



تأثیر روش بهزیستی درمانی بر نشانگان بالینی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی

اساسی

حسن سرابندی^۱، حسن توزنده جانی^۱، حمید نجات^{۲*}

۱- گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نیشابور، نیشابور، ایران

۲- گروه مشاوره و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قوچان، قوچان، ایران

مقاله پژوهشی اصیل

چکیده

مقدمه

هدف از این مطالعه بررسی اثر بخشی روش درمانی "بهزیستی درمانی" بر نشانگان بالینی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی به صورت یک کارآزمایی بالینی تصادفی شده بود.

مواد و روش‌ها

این مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده بر روی بیماران دارای افسردگی اساسی مراجعه کننده به کلینیک روانشناختی شمیم شهر بجنورد در بازه زمانی آبان تا بهمن ۱۳۹۷ انجام شد. افراد دارای معیار ورود به مطالعه با روش تصادفی سازی بلوکی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. شرکت کنندگان در گروه مداخله تحت آموزش با روش بهزیستی درمانی در ۸ جلسه ۵۰ دقیقه ای ۱ بار در هفته قرار گرفته و گروه کنترل تحت هیچ آموزشی قرار نگرفت. هر دو گروه قبل و بعد از مطالعه و دو ماه پس از آن با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) مورد بررسی قرار گرفتند. داده ها با روش T-test مستقل و Generalized Estimating Equation (GEE) در برنامه آماری STATA12 تحلیل شدند.

یافته‌ها

در کل ۲۴ نفر معیار های ورود به مطالعه را دارا بودند که در هر گروه ۱۲ نفر به طور تصادفی قرار گرفتند. نتایج آزمون T-test مستقل تفاوت آماری معنی داری بین میانگین نمره افسردگی گروه های تحت مطالعه پس از انجام مطالعه، و در دوره پیگیری نشان داد ($P\text{-value} < 0.05$). همچنین نتایج آزمون GEE نشان داد که در گروه بهزیستی درمانی متوسط کاهش نمره افسردگی نسبت به گروه کنترل ۱۰/۹۰ نمره است ($p\text{-value} < 0.001$).

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که بهزیستی درمانی می تواند در کاهش افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی اثر بخش باشد.

کلیدواژه‌ها

افسردگی، بهزیستی درمانی، روانشناسی مثبت گرا، نشانگان بالینی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۱۱

*نویسنده مسئول: حمید نجات،

استادیار، گروه مشاوره و روانشناسی، واحد

قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران

تلفن: ۰۵۱۴۷۰۱۱۱۴۴

پست الکترونیک:

hnejat54@yahoo.com



مقدمه

اختلال افسردگی اساسی شایعترین اختلال روانشناختی در دنیا به شمار می‌رود و بسیاری از کشورها دنیا دارای بار بیماری بالایی از آن هستند (۱). از علائم اختلال افسردگی اساسی می‌توان به غمگینی، احساس ناامیدی و اندوه، کاهش لذت و علاقه به زندگی، تغییر در الگوی وزن و خواب، خستگی مزمن، اختلال در تفکر و تمرکز و احساس گناه اشاره نمود (۲). اختلال افسردگی اساسی بیماری شایع، پرهزینه و ناتوان کننده است و حدود ۱۰ درصد از مراجعات به مراکز درمانی مربوط به این اختلال است (۲-۴). برآورد شده است که حدود ۶ درصد از جمعیت بالغان جهان در هر سال مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شوند (۵) و هم اکنون این اختلال بین سایر عوامل دومین علت بار بیماری‌های را در جهان دارا است (۶).

علاوه بر این اختلال افسردگی اساسی می‌تواند یکی از عوامل ایجاد کننده بیماری‌هایی مانند دیابت، بیماری‌های قلبی و سکتة مغزی باشد (۷). شیوع این اختلال در زنان نسبت مردان حدود دو برابر بیشتر اتفاق می‌افتد (۸) و برآورد شده است که بیش از ۵۰ درصد از هشتصد هزار خودکشی که در سال اتفاق می‌افتد مرتبط با افسردگی باشد و بیماران دارای اختلال افسردگی اساسی تقریباً ۲۰ بار بیشتر نسبت به جمعیت عمومی احتمال مرگ ناشی از خودکشی را دارا هستند (۹، ۱۰). روش‌های درمانی مختلفی برای درمان افسردگی وجود دارد که از جمله شایع‌ترین این روش‌ها می‌توان به درمان شناختی-رفتاری، بهزیستی درمانی، درمان‌های حل مسئله، درمان‌های رفتاری و درمان‌های بین فردی اشاره نمود (۱۱-۱۳).

بهزیستی درمانی بر گرفته از مدل روانشناختی بهزیستی است که در سال ۱۹۵۸ توسط ماری جاهودا معرفی شد (۱۴). این روش درمانی به صورت هدفمند، مشکل مدار و بر

اساس الگوی آموزشی است. تکنیک اصلی مورد استفاده در این روش درمانی، خویشتن نگری با استفاده از دفترچه یادداشت روزانه و تعامل مثبت و سازنده میان درمانگر و بیمار است (۱۵). بهزیستی درمانی یکی از مداخله‌های روانشناسی مثبت‌گرا محسوب می‌شود که اساس آن بر تفاوت بین تفکر مثبت و انتظارات غیر واقعی و همچنین افزایش بهزیستی روانشناختی استوار است. به عبارت دیگر بهزیستی درمانی در پی مطالعه هیجان‌ها، ویژگی‌ها و نمادهای مثبت و افزایش شادکامی در افراد است تا از طریق افزایش ویژگی‌های اخلاقی و معنوی، از آسیب‌های روانی در افراد جلوگیری کند (۱۶). رایان و دسی مفهوم بهزیستی را در دو بعد اصلی خوشنودی و رضایت مورد بررسی قرار داده‌اند و معتقدند مفهوم بهزیستی مفهومی است که به احساسات مثبت به جای احساسات منفی و رضایت افراد از چیزهای که در زندگی پیدا می‌کنند می‌پردازد (۱۷).

تاکنون مطالعه‌های کمتری در ارتباط با بررسی تأثیر بهزیستی درمانی در درمان افسردگی اساسی انجام شده است اما از مطالعه‌های که در این باره انجام شده است بیشتر آنها تأثیر مثبت بهزیستی درمانی را در درمان افسردگی نشان داده‌اند (۱۸-۲۰) و برخی نیز تأثیری در این باره نشان نداده‌اند (۲۱). از این رو جهت مشخص نمودن تأثیر بهتر بهزیستی درمانی در درمان افسردگی اساسی نیاز به مطالعه بیشتری است. بنابراین این مطالعه با هدف بررسی اثر بخشی بهزیستی درمانی بر نشانگان بالینی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی طراحی و انجام گردید.

مواد و روش‌ها

تمامی مراحل گزارش این مطالعه طبق پروتکل گزارش مطالعه‌های کارآزمایی بالینی (CONCORT) انجام شد (۲۲). جامعه آماری این پژوهش شامل همه مراجعه کنندگان به مرکز مشاوره روانشناختی شمیم شهر بجنورد



پرسشنامه در ایران توسط دکتر دابسون و محمدخانی در سال ۱۳۸۶ بر روی ۳۵۴ نفر مبتلا به افسردگی اساسی انجام و آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای تایید پایایی پرسشنامه گزارش شد (۲۴).

مداخله: تشخیص افسردگی اساسی توسط یک نفر روانشناس با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) و بر اساس معیارهای DSM-5 انجام شد. سپس افرادی که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند با روش تصادفی سازی بلوکی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. گروه مداخله تحت آموزش با روش بهزیستی درمانی در ۸ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای و یک بار در هفته و گروه کنترل تحت هیچ آموزشی قرار نگرفت. آموزش برای هر دو گروه توسط یک روانشناس انجام گردید. اندازه‌گیری در هر دو گروه با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) صورت گرفت. در هر دو گروه در جلسه اول پیش آزمون و در جلسه آخر پس آزمون برگزار شد و ۲ ماه بعد مورد بررسی دوباره با این پرسشنامه قرار گرفتند. در گروه مداخله تمامی جلسات ساختارمند بود به نحوی که هر جلسه هدف خاصی داشت و در آخر هر جلسه تکالیفی برای انجام دادن در خانه داده می‌شد (جدول ۱).

در بازه زمانی آبان تا بهمن ۱۳۹۷ بود. معیارهای ورود به مطالعه شامل تشخیص افسردگی اساسی با تست افسردگی بک، داشتن سن ۱۸ تا ۵۰ سال و داشتن حداقل مدرک دیپلم بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل داشتن اختلالات روانی عمده از جمله اختلال شخصیت، اعتیاد به مواد مخدر و الکل، داشتن غیبت بیش از دو جلسه، دریافت درمان‌های روانشناختی و دارویی دیگر همزمان با پژوهش بود. حجم نمونه در این مطالعه با توجه به مطالعه پیرنیا و همکاران با آلفای ۰/۰۵، بتای ۰/۲۵ و اندازه اثر یک برای هر گروه ۱۲ نفر برآورد شد (۲۱). قبل از انجام مطالعه از تمامی شرکت کنندگانی که معیارهای ورود به مطالعه را دارا بودند موافقت آگاهانه به صورت کتبی کسب شد. این پژوهش با کد IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1397.008 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور تایید و در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران با کد IRCT20181016041364N1 ثبت شد.

پرسشنامه: پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II) (این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۲۳). این پرسشنامه دارای ۲۱ سؤال در یک طیف لیکرت چهار گزینه‌ای است که به ترتیب با نمرات صفر تا ۳ نمره گزاری می‌شوند طوری که نمره بیشتر نشان دهنده شدت بیشتر افسردگی است. حداقل و حداکثر نمره هر فرد به ترتیب ۰ و ۶۳ است. اعتبار سنجی ورژن فارسی این



جدول ۱- خلاصه ای از محتوی جلسات بهزیستی درمانی

جلسه	شرح مختصر جلسه
اول	گرفتن شرح حال از شرکت کنندگان، آگاه کردن شرکت کنندگان از ساختار و شرایط بهزیستی درمانی که شامل تعداد جلسات احتمالی، مدت زمان جلسات، فاصله بین جلسات و تمرین خانگی تعیین شده، تشریح مفهوم خود-درمانی، دادن اولین تمرین خانگی (یادداشت خوشحالی)
دوم	بررسی هفته گذشته، مرور یادداشت خوشحالی، شروع فهم این موضوع که چه احساسات و تجربی موجب بهتر شدن حال شرکت کنندگان می‌شوند، توضیح دادن درباره افکار و رفتارهایی که مانع بهزیستی می‌شوند، ادامه تعیین تکلیف خانگی (یادداشت خوشحالی)
سوم	بررسی هفته گذشته، مرور یادداشت خوشحالی، ادامه مبحث جلسه گذشته و شروع درک این مطلب که چه افکار و یا رفتارهایی منجر به قطع زودرس خوشحالی می‌شوند، جای دادن ستون مشاهده گر در یادداشت خوشحالی، ادامه دادن تکالیف خانگی (یادداشت خوشحالی، تشویق فعالیتها و برنامه‌ریزی)
چهارم	بررسی هفته گذشته، مرور یادداشت خوشحالی، ادامه مبحث جلسه گذشته و آغاز بازسازی شناختی افکار یا رفتارهایی که موجب مختل شدن پیش‌سرس بهزیستی می‌شوند از طریق تکمیل ستون مشاهده گر، ادامه دادن تکالیف خانگی (یادداشت خوشحالی، تشویق فعالیتها و برنامه‌ریزی)
پنجم	بررسی هفته گذشته، مرور یادداشت های خوشحالی، ادامه بازسازی شناختی افکار یا رفتارهایی که موجب مختل شدن پیش‌سرس بهزیستی می‌شوند از طریق تکمیل ستون مشاهده گر، ادامه دادن تکالیف خانگی (یادداشت خوشحالی، تشویق فعالیتها و برنامه‌ریزی)
ششم	بررسی کلی وضعیت شرکت کنندگان، مرور یادداشت های خوشحالی، بررسی بازسازی شناختی و مقابله زنده با افکار خودآیند، معرفی یا ارتقا برخی از ابعاد مختل بهزیستی با توجه به مطالب ارائه شده، ادامه تکالیف خانگی (یادداشت خوشحالی، ترغیب فعالیت و برنامه ریزی، تکالیف درجه بندی شده)
هفتم	بررسی کلی وضعیت شرکت کنندگان، مرور یادداشت خوشحالی، بررسی بازسازی شناختی و مقابله زنده با افکار خودآیند، ادامه تکالیف خانگی (یادداشت خوشحالی، ترغیب فعالیت و برنامه ریزی، تکالیف درجه بندی شده)
هشتم	بررسی احساس مراجع درباره اتمام جلسات، بررسی یادداشت خوشحالی، خاطرنشان ساختن پیشرفت هایی که در حیطه های مختلف بهزیستی روی داده و کاهش ناراحتی و پریشانی، گفت و گو درباره مشکلاتی که خود درمانی مربوط به بهزیستی درمانی را محدود می‌کنند، تاکید بر اهمیت ادامه دادن خود درمانی بعد از اتمام جلسات

۶ بلوک به تصادف انتخاب و توالی تصادفی ایجاد شد. سپس شرکت کنندگان طبق توالی تصادفی ایجاد شده به گروه‌های مداخله و کنترل تقسیم شدند.

آنالیز آماری: برای توصیف متغیرهای کمی از میانگین (انحراف معیار) و برای توصیف متغیرهای کیفی از فراوانی

تصادفی سازی: در این مطالعه برای تخصیص شرکت کنندگان به گروه‌های مداخله و کنترل از روش تصادفی سازی بلوکی با اندازه‌های مساوی استفاده شد. از بین حداکثر ۶ حالت برای بلوک‌های چهارتایی شامل دو فرد از گروه مداخله و دو کنترل، با استفاده از جدول اعداد تصادفی،



(درصد) استفاده شد. برای مقایسه میانگین بین دو گروه از T-test و برای بررسی رابطه بین متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکور یا آزمون دقیق فیشر استفاده گردید. همچنین برای مقایسه میانگین نمره افسردگی در طول زمان بین گروه‌های مطالعه از:

GEE models Generalized Estimating Equation با ماتریکس همبستگی (exchangeable) استفاده شد. آنالیز داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری Stata12 انجام و مقدار $p\text{-value} < 0.05$ سطح معنی‌دار آماری در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در کل از ۵۰ نفری که در بازه زمانی مورد نظر به مرکز روانشناختی مراجعه کردند ۲۴ نفر معیارهای ورود به مطالعه

را دارا بودند که به طور تصادفی در دو گروه ۱۲ نفری قرار گرفتند. در طول مطالعه نیز یک نفر از گروه کنترل به دلیل عدم مراجعه مجدد از مطالعه خارج شد. فراوانی زنان در گروه مداخله و کنترل به ترتیب ۶۶/۷ و ۷۲/۷ درصد بود. گروه سنی بین ۱۸ تا ۳۲ سال بیشترین فراوانی را در گروه مداخله دارا بود و فراوانی هر دو گروه سنی در گروه کنترل با هم برابر بود. ۵۸/۳ درصد افراد در گروه مداخله دارای تحصیلات دیپلم و ۵۴/۵ درصد افراد در گروه کنترل دارای تحصیلات لیسانس بودند. همچنین در هر دو گروه بیشتر افراد متأهل بودند. در ابتدای مطالعه در هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد ($p\text{-value} < 0.05$ جدول ۲).

جدول ۲- مقایسه ویژگی‌های جمعیت شناختی افراد تحت مطالعه در ابتدای مطالعه

متغیر	گروه بهزیستی درمانی تعداد (%)	گروه کنترل تعداد (%)	p-value
جنس	مرد ۴ (۳۳/۳)	۳ (۲۷/۳)	۰/۷۵
	زن ۸ (۶۶/۷)	۸ (۷۲/۷)	
سن	۱۸-۳۲ ۶ (۵۰/۰)	۶ (۵۴/۵)	۰/۸۲
	۳۳-۴۰ ۶ (۵۰/۰)	۵ (۴۵/۵)	
وضعیت تاهل	مجرد ۵ (۴۱/۷)	۲ (۱۸/۲)	۰/۲۲
	متاهل ۷ (۵۸/۳)	۹ (۸۱/۸)	
سطح تحصیلات	دیپلم و فوق دیپلم ۷ (۵۸/۳)	۵ (۴۵/۵)	۰/۵۳
	کارشناسی و بالاتر ۵ (۴۱/۷)	۶ (۵۴/۵)	

نتایج آزمون T-test مستقل تفاوت آماری معنی داری بین میانگین نمره افسردگی در گروه‌های تحت مطالعه، پیش از مداخله نشان نداد ($p\text{-value} = 0.34$) اما نتایج این آزمون پس

از مطالعه و در دوره پیگیری تفاوت آماری معنی داری را بین میانگین نمره افسردگی گروه‌های تحت مطالعه نشان داد ($p < 0.05$ جدول ۳).



جدول ۳- نتایج آزمون T-test مستقل جهت مقایسه میانگین نمره افسردگی در بین گروه‌های مطالعه قبل، بعد و دو ماه پس از مطالعه

مداخله	گروه بهزیستی درمانی انحراف معیار $\pm$ میانگین	گروه کنترل انحراف معیار $\pm$ میانگین	P-value
قبل مطالعه	۳۲/۵ $\pm$ ۶۵/۱۵	۳۰/۶ $\pm$ ۴۰/۱۵	۰/۳۴
بعد از مطالعه	۲۳/۴ $\pm$ ۹۰/۹۰	۳۲/۷ $\pm$ ۰۰/۰۰	۰/۰۰۴
دو ماه پس از مطالعه	۲۴/۷ $\pm$ ۰۰/۷۰	۳۲/۷ $\pm$ ۸۰/۷۰	۰/۰۰۲

نتایج آزمون GEE کاهش معنی دار نمره افسردگی در گروه مداخله را نسبت به گروه کنترل در طول دوره پیگیری نشان داد به طوری که در طی دوره پیگیری متوسط کاهش نمره

افسردگی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل ۱۰/۹۰ نمره بود (جدول ۴).

جدول ۴- نتایج آنالیز Generalized Estimation Equation (GEE) برای پیش بینی نمره افسردگی اساسی در طول زمان

ضریب رگرسیونی	SE	فاصله اطمینان ۹۵ درصد	P-value
گروه بهزیستی درمانی a	۱۰/۹۰-	۱۳/۴۰- ۸/۴۰]	<۰/۰۰۱

بحث

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی بهزیستی درمانی بر نشانگان بالینی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد. نتایج این مطالعه نشان داد که بهزیستی درمانی در درمان افسردگی اساسی تأثیر مثبتی دارد و استفاده از این روش می‌تواند میزان افسردگی را در طول زمان نسبت به افرادی که هیچ گونه مداخله‌ای نمی‌گیرند به طور متوسط ۱۰/۹۰ نمره کاهش دهد.

بر اساس جستجوهای انجام شده مشخص شد تا کنون مطالعه کمتری تأثیر بهزیستی درمانی را در درمان افسردگی به دلیل بدیع بودن آن مورد بررسی قرار داده‌اند و اکثریت این مطالعه‌های محدود نیز تأثیر مثبت بهزیستی درمانی را در کاهش افسردگی نشان داده‌اند. در مطالعه فراتحلیلی که

توسط سین و لووبومیرسکی با هدف بررسی مداخله‌های روانشناختی بر افزایش بهزیستی بر روی ۵۲ مطالعه مداخله‌ای با ۴۲۶۶ نفر انجام شد. نتایج نشان داد که مداخله‌های روانشناسی مثبت‌گرا علائم افسردگی را کاهش و بهزیستی را افزایش می‌دهد. علاوه بر این عوامل مختلفی از جمله وضعیت افسردگی، سن بیماران و مدت زمان مداخلات در اثر بخشی مداخلات روانشناسی مثبت‌گرا مؤثر است (۱۶). در مطالعه کوهورتی که توسط وود و جوزف در طی ۱۰ سال انجام شد، مشخص گردید افرادی که از بهزیستی بالایی برخوردار هستند نسبت به افرادی که از بهزیستی پایینی برخوردار هستند ۷ بار کمتر به افسردگی در طی دوره ۱۰ ساله مبتلا می‌شوند. همچنین پس از کنترل شخصیت، سابقه افسردگی، متغیرهای سلامت جسمانی،



انجام شد تأثیر مثبت بهزیستی درمانی نسبت به درمان شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی مشخص نشد (۲۷). یافته‌های مطالعه‌هایی که پیشتر ذکر گردید نشان از تأثیر مثبت بهزیستی درمانی در کاهش افسردگی و سایر اختلال‌های روانی است. در تبیین اینکه چگونه این درمان منجر به کاهش افسردگی می‌شود می‌توان به این نکته اشاره نمود که بهزیستی درمانی، درمانی مثبت گرا بوده که تمام ابعاد روانشناختی را پوشش می‌دهد و از طریق ایجاد تغییرات مثبت در باورها، احساسات و رفتارهای فرد و افزایش اعتماد به نفس منجر به بهبودی افسردگی و سایر اختلال‌های روانی می‌شود. در واقع تکنیک اصلی مورد استفاده در این درمان خویشتن‌نگری با استفاده از یادداشت روزانه و تعامل مثبت و سازنده بین درمانگر و بیمار است (۲۸).

از نقاط قوت این مطالعه می‌توان به خارج شدن تعداد کمی از بیماران (یک نفر در گروه کنترل) در طول دوره مطالعه اشاره کرد. از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان نخست به وارد شدن بیماران تنها از یک مرکز و در نتیجه عدم تعمیم نتایج برای همه جمعیت، دوم به عدم امکان انجام کور سازی و آگاهی بیماران و درمانگران از قرار گرفتن در گروه‌های مطالعه و سوم به پایین بودن حجم نمونه اشاره نمود.

نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه تأثیر مثبت روش بهزیستی درمانی را بر بهبود افسردگی اساسی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نشان داد. پیشنهاد می‌شود جهت مشخص شدن بهتر تأثیر بهزیستی درمانی در کاهش نشانگان بالینی افسردگی اساسی مطالعه‌هایی با حجم نمونه‌های بالاتر و با دوره‌های پیگیری طولانی‌تر در جمعیت‌های مختلف انجام گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود مطالعه‌هایی جهت بررسی

اقتصادی و دموگرافی افراد با بهزیستی پایین بیش از دو برابر احتمال ابتلا به افسردگی را داشتند (۲۵). همچنین در مطالعه که اخیراً توسط معینی زاده و همکاران بر روی افسردگی اساسی زنان نابارو انجام شد، نتایج نشان داد که بهزیستی درمانی اثر مثبتی بر کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش بهزیستی روانی در این افراد دارد (۲۰). اما در مطالعه‌ای که توسط پیرنیا و همکاران در سال ۱۳۹۵ بر روی مردان تحت درمان اجتماع مدار انجام شد اثر مثبت بهزیستی درمانی در کاهش افسردگی نسبت به گروه کنترل نشان داده نشد (۲۱).

علاوه بر این در برخی از مطالعه‌های دیگر اثربخشی بهزیستی درمانی در مقایسه با سایر روش‌های درمانی مورد مقایسه قرار گرفته است که بیشتر این مطالعه‌ها اثر مثبت بهزیستی درمانی را نسبت به سایر روش‌های درمانی نشان داده‌اند. در مطالعه که توسط معینی زاده و همکاران در سال ۲۰۱۰ انجام شد اثربخشی بهزیستی درمانی و درمان شناختی-رفتاری در بیماران مبتلا به افسردگی مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج این مطالعه تأثیر مثبت بهزیستی درمانی را نسبت به درمان شناختی-رفتاری در کاهش افسردگی و افزایش بهزیستی نشان داد (۱۸). در مطالعه انجام شده توسط فاوا و همکاران در سال ۲۰۰۵ اثر بخشی دو روش درمان شناختی-رفتاری با درمان شناختی-رفتاری و بهزیستی درمانی (به صورت توأم) در بیماران دارای اختلال‌های اضطرابی مورد مقایسه قرار گرفت؛ نتایج این مطالعه نشان داد تأثیر درمان شناختی-رفتاری و بهزیستی درمانی (به صورت توأم) از تأثیر درمان شناختی-رفتاری به تنهایی بیشتر است. به طوری که اضافه کردن بهزیستی درمانی به درمان شناختی-رفتاری باعث افزایش سطح بهبودی در اختلال‌های اضطرابی بیماران شد (۲۶). اما در مطالعه دیگری که توسط فاوا و همکاران در سال ۱۹۹۸



تأثیر بهزیستی درمانی در پیشگیری از عود افسردگی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام گردد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان نامه مقطع دکتری رشته روانشناسی عمومی با شماره پایان نامه ۹۶-۲۵۷ دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور است. در اینجا از کلیه افرادی که

در تهیه و به اتمام رساندن این پایان نامه ما را یاری نمودند کمال تشکر را داریم.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان وجود ندارد.

References

1. Veerman JL, Dowrick C, Ayuso-Mateos JL, Dunn G, Barendregt JJ. Population prevalence of depression and mean Beck Depression Inventory score. *Br J Psychiatry*. 2009;195(6):516-9.
2. American Psychological Association. Summit on women and depression: Proceedings and recommendations. Washington, DC: [Am Psychol](#). 2002.
3. Berardi D, Leggieri G, Ceroni GB, Rucci P, Pezzoli A, Paltrinieri E, et al. Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. *Fam Pract*. 2002;19(4):397-400.
4. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry*. 2006;163(12):2141-7.
5. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, De Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC med*. 2011;9(1):90.
6. Otte C, Gold SM, Penninx BW, Pariente CM, Etkin A, Fava M, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2016;2:16065.
7. Whooley MA, Wong JM. Depression and cardiovascular disorders. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:327-54.
8. Seedat S, Scott KM, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):785-95.
9. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014;13(2):153-60.
10. World Health Organization. WHO releases progress in national suicide prevention strategies 2016. Available from: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/.
11. Cuijpers P, Smit F, Bohlmeijer E, Hollon SD, Andersson G. Efficacy of cognitive-behavioural therapy and other psychological treatments for adult depression: meta-analytic study of publication bias. *Br J Psychiatry*. 2010;196(3):173-8.
12. Cuijpers P, Geraedts AS, van Oppen P, Andersson G, Markowitz JC, van Straten A. Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis. *Am J Psychiatry*. 2011;168(6):581-92.
13. Barth J, Munder T, Gerger H, Nuesch E, Trelle S, Znoj H, et al. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001454.
14. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. 1958. Stratford: Ayer Company Publishers. 1999.
15. Fava GA, Rafanelli C, Cazzaro M, Conti S, Grandi S. Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychol Med*. 1998;28(2):475-80.
16. Sin NL, Lyubomirsky S. Enhancing well-being and alleviating depressive symptoms with positive psychology interventions: A practice-friendly meta-analysis. *J Clin Psychol*. 2009;65(5):467-87.
17. Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psychol*. 2001;52(1):141-66.
18. Moeenizadeh M, Kumar SKK. Well-being therapy (WBT) for depression. *Int J Psychol Stud*. 2010;2(1):107.
19. Fava GA, Cosci F, Guidi J, Tomba E. Well-being therapy in depression: New insights into the role of psychological well-being in the clinical process. *Depress Anxiety*. 2017;34(9):801-8.



20. Moeenizadeh M, Zarif H. The Efficacy of Well-Being Therapy for Depression in Infertile Women. *Int J Fertil*. 2017;10(4):363-70.
21. Pirnia B, Mansour S, Najafi E, Reyhani R. Effectiveness of Well Being Therapy on Symptoms of Anxiety, Stress and Depression in Men on Therapeutic-Community. *Community Health Journal*. 2016;10(4):47-56. [Persioan].
22. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMC med*. 2010;8(1):18.
23. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*. 1996;67(3):588-97.
24. Dobson KS, Parvaneh MK. Psychometric Co-ordinates of Beck Depression Inventory in patients with major depressive disorder during Relapse 8. 2007.[Persion].
25. Wood AM, Joseph S. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: a ten year cohort study. *J Affect Disord*. 2010;122(3):213-7.
26. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Salmaso L, Mangelli L, et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychother Psychosom*. 2005;74(1):26-30.
27. Fava GA, Rafanelli C, Cazzaro M, Conti S, Grandi S. Well-being therapy. A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychological medicine*. 1998;28(2):475-80.
28. Fava GA. Well-being therapy: Treatment manual and clinical applications: Karger Medical and Scientific Publishers; 2016.



The Effect of well-being therapy method on the clinical syndrome of patients with major depressive disorder

Hassan sarabandi¹, Hassan Toozandehjani¹, Hamid Nejat^{*2}

1-Department of Psychology, School of Humanities, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

2-Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran

OriginalArticle

Received: 16 Mar 2019

Accepted: 2 Sep 2019

*Corresponding Author:

Hamid Nejat, Assistant Professor, Department of Psychology, Quchan Branch, Islamic Azad University, Quchan, Iran

TEL: 05147011144

Email: hnejat54@yahoo.com

ABSTRACT

Introduction

This study aimed to evaluate the effectiveness of the "well-being therapy" method on the clinical syndrome in patients with major depression as a randomized clinical trial.

Materials and Methods

This randomized clinical trial study was performed on patients with major depression who referred to the psychological clinic of Shamim, Bojnurd city in the period from November 2018 to February 2019 years. Participants eligible to enter the study were assigned to the intervention and control groups with a random block method. In the intervention group, Well-being therapy was performed in 8 sessions of 50 minutes and once a week, and the control group did not receive any treatment. Both groups were evaluated before and after the study and two months later by the Second Depression Beck Depression Inventory (BDI-II). Data were analyzed by T-test independent and generalized estimation equations (GEE) in STATA12 statistical.

Results

A total of 24 subjects had inclusion criteria in which 12 participants were randomly assigned to each group. Independent T-test results showed a significant difference between the mean depression scores of the groups after the study and the follow-up period (P-value <0.05). The results of the GEE test showed that in the well-being group, the mean depression scores decreased 10.90 rather than the control group (p-value <0.0001).

Conclusion

The results of this study showed that well-being therapy can be effective in reducing depression in patients with major depression.

Keywords

Major Depression, Well-being Therapy, Positive psychology, Clinical syndrome

► **Please cite this article as:** Sarabandi H, Toozandehjani H, Nejat H. The Effect of well-being therapy method on the clinical syndrome of patients with major depressive disorder. J Neyshabur Univ Med Sci 2020;8(1):127-136.