

## بررسی اثربخشی تلفیق دارو درمانی و شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر کاهش افسردگی زنان مطلقه شهر اصفهان

دکتر سعید صادقی<sup>۱</sup>، دکتر فرامرز سهرابی<sup>۲</sup>، دکتر علی دلاور<sup>۳</sup>، دکتر احمد برجعلی<sup>۴</sup>،  
دکتر غلامرضا قاسمی تودشکچویی<sup>۵</sup>

### خلاصه

**مقدمه:** مطالعه‌ی حاضر با هدف تعیین اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توأم با درمان استاندارد داروی ضد افسردگی بر شدت افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد و مهارت‌های مقابله با استرس گروهی در زنان مطلقه طراحی گردید.

**روش‌ها:** این کارآزمایی بالینی تصادفی، در سال ۱۳۷۸ با مشارکت ۶۰ زن مطلقه انجام گرفت؛ با اجرای مقیاس‌های افسردگی بک، نگرش ناکارآمد وایزمن و مهارت مقابله با استرس اندلر و پارکر آزمودنی‌ها از نظر سه متغیر پیامد یعنی شدت افسردگی، نگرش ناکارآمد و مهارت مقابله با استرس با مؤلفه‌های تکلیف‌مداری، هیجان‌مداری و اجتناب‌مداری در مرحله‌ی پایه، یک ماه پس از مداخله، ۸ هفته بعد از اتمام دوره و پس از سه ماه پی‌گیری انجام شد. تحلیل داده‌های خام به استفاده از SPSS<sup>۱۱</sup> و اجرای آزمون‌های توصیفی و استنباطی از جمله آنالیز کوواریانس تکرار مقادیر صورت گرفت.

**یافته‌ها:** وجود تعامل معنی‌دار بین زمان و نوع مداخله برای کلیه‌ی متغیرهای پی‌آمد دیده شد. در گروه تجربی، با گذشت زمان از شدت افسردگی، نگرش ناکارآمد، شیوه‌های هیجان‌مداری و اجتناب‌مداری کاسته شد و روش تکلیف‌مداری افزایش یافت. این تغییرات برای دو گروه غیرتجربی آن‌چنان محسوس نبود. بالاترین میزان اثر مداخله به ترتیب در کاهش شدت افسردگی (۰/۷۱)، رفتار اجتنابی (۰/۶۷)، نگرش ناکارآمد (۰/۶۵)، افزایش مهارت تکلیف‌مداری (۰/۵۶) و کاهش هیجان‌مداری (۰/۲۱) بود.

**نتیجه‌گیری:** مشاهدات حاضر مؤید تأثیر درمان افسردگی به روش تلفیقی داروی ضد افسردگی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است. با علم به شیوع بالای افسردگی و تبعات طلاق، پزشکان عمومی و روان‌پزشکان با الهام از مهارت‌های شناخت درمانی می‌توانند در کمک به این بیماران مؤثر باشند.

**واژگان کلیدی:** طلاق، افسردگی در زنان، نگرش ناکارآمد، مهارت مقابله با استرس، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، دارو درمانی.

### مقدمه

انکار ناپذیر است (۶)؛ به طوری که زنان مطلقه بیش از زنان متأهل در معرض آسیب‌های روانی، اجتماعی و جسمی مانند اضطراب، افسردگی، خودکشی، بیماری‌های قلبی و غیره هستند (۷-۱۲). برای جلوگیری از عود مجدد این عارضه، توأم با درمان دارویی از روش‌های روان‌شناختی مختلف نظیر

افسردگی شایع‌ترین نوع اختلال روان‌پزشکی با عود مکرر و بار تحمیلی انکارناپذیر می‌باشد (۴-۱). در ایران، شیوع این اختلال برای زنان دو برابر مردان هم‌تای خود برآورد شده است (۵). در این راستا، نقش وقایع استرس‌زای زندگی نظیر جدایی، مرگ و طلاق

<sup>۱</sup> روان‌شناس، معاون امور اجتماعی، سازمان بهزیستی استان اصفهان، اصفهان، ایران.

<sup>۲</sup> دانشیار و مدیر گروه، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

<sup>۳</sup> استاد، گروه روان‌سنجی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

<sup>۴</sup> استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

<sup>۵</sup> دانشیار، مرکز پژوهش‌های آموزش پزشکی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

نویسنده‌ی مسؤول: دکتر سعید صادقی: روان‌شناس، معاون امور اجتماعی، سازمان بهزیستی استان اصفهان، اصفهان، ایران.

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده شده است (۱۸-۱۳). پژوهشگران طیف وسیعی از اختلالات جسمی و روانی را با به کار گیری شیوهی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی درمان نموده‌اند. نتایج به دست آمده حکایت از تأثیر بسزای روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان مشکلات اضطرابی و خلقی (۲۱-۱۹)، کاهش حافظه‌ی سرگذشتی بیش از حد تعمیم یافته (۲۲)، کاهش عود مجدد افسردگی مؤثر و همکاری درمانی (۲۵-۲۳، ۱۸)، کاهش علائم افسردگی و اضطرابی مثبت (۲۶)، کاهش وابستگی به مصرف دارو در بیماران مبتلا به اختلالات دوقطبی (۲۹-۲۷)، افزایش مدت زمان لازم برای عود مجدد افسردگی و کاهش دوره‌ی عود برای بیماران با دوز نگهدارنده‌ی صرف (۳۰) و کاهش قابل توجه طول دوره‌ی علائم افسردگی و به درازا کشیدن عود مجدد آن با کیفیت زندگی بهتر می‌باشد (۲).

با علم به نتایج ارزشمند مطالعات غربی، در ایران پژوهشگران ایرانی با این روش توانسته‌اند از افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد علائم افسردگی و اضطرابی، نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد، دفعات عود علائم، وابستگی دارویی و طول مدت درمان کاسته، در مقابل همکاری درمانی بیمار و عملکرد اجتماعی وی را افزایش دهند (۳۲-۳۱). در مقایسه با سه روش درمانی، یعنی درمان معمول ضد افسردگی، تلفیق شناخت درمانی با درمان دارویی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان دارویی، روش ترکیبی در کاهش علائم افسردگی، اضطرابی، نگرش ناکارآمد و ارتقای سطح عملکرد و بهبودی حافظه مؤثرتر بوده است (۳۳).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یک

شیوه‌ی درمانی در روان‌پزشکی جهت کنترل و پیش‌گیری از عود افسردگی در گروه‌های سنی مختلف به کار رفته‌است (۱۵-۳۲). هرچند اکثر مطالعات کلاسیک برای اثبات فرضیات خود از روش‌شناسی قوی با اختیار گروه‌های تصادفی کنترل شده استفاده کرده‌اند (۲۷-۲۴، ۲۲، ۱۸)، اما در این میان مطالعات کنترل نشده‌ی تصادفی نیز دیده می‌شود (۳۲-۳۱، ۲۶-۲۵). در اکثر مطالعات، بدون اولویت‌بندی گروه‌های هدف و لحاظ نمودن پارامتر جنسیت و تنها بر اساس شدت علائم افسردگی و دفعات عود قبلی، کارآزمایی‌های بالینی متعددی انجام شده است. در رابطه با زنان مطلقه و آسیب‌های روانی و اجتماعی آن‌ها (۱۱-۸، ۵)، تلاشی برای ارزیابی تأثیر این شیوه‌ی درمانی صورت نگرفته است. با علم به توانمندی روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاه، در مطالعه‌ی حاضر بر آن شدیم تا قابلیت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را نسبت به روش درمان استاندارد دارویی ضد افسردگی بررسی نماییم.

## روش‌ها

**راهبرد کلی:** مطالعه‌ی حاضر برای نشان دادن تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی گروهی توأم با درمان دارویی استاندارد ضد افسردگی در کاهش علائم افسردگی، نگرش ناکارآمد و توانمندسازی زنان مطلقه برای رویارویی با استرس پس از طلاق طراحی گردید. جهت تحقق این امر، آزمودنی‌ها به طور تصادفی به سه گروه اول (تجربی) تحت درمان با دوز استاندارد داروی افسردگی توأم با شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، دوم (غیرتجربی) تحت درمان با دوز استاندارد داروی ضد افسردگی زیر نظر یک

روان‌پزشک، و سوم (غیرتجربی) تحت درمان دارویی به اختیار بیمار تقسیم شدند و پس از درمان‌های هشت هفته‌ای، به مدت سه ماه پی‌گیری لازم برای آنان صورت گرفت. در پایان سه ماه پی‌گیری، به اعضای گروه دارویی پیشنهاد شد تا در صورت تمایل به گروه اول ملحق شوند. تقسیم تصادفی افراد توسط یک متخصص آمار که عضو تیم پژوهشی نبود و با آگاهی از تاریخ تولد آزمودنی، تاریخ ارزیابی روانی و شدت افسردگی اخیر آن‌ها صورت گرفت. شدت افسردگی با حاصل جمع ۱۶ علامت افسردگی، بر اساس دستورالعمل تشخیصی و آماری اختلالات روان‌پزشکی - ویرایش چهارم (۳۵) و سپس تقسیم آن‌ها به دو گروه بر اساس نمره‌ی میانه‌ای که در مطالعه Teasdale و همکاران به دست آمده بود (۳)، محاسبه گردید. بدین ترتیب که شرکت کنندگان بر اساس شدت افسردگی و با لحاظ نمودن حد بالا و حد پایین میانه، به طور تصادفی تقسیم شدند. مطالعه در مرکز مشاوره و پیش‌گیری از طلاق سازمان بهزیستی اصفهان در سال ۱۳۸۷ انجام شد. حجم نمونه‌ی لازم برای این مطالعه با توان ۸۰ درصد پیش‌بینی ( $P < 0/05$ )، کاهش عود مجدد تقریبی ۷۰ درصد به شیوه دارویی، ۳۵ درصد به روش تلفیقی و بعد تأثیر ۰/۵، حداقل ۶۰ نفر برآورد گردید.

**شرکت کنندگان:** زنان مطلقه‌ی شهر اصفهان جامعه‌ی آماری مطالعه را تشکیل دادند و نمونه‌ی مورد مطالعه از بین آن دسته از زنانی که به مرکز مشاوره‌ی طلاق سازمان بهزیستی اصفهان در سال ۱۳۸۷ مراجعه کرده، پرونده‌ی فعال داشتند، انتخاب شدند. ارزیابی اولیه توسط یک روان‌شناس بالینی با استفاده از فرم فارسی مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته‌ی

ملاک‌های تشخیصی و آماری - ویرایش تجدید نظر شده (۳۶-۳۵) و سپس معاینه‌ی روان‌پزشکی توسط یک روان‌پزشک بر اساس ملاک‌های تشخیصی و آماری ویرایش چهارم (۳۴) انجام شد. شرکت کنندگان به شرط حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۵ سال سن، وجود افسردگی در حد خفیف تا متوسط بر اساس ملاک‌های تشخیصی و آماری ویرایش چهارم، عدم مصرف هر گونه داروی روان‌پزشکی در سه ماهه‌ی اخیر و عدم شرکت در جلسات روان‌درمانی در شش ماه گذشته، داشتن سواد خواندن و نوشتن، گذشت حداقل سه ماه و حداکثر یک سال از طلاق رسمی و ارائه‌ی رضایت کتبی برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند.

ابتلای فرد به یکی از بیماری‌های جسمی، اختلالات ارگانیک مغزی، عقب ماندگی ذهنی، اختلالات یا علائم روان‌پریشی در گذشته و حال، اختلالات دو قطبی، رفتارهای ضد اجتماعی، خودآزاری مستمر نیاز به درمان و اختلالات افسردگی ناشی از سوء مصرف مواد، الکل و سایر اختلالات روان‌پزشکی که افسردگی علائم ثانوی بر آن باشد، عدم توانایی برای شرکت در برنامه به دلیل مشکلات جسمی یا درک مطالب، تجربه‌ی درمان‌های شناختی و یا روان‌درمانی در حال حاضر و عدم تمایل فرد برای شرکت در برنامه‌ی آموزشی از ملاک‌های اصلی حذف و عدم انتخاب آزمودنی بودند.

با لحاظ نمودن ملاک‌های گزینش و حذف و از ۳۸۲ نفر تنها ۱۵۰ نفر از شرکت کنندگان واجد شرایط تشخیص داده شدند. تجزیه و تحلیل نهایی بر اساس داده‌های مربوطه به ۶۰ شرکت کننده که ۳۰ نفرشان در گروه تجربی و ۳۰ نفر بقیه به طور مساوی در دو گروه غیر تجربی حضور داشتند، انجام گرفت.

## ابزارهای سنجش

صفر تا ۶۳ می‌باشد. قضاوت بالینی بر اساس نقطه‌ی برش این مقیاس می‌باشد؛ نمرات صفر تا ۱۳، افسردگی جزئی یا عدم افسردگی، ۱۴ تا ۱۹ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. با علم به پیشینه‌ی این ابزار، نمره‌ی ۱۷ برای تفکیک افراد مبتلا و غیرمبتلا به افسردگی، که با ارزشیابی روان‌پزشکی نیز همخوانی داشت، به عنوان نمره‌ی آستانه تعیین و به کار گرفته شد (۳۸). روایی سازه‌ی این آزمون در جمعیت ایرانی ۰/۶۶، ضریب آلفای Cronbach آن ۰/۸۹، ضریب همبستگی میان دو نیمه‌ی آن ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی آن با فاصله‌ی دو هفته ۰/۹۴ و ضریب همبستگی آن با ویرایش اول این مقیاس ۰/۹۳ گزارش شده است (۳۸). در مطالعه‌ی دیگری ضریب آلفای Cronbach این مقیاس ۰/۷۸ و ضریب بازآزمایی آن با فاصله‌ی دو هفته ۰/۷۳ گزارش شده است (۳۹). در مطالعه‌ی دیگری ضریب آلفای Cronbach این مقیاس ۰/۹۱ برآورد شده است (۴۰).

## ۴. مقیاس نگرش‌های ناکارآمد وایزمن و بک:

این مقیاس به منظور سنجش نگرش‌های زیربنایی محتوای شناختی-علایم افسردگی بر اساس نظریه‌ی بک ساخته شده و دارای دو فرم موازی ۴۰ عبارتی است که با مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. روایی و پایایی این مقیاس در جمعیت عادی و بالینی با ضریب آلفای Cronbach برابر ۰/۸۵ و روایی سازه‌ی آن (r) از طریق همبستگی با آزمون افسردگی بک ۰/۴۷ و با پرسش‌نامه‌ی افکار-خودآیند نیز ۰/۴۷ تعیین شده است و می‌تواند جمعیت بیمار را از جمعیت عادی تمیز دهد (۴۰). روایی ملاکی و سازه‌ای این مقیاس از طریق همبستگی با

۱. **مصاحبه‌ی روان‌شناختی:** این مصاحبه‌ی بالینی ساختار یافته جهت تشخیص اختلال‌های محور یک، موقعیت روانی فرد در حال حاضر و گذشته، دفعات عود علائم، طول مدت علائم، مدت زمان بدون علامت و شدت علائم افسردگی طراحی گردیده است (۳۵). این مصاحبه بر اساس یک پرسش‌نامه با رعایت دستورالعمل تشخیصی و آماری انجمن روان‌پزشکان آمریکا- ویرایش چهارم طراحی گردیده است (۳۵) و در این مطالعه از نسخه‌ی فارسی این ابزار ترجمه‌ی شریفی و همکاران (۳۶) استفاده شد. روایی محتوایی و صوری نسخه فارسی تأیید گردیده، ضریب پایایی آن ۰/۹۵ می‌باشد (۳۲). این پرسش‌نامه توسط یک روان‌شناس بالینی تکمیل گردید و حداقل ۶۰ دقیقه صرف یک شرکت کننده شد.

۲. **مصاحبه‌ی روان‌پزشکی:** این مصاحبه توسط

روان‌پزشک با پیروی از ملاک‌های تشخیصی و آماری اختلالات روان‌پزشکی ویرایش چهارم انجام شد (۳۵). پس از مصاحبه‌ی روان‌شناختی شرکت کنندگان، با صرف ۴۵ دقیقه وقت برای هر فرد، معاینه‌ی روان‌پزشکی انجام شد.

۳. **پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک- ویرایش دوم:**

این پرسش‌نامه شکل بازنگری شده‌ی پرسش‌نامه‌ی بک است که جهت سنجش علائم و شدت افسردگی تدوین شده است و در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با ملاک‌های تشخیصی اختلالات روان‌پزشکی ویرایش چهارم همخوانی دارد (۳۷). این مقیاس دارای ۲۱ عبارت است که پاسخ دهنده‌ی شدت افسردگی خود را با انتخاب یکی از چهار گزینه، یعنی صفر، ۱، ۲ و ۳ مشخص می‌شود و محدوده‌ی نمره‌ی کل هر فرد بین

درمان‌گر که پیشتر خود دوره‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را گذرانده و حتی هدایت گروه‌های مشابه را به عهده داشته بود، شروع نمود. جلسات دو ساعته بود و به مدت ۸ هفته ادامه یافت. در جلسه اول، شرکت کنندگان ضمن آشنایی با یکدیگر با ضوابط و نحوه انجام تکالیف در منزل آشنا شدند. جلسات آموزشی در برگیرنده تمرین‌های مبتنی بر ذهن آگاهی، بیان تجارب فردی پس از تمرین و فراگیری مهارت‌های شناختی- رفتاری بود. در اولین جلسه فراگیران با یکدیگر آشنا شدند و رهبر گروه نقش و مسئولیت خود را توضیح داد. سپس با انجام تمرین‌های آرام‌سازی ذهن در حال نشسته، شرکت کنندگان فرصت یافتند تا با تمرکز فکر و کنترل تکانه‌ها، استرس اعضای مختلف بدن خود را تجربه کنند. نحوه تأثیرگذاری دلهره و نگرانی روزانه بر خلق و رفتار با انجام تمرین‌های مختلف به فراگیران آموخته شد. در جلسه پایانی ضوابط و قواعد انجام تکالیف روزانه به طور کتبی برای همگان توضیح داده شد. این برنامه در جلسات ۲ ساعته‌ی روزانه برای مدت ۸ هفته اجرا گردید و پس از اتمام دوره، پی‌گیری سه ماهه انجام شد. فراگیران موظف بودند تا تمرین‌ها را روزانه برای حداقل ۳۰ دقیقه در منزل انجام داده، سپس در کلاس شرکت نمایند.

به محض مشاهده تغییرات خلقی در اعضای گروه‌های تجربی و غیرتجربی یک، دلایل احتمالی تغییر دوز دارویی بررسی و بلافاصله پزشک معالج او در جریان قرار می‌گرفت. هر عضو شرکت کننده همکاری درمانی خود را در دو حیطه اصلی یعنی سی دقیقه تمرین‌های ذهنی و مصرف دوز روزانه‌ی دارو در یک دفترچه‌ی روزنگار ثبت می‌کرد و در

پرسش‌نامه‌ی مصاحبه‌ی بالینی ۰/۴۱ و با پرسش‌نامه‌ی سلامت عمومی ۰/۴۵ برآورد شده‌است (۴۰). روایی و پایایی این مقیاس در مطالعات مختلف تأیید شده است (۳۶-۳۱). در ایران نیز کاویانی و همکاران ضریب پایایی آن را ۹۰ درصد، روایی آن را از طریق همبستگی نمرات این مقیاس با نمرات افسردگی بک معادل ۶۵ درصد و آلفای Cronbach آن را ۰/۷۵ برآورد نموده‌اند (۲).

##### ۵. مقیاس مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا: این

مقیاس برای اندازه‌گیری موقعیت‌های استرس‌زای نوجوانان و بزرگسالان ساخته شده‌است. با این مقیاس ۴۸ گویه‌ای سه شیوه‌ی مقابله با استرس یعنی هیجان مدار، تکلیف مدار و اجتناب مدار اندازه‌گیری و پاسخ‌های مربوط بر اساس مقیاس لیکرت با ۵ گزینه از ۱ تا ۵ تنظیم شده است. دامنه‌ی بالقوه‌ی هر یک از سه حوزه‌ی اصلی ۱۶ گویه‌ای از ۱۶ تا ۸۰ است و برای تفسیر آن نمره‌ی t ملاک قرار می‌گیرد. نمرات t بین ۴۵ و ۵۵ به عنوان متوسط و بالاتر از آن حاکی از درجه‌ی مقابله‌ی بیشتری است. ضرایب آلفای این مقیاس در محور تکلیف مدار ۰/۸۸، هیجان مدار ۰/۸۵، اجتناب مدار ۰/۸۷ و برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۶ برآورد شده است (۴۱).

مداخله و درمان: شرکت کنندگان هر دو گروه بدون تجربه‌ی قبلی روان درمانی، به درمان دارویی خود زیر نظر روان‌پزشک مربوط ادامه می‌دادند. قبل از شروع مداخله، اعضای سه گروه به طور جداگانه جهت شرکت در یک جلسه‌ی توجیهی دعوت شدند. گروه تجربی شناختی- دارویی بر اساس دستورالعمل و برنامه‌ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی Segal و همکاران (۱۵) کار خود را زیر نظر یک شناخت

اختیار رهبر گروه قرار می‌داد. در صورت وجود عدم همکاری درمانی لازم و یا رفتارهای غیر قابل کنترل و خطرناک مانند افکار و رفتار خودکشی، عضو از گروه حذف و با نظارت پزشک معالج برنامه‌ی درمانی او تغییر می‌کرد. تلاش بر آن بود تا با مذاکره و ایجاد ذهنیت مثبت همکاری درمانی فرد افزایش یابد؛ در این رابطه گهگاه از پزشک معالج فرد نیز کمک طلبیده می‌شد. در صورت نیاز شرکت کنندگان اجازه داشتند در جلسات فردی با درمانگر مشکلات خود را مطرح نمایند. برخی از شرکت کنندگان علائم خاصی برای مطالعه‌ی بیشتر در خصوص فرآیند تفکر و غلبه بر خشم و نحوه‌ی رفتار با کودک داشتند که برای آن‌ها جزوات و کتاب‌های جداگانه تهیه شد. گروه غیرتجربی دو دوز داروی استاندارد دریافت نمی‌کرد و با میل و رغبت خود با مراجعه یا عدم مراجعه به پزشک داروی ضد افسردگی مصرف می‌کرد و نظارت مستمری بر عملکرد این گروه وجود نداشت.

**شاخص‌های پی‌آمد مداخله و درمان:** جمع‌آوری اطلاعات مربوط به نتایج مداخلات توسط دو کارشناس مددکاری اجتماعی و ناآگاه از برنامه‌ی درمانی قبل از مداخله، پس از یک ماه، در پایان ۸ هفته مداخله و سه ماه پی‌گیری با اجرای پرسش‌نامه‌های مختلف انجام شد. ارزیابی روانی شرکت کنندگان در دو نوبت یعنی قبل از مداخله و در پایان پی‌گیری سه ماهه توسط یک روان‌پزشک و یک روان‌شناس بالینی به کمک مصاحبه‌ی ساختار یافته بالینی انجام گرفت (۳۷-۳۶). کاهش ۵۰ درصدی نمرات مقیاس افسردگی بک از مرحله‌ی قبل تا بعد از مداخله و امتیاز نمره‌ی ۱۳ به پایین در مرحله‌ی نهایی و به حداقل رسیدن

دفعات عود و علائم افسردگی بر اساس مصاحبه‌ی بالینی ملاک‌های عمده‌ی بهبودی علائم افسردگی بود؛ کسب نمره‌ی ۱۶ به پایین در مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (۳۳) و حداقل نمره‌ی ۵۵ به بالاتر در مقیاس تکلیف‌مداری، اجتناب‌مداری و هیجان‌مداری (۳۴) در چهار نوبت، از دیگر شاخص‌های ثانوی بهبودی افراد در این برنامه تلقی شد. متغیرهای تکلیف‌مداری، هیجان‌مداری و اجتناب‌مداری به عنوان خرده مقیاس‌های مقابله با استرس هستند که در این مطالعه به طور جداگانه تعیین و ارزیابی شدند.

تجزیه و تحلیل آماری: اطلاعات خام به کمک بسته‌ی نرم‌افزاری علوم اجتماعی - ویرایش ۱۱ (۳۷) با استفاده از آزمون‌های  $\chi^2$  و فیشر انجام شد. جهت مقایسه‌ی سه گروه برای متغیرهای پی‌آمد از آزمون آنالیز واریانس و مشاهده‌ی دقیق‌تر تفاوت‌های گروهی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. پس از اطمینان کافی از توزیع نرمال داده‌ها، همسان بودن واریانس‌ها و کوواریانس سه گروه با استفاده از آزمون آنالیز کواریانس، با تکرار مقادیر انجام گرفت و سطح معنی‌دار بودن با آزمون Mauchly Sphericity بررسی شد. کلیه‌ی آزمون‌ها با ۹۵ درصد اعتماد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ انجام شدند. از نرم‌افزار SPSS<sup>۱۱</sup> (version 11, SPSS Inc., Chicago, IL) برای انجام آزمون‌های آماری استفاده شد.

**ملاحظات اخلاقی:** آزمودنی‌های هر سه گروه زیر نظر روان‌پزشک داروهای ضد افسردگی دریافت می‌کردند و افزایش، کاهش و قطع دارو منوط به نظر کتبی پزشک معالج بود. شرکت کنندگان رضایت کتبی خود را برای شرکت در مطالعه اعلام نمودند. هیچ وسیله‌ی سمعی و بصری جهت ضبط صدا و تصویر

$\eta = 0/65$ ;  $P = 0/001$ ;  $F(3/36)$  و  $\eta = 0/58$ ;  
 $P = 0/001$ ;  $F(3/72)$ .

تغییرات مهارت‌های مقابله با استرس: مهارت‌های مقابله با استرس آزمودنی‌ها به کمک پرسش‌نامه‌ی مقابله با استرس با شاخص عمده‌ی تکلیف‌مداری، اجتناب‌مداری و هیجان‌مداری در چهار نوبت اجرا و نتایج آن‌ها برای هر سه گروه مقایسه شد.

**تکلیف‌مداری:** نتایج آزمون تحلیل واریانس حاکی از عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در مرحله‌ی پایه و وجود تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های یک و دو و سه پس از یک ماه، هشت هفته و پی‌گیری سه ماهه بود (جدول ۱ و ۲). نتایج آزمون آنالیز کوواریانس با تکرار در جدول ۳ نیز مؤید وجود تفاوت سه گروه در مراحل مختلف ارزیابی با میزان اثر  $\eta = 0/56$ ;  $P = 0/001$ ;  $F(3/36)$  و تأثیر اثر متقابل و نوع مداخلات و زمان بود  $\eta = 0/42$ ;  $P = 0/001$ ;  $F(3/72)$ .

**اجتناب‌مداری:** رفتار اجتنابی آزمودنی‌ها به کمک پرسش‌نامه‌ی اجتناب‌مداری در چهار نوبت اجرا و نتایج آن‌ها برای هر سه گروه مقایسه شد. عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین گروه‌ها در مرحله‌ی پایه و وجود تفاوت معنی‌دار در سایر مراحل با آزمون تحلیل واریانس انجام شده و نتایج آن در جدول ۱ آمده است. آزمون تعقیبی بونفرونی مؤید وجود تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های یک و دو و سه پس از یک ماه، هشت هفته و پی‌گیری سه ماهه بود (جدول ۲). نتایج آزمون آنالیز کوواریانس با تکرار در جدول ۳ مؤید وجود تفاوت سه گروه در مراحل مختلف زمانی با میزان اثر معنی‌دار  $\eta = 0/67$ ;  $P = 0/001$ ;  $F(3/73)$  و تأثیر اثر متقابل زمان و نوع مداخله بود  $\eta = 0/55$ ;  $P = 0/001$ ;  $F(3/73)$ .

استفاده نشد. کلیه‌ی جزوات و کتب به طور رایگان در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت.

## یافته‌ها

**تغییرات شدت افسردگی:** در مرحله‌ی پایه (یعنی قبل از مداخله) بین سه گروه تفاوتی از نظر شدت افسردگی دیده نشد اما در مراحل بعدی تغییرات معنی‌داری در میانگین شدت افسردگی آن‌ها مشاهده شد (جدول ۱). آزمون تعقیبی بونفرونی مؤید وجود تفاوت معنی‌دار آماری بین گروه‌های یک و سه و همچنین دو و سه پس از یک ماه مداخله، یک و دو، یک و سه و نیز دو و سه پس از هشت هفته، و همچنین یک و دو و نیز یک و سه در پی‌گیری سه ماهه بود (جدول ۲). نتایج آزمون آنالیز کوواریانس با تکرار در جدول ۳ نشانگر میزان تأثیر معنی‌دار مداخله  $\eta = 0/71$ ;  $P = 0/001$ ;  $F(3/36)$  و همچنین وجود تعامل معنی‌دار نوع مداخله و زمان می‌باشد  $\eta = 0/70$ ;  $P = 0/001$ ;  $F(3/72)$ .

**تغییرات نگرش ناکارآمد:** بین سه گروه در مرحله‌ی پایه تفاوت معنی‌دار آماری وجود نداشت. نتایج آزمون آنالیز واریانس حکایت از وجود تفاوت‌های معنی‌دار آماری بین گروه‌ها در مراحل مختلف بعدی داشت (جدول ۱). آزمون تعقیبی بونفرونی نشان دهنده‌ی وجود تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های یک و دو، یک و سه، و دو و سه پس از یک ماه مداخله، یک و دو و همچنین یک و سه پس از هشت هفته مداخله و یک و دو و نیز یک و سه در پی‌گیری سه ماهه بود (جدول ۲). آزمون آنالیز کوواریانس با تکرار در جدول ۳ مؤید وجود تفاوت سه گروه در مراحل مختلف ارزیابی با میزان اثر بود

جدول ۱. تحلیل واریانس سه گروه برای متغیرهای پی‌آمد در مراحل چهارگانه ارزیابی

سطح معنی دار P	F	کعب میانگین	درجه آزادی	جمع کعب‌ها	متغیر پی‌آمد و مرحله ارزیابی
> ۰/۰۵	۰/۸۶	۴/۵۳ ۵/۲۸	۲ ۵۷	۹/۰۷ ۳۰۰/۹۳	شدت افسردگی پایه
< ۰/۰۰۱	۳۵/۱۱	۱۰۳/۷۵ ۲/۹۶	۲ ۵۷	۲۰۷/۵۰ ۱۶۸/۴۳	یک ماهه
< ۰/۰۰۱	۶۶/۰۴	۲۹۷/۳۷ ۴/۵۰	۲ ۵۷	۵۹۴/۷۳ ۲۵۶/۶۷	هشت هفته‌ای
< ۰/۰۰۱	۲۱۱/۸۲	۷۲۸/۴۸ ۳/۴۴	۲ ۵۷	۱۴۵۶/۹۵ ۱۹۶/۰۳	پی‌گیری سه ماهه
> ۰/۰۵	۰/۰۰۲	۰/۶۳۳ ۳۴۵/۵۰	۲ ۵۷	۱/۲۷ ۱۹۶۹۳/۷۳	نگرش ناکارآمد پایه
< ۰/۰۰۱	۲۶/۹۶	۱۵۶۶۳/۰۸ ۵۸۰/۹۷	۲ ۵۷	۳۱۳۲۶/۱۵ ۳۳۱۱۵/۱۰	یک ماهه
< ۰/۰۰۱	/۱۹۶	۱۵۶۶۳/۵۵ ۲۲۴/۰۵	۲ ۵۷	۵۲۳۸۹/۱۰ ۱۲۷۷۰/۸۳	هشت هفته‌ای
< ۰/۰۰۱	۱۳۷/۴۶	۳۲۸۹۳/۶۵ ۲۳۹/۲۹	۲ ۵۷	۶۵۷۸۷/۳۰ ۱۳۶۳۹/۶۳	پی‌گیری سه ماهه
> ۰/۰۵	۰/۰۶	۱/۲۵۰ ۲۱/۵۶	۲ ۵۷	۲/۵۰ ۱۲۲۸/۸۳	رفتارهای تکلیف‌مداری پایه
< ۰/۰۰۱	۲۲/۵۹	۱۲۳۳/۶۲ ۵۴/۶۲	۲ ۵۷	۲۴۶۷/۲۳ ۳۱۱۳/۳۷	یک ماهه
< ۰/۰۰۱	۴۷/۰۹	۱۸۲۲/۲۳ ۳۸/۶۹	۲ ۵۷	۳۶۴۴/۴۵ ۲۲۰۵/۷۳	هشت هفته‌ای
< ۰/۰۰۱	۳۷/۲۴	۱۶۸۶/۶۸ ۴۵/۲۹	۲ ۵۷	۳۳۷۳/۳۵ ۲۵۸۱/۶۳	پی‌گیری سه ماهه
> ۰/۰۵	۰/۱۰	۳/۲۸ ۳۲/۸۸	۲ ۵۷	۶/۵۵ ۱۸۷۴/۰۳	رفتارهای هیجانی پایه
< ۰/۰۵	۶/۱۹	۱۲۶/۴۵ ۲۰/۴۲	۲ ۵۷	۲۵۲/۹۰ ۱۱۶۴/۰۳	یک ماهه
< ۰/۰۰۱	۲۲/۸۹	۵۳۵/۸۳ ۲۳/۴۱	۲ ۵۷	۱۰۷۱/۶۷ ۱۳۳۴/۲۷	هشت هفته‌ای
< ۰/۰۰۱	۲۴/۳۷	۶۶۴/۴۵ ۲۷/۲۶	۲ ۵۷	۱۳۲۸/۹۰ ۱۵۵۴/۰۳	پی‌گیری سه ماهه
> ۰/۰۵	۰/۰۶	۱/۱۳ ۱۹/۰۴	۲ ۵۷	۲۵۲/۹۰ ۱۱۶۴/۰۳	رفتارهای اجتنابی پایه
< ۰/۰۰۱	۱۱/۱۰	۲۲۷/۲۹ ۲۰/۴۸	۲ ۵۷	۴۵۴/۵۸ ۱۱۶۷/۰۷	یک ماهه
< ۰/۰۰۱	۵۵/۰۲	۹۹۹/۶۵ ۱۸/۱۷	۲ ۵۷	۱۹۹۹/۳۰ ۱۰۳۵/۶۳	هشت هفته‌ای
< ۰/۰۰۱	۷۰/۸۳	۱۴۰۱/۴۳ ۱۹/۷۹	۲ ۵۷	۲۸۰۲/۸۷ ۱۱۲۷/۸۷	پی‌گیری سه ماهه



جدول ۲. وجه تمایز سطح میانگین متغیرهای پی‌آمد در مراحل سه گانه‌ی ارزیابی

متغیر پی‌آمد	مرحله ارزیابی	افتراق گروهی معنی‌دار**	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	حد پایینی	حد بالایی
شدت افسردگی	یک ماه	یک و سه	-۴/۵۰	۰/۵۴	-۵/۸۴	-۳/۱۶
		دو و سه	-۳/۶۷	۰/۶۳	-۵/۲۲	-۲/۱۲
		یک و دو	-۴/۰۷	۰/۶۷	-۵/۷۲	-۲/۴۱
هشت هفته	یک و سه	یک و دو	-۷/۵۳	۰/۶۷	-۹/۱۹	-۵/۸۸
		دو و سه	-۳/۴۷	۰/۷۷	-۵/۳۸	-۱/۵۶
		یک و دو	-۹/۳۷	۰/۵۹	-۱۰/۸۱	-۷/۹۲
پی‌گیری سه ماهه	یک و سه	یک و دو	-۱۰/۳۰	۰/۵۹	-۱۱/۷۵	-۸/۸۵
		دو و دو	-۴۳/۹۰	۷/۶۴	-۶۲/۷۰	-۲۵/۱۰
		یک و سه	-۴۷/۳۷	۷/۶۲	-۶۶/۱۷	-۲۸/۵۷
نگرش ناکارآمد	یک ماه	دو و سه	-۳/۴۷	۸/۸۰	-۲۵/۱۸	۱۸/۲۴
		یک و دو	-۵۷/۷۰	۴/۷۳	-۶۲/۷۰	-۲۵/۱۰
		یک و سه	-۶۰/۴۳	۴/۷۳	-۶۶/۱۷	-۲۸/۵۷
هشت هفته	یک و دو	یک و دو	-۶۴/۹۰	۴/۸۹	-۷۶/۹۷	-۵۲/۸۳
		یک و سه	-۶۷/۵۰	۴/۸۹	-۷۹/۵۷	-۵۵/۴۳
		دو و دو	۱۲/۲۳	۲/۳۴	۶/۴۷	۱۷/۹۹
مهارت‌های مقابله با استرس	یک ماه	یک و سه	۱۳/۳۷	۲/۳۴	۷/۶۰	۱۹/۱۳
		یک و دو	۱۵/۰۰	۱/۹۷	۱۰/۱۵	۱۹/۸۵
		یک و دو	۱۶/۱۳	۱/۹۷	۱۱/۲۸	۲۰/۹۹
مداری I - تکلیف	هشت هفته	یک و دو	۱۴/۳۰	۲/۱۳	۹/۰۵	۱۹/۵۵
		یک و سه	۱۵/۶۳	۲/۱۳	۱۰/۳۸	۲۰/۸۸
		یک و دو	-۵/۶۷	۱/۴۳	-۹/۲۰	-۲/۱۴
مهارت‌های مقابله با استرس	یک ماه	یک و سه	-۵/۳۳	۱/۴۳	-۸/۸۶	-۱/۸۰
		یک و دو	-۱۱/۹۰	۱/۳۵	-۱۵/۲۲	-۸/۵۸
		یک و سه	-۱۱/۱۷	۱/۳۵	-۱۴/۴۹	-۷/۸۴
مداری II - اجتناب	هشتم هفته	یک و دو	-۱۳/۴۷	۱/۴۱	-۱۶/۹۴	-۹/۹۹
		یک و سه	-۱۳/۸۷	۱/۴۱	-۱۷/۳۴	-۱۰/۴۰
		یک و دو	-۴/۷۷	۱/۴۳	-۸/۲۹	-۱/۲۴
مهارت‌های مقابله با استرس	یک ماه	یک و دو**	-۷/۳۳	۱/۵۳	-۶/۶۳	۰/۴۳
		یک و سه**	۹/۳۳	۱/۵۳	-۸/۲۹	-۱/۲۴
		یک و دو**	-۸/۱۰	۱/۶۵	-۱۱/۱۱	-۳/۵۶
هیجان III - مداری	پی‌گیری سه ماهه	یک و سه**	-۱۰/۴۳	۱/۶۵	-۱۳/۱۱	-۵/۵۶

\* P &lt; ۰/۰۱; \*\* P &lt; ۰/۰۰۱

جدول ۳. اثر متغیرهای زمان، نوع مداخله، سن و تحصیلات بر متغیرهای پیامد با استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس با تکرار

متغیرهای پی آمد	ارزش ویلکس لامبدا	F	درجه آزادی	P value	اندازه اثر
شدت افسردگی	۰/۲۹	۲۹/۵۳	۳ و ۳۶	< ۰/۰۰۱	۰/۷۱
نگرش ناکارآمد	۰/۳۵	۲۲/۷۲	۳ و ۳۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۵
مهارت مقابله با استرس	۰/۴۴	۱۵/۴۵	۳ و ۳۶	< ۰/۰۰۱	۰/۵۶
رفتار هیجانی	۰/۷۹	۳/۱۸	۳ و ۳۶	< ۰/۰۵	۰/۲۱
رفتار اجتنابی	۰/۳۳	۲۴/۲۶	۳ و ۳۶	< ۰/۰۰۱	۰/۶۷

**هیجان‌مداری:** با اجرای مقیاس رفتار هیجانی به روی آزمودنی‌ها در چهار نوبت، نتایج به دست آمده با آزمون آنالیز واریانس مقایسه شد. عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین گروهی در مرحله‌ی پایه و وجود تفاوت معنی‌دار بین آن‌ها در جدول ۱ دیده می‌شود. آزمون تعقیبی بونفرونی وجود تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های یک و سه پس از یک ماه و همچنین بین گروه‌های یک و دو و یک و سه پس از هشت هفته و سه ماه پی‌گیری را نشان داد (جدول ۲). نتایج آزمون آنالیز کوواریانس با تکرار در جدول ۳ مؤید وجود تفاوت سه گروه در مراحل مختلف زمانی با میزان اثر معنی‌دار  $(F(3/36); P = 0/05; \eta^2 = 0/21)$  و تأثیر اثر متقابل مراحل مختلف ارزیابی و نوع مداخلات می‌باشد  $(F(3/72); P = 0/001; \eta^2 = 0/31)$ .

## بحث

از دیرباز شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در طب و روان‌پزشکی، به عنوان یکی از شیوه‌های درمانی غیردارویی برای درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی، مورد توجه بوده است (۱۷-۱۸). نتایج این نوع مداخله طی مطالعات مختلف در نقاط مختلف جهان، از جمله ایران، امیدوار کننده می‌باشد (۲۲-۳۵). واقعیهی طلاق یک پدیده‌ی استرس‌زا است و آسیب‌پذیری افراد، به خصوص زنان، را در مقابل بیماری‌های جسمی و روانی دوچندان خواهد کرد (۸-۱۲). هدف

اصلی ما در این مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی تصادفی این بود که مصرف داروی ضد افسردگی توأم با شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی چه مزیتی بر درمان دارویی صرف ضد افسردگی دارد؟ برای پاسخ به این سؤال و اثبات فرضیه‌ی اولیه در خصوص ارجعیت شیوه‌ی تلفیقی نسبت به درمان کلاسیک از بین مراجعین به مرکز مشاوره طلاق اصفهان، وابسته به سازمان بهزیستی اصفهان، شصت زن مطلقه‌ی واجد شرایط به طور تصادفی در سه گروه استقرار یافتند. سی نفر اول به عنوان گروه تجربی، از امکانات جامع خدمات شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان دارویی استاندارد ضد افسردگی زیر نظر یک تیم درمانی برخوردار بودند. از سی نفر دوم، ۱۵ نفر به عنوان گروه غیرتجربی، تنها داروی ضد افسردگی استاندارد زیر نظر یک روان‌پزشک دریافت کردند و ۱۵ نفر بعدی به طور داوطلب بدون نظارت مستمر و مستقیم روان‌پزشک مرکز به درمان خود ادامه دادند. سه گروه از نظر سن، تحصیلات و طول مدت طلاق یکسان بودند. بر اساس یک پروتکل آموزشی از قبل تعیین شده، آموزش گروهی برای گروه تجربی به مدت ۸ هفته اجرا گردید، در حالی که همه گروه‌ها به طور مستقیم یا غیرمستقیم به درمان دارویی ضد افسردگی ادامه دادند.

با استفاده از مقادیر ابزارهای کمی، آزمودنی‌های مطالعه از لحاظ پنج متغیر عمده‌ی پی‌آمد، یعنی شدت

افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد، رفتارهای تکلیف‌مداری، اجتناب‌مداری و هیجان‌مداری در چهار نوبت، یعنی قبل از مداخله، پس از یک ماه، اتمام دوره‌ی هشت هفته مداخله و پی‌گیری سه ماهه، با یکدیگر مقایسه شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری نظیر آنالیز واریانس، آزمون تعقیبی بونفرونی و آزمون آنالیز کوواریانس با تکرار استفاده شد. بحث و نتیجه‌گیری پیرامون یافته‌ها و مشاهدات عمده‌ی مطالعه به شرح زیر است:

**الف- شدت افسردگی:** در حالی که هیچ یک از آزمودنی‌های سه گروه سابقه‌ی افسردگی قبلی نداشتند، اجرای مقیاس خود ایفای افسردگی بک این فرصت را فراهم آورد تا بتوان همراه با معاینه‌ی بالینی توسط روان‌پزشک با ملاک‌های تشخیصی استاندارد شدت افسردگی را در بدو شروع مطالعه تعیین نماییم. از لحاظ آماری تفاوتی بین سه گروه در مرحله‌ی پایه، یعنی قبل از مداخله، دیده نشد. اما به تدریج تفاوت فاحشی بین سه گروه دیده شد. در این میان، شدت افسردگی برای گروه تجربی به پایین‌ترین حد ممکن رسید. گروه غیرتجربی با درمان کلاسیک داروی ضد افسردگی، رتبه‌ی دوم و گروه غیرتجربی با درمان نامنظم، سومین رتبه را اختیار نمودند. وجود تفاوت شدت افسردگی بین گروه‌های تجربی و غیرتجربی دو و حتی غیرتجربی دو با غیرتجربی یک پس از یک ماه مداخله، و همچنین گروه تجربی با غیرتجربی یک و دو همچنین بین دو گروه غیرتجربی در پایان هشت هفته مداخله و در نهایت وجود تفاوت بین گروه تجربی با گروه‌های غیرتجربی در مرحله‌ی نهایی گواه خوبی برای اثربخشی متفاوت سه شیوه‌ی درمانی در کاهش علائم افسردگی زنان بود. اندازه‌ی تأثیر شیوه‌ی درمانی تلفیقی در این

رابطه در مطالعه‌ی حاضر ۰/۷۱ برآورد شد؛ از طرفی اثر تعاملی زمان و نوع مداخله نیز به اثبات رسید. شدت افسردگی در گروه تجربی در مراحل مختلف زمانی سیر نزولی داشت؛ هر چند قبل از مداخله از نظر کمی این شدت نسبت به دو گروه دیگر بالاتر بود. در گروه غیرتجربی با درمان کلاسیک تا زمان ادامه‌ی درمان و نظارت مستمر تیم درمانی، این سیر نزولی بود ولی پس از قطع برنامه، شاهد نابسامانی شدت علائم بودیم. در گروه غیرتجربی سوم، کاهش علائم به سختی اتفاق افتاد و این گروه همواره در معرض خطر عود بود.

**ب- نگرش ناکارآمد:** دومین فرضیه‌ی مطالعه ادعا داشت که شیوه‌ی تلفیقی، یعنی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی توأم با درمان ضد افسردگی، می‌تواند در کاستن نگرش ناکارآمد از افراد مؤثرتر از شیوه‌ی درمان دارویی صرف باشد. بین سه گروه در مرحله‌ی پایه یا قبل از مداخله، تفاوت معنی‌داری دیده نشد اما به مرور زمان تفاوت‌های بین گروهی و درون گروهی مشهود گردید. تغییرات ایجاد شده به وضوح بین گروه تجربی و گروه‌های غیرتجربی پس از یک ماه، اتمام دوره و مرحله‌ی چهارم، یعنی سه ماه پی‌گیری، مشهود بود. اندازه‌ی اثر مداخله ۰/۶۵ بود که البته نسبت به متغیر قبلی تا حدودی پایین‌تر بود. نکته‌ی قابل توجه این که با گذشت زمان، نگرش ناکارآمد دو گروه تجربی سیر نزولی پرشیبی را طی می‌نماید و در گروه غیرتجربی اول سیر نزولی یک آهنگ آرامی را طی می‌کند و در گروه غیرتجربی دو این حرکت به کندی صورت می‌گیرد. از همه مهم‌تر این که با اتمام دوره‌ی مداخله، گروه تجربی به سیر خود ادامه داد ولی حرکت گروه دیگر به کندی صورت گرفت. بر اساس شواهد موجود، فرضیه‌ی بالا قوت می‌گیرد و تغییرات حاصله

درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی مؤثرتر از درمان ضد افسردگی محض می‌باشد.

بررسی مکانیسم و ساز و کار روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در اقلیم و حوزه‌ی مطالعه‌ی حاضر نیست. با این وجود، مشاهدات حاضر مؤید این واقعیت بود که درمان ضد افسردگی استاندارد به تنهایی نمی‌تواند زمینه را برای بهبودی زنانی که به دنبال بحران طلاق دچار افسردگی شده‌اند، بهبود بخشد. برای رسیدن به یک سطح قابل قبول روانی، نیاز به تلفیق درمان استاندارد با روش روان‌شناختی حاضر، یعنی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، هستیم. نظریه پردازانی چون Segal و همکاران معتقدند که روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی عنصر اصلی در بالا بردن خود آگاهی لازم برای توانمندسازی و پاسخ‌های مطلوب در شرایط بحرانی برای جلوگیری از عود علائم می‌باشد و همواره به عنوان یک محرک قوی دائمی پیش گیرنده عمل می‌نماید (۱۵). در برخی مطالعات گذشته این مکانیسم مورد مطالعه قرار گرفته که به تقویت و دامنه‌ی این فرضیه افزوده است (۱۳-۱۴).

یافته‌های مطالعه‌ی حاضر به نفع فرضیه‌ی اثربخشی شیوه‌ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است؛ چرا که علائم افسردگی، نگرش منفی ناکارآمد و رفتارهای هیجانی و اجتنابی کاهش یافته و مهارت تکلیف‌مداری آزمودنی‌ها افزایش یافته بود. روند خطی رو به پایین در متغیرهای پی‌آمد پس از یک ماه، ۸ هفته و در نهایت پی‌گیری سه ماهه گواه خوبی بر این ادعاست که شرکت کنندگان در جلسات گروهی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته‌اند از نتایج درمانی بهره‌مند شوند و مهارت‌های لازم برای رویارویی با استرس را

در نگرش ناکارآمد آزمودنی‌ها مربوط به نوع مداخله است. به عبارتی درمان تلفیقی دارویی و غیردارویی توانست تغییر قابل توجهی در نگرش ناکارآمد افراد ایجاد نماید. همان طوری که پیشتر نیز اشاره شد، تاکنون مطالعه‌ای که به طور اختصاصی به این پدیده پرداخته باشد، در دسترس نیست و یافته‌های این مطالعه می‌تواند شروع جدیدی برای مطالعات جامع مشابه باشد.

**ج- مهارت مقابله با استرس (تکلیف‌مداری، هیجان‌مداری و اجتناب‌مداری):** از دیگر تأثیرات ناخوشایند طلاق را می‌توان در مهارت‌های زنان مطلقه در مقابله با استرس مشاهده کرد (۱۲-۸، ۶). در مطالعه‌ی حاضر، مهارت آزمودنی‌ها با استفاده از پرسش‌نامه مهارت مقابله با استرس اندلر و پارکر (۱۹۹۰) با سه نوع مهارت تکلیف‌مدار، هیجان‌مدار و اجتناب‌مدار تعیین و در مراحل مختلف با یکدیگر مقایسه شد. طبق انتظار ما، مهارت تکلیف‌مداری در فرآیند مداخله افزایش یافت و دو مهارت دیگر سیر نزولی داشت. در گروه تجربی فرآیند تغییر، سریع‌تر از گروه غیرتجربی یک بود و گروه غیرتجربی دو نسبت به دو گروه دیگر حرکت خزانده و آرامی داشت. اندازه‌ی اثر مداخله در ارتقای مهارت تکلیف‌مداری ۰/۵۶، در کنترل رفتارهای اجتناب‌مداری ۰/۶۷ و هیجان‌مداری ۰/۲۱ بود. نکته‌ی جالب توجه دیگر این که بین گروه تجربی و گروه‌های غیرتجربی تفاوت‌های قابل توجهی در هر سه مهارت در کلیه‌ی مراحل مداخله، به جز یک رفتار هیجانی مرحله دوم، که در آن گروه تجربی با گروه غیرتجربی دو متفاوت بود، دیده شد. تاکنون مطالعه‌ای در این خصوص انجام نشده است. با این وجود، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر مؤید این واقعیت است که درمان تلفیقی دارویی استاندارد با شناخت

بخشیدن یافته‌ها نمی‌تواند همواره قطعی باشد. در این مطالعه، آزمودنی‌های سه گروه از نظر سن، تحصیلات و طول مدت طلاق با یکدیگر همسان انتخاب شدند؛ از طرفی در آستانه‌ی مداخله و مبدأ بین آن‌ها از نظر متغیرهای پی‌آمد تفاوتی دیده نشد و تمام شرایط لازم برای اجرای آزمون آنالیز کوواریانس با تکرار فراهم بود. برای غلبه بر این محدودیت و بالا بردن برد یافته‌های مطالعه لازم است تکرار آن به صورت چند مرکزی انجام شود و متغیرهای کوواریانس نیز جهت انجام آزمون‌های آماری افزایش یابد.

محدودیت دوم این که متغیرهای پی‌آمد، از جمله شدت افسردگی و نگرش منفی ناکارآمد پارامترهای مهارت مقابله با استرس، یعنی شیوه‌های تکلیف‌مداری، هیجانی، و اجتنابی، بر اساس گزارش خود ایفای آزمودنی‌ها تعیین و مقیاس‌های لازم در مقاطع مختلف انجام شده است. همواره امکان آن وجود دارد که زنان مورد مطالعه به دلایل خاص خود سعی نمایند واقعیت را کتمان کنند. برای فایق آمدن بر این محدودیت، بهتر است مطالعات بعدی سه عنصر نگرش، رفتار و دانش را لحاظ نماید تا بتوان قضاوت بهتری نسبت به عملکرد آزمودنی‌ها داشت. در صورتی که این کار امکان‌پذیر نباشد، مصاحبه‌ی همزمان با یکی از همراهان شرکت‌کنندگان نیز انجام باید شود و سپس نتایج با یکدیگر مقایسه و یا همگرایی آن‌ها با یکدیگر تعیین گردد. با این حال، اجرای مکرر این ابزارها در چند مرحله برای همان آزمودنی خالی از اشکال نیست؛ چرا که می‌تواند جنبه‌ی یادگیری انتخابی افراد را تقویت نماید و با پاسخ‌های عوام‌پسندانه، چه در جهت مبالغه آمیز جلوه دادن وضعیت روحی و چه در جهت انکار، پاسخ‌های نهایی را مخدوش کند.

کسب نمایند. این شیوه‌ی درمانی فرصت را برای مدیتیشن و اجتناب از رفتارهای هیجانی فراهم می‌سازد (۲۸). به علاوه، این روش درمانی با ایجاد تراوش‌های فکری و عاطفی از آسیب‌پذیری و حساسیت‌های غیرمنطقی فرد در موقعیت‌های استرس‌زا می‌کاهد (۳۸). یافته‌های مطالعه‌ی حاضر توانسته است از رفتارهای هیجانی و اجتنابی بکاهد و توانمندی زنان را برای قبول مسئولیت‌های جدید و انجام مقتدرانه‌ی تکالیف در زندگی ارتقاء بخشد. بدین ترتیب مشاهدات ما در این مطالعه با بسیاری از دیگر مطالعات کنترل شده (۲۹-۳۰، ۲۶-۲۱، ۲-۳) و کنترل نشده (۲۴) همخوانی دارد. ناگفته نماند که زنانی که در شرایط بالینی تحت نظر روان‌پزشک معالج درمان ضد افسردگی استاندارد دریافت می‌کردند، نسبت به آن دسته از زنانی که به دلخواه خود به درمانگران مختلف مراجعه داشتند و یا مقدار داروی ضروری ضد افسردگی دریافت نمی‌کردند، از نظر متغیرهای پی‌آمد پیشرفت بهتری داشتند.

محدودیت‌های مطالعه: هرچند در این مطالعه با استفاده از طرح کارآزمایی بالینی تصادفی، با پرکردن برخی از خلأها، دامنه‌ی علم را در این زمینه وسعت داد، با این وجود، محدودیت‌هایی در مطالعه وجود داشت که لازم است در تفسیر و برداشت یافته‌ها مد نظر باشد. اولین و مهمترین محدودیت این که آزمودنی‌ها از یک مکان که درگیر مداخلات بحران طلاق می‌باشد، انتخاب شدند. عوامل مختلف سازمانی، فرهنگی و حرفه‌ای در چنین ساختاری در حال عملیات هستند که می‌توانند زمینه را برای برخی سوگیری‌ها و ذهنیات درمانی فراهم ساخته، کار ارزیابی را دشوار سازند و به دلیل این محدودیت ناخواسته، عمومیت

مددجو و سیستم درمانی مناسب‌تر است. درست است که در این مطالعه کلیه خدمات روان‌شناختی و درمانی برای افراد رایگان بود، اما برای هر مددجو به طور متوسط حداقل ۷ ساعت کاری وقت صرف شد. همانند دیگر مطالعات، لیست انتظار طولانی برای شرکت در این جلسات وجود دارد که تأخیر در برگزاری این جلسات خود می‌تواند از علاقه و اشتیاق افراد برای ادامه‌ی درمان بکاهد (۲۴). جا دارد در مطالعات بعدی ابعاد اقتصادی مداخله نیز مد نظر قرار گیرد.

بر اساس شواهد و قراین موجود، ادعای ما مبنی بر اثر بخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی همراه با درمان استاندارد دارویی برای کاهش افسردگی به اثبات رسید. با این وجود، پنجمین محدودیت مطالعه عدم توجه و نادیده گرفتن مکانیسم و ساز و کار این شیوه‌ی درمانی و به عبارتی، توانایی ما در تشخیص این که کدام یک از ابعاد این روش مداخله بیشترین اثر را داشته، می‌باشد. انجام تمرینات مختلف تنفسی، کشش و تمرکز فردی و یوگا در جلسات گروهی و فردی در منزل نمی‌تواند حالت اجباری داشته باشد و ناگزیر می‌بایست با انعطاف‌پذیری بیشتر صورت می‌گرفت. به طور طبیعی، اثرات آن‌ها نیز برای آزمودنی‌ها متفاوت خواهد بود (۲، ۲۴). برای اثبات ادعای خود لازم است اندازه‌ی اثر هر یک از این ابعاد مد نظر باشد تا بتوان وقت جلسات درمانی را صرف تمرین‌های مفیدتر نمود. از جایی که تعهد حرفه‌ای و صرف وقت زیاد در این روش درمانی امری اجتناب‌ناپذیر می‌باشد، درمانگران باید از انگیزه‌ی کاری قوی و مهارت‌های حرفه‌ای بالا برخوردار باشند که این امر تنها در فرایند تربیت و آموزش و در نهایت محیط کاری پرقابیت و پرچالش امکان‌پذیر می‌باشد. وانگهی فراهم ساختن فضای

سومین محدودیت مطالعه مربوط به ماهیت و محتوای ابزارهای سنجش به کار رفته می‌باشد. متأسفانه تنها برخی از ابزارهای مورد نیاز بومی سازی شده‌اند و بقیه‌ی آن‌ها در حد یک ضریب آلفا مورد قبول واقع گردیده‌اند. با علم به این که پدیده‌ی طلاق دارای تبعات فرهنگی و اقتصادی نیز می‌باشد و بسته به اقبال اجتماع و حمایت‌های اجتماعی و رفاهی از افراد مطلقه، عکس‌العمل‌های روانی نیز تغییر خواهد کرد، لازم است برای سنجش مقوله‌هایی چون نگرش ناکارآمد، رفتارهای تکلیف‌مداری، هیجان‌مداری و اجتنابی، از ابزارهایی که در ایران اعتبارسنجی شده‌اند، استفاده شود. شاید یکی از تکالیف عمده در مطالعات بعدی، هنجار یابی این مقیاس‌ها باشد تا بتوان با اعتماد به نفس و قاطعیت بیشتر یافته‌ها و مشاهدات را در طیف وسیع‌تر مکتوب نمود. به منظور عینی نمودن پاسخ‌ها و خروج از یک وضعیت کلیشه‌ای می‌توان از شیوه‌ی چند رسانه‌ای نیز برای ثبت نگرش و عملکرد آزمودنی‌ها استفاده کرد. این شیوه‌ی جمع‌آوری اطلاعات می‌تواند آزمودنی‌ها را برای پاسخ‌گویی بهتر ترغیب نماید.

چهارمین محدودیت مطالعه، عدم به کار گیری یک شیوه‌ی درمانی روان‌شناختی دیگر در کنار شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی به منظور مقایسه‌ی اثربخشی دو روش و در نهایت توصیه به انتخاب و اولویت‌بندی شیوه‌ی مداخله می‌باشد. در این رابطه، به کار گیری روش شناخت درمانی فردی به جای گروهی شاید بتواند گزینه‌ی مناسبی برای این کار باشد؛ چرا که فرصت مناسبی برای مقایسه‌ی دو روش گروهی و فردی فراهم خواهد ساخت. از طرفی با این کار می‌توان تشخیص داد که کدام روش بیشتر مقرون به صرفه خواهد بود و از نظر اقتصادی و صرف وقت برای

فیزیکی مناسب برای انجام تمرینات مربوط به این روش، آن هم در مراکز تحت پوشش سازمان‌های دولتی و با منابع محدود، کار ساده‌ای به نظر می‌رسد.

ششمین محدودیت مطالعه‌ی حاضر لحاظ نمودن استرس‌هایی است که فرآیند درمان و زندگی معمول آزمودنی را مورد تهدید قرار می‌دهد. زنان مطلقه به دلایل مختلف فرهنگی، خانوادگی و اقتصادی خودکفا و توانمند نیستند و همواره در معرض فشارهای اجتماعی قرار دارند (۱۲، ۸). این‌گونه چالش‌ها و تهدیدها می‌تواند سلامت روان و عملکرد زنان را تحت‌الشعاع قرار داده، نتیجه‌ی مطالعه را مخدوش نماید. در مطالعه‌ی حاضر، به نظارت بر ثبت این حوادث توجهی نشده و با همه‌ی آزمودنی‌ها با یک پیش فرض مشترک برخورد شده است. در تئوری و عمل برای ارتقای کمی و کیفی این‌گونه مطالعات لازم است از بدو انجام مطالعه، نظام نظارت بر استرس‌های زمان تعبیه و این موارد تا پایان مطالعه از نظر نوع، فراوانی و شدت ثبت شود. از همه مهم‌تر این که این موارد در تحلیل آماری به عنوان یک متغیر همراه دخالت داده شوند. داشتن تیم قوی پژوهشی کارآزموده برای این مهم ضروری به نظر می‌رسد.

آخرین و نه کمترین محدودیت مطالعه، طول مدت پی‌گیری سه ماهه است. مدت زمان پی‌گیری در مطالعات متغیر است (۴۰، ۳۳، ۳۰-۲۸، ۲۶، ۲۳). ولی به نظر می‌رسد با در اختیار داشتن فرصت بیشتر بتوان تصویر دقیق‌تری از نیمرخ روانی آزمودنی ترسیم نمود. به علاوه، فرصت خوبی برای غلبه بر برخی از کاستی‌ها و محدودیت‌هایی که در بالا به آن‌ها اشاره رفت، فراهم می‌آورد. از طرفی بیم آن نیز می‌رود که به دلیل شرایط خاص اجتماعی-روانی-اقتصادی آزمودنی‌ها، توقعات

و انتظارات را افزایش دهد و برای یک سازمان حمایتی مانند بهزیستی امکان‌پذیر نباشد. با این حال، داشتن یک بانک اطلاعاتی از افراد شرکت کننده در این برنامه می‌تواند تا حدودی کار پی‌گیری را تسهیل بخشد. از آن جایی که اکثر این افراد تحت پوشش سازمان بهزیستی و کمیته‌ی امداد امام (ره) می‌باشند، کار پی‌گیری را می‌توان به واحد مددکاری اجتماعی نیز واگذار نمود.

نتایج کاربردی مطالعه: با وجود نگرانی‌های ابداع کنندگان روش شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران افسرده، میزان مشارکت زنان در این مطالعه شاهد خوبی برای پذیرش و اقبال عمومی و از همه مهم‌تر، توانمندی درمانگران برای اداره‌ی جلسات گروهی است. با وجود چالش‌ها و محدودیت‌های زیاد، توصیه می‌شود این شیوه‌ی درمانی در طیف وسیع‌تر به عنوان یک برنامه‌ی آموزشی دائمی برای زنان و مردان در آستانه‌ی طلاق و طلاق گرفته اجرا گردد. چه بسا که در بعد پیش‌گیری بتواند از شدت افسردگی افراد کاسته، مهارت‌های آن‌ها را برای مقابله با استرس افزایش دهد. در صورت موفقیت، این برنامه می‌تواند در مراکز بهداشتی-درمانی شهری و روستایی قابل استفاده باشد. جهت تحقق این مهم، وجود نیروهای کارآزموده‌ی بالینی جوان با انگیزه‌ی کاری و متعهد، اجتناب ناپذیر است. در حوزه‌ی امور اجتماعی سازمان بهزیستی، تنظیم یک بسته‌ی آموزشی بر اساس تجربه‌ی حاضر می‌تواند فرایند کاربردی زیادی برای مراکز کاهش طلاق و کلینیک‌های بهداشت روان داشته باشد.

با وجود محدودیت‌های موجود، مزیت عمده‌ی مطالعه‌ی کارآزمایی بالینی تصادفی حاضر، انجام و تکرار یک روش درمانی بدون دخالت و حضور ابداع کنندگان روش شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی

دارویی محض، آن را با شیوهی شناخت درمانی گروه مبتنی بر ذهن آگاهی تلفیق نمایند. بدیهی است در دوره‌های بازآموزی، این موضوع می‌تواند یکی از اولویتهای آموزشی متخصصین روان‌پزشکی قلمداد شود. از این رو، یافته‌های مطالعه‌ی حاضر جهت بهره برداری در مراکز توسعه‌ی پزشکی نیز قابل استفاده است.

است. نکته‌ی قابل توجه این که عرصه شیوه‌ی درمانی از محدوده‌ی بیمارستانی به اجتماع (در میان زنان مطلقه با آسیب‌های روانی - اجتماعی متعدد، در یک مرکز تحت پوشش سازمان بهزیستی) کشیده شد. پیام اصلی و عمده‌ی مطالعه حاضر آن است که درمانگران برای موفقیت خود در امور بالینی به جای تکیه بر روش

## References

1. Kessing LV. Epidemiology of subtypes of depression. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2007; 115(433): 85-9.
2. Godfrin KA, van 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.
3. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, 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): 615-623.
4. Bell B, Chalklin L, Mills M, Browne G, Steiner M, Roberts J, et al. Burden of dysthymia and comorbid illness in adults in a Canadian primary care setting: high rates of psychiatric illness in the offspring. *J Affect Disord* 2004; 78(1): 73-80.
5. Kaviani H, Ahmadi-Abhari SA, Nazari H, Hormozi K. Prevalence of depressive disorders in Tehran resident population, 2000. *Journal of Tehran Faculty of Medicine* 2002; 60(5): 393-9.
6. Kendler KS, Thornton LM, Gardner CO. Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: an evaluation of the "kindling" hypothesis. *Am J Psychiatry* 2000; 157(8): 1243-51.
7. Riolo SA, Nguyen TA, Greden JF, King CA. Prevalence of depression by race/ethnicity: findings from the National Health and Nutrition Examination Survey III. *Am J Public Health* 2005; 95(6): 998-1000.
8. Gahler M. To divorce is to die a bit a longitudinal study of marital disruption and psychological distress among Swedish women and men. *The Family Journal Counseling and Therapy for Couples and Families* 2006; 14(4): 372-82.
9. Kendler KS, Hettema JM, Butera F, Gardner CO, Prescott CA. Life event dimensions of loss, humiliation, entrapment, and danger in the prediction of onsets of major depression and generalized anxiety. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60(8): 789-96.
10. Siu-Kau C. Stressors and well-being of divorced women in Hong Kong. *Asia Pacific Journal of Social Work* 1999; 9(1): 42-57.
11. Simon RW. Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. *AJS* 2002; 107(4): 1065-96.
12. Ghotbi M, Holakoei K, Jazayeri A, Rahimi Foroushani A. Evaluation of Divorce and its Factors in Divorced Person Lived in Doulat Abad (Tehran). *Social Welfare Quarterly* 2004; 12(3): 271-86.
13. Hollon SD, Stewart MO, Strunk D. Enduring effects for cognitive behavior therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annu Rev Psychol* 2006; 57: 285-315.
14. Wilkinson PO, Goodyer IM. The effects of cognitive-behavioural therapy on mood-related ruminative response style in depressed adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2008; 2(1): 3.
15. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2002.
16. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. New York: The Guilford Press; 2008.
17. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: the program of the stress reduction clinic at the university of Massachusetts medical centre. New York: Delta; 1990.
18. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, 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): 615-23.
19. Nezu AM, Nezu CM, Trunzo JJ, McClure KS. Treatment Maintenance for Unipolar Depression: Relevant Issues, Literature Review, and Recommendations for Research and Clinical Practice.



- Clinical Psychology: Science and Practice 1998; 5(4): 496-512.
20. Beck AT. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
  21. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol* 2010; 78(2): 169-83.
  22. Williams JM, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *J Abnorm Psychol* 2000; 109(1): 150-5.
  23. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72(1): 31-40.
  24. Kenny MA, Williams JM. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behav Res Ther* 2007; 45(3): 617-25.
  25. Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psychother* 2007; 80(Pt 2): 193-203.
  26. Evans S, Ferrando S, Findler M, Stowell C, Smart C, Haglin D. Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* 2008; 22(4): 716-21.
  27. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76(6): 966-78.
  28. Williams JM, Alatiq Y, Crane C, Barnhofer T, Fennell MJ, Duggan DS, et al. Mindfulness-based Cognitive Therapy (MBCT) in bipolar disorder: preliminary evaluation of immediate effects on between-episode functioning. *J Affect Disord* 2008; 107(1-3): 275-279.
  29. Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JM. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther* 2009; 47(5): 366-73.
  30. Bondolfi G, Jermann F, Der Linden MV, Gex-Fabry M, Bizzini L, Rouget BW, et al. Depression relapse prophylaxis with Mindfulness-Based Cognitive Therapy: replication and extension in the Swiss health care system. *J Affect Disord* 2010; 122(3): 224-31.
  31. Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in reducing automatic thoughts, dysfunctional attitude, depression and anxiety: A sixty day follow-up. *Advances in Cognitive Science* 2005; 7(1): 49-59.
  32. Dabaghi P, Asgharnezhad Farid AA, Atef Vahid MK, Bou Alhari J. Effectiveness of group cognitive therapy based-on mindfulness and spiritual schema activation in the prevention of opioid abuse relapse. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 13: 366-75.
  33. Omid A. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on depression symptoms, [PhD Thesis]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 2008.
  34. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV. 4<sup>th</sup> ed. New York: American Psychiatric Association; 1994.
  35. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams BW. User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II). Washington (DC): American Psychiatric Press; 1997.
  36. Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID): Persian Translation and Cultural Adaptation. *Iran J Psychiatry* 2007; 1: 46-8.
  37. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996; 67(3): 588-97.
  38. Oliver JM, Murphy SL, Ferland DR, Ross MJ. Contributions of the Cognitive Style Questionnaire and the Dysfunctional Attitude Scale to Measuring Cognitive Vulnerability to Depression. *Cognitive Therapy and Research* 2007; 31(1): 51-69.
  39. Chioqueta AP, Stiles TC. Psychometric properties of the Norwegian version of the Dysfunctional Attitude Scale (Form A). *Cogn Behav Ther* 2004; 33(2): 83-6.
  40. Chioqueta AP, Stiles TC. Factor structure of the Dysfunctional Attitude Scale (Form A) and the Automatic Thoughts Questionnaire: an exploratory study. *Psychol Rep* 2006; 99(1): 239-47.

## Combined Effect of Anti Depressant and Mindfulness-based Group Cognitive Therapy (MBCT) on Psychological Well Being of Divorced Women

Saeid Sadeghi PhD<sup>1</sup>, Faramarz Sohrabi PhD<sup>2</sup>, Ali Delavar PhD<sup>3</sup>,  
Ahmad Borjaali PhD<sup>4</sup>, Gholam Reza Ghassemi PhD<sup>5</sup>

### Abstract

**Background:** Psychological aftermaths of divorce are well documented. This study determined the effect size of standard drug therapy along with mindfulness based cognitive group therapy (MBCT) on psychological aftermaths of divorced women with depression.

**Methods:** This randomized clinical trial was counseling services of the Divorce Counseling Centre, affiliated to Welfare Organization, Isfahan, Iran. The experimental group comprised of 30 members received standard antidepressant along with MBCT, while the non experimental group I and II each one was comprised of 15 individuals, the former received simple standard antidepressant and the later one was subject to non standard antidepressant therapy. Psychiatric assessment was done by a psychiatrist, using Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) before intervention and on three month of follow-up. Independent evaluators assessed the participants' for severity of depression, negative thoughts, and coping ability, using Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Dysfunction Attitude Scale (DAS), and Coping Ability Scale CISS at baseline, one month after intervention, 8 weeks of intervention, and after 3 months follow-up. Data were analyzed using SPSS<sub>11</sub> and running ANOVA with Bonferroni test, and ANCOVA with repeated measures.

**Findings:** As compared to pure standard and non standard antidepressant treatment methods, the combined treatment modality provided more promising results in lowering the subjects' depression, favorable attitudes, and better problem solving ability. In order of importance, the significant effect size for the combined method was 0.71 for severity of depression, 0.67 for avoidance, 0.65 for dysfunction attitude, 0.56 for self determination, and 0.21 for emotionalism.

**Conclusion:** Significantly desirable changes observed in the therapeutic across various phases of intervention for outcome variables are attributed to the supremacy of MBCT and reinforce earlier observations. In view of high prevalence of divorce and its psychological aftermaths, non organic intervention modalities are not only more economical but also can enhance clients' compliance in seeking early and long lasting treatment.

**Key words:** Mindfulness based group cognitive therapy, Coping Skills, Medication, Depression, Divorced women.

<sup>1</sup> Deputy Director (Social Affair), Isfahan Welfare Organization, Isfahan, Iran.

<sup>2</sup> Associate Professor and Head, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran.

<sup>3</sup> Professor, Department of Psychometrics, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran.

<sup>4</sup> Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Allameh Tabatabaee University, Tehran, Iran.

<sup>5</sup> Associate Professor, Medical Education Research Center (MERC), Behavioral Sciences Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

**Corresponding Author:** Saeed Sadeghi PhD, Email: sadeghi\_sa@yahoo.com