ساخته شد و دارای ۲۵ ماده است (۲۳). هر ماده دارای ۴ گزینه است که بر مبنای ۰ تا ۳ نمره گذاری می شود و درجات مختلفی از افسردگی از خفیف تا شدید را تعیین می کند (ساعتچی، عسکریان و پاشایی، ۲۰۱۹). حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۷۵ است. نمره بین ۰-۱۳ بیانگر افسردگی جزئی، نمره بین ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، نمره بین ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط و نمره بین ۷۵-۲۹ بیانگر افسردگی شدید است (ساعتچی، عسکریان و پاشایی، ۲۰۱۹). بک و همکاران ثبات درونی این ابزار را ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و

ضریب آلفا برای گروه بیمار ۰/۸۶ و برای گروه غیربیمار ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند دابسون و محمدخانی ضریب آلفای کرونباخ را برای بیماران سرپایی ۰/۹۲، برای دانشجویان ۰/۹۳ و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۳ به دست آوردند (ساعتچی، عسکریان و پاشایی، ۲۰۱۹). نجاریان اعتبار این پرسشنامه را ۰/۷۳ و آلفای کرونباخ را ۰/۷۸ گزارش نمود در تحقیق حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ و تنصیف برابر با ۰/۸۴ و ۰/۸۰ بدست آمد.

پرسشنامه سندرم شناختی توجهی ولز (۲۰۰۹) در سال ۲۰۰۹ ساخته شد و شامل ۱۶ ماده و سه مؤلفه نگرانی و تهدید یابی ماده های ۱ و ۲، راهبردهای مقابله ای اجتنابی (درد سر ساز) ماده های ۳ تا ۸ و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی ماده های ۹-۱۶ است (ساعتچی، عسکریان و پاشایی، ۲۰۱۹). پاسخ به ۸ ماده اول براساس مقیاس ۹ درجه ای لیکرتی از ۰ تا ۸ و ۸ ماده ی بعدی میزان اعتقاد فرد به هر یک از باورهای فراشناختی درباره سندرم شناختی توجهی را براساس مقیاس ۰ تا ۱۰۰ درجه بندی می کند، نمره کلی سندروم شناختی توجهی از مجموع تمام ۱۶ ماده به دست می آید. نمره به معنای بیشتر بودن سندرم شناختی توجهی فرد می باشد (ساعتچی، عسکریان و پاشایی، ۲۰۱۹). پایایی این پرسشنامه در پژوهش فرگوس، باردین و اورکات (۲۰۱۲) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و در پژوهش سلمانی و حسنی (۱۳۹۲) نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آمد (ساعتچی، عسکریان و پاشایی، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر ضریب پایایی این پرسشنامه با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف برای کل سندرم شناختی توجهی ۰/۷۰ و ۰/۶۸، در مؤلفه نگرانی و تهدید یابی ۰/۷۲ و ۰/۶۸، راهبردهای مقابله ای اجتنابی ۰/۷۰ و ۰/۷۰ و برای باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی ۰/۶۸ و ۰/۶۸ بدست آمد که بیانگر ضرایب پایایی خوب پرسشنامه یاد شده می باشد. در این پژوهش مداخله گروه درمانی فعال ساز رفتاری به شیوه کانتر، بوش و راش (۲۰۰۵) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای یک جلسه در هفته برای گروه آزمایش ۱ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه باند و هیس (۲۰۰۵) طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای یک جلسه در هفته برای گروه آزمایش ۲ صورت پذیرفت که خلاصه آن در جدول ۱ و ۲ ارایه شده است.

جدول ۱. شرح جلسات درمان فعال سازی رفتاری

جلسه	شرح مختصر
اول	برقراری ارتباط و معرفی اعضا، بیان اهداف و معرفی دوره و آموزش قراردادهای رفتاری
دوم	تمرکز فعال سازی رفتاری بر تعامل بین فرد و محیط

شناسایی و تغییر رفتارهای آشکار

- سوم آموزش روانی فرایندهای شفابخش گروهی با چهار موضوع: توجه های در مورد زمینه کلی بیماری، انتخاب روش های درمانی مناسب، وضعیت فرد، موضوعات انگیزشی
- چهارم تمرکز بر جنبه های استرس، اضطراب و استفاده از تقویت کلامی مثبت از طریق امید درمانی (استفاده از تقویت مثبت کلامی از طریق بیان جملات مثبت به همدیگر و امیدبخش بر پیشرفت های کوچک درمان بیمار)
- پنجم تمرکز بر جنبه های افسردگی و تغییر حالات خلقی و روانی از طریق استفاده از تمثیل
- ششم تمرکز بر حالات رفتاری (ملزومات رهایی از اضطراب و افسردگی) و قضاوت های شناختی و کنترل آن ها (توانایی حل مسئله و رهایی از استرس و طریقه استفاده از مقابله هیجان مدار)
- هفتم آموزش افراد در خصوص اجزای روانی و اجتماعی وضعیت موجود، آموزش مهارت های مقابله ای و بازسازی رفتاری
- هشتم ارایه خلاصه درمان به شکل کوتاه و راهکارهای پیگیرانه و نظر خواهی از اعضای گروه

جدول ۲. شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسات	موضوع جلسه	تغییر رفتار مورد انتظار
اول	معرفی اعضا، بیان قواعد گروه، اهداف و معرفی دوره	کسب اطلاعات درباره ACT
دوم	آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روان	عدم تلاش جهت اجتناب از هیجان های منفی
سوم	اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی	پذیرش رفتار و هیجان های منفی
چهارم	آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود)	توجه به تجارب کنونی و لحظه به لحظه
پنجم	آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن آگاهی و آموزش تحمل پریشانی	پذیرش هیجان ها و افکار منفی بدون پیشداوری و قضاوت
ششم	آموزش فنون درمانی ارزش های شخصی و روشن سازی ارزش ها و آموزش تنظیم هیجان ها، (استعاره فنجان بد)	تلاش در جهت انعطاف پذیری روان شناختی و ارزش ها
هفتم	آموزش فنون درمانی ارزش های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین فردی (استعاره صحنه شطرنج)	کسب انعطاف پذیری روانشناختی
هشتم	مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر تنظیم هیجان ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی	رهایی از هیجان ها و افکار منفی و انعطاف پذیری روانشناختی

تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار کامپیوتری «SPSS» نسخه ۲۴ صورت پذیرفت و برای کلیه فرضیه‌ها سطح معنی داری $\alpha=0/05$ در نظر گرفته شد. آزمون فرضیه‌ها با تحلیل کواریانس و آزمون تعقیبی بود. همچنین، سطح معنی داری آزمون‌های تساوی واریانس‌ها (لوین)، نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه (کلموگروف - اسمیرنوف) و آزمون بررسی پیش فرض همگنی شیبهای رگرسیون متغیرهای تحقیق سه گروه در جامعه تایید نگردید ($p>0/05$) و کلیه مفروضه‌های استفاده از تحلیل کواریانس تایید شد.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی متغیرهای بر اساس گروه‌های آزمایشی و گروه گواه در سه مقطع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای بر اساس گروه‌های آزمایشی و گروه گواه

متغیر	مرحله گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		sd	M	sd	M	sd	M
نگرانی و تهدید یابی	آزمایش ۱	۱۲/۸۶	۱/۶۴	۸/۴۰	۱/۵۴	۸/۵۳	۱/۵۳
	آزمایش ۲	۱۲/۲۰	۱/۲۶	۶/۲۰	۱/۰۸	۱۲/۲۰	۱/۷۲
	گواه	۱۲/۹۳	۱/۲۲	۱۲/۷۳	۱/۰۳	۱۲/۸۶	۱/۴۸
راهنم‌های مقابله ای اجتنابی	آزمایش ۱	۳۷/۸۶	۱/۳۸	۲۱/۴۶	۱/۵۹	۲۱/۶۰	۱/۶۳
	آزمایش ۲	۳۷/۸۰	۱/۳۵	۲۲/۸۰	۱/۸۲	۳۷/۵۳	۲/۱۳
	گواه	۳۸/۱۳	۱/۵۳	۳۷/۵۳	۲/۵۵	۳۷/۸۶	۲/۵۵
باورهای فراشناختی برانگیزاننده	آزمایش ۱	۵۶۸/۵۳	۲۵/۱۳	۳۱۷/۲۶	۱۹/۱۶	۳۱۷/۵۳	۹/۷۶
	آزمایش ۲	۵۷۴/۰۰	۱۳/۷۵	۲۲۱/۲۶	۱۷/۸۱	۵۷۲/۸۶	۱۴/۲۲
	گواه	۵۶۷/۸۶	۱۵/۰۸	۵۶۲/۴۶	۱۹/۸۰	۵۶۸/۵۳	۲۵/۱۳
سندرم شناختی توجهی	آزمایش ۱	۶۱۹/۲۶	۲۷/۴۱	۳۴۷/۱۳	۹/۰۶	۳۴۷/۶۶	۹/۶۸
	آزمایش ۲	۶۲۴/۰۰	۱۳/۷۹	۲۵۰/۲۶	۱۸/۰۲	۶۲۲/۶۰	۱۴/۲۹
	گواه	۶۱۸/۹۳	۱۷/۱۵	۶۱۲/۷۳	۱۹/۴۶	۶۱۹/۲۶	۲۷/۴۱

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته پژوهش در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ و گواه با کنترل پیش آزمون نشان داد در مراحل پس آزمون و پیگیری با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری هر چهار آزمون چندمتغیری (اثر پیلای،

لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگترین ریشه روی) معنادار است ($p < 0.05$). توان آماری برای هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری ۱ بود.

جدول ۴. خلاصه تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا (آنکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته پژوهش در گروه آزمایش ۱ و ۲ و گواه با کنترل پیش آزمون

مرحله	متغیر	پس آزمون				پیگیری	
		منبع	SS	F	df	MS	Sig.
نگرانی و تهدید یابی	پیش آزمون	۱/۴۷	۰/۹۵	۰/۳۳۵	۲۵/۳۵	۱۵/۶۲	۰/۰۰۱
	گروه	۳۱۰/۸۱	۱۰۰/۴۰	۰/۰۰۱	۱۷۲/۷۶	۵۳/۲۴	۰/۰۰۱
	خطا	۶۳/۴۵	—	—	۶۶/۵۱	—	—
راهبردهای مقابله ای	پیش آزمون	۱۱/۸۲	۲/۹۹	۰/۰۹۱	۱۰۸/۱۵	۵۲/۲۲	۰/۰۰۱
	گروه	۲۳۵۶/۲۲	۲۹۸/۰۹	۰/۰۰۱	۲۵۶۹/۵۰	۶۲۰/۳۴	۰/۰۰۱
	اجتنابی	۱۶۲/۰۳	—	—	۸۴/۹۱	—	—
باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی	پیش آزمون	۱۱۰۵/۹۵	۴/۵۳	۰/۰۰۳	۱۹۸۹/۴۳	۷/۳۹	۰/۰۰۱
	گروه	۹۲۳۳۹۷/۳۵	۱۸۹۲/۲۷	۰/۰۰۱	۶۳۳۹۸۲/۸۹	۱۱۷۸/۹۶	۰/۰۰۱
	خطا	۱۰۰۰۳/۶۴	—	—	۱۱۰۲۳/۷۶	—	—
سندرم شناختی توجهی	پیش آزمون	۱۲۹۴/۹۴	۵/۴۷	۰/۰۲۴	۲۸۷۲/۱۶	۹/۹۵	۰/۰۰۳
	گروه	۱۰۵۴۸۹۷/۴۲	۲۲۲۸/۳۵	۰/۰۰۱	۷۳۹۷۸۹/۶۶	۱۲۸۲/۲۱	۰/۰۰۱
	خطا	۹۷۰۴/۶۶	—	—	۱۱۸۲۷/۷۰	—	—

مطابق جدول ۴ با کنترل پیش آزمون در مراحل پس آزمون و پیگیری بین حداقل یکی از گروه های آزمایشی ۱ و ۲ و گروه گواه بطور جداگانه از لحاظ سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های آن تفاوت معنی داری وجود داشت ($p < 0.05$). در مراحل پس آزمون و پیگیری، درجه آزادی در پیش آزمون ها، گروه و خطا به ترتیب ۱، ۲ و ۴۱ بود.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی بر روی میانگین پس آزمون متغیرهای وابسته پژوهش در گروه های آزمایش ۱ و ۲ با کنترل پیش آزمون نشان داد در مرحله پس آزمون، تفاوت میانگین گروه گواه با هر دو گروه آزمایش ۱ و ۲ در کلیه متغیرهای وابسته معنی دار بود ($p < 0.05$). به عبارتی، درمان فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش در سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های نگرانی و تهدید یابی، راهبردهای مقابله ای اجتنابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی اثربخش

بودند ($p < 0/05$). مقایسه میانگین گروه آزمایش ۱ و ۲ نیز نشان داد که اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های نگرانی و تهدید یابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی بیشتر از درمان فعال سازی رفتاری بود ($p < 0/05$). اما بین اثربخشی دو مداخله بر مؤلفه راهبردهای مقابله ای اجتنابی تفاوتی مشاهده نشد ($p > 0/05$). همچنین در مرحله پیگیری دو ماهه، تفاوت میانگین گروه گواه با گروه آزمایشی ۱ در سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های آن معنی دار بود ($p < 0/05$). به عبارتی، در مرحله پیگیری، اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر کاهش سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های نگرانی و تهدید یابی، راهبردهای مقابله ای اجتنابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی در گروه آزمایش ۱ پایدار بود. تفاوت میانگین گروه گواه با گروه آزمایشی ۲ در هیچکدام از متغیرهای وابسته معنی دار نبود ($p > 0/05$). به عبارتی، در مرحله پیگیری، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های آن پایدار نبود.

بحث و نتیجه گیری

یافته این پژوهش حاکی از اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های نگرانی و تهدید یابی، راهبردهای مقابله ای اجتنابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی بیماران مبتلا به افسردگی شهر اهواز بود که با یافته های پژوهش های باباخان زاده و همکاران (۲۰۱۹)، درگاهیان و محمدخانی (۲۰۱۴) و ملی، بیلی، کارارسی و پولی (۲۰۱۸) مبنی بر تأثیر درمان فعال سازی رفتاری و پژوهش ا-تاجک و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سندرم شناختی توجهی بیماران مبتلا به افسردگی همسو بود. در تبیین این یافته می توان گفت یک چرخه افسردگی تحت مقابله ناکارآمد و موقتی نظیر اجتناب، انزوا، سوء مصرف مواد مخدر و .. عود و در دراز مدت افسردگی را افزایش می دهد (گرون ولد، ۲۰۱۹). سندرم شناختی- توجهی نیز بازتاب باورهای فراشناختی ناکارآمد، نشخوار فکری توأم با نگرانی و گوش به زنگی است (کووالاسکی و دراگان، ۲۰۱۹) که حکم الگوهای ناکارآمد مقابله را داراست و بر بیشتر شدن افسردگی دامن می زند (جئورجیو و همکاران، ۲۰۱۰). از سویی، درمان فعال سازی رفتاری شامل پنج مرحله ارزیابی رفتار و خلق، انتخاب پاسخ جایگزین، انجام پاسخ های جایگزین، یکپارچه کردن این جایگزین ها، مشاهده نتایج و ارزیابی کردن آن ها می باشد (کانتر و راش، ۲۰۰۵) و طی آن بیمار می آموزد بر نگرانی و حس تهدید بیمارگونه خود، آگاه گشته و با

تقویت توانایی حل مسئله و مقابله هیجان مدار مثبت به پاسخ های جایگزین به جای اجتناب موقتی نظیر خمودگی، انزوا، سوء مصرف مواد مخدر و .. دست یابد و بدین ترتیب سندرم شناختی توجهی در آنها فروکش یافت. از طرفی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز با آموزش مهارت هایی نظیر در لحظه حال زیستن، توجه و تمرکز به تجارب کنونی، تقویت آگاهی هیجانی و پذیرش هیجان های منفی و افکار منفی بدون پیشداوری و قضاوت (هاریس، ۲۰۰۶) سبب تقویت انعطاف پذیری روان شناختی و فروکش هیجان ها و افکار منفی نظیر نشخوار فکری، نگرانی، گوش به زنگی نسبت به تهدیدات و مجموعاً بر هم زدن چرخه سندرم شناختی توجهی منجر شد.

نتایج نشان داد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های نگرانی و تهدید یابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی نسبت به اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بیشتر است. در تبیین این یافته می توان اظهار داشت حجم بالایی از نشخوار فکری و ادراک هیجانان منفی در اثر فعالیت عصبی قوی در آمیگدال، هیپوکامپ و قشر سینگولات و پشتی مغز در بیماران افسرده اثبات شده است (ریول، هاپکینسون، کلارکسمیل و لان، ۲۰۱۸). مکانیسم اثر قوی تر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه های نگرانی و تهدید یابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی در خاصیت مسکن فوری بودن نسبت به دردهای هیجانی این بیماران از نشخوار و نگرانی نهفته است (باند و هیس، ۲۰۰۴). در واقع، در مقایسه با فرآیند ۵ مرحله ای ساختارمند درمان فعال سازی رفتاری که هیجانان، شناخت ها و رفتارها را هدف قرار می دهد؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر داشتن حال و حس خوب و بر بعد هیجانی بیماران تأکید بیشتری دارد و با فوننی نظیر آگاهی و پذیرش هیجانان منفی، آوردن تمرکز و هوشیاری به زمان حال و اکنون، به نوعی موجب انحراف ذهن و حس بیماران افسرده از غم، اندوه، حس پوچی، نگرانی و نشخوار در باب تهدیدات موهوم گردید و به مثابه نوعی تسکین دهنده قوی عمل نموده و اثر قوی تری نسبت به درمان فعال سازی رفتاری بر فروکش نگرانی و تهدید یابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی داشته باشد.

در مرحله پیگیری دو ماهه، حاکی از پایداری اثربخشی درمان فعال سازی رفتاری بر کاهش متغیر سندرم شناختی توجهی و مؤلفه های آن یعنی نگرانی و تهدید یابی، راهبردهای مقابله ای اجتنابی و باورهای فراشناختی برانگیزاننده نگرانی و عدم پایداری اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هیچکدام از متغیرهای وابسته پژوهش بود. در تبیین این یافته می توان اظهار داشت که اتصالات قوی تری در نواحی مغزی متعلق به شبکه حالت پیش فرض، مانند قشر سینگولات با استفاده از روش های تصویربرداری رزونانس مغناطیسی عملکردی در بیماران افسرده نسبت به افراد سالم (ولز و همکاران،

۲۰۱۸)، و به عنوان دشواری در تنظیم پردازش عاطفی، شناختی و رفتاری در اثر شدت سندرم توجه شناختی در افسردگی‌های متوسط تا شدید شناخته می‌شود (برمن و همکاران، ۲۰۱۴). بنابراین، کاهش بار هیجانات منفی و قطع زنجیره نشخوار و نگرانی (ولز، ۲۰۰۹) و سپس اصلاح تحریف‌های شناختی، احتمال اثربخشی مداخلات غیردارویی در افسردگی را بیشتر می‌کند (فاجیا و همکاران، ۲۰۱۹). از اینجا می‌توان استدلال نمود که گرچه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همچون مسکنی با فنون انحراف ذهن بیماران به لحظه حال، اثرات هیجاناتی نظیر غم، اندوه و احساس پوچی را کم‌رنگ نمود لیکن، در تغییر ابعاد رفتاری و اصلاح شناختی و در نتیجه بر کل سندرم شناختی توجهی بیماران، نتوانست اثر پایداری بر جا بگذارد. در مقابل، درمان فعال سازی رفتاری با روشی نظام مند ضمن تمرکز بر جنبه‌های حالات خلقی افسردگی، به ایجاد شناخت در بیماران نسبت به چرخه معیوب الگوهای فراشناختی و رفتارهای اجتنابی خویش و در نهایت به بازسازی رفتاری و تجویز توانایی مقابله غیراجتنابی نظیر مقابله مساله مدار و مقابله هیجان مدار مثبت، پیگیری و تثبیت عادات جدید رفتاری متمرکز بود و همین امر سبب شد اثر آن تا پس دوماه از گذشت مداخله پایدار بماند.

References

- A-Tjak, J. G., Morina, N., Boendermaker, W. J., Topper, M., & Emmelkamp, P. M. (2020). Explicit and implicit attachment and the outcomes of acceptance and commitment therapy and cognitive behavioral therapy for depression. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-11.
- Ansar Hussein S AA, M. N., & Hajlou N. (2018). The effectiveness of behavioral activation therapy on alpha-EEG asymmetry in frontal lobe, cognitive flexibility, and selective attention in patients with depressive disorder. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 13(48), 67-76. (Persian)
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5* (A. F. Farzin Rezaei, Atousa Farmand, Ali Niloufari, Janet Hashemi Azar and Farhad Shamloo, Trans.). Tehran: Arjmand. (Persian)
- Azizi, A., & Ghasemi, S. (2017). Comparison the Effectiveness of Solution-Focused Therapy, Cognitive-Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Depression and Quality of Life in Divorced Women *Culture of counseling and psychotherapy*, 8(29), 207-236. (Persian)
- Babakhanzadeh, S., Ehteshamzadeh, P., Eftekharsaadi, Z., Bakhtiyarpor, S., & Alipor, A. (2019). The effectiveness of Metacognitive Therapy with emphasis for Brain Executive Functions on Cognitive-Attentional syndrome and Sense of Coherence in Anxious persons. *Culture of counseling and psychotherapy*, 10(38), 195-220. (Persian)
- Bedayat, E., & Askary, M. (2020). The Effectiveness of Behavioral Activation Group Therapy on Emotional Regulation and Suicidal Ideation Strategies in Female Students With Major Depressive Disorder. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 9(1), 47-56. (Persian)
- Berman, M. G., Mistic, B., Buschkuhl, M., Kross, E., Deldin, P. J., Peltier, S., & McIntosh, A. R. (2014). Does resting-state connectivity reflect depressive rumination? A tale of two analyses. *Neuroimage*, 103, 267-279.
- Bond, F. W., & Hays, D. W. (2005). *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*: John Wiley & Sons.
- Burkhouse, K. L., Jacobs, R. H., Peters, A. T., Ajilore, O., Watkins, E. R., & Langenecker, S. A. (2017). Neural correlates of rumination in adolescents with remitted major depressive disorder and healthy controls. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 17(2), 394-405.
- Counter AB, R. G. (2005). *Behavioral activator* (A. M. a. N. Fereydoni, Trans.). Tehran: Arjmand
- Dargahian, R., Mohammadkhani, S., & Hasani, J. (2014). The Efficacy of Metacognitive Therapy on Depression Symptoms Reduction, Cognitive Attentional Syndrome Components and Maladaptive Coping Styles in Patients with Major Depression. *Khatam Healing Neuroscience*, 2(3), 23-45. (Persian)

- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., & Gollan, J. K. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 658.
- Faija, C. L., Reeves, D., Heal, C., Capobianco, L., Anderson, R., & Wells, A. (2019). Measuring the cognitive attentional syndrome in cardiac patients with anxiety and depression symptoms: Psychometric properties of the CAS-1R. *Frontiers in psychology*, 10, 2109.
- Giorgio, J. M., Sanflippo, J., Kleiman, E., Reilly, D., Bender, R. E., Wagner, C. A., . . . Alloy, L. B. (2010). An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: Three tests of the model. *Behaviour research and therapy*, 48(10), 1021-1031.
- Groeneveld, I., van der Pas, S., Meesters, J., Schuurman, J., van Meijeren-Pont, W., Jagersma, E., . . . group, S.-s. (2019). Illness perceptions of stroke survivors: Predictors and changes over time—A 1 year follow-up study. *Journal of psychosomatic research*, 116, 54-61.
- Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 70.
- Kazemeyni M, B. M., & Nouri M. (2018). Effectiveness of acceptance and commitment group therapy on postpartum depression and psychological flexibility. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 6(4), 20-31. (Persian)
- Kowalski, J., & Dragan, M. (2019). Cognitive-attentional syndrome—The psychometric properties of the CAS-1 and multi-measure CAS-based clinical diagnosis. *Comprehensive psychiatry*, 91, 13-21.
- Melli, G., Bailey, R., Carraresi, C., & Poli, A. (2018). Metacognitive beliefs as a predictor of health anxiety in a self-reporting Italian clinical sample. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(2), 263-271.
- Ostergaard, T., Lundgren, T., Rosendahl, I., Zettle, R., Jonassen, R., Harmer, C., . . . Haaland, V. Ø. (2019). Acceptance and Commitment Therapy Preceded by Attention Bias Modification on Residual Symptoms in Depression: A 12-Month Follow-Up. *Frontiers in psychology*, 10, 1995.
- Parhooneh MA, H. M., & Moshirpanahi Sh. (2014). The effectiveness of short-term behavioral activation therapy on reducing depressive symptoms and increasing the quality of life of major depressed patients. *Clinical Psychology Studies*, 4(14), 41-62. (Persian)
- Raines, A. M., Thomas, E. A., Tock, J. L., Hallinan, T. M., Hartley, S., MacKenna, H., & Franklin, C. L. (2020). Examining the Effectiveness of a Group-Based Behavioral Activation Treatment for Depression among Veterans. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 1-8.
- Reavell, J., Hopkinson, M., Clarksmith, D., & Lane, D. A. (2018). Effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression and anxiety in patients with cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *Psychosomatic medicine*, 80(8), 742-753.
- Saatchi M, Askarian M, & Pashai L. (2019). *Psychological tests 2*. Teehran: Viraiesh. (Persian)
- Szuhany, K. L., & Otto, M. W. (2020). Efficacy evaluation of exercise as an augmentation strategy to brief behavioral activation treatment for depression: a randomized pilot trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 49(3), 228-241.
- Wang, X. (2020). A comprehensive review of behavioral activation treatment for depression.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression* The Guilford Press. NewYork, NY.
- Wells, A., McNicol, K., Reeves, D., Salmon, P., Davies, L., Heagerty, A., & Faija, C. (2018). Improving the effectiveness of psychological interventions for depression and anxiety in the cardiac rehabilitation pathway using group-based metacognitive therapy (PATHWAY Group MCT): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 19(1), 215.
- Wisco, B. E. (2009). Depressive cognition: Self-reference and depth of processing. *Clinical psychology review*, 29(4), 382-392.
- Zettle, R. (2007). *ACT for depression: A clinician's guide to using acceptance and commitment therapy in treating depression*: New Harbinger Publications.
- Zettle, R. D., & Hayes, S. C. (2002). Brief ACT treatment of depression. *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*, 35-54.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 15 (No. 57), pp.89-100, 2022

Comparing the Effectiveness of Behavioral Activation Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Attentional Cognitive Syndrome in Patients with Depression in Ahvaz

Amiri, Sahar¹., Ehteshamzadeh, Parvin²., Hafezi, Fariba³.,
& Borna, Mohammad Reza⁴

Received: 2021/05/25

Accepted: 2021/9/31

Depressive disorder is characterized by symptoms such as sadness, emptiness, and hopelessness, alongside significant psychological, physical, and social consequences. This research aimed to compare the effectiveness of Behavioral Activation (BA) therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on attentional cognitive syndrome (ACS) in patients with depression in Ahvaz. For this purpose, a quasi-experimental study with a pre-test-post-test, follow-up, and control group design was conducted. Forty-five depressed individuals referred to psychological and counseling centers in Ahvaz were selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 15: Experimental Group 1 (BA therapy), Experimental Group 2 (ACT), and a Control Group. Executive functions were assessed in all groups at pre-test, post-test, and follow-up stages. Results from multivariate analysis of covariance (MANCOVA) indicated that both BA and ACT were effective in reducing attentional cognitive syndrome and its components. However, ACT's effectiveness in reducing worry, threat vigilance, and worry-provoking metacognitive beliefs was greater than that of BA. Furthermore, at the follow-up stage, only the effectiveness of BA on reducing ACS and its components remained stable. This research supports the use of both BA and ACT for reducing attentional cognitive syndrome in patients with depression.

Keywords: Behavioral Activation Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Attentional Cognitive Syndrome, Depression

¹ Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch

² Dept of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch (Corresponding Author)

P_ehtesham85@yahoo.com

³ Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch

⁴ Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Ahvaz Branch