

مقایسه ی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن با درمان گروهی فعال سازی رفتاری در میزان افسردگی و کیفیت زندگی افراد افسرده

داود جعفری^۱، مهدیه صالحی^۲ و پروانه محمدخانی^۳

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، آمیزه ای از شناخت درمانی بک و برنامه ی کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن کابات-زین است و فعال سازی رفتاری، مراجعان افسرده را برای جستجوی تقویت های مثبت برمی انگیزد. هدف پژوهش حاضر، مقایسه ی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فعال سازی رفتاری برای افسردگی در میزان افسردگی و کیفیت زندگی دانشجویان افسرده بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه تجربی، ۵۰ نفر از دانشجویان دانشگاه آزاد ملایر که حداقل نمره ی ۲۰ را در آزمون افسردگی بدست آورده بودند، انتخاب شدند و از این تعداد ۳۴ نفر بر اساس مصاحبه ی بالینی ساختار یافته به گونه تصادفی و با رعایت اصل معادل سازی، به دو گروه آزمایش جهت شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان گروهی فعال سازی رفتاری تقسیم شدند. هر دو گروه به مدت ۸ جلسه در معرض پروتکل های درمانی قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد. گروهها، قبل و بعد از کاربردی از نظر افسردگی و کیفیت زندگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحلیل واریانس مختلط داده ها نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و فعال سازی رفتاری برای افسردگی، میانگین نمرات افسردگی و کیفیت زندگی آزمودنی ها را بهبود می دهد و به نظر می رسد که تکنیکهای درمانی غرب وقتی با آیین های شرقی پیوند می خورند، راهگشا ترند.

واژه های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، فعال سازی رفتاری، افسردگی

مقدمه

در سال ۱۹۹۲، تیزدال و سگال برای جلوگیری از عود و برگشت افسردگی، یک رویکرد درمانی به نام شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن^۴ (MBCT) را معرفی نمودند. این رویکرد آمیزه ای بود مبتکرانه از جنبه های شناخت درمانی بک و برنامه ی کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن (MBSR)

۱. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر، ملایر، ایران. (نویسنده ی مسوول) davood_jafari5361@yahoo.com

۲. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه آزاد تهران مرکزی، تهران، ایران

۳. دپارتمان روان شناسی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان بخشی تهران، ایران.

کابات- زین (کاویانی، جواهری و حاتمی، ۲۰۱۱) است. حضور ذهن، به معنا توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش داوری و قضاوت است (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲). در حضور ذهن، افراد یاد می گیرند که از حالت ذهنی انجامی به حالت ذهنی بودن برسند. این رویکرد، از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن کابات- زین ساخته شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. این نوع شناخت درمانی، شامل مدیتیشن های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی در مورد افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار و حسهای بدنی را نشان می دهد.

در روش MBCT مراقبه، از اهمیت زیادی برخوردار است. بنابراین می توان گفت یکی از نوآوری های روان شناختی، از جمله فنون مراقبه ی حضور ذهن با رفتار درمانی شناختی سنتی است که از این تلفیق به عنوان موج سوم رفتار درمانی یاد می کنند (هایز، لوما و بوند، ۲۰۰۶). تیزدال و برانفورد (۱۹۹۳) بر این باورند که بین فرایندهای شناختی و هیجان، ارتباط پیچیده و چند وجهی وجود دارد. این رویکرد، در تحقیقات گوناگون مورد تایید قرار گرفته است. از جمله در کاهش افسردگی (برانهور، کران و هاوگن، ۲۰۰۹)، کاهش افسردگی بیماران دو قطبی (ویلیامز و آلتایی، ۲۰۰۸)، افزایش ارزیابی هیجانی مثبت^۱، تجربه تقویتی^۲، هیجان مثبت لحظه ای^۳ و کاهش هیجان منفی^۴ (گشوند، پیتر، درونکر و ویشرز، ۲۰۱۱)، کاهش افسردگی در بیماران با سه دوره ی افسردگی (گولدفین و هیرینگ، ۲۰۱۰) و کاهش اختلال وحشتزدگی^۵ (کیم و لی، ۲۰۱۱). در ایران نیز اثربخشی این رویکرد بر افسرده خویی^۶ و باورهای فراشناختی^۷ (کاویانی، حاتمی و شفیع آبادی، ۲۰۰۸) و بیماران افسرده خودکشی گرا (حناسب زاده اصفهانی، ۲۰۱۱)، پریشانی بیماران مبتلا به سرطان پستان (جمشیدی فر، بنی اسدی و لطفی کاشانی، ۲۰۱۳) و استرس ادراک شده بیماران مبتلا به سرطان پستان (جمشیدی فر، اکبری و نفیسی، ۲۰۱۴) مورد تایید قرار گرفته است. فعال سازی رفتاری^۸ برای افسردگی، تاریخچه ای طولانی دارد. نخستین بار لوینسون افسردگی را پیامد نارسایی، کاهش یا سطوح پایین تقویت مثبت وابسته به پاسخ^۹ (PCRR) تعریف کرد. از آن پس تاکنون رفتار درمانی

1. cognitive restructuring

2. Positive emotion

3. Reward experience

4. Moment positive emotions

5. Negative emotion

6. Panic disorder

7. dysthymic

8. Metacognition

9. Behavioral activation

10. Response contingent positive reinforcement

افسردگی تحولات گسترده ای داشته است (به نقل از کانتر، بوش و راش، ۲۰۰۹).

در سالهای اخیر، دو راهبرد رفتاری با عنوان: فعال سازی رفتاری (BA) (مارتل، ادیس و جکوبسن، ۲۰۰۱ و مارتل، دیمیچیان، هرمن و دان، ۲۰۱۰) و فعال سازی رفتاری برای افسردگی^۱ (BATD) (لیجوز، هوپکو و ادیس، ۲۰۱۱) بکار برده شده است. هر دو شیوه، مراجعان افسرده را برای جستجوی تقویت های مثبت برمی انگیزد اما تفاوت آن با نسخه های قبلی رفتاردرمانی در این است که این شیوه ها، عملی تر از شیوه های قدیمی است. برای نمونه، شیوه های نوین مذکور (BA, BATD) به همه افراد توصیه نمی کنند که باید در فعالیت های خوشایند بیشتری شرکت کنند بلکه این شیوه ها بر ارزیابی عینی هدف های مراجع و کارکرد کنونی او تاکید دارند تا بتوانند مجموعه ای از هدفهای فعال سازی را برای هر مراجع تعیین کنند (کانتر و همکاران، ۲۰۰۹). در این رویکرد، به توابع رفتار، نقش محرک های کنترل کننده ی رفتار و رفتارهای پرهیز و گریز در افسردگی توجه می شود. متغیرهای اصلی که در درمان فعال سازی رفتاری ارزیابی می شود عبارتست از میزان پرهیز و فعال شدن مراجعان در دوره ی درمان. یک فرض مهم این است که با تغییر در میزان فعالیت فرد، افسردگی تعدیل می شود.

درمان به سبک فعال سازی، روشی است که طی آن بیمار یاد می گیرد در جهت بهبود به طور فعال، سبک زندگی خود را تغییر دهد. این روش درمانی، مبتنی بر مدل CBT و رویکرد غنی سازی انگیزشی است و یک روش کاملا ساختار یافته و متمرکز بر مشکلات جاری و فوری بیمار است. بنابراین هدف آن، گسترش تعاملات اجتماعی و مشارکت فرد در فعالیت های لذت بخش است. پژوهشها، اثربخشی فعال سازی رفتاری در درمان افسردگی را تایید کرده است (دیمیچیان، هولن، هالسون، ۲۰۰۶؛ مارتل و همکاران، ۲۰۱۰؛ کویچپرس، ون استراتن و وارمردام، ۲۰۰۷؛ هوپکو، رابرتسون و کاروالهو، ۲۰۰۹؛ هوپکو، لیجیور و هوپکو، ۲۰۰۴).

اعتقاد بر این است که کیفیت^۲ زندگی و افسردگی با هم در ارتباط اند؛ یعنی حالتی چون افسردگی و اضطراب، میزان کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد. کیفیت زندگی، به عنوان یک مفهوم به عملکرد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی تقسیم می شود (برگر، پورتنوی و وسیمن، ۲۰۰۰). در واقع می توان گفت که کیفیت زندگی تحت تاثیر مداخلات شناختی- رفتاری و خصوصا MBCT بهبود پیدا می کند و از طرفی نیز بهبود و افزایش آن، میزان افسردگی را در بیماران با خطر بازگشت و

عود افسردگی به طور معناداری کاهش می دهد (پندو، دراگر، داهن و مولتن، ۲۰۰۷؛ گلدفرین و هرینگ، ۲۰۱۰). اثر بخشی MBCT و BATD در افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی در پژوهشهای راس و رایبیز (۲۰۰۴)، کارلسون، بولتز و موریس (۲۰۰۵) و دیمیجیان و همکاران (۲۰۰۶) مورد تایید قرار گرفته است. با توجه به آنچه مطرح شد، ما در این پژوهش با این سوال مواجه بودیم که آیا این دو روش در میزان افسردگی و کیفیت زندگی افراد افسرده اثربخشی یکسانی دارند؟

روش

این پژوهش، از نوع پژوهش های نیمه تجربی بود و طی آن دو گروه مختلف (بین آزمودنی ها) در معرض دو شرایط اندازه گیری (درون آزمودنی ها) قرار گرفتند. جامعه ی آماری این پژوهش دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر بود (حدود ۷۰۰۰ نفر) که از این جامعه، با روش غربالگری، ۵۰ دانشجو که حداقل نمره ی افسردگی متوسط (۲۰ به بالا) را در آزمون افسردگی بدست آورده بودند، انتخاب و از این تعداد نیز ۳۴ نفر براساس مصاحبه بالینی ساختار یافته انتخاب و به گونه تصادفی و با رعایت اصل معادل سازی به ۲ گروه BMCT و BATD تقسیم و قبل از مداخله، حین مداخله، و ۲ ماه بعد از مداخله، به وسیله ی پرسشنامه افسردگی بک نسخه شماره ۱۲ (BDI-II) و فرم کوتاه پرسشنامه ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۲ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

پرسشنامه ی افسردگی بک نسخه شماره ۲، نوع بازنگری شده BDI است که با ملاکهای افسردگی در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی منطبق شده است. این ابزار ۲۱ گویه دارد و پاسخها بین صفر تا ۳ نمره گذاری می شود. نقاط برش، عبارتست از صفر تا ۱۳ افسردگی جزئی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید. نشانه های این آزمون با قرار گرفتن در سه گروه هفت ماده ای شامل نشانه های احساسی و عاطفی، انگیزشی و شناختی و نشانه های جسمانی و نباتی از یکدیگر جدا می شود. در پژوهشهای گوناگون، پایایی و اعتبار نسبتا بالایی از آن گزارش شده است. کاویانی (۲۰۱۱) اعتبار و پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۰٪ و ۰/۷۷ گزارش کرده است.

فرم کوتاه پرسشنامه ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی، با ۲۶ سوال چهار بعد کیفیت زندگی را تحت عنوان سلامت جسمانی، سلامت شناختی، روابط اجتماعی و محیط اجتماعی ارزیابی می کند.

گروه مطالعات سازمان بهداشت جهانی، این مقیاس را یک مقیاس بین فرهنگی می داند و به همین دلیل از آن در فرهنگهای مختلف استفاده می شود (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶؛ به نقل از کاویانی، ۲۰۱۱). نمرات این مقیاس برای ۴ بعد بین صفر تا ۲۰ خواهد بود و نمره ی کل نیز از مجموع نمرات همه ی ابعاد بدست می آید. به عبارتی برای هر بعد، نمرات خام بدست می آید و سپس این نمرات به نمرات تراز شده ی بین صفر تا ۲۰ تغییر پیدا می کند.

هر دو گروه به مدت ۸ جلسه در معرض پروتکل های درمانی قرار گرفتند. مداخله MBCT براساس راهنمای عملی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن (سگال و همکاران، ۲۰۰۲) و مداخله ی BATD براساس راهنمای مختصر درمان فعال سازی رفتاری برای افسردگی (لیجوز، هوپکو و همکاران، ۲۰۱۱) انجام گرفت. در این پژوهش دو متغیر مستقل، گروههای آزمایش و زمانهای اندازه گیری وجود داشت، مراحل اندازه گیری به صورت قبل از مداخله، حین مداخله، بعد از مداخله و ۲ ماه بعد از مداخله (آزمون پیگیری) در نظر گرفته شد.

در این پژوهش، برای تحلیل داده ها از طرح تحلیل واریانس مختلط بین- درون آزمودنی ها یا طرح آمیخته بین- درون گروهی استفاده شد و داده ها به وسیله ی ویرایش هجدهم نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات افسردگی برای دو گروه MBCT و BATD در مراحل مختلف اندازه گیری در جدول ۱ ارایه شده است.

جدول ۱: مولفه های توصیفی نمرات افسردگی آزمودنی ها در دو گروه و ۴

مرحله ی اندازه گیری

پیگیری		پس		هفته چهارم		پیش		روش
sd	M	sd	M	sd	M	sd	M	
۹/۴۱	۸	۸/۸۰۱	۸/۶۲	۱۲/۱۲۱	۱۸/۹۲	۱۱/۰۴۲	۲۸/۴۶	MBCT
۹/۶۳	۱۱/۲۱	۱۰/۹۸۲	۱۱/۱۴	۱۱/۹۸۴	۱۹/۰۷	۱۱/۶۴۱	۲۷/۱۴	BATD
۹/۴۸	۹/۶۷	۹/۱۲۷	۹/۹۳	۱۱/۸۱۲	۱۹/۰۰	۱۱/۱۵۷	۲۷/۷۸	کل
۹/۶۵	۵۶/۷۷	۷/۱۲۸	۵۹/۸۵	۱۰/۱۲۷	۵۱/۶۹	۱۱/۸۹۵	۴۹	MBCT
۱۰/۰۹	۵۵/۹۳	۱۰/۵۵۲	۵۶/۵۷	۱۲/۴۸۱	۴۹/۳۶	۸/۳۱۵	۲۹/۲۹	BATD
۹/۷۰	۵۶/۳۳	۹/۰۵۰	۵۸/۱۵	۱۱/۲۵۴	۵۰/۴۸	۹/۹۹۵	۴۹/۱۵	کل

همانطوری که ملاحظه می شود، نمرات افسردگی افراد از مرحله ی اول به بعد در ۲ گروه کاهش قابل ملاحظه ای داشته است. جهت تحلیل داده ها، ابتدا برای بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لون استفاده شده است. همانطوری که در جدول فوق مشاهده می شود، مقدار P برای متغیر وابسته در مراحل مختلف اندازه گیری بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ یعنی P معنا دار نیست. بنابراین از فرض همگنی واریانس ها تخطی صورت نگرفته است و باید به دنبال تحلیل های بعدی باشیم. نتایج آزمون لون در جدول ۲ ارایه شده است.

جدول ۲: نتایج آزمون لون برای نمرات افسردگی و کیفیت زندگی

کیفیت زندگی				افسردگی				زمان اندازه گیری
Sig.	df2	df1	F	Sig.	df2	df1	F	
۰/۱۴۶	۲۵	۱	۲/۲۲۵	۰/۷۶۹	۲۵	۱	۰/۰۸۸	پیش تست
۰/۴۵۸	۲۵	۱	۰/۵۶۷	۰/۹۷۶	۲۵	۱	۰/۰۰۱	هفته چهارم
۰/۵۷۵	۲۵	۱	۰/۳۲۳	۰/۲۶۵	۲۵	۱	۱/۳۰۱	پس تست
۰/۶۵۳	۲۵	۱	۰/۲۰۷	۰/۵۶۴	۲۵	۱	۰/۳۴۱	پیگیری ۲ ماهه

نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط برای بررسی اثر اصلی زمان و اثر تعامل بر متغیر افسردگی و کیفیت زندگی، در جدول ۳ ارایه شده است. همانطوری که مشاهده می شود، مقدار وبلکس لامبدا برای اثر اصلی زمان اندازه گیری برای افسردگی برابر ۰/۲۰۸، برای کیفیت زندگی برابر ۰/۳۳۳ از مقدار P کوچکتر از ۰/۰۵ است و می توان نتیجه گرفت که اثر زمان به لحاظ آماری معنادار است؛ یعنی در نمرات افسردگی و کیفیت زندگی آزمودنی ها بین چهار دوره ی زمانی مختلف تغییری معنادار وجود داشته است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط برای بررسی اثر اصلی زمان

و اثر تعامل بر متغیر افسردگی				اثر	
Eata	Sig.	F	ارزش		
۰/۷۹۲	۰/۰۰۱	۲۹/۱۴۹	۰/۲۰۸	اثر زمان اندازه گیری (مقدار لامبدا)	
۰/۰۴۶	۰/۷۷۳	۰/۳۷۳	۰/۹۵۴	اثر تعامل زمان و گروه (مقدار لامبدا)	
۰/۶۶۷	۰/۰۰۱	۱۵/۳۷۲	۰/۳۳۳	اثر زمان اندازه گیری (مقدار لامبدا)	
۰/۰۷۸	۰/۵۹۱	۰/۶۵۰	۰/۹۲۲	اثر تعامل زمان و گروه (مقدار لامبدا)	

جهت ارزیابی اثر متغیر مستقل بین آزمودنی ها (مداخله ی MBCT و BATD) از آزمون اثرات بین گروهی استفاده شده است. نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط برای بررسی اثرات بین گروهی بر میزان افسردگی در جدول ۴ ارائه شده است. از آنجایی که مقدار F برای افسردگی برابر ۰/۱۱۷ و برای نمرات کیفیت زندگی برابر ۰/۱۶۵ از مقدار متناظر P در سطح ۰/۰۵ بزرگتر است، بنابراین می توان نتیجه گرفت که بین دو گروه از لحاظ اثر بخشی بر نمرات افسردگی و کیفیت زندگی آزمودنی ها تفاوت معناداری مشاهده نشده است و گروههای درمانی به نسبت یکسانی بر متغیر افسردگی اثرگذار بوده است.

جدول ۴: خلاصه ی نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط در مقایسه ی

روشهای مداخله برای افسردگی و کیفیت زندگی

Eata	P	F	MS	df	SS	منبع	
۰/۰۰۵	۰/۷۳۵	۰/۱۱۷	۳۵/۲۱۷	۱	۳۵/۲۱۷	گروه	افسردگی
			۳۰۰/۹۷۴	۲۵	۷۵۲۴/۳۵۷	خطا	
۰/۰۰۸	۰/۶۶۳	۰/۱۹۵	۶۴/۰۴۶	۱	۶۴/۰۴۶	گروه	کیفیت زندگی
			۳۲۸/۷۲۵	۲۵	۸۲۸۱/۱۲۱	خطا	

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه ی اثربخشی مداخله ی شناخت درمانی مبنی بر حضور ذهن (MBCT) و درمان گروهی فعال سازی رفتاری برای افسردگی (BATD) در میزان افسردگی و کیفیت زندگی دانشجویان انجام شد. نتایج پژوهش در خصوص اثربخشی هر کدام از مداخلات نشان داد که هر دوی آنها میزان افسردگی دانشجویان افسرده را با ضریب تاثیر نسبتا خوبی کاهش داده است. این نتایج با سایر پژوهشهای دیگر در این زمینه هماهنگی دارد (بارنهوفر و همکاران، ۲۰۰۹؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۸؛ فولی، بایلی، هاکستر، پریک و سینکر، ۲۰۱۰؛ مارتل و همکاران، ۲۰۰۱؛ لیجوز و همکاران، ۲۰۱۱؛ دیمیجیان و همکاران، ۲۰۰۶؛ فریون، ایوانز و مری، ۲۰۰۷؛ چیسا و سرت، ۲۰۱۱؛ مورفی و لاتین، ۲۰۱۱؛ کنه، بوستانو، هاتزیگر و کاتچویی، ۲۰۱۱؛ بریتون و شاه، زیستول و جکوب، ۲۰۱۱ و هوپکو و همکاران، ۲۰۰۴).

از طرف دیگر، نتایج نشان داد که هر دو مداخله توانسته است به نسبت مشابه کیفیت زندگی دانشجویان افسرده را افزایش دهد. از آنجا که کیفیت زندگی و افسردگی با هم در ارتباط اند و این

ارتباط به صورت تعامل منفی است، بنابراین حالتی چون افسردگی، میزان کیفیت زندگی افراد را تحت تاثیر قرار می دهد. برلیم و برنهام (۲۰۰۴) نیز نشان دادند که میزان کیفیت زندگی بیماران خلقی به شدت آن برمی گردد؛ یعنی هرچه اختلال شدیدتر باشد، کیفیت زندگی پایین تر است. یکی از توجهات مهم در خصوص اثربخشی MBCT و BATD بر کیفیت زندگی نمونه پژوهش حاضر، این است که عموماً کیفیت زندگی به عنوان یک قضاوت شناختی آگاهانه راجع به رضایت خود از زندگی است، بنابراین وقتی فردی افسردگی دارد، مداخله ی درمانی و پیش آگهی درمان می توانند اثرات مفیدی بر درک کلی رضایت از زندگی فرد بگذارند. این نتایج در خصوص افزایش کیفیت زندگی مراجعان افسرده با پژوهشهای صورت گرفته در این زمینه (نشاط دوست، نیلفروش زاده و دهقانی، ۲۰۰۹؛ دنسا و شرلی، ۲۰۱۱؛ راس و رایینز، ۲۰۰۴؛ گلدفرین و همکاران، ۲۰۱۰؛ و ون لارهن، ۲۰۱۱) هماهنگ است. نتایج این پژوهش نشان داد که مداخلات روان درمانی جدید (MBCT, BATD) می توانند به نسبت مشابه برای افراد افسرده کارایی داشته باشد. بنابراین می توان این راهکارهای جدید را برای بهبود بیماران افسرده و افزایش کیفیت زندگی آنها به کار برد.

بدین وسیله از دانشجویانی که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ملایر همکاری کاملی جهت شرکت در کلاس های آموزشی این طرح داشتند و همینطور از مسوولین محترم دانشگاه جهت در اختیار گذاشتن امکانات آموزشی برای اجرای این کار، تشکر و قدر دانی به عمل می آید.

References

- Berger, A.M., Portenoy, R.K. & Weismann, D.E. (2000). *Supportive oncology: principle & proactive*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Berlim, M.T., Pagendler, J., Caldierano, M.A., Almedia, E.A., & Loine, E. (2004). Quality of life in unipolar & Bipolar depression. *The Journal of Nervous & Mental disease*, 192(11), 792-795.
- Branhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., Williams, M.G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior Research and Therapy*, 47, 366-373.
- Britton, W., Shah, B., Sepsepsenwol, O., & Jacobs, W.L. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: result from a randomized controlled trail. *Behavior therapy*. 43(2): 365-380.
- Carlson, L. E., Bultz, B.D., & Morris, D.G. (2005). Individualized quality of life, standardized quality of life and distress in patients undergoing a phase I trial of the novel therapeutic realizing. *Health and quality of life outcomes*. 3.1-11.
- Chiesa, A., Collate, R., & Serreti, A. (2011). Dose mindfulness training improve cognitive ability? A systematic review of neuro psychological findings. *Clinical psychology*. 31. 449-446.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness-based cognitive therapy: distinctive features*. Translated; Mohammadkhani, P., Khanipour, H., Jafari, F. (2012). Tehran: University of Welfare & Rehabilitation Sciences. (persian).
- Cuijpros, P., Vanstraten, A., & Warmerdam, L. (2007). Behavioral activation treatments of depression: a meta-analysis. *Clinical psychology review*. 27. 317-326.
- Dimidjian, S., Holon, S. D., & Hobson, 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*. 76. 468-477.
- Dimidjian, S., & Hyle, J. D. (2009). newer variations of cognitive behavioral therapy: Behavioral activation and mindfulness-based cognitive therapy. *Current psychiatry reports*. 11. 453-458.

- Foly, E., Baillie, A., Huxter, M., price, M., & Sinclair, E. (2010). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Individuals Whose Lives Have Been Affected by Cancer: A Randomized Controlled Trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(1), 72-79.
- Frewen, P.A., Evans, E.M., Marry, N. (2008). Letting go: Mindfulness and negative automatic thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 758-774.
- Geschwind, N., Peeters, F., Drukker, M., Van on, J., & Wichers, M. (2011). Mindfulness training increases momentary positive emotions and Reward experience and adults vulnerable to depression: A randomized controlled Trail . *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 79, 618-628.
- Goldfrine, K.A., & Hearing, C. (2010). The effects of mindfulness based-cognitive therapy on recurrence of depressive episode, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behaviour research and therapy*, 48, 738-746.
- Hanasabzadeh, M., Yazdandoost, R., Asgharnejad-Farid, A., & Gharaee, B. (2011). Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) on suicidal depressed patients: A qualitative study. *Journal of Behavioral Sciences*, 5(1); 33-38. (Persian).
- Hayes, S., Louma, J.B., & Bond, F. (2006). Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1-25.
- Hopko, D., Lejuez, C.W., & Hopko, S.D. (2004). Behavioral activation as an intervention for coexistent depressive and anxiety symptoms. *Clinical case studies*, 3(1), 37-48.
- Hopko, D., Robertson, S.M.C., & Carvalho, J.P. (2009). Sudden gains in depressed cancer patients treatment with behavioral activation therapy. *Behavior therapy*, 42, 1-11.
- Jamshidifar, Z., Akbari, M.E., & Nafisi, N. (2014). The Effective Mindfulness Training in Decreasing the Perceived Stress among the Women Breast Cancer. *Journal Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 27, 7-16. (Persian)
- Jamshidifar, Z., Baniasadi, H., & Lotfi Kashani, F. (2013). The Effective Mindfulness On Decreasing Distress of the Women Breast Cancer. 4th World Conference on Psychology, Counseling and Guidance *WCPCG-2013. Procedia - Social and Behavioral Sciences* 114 (2014) 944 – 948
- Kanter, W.J., Busch, A.M., & Rusch, L.C. (2009). *Behavioral Activation*. Rutledge, London and New York.
- Kaviani, H., Javoheri, F., & Hatami, N. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) reduces depression and anxiety induced international. *International Journal of psychology and Psychological therapy*, 11, 285-296. (Persian).
- Kaviani, H., & Hatami, N. (2008). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on quality of life in depressed individuals. *Journal of New cognitive sciences*, 10 (4); 39-48. (Persian).
- Keune, P.M., Bostanov, V., Hautziger, M., & Kotchouby, B. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT), cognitive style, and the temporal dynamics of frontal EEG alpha asymmetry in recurrently depressed patients. *Biological psychology*, 88, 243-252.
- Kim, B., Lee, S-H., kim, Y.W., Cho, T.K., Yook, K., Suh, S.H., Cho, S.J., & Yook, K-H. (2010). Effectiveness of a mindfulness-based cognitive therapy program as an adjunct to pharmacotherapy in patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 590-595.
- Lejuez, C.W., & Hopko, D.R. (2011). Ten year revision of the brief behavioral activation treatment for depression: revised treatment manual. *Behavior modification*, 35 (2), 111-161.
- Magidson, C.A., & Macpherson, L. (2011). Examining the effect of the enhancement treatment for substance use on residential substance abuse treatment retention. *Addictive behavior*, 36, 615-623.
- Martel, C.R., dimidjian, S., Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression a clinical Guide*. Guilford press. New York- London.
- Martell, C.R., Addis, M.E., & Jacobson, N.S. (2001). *Depression in context: strategies guided action*. New York. Norton.
- Neshatdost, H.T., Nilfroshzadeh, M.A., Dehghani, F., & Molavi, H. (2009). Effectiveness of cognitive behavior stress management therapy on patient's quality of life with alopecia in skin disease and leishmaniasis research current of Isfahan. *Journal of Arak University of medical science*, 12, 125-132. persian.
- Penedo, F.J., Traeger, L., Dahn, J., Molton, I., Gonzalez, J.S., Schneidman, N., Antoni, M.H., (2007). Cognitive behavioral stress management intervention improves quality of life in Spanish monolingual Hispanic men treated for localized prostate cancer: Results of a randomized controlled trail. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14(3), 164-72.
- Roth, B. & Robins, N. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health related quality of life. *Psychosomatic medicine*, 6, 113-123.

- Segal, Z.V., Williams, J.M., & Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guildford.
- Teasdale, J.D., & Branford, P. (1993). Affect, cognition, and change: Remodeling depressive thought. Hove: Erlbaum. *Cogn Ther Re*. 32, 758-774.
- Thompson, N.L. Walker, E.R., Obolelsky, N., Winning, A., Barmon, C., Dilori, C., & Compton, M.T. (2010). Distance delivery of mindfulness-based cognitive therapy for depression: Project UPLIFT. *Epilepsy & Behavior*. 19. 247-254.
- Van Larhoven, W.M.I. (2011). Perspective on death and an afterlife in relation on quality of life, depression, and hopelessness in cancer patients without evidence of disease and advanced cancer. *Journal of pain and symptom management*. 41. 1048-1059.
- Williams, J.M.G., Alatiq, Y., Crane, C., Branhofer, T., Fennel, M.J.V., Duggan, D.S., Hepurn, S., Goodwin, G.M. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation on immediate effects on between-episode functioning. *Journal of Affective disorder*. 107. 275-279.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 8 (No. 29), pp.7-16, 2013

Comparing the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness with group therapy of behavioral activation in depression rate and quality of life of depressed people

Jafari, Davoud

Islamic Azad University, Malayer Branch, Malayer, Iran

Salehi, Mahdiye

Islamic Azad University, Tehram Markaz Branch, Tehran, Iran

Mohammadkhani, Parvaneh

Cognitive therapy based on mindfulness is a combination of Beck's cognitive therapy and Kabat Zinn's mindfulness based stress reduction program and behavioral activation provokes depressed clients searching for positive reinforcement. The aim of the current study is to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and treatment of activating behavior for depression in depression rate and quality of life in depressed students. Therefore, in a quasi-experimental 50 students of Azad University of Malayer who earned the minimum score of 20 on the exam depression test were selected. From this number, 34 people based on a structured clinical interview and in compliance with the principle of equivalency were divided into two groups of experiment randomly, to undergo mindfulness-based cognitive therapy and group therapy of behavioral activation. Both groups underwent therapeutic protocols for 8 sessions. The control group did not undergo any intervention. Both groups were assessed on depression and quality of life both before and after the grouping. Analysis of mixed variances of the data indicated that cognitive therapy based on mindfulness and behavioral activation for depression improved the median of depression scores and quality of life of subjects. It seems that west therapeutic techniques are more useful when bonded with the eastern rites.

Keywords: cognitive therapy based on mindfulness, behavioral activation, depression.

Electronic mail may be sent to: davood_jafari5361@yahoo.com