

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در ترکیب با دارودرمانی در مقایسه با دارودرمانی بر افسردگی و خشم بیماران مبتلا به اختلال افسرده‌خویی

ساجده حمیدیان[✉]، عبدالله امیدی^{**}، راحیل پور ابوالقاسمی^{***}،

قاسم نظیری^{****} و مسعود موسوی نسب^{*****}

چکیده

در پژوهش حاضر اثربخشی ترکیب درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و دارودرمانی در مقایسه با دارودرمانی به تنهایی بر نشانگان افسردگی و خشم در بیماران مبتلا به اختلال افسرده‌خویی بررسی شد، پژوهش مقطعی از نوع کارآزمایی بالینی بود، جامعه آماری افراد مراجعه کننده به دو کلینیک روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز بودند. ۵۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ابتلا به اختلال افسرده‌خویی یا افسردگی مضاعف، سن بالاتر از ۱۸ سال و تحصیلات حداقل دیپلم از ملاک‌های ورود و ابتلا به سایکوز، اعتیاد به مواد و اختلال شخصیت از ملاک‌های خروج از مطالعه بودند. شرکت کنندگان در گروه کنترل برای درمان افسرده‌خویی صرفاً دارو و در گروه آزمایش علاوه بر مصرف دارو درمان گروهی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به مدت ۸ جلسه ۲-۲/۵ ساعته به مدت ۸ هفته نیز دریافت می‌کردند. بیماران در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه‌های افسردگی بک ۲ و پرسشنامه حالت-صفت خشم را تکمیل کردند. در نهایت اطلاعات به دست آمده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. یافته‌های این مطالعه حاکی از کاهش معنادار شدت افسردگی و میزان خشم در میان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل است. از این رو می‌توان گفت افزودن روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به درمان دارویی در درمان افراد مبتلا به اختلال افسرده‌خویی سبب بهبود ملاحظه‌پذیر نشانه‌های افسردگی و خشم در این افراد در مقایسه با دارودرمانی به تنهایی می‌شود.

کلیدواژه‌ها: افسرده‌خویی؛ شناخت‌درمانی؛ ذهن‌آگاهی؛ خشم

[✉] دانشجوی دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران

sajedeh.hamidian@gmail.com

^{**} دکتری روان‌شناسی بالینی، دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان

^{***} کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران

^{****} دکتری روان‌شناسی بالینی، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز، شیراز.

^{*****} روان‌پزشک، استاد گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۳/۴ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۷/۲۵

مقدمه

افسرده‌خویی^۱ اولین بار در طبقه‌بندی DSM-III در سال ۱۹۸۰، در دسته اختلالات خلقی قرار گرفت (بالدوین^۲ و بیرت ویستل^۳، ۲۰۰۲). اختلال افسرده‌خویی در بزرگسالان یک اختلال افسردگی مزمن است که با نشانه‌های دوره‌ای مشخص می‌شود. نشانه‌ها بیشتر روزها ظاهر می‌شوند و فرد به مدت بیش از ۲ ماه خلق معمولی، خلق بالا یا دوره‌های هیپومانیک ندارد یا به مدت بیش از ۲ هفته، دوره‌های افسردگی اساسی را تجربه نمی‌کند (دانر^۴، ۲۰۰۵؛ سادوک^۵ و سادوک، ۲۰۰۹). در ویراست پنجم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5). نیز این اختلال تحت نام اختلال افسردگی مداوم^۶ آورده شده است و از نظر ملاک‌های تشخیصی مشابه تعریف اختلال افسرده‌خویی در DSM-IV است و تنها برخی تعیین‌کننده‌های مربوط به شدت، نوع علائم غالب و اختلالات همراه، به آن افزوده شده است (جست، لیبرمن، فسler و پیل^۷، ۲۰۱۳).

مطالعات نشان داده‌اند که شاخصه افسرده‌خویی بیشتر نشانه‌های شناختی-عاطفی هستند تا نشانه‌های نباتی و حرکتی که بیشتر در افسردگی عمده دیده می‌شوند (سرتی، جوری، کاسادیب، راویزاک، اسمرالدی و اکیسکال^۸، ۱۹۹۹). اثرات سوء روان‌شناختی افسرده‌خویی شامل کیفیت زندگی مختل، سطوح بالای ناتوانی، حمایت اجتماعی ناکافی و سازگاری زناشویی و بالینی ضعیف است. شدت افسردگی، مزمن بودن بیماری و اختلالات همراه آن تعیین‌کننده‌های اصلی اثرات منفی اجتماعی افسرده‌خویی به‌ویژه کیفیت زندگی و ناتوانی حاصل از آن هستند (سابود، اوستی، چاکوآبارتی^۹، ۲۰۰۸). انگست^{۱۰} در مروری طیفی نسبت مرد به زن را ۲ به ۱ و شیوع در افراد سنین بالاتر را نسبت به افراد جوانتر بیشتر نشان داد (بالدوین و بیرت ویستل، ۲۰۰۲).

-
1. Dysthymia
 2. Baldwin
 3. Birtwistle
 4. Dunner
 5. Sadock
 6. Persistent Depressive Disorder
 7. Jeste, Lieberman, Fessler & Peele
 8. Serretti, Jory, Casadeib, Ravizzac, Smeraldi & Akiskal
 9. Subodh, Avasthi & Chakvabarti
 10. Angst

اکثریت بیماران افسرده خو در طی دورهٔ بیماری بالاخره یک دورهٔ افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند (دائر، ۲۰۰۵؛ کوواکس^۱ و همکاران، ۱۹۹۴؛ کلین^۲ و همکاران، ۲۰۰۰؛ کلین و همکاران، ۱۹۹۸؛ برونلو^۳ و همکاران، ۱۹۹۹). این پدیده «افسردگی مضاعف»^۴ نامیده می‌شود (برونلو، اکیسکال، بویر، جسا، هولند، لنگر، وسلی^۵، ۱۹۹۹؛ سادوک و سادوک، ۱۳۸۴). بسیاری از مطالعات وجود یک رابطهٔ نزدیک بین خشم و افسردگی را هم در جمعیت نرمال (رابینز و تنک^۶، ۱۹۹۷) و هم جمعیت بالینی تأیید کرده‌اند. نظریه‌های اولیهٔ روان‌پویایی معطوف‌شدن خشم نسبت به خود را یکی از مکانیزم‌های بیماری‌زا در افسردگی فرض کرده‌اند (بلات^۷، ۱۹۹۸). خشم، متشکل از خشم درونی‌شده، خشم معطوف‌به بیرون و کنترل خشم است. خشم درونی شده تمایل برای سرکوبی افکار و احساسات خشمناک و خشم معطوف به بیرون منعکس‌کنندهٔ تمایل برای درگیری در رفتارهای پرخاشگرانه معطوف به موضوع یا فردی خاص در محیط است (اسپیلبرگر^۸، ۱۹۹۱، به نقل از فیاض و بشارت، ۲۰۱۱).

نظریه‌های تکاملی اخیر افسردگی نیز پیشنهاد کرده‌اند که افسردگی ممکن است به عملکرد ناتنظیم راهبردهای جنگ و گریز مربوط باشد که یک فرآیند فیزیولوژیک مهم وابسته به خشم است (گیلبرت، ۲۰۰۱؛ گیلبرت، گیلبرت و آرونز^۹، ۲۰۰۴). بنابر نظریه‌های روانکاوی، افسردگی ناشی از خشم معطوف به درون است، پس افراد باید خشم خود را تخلیه کنند، اما این نظریه، با کارهای بسیاری از روان‌شناسان که نشان دادند ابراز خشم عموماً خشم را افزایش می‌دهد، زیر سؤال رفت (فیاض و بشارت، ۲۰۱۱). در یک مطالعه بین خشم و افسردگی مشاهده شد، میزان خصومت معطوف‌شده به درون با شدت دوره‌های افسردگی مرتبط

-
1. Kovacs
 2. Klein
 3. Brunello
 4. Double depression
 5. Brunello, Akiskal, Boyer, Gessa, Howland, Langer & Wessely
 6. Robbins & Tanck
 7. Blatt
 8. Blatt
 9. Gilbert, Gilbert & Irons

بود (شلس و مندلز، کیپرمن، کوچرین^۱، ۱۹۷۴).

در سه دهه گذشته، شناخت‌درمانی با کاستی‌های فراوان مواجه بوده‌است. لذا پس از نقدهای نظری برای تبیین رابطه شناخت و هیجان، مدل‌های خطی کلاسیک در تبیین آسیب‌شناسی اختلالات روانی به تدریج جای خود را به مدل‌های پیچیده‌تر و چند لایه دادند (لاریجانی، محمدخانی، حسنی، سپاه‌منصور و محمودی، ۱۳۹۳). موج سوم، مجموعه درمان‌های رفتاری متنوعی از مداخلات است که ویژگی مشترک همه آن‌ها این است که ذهن آگاهی به تجارب درونی را تشویق می‌کنند و بر پذیرش افکار و احساسات درونی منفی به جای تغییر آن‌ها تأکید می‌کنند. تیزدل^۲ اولین بار شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را برای پیشگیری از عود و بازگشت نشانه‌های افسردگی در بیماران دارای سابقه عود دوره‌های افسردگی عمده به کاربرد (تیزدل، سگال، ویلیامز، ریجوی، سولسبی و لو، ۲۰۰۰). تیزدل (۱۹۹۷) بیان می‌کند که ما یک ذهن نداریم، بلکه چند ذهن داریم که هر کدام از آن‌ها ممکن است برای لحظه‌ای فعال شوند. در اختلالات خلقی فرد به یکی از این ذهن‌ها می‌چسبد و تعامل بین شناخت و هیجان، نقش اصلی در تداوم چنین ذهن‌هایی بازی می‌کند. نظریه زیر سیستم‌های شناختی متعامل تیزدل^۳ درباره افسردگی را بیان می‌کند. از این دیدگاه خلق عادی با مدل طرحواره‌ای کارآمد همراه است که در آن ارزش شخص نسبتاً مستقل از دیگران است، ضمناً به موفقیت و شکست در تکالیف نیز مربوط نیست. تیزدل (۱۹۹۹) معتقد است که در افسردگی نیز همانند اختلالات اضطرابی برای درمان اثربخش باید پردازش هیجانی^۴ رخ دهد. در همین راستا، او برای جلوگیری از عود و بازگشت افسردگی و دستیابی افراد افسرده به بینش فراشناختی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به بیماران افسرده آموزش می‌دهد (حمیدیان، امیدی، موسوی‌نصب، نظیری، ۲۰۱۳). در مطالعات انجام‌شده اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشانه‌های افسردگی مشاهده شد (لاریجانی و همکاران، ۱۳۹۳، مانیکاواسگار، پارکر، پریچ^۵، ۲۰۱۱).

-
1. Schless, Mendels, Kipperman & Cochrane
 2. Teasdale
 3. Interacting cognitive subsystems
 4. Emotional Processing
 5. Manicavasgar, parker & Perich

بائتر بیان می‌کند ذهن‌آگاهی یعنی غیرقضاوتگر^۱ و آگاه‌بودن و پذیرش^۲ تجربه حاضر (دابسون^۳، ۲۰۱۰). این مفهوم با حالت های ذهنی مانند درگیری ذهنی با خاطرات و نگرانی‌ها و رفتار اتوماتیک در تقابل است که فرد نسبت به خود عمل آگاهی ندارد، همانند حالتی که در افسردگی مشاهده می‌شود (بائتر^۴، ۲۰۰۶). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۵ (MBCT) یک درمان روان‌شناختی است که جنبه‌های شناخت‌درمانی بک و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی کابات‌زین را با یکدیگر ترکیب می‌کند. این روش از سویی سبب کاهش نشخوار فکری می‌شود و از سوی دیگر با افزایش آگاهی به زمان حال، فرد را از هدایت خودکار و عکس‌العمل‌های عاداتی به رخدادها دور می‌کند و در نتیجه با معطوف کردن جریان توجه به سمت موضوعات خنثی‌تر و عینی از گیرافتادن فرد در ماریپیچ نزولی افسردگی^۶ جلوگیری می‌کند (تیزدل، ۲۰۰۲؛ حمیدیان و همکاران، ۲۰۱۳). از آنجا که آموزش ذهن‌آگاهی توانایی سرمایه‌گذاری توجه فرد بر لحظه کنونی را بهبود می‌بخشد، لذا می‌توان انتظار داشت این روش بتواند با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، پردازش‌هایی را دوباره تحت کنترل درآورد که خودکار شده‌اند (پورمحمدی و باقری، ۱۳۹۴). همچنین با توجه به پیوند نزدیک دو مؤلفه خشم و افسردگی به‌ویژه در افسردگی‌های مزمن، هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر این دو مؤلفه در افرادی است که تشخیص افسرده‌خویی یا افسردگی مضاعف را دریافت کرده‌اند. فرض ما بر این است که با توجه به پیشینه نظری که ذکر شد، این درمان سبب کاهش افسردگی و نیز میزان خشم در این گروه از بیماران می‌شود.

روش

پژوهش حاضر که از نوع کاربردی است، با استفاده از طرح نیمه آزمایشی دوگروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون، به منظور مقایسه روش دارودرمانی با ترکیب روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی همراه با دارودرمانی به تنهایی در درمان اختلال افسرده‌خویی اجرا شد.

-
1. Non-judgmental
 2. Acceptance
 3. Dobson
 4. Baer
 5. Mindfulness based cognitive therapy
 6. Downward spiral of depression

جامعه آماری پژوهش حاضر تمامی افراد مبتلا به اختلال افسرده‌خویی و افسردگی مضاعف مراجعه‌کننده به دو کلینک روان پزشکی واقع در شیراز که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۷۵ نفر برای شرکت در طرح ارجاع شدند، پس از مصاحبه بالینی وارد تشخیص‌های افتراقی و مطابقت با ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، در نهایت ۵۰ نفر برای شرکت در طرح انتخاب شدند که به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای‌گرفتند. یکی از گروه‌ها تحت نظر روان‌پزشک تنها دارو مصرف می‌کردند و گروه دوم علاوه بر مصرف دارو، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را نیز دریافت می‌کردند. معیارهای ورود و خروج پژوهش شامل موارد زیر بود: دارا بودن حداقل ۲ سال سابقه افسردگی بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال افسرده‌خویی یا افسردگی مضاعف، سن بالاتر از ۱۸ سال، دارا بودن تحصیلات حداقل دیپلم، فقدان دریافت هرگونه درمان روان‌شناختی دیگر علاوه بر حضور در مطالعه برای گروه آزمایش و کنترل، نداشتن یک دوره سایکوز، مانیا، هیپومانیا، فقدان مصرف هرگونه مواد مخدر یا اعتیاد به الکل همزمان با شرکت در طرح، نداشتن افسردگی ناشی از یک مشکل جسمی همزمان.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه افسردگی بک-۲ (BDI-II). به منظور ارزیابی شدت افسردگی شرکت‌کنندگان از پرسشنامه افسردگی بک-۲ استفاده شد. پرسشنامه افسردگی بک-۲ نسخه جدید پرسشنامه ۲۱ آیتمی خودگزارشی برای سنجش شدت افسردگی در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالاست. محمدخانی و دابسون (۱۳۸۶) به منظور مشخص کردن ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه، آن را در میان ۳۵۴ آزمودنی مبتلا به افسردگی اساسی اجرا کردند که در زمان مطالعه در فاز بهبود نسبی بسر می‌بردند. نتایج به دست آمده به شرح زیر بود؛ ضریب اعتبار کل برای هر ۲۱ آیتم برابر با ۰/۹۱ به دست آمد. همچنین ضرایب همبستگی هر آیتم با کل پرسشنامه نیز نشان داد که آیتم ۱۵ (فقدان انرژی) با ضریب ۰/۶۸۱ دارای بیشترین توان تشخیص و آیتم شماره ۱۹ (دشواری تمرکز) با ضریب ۰/۴۵۴ دارای کم‌ترین توان تشخیص بود. به‌طور کلی ضرایب همسانی درونی هر یک از آیتم‌ها و سایر مشخصه‌های آماری پرسشنامه، همین‌طور ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که BDI-II در جمعیت ایرانی از اعتبار مناسب بهره‌مند است و می‌توان به نمره‌های حاصل از آن برای تحلیل آماری و روان‌سنجی اعتماد کرد.

در خصوص روایی پرسشنامه از دو روش تحلیل عاملی و روایی سازه استفاده شد. در روش تحلیل عاملی از کل پرسشنامه، ۳ عامل قابل استخراج بود. تحلیل مؤلفه‌های اساسی پرسشنامه به ترتیب برابر با ۴۳۶/۳۷، ۶۴۱/۴۳ و ۲۳۲/۴۹ بودند. این سه عامل عبارت بودند از: (۱) جسمانی-حیاتی؛ (۲) شناختی- روان‌شناختی و (۳) بدبینی-احساس بی‌ارزشی. روایی سازه نیز بر پایه روش محاسبه روایی همگرا به دست آمد. به همین منظور ضریب همبستگی نمرات حاصل از BDI-II و مقیاس افسردگی پرسشنامه نشانگان مختصر ۰/۸۷۳ محاسبه شد (محمدخانی و دابسون، ۱۳۸۶).

پرسشنامه بیان حالت هیجانی و صفت شخصیتی خشم اسپیلبرگر (STAXI-2): این پرسشنامه ۵۷ ماده ای را در سال ۱۹۹۹، چارلز اسپیلبرگر تدوین کرد، شامل شش مقیاس، پنج خرده مقیاس و یک شاخص بیان خشم است که یک اندازه کلی از بیان و کنترل خشم فراهم می‌کند. مقیاس‌های STAXI-2 سه مؤلفه احساس خشم، احساس نیاز شدید به بیان کلامی خشم^۱ و احساس نیاز شدید به بیان فیزیکی خشم^۲ را ارزیابی می‌کند. بخش بعدی صفت خشم است که دو خرده‌مقیاس آن عبارت هستند از خلق‌وخوی خشمگین^۳ و واکنش خشمناک^۴. ماده‌های این بخش با عنوان «به طور معمول احساس می‌کنم» با ۱۰ آیتم خشم صفت را می‌سنجد و همانند بخش اول درجه‌بندی می‌شود. بخش سوم این مقیاس نیز شامل برون‌ریزی خشم، درون‌ریزی خشم، کنترل برون‌ریزی خشم و کنترل درون‌ریزی خشم است که ماده‌های آن با عنوان «به طور معمول وقتی کفری یا خشمگین هستم، چه واکنش یا رفتاری دارم» بروز و کنترل خشم را می‌سنجد (اسپیلبرگر، ۱۹۹۹ به نقل از خدایاری‌فرد، لواسانی، اکبری‌زردخانه و لیاقت، ۱۳۸۶).

فرآیند درمان: دستور العمل برنامه گروهی روان‌درمانی بر اساس کتاب «شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای افسردگی» (سگال و همکاران، ۲۰۰۲) تنظیم شد که شامل ۸ جلسه هفتگی بود که برای هر جلسه تقریباً ۲ - ۲/۵ ساعت زمان صرف شد. پس از برگزاری جلسه

-
1. feel like expressing anger verbally
 2. feel like expressing anger physically
 3. angry temperament
 4. angry reaction

مقدماتی که شامل مصاحبه بالینی، ارزیابی مطابقت با ملاک های ورود و خروج مطالعه و در صورت همخوانی، توضیح روش برای شرکت‌کنندگان بود، پروتکل درمانی اجرا شده به اختصار به شرح زیر است:

جلسه اول: «تمرین خوردن کشمش»، تجربه نوع جدیدی از «بودن» ۱ بود.

جلسه دوم: تمرین تکنیک واریسی بدنی، افزایش آگاهی به جنبه‌های خوشایند اتفاقات، مدیتیشن تنفس

جلسه سوم: مدیتیشن «دیدن» و «شنیدن»، توجه به حرکات بدنی، افزایش آگاهی به جنبه‌های نامطلوب اتفاقات

جلسه چهارم: مدیتیشن نشسته. شناساندن افکار خودآیند منفی و سایر علائم افسردگی
جلسه پنجم: ذهن آگاهی به بدن، صداها و افکار و توجه به چگونگی عکس‌العمل به آن‌ها
معرفی مفهوم پذیرش و بحث پیرامون آن

جلسه ششم: ارائه راهی متفاوت برای برقراری ارتباط با افکار در فضای ذهنی
جلسه هفتم: فعال‌سازی رفتاری و کاربرد آن در افسردگی مزمن، تدوین فهرستی از فعالیت‌هایی که به فرد احساس تسلط می‌دهند.

جلسه هشتم: روش‌هایی برای حفظ دست‌آوردهای یادگرفته‌شده و چگونگی استفاده از آن‌ها در زمان‌های خلق منفی

از میان ۲۵ نفر شرکت‌کننده گروه آزمایش ۳ نفر به دلایل مختلف موفق به حضور در حداقل تعداد جلسات (۵ جلسه از ۸ جلسه) نشدند، همچنین دسترسی به ۳ نفر از شرکت‌کنندگان گروه کنترل برای تکمیل پرسشنامه‌های پس‌آزمون امکان‌پذیر نشد، بنابراین، مجموع افراد گروه آزمایش و کنترل در نهایت به ۴۴ نفر رسید.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ انجام شد. میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد پژوهش قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل اندازه‌گیری شد که نتایج حاصل در جدول ۱ آمده است. میانگین نمره افسردگی و خشم در گروه‌های

1. Being

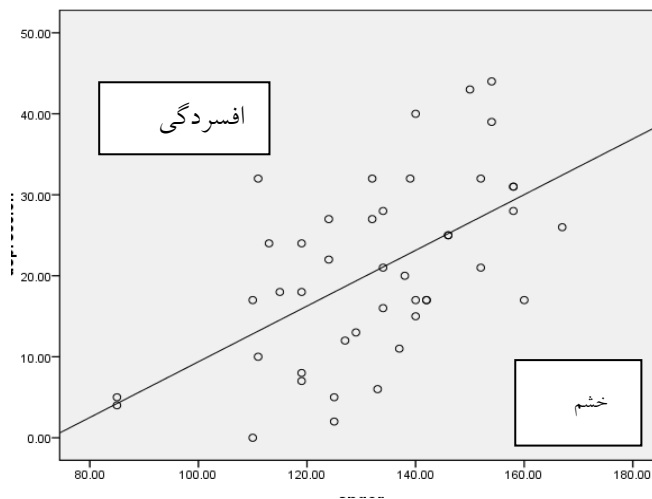
آزمایش و کنترل قبل و بعد از مداخله در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱: مقایسه میانگین نمرات متغیرها قبل و بعد از اجرای مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه آماره متغیر	آزمایش		کنترل	
	قبل از درمان	پس از درمان	قبل از درمان	پس از درمان
	\bar{X}	$S.D$	\bar{X}	$S.D$
افسردگی	۱۰/۱	۱۷	۱۲/۲	۱۷
خشم	۱۷/۶	۱۲۳/۲	۱۷/۹	۱۴۲/۱
احساس خشمگینانه	۳/۴	۱۱/۱	۳/۵	۱۳/۷
تمایل به بروز کلامی خشم	۳/۶	۷/۸	۳/۳	۱۰/۸
تمایل به بروز فیزیکی خشم	۳/۶	۶/۸	۲/۴	۹/۹
خشم حالت	۸/۸	۲۵/۸	۸/۲	۳۴/۴
خلق و خوی خشمگینانه	۴/۴	۹/۱	۳/۷	۱۰/۵
واکنش خشمگینانه	۳/۷	۱۴/۸	۴/۴	۱۷/۵
خشم صفت	۷/۴	۲۴	۷/۶	۲۸
بروز خشم بیرونی (بروز یافته)	۴/۷	۱۴	۴/۵	۱۶/۵
بروز خشم درونی (فروخورده)	۳/۴	۱۹	۴/۲	۱۹/۸
کنترل خشم بیرونی	۵/۳	۲۰/۳	۵/۶	۲۱/۲
کنترل خشم درونی	۴/۹	۱۹/۹	۵/۲	۲۳

با توجه به اینکه در این تحلیل ها دو گروه مستقل از یکدیگر مورد نظر بود و برای کنترل اثر پیش آزمون، برای ارزیابی معناداری آماری این تفاوت ها از آزمون تحلیل کوواریانس (ANCOVA) استفاده شد. پیش از تحلیل کوواریانس لازم بود داده ها از نظر مطابقت با مفروضه های کوواریانس بررسی شوند، استفاده از آزمون کلوموگراف-اسمیرنف حاکی از نرمال بودن توزیع متغیرهای مورد پژوهش بود ($Z > 0.05$). همچنین از حیث همگنی واریانس ها نتایج آزمون لوین نشان داد بین واریانس نمرات گروه ها تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$). نتایج آزمون همگنی ضرایب رگرسیون نیز نشان دهنده همگنی رگرسیون و موازی بودن شیب خطوط رگرسیون دو گروه بود، که در نتیجه کاربرد روش

آماري کوواریانس را توجیه پذیر می‌کند. همچنین نمودار پراکنندگی همبستگی خطی دو متغیر در شکل ۱ آمده‌است.



نمودار ۱: همبستگی خطی متغیرهای خشم و افسردگی در پیش‌آزمون

همانگونه که در جدول ۲ آمده است، نتایج تحلیل کوواریانس نمرات افسردگی نشان دهنده این است که تفاوت بین دو گروه از نظر آماری در سطح $(P=0/001)$ و با مقدار $F=21/9$ معنادار است.

جدول ۲: نتایج حاصل از تحلیل ANCOVA بر روی میانگین‌های نمره‌های پس‌آزمون افسردگی گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری
افسردگی	۱۳۰۶/۴	۱	۱۳۰۶/۴	۲۱/۹	۰/۰۰۱
خطا	۲۴۳۹/۲۷۶	۴۱	۵۹/۴۹۵		
کل	۲۴۱۲۱	۴۱			
خشم	۳۶۶۷/۵	۱	۳۶۶۷/۵	۱۸/۵	۰/۰۰۱
خطا	۸۰۸۹/۹	۴۱	۱۹۷/۳		
کل	۷۹۰۵۲۲	۴۴			

همان گونه که در جدول ۳ دیده می شود، متغیر خشم به سه بخش خشم حالت، خشم صفت و بروز و کنترل خشم تقسیم می شود. در بخش خشم حالت در هر سه مقیاس احساس خشمگینانه، تمایل به بروز کلامی خشم و تمایل به بروز فیزیکی خشم، تفاوت معناداری در سطح $P < 0/05$ بین گروه آزمایش و کنترل مشاهده می شود. و مقیاس کلی خشم حالت نیز در سطح $P = 0/005$ و مقدار $F = 8/6$ تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل دارد.

جدول ۳: نتایج حاصل از تحلیل ANCOVA بر روی میانگین نمره های خرده مقیاس های خشم

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری
احساس خشمگینانه	۵۱/۲	۱	۵۱/۲	۶	۰/۰۱
تمایل به بروز کلامی خشم	۴۲/۵	۱	۴۲/۵	۳/۹	۰/۰۵
تمایل به بروز فیزیکی خشم	۶۹/۴	۱	۶۹/۴	۱۱/۷	۰/۰۰۱
خشم حالت	۴۸۰	۱	۴۸۰	۸/۶	۰/۰۰۵
خلق و خوی خشمگینانه	۲۸/۲	۱	۲۸/۲	۳/۳	۰/۰۷
واکنش خشمگینانه	۱۳۱	۱	۱۳۱	۱۷/۷	۰/۰۰۱
خشم صفت	۲۹۴/۹	۱	۲۹۴/۹	۱۱/۵	۰/۰۰۲
بروز خشم بیرونی (بروز یافته)	۵۰/۴	۱	۵۰/۴	۴/۳	۰/۰۴
بروز خشم درونی (فروخورده)	۲۸/۱	۱	۲۸/۱	۲/۲	۰/۱۳
کنترل خشم بیرونی	۴/۷	۱	۴/۷	۰/۳۲	۰/۵
کنترل خشم درونی	۰/۳۱	۱	۰/۳۱	۰/۰۲	۰/۸

در بخش خشم صفت، خرده مقیاس واکنش خشمگینانه در سطح $P = 0/001$ تفاوت معناداری بین گروه کنترل و آزمایش دارد، ولی در خرده مقیاس خلق و خوی خشمگینانه این تفاوت مشاهده نمی شود. به طور کلی مشاهده می شود که مقیاس کلی خشم صفت با مقدار $F = 11/5$ و در سطح $P = 0/002$ در میان گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دارد. در مقیاس بروز خشم بیرونی، نتایج جدول نشان دهنده تفاوت معنادار در سطح $0/04$ و با مقدار $F = 4/3$ بین گروه آزمایش و کنترل است، ولی در مقیاس های بروز خشم درونی، کنترل خشم بیرونی و کنترل خشم درونی این تفاوت بین دو گروه مشاهده نمی شود.

بحث و نتیجه‌گیری

یکی از اهداف این پژوهش تعیین اثربخشی روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر شدت افسردگی بیماران افسرده‌خو بود. همان‌گونه که در نتایج به‌دست‌آمده مشاهده می‌شود، میانگین نمرات افسردگی گروه آزمایش پیش از مداخله ۳۱/۳ یعنی در محدوده افسردگی شدید بود که پس از مداخله، به نمره ۱۷ یعنی افسردگی خفیف کاهش یافت. از این رو می‌توان بیان کرد که اجرای روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، در میان گروه آزمایش سبب کاهش ۲ طبقه‌ای نمره افسردگی این افراد بر اساس پرسشنامه افسردگی بک-II از سطح شدید به خفیف شده است. نتایج تحلیل کوواریانس نیز، حاکی از معناداری آماری تفاوت میان دو گروه کنترل و آزمایش است.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌دهنده اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشانه‌های افسردگی بود که این یافته با نتایج مطالعه لاریجانی و همکاران (۱۳۹۳) که روش حاضر را بر روی دانشجویانی با نشانه‌های افسردگی اجرا کرده بودند، مانیکاواسگار و همکاران (۲۰۱۰) که روش را برای افسرده‌های غیرملانکولیک به‌کار برده بودند، کویکن^۱ و همکاران (۲۰۱۰) و بارنهوفر^۲ همکاران (۲۰۰۹)، هپ برن^۳ و همکاران (۲۰۰۹)، کنی و ویلیامز^۴ (۲۰۰۷) که این روش را بر روی افسرده‌های مقاوم به درمان و حناساب‌زاده‌اصفهانی و همکاران (۱۳۸۸) که بر روی افراد افسرده دارای افکار خودکشی اجرا کردند و نیز امیدوی و همکاران (۱۳۸۷) که روش را برای افراد مبتلا به افسردگی اساسی به‌کار بردند، همسویی دارد.

همچنین در مقایسه دارودرمانی و درمان ترکیبی روان‌درمانی و دارودرمانی برای افسردگی‌های مزمن و افسرده‌خویی یافته‌های مطالعه حاضر اثربخش‌تر بودن درمان ترکیبی در مقایسه با دارودرمانی به‌تنهایی را نشان می‌دهد که این یافته با مطالعه کوئیپرس^۵ و همکاران (۲۰۱۰) همسو است که با مقایسه اثر روان‌درمانی با دارودرمانی و گروه کنترل بر روی افراد افسرده مزمن یا افسرده‌خو مشاهده کردند که در درمان افسرده‌خویی به‌طور خاص درمان ترکیبی از دارودرمانی

-
1. Kuyken
 2. Barnhofer
 3. Hepburn
 4. Williams & Kenny
 5. Cuijpers

به تنهایی مؤثرتر است. همچنین نتایج در راستای مطالعاتی است که نقش مداخلات گروهی را در بهبود افسردگی نشان می‌دهد (دانه‌کار، گلچین، ترخان و دهستانی، ۱۳۹۳).

از یکسو کاهش نشانه‌های افسردگی را می‌توان به واسطه نقش عینی‌سازی، شامل تمرین‌های ذهنی برای آموزش تفکر عینی تر درباره رخدادهای، در کاهش نشخوار فکری و نشانه‌های افسردگی نسبت داد (واتکینز و موبرلی)، و از سوی دیگر می‌توان به نقش واسطه‌ای تنفس متمرکز و ذهن آگاهانه در تنظیم هیجانی اشاره کرد (آرک و کراسکی، ۲۰۰۶). مؤلفه تنظیم هیجانی نقش اساسی در بهبود وقایع افسرده‌ساز دارد (به نقل از حمیدیان و همکاران، ۲۰۱۳). از دیگر مکانیزم‌های مؤثر در اثربخشی این درمان بر نشانه‌های افسردگی می‌توان به کاهش واکنشگری شناختی در مواجهه با افکار منفی (کویکن، ۲۰۱۰؛ فلدمن و همکاران، ۲۰۱۰) و نیز کاهش نشخوار فکری به دنبال آن اشاره کرد (دیو و همکاران، ۲۰۰۹). همچنین مطالعات دیگر دریافته‌اند که ذهن‌آگاهی ممکن است به عملکردهای تنظیمی مربوط باشد که هیجان‌پذیری مثبت پایین، تنظیم خلق ضعیف و ادراک خودمنفی را هدف قرار می‌دهند (کویکن، ۲۰۱۰؛ جیمنز، ۲۰۱۰).

به علاوه با توجه به تأثیرات مشاهده شده همسو، با کم‌شدن میزان خشم، شدت افسردگی نیز کاهش می‌یابد و بر عکس. این یافته‌ها منطبق با نظریه‌های تکاملی اخیر پیرامون افسردگی است که آن را به عملکرد ناتظیم راهبردهای جنگ و گریز مربوط می‌داند (گیلبرت، ۲۰۰۱؛ گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴). با توجه به یافته‌های پژوهش و معناداری آماری، کاهش مقیاس کلی خشم و نیز خرده‌مقیاس‌های خشم در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل، روش مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به گونه معناداری مؤلفه خشم موجود در افسردگی را تحت تأثیر قرار دهد. در توضیح این امر شاید بتوان به دو ویژگی مداخلات ذهن آگاهانه اشاره کرد، ویژگی اول تأکید این روش بر مفهوم پذیرش آنچه هست به جای تلاش برای جنگیدن، تغییر دادن یا فرار از موقعیت است (براون و همکاران ۱۹۸۷). همچنین گیلبرت و آلن^۱ (۱۹۹۸) دریافته‌اند که احساس تمایل برای خلاص شدن از یک وضعیت و در عین حال احساس گیرافتادن در آن وضعیت به میزان زیادی با افسردگی، شکست و ناامیدی مرتبط است. آموزه‌های ذهن‌آگاهی تا حد زیادی همین تلاش و تکاپو برای تغییر وضع ناگزیر موجود را هدف قرار می‌دهند و با

کاشتن بذر پذیرش در افراد و نیز تمرین این مفهوم در مراقبه‌ها، این احساس شکست و ناامیدی و گیر افتادن در وضعیتی تغییرناپذیر را با دید دیگری مورد نظر قرار می‌دهند. ویژگی دوم که می‌توان در توجیه کاهش خشم به آن اشاره کرد، آن است که تمرینات و مراقبه‌های ذهن‌آگاهی سطح کلی اضطراب و برانگیختگی افراد را کاهش می‌دهد، همان‌گونه که پیشتر بیان شد با توجه به ارتباط شناخته شده خشم با برانگیختگی سیستم جنگ و گریز (گیلبرت و همکاران، ۲۰۰۴)، این کاهش انگیزتگی خود می‌تواند به کاهش خشم، به ویژه در مقیاس‌های مرتبط با پرخاشگری منجر شود. از میان این مقیاس‌ها می‌توان به مقیاس خشم حالت اشاره کرد. خشم حالت طبق تعریف اسپیلبرگر به وضعیت روانی زیستی و هیجانی گفته می‌شود که شامل احساسات ذهنی است که با تنش عضلانی و برانگیختگی سیستم عصبی خودکار همراه است. همان‌گونه که در نتایج پژوهش مشاهده می‌شود، در تحلیل‌های انجام شده متغیر خشم، تفاوت معناداری را در پس‌آزمون بین دو گروه نشان می‌دهد. از این‌رو می‌توان ادعا کرد که درمان این جنبه از خشم را در افراد گروه آزمایش تا حد زیادی تحت تأثیر قرار داده است. خشم صفت مقیاس دیگری بود که بررسی شد که خود از دو خرده‌مقیاس خلق و خوی و واکنش خشمگینانه تشکیل شده است. خشم صفت بیان‌کننده تفاوت‌های فردی در استعداد‌های خشمگین شدن افراد یعنی تمایل به ادراک دامنه وسیعی از موقعیت‌ها به عنوان موقعیت‌های آزاردهنده و ناکام‌کننده و مستعد پاسخ خشم است. همان‌گونه که در نتایج مشاهده می‌شود، مقیاس خشم صفت و خرده‌مقیاس واکنش خشمگینانه در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت معناداری را نشان می‌دهد، در حالی که خرده‌مقیاس خلق و خوی خشمگینانه این تفاوت را نشان نمی‌دهد. در توجیه این یافته می‌توان گفت که به نظر می‌رسد خلق و خوی خشمگینانه ویژگی پایدارتر و بادوام‌تری نسبت به واکنش خشمگینانه است که شاید نیاز به به‌کارگیری فنون دیگری مانند آموزش کنترل خشم به‌طور مستقیم باشد.

دیده شده است که حمله‌های خشم افراد افسرده بیشتر در روابط صمیمی و افراد نزدیک خانواده اختلال ایجاد می‌کند (وینکلر^۱ و همکاران، ۲۰۰۶). این مطلب هرچند که به‌طور دقیق و توسط ابزار خاصی اندازه‌گیری نشد، ولی آنچه که در گزارش شفاهی افراد گروه آزمایش بیان می‌شد حاکی از بهبود جالب توجه ارتباط این افراد با اعضای خانواده و نزدیکان بود که با

کاهش افسردگی حمله‌های خشم نیز کاهش یافته بود.

در نهایت به نظر می‌رسد با توجه به یافته‌های موجود و همسو با مطالعات انجام شده پیشین، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بتواند درمان مناسبی برای هدف قراردادن نشانه‌های افسردگی و خشم در بیماران مبتلا به افسرده‌خویی و افسردگی مضاعف باشد، اختلافاتی که به دلیل ماهیت مزمن و شدت کمترشان در مقایسه با افسردگی عمده، اغلب نیاز به کمک کم‌تری را مطالبه می‌کنند و در عین حال اثرات بطئی، ولی بادوام‌تری از حیث کیفیت زندگی مختل و سطوح بالای ناتوانی در فرد به‌جای می‌گذارند.

مطالعه حاضر یک مطالعه مقطعی بود و به دلیل محدودیت‌های زمانی امکان پیگیری افراد گروه آزمایش و ردیابی میزان دوام اثرات مشاهده‌شده وجود نداشت، لذا توصیه می‌شود در مطالعات بعدی یک فاز پیگیری نیز علاوه بر فاز درمانی گنجانده شود تا روند ماندگاری یا تغییر اثرات درمانی به دست‌آمده قابل بررسی باشد. از سوی دیگر محدودیت زمانی و دشواری در دسترسی به نمونه مورد نیاز سبب شد که از روش نمونه‌گیری در دسترس در این مطالعه استفاده شود. هر چند که تلاش شد با تخصیص تصادفی افراد به گروه‌های آزمایش و کنترل این نقص جبران شود، با این حال به نظر می‌رسد انتخاب نمونه‌ای که کاملاً به‌طور تصادفی انتخاب شده باشند، در دستیابی به نتایج غیرسوگیرانه‌تر مفیدتر خواهد بود. به‌علاوه به نظر می‌رسد مقایسه این درمان با یک درمان مبتنی بر شواهد دیگر برای افسردگی از حیث کنترل اثر عوامل غیراختصاصی درمانی مانند تماس با درمانگر می‌تواند سودمند باشد. همچنین مشاهده شد برخی از شرکت‌کنندگان تمرینات را به‌طور منظم انجام نمی‌دادند که در نتایج نهایی دیده شد که این افراد کم‌ترین بهره را از روش درمانی برده بودند، لذا به نظر می‌رسد میزان توانایی و علاقه افراد به انجام تمرینات باید به عنوان ملاک ورود به مطالعه دقیقاً بررسی و در حین نمونه‌گیری مد نظر قرار گیرد.

تقدیر و تشکر:

در پایان از دکتر علی صحراییان و دکتر کریم رستگار کمال تشکر را داریم که در انجام پژوهش ما را یاری رساندند.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس، غلامی، حسین، نریمانی، محمد و گنجی، مسعود (۱۳۸۷). مقایسه تأثیر دو روش شناخت‌درمانی تیزدل و بک در کاهش نشانه‌های افسردگی و اصلاح باورهای فراشناختی در بیماران افسرده‌خو، *پژوهش‌های روان‌شناختی*، ۱۱(۲): ۱۸-۲۷.
- امیدی، عبدالله، محمدخانی، پروانه، دولتشاهی، پرویز و پورشهباز، عباس (۱۳۸۷). اثربخشی درمان ترکیبی روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی و درمان رفتاری-شناختی بر نشانگان روان پزشکی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، *فصلنامه علمی-پژوهشی فیض*، ۱۲(۲): ۹-۱۴.
- پورمحمدی، سمیه و باقری، فریبرز (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر پردازش شناختی خودکار. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۱۱(۳): ۱۶۲-۱۴۲.
- حمیدپور، حسن (۱۳۸۴). مقایسه کارایی و اثربخشی شناخت‌درمانی بک با شناخت‌درمانی تیزدل در درمان افسرده‌خویی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱۱(۲): ۱۶۳-۱۵۰.
- حمیدپور، حسن (۱۳۸۶). بررسی کارایی و اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان و جلوگیری از عود و بازگشت افسرده‌خویی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱(۱): ۲۵-۳۲.
- حناسب‌زاده اصفهانی، مریم، یکه یزدان دوست، رخساره، غرایسی، بنفشه و اصغرنژاد فرید، علی (۱۳۸۸). کارآمدی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار خودکشی، افکار خودآیند منفی و افسردگی در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. *مجله روانشناسی بالینی*. ۱(۱): ۳۵-۴۵.
- خدایاری‌فرد، محمد، غلامعلی لواسانی، مسعود، اکبری زردخانه، سعید و لیاقت، سمیه (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی و هنجاریابی سیاهه ابراز خشم صفت - حالت ۲ اسپیلبرگر در بین دانشجویان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.
- دانه‌کار، معصومه، گلچین، ندا، ترخان، مرتضی و دهستانی، مهدی (۱۳۹۳). اثربخشی درمان میان فردی گروهی بر افسردگی و احساس تنهایی دانشجویان دختر افسرده، *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۱۰(۱): ۵۵-۷۱.

سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۴). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری-روانپزشکی بالینی. تهران: شهرآب.

لاریجانی، زرین سادات، محمدخانی، پروانه، حسنی، فریبا، سپاه منصور، مژگان و محمودی، غلامرضا (۱۳۹۳). مقایسه اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در دانشجویان با نشانه‌های افسردگی، باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره نشخوار فکری و اجتناب تجربه، مطالعات روان شناختی، دوره ۱۰ (۲): ۲۸-۵۰.

محمدخانی، پروانه و دابسون، کیت (۱۳۸۶). مختصات روانسنجی پرسشنامه ی افسردگی بک- ۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. مجله توان بخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی، ۸: ۱۱۹-۱۱۰.

- Abolqasemi, A., Gholami, H., Narimani, M., & Ganji, M. (2008). Comparison of two methods of Cognitive Therapy of Teasdale and Beck in reducing depression symptoms and metacognitive beliefs in patients patients with dysthymia. *Psychological Studies*, 11(2), 18-27(Text In Persian).
- Arch, J.J. and Craskea, M.G. (2006). Mechanisms of mindfulness: Emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy*, 44: p. 1849-1858.
- Baer R.A. (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches : Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*, Editor., Academic Press: Burlington, MA, USA. 56: p. 824-830.
- Baldwin, D.S. & Birtwistle, J. (2002). *An Atlas of depression*. The parthenon Publishing Group: USA. 17: p.
- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., and Williams, J. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5): p. 366-373.
- Blatt, S.J. (1998). Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *Journal Am Psychoanal Assoc*, 46(3): p. 722-52.
- Brown, L.A., Gaudiano B.A., and Miller I.W. (2011). Investigating the Similarities and Differences Between Practitioners of Second- and Third-Wave Cognitive-Behavioral Therapies. *Behavior Modification*, 35(2): p. 187-200.
- Brown, G.W., Bifulco A., and Harris T.O. (1987). Life events, vulnerability and onset of depression: some refinements. *Br Journal Psychiatry*, 150: p. 30-42.
- Brunello, N., Akiskal, H., Boyer, P., Gessa, G. L., Howland, R. H., Langer, S. Z., Wessely, S. (1999). Dysthymia: clinical picture, extent of overlap with chronic fatigue syndrome, neuropharmacological considerations, and new therapeutic vistas. *Journal of Affective Disorders*, 52: p. 275-290.
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clin Psychol Rev*, 26(1): p. 17-31. doi: 10.1016/j.cpr.2005.07.003

- Cuijpers, P., van Straten, A., Schuurmans, J., van Oppen, P., D. Hollon, S., & Andersson, G. (2010). Psychotherapy for chronic major depression and dysthymia: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 30: p. 51-62.
- Daneh kar, M., Golchin, N., Tarkhān, M., & Dehestani, M. (2014). The efficacy of intrapersonal therapy on depression and loneliness in depressed female students. *Psychological Studies Quarterly*, 10(1), 55-71(Text In Persian).
- Deffenbacher, J.L. (1999). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Journal Clin Psychol*, 55(3): p. 295-309.
- Deyo, M., Wilson, K. A., Ong, J., & Koopman, C. (2009). Mindfulness and Rumination: Does Mindfulness Training Lead to Reductions in the Ruminative Thinking Associated With Depression? *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*, 5(5): p. 265-271.
- Dobson, K.S. (2010). *Handbook of Cognitive-Behavioral Therapies.*, The Guilford Press: New York, London. p. 481.
- Dunner, D.L. (2005). Dysthymia and double depression. *International Review of Psychiatry*,. 17(1): p. 3-8.
- Durand, V.M. and D.H. Barlow. (2010). *Essentials of Abnormal Psychology*, Wadsworth: Belmont, CA, USA. p. 737.
- Fayyaz, F. and M.A. Besharat. (2011). Comparison of Anger Control in Clinical Depressed, Non-Clinical Depressed and Normal People. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 30(0): p. 94-97.
- Feldman, G., J. Greeson, and J. Senville. (2010). Differential effects of mindful breathing, progressive muscle relaxation, and loving-kindness meditation on decentering and negative reactions to repetitive thoughts. *Behaviour Research and Therapy*, 48(10): p. 1002-1011.
- Gilbert, P. & S. Allan. (1998).The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychol Med*, 28(3): p. 585-98.
- Gilbert, P. (2001). Depression and stress: a biopsychosocial exploration of evolved functions and mechanisms. *Stress*, 4(2): p. 121-35.
- Gilbert, P., J. Gilbert, and C. Irons. (2004). Life events, entrapments and arrested anger in depression. *Journal of Affective Disorders*, 79: p. 149-160.
- Hamidian, S., Omid, A., Mousavinasab, S. M., & Naziri, G. (2013). Comparison of the Effect of Mindfulness-based Cognitive Therapy Accompanied by Pharmacotherapy With Pharmacotherapy Alone in Treating Dysthymic Patients. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 15(3).88-95(Text In Persian).
- Hamidpour, H. (2007).Examination of efficacy and effectiveness of mindfulness-Based cognitive Therapy in Treatment and Prevention of Relapse and recurrence of dysthymia.
- Hamidpour, H. (2005). Comparing the Efficacy and Effectiveness of Beck's cognitive therapy with cognitive therapy in the treatment of dysthymia Teasdale. *Journal of Thought and Behavior*, 11(2), 150-163(Text In Persian).
- Hanasabzadeh Esfahani, M., Yekeh Yazdandoost, R., Gharraee, B., & Asgharnezhad Farid, A. ((2009)). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on suicidal thoughts, negative automatic thoughts and depression in patients with major depressive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 1(1), 35-45(Text In Persian).

- Hempel, S., Taylor, S. L., Marshall, N. J., Miake-Lye, I. M., Beroes, J. M., Shanman, R., Shekelle, P. G. (2014). VA Evidence-based Synthesis Program Reports, in Evidence Map of Mindfulness, Department of Veterans Affairs (US): Washington (DC).
- Jeste, D. V., Lieberman, J. A., Fassler, D., & Peele, R. (2013). DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS FIFTH EDITION ed, Washington. DC: American Psychiatric Association.
- Jimenez, S.S., B.L. Niles, & C.L. Park. (2010). A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences*, 49(6): p. 645-650.
- Khodayarifard, M., Spielberger, C. D., Lavasani, M. G., & Zardkhaneh, S. A. (2013). Psychometric Properties of Farsi Version of the Spielberger's State-trait Anger Expression Inventory-2 (FSTAXI-2). (Master), Tehran university, Tehran(Text In Persian).
- Kenny, M.A. and J.M.G. Williams. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 45(3): p. 617-625.
- Keller, M.B. and R.W. Shapiro. (1982). "Double depression": superimposition of acute depressive episodes on chronic depressive disorders. *Am Journal psychiatry*, 139(4): p. 438-42.
- Klein, D. N., Schwartz, J. E., Rose, S., & Leader, J. B. (2000). Five-year course and outcome of dysthymic disorder: A prospective, naturalistic follow-up study. *Am Journal psychiatry* 157(6): p. 931-9
- Klein, D. N., Norden, K. A., Ferro, T., Leader, J. B., Kasch, K. L., Klein, L. M., Aronson, T. A. (1998). Thirty-month naturalistic follow-up study of early-onset dysthymic disorder: course, diagnostic stability, and prediction of outcome. *Journal Abnorm Psychol*, 107(2): p. 338-48.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psychother*, 80(Pt 2): p. 193-203.
- Kovacs, M., Akiskal, H. S., Gatsonis, C., & Parrone, P. L. (1994). Childhood-onset dysthymic disorder. Clinical features and prospective naturalistic outcome. *Arch Gen Psychiatry*, 51(5): p. 365-74.
- Kuyken W, e.a. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Research and Therapy*, doi:10.1016/j.brat.2010.08.003
- Larijani, Z. S., Mohammadkhani, P., Hasani, F., Sepahmansour, M., & Mahmoudi, G. (2014). Comparison of the efficacy of cognitive therapy and mindfulness-based cognitive therapy on students with symptoms of depression, positive and negative metacognitive beliefs about rumination and experiential avoidance. *Journal of Psychological Studies*, 10(2), 28-40.
- Longmore, R.J. and M. Worrell. (2007). Do we need to challenge thoughts in cognitive behavior therapy? *Clin Psychol Rev*, 27(2): p. 173-87.
- Manicavasgar, V., G. Parker, and T. Perich. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Journal of Affective Disorders*, 130(1-2): p. 138-144.
- Mohammadkhani, p., & Dobson, k. (2007). *Psychometric coordinates of BDI-II in a*

- large sample of the patients with major depression. Rehabilitation in psychological diseases and disorders*(Text In Persian).
- Pourmohammadi, S., & Bagheri, F. (2015). The effectiveness of mindfulness training on automatic cognitive processing. *Journal of Psychological Studies*, 11(3), 142-152(Text In Persian).
- Robbins, P.R. and R.H. Tanck. (1997). Anger and depressed affect: interindividual and intraindividual perspectives. *Journal Psychol*, 131(5): p. 489-500.
- Sadock, B.J., V.A. Sadock, and P. Ruiz. (2009). *Comprehensive textbook of psychiatry*, LWW: Philadelphia ,Baltimor, New York.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: *Behavioral sciences/clinical psychiatry*: Lippincott Williams & Wilkins(Text In Persian).
- Serretti, A., Jori, M. C., Casadeib, G., Ravizzac, L., Smeraldi, E., & Akiskal, H. (1999). Delineating psychopathologic clusters within dysthymia: a study of 512 out-patients without major depression. *Journal of Affective Disorders*, 56: p. 17–25.
- Subodh, B.N., A. Avasthi, and S. Chakrabarti. (2008). Psychosocial impact of dysthymia: A study among married patients. *Journal of Affective Disorders*, 109: p. 199–204.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal Consult Clin Psychol*, 68(4): p. 615-23.
- Teasdale, J. D., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., Williams, S., & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *Journal Consult Clin Psychol*, 70(2): p. 275-87.
- Van Praag, H.M. (1994). *5-HT-related, anxiety- and/or aggression-driven depression*. *Int Clin Psychopharmacol*, 9 Suppl 1: p. 5-6.
- van Praag, H.M. (1993). Anxiety and increased aggression as pacemakers of depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl*, 393: p. 81-8.
- Schless, A. P., Mendels, J., Kipperman, A., & Cochrane, C. (1974). Depression and hostility. *Journal Nerv Ment Dis*, 159(2): p. 91-100.
- Watkins, E.R. and N.J. Moberly. (2009). Concreteness training reduces dysphoria: A pilot proof-of-principle study. *Journal Behaviour Research and Therapy*, 47(1): p. 48-53.
- Winkler, D., E. Pjrek, and S. Kasper. (2006). Gender-specific symptoms of depression and anger attacks. *Journal jmhg*, 3(1): p. 19–24.

Abstracts

Psychological Studies
Faculty of Education and Psychology,
Alzahra University

Vol.12, No.3
Autumn 2016

**The effectiveness of mindfulness-based
cognitive therapy on severity of depression and
anger in dysthymic patients**

Sajedeh Hamidian*, Masuod Moosavi nasab**,

Ghsem Nazeeri***, Rahil Abolghasemi****

& Abdollah Omidj*****

Abstract

The aim of the present study was to assess the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy combined with pharmacotherapy in compare to pharmacotherapy alone on depressive symptoms and anger in patients with dysthymia. Method of this study was a clinical trial that referred to two of the psychiatric clinics of shiraz university of medical sciences. Using convenient sampling .We selected 50 patients and assigned them into experimental and control groups. Having dysthymia or double depression diagnosis, being older than 18 y/o and having at least diploma were the inclusion criteria and psychosis, addiction and personality disorders were the exclusion criteria of the study. The control group received only medication while the experimental group received mindfulness-based cognitive therapy in addition to

* PhD student in clinical psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran

**PhD in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, University of Medical Sciences, Kashan

*** Master of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabatabaei University, Tehran

****PhD in Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University of Shiraz, Shiraz

*****Psychiatrist, Professor of Psychiatry, University of Medical Sciences, Shiraz

Reseived:2016/5/25 Accepted:2016/10/16

DOI: 10.22051/psy.2016.2602

medication. The group therapy was held in 8 sessions of 2 to 2.5 hours for 8 weeks. The patients filled out Beck Depression Inventory and State-Trait Anger Expression Inventory. Finally we analyzed the data using ANCOVA statistical test. The findings showed significant decrease in severity of depression and anger among the experimental group compared to the control group. So we can conclude that adding mindfulness-based cognitive therapy to pharmacotherapy compared to pharmacotherapy alone can cause significant improvement in depressive and aggressive symptoms in patients with dysthymia.

Keywords: Dysthymia; Cognitive therapy; Mindfulness; Anger