

مقایسه تأثیر روش‌های درمانی عقلانی - هیجانی و مبتنی بر حضور ذهن بر علائم اختلال افسرده‌خویی در زنان

احمد اسدیان^{۱*}، امیررضا کامل عباسی^۱، مهدی صالح‌زاده^۲

چکیده

^۱دانشگاه پیام نور، سرخس، ایران.

^۲آداره آموزش و پرورش، سرخس، ایران.

زمینه و هدف: افسرده‌خویی از طبقه اختلالات خلقی است که با خلق افسرده در بیشتر ساعات روز تعریف می‌شود. هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثر روش‌های درمانی عقلانی-هیجانی و مبتنی بر حضور ذهن بر علائم اختلال افسرده‌خویی در زنان بود.

روش بررسی: در این مطالعه که به صورت شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد انجام شد، ۲۰ نفر از زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی در مراکز درمانی تحت نظارت بهزیستی به طور تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایشی و اختصاصی قرار گرفتند. از پرسشنامه افسردگی Beck و مصاحبه بالینی جهت تشخیص و پیش‌آزمون - پس‌آزمون استفاده گردید. داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تی گروه‌های وابسته و مستقل و آزمون کای‌مربع تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: در این مطالعه هر دو روش عقلانی-هیجانی و مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش علائم افسرده‌خویی، تأثیر معنی‌داری داشت ($p < 0/001$). درمان مبتنی بر حضور ذهن در مقایسه با درمان عقلانی - هیجانی نیز در کاهش علائم افسرده‌خویی، تأثیر بیشتری داشت ($p = 0/003$).

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد درمان مبتنی بر حضور ذهن و عقلانی - هیجانی از روش‌های درمان‌شناختی مؤثر در کاهش علائم افسرده‌خویی در زنان است که در این میان، روش درمان مبتنی بر حضور ذهن مؤثرتر می‌باشد.

کلید واژه‌ها: عقلانی؛ هیجانی؛ حضور ذهن؛ اختلال افسرده‌خویی.

*نویسنده مسئول مکاتبات:

احمد اسدیان، دانشگاه پیام نور، سرخس، ایران؛

آدرس پست الکترونیکی:

ahm.asadian@gmail.com

لطفاً به این مقاله به صورت زیر استناد نمایید:

Asadian A, Kamel Abbasi AR, Salehzadeh M. Comparison of the effect of rational-emotional and mindfulness-based treatment methods on the symptoms of dysthymia disorder in women. Qom Univ Med Sci J 2016;10(1):11-18.

تاریخ دریافت: ۹۳/۱۲/۱۱

تاریخ پذیرش: ۹۴/۴/۱۵

مقدمه

افسرده‌خویی (Dysthymic Disorder) که گاهی آن را افسردگی جزئی نیز می‌نامند، یکی از اختلالات مزمن طبقه اختلالات خلقی بوده که با خلق افسرده در بیشتر ساعات شبانه‌روز همراه است. در واقع، این اختلال گونه‌ای طولانی مدت از بیماری روانی است که با فقدان دائمی شادی مشخص می‌شود (۱). ذهن فرد افسرده‌خو مملو از نگرانی و احساس گناه بوده و تمایل به کناره‌گیری از اجتماع دارد، همچنین احساس ناتوانی و بی‌حوصلگی می‌کند. افراد مبتلا به افسرده‌خویی به ناامیدی و بدبینی دچار هستند و در اغلب تلاش‌هایشان، احساس بی‌کفایتی می‌کنند (۲).

روش‌های شناختی مختلفی برای درمان اختلالات خلقی، به‌خصوص افسردگی و افسرده‌خویی به کار می‌رود که یکی از این روش‌ها درمان عقلانی - هیجانی براساس نظریه Ellis می‌باشد. نظریه Ellis بر این اساس است که نحوه تفسیر افراد از رویدادها در بروز مشکلات روانی آنها، نقش اساسی ایفا می‌کند و شناخت، هیجان و رفتار نیز با یکدیگر به‌طور معنی‌داری در تعامل بوده و برهم تأثیرگذارند. همچنین Ellis معتقد است هیجان‌های افراد از باور، ارزیابی، تفسیر و واکنش‌های ما نسبت به رویدادهای زندگی ناشی می‌شود. در درمان عقلانی - هیجانی، مهارت‌هایی را به فرد آموزش می‌دهند تا از طریق آنها بتواند باورهای غیرمنطقی را شناسایی و با آن مقابله کند (۳-۵).

باوجود اثربخشی روش‌های شناختی سنتی مبتنی بر باورهای فرد از جمله مدل Ellis در درمان بعضی از بیماران مبتلا به اختلالات خلقی، Teasdale (سال ۱۹۹۳)، نظریه‌ای را ارائه کرد که درمان مبتنی بر حضور ذهن (Mindfulness-based Therapy) نام گرفت (۴). حضور ذهن، به معنای توجه کردن بدون قضاوت به جریان در حال پیشرفت درونی و بیرونی محرک‌ها می‌باشد. در واقع، حضور ذهن مهارتی است که به فرد اجازه می‌دهد در زمان حال، رویدادها را کمتر از میزانی که ناراحت‌کننده است درک کند. افراد افسرده درباره گذشته، اغلب احساس پشیمانی و گناه می‌کنند. اساس حضور ذهن، متمرکز شدن بر زمان حال و جلوگیری از نگرانی و نشخوار ذهنی، همچنین گسترش افکار جدید و کاهش هیجان‌ات ناخوشایند است (۵). تاکنون در تحقیقات متعددی، روش‌های مختلف شناختی در درمان افسردگی

و افسرده‌خویی مورد بررسی و مقایسه قرار گرفته است. به‌عنوان مثال David و همکاران (سال ۲۰۰۸)، درمان عقلانی - هیجانی را با درمان شناختی و دارویی، در درمان افسردگی مورد مقایسه قرار دادند. نتایج، تفاوت معنی‌داری را در درمان نشان نداد (۶). همچنین Sava و همکاران (سال ۲۰۰۹)، با مقایسه اثربخشی درمان عقلانی - هیجانی و دارودرمانی در درمان افسردگی نشان دادند هر دو روش در درمان، موفق بوده است، اما بین اثربخشی این دو روش، تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (۷). همچنین عبدالقادری و همکاران (سال ۱۳۹۳) نشان دادند بین اثربخشی درمان مبتنی بر حضور ذهن و رفتاردرمانی شناختی، تفاوت معنی‌دار نیست (۸). اگرچه روش‌های شناخت درمانی، روش‌های قابل توجه در درمان افسردگی می‌باشد، اما به‌طور کلی این روش‌ها برای درمان اختلال افسرده‌خویی، کمتر مورد استفاده قرار گرفته است. علاوه بر این، با توجه به اینکه اختلال افسرده‌خویی نسبت به اختلال افسردگی در مقابل درمان، مقاوم‌تر است و نیز برخی از درمان‌های شناختی بر اختلال افسردگی، اثر ناچیزی داشته‌اند (۱)، طبق نظر Watkins و William (سال ۱۹۹۸)، روشی مانند حضور ذهن با هدف قراردادادن باورهای هیجانی فرد، می‌تواند در درمان افسرده‌خویی مؤثر باشد. علاوه بر این، در تحقیقات پیشین برای درمان افسرده‌خویی، بیشتر رفتاردرمانی شناختی و درمان بین فردی مورد استفاده بوده است (۹). همچنین با توجه به لزوم بررسی روش‌های شناخت درمانی، به‌خصوص در زنان ایرانی که به‌طور کلی نسبت به مردان بیشتر مبتلا به اختلالات خلقی هستند و اینکه تاکنون دو روش درمان عقلانی - هیجانی و درمان مبتنی بر حضور ذهن مورد مقایسه و چالش قرار نگرفته است. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر درمان عقلانی - هیجانی و درمان مبتنی بر حضور ذهن بر علائم اختلال افسرده‌خویی در زنان انجام گرفت.

روش بررسی

این مطالعه به‌صورت شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه شاهد انجام شد. جامعه آماری شامل تمامی زنان افسرده‌خویی بود که طی ماه‌های آذر و دی سال ۱۳۹۳ از مطب‌های روانپزشکان و روانشناسان بالینی به مراکز درمانی تحت نظارت سازمان بهزیستی و سازمان ملی جوانان در شهرستان مشهد

جلسه چهارم: آشنایی با اجزای مدل A-B-C؛ یعنی رویدادهای فعال‌کننده، پیامدهای هیجانی منطقی و غیرمنطقی، و باورهای منطقی و غیرمنطقی؛

جلسه پنجم: آموزش باورهای غیرمنطقی (از جمله خودتحقیری در مقابل پذیرش خود و دیگران)؛

جلسه ششم و هفتم: آموزش راهبردهای تغییر باورهای غیرمنطقی و بررسی مهارت اعضا در انجام روش‌های مباحثه با استفاده از تجارب واقعی آزمودنی‌ها؛

جلسه هشتم: آشنایی با خودگویی‌های منطقی و غیرمنطقی، آشنایی با نقش کلمه‌ها و احساسات فرد؛

جلسه نهم: تفکیک هیجانات منفی سالم از هیجانات منفی آسیب‌زا و استفاده از تصویرسازی عقلانی - هیجانی برای مقابله با هیجان‌های مخرب؛

جلسه دهم: آموزش مهارت‌های ارتباطی و بیان عواطف مثبت به صورت کلامی، غیرکلامی، بدنی و انعکاس احساس‌ها؛

جلسه یازدهم: آموزش ابراز هیجان‌های منفی سالم شامل: ابراز رنجش از دیگران به جای پرخاشگری، غم به جای افسردگی و تمرین آرامش‌آموزی؛

جلسه دوازدهم: آموزش مهارت حل مسئله در موقعیت‌های تنش‌زا، ناراحت‌کننده و مرور کلی بر محتویات جلسات و ایجاد بازخورد؛

درمان مبتنی بر حضور ذهن در گروه آزمایشی دوم به کار گرفته شد که ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به طول انجامید. محتوای این جلسات به صورت زیر می‌باشد:

جلسه اول: تعیین برنامه کلی درمان، آشنایی افراد با یکدیگر و با درمانگر، تمرین واری بدن، مشخص نمودن تکالیف و تمرین خانگی؛

جلسه دوم و سوم: آرامش‌آموزی برای تمام عضلات بدن و تعیین تکالیف خانگی برای تمرین آرامش‌آموزی؛

جلسه چهارم: آشنایی با حضور ذهن تنفس، آموزش دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر به هر نکته دیگر و تکلیف خانگی حضور ذهن تنفس قبل از خواب؛

ارجاع داده شده بودند. حجم نمونه طبق جدول Cohen (سال ۲۰۰۷)، با توان آزمون ۰/۷، اندازه اثر ۰/۸ و سطح آلفای ۰/۰۵ (سطح اطمینان ۰/۹۵)، در هر گروه، ۱۰ نفر در نظر گرفته شد (۱۰). نمونه مورد بررسی شامل ۲۰ نفر از بیماران زن مبتلا به افسرده‌خویی بود که به روش نمونه‌گیری تصادفی از جامعه آماری انتخاب شدند. قبل از سنجش بیماران، رضایت‌نامه کتبی از آنها اخذ گردید و به آنان اطمینان داده شد که اطلاعات در پرسشنامه محرمانه باقی می‌ماند و می‌تواند از ذکر نام خود خودداری کنند. معیارهای ورود به مطالعه شامل ابتلا به اختلال افسرده‌خویی به مدت حداقل یک‌سال (بیمارانی که طی یک‌سال گذشته دارای ملاک‌های تشخیصی اختلال افسرده‌خویی بودند) و جنسیت مؤنث بود. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلای همزمان به اختلال روانی سوء‌مصرف مواد، وجود افکار و اقدامات خودکشی که می‌تواند گروه درمانی را مختل کند.

در ابتدا از نمونه‌ها، شرح حال و مصاحبه بالینی به عمل آمد (تشخیص ابتدایی توسط روانپزشک مربوطه در مطب آنها و تشخیص نهایی به وسیله مصاحبه بالینی توسط نویسنده اول این تحقیق صورت گرفت). در مرحله بعد، پرسشنامه افسردگی توسط بیماران تکمیل و نتایج گردآوری شد. پس از آن اعضا به صورت تصادفی به دو گروه ۱۰ نفری تقسیم شدند. در ادامه، به اعضای گروه‌ها توضیح داده شد که نیاز به شرکت در جلسه گروه‌درمانی برای آنان تشخیص داده شده و لذا بایستی برای شرکت در جلسه گروه‌درمانی آماده شوند، سپس گروه اول در ۱۲ جلسه به مدت ۹۰ دقیقه، گروه درمانی عقلانی - هیجانی را دریافت کردند که محتوای جلسات شامل موارد زیر است:

جلسه اول: آشنایی اعضای گروه با هم و با درمانگر، شیوه تشکیل و محتوای جلسات، تعریف هیجان و شیوه‌های ابراز هیجان؛

جلسه دوم: یافتن عوامل مرتبط با هریک از روش‌های ابراز هیجان؛

جلسه سوم: بررسی نقش باورهای شناختی افراد در عدم توانایی ابراز هیجان و آموزش مدل A-B-C در تبیین بازداری هیجانی؛

جلسه پنجم: آموزش توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن، حرکات آنها و تکالیف خانگی در مورد حضور ذهن خوردن؛

جلسه ششم: آموزش اجازه ورود افکار مثبت و منفی به ذهن بدون قضاوت و توجه در مورد آنها و خارج کردن آنها از ذهن؛

جلسه هفتم: آموزش مراقبه و مرور تکالیف خانگی؛

جلسه هشتم: مرور تمام محتویات جلسات، تکالیف گذشته و جمع‌بندی آنها.

جهت سنجش میزان افسرده‌خویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از پرسشنامه افسردگی Beck استفاده شد. فرم اصلی این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که در سال ۱۹۹۶ منتشر و سپس در آن تجدیدنظر شد و فرم کوتاه ۱۳ ماده‌ای آن در سال ۱۹۷۲ عرضه گردید. موارد پرسشنامه شامل: غمگینی، بدبینی، احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، خودبیزاری، خودآزاری، کناره‌گیری اجتماعی، عدم تصمیم‌گیری، خودانگاره، دشواری کار، خستگی و بی‌اشتهایی می‌باشد. این پرسشنامه ابزار خودسنجی است و به مدت ۵ دقیقه توسط بیمار تکمیل می‌شود، هر ماده دارای چهار پاسخ انتخابی است و نمره‌هایی از ۰-۳ به آنها داده می‌شود. همبستگی میان پرسشنامه افسردگی Beck (فرم کوتاه) و

درجه‌بندی‌های متخصصان بالینی برای نمونه بیماران افسرده بستری، ۰/۵۵ و برای بیماران مشکلات طبی، ۰/۶۷ گزارش شده است. Gold و Reinold (سال ۱۹۸۲) در نمونه از جمعیت، فرم‌های بلند و کوتاه را با یکدیگر مقایسه کردند. محققان، پایایی همسانی درونی ۸۵٪ (معیار)، ۸۳٪ (فرم کوتاه) و همبستگی ۹۳٪ را میان دو مقیاس گزارش کردند (۱۱).

در مطالعه حاضر، از آزمون‌های آماری کای مربع (جهت آزمون فراوانی وضعیت تأهل و تحصیلات)، تی مستقل (برای مقایسه میانگین سنی دو گروه و مقایسه وضعیت افسردگی در دو گروه)، و تی وابسته (جهت بررسی تأثیرپذیری هرکدام از روش‌های درمانی) استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، دو گروه آزمایشی (هرکدام شامل ۱۰ زن مبتلا به افسرده‌خویی) به ترتیب تحت درمان عقلانی - هیجانی و درمان مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفتند. میانگین سن گروه درمان عقلانی - هیجانی، 29.7 ± 6.7 سال و گروه دیگر، 33.8 ± 6.1 سال بود. اختلاف دو گروه از نظر متغیرهای بالا، معنی‌دار نبود (جدول).

جدول: توزیع زنان دچار افسرده‌خویی براساس گروه‌های درمانی و شاخص‌های جمعیت‌شناختی*

متغیر	گروه‌ها	گروه درمان عقلانی هیجانی	گروه درمان مبتنی بر حضور ذهن
	سطوح متغیر	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)
تحصیلات	زیردیپلم	۲۰	۱۰
	دیپلم	۳۰	۲۰
	بالای دیپلم	۵۰	۷۰
وضعیت تأهل	مجرد	۶۰	۳۰
	متأهل	۴۰	۷۰

*اختلاف دو گروه معنی‌دار نیست.

بین دو گروه از نظر اختلاف نمره پیش و پس‌آزمون، اختلاف معنی‌داری وجود داشت ($p < 0.003$). اختلاف نمره هر گروه به تفکیک در پیش و پس‌آزمون نیز معنی‌دار بود (در هر دو مورد $p < 0.001$).

میانگین نمره افسرده‌خویی در گروه درمان عقلانی - هیجانی پیش و پس از آزمون به ترتیب 33.95 ± 4.48 و 24.05 ± 4.34 و در گروه درمان مبتنی بر حضور ذهن به ترتیب 33.9 ± 2.55 و 21.3 ± 2.31 بود. میانگین اختلاف نمره پیش و پس‌آزمون گروه درمان عقلانی - هیجانی 26.8 ± 4.21 و گروه درمان مبتنی بر حضور ذهن 21.3 ± 2.31 بود.

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثر درمان عقلانی - هیجانی و درمان مبتنی بر حضور ذهن بر اختلال افسرده‌خویی زنان انجام شد. در بررسی اثربخشی روش درمان عقلانی - هیجانی در درمان اختلال افسرده‌خویی، نتایج نشان داد درمان عقلانی - هیجانی در درمان این اختلال مؤثر بوده است. این یافته با نتایج Sava و همکاران (سال ۲۰۰۹)، David و همکاران (سال ۲۰۰۸)، که در آنها درمان عقلانی - هیجانی در کاهش علائم افسردگی مؤثر بوده است، همخوانی داشت (۷،۶). در تبیین این یافته، تحقیقات نشان داده‌اند افراد مبتلا به افسرده‌خویی، اعتقادات نامعقول زیادی دارند که در این حال روان‌درمانی عقلانی - هیجانی بر این پیش‌فرض استوار است که انسان معمولاً از طریق کسب افکار، فلسفه یا باورهای غیرمنطقی آشفته می‌گردد (۱۲) و از طرفی، وقتی باورهای نامعقول از طریق درمان عقلانی - هیجانی به باورهای معقول و منطقی تبدیل می‌شوند ناراحتی و غمگینی افراد، به‌طور معنی‌داری کم شده و خوش‌بینی افزایش می‌یابد. افراد خوش‌بین به جای تمرکز بر رویدادهای ناگوار، از آنها درس گرفته و در پیگیری اهداف آینده از آن استفاده می‌کنند (۲).

همچنین براساس نظریه Ellis، افراد افسرده تحت تأثیر تفکر مطلق‌گرایی هستند که در آن فرد تحت تأثیر بایدها و نبایدها قرار می‌گیرد و انتظاراتی را برای خود می‌سازد که به‌سختی می‌تواند به آنها دست یابد و بدین ترتیب دچار خلُق افسرده می‌شود. لذا در درمان عقلانی - هیجانی، این بایدها و نبایدها مورد چالش قرار گرفته و حذف می‌شود و فرد انتظارات دست‌یافتنی و منطقی‌تری از خود و دیگران پیدا کرده و سپس احساس درونی مثبتی خواهد داشت (۱۳).

در این پژوهش، یافته‌ها نشان داد درمان مبتنی بر حضور ذهن در درمان زنان مبتلا به اختلال افسرده‌خویی مؤثر است. این نتیجه با یافته‌های حمیدپور و همکاران (سال ۲۰۰۵)، جعفری و همکاران (سال ۲۰۱۳)، آذرگون و همکاران (سال ۲۰۱۰)، که در آنها درمان مبتنی بر حضور ذهن به‌طور مؤثری در کاهش علائم افسردگی نقش داشت، همخوانی دارد (۵،۴،۱). در تبیین این مطلب می‌توان گفت درمان مبتنی بر حضور ذهن از آنجا که بر کنترل توجه و کاهش انجام قضاوت تأکید دارد، بنابراین می‌تواند

بر کاهش افکار منفی و نشخوار ذهنی، تأثیر قابل‌توجهی داشته باشد (۱۴). همچنین چون در درمان مبتنی بر حضور ذهن، توجه به زمان حال و قرارگیری در معرض احساسات فعلی مدنظر است، لذا این امر باعث کاهش علائم افسرده‌خویی در طول درمان می‌شود (۱۵). تمرین مهارت‌های حضور ذهن، توانایی مراجعان را برای تحمل هیجان‌های منفی افزایش داده و موجب کاهش علائم افسردگی می‌شود. این درمان به افراد آموزش می‌دهد که توجه خود را روی محرک‌های خنثی متمرکز کرده و نسبت به ذهن و جسم خود، آگاهی هدفمندانه پیدا کنند. از این‌رو ذهن آنها از حالت خودکار خارج و با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حال و پردازش کارآمدتر اطلاعات، نگرانی‌ها و تنش فیزیولوژیک را در فرد کاهش می‌دهد (۱۶). یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد روش درمانی مبتنی بر حضور ذهن، تأثیر بیشتری نسبت به روش عقلانی - هیجانی در درمان اختلال افسرده‌خویی داشته است. این یافته با نتایج به‌دست‌آمده از تحقیقات حمیدپور و همکاران (سال ۲۰۰۵)، ملیانی و همکاران (سال ۲۰۱۳) و زمردی و همکاران (سال ۲۰۱۳) که در آنها درمان مبتنی بر حضور ذهن اثربخشی بیشتری نسبت به سایر روش‌های درمانی از جمله شناخت‌درمانی Beck و رفتاردرمانی شناختی داشت، همخوانی دارد (۱۸،۱۷،۱). در این زمینه می‌توان به این موضوع اشاره کرد که چون درمان مبتنی بر حضور ذهن به نقش مؤلفه‌های زبانی و فرهنگی، بیش از روش‌های درمانی سنتی مانند روش عقلانی - هیجانی اهمیت می‌دهد، بنابراین به‌نظر می‌رسد قابلیت انعطاف‌پذیری بیشتری نسبت به درمان عقلانی - هیجانی دارد. همچنین در درمان مبتنی بر حضور ذهن، درمانگر به جای آنکه مستقیماً با طرحواره‌ها و نگرش‌های ناکارآمد افراد سروکار داشته باشد و با آنها درگیر شود، بازسازی شناختی را انجام می‌دهد، اما در درمان عقلانی - هیجانی، باورها شدیداً مورد چالش درمانگر قرار می‌گیرد که ممکن است برای بعضی درمان‌جویان چندان خوشایند نباشد (۲۰،۱۹). Teasdale (سال ۱۹۹۹) معتقد بود بسیاری از شناخت‌های افراد مبتلا به افسرده‌خویی دارای ویژگی انعطاف‌ناپذیری بوده و در نتیجه به چالش کشیدن این شناخت‌ها در این افراد توسط درمانگر نه تنها ممکن است تأثیری نداشته باشد؛ بلکه می‌تواند به بن‌بست‌هایی در درمان افسردگی منجر گردد (۱).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه، در درمان اختلال افسرده‌خویی، روش‌های شناخت‌درمانی متعددی از جمله روش درمان عقلانی - هیجانی و مبتنی بر حضور ذهن به کار می‌رود که علاوه بر تأثیر معنی‌دار هر دو روش، روش مبتنی بر حضور ذهن مؤثرتر است که این نتیجه می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های درمانی توسط درمانگران شناختی در درمان این اختلال مؤثر واقع شود. اگرچه نمونه مورد نظر، تصادفی انتخاب شده است، اما به دلیل

کنترل نشدن مستقیم متغیرهای مزاحم، لازم است تفسیر نتایج با احتیاط صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می‌گردد عامل جنسیت نیز به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده در پژوهش‌های آتی در نظر گرفته شود.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در تدوین و اجرای این پژوهش نقش داشته‌اند قدردانی می‌شود.

References:

1. Hamidpour H, Sahebi A, Tabatabai M. Efficacy and effectiveness of beck's with teasdale's cognitive herapies in treatment of dysthymia. Iran J Psychiatry Clin Psychol 2005;11(2):150-63. [Full Text in Persian]
2. Riskind JH. Links between cognitive-behavioral hope-building and positive psychology: Applications to a psychotic patient. J Cogn Psychother 2006;20(2):171-82.
3. Macavei B. The role of irrational beliefs in the rational emotive behavior theory of depression. J Cogn Behav Psychother 2005;5(1):73-81.
4. Zare M, Shafiabadi A, Pasha Sharifi H, Navabinejad S. The efficacy of rational emotive behavioral group therapy and psychodrama in modifying emotional expression styles. Dev Psychol 2007;4(13):25-41. [Full Text in Persian]
5. Zaharakar K. A study of effectiveness of rational, emotive, behavior therapy (rebt) with group method on decrease of stress among diabetic patients. Knowl Health J 2012;7(4):160-64. [Full Text in Persian]
6. Jafari D, Salehi M, Mohammadkhani P. Comparing the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness with group therapy of behavioral activation in depression rate and quality of life of depressed people. J Thought Behav Clin Psychol 2013;8(29):7-16. [Full Text in Persian]
7. Azargoon H, Kajbaf MB. The effect of mindfulness training on the dysfunctional attitude and automatic thinking of depressed students of Isfahan University. J Psychol 2010;14(1):79-94. [Full Text in Persian]
8. David D, Szentagotai A, Lupu V, Cosman D. Rational emotive behavior therapy, cognitive therapy, and medication in the treatment of major depressive disorder: A randomized clinical trial, post treatment outcomes, and six-month follow-up. J Clin Psychol 2008;64(6):728-46.
9. Sava FA, Yates BT, Lupu V, Szentagotai A, David D. Cost-effectiveness and Cost-utility of cognitive therapy, Rational emotive behavioral therapy, and fluoxetine (Prozac) in treating depression: A randomized clinical trial. J Clin Psychol 2009;65(1):36-52.
10. Abdolghadery M, Kafee M, Saberi A, Aryapouran S. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (mbct) and cognitive behavior therapy (cbt) on decreasing pain, depression and anxiety of patients with chronic low back pain. J Shahid Sadoughi Univ Med Sci 2014;21(6):795-807. [Full Text in Persian]
11. Zalaquett CP, Stens AN. Psychosocial treatments for major depression and dysthymia in older adults: A review of the research literature. J Counsel Dev 2006;1(84):192-201.
12. Cohen L, Manion L, Morrison K. Research methods in education. 6th ed. Oxford: Taylor & Francis group; 2007. p. 638.

13. Beck TA, Steer AR, Brown KG. Manual for the beck depression inventory-II. 2nd ed. San Antonio: Psychological Corp Pub; 1996.
14. Segerstrom, SC, Evans DR, Eisenlohr-Moul TA. Optimism and pessimism dimensions in the life orientation test-revised: Method and meaning. *J Res Personal* 2010;45(1):124-9.
15. Bridges KR, Harnish RJ. Role of irrational beliefs in depression and anxiety: A review. *Health* 2010;2(8):862-77.
16. Harrington N, Pickles C. Mindfulness and cognitive behavioral therapy: Are they compatible concepts? *J Cogn Psychother* 2009;23(4): 315-23.
17. Kafi M, Afshar H, Moghtadaei K, Ariapooran S, Daghighzadeh H, Salamat M. Effectiveness of mindfulness-based cognitive-therapy on psychological signs women with irritable bowel syndrome. *Koomesh* 2014;15(2):255-64. [Full Text in Persian]
18. Beirami M, Movahedi Y, Mohammadzadegan R, Movahedi M, Vakili S. Effectiveness of group cognitive therapy based on mindfulness in reducing anxiety and depression in high school students. *J Psychol Arch* 2013;4(2):1-18. [Full Text in Persian]
19. Melyani M, Allahyari A, Azad-Fallah P, Fathi-Ashtiani A, Tavoli A. Mindfulness based cognitive therapy versus cognitive behavioral therapy in cognitive reactivity and self-compassion in females with recurrent depression with residual symptoms. *J Psychol* 2013;18(4):159-66. [Full Text in Persian]
20. Zomorodi S, Abdi S, Tabatabaee SK. Comparison of the effectiveness of cognitive behavior therapy and mindfulness based therapy on the decrease in symptoms of patients who suffer from irritable bowel syndrome. *Gastroenterol Hepatol Bed Bench* 2014;7(2):118-24. [Full Text in Persian]

Comparison of the Effect of Rational-emotional and Mindfulness-based Treatment Methods on the Symptoms of Dysthymia Disorder in Women

Ahmad Asadian^{1}, Amir Reza Kamel Abbasi¹, Mahdi Salehzadeh²*

¹Payame Noor University,
Sarakhs, Iran.

²Education & Training
Administration, Sarakhs,
Iran.

*Corresponding Author:
Ahmad Asadian, Payame
Noor University, Sarakhs,
Iran.

Email:
ahm.asadian@gmail.com

Received: 2 Mar, 2015

Accepted: 6 Jul, 2015

Abstract

Background and Objectives: Dysthymia is one of the categories of mood disorders, which is defined by depressed mood at most times of the day. The aim of the present research was comparison of the effect of rational-emotional and mindfulness-based treatment methods on symptoms of dysthymia disorder in women.

Methods: In this quasi-experimental study that was performed as pretest-posttest with control group, 20 women with dysthymia disorder were selected randomly from treatment centers under the supervision of wellbeing organization and assigned to two groups of experimental and specific. Beck depression questionnaire and clinical interview were used for diagnosis and pretest-posttest. Data were analyzed using dependent and independent t- and chi-square tests.

Results: In this study, both rational-emotional and mindfulness-based methods of had significant effect on the reduction of dysthymia symptoms ($p < 0.001$). Mindfulness-based treatment was more effective in the reduction of dysthymia symptoms as compared with rational-emotional treatment ($p = 0.003$).

Conclusion: The results of this study indicated that mindfulness-based and rational-emotional treatments are effective cognitive treatment methods in reducing symptoms of dysthymia in women, of which mindfulness-based treatment method is more effective.

Keywords: Rational; Emotional; Mindfulness; Dysthymic disorder.