

اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و طرح‌واره‌های هیجانی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

زمینه: ذهن آگاهی نقش مهمی در افسردگی دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و بهبود طرح‌واره‌های هیجانی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود.

روش‌ها: در قالب یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، 24 بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انتخاب و به صورت تصادفی به گروه آزمایشی و گروه کنترل گماشته شدند. گروه آزمایش طی دو ماه تحت درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. نمرات پرسشنامه‌های افسردگی بک و پرسشنامه طرح‌واره‌های هیجانی لیپی (LESS) قبل و بعد از مداخله و در مرحله پیگیری دو ماهه در هر دو گروه جمع‌آوری شد و با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس مختلط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معناداری موجب کاهش نشانه‌های افسردگی ($P < 0/01$) و طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه ($P < 0/01$) و همچنین افزایش طرح‌واره‌های هیجانی سازگارانه ($P < 0/01$) در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد. نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در شدت افسردگی و طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه بیماران افسرده است.

کلیدواژه‌ها: کاهش استرس، ذهن آگاهی، طرح‌واره‌های هیجانی، افسردگی اساسی

یزدان نادری
مرکز تحقیقات روان‌پزشکی و علوم رفتاری،
پژوهشکده اعتیاد، دانشگاه علوم پزشکی
مازندران، ساری، ایران
هادی پرهون*
گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی،
تهران، ایران
ربابه نوری
گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی،
تهران، ایران
شهرام محمد خانی
گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی،
تهران، ایران
مریم تقی زاده
گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی،
کرج، ایران
*عهده‌دار مکاتبات: تهران، دانشگاه خوارزمی،
دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، تلفن:
09188584072
Email:hadi.parhon43@gmail.com
دریافت: 1394/2/29
پذیرش: 1394/5/6

Effect of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on depression symptoms and emotional schema in women with major depressive disorder

Background: mindfulness has an important role in depression. The present study investigated the impact of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on emotional schema and depression symptoms in women with major depressive disorder.

Method: In this experimental pretest-posttest study, twenty four patients with Major Depressive Disorder (MDD) were selected by convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received MBSR therapy over two months. Beck Depression Questionnaire and Leahy Emotional Schema Scale (LESS) were used to collect the data in the pre-test, post-test and two-month follow-up. Data were analyzed by mixed analysis of variance.

Results: MBSR significantly reduced the symptoms of depression ($P < 0.01$) and maladaptive emotional schemas ($p < 0.01$), and increased adaptive emotional schemas ($P < 0.01$) in experimental group in the post-test and follow-up.

Conclusion: The results of this study revealed the effectiveness of mindfulness-based stress reduction in reducing the severity of depression and maladaptive emotional schema in depressed patients.

KeyWords: Mindfulness, stress reduction, emotional schema, major depressive disorder

Yazdan Naderi

Psychiatry and Behavioral Sciences Research Center, Addiction Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

Hadi Parhoon*

Dept. of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Robabeh Nouri

Dept. of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Shahram Mohammadkhani

Dept. of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Maryam Taghizadeh

Dept. of Clinical Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

*Corresponding author:

Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Tel: +989188584072

Email:hadi.parhon43@gmail.com

Received: 19 May, 2015

Accepted: 28 July, 2015

مقدمه

افسردگی اساسی یکی از شایع‌ترین اختلال‌های روانی است (4-1)، برآوردهای همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند که شیوع طول عمر این اختلال بین 13-19 درصد است (5). بار قابل ملاحظه هیجانی، اجتماعی و اقتصادی اختلال افسردگی اساسی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک سو و شیوع سالانه 2/9-12/6 درصد در جمعیت عمومی همراه با میزان خطر 17-19 درصدی ابتلا به این اختلال در طول زندگی (Life Time risk) (6)، همچنان افسردگی را به‌عنوان یکی از محورهای اساسی در پژوهش‌ها باقی نگه‌داشته است. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که شیوع این اختلال در زنان 2/7 برابر بیشتر از مردان است (7). این موضوع به‌طور گسترده مورد پذیرش است که زنان دو برابر بیشتر از مردان به اختلال افسردگی مبتلا می‌شوند (8). با وجود مطرح بودن این تفاوت در بین دو جنس، هنوز فرایندهای زیربنایی آن به‌خوبی مشخص نشده است. یکی از دلایل احتمالی تفاوت میزان شیوع این اختلال در بین دو جنس، شیوه‌هایی است که افراد برای کنار آمدن با تجارب تنش‌زا و هیجان‌های خود به‌کار می‌برند (9). در این راستا، می‌توان به سازه طرح‌واره‌های هیجانی اشاره کرد. این مفهوم در سال‌های اخیر در ادبیات آسیب‌شناسی و درمان مشکلات روان‌شناختی مطرح شده و در فهم شیوه پاسخ‌دهی بیماران نسبت به هیجان‌اتشان اهمیت زیادی دارد (10-12). پژوهش‌های متعدد حاکی از اهمیت طرح‌واره‌های هیجانی در اختلال افسردگی اساسی است (10، 13 و 14). لیهی در پژوهشی نشان داد که طرح‌واره‌های نشخوار، احساس گناه، نامعتبر شدن، فقدان ارزش‌های والا، غیرقابل کنترل بودن، غیرقابل درک بودن، ابراز هیجان و توافق پایین، توانایی پیش‌بینی افسردگی را دارند. مفهوم‌سازی ما از هیجان‌هایمان و چگونگی پاسخ به آن‌ها (طرح‌واره‌های هیجانی)، ما را به سمت سلامت روان‌شناختی یا آسیب‌روانی سوق می‌دهد. افرادی که هیجان‌های خود را عادی‌سازی می‌کنند، با ابراز

احساسات و گرفتن تأیید و تصدیق از اطرافیان و موقتی دانستن هیجان‌ها، خود را به سمت سلامت روان‌شناختی سوق می‌دهند. می‌توان گفت که این افراد هیجان‌های خود را پذیرفته و کم‌تر گرفتار هیجان‌های منفی و نشخوار فکری در مورد آن‌ها می‌شوند. ولی اگر فرد نسبت به هیجان‌های خود موضع آسیب‌زا بگیرد (اجتناب هیجانی، نشخوار ذهنی، گسستگی...) به سمت اختلال‌های روانی پیش می‌رود. سازه‌ای که عامل سوق دادن به سلامت روان‌شناختی یا آسیب روان‌شناختی معرفی می‌شود طرح‌واره‌های هیجانی است. لیهی (10) آن را این‌طور تعریف می‌کند: «شیوه‌ای که بیماران هیجان‌های خود را مفهوم‌سازی و با آن‌ها برخورد می‌کنند طرح‌واره‌های هیجانی نامگذاری شده است (10). لیهی معتقد است که طرح‌واره‌های هیجانی می‌تواند نقش اساسی در آسیب‌شناسی و درمان اختلال افسردگی داشته باشد، به‌طوری‌که طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه با میزان بالای اجتناب هیجانی، ذهن‌آگاهی پایین و افسردگی ارتباط دارند (14). بیشتر افراد مبتلا به اختلال افسردگی از موقعیت‌هایی که هیجان‌های منفی را فراخوانی می‌کند، اجتناب می‌کنند و با منفعل شدن و دوری‌گزیدن بر میزان افسردگی خود می‌افزایند. برخی هم با داشتن طرح‌واره هیجانی سرزنش کردن خود و دیگران و به دنبال آن دور شدن از منابع حمایتی موجب افزایش افسردگی خود می‌شوند (14). در مجموع می‌توان گفت یافته‌های پژوهشی از اهمیت طرح‌واره‌های هیجانی در آسیب‌شناسی و درمان اختلال افسردگی حکایت می‌کند (14). هنگامی که هیجان بروز می‌کند و به اوج شدت خود می‌رسد، ممکن است به‌کار بردن فن‌های قدیمی شناختی-رفتاری کارآمد نباشد و حتی ممکن است باعث افزایش تنش روانی و آشفتگی هیجانی بیمار شود (11، 12 و 14). بنابراین این امکان وجود دارد که پرورش ظرفیت‌های بالقوه بیماران برای تحمل و تنظیم پاسخ‌های هیجانی (در قالب طرح‌واره‌های هیجانی)، گستره رفتاری آن‌ها را در هنگام آشفتگی روان-شناختی افزایش دهد. رویکردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی

به طور مستقیم بر توانایی شناختی افراد در کنترل نشخوار ذهنی، توجه متمرکز بر خود و واکنش پذیری عادی در بافتار افکار منفی تأثیر می‌گذارد (16 و 21). بنابراین با وجود یافته‌های زیاد در مورد ارتباط طرح‌واره‌های هیجانی و افسردگی، ولی پژوهش‌های اندکی در ارتباط با تغییر طرح‌واره‌های هیجانی به عنوان یکی از سازوکارهای مهم در آسیب‌شناسی اختلال افسردگی در حیطه مداخلات روان‌شناختی انجام شده است. بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نشانه‌های افسردگی و طرح‌واره‌های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر در قالب یک طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه بیماران زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود که در نیمه دوم سال 1392 برای درمان به بخش درمانگاه بیمارستان بقیه‌الله مراجعه و حداقل یکبار توسط روانپزشک تشخیص اختلال افسردگی اساسی دریافت کرده بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس از میان مراجعین، 24 نفر با انجام مصاحبه ساختاریافته و تشخیص روانپزشک انتخاب شدند. سپس این افراد به صورت تصادفی در دو گروه 12 نفره آزمایش و کنترل جایگزین شدند. افراد نمونه از لحاظ سن، جنس، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات همگن شده و از شرایط اجتماعی و اقتصادی مشابه برخوردار بودند. دامنه سنی افراد از 23-52 و میانگین سنی آنها $36/5 \pm 8/32$ سال بود. پس از تهیه کتابچه راهنمای درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ارزیابی‌های اولیه و انتخاب آزمودنی‌ها و اختصاص آن‌ها به گروه آزمایشی و گروه کنترل، برای هر کدام از آن‌ها کد مشخص در نظر گرفته شد. سپس از همه آزمودنی‌ها رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد (اگر کسی دو جلسه پشت سر هم یا سه جلسه به صورت متناوب غیبت می‌کرد از

یکی از روش‌های روان‌درمانی مطرح شده در اختلال افسردگی است (15) که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی نمونه‌ای از این رویکردهای درمانی است. این روش یک درمان اساساً گروهی است که در آن به بیماران، تمرین‌های متنوعی از ذهن‌آگاهی (از قبیل؛ مراقبه نشسته، مراقبه پایش بدن، یوگا و مراقبه ذهن مشفق) آموزش داده می‌شود (15). این شیوه درمانی در ابتدا برای درمان بیمارانی که از درد مزمن رنج می‌بردند مورد استفاده قرار گرفت، اما در سال‌های اخیر برای کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی نیز مطرح شده است (16). مکانیسم‌های تغییر، در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مشکلات روان‌شناختی از قبیل افسردگی و اضطراب هنوز به اندازه کافی مشخص نشده است (17). اما برخی پژوهشگران معتقدند به دلیل این که ذهن‌آگاهی به عنوان ظرفیتی از هشیاری مطرح است که در شروع و تداوم یک دیدگاه کارآمد و انعطاف‌پذیر نسبت به تجربه‌های هیجانی نقشی اساسی ایفا می‌کند و باعث افزایش پذیرش و نگاه غیرقضاوتی نسبت به هیجان‌ات خواهد شد، از این رو تمرین‌های ذهن‌آگاهی موجب تغییر طرح‌واره‌های هیجانی در بیماران افسرده می‌شود (14). این روش درمانی مانع از تقویت اجتناب‌های هیجانی پیشین در این بیماران می‌شود، به طوری که تمرین‌های ذهن‌آگاهی بافتی را برای این بیماران فراهم می‌کند که در آن می‌توانند هیجان‌های مثبت بیشتری را تجربه کنند و نسبت به هیجان‌ات خود تفسیر و درک مثبت‌تری ارائه دهند. این امر می‌تواند موجب کاهش خلق منفی و نشانه‌های افسردگی در آن‌ها شود (14 و 18). گرچه دستورالعمل واضحی در مورد تغییر ماهیت افکار و واکنش‌های عاطفی در محتوای درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی وجود ندارد، اما پیشینه این روش درمانی نشان داده است که توانایی کاهش واکنش‌های هیجانی منفی، نشخوار ذهنی و علائم افسردگی و افزایش رفتارهای خودتنظیمی را دارد (19، 20 و 21). درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی

پرسشنامه در دامنه‌ای از 0-63 قرار می‌گیرد. این ویرایش در مقایسه با نسخه اول، همخوانی بیشتری با معیارهای DSM-IV دارد و تمام عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی بک مورد پوشش قرار می‌دهد. این پرسشنامه با مقیاس درجه‌بندی هامیلتون، همبستگی 0/71 دارد و پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن 0/91 می‌باشد. همسانی درونی این پرسشنامه نیز 0/91 گزارش شده است (25). مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در یک نمونه 94 نفری در ایران بررسی شده و ضریب آلفا 0/91، ضریب همبستگی میان دو نیمه 0/89 و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته، 0/94 بوده است (26).

پرسشنامه طرح‌واره‌های هیجانی: پرسشنامه طرح‌واره‌های هیجانی توسط لیهی (Leahy Emotional Schemas scale) بر مبنای مدل طرح‌واره‌های هیجانی خود، در سال 2002 به صورت یک مقیاس خودگزارشی تهیه شده است. این مقیاس دارای 50 گویه است که با استفاده از یک مقیاس 5 درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود (10). نسخه فارسی این مقیاس توسط خانزاده، ادیسی، محمدخانی و سعیدیان (27) تهیه شده است. پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس 0/78 و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای بین 0/56-0/71 گزارش شده است. همچنین ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس 0/82 و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای از 0/59-0/73 به دست آمد (27).

درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی: یک درمان 8 هفته‌ای با جلسات 2/5-2 ساعت است (28). این درمان به صورت گروهی انجام شد. طراحی فرایند درمان و جلسات درمانی به این صورت بود که بیماران در هر جلسه مهارت‌های مربوط به ذهن‌آگاهی و راهبردهای تنظیم هیجانی را آموزش می‌دیدند (جدول 1). گروه آزمایشی تحت مداخله درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند و گروه شاهد در انتظار درمان باقی ماندند.

شرکت در ادامه پژوهش باز داشته می‌شد. گروه آزمایش علاوه بر درمان دارویی، 10 جلسه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی را به صورت هفتگی و هر جلسه به مدت 60 دقیقه دریافت کردند. این در حالی بود که گروه کنترل هیچ مداخله روان‌شناختی را دریافت نکرد. افراد این گروه تحت درمان دارویی قرار گرفتند و در جلسات ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری شرکت کردند. ملاک‌های ورود شامل داشتن تشخیص اختلال افسردگی، موافقت برای شرکت در پژوهش و رضایت‌نامه کتبی، داشتن تحصیلات حداقل سال سوم راهنمایی، داشتن سن بالاتر از 18 و کمتر از 60 سال بود. ملاک‌های خروج شامل وجود سایر اختلالات روانپزشکی، سوء مصرف مواد، ابتلا به اختلال خلقی دوقطبی، وجود عقب‌ماندگی ذهنی، ابتلاء به بیماری جسمی که افسردگی قابل انتساب به عوارض آن باشد و وجود تشنج و بیماری‌های نورولوژیک بود.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش شامل موارد ذیل بود: مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محوری در DSM-IV (SCID-I): یک مصاحبه کلینیکی نیمه‌ساختاریافته است که برای تشخیص‌گذاری اختلال‌های عمده محوری براساس DSM-IV به کار می‌رود. SCID بیش از هر مصاحبه تشخیصی معیار شده دیگری در بررسی‌های روانپزشکی به کار رفته است، زیرا روایی و پایایی آن خوب گزارش شده است (22 و 23). توافق تشخیصی نسخه فارسی SCID-I بالای 60 درصد، توافق کلی برای تشخیص‌های فعلی 52 درصد و تشخیص‌های کل عمر 55 درصد گزارش شده است (22 و 24).

سیاهه افسردگی بک (Beck Depression Inventory- II): این پرسشنامه شکل بازنگری‌شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده (25) و شامل 21 ماده است که آزمودنی در هر ماده یکی از چهار گزینه را که نشان‌دهنده شدت افسردگی است انتخاب می‌کند. چهار گزینه هر سؤال در یک طیف چهار بخشی از 0-3 نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین نمره کل این

جدول 1- محتوای جلسات درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات	محتوای جلسات
اول	معرفی / مقدمه، تشریح افسردگی؛ معرفی منطق درمان، هدایت خودکار: برقراری ارتباط و مفهوم سازی، لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی، ارائه توضیحاتی در مورد هدایت خودکار.
دوم	رویاری با موانع: مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین واری بدن، دادن پاسخوراند و بحث در مورد واری بدن، تمرین مراقبه ذهن آگاهی تنفس.
سوم	حضور ذهن از تنفس: مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین مراقبت نشسته، بازنگری تمرین، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای
چهارم	ماندن در زمان حال: مرور تکالیف هفته قبل، تمرین هفت دقیقه ای «دیدن یا شنیدن»، تمرین مجدد ذهن آگاهی تنفس و واری بدن
پنجم	اجازه / مجوز حضور: مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین تنفس، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صدا، افکار)، توضیحات پیرامون استرس و رابطه آن با درد، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس های بدنی
ششم	افکار حقایق نیستند: مرور تکالیف هفته گذشته، یوگای هوشیارانه، بحث پیرامون تفاوت دیدن افکار یا افکار جانشین، مراقبه نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار).
هفتم	چطور می توانم به بهترین شکل از خودم مراقبت کنم: مرور تکالیف هفته گذشته، بهداشت خواب، تکرار تمرینات جلسه قبل، تهیه فهرستی از فعالیت های لذت بخش جلسه.
هشتم	پذیرش و تغییر: مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین واری بدن، جمع بندی جلسات، واری و بحث در مورد برنامه ها و ادامه تمرینات تکالیف؛ آمادگی برای خاتمه (پایان دهی).

یافته ها

مختلف اجرا در متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد. بنابراین برای بررسی تفاوت میانگین ها و آزمون فرضیه ها از تحلیل واریانس مختلط چندمتغیری استفاده شد. در تمامی متغیرهای این پژوهش، آزمون کرویت موجلی در سطح 0/05 معنادار نبود. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس و به گونه ای دقیق تر، شرط همگون بودن ماتریس کوواریانس اطمینان حاصل و از مدل اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج آزمون چندمتغیره اثر هتلینگ نشان می دهد حداقل در یکی از متغیرهای وابسته هم در بعد زمان ($F=30/35$, $P<0/001$) و هم در بعد تعامل زمان و گروه ($F=22/87$, $P<0/001$) تفاوت معناداری وجود دارد (جدول 3). بدین معنی که از مرحله پیش آزمون تاپیگیری، بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد که نشان از اثربخشی برنامه درمانی حداقل در یکی از متغیرهای وابسته دارد.

نتایج همچنین نشان می دهد که اثر عامل زمان بر

در این پژوهش از محاسبه شاخص آمار توصیفی همچون میانگین و انحراف معیار برای ارائه اطلاعات توصیفی استفاده شد. همچنین به منظور بررسی تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در علائم افسردگی و طرحواره های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی از روش آماری تحلیل واریانس مختلط استفاده گردید. در این آزمون زمان (نمرات آزمودنی ها در جلسات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه (آزمایش و کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی ها وارد مدل شدند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی ها در جلسات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در پرسشنامه های افسردگی بک و زیرمقیاس های پرسشنامه طرحواره های هیجانی محاسبه شد (جدول 2).

بر اساس یافته ها بین میانگین دو گروه در زمان های

جدول 2- شاخص‌های آمار توصیفی نمرات افسردگی بک و زیرمقیاس‌های طرح‌واره‌های هیجانی

گروه	متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		SD	M*	SD	M	SD	M
آزمایش	افسردگی	6/13	32/86	7/56	18/80	5/52	14/53
	طرح‌واره‌های سازگارانه	5/67	41/33	5/82	48/26	4/79	48/46
	طرح‌واره‌های ناسازگارانه	7/53	48/73	4/70	35/20	3/45	35/66
کنترل	افسردگی بک	6/30	33/53	6/28	32/16	7/13	32/59
	طرح‌واره‌های سازگارانه	6/22	43/46	4/99	43/26	3/27	43/26
	طرح‌واره‌های ناسازگارانه	6/60	47/40	5/14	46/80	5/44	46/20

M* میانگین و SD انحراف استاندارد است.

جدول 3- خلاصه نتایج آزمون‌های مختلف چندمتغیری

منبع	آزمون	Value	F	Df	Sig	اندازه اثر
زمان	اثر هتلینگ	20/23	30/35	22	0/001	0/91
گروه	اثر هتلینگ	3/65	14/33	22	0/001	0/63
زمان*گروه	اثر هتلینگ	15/25	22/87	22	0/001	0/87

جدول 4- نتایج تفاوت‌های بین‌گروهی برای افسردگی بک، و طرح‌واره‌های هیجانی

منبع پراش	آزمون	SS	Df	MS	F	Sig	اندازه اثر
زمان	افسردگی	2016/62	1	2016/62	160/07	0/01	0/85
	طرح‌واره‌های سازگارانه	233/62	1	233/62	15/16	0/01	0/35
	طرح‌واره‌های ناسازگارانه	1022/46	1	1022/46	62/93	0/01	0/69
گروه	افسردگی	2161/11	1	2161/11	22/27	0/001	0/56
	طرح‌واره‌های سازگارانه	125/82	1	125/82	16/16	0/01	0/36
	طرح‌واره‌های ناسازگارانه	966/44	1	966/44	18/06	0/01	0/39
زمان*گروه	افسردگی بک	1503/28	1	1503/28	119/32	0/01	0/81
	طرح‌واره‌های سازگارانه	261/75	1	261/75	16/99	0/01	0/37
	طرح‌واره‌های ناسازگارانه	787/26	1	787/26	48/45	0/01	0/63

پیش‌آزمون تا پیگیری کاهش معنی‌داری داشته است، درحالی‌که نمره طرح‌واره‌های سازگارانه در گروه آزمایش افزایش داشته است. افزون بر این اثر تعامل زمان با گروه در افسردگی ($P<0/01$, $F=119/32$)، طرح‌واره‌های هیجانی سازگارانه ($P<0/01$, $F=16/99$) و طرح‌واره‌های

متغیرهای افسردگی ($P<0/01$, $F=160/07$)، طرح‌واره‌های هیجانی سازگارانه ($P<0/01$, $F=15/16$) و طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه ($P<0/01$, $F=15/16$) معنادار بوده است. به عبارت دیگر، می‌توان گفت که نمره افسردگی و طرح‌واره‌های ناسازگار در گروه آزمایش از

نشانه‌های افسردگی وجود دارد این است که تمرین‌های ذهن‌آگاهی موجب افزایش توانایی بیماران افسرده در تحمل حالت‌های هیجانی منفی خواهد شد و این بیماران را برای مقابله مؤثر با علائم و نشانه‌های افسردگی توانا تر می‌کند. از آنجایی که تمرین‌های ذهن‌آگاهی موجب افزایش تحمل هیجانان‌های منفی و احساس‌های بدنی ناراحت در این بیماران می‌شود و به آن‌ها کمک می‌کند تا از افکار خودآیند، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم رها شوند، از این روی نقش مهمی در تنظیم رفتاری ایفا می‌کند (35). پاولیک و همکاران (20 10) در پژوهشی متوجه شدند که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی، موجب کاهش استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه (مانند فاجعه‌سازی) در بیماران افسرده می‌شود (36). همچنین نتایج برخی از پژوهش‌ها، حاکی از همبستگی منفی ذهن‌آگاهی با راهبرد فاجعه‌سازی هستند (37). از سوی دیگر قضاوت و پیش‌داوری که در راهبرد فاجعه‌سازی است، در بسیاری شرایط موجب تنش، ناآرامی و هیجان‌های منفی می‌شود و این خود تداوم افسردگی را در پی دارد (10). برای کاهش فاجعه‌سازی لازم است افراد از قضاوت و پیش‌داوری کردن فاصله گرفته و احساسات و هیجانان را آن‌گونه که وجود دارد درک کنند. از طرف دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود طرح‌واره‌های هیجانی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مؤثر است. گروه آزمایش که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی را دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل در متغیرهای مربوط به برخی طرح‌واره‌های هیجانی، بهبود معنادارتر و پایاتری نشان دادند. مطالعات متعدد به اثرگذاری درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیر تنظیم هیجانی تأکید می‌کنند (38) و معتقدند که این درمان، پاسخ‌های هیجانی بیماران افسرده را با اصلاح فرایندهای شناختی-عاطفی تغییر می‌دهد و باعث نمرات پایین‌تر در بدتنظیمی هیجانی، ترس و اجتناب از هیجان‌ها می‌شود (19). علاوه بر این تمرین-

هیجانی ناسازگارانه ($F=48/45$, $P<0/01$) نیز معنادار بوده است. بنابراین می‌توان گفت که بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای افسردگی و نمره کل طرح‌واره‌های سازگارانه و ناسازگارانه تفاوت معناداری بوده است (جدول 4).

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی در نشانه‌های افسردگی و بهبود طرح‌واره‌های هیجانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌طور معناداری در کاهش علائم افسردگی و طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مؤثر است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های انجام‌گرفته در این زمینه همسو است (14، 20 و 29-31). در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بیمار افسرده آموزش داده می‌شود هر فکر، هیجان یا احساس بدنی که وارد توجه آن‌ها می‌شود به همان گونه که هست مورد تأیید و پذیرش قرار گیرد. این واکنش پیشگیرانه در مقابل افکار و احساسات منفی به بیماران کمک می‌کند بعد از تجربه هیجان‌های منفی به سرعت به حالت تعادل قبلی برسند (32). نظریه سبک‌های پاسخی نولن - هوکسما، مطرح می‌کند افرادی که برای مقابله با علائم افسردگی خود راهبردهای تکراری و منفعلانه به‌کار می‌برند با این کار موجب طولانی شدن سیر علائم افسردگی خود می‌شوند (33). تکنیک‌های ذهن‌آگاهی تمرکززدایی بیماران را از افکار، هیجانان و احساسات بدنی تسهیل می‌کند به‌طوری‌که در این روش به بیماران افسرده آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده و گذرایی بپندارند که در ذهن آن‌ها نمایان می‌شوند (34). تبیین دیگری که در مورد تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش

فراهم می‌کند تا به شکل انعطاف‌پذیرتری در تعدیل هیجان‌ها عمل کند. طرح‌واره‌های هیجانی و آمیختگی با افسانه‌های هیجانی ممکن است بیماران را به سمت تلاش برای اجتناب از پردازش هیجانی و اتکای بیش‌ازاندازه به منطقی بودن سوق دهد. از این‌رو، با برقراری ارتباط و تجربه تمام و کمال این احساسات جسمانی در بدن، بیماران نخستین قدم را به‌سوی یک حالت جامع و کامل‌تر از پردازش هیجانی برمی‌دارند. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند علاوه بر ایجاد تغییر در طرح‌واره‌های هیجانی، این تغییر ایجادشده را در طول مدت پیگیری دوماهه نیز تداوم بخشد. این یافته نشان‌دهنده اثربخشی کارآمد درمان مذکور در ایجاد تغییر بنیادی در طرح‌واره‌های هیجانی بیماران افسرده است. این روش با نادیده گرفتن علائم افسردگی و تمرکز بر شیوه‌های پاسخ‌دهی بیماران نسبت به تجارب زندگی (اعم از هیجان‌ها، افکار و حتی احساسات جسمانی) که بخش عمده آن در طرح‌واره‌های هیجانی متبلور می‌شود توانست تغییرات بادوامی در بیماران ایجاد کند. علی‌رغم فواید ویژه این روش درمانی مانند انجام درمان به شیوه گروهی و پرداختن به ایده‌های نو، پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی نیز بود. یکی از محدودیت‌ها انجام مداخله روی گروه زنان است از آنجایی که پیش‌بینی می‌شود سازوکارهای طرح‌واره‌های هیجانی در زنان و مردان متفاوت باشد، تعمیم‌پذیری نتایج به گروه مردان افسرده با محدودیت مواجه است. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی از آزمودنی‌های مرد نیز استفاده شود.

نتیجه‌گیری

درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به‌طور معناداری موجب کاهش نشانه‌های افسردگی و طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه و همچنین افزایش طرح‌واره‌های هیجانی سازگارانه می‌شود. به نظر می‌رسد

های ذهن آگاهی به بیماران افسرده کمک می‌کند تا از افکار خودآیند و عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم رها شوند (39). با توجه به همپوشی بالای طرح‌واره‌های هیجانی و تنظیم هیجانی (14) می‌توان این یافته‌ها را به طرح‌واره‌های هیجانی تعمیم داد. بنابراین بهبود طرح‌واره‌های هیجانی بیماران افسرده در این پژوهش - با توجه به مکانیسم‌های اثرگذاری غیرمستقیم درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در سازه طرح‌واره‌های هیجانی - قابل تبیین است. همچنین این مداخله توانست موجب کاهش استفاده از طرح‌واره‌های هیجانی ناسازگارانه و افزایش طرح‌واره‌های هیجانی سازگارانه در بیماران افسرده شود. همان‌طور که مطرح شد گرچه پژوهش مستقیمی در ارتباط با تأثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در طرح‌واره‌های هیجانی انجام نشده ولی یافته‌ها حاکی از ارتباط قوی بین آن‌هاست. تیرچ و همکاران (2009) در پژوهشی دریافتند که بین گرایش ذهن آگاهانه و طرح‌واره‌های هیجانی رابطه معناداری وجود دارد. در این پژوهش تمام 14 بعد طرح‌واره هیجانی با گرایش ذهن آگاهی ارتباط داشتند. یک تفسیر احتمالی در مورد ارتباط طرح‌واره‌های هیجانی سازگارانه با گرایش ذهن آگاهی این است که احتمالاً کارکرد سازگارانه پردازش طرح‌واره‌ای در پاسخ به هیجان‌ها، با پذیرا بودن بیشتر، توجه و هوشیاری نسبت به هر آنچه در لحظه حاضر اتفاق می‌افتد همراه است. لیبی معتقد است می‌توان با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی تغییراتی در طرح‌واره‌های هیجانی بیماران ایجاد کرد. تمرین‌های ذهن آگاهی به بیماران می‌آموزد تا حالتی غیر-قضاوتی در مورد هیجان‌های خود بگیرند که باعث پذیرش بیشتر هیجان‌ها می‌گردد (14). بنابراین می‌توان گفت از آنجایی که هیجان‌های شدید اغلب به‌صورت احساسات بدنی بروز می‌کنند، در درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی به بیماران آموزش داده می‌شود که با سبک تمرکززدایی، این احساسات بدنی را فقط به‌سادگی مشاهده کنند. این توانایی برای بیمار شرایطی

این درمان بر شدت افسردگی و طرح‌واره‌های هیجانی
 ناسازگارانه بیماران افسرده مؤثر باشد.
تشکر و قدردانی
 بدین‌وسیله از تمامی مسئولان بیمارستان بقیه‌الله (عج)،
 به‌خصوص مسئولین بخش اعصاب و روان که تمهیدات
 لازم برای انجام پژوهش حاضر فراهم نمودند و همچنین
 بیمارانی که به تیم پژوهشی اعتماد کردند، تشکر و
 قدردانی می‌کنیم.

References

- Godfrin K, Heeringen C. The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behav Res Ther.* 2010;48(8):738-46.
- Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Lujan L, Fernandez A, et al. Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2010;45(2):201-10.
- Bentley SM, Pagalilauan GL, Simpson SA. Major depression. *Med Clin North Am.* 2014; 98(5):981-1005.
- Avenevoli S, Swendsen J, He J-P, Burstein M, Merikangas KR. Major depression in the national comorbidity survey-adolescent supplement: prevalence, correlates, and treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015; 54(1):37-44.e2.
- Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF. Epidemiology of major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(10):1097-106.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the national comorbidity Survey replication (NCS-R). *JAMA.* 2003;289(23):3095-105.
- Gabilondo A, Rojas-Farreras S, Vilagut G, Haro JM, Fernandez A, Pinto-Meza A, et al. Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *J Affect Disord.* 2010;120(1-3):76-85.
- Rubio JM, Markowitz JC, Alegría A, Pérez-Fuentes G, Liu S-M, Lin K-H, et al. Epidemiology of chronic and nonchronic major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Depress Anxiety.* 2011;28(8):622-31.
- Garnefski N, Teerds J, Kraaij V, Legerstee J, van den Kommer T. Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Pers Individ Dif.* 2004;36(2):267-76.
- Leahy RL. A model of emotional schemas. *Cogn Behav Pract.* 2002;9(3):177-90.
- Leahy RL. Emotional schema therapy. 1st ed. New York: Guilford Press. 2015;123-5.
- Tirch DD, Leahy RL, Silberstein LR, Melwani PS. Emotional Schemas, Psychological Flexibility, and Anxiety: The role of flexible response patterns to anxious arousal. *Int J Cogn Ther.* 2012;5(4):380-91.
- Leahy R, Kaplan D. Emotional schemas and relationship adjustment. annual meeting of the association for advancement of behavior therapy. New Orleans LA: 2004.
- Leahy RL, Tirch D. Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide. 1st ed. New York: Guilford Press. 2011;234-7.
- Kabat Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol sinc &Pract.* 2003;10(2):144-56.
- Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion.* 2010;10(1):83.
- Robins CJ, Keng SL, Ekblad AG, Brantley JG. Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression: a randomized controlled trial. *J Clin Psychol.* 2012;68(1):117-31.
- Lynch TR, Chapman AL, Rosenthal MZ, Kuo JR, Linehan MM. Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol.* 2006;62(4):459-80.
- Lykins EL, Baer RA. Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *J Cogn Psychother.* 2009;23(3):226-41.
- Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(4):615.
- Ramel W, Goldin PR, Carmona PE, McQuaid JR. The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cogn Ther Res.* 2004;28(4):433-55.
- Zanarini MC, Frankenburg FR. Attention and maintenance of reliability of axis I and II disorder; A longitudinal study. *Compr Psychiatry.* 2001 (42): 416-25.

23. Sajatovic M, Ramirez LF. Rating scales in mental health. 3rd ed. Baltimore: JHU Press. 2012;321-2.
24. Sharifi V, Asaadi M, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. [Reliability and functionality of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (Persian)]. *Advances in Cognitive Science*. 2009;4:1-20.
25. Beak AT, steer RA, Brown G k. Beck Depression Inventory for measuring depression . *Arch Gen Psychology*. 1996;4:561-71.
26. Fata L, Birashk B, Atif Waheed MK, Dobson K. [By means of this scheme, the state of emotional and cognitive processing of emotional information (Persian)]. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2005;2:20-5.
27. Khanzade M, Edrisi F, mohamadkhani SH, Saidian M. [Scale factor structure and psychometric characteristics on students' emotional schemas (Persian)]. *J Psycho Stud*. 2012;11 (3):91-119.
28. Chaskalson M. *The mindful workplace: developing resilient individuals and resonant organizations with MBSR*. 2nd ed. New York: John Wiley. 2011;167-9.
29. Masumian S, Golzari M, Shairi M, Momenzadeh S. The effect of mindfulness-based stress reduction on the rate of depression in patients with chronic low back pain. *Anesthesiology and Pain, Official Journal of ISRAPM*. 2013;3(2):82-8.
30. Narimani M, Ariapooran S, Abolghasemi A, Ahadi B. [Effectiveness of mindfulness-based stress reduction and emotion regulation training in the affect and mood of chemical weapons victims (Persian)]. *Arak Medical University Journal*, 2012;15(2):107-18.
31. Sephton SE, Salmon P, Weissbecker I, Ulmer C, Floyd A, Hoover K, et al. Mindfulness meditation alleviates depressive symptoms in women with fibromyalgia: results of a randomized clinical trial. *Arthritis Rheumatol*. 2007;57(1):77-85.
32. Brown KW, Ryan RM, Creswell JD. mindfulness: theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*. 2007;18(4):211-37.
33. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. *Perspect Psychol Sci*. 2008;3(5):400-24.
34. Kao CM. The effect of rumination on social problem-solving and autobiographical memory retrieval in depression: A cross-cultural perspective. Phd thesis in psychology. St Andrews: Faculty of Psychology, University of St Andrews. 2007;28-30.
35. Arch JJ, Craske MG. Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *Behav Res Ther*. 2006;44(12):1849-58.
36. Paulik G, Simcocks A, Weiss L, Albert S. Benefits of a 12-week mindfulness group program for mental health consumers in an outpatient setting. *Mindfulness*. 2010;1(4):215-26.
37. Garland EL, Gaylord SA, Fredrickson BL. Positive reappraisal mediates the stress-reductive effects of mindfulness: An upward spiral process. *Mindfulness*. 2011;2(1):59-67.
38. Chambers R, Gullone E, Allen NB. Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clin Psychol Rev*. 2009;29(6):560-72.
39. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *Am Psychol*. 2000;55(1):68-78.