

اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری در واکنش پذیری شناختی و رضایتمندی از خود در زنان مبتلا به افسردگی اساسی عود کننده □

Mindfulness based Cognitive Therapy versus Cognitive Behavioral Therapy in Cognitive Reactivity and Self-Compassion in Females with Recurrent Depression with Residual Symptoms □

Mahdiyee Melyani, M. Sc. ✉

Abbas Ali Allahyari, Ph. D.

Parviz Azad Falah, Ph. D.

Ali Fathi Ashtiani, Ph. D.

Azadeh Tavoli, M.Sc.

مهديه ملياني*

دکتر عباسعلی اللهیاری*

دکتر پرویز آزاد فلاح*

دکتر علی فتحی آشتیانی**

آزاده طاولی*

Abstract

The present study was carried out to examine the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy (MBCT) versus cognitive behavioral therapy (CBT) on cognitive reactivity and self-compassion in recurrent depression with residual symptoms. The study design was pre-test - post-test in which 40 patients with residual symptoms after a major depressive episode were selected and randomly assigned to either group MBCT and CBT. They were assessed with the Self-Compassion Scale and the Leiden Index of Depression Sensitivity at pre and post assessments. The result of MANCOVA shows that there were significant differences between two groups in both variables. The results of test supported the effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on self-compassion and cognitive reactivity. In sum, MBCT is more effective intervention than CBT in cognitive reactivity and self-compassion.

Keywords: mindfulness based cognitive therapy, cognitive behavioral therapy, recurrent major depression, cognitive reactivity, self compassion

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری بر واکنش پذیری شناختی و رضایتمندی از خود در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده دارای نشانه های باقی مانده انجام شده است. در این پژوهش شاهد اجرای طرح پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه هستیم. بدین منظور تعداد ۴۰ زن مبتلا به افسردگی مزمن دارای نشانه های باقی مانده انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت اختصاص داده شدند. کلیه آزمودنی ها بواسطه مقیاس رضایتمندی از خود و شاخص حساسیت به افسردگی لیدن در پیش و پس از مداخله مورد سنجش قرار گرفتند. نتایج تجزیه و تحلیل یافته ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندگانه نشان داد که تفاوت معناداری در میان دو شیوه درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در دو متغیر واکنش پذیری شناختی و رضایتمندی از خود، وجود دارد و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش سطح واکنش پذیری شناختی و ارتقاء رضایتمندی از خود از درمان شناختی رفتاری اثربخش تر است. در مجموع، درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در مقایسه با درمان شناختی رفتاری، راهبردی کارآمدتر در کاهش واکنش پذیری شناختی و رضایتمندی از خود است.

کلیدواژه ها: درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، درمان شناختی رفتاری، رضایتمندی از خود، واکنش پذیری شناختی. افسردگی اساسی عود کننده.

□ Department of Psychology, Tarbiat Modares University, Tehran, I.R.Iran

✉ Email:mah.melyani@gmail.com

□ دریافت مقاله ۱۳۹۱/۱۱/۹، تصویب نهایی ۱۳۹۳/۳/۲۱

* گروه روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس

** مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)

● مقدمه

هدف هر مداخله درمانی در کنار بهبود مرحله حاد اختلال، نگهداری اثرات درمانی و پیشگیری از عود و وقوع مجدد است که این مهم با توجه به ماهیت ارجاعی و مزمن اختلال افسردگی (کسینگ، هانسن و آندرسون، ۲۰۰۴)، ضرورت توجه جدی به درمان های پیشگیرانه را مطرح می نماید. چنانچه بدون در نظر گرفتن درمان حمایتی و پیشگیرانه برای مبتلایان به افسردگی تکرار شونده نرخ عود و وقوع مجددی بیش از ۸۰ درصد حتی بعد از درمان موفق مرحله حاد، تجربه می شود (کوپفر^۱ و همکاران، ۱۹۹۲؛ به نقل از کویکن و همکاران، ۲۰۱۰).

در راستای شناسایی عوامل افزایشده خطر عود، بررسی های متعدد، وجود عوامل چندی چون «واکنش پذیری شناختی»^۲ (نولن - هوکسما، موروء و فردریکسون، ۱۹۹۳) و رضایتمندی از خود (لری و همکاران، ۲۰۰۷) را در ایجاد و تداوم خلق افسرده وار مورد تأیید قرار داده اند. واکنش پذیری شناختی به میزان برانگیخته شدن افکار و نگرش های ناکارآمد در قبال ایجاد یک خلق منفی و افسرده وار اطلاق می گردد. باور بر این است که در اولین دوره های تجربه افسردگی، ارتباطی میان الگوهای تفکر منفی و خلق غمگین برقرار می گردد که حالات خلقی منفی بعدی می تواند از طریق فعال کردن این ارتباط، شبکه ای از افکار منفی را برانگیزد که در دوام و تشدید حالات خلقی منفی و افسردگی نقش مهمی را بر عهده دارد (شر^۳، اینگرام^۴ و سگال^۵، ۲۰۰۵؛ به نقل از رایس و همکاران، ۲۰۰۹).

علاوه بر تأکید بر اهمیت متغیر فوق، «رضایتمندی از خود»^۶ نیز مفهومی است که اخیراً در حوزه روانشناسی شخصیت مطرح شده است (لری و همکاران، ۲۰۰۷). نف (۲۰۰۳ a) رضایتمندی از خود را این طور تعریف می کند "گشوده بودن و حرکت به سمت رنج های شخصی، تجربه احساس مراقبت و مهربانی نسبت به خود و اتخاذ دیدگاهی غیر قضاوتی و همراه با فهم ناکفایتی ها و خطاهای فردی و رسیدن به این مهم که تجربه های شخصی افراد، بخشی از تجربه معمول بشری است". یافته های مهمی در تأیید ارتباط معکوس در میان سازه رضایتمندی از خود با افسردگی و اضطراب وجود دارد (نف، ۲۰۰۳). نف و وونک (۲۰۰۹) نیز نشان دادند که

رضایتمندی بیشتر از خود با نشخوار ذهنی کمتر در ارتباط است. ادبیات پژوهش شواهد فزاینده‌ای را مطرح می‌نمایند که بیانگر ارتباط میان رضایتمندی از خود با بهزیستی است و به طور بالقوه آن را به عنوان مؤلفه حمایتی مهم در ارتقاء انعطاف‌پذیری هیجانی بر می‌شمارند (لری و همکاران، ۲۰۰۷ و نف، رود و کیرک پاتریک، ۲۰۰۷ الف).

لری و همکاران (۲۰۰۷) مطرح کردند افرادی که از خود رضایت دارند، احتمالاً عاطفه منفی (اضطراب و افسردگی) کمتری را پیرو تجربه موقعیت منفی گزارش می‌نمایند چرا که آنها کمتر نشخوار می‌نمایند یا دلالت‌های منفی کمتری در مورد یک رویداد دارند. مطالعات متعددی از میان تمامی درمان‌های روانشناختی، کارآمدی و اثربخشی درمان شناختی رفتاری را به عنوان درمان انتخابی برای مبتلایان به افسردگی تأیید نموده‌اند. اهداف اکثر رویکردهای شناختی رفتاری برای درمان افسردگی، تعلیم بیماران برای فهم سبب‌شناسی و تداوم اختلالاتهای خلقی، به کارگیری مهارت‌های خاص برای مشخص ساختن و اصلاح افکار ناکارآمد و خود به خودی و به همان نحو فهم فرضیات و باورهایی است که بازتابی از ساختارها و روان‌بنه‌های شناختی پایدار ناکارآمد اند (بک، ۲۰۰۵). تقریباً یک سوم افرادی که از درمان شناختی رفتاری بهره می‌گیرند، در خطر عود مجدد قرار دارند (پایکل^۷ و همکاران، ۱۹۹۹؛ به نقل از واتکینز و همکاران، ۲۰۰۷).

از راهبردهای ارتقاء اثربخشی درمان شناختی رفتاری در تخفیف نشانه‌های باقیمانده افسردگی و ارتقاء قدرتمندی آن در پیشگیری از عود، هدف قرار دادن سایر مؤلفه‌های پیش بین عود چون واکنش‌پذیری شناختی، بواسطه تکمیل درمان شناختی رفتاری است (واتکینز و همکاران، ۲۰۰۷).

درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت یکی از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی است. این درمان به منظور ارتقاء اثربخشی درمان شناختی رفتاری، این درمان (بک، راش^۸، شاو^۹ و امری^{۱۰}، ۱۹۷۹؛ به نقل از مانی کاواسگار، پارکر و پریخ، ۲۰۱۰) را با مؤلفه‌های برنامه «کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی»^{۱۱} طراحی شده بواسطه کابات-زین (کابات-زین، ۱۹۹۰)، تلفیق نموده است. درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، مداخله

روانی اجتماعی مؤثری برای درمان افسردگی عود شونده است چهار مطالعه به طور خاص اثربخشی این مداخله را در درمان انواع اختلال افسردگی مزمن مورد توجه قرار داده است (کینگستون و همکاران، ۲۰۰۷؛ ما و تیزدال، ۲۰۰۴؛ تیزدال و همکاران، ۲۰۰۰؛ ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۰).

مطالعه ای که توسط شاپیرو و همکارانش (۲۰۰۵) انجام شد، بررسی کرد که آیا شرکت در دوره کاهش تنیدگی از طریق ذهن آگاهی سطح رضایتمندی از خود را افزایش می دهد یا خیر. برنامه کاهش تنیدگی مبتنی بر ذهن آگاهی برنامه ای است که وسیعاً بکار برده می شود و بر آن است تا تنیدگی را تحت کنترل درآورد (کابات - زینک، ۲۰۰۳). نشان داده شده است که این برنامه بطور کارآمدی در کاهش تنیدگی و نشان های همآیند با آن موفق است (بررسی مروری گروسمن و همکاران، ۲۰۰۴) شاپیرو و همکارانش (۲۰۰۵) دریافتند که شرکت کنندگان در دوره ۶ هفته ای برنامه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت که توسط متخصصان بهداشت روان برگزار شده بود، منجر به ارتقاء سطح رضایتمندی از خود شرکت کنندگان شد و رضایتمندی از خود عامل میانجی در کاهش تنیدگی است که همآیند برنامه است.

از این رو مطالعه حاضر بر آن بود تا میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت را در کاهش رضایتمندی از خود و واکنش پذیری شناختی بررسی نماید.

● روش

پژوهش حاضر، از انواع طرحهای تجربی و از نوع طرح پیش آزمون - پس آزمون با دو گروه است. در این طرح، مداخله درمانی (شامل ۲ سطح: درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان گروهی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت) به عنوان متغیر مستقل و رضایتمندی از خود و واکنش پذیری شناختی در افراد مبتلا به عنوان متغیرهای وابسته، در نظر گرفته شدند.

جامعه پژوهش حاضر کلیه زنان مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده دارای نشانه های باقی مانده بودند و حجم نمونه در پژوهش حاضر ۴۰ نفر (۲۰ نفر در گروه

درمان شناختی رفتاری گروهی و ۲۰ نفر در درمان گروهی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت) در نظر گرفته شد. برای دست یابی به این نمونه، تعداد ۴۰ بیمار دارای تشخیص افسردگی عود کننده را با استفاده از معیارهای انتخاب برگزیده بود که با کسب رضایت از آنها، در پژوهش وارد شدند. میانگین سن بیماران ۳۷/۳ با انحراف معیار ۹/۳ بود سایر شاخص های توصیفی مربوط به گروه نمونه در جدول ۱ ارائه شده است. از میان ۴۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی عود کننده دارای نشانه های باقی مانده، در نهایت بعد از اتمام مداخلات فوق، ۱۵ بیمار در گروه درمان شناختی رفتاری و ۱۶ نفر در گروه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت باقی ماندند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: وجود سابقه افسردگی اساسی، سابقه مصرف داروهای ضد افسردگی اما قطع مصرف در زمان مطالعه و یا ثابت نگه داشتن برنامه درمان دارویی، کسب نمره ۱۴ تا ۲۸ (افسردگی خفیف و متوسط) از سیاهه افسردگی بک - II و برخی از معیارهای خروج عبارت هستند از سابقه اسکیزوفرنی، اختلال روانی ناشی از مسائل جسمانی، افسرده خویی قبل از سن ۲۰، اختلالاتهای شخصیت و وجود تمایل به خودکشی.

جدول ۱. شاخص های توصیفی مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی نمونه آماری

متغیر	وضعیت تأهل		سطح تحصیلات		وضعیت شغلی	
	تجرد	تأهل	زیر دیپلم و دیپلم	لیسانس و بالاتر	بیکار	شاغل
فراوانی	۹	۲۹	۱۸	۱۳	۱۸	۱۳
درصد فراوانی	۲۲	۷۱	۵۸/۱	۴۱/۹	۵۸/۱	۴۱/۹

به تبع انتخاب برای ورود به مطالعه، از شرکت کنندگان درخواست شده بود تا مقیاس رضایتمندی از خود و شاخص حساسیت به افسردگی **لیدن** را تکمیل نمایند و به منظور کسب اطمینان از ورود صحیح به پژوهش، با انجام مصاحبه بالینی ساختماند کلیه ملاک های ورود و خروج به پژوهش مجدداً بررسی شد. بیماران انتخاب شده حائز شرایط به تصادف به دو موقعیت درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری گروهی وارد شدند. مداخلات درمانی در قالب گروهی و در طی ۸

جدول ۲. ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری گروهی

شماره جلسه	موضوع
۱	معرفی افسردگی و سبب شناسی آن از دید ریکرد شناختی رفتاری
۲	تشریح رابطه رویداد فعال کننده - شناخت و رفتار و احساس
۳	توضیح افکار خود آیند و انواع خطاهای تفکر
۴	به چالش گذاشتن افکار و خلق پاسخ عاقلانه
۵	تدارک آزمایشات رفتاری به منظور بررسی راهبردها و شناخت های کسب شده
۶	آموزش آرام سازی بدن
۷	تعمیق مهارت های شناختی رفتاری کسب شده
۸	تعمیق مهارت های شناختی رفتاری کسب شده

هفته به طور تصادفی برای هر گروه اجرا گشتند (ساختار جلسات درمانی هر دو نوع مداخله در جدول های ۲ و ۳ آورده شده اند). اعضای دو گروه درمانی در انتها مجدداً به واسطه بسته آزمون های فوق مورد ارزیابی قرار گرفتند.

جدول ۳. ساختار جلسات درمان در درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت

شماره جلسه	موضوع
۱	توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون، بازکردن مفهوم ذهن آگاهی برای اعضا با استفاده از چند فن و یاد گرفتن انجام امور روزمره، همراه با حفظ توجه بر آنها
۲	آگاهی یافتن به ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس
۳	آرام کردن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین هایی که توجه را در زمان حال حفظ می نمایند
۴	آموزش حضور در حال و نظاره گر افکار بودن بدون فرار و دوری کردن از جماعت
۵	کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آنها بدون قضاوت و دخالت مستقیم
۶	تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت
۷	هشیار بودن از نشانه های افسردگی و تنظیم برنامه برای روبه رو شدن احتمالی با نشانه های افسردگی
۸	برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم آنها به کل جریان زندگی

● ابزار

□ الف. **مقیاس رضایتمندی از خود**^{۱۲}: این مقیاس یک ابزار خودسنجی است که شامل ۲۶ ماده می باشد که در قالب ۶ خرده مقیاس متفاوت: «مهربانی نسبت به خود»، «قضاوت در مورد خود»، «پذیرش رنج بشری»، «کناره گیری»، «ذهن آگاهی» و «بیش اشتغالی» ارائه شده اند (نف، ۲۰۰۳ a). یک بررسی اولیه در مورد این مقیاس نشان داده است که خرده مقیاس ها دارای ارتباط درونی با یکدیگر می باشند. برای این ابزار اعتبار و روایی خوبی گزارش شده است مطالعه اولیه (نف، ۲۰۰۳ b) نشان داد که این مقیاس از ساختار عاملی مناسب برخوردار است و واجد اعتبار درونی و آزمون- بازآزمون خوبی می باشد. و هر دو اعتبار همگرا و واگرا را از خود نشان داد.

□ ب. **شاخص حساسیت به افسردگی لیندن**^{۱۳} (LEIDS): این شاخص یک ابزار خودسنجی است که به منظور ارزیابی سطح واکنش پذیری شناختی طراحی شده اند. شاخص دارای مجموعه ای از پرسش است که آسیب پذیری را بواسطه پرسیدن پرسش های شرطی می سنجد. شرکت کنندگان به این پرسش ها بدین نحو پاسخ می دهند که در زمان تجربه خلق پایین چگونه احساس می نمایند و فکر می کنند. این شاخص میزان تغییرات در نمرات مقیاس باورهای ناکارآمد را پیرو تغییر خلق پیش بینی می نماید. همسانی های درونی این ابزار در میان خرده مقیاس های مختلف تأیید شده است (ون در دوئز، ۲۰۰۲).

● یافته ها

با بررسی داده های حاصل از اجرای روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) بر نتایج حاصل از دو مداخله درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی عود کننده که دارای نشانه های باقی مانده بودند (۱۵ بیمار در گروه درمان شناختی رفتاری و ۱۶ نفر در گروه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت)، یافته های زیر در دو مرحله به دست آمدند. چنانچه در جدول ۴ نشان داده شده است، با بررسی نتایج پس آزمون پس از اجرای مداخله ها در دو گروه و با حذف اثر پیش آزمون به واسطه روش آماری تحلیل

کواریانس چند متغیره (MANCOVA) مشخص شد که در میان دو مداخله درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت با حذف اثر پیش ازمون ها در دو متغیر رضایتمندی از خود و واکنش پذیری شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($f: ۴۸/۸۳$ ، $p: ۰/۰۰$) چنانچه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت نسبت به درمان شناختی رفتاری گروهی در ارتقاء سطح رضایتمندی از خود و کاهش واکنش پذیری شناختی کارآمدتر است.

جدول ۴. شاخص میانگین و تحلیل کواریانس نمرات رضایتمندی از خود و واکنش پذیری شناختی پس از تعدیل نمرات پیش ازمون

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	گروه ها	میانگین	آزمون F	سطح معناداری	ضریب اتا
عامل گروه	رضایتمندی از خود	CBT	۷۸/۶۶	۵۵/۶۶	۰/۰۰	۰/۶۷
		MBCT	۹۴/۳۱			
	واکنش پذیری شناختی	CBT	۵۵/۱۰	۷۵/۰۰	۰/۰۰	۰/۷۲
		MBCT	۳۲/۵۲			

در مرحله بعد با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) بر خرده مقیاس های آزمون رضایتمندی از خود، مهربانی نسبت به خود، قضاوت در مورد خود، پذیرش رنج بشری، کناره گیری، ذهن آگاهی و بیش اشتغالی، اقدام به بررسی نحوه اثربخشی دو مداخله بر این مؤلفه های رضایتمندی از خود شد که با حذف اثرات پیش ازمون مشخص گشت که تفاوت معناداری در میان این مؤلفه های رضایتمندی از خود متعاقب انجام مداخله و با حذف اثرات پیش ازمون وجود داشت ($f: ۲۵/۶۷$ ، $p: ۰/۰۰$).

چنانچه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در ارتقاء حالت مهربانی نسبت به خود، پذیرش رنج بشری و ذهن آگاهی و کاهش قضاوت در مورد خود و حالت کناره گیری اثربخش تر از درمان شناختی رفتاری بود حال آن که در میان دو درمان از لحاظ بیش اشتغالی تفاوت معناداری وجود نداشت (شاخص میانگین و تحلیل کواریانس نمرات مؤلفه های رضایتمندی از خود، مهربانی نسبت به خود، قضاوت در مورد خود، پذیرش

رنج بشری، کناره گیری، ذهن آگاهی و بیش اشتغالی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون در جدول ۵ ارائه شد).

جدول ۵. شاخص میانگین و تحلیل کوواریانس نمرات مؤلفه های رضایتمندی از خود، مهربانی نسبت به خود، قضاوت در مورد خود، پذیرش رنج بشری، کناره گیری، ذهن آگاهی و بیش اشتغالی پس از تعدیل نمرات پیش آزمون

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	گروه ها	میانگین	آزمون F	سطح معناداری	ضریب اتا
عامل گروه	مهربانی نسبت به خود	CBT	۱۲/۹۰	۸۳/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۸۵
		MBCT	۲۱/۰۲			
	قضاوت در مورد خود	CBT	۱۶/۷۰	۴۴/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۸۵
		MBCT	۱۰/۰۸			
	پذیرش رنج بشری	CBT	۱۰/۴۳	۶۷/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴
		MBCT	۱۶/۳۴			
	کناره گیری	CBT	۱۲/۴۴	۲۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸
		MBCT	۷/۸۹			
	ذهن آگاهی	CBT	۱۷/۰۸	۲۵/۱۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰
		MBCT	۱۳/۶۰			
	بیش اشتغالی	CBT	۱۱/۰۷	۰/۷۸	۰/۳۸	۰/۰۳
		MBCT	۱۰/۶۱			

● بحث و نتیجه گیری

○ تجزیه و تحلیل یافته ها نشان داد درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش سطح واکنش پذیری شناختی و ارتقاء رضایتمندی از خود از درمان شناختی رفتاری گروهی اثربخش تر است. با بررسی مؤلفه های مقیاس رضایتمندی از خود نیز مشخص شد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در ارتقاء حالت مهربانی نسبت به خود، پذیرش رنج بشری و ذهن آگاهی و کاهش قضاوت در مورد خود و حالت کناره گیری اثربخش تر از درمان شناختی رفتاری بود حال آن که در میان دو درمان از لحاظ بیش اشتغالی تفاوت معناداری وجود نداشت.

○ رضایتمندی سازه مهمی در مطالعات مربوط به سلامت روان و رواندرمانی است. در فراتحلیلی بر ادبیات رضایتمندی و سلامت روان به منظور کشف ارتباطات میان رضایتمندی از خود و آسیب شناسی روانی مشخص شد که رضایتمندی از خود متغیر اکتشافی با اهمیتی در فهم سلامت روان و بهبود آن است (مک بث و گاملی،

۲۰۱۲). در سال های اخیر، پژوهشگران توجه خود را متوجه این مفهوم به عنوان شکل سازگاران ای از ارتباط با خود نموده اند (گیلبرت^{۱۴} و آرونز^{۱۵}، ۲۰۰۵؛ به نقل از نف، رود و کیرک پاتریک، ۲۰۰۷، ب). در این راستا ون دام و همکاران (۲۰۱۱) و نف، هسیه و دجترات (۲۰۰۵) نشان دادند که ارتباط معکوس در میان سازه رضایتمندی از خود با افسردگی و اضطراب وجود دارد. در توضیح ارتباط میان رضایتمندی از خود با هیجانات منفی چون اضطراب و افسردگی پژوهش ها به بررسی متغیرهای میانجی چون «واکنش پذیری هیجانی» (لری و همکاران، ۲۰۰۷) و «نشخوار ذهنی» (رایس، ۲۰۱۰) پرداخته اند.

○ نشخوار ذهنی افسرده وار می تواند مؤلفه مهمی در میانجی گری ارتباط میان رضایتمندی از خود و افسردگی باشد (رایس و همکاران، ۲۰۰۶). رایس (۲۰۱۰) نشان داد که رضایتمندی از خود می تواند بواسطه اثرات مثبت بر بازداری از تولید فکر منفی بر افسردگی اثرات واسطه ای داشته باشد چنانچه رضایتمندی بیشتر با نشخوار ذهنی کمتر در ارتباط است (نف و وونک، ۲۰۰۹). در توضیح نقش ارتباط میان رضایتمندی از خود و واکنش پذیری شناختی نیز لری و همکاران (۲۰۰۷) مطرح کرده اند افرادی که از خود رضایت دارند، احتمالاً عاطفه منفی (اضطراب و افسردگی) کمتری را پیرو تجربه موقعیت منفی گزارش می نمایند چرا که آنها کمتر نشخوار می نمایند یا دلالت های منفی کمتری در مورد یک رویداد دارند.

○ مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی هیجان های مثبت را افزایش می دهند (فردریکسون و همکاران، ۲۰۰۸) سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲) این مداخلات را راهبردهای درمانی مناسب به منظور ارتقاء رضایتمندی خود معرفی کردند چرا که آنها نوعاً تمرکز واضحی بر پذیرش خود و هیجانات دشوار خود با دیدی غیر قضاوتی و رویکردی مشفقانه دارا می باشند. از این رو رضایتمندی از خود را می توان مؤلفه با اهمیت همآیندی با حالات روانی مثبت دانست (جرمر، ۲۰۰۹). رضایتمندی از خود همچنین در طول درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی بطور معناداری با نشانه های افسردگی کمتر در پس از درمان و پیگیری همآیند است (شاپیرو و همکارانش، ۲۰۰۵، شاپیرو، براؤن و بیگل، ۲۰۰۷، کویکن و همکاران، ۲۰۱۰) که این نتایج همخوان با

الگوی نظری گیلبرت (۲۰۱۰) است که ارتقاء رضایتمندی از خود را ابزار حمایت روانشناختی بر علیه تنیدگی افسرده ساز می داند. کویکن (۲۰۱۰) همچنین رضایتمندی از خود را به عنوان مؤلفه میانجی اثرات درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت معرفی می نماید، همخوان با ارتباط مفهومی و کاربردی میان دو سازه رضایتمندی از خود و سلامت روان و پژوهش هایی که مؤید اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می باشند، مطالعه حال حاضر نیز اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت را در ارتقاء رضایتمندی از خود تصریح می نماید.

○ یافته مهم دیگر این مطالعه برتری اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش واکنش پذیری شناختی در قیاس با درمان شناختی رفتاری بود. این یافته نیز همسو با مطالعاتی است که اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت را بر این متغیر به عنوان یکی از هم‌آیندهای افسردگی نشان داده اند (بریتون و همکاران، ۲۰۱۲؛ اریسمن و روئمر، ۲۰۱۰؛ گلدین و گروس، ۲۰۱۰) چنانچه برودریچ (۲۰۰۵) دریافت که دانشجویانی که از مراقبه ذهن آگاهی استفاده می کردند، رهایی سریع تری را در برابر خلق القاء شده ناراحت کننده در قیاس با شرایط حواس برگردانی از خود تجربه کردند.

○ درمان شناختی در مواجهه با مفهوم واکنش پذیری شناختی، با باور بر رابطه دوسویه میان خلق منفی و افکار ناکارآمد، بر اصلاح افکار منفی به عنوان مداخله ای برای تغییر خلق تأکید دارد (کاستانگوی^{۱۶} و همکاران، ۱۹۹۵؛ به نقل از ونز، گانترت و فوراند، ۲۰۰۶). سگال و همکاران (۲۰۰۶) با تأیید اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش واکنش پذیری شناختی نشان دادند که وجود نمرات بالا در واکنش پذیری شناختی متعاقب درمان شناختی رفتاری یا درمان با داروهای ضد افسردگی پیش بین نرخ بالای عود پس از ۱۸ ماه است. درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت که با هدف کاهش نشانه ها و بطور خاص پیشگیری از عود اختلال افسردگی طراحی شده است با تأیید فرضیه فعال سازی افتراقی تیزدال (تیزدال، ۱۹۹۸ به نقل از آنتی پا، ون در دوئز و پنینکس، ۲۰۱۰) نشان داده است که می تواند درمانی کارآمد بر کاهش نشانه های

همآیند با افسردگی چون واکنش پذیری شناختی باشد (کاویانی، جواهری و حاتمی، ۲۰۱۱).

○ برخلاف درمان شناختی رفتاری، درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر آن است تا به بیماران کمک نماید تا افکار منفی خود را در هوشیاری حفظ نمایند بیش از آن که آنها را حذف نمایند. همخوان با این جهت گیری، کویکن و همکاران (۲۰۱۰) گزارش کردند که افرادی که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت را دریافت کرده بودند، واکنش پذیری شناختی بیشتری نسبت به دریافت کنندگان درمان دارویی داشتند. از سوی دیگر مبتلایان به افسردگی تحت درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت با نرخ بالاتری از افکار منفی را در حالت غم تجربه می نمایند اما این افزایش به آشفتگی عاطفی نمی انجامد لذا باور بر این است که ارتباط میان فعال سازی شناخت ها و ایجاد عاطفه منفی در طول دوره درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت تغییر می نماید (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). به واقع درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت به بیماران می آموزد تا ارتباط شان را با هم افکار منفی و هم هیجان ها تغییر دهند، آنها را در هوشیاری خود حفظ نمایند، و آنها را بدون قضاوتگری و با دیدی پذیرنده قبول نمایند لذا این درمان رویکردی با کفایت در مواجهه با واکنش پذیری شناختی فراهم می نماید.



یادداشت ها

- | | |
|--|---------------------------|
| 1. Kupfer D. J. | 2. cognitive reactivity |
| 3. Sher C. D. | 4. Ingram R. E. |
| 5. Segal Z. V. | 6. self-compassion |
| 7. Paykel ES. | 8. Rush AJ. |
| 9. Shaw B.F. | 10. Emery G. |
| 11. mindfulness based stress reduction | 12. Self-Compassion Scale |
| 13. Leiden Index of Depression Sensitivity | 14. Gilbert P. |
| 15. Irons C. | 16. Castonguay L. G. |

● منابع

- Antypa, N., Van der Does, W., & Penninx, B. W. J. H. (2010). Cognitive reactivity: Investigation of a potentially treatable marker of suicide risk in depression. *Journal of Affective Disorders*, 122, 46 – 52.

- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: A 40-year retrospective. *Archive of General Psychiatry, 62*, 953–959.
- Britton, W. B., Alpert, W., Shahar, B., Szepsenwol, O. & Jacobs, W. J. (2012). Mindfulness based cognitive therapy improves emotional reactivity to social stress: Results from a randomized controlled trial. *Behavior Therapy, 43*, 365–380.
- Broderick, P. (2005). Mindfulness and coping with dysphoric mood: Contrasts with rumination and distraction. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 501–510.
- Erisman, S. M., & Roemer, L. (2010). AP preliminary investigation of the effects of experimentally induced mindfulness on emotional responding to film clips. *Emotion, 10*, 72–82
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., & Finkel, S. M. (2008). Open hearts builds lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology, 95*, 1045–1062.
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 3*, 97–112.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion, 10*, 83–91.
- Grossmana, P., Niemann, L., Schmidt, S., & Walach, H. (2004). Mindfulness-based stress reduction and health benefits: A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research, 57*, 35–43.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophic living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences, 8*, 73–107.
- Kaviani, H., Javaheri, F., & Hatami, N. (2011). Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) reduces depression and anxiety induced by real stressful setting in non-clinical population. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 11*, 285–296.
- Kessing, L. V., Hansen, M. G., & Andersen, P. K. (2004). Course of illness in depressive and bipolar disorders – naturalistic study. *British of Psychiatry, 185*, 372–377.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E. & Malone, K. (2007). Mindfulness based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol. Psychother, 80*, 193–203.
- Kuyken, W., Watkins, E., Holden, E., White, K., Taylor, R. S., Byford, S., Evans, A., Radford, S., Teasdale, J. D., & Dalgleish, T. (2010). How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behavior Research and Therapy,*

48, 1105-1112.

- Leary, M. R., Tate, E. B., Adams, C. E., Batts Allen, A., & Hancock, J. (2007). Self compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 887-904.
- Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Consulting and Clinical Psychology*, 72, 31-40.
- McBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545-552.
- Manicavasgar, V., Parker, G., & Perich, T. (2011). Mindfulness-based cognitive therapy versus cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Affective Disorders*, 130 (1-2):138-44.
- Neff, K.D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2 (2), 85-101.
- Neff, K. D. (2003). Development and validation of a scale to measure self compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self and Identity*, 4, 263-287.
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K. L. & Rude, S. S. (2007b). Self-compassion and adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41,139-154.
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. (2007a). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41, 908-916.
- Neff, K., & Vonk, R. (2009). Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *Journal of Personality*, 77 (1), 23-50.
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 20-28.
- Raes, F. (2010). Rumination and worry as mediators of the relationship between self compassion and depression and anxiety. *Personality and Individual Differences*, 48, 757-761.
- Raesa, F., Dewulfb, D., Van Heeringenc, C., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness and reduced cognitive reactivity to sad mood: Evidence from a correlational study and a non randomized waiting list controlled study. *Behaviour Research and Therapy*, 47 (7), 623-627.
- Raes, F., Hermans, D., & Williams, J. M. G., Beyers, W., Brunfaut, E., & Eelen, P. (2006). Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 699-704.

- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial. *International Journal of Stress Management*, 12, 164–176.
- Shapiro, S. L., Brown, K. W., & Biegel, G. M. (2007). Teaching self-care to caregivers: Effects of mindfulness-based stress reduction on the mental health of therapists in training. *Training and Education in Professional Psychology*, 1, 105–115.
- Segal, Z. V., Kennedy, S., Gemar, M., Hood, K., Pedersen, R., & Buis, T. (2006). Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Archives of General Psychiatry*, 63, 749–755.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing*. New York: Guilford Press.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness based cognitive therapy. *Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615–623.
- Watkins, E. D., Scottb, J., Wingroveb, J., Rimesb, K., Bathurstc, N., Steinerb, H., Kennell–Webba, S., Mouldsb, M., & Malliarisb, Y. (2007). Rumination-focused cognitive behavior therapy for residual depression: A case series. *Behavior Research and Therapy*, 45, 2144–2154.
- Van Dam, N .T., Sheppard, S. C., Forsyth, J. P., & Earleywine, Mitch. (2011). Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 123–130.
- Van der Does, A. J. W. (2002). Cognitive reactivity to a sad mood: Structure and validity of a new measure. *Behaviour Research & Therapy*, 40, 105–120.
- Wenze, S. J., Gunthert, K. C., & Forand, N. R. (2006). Influence of dysphoria on positive and negative cognitive reactivity to daily mood fluctuations. *Behaviour Research and Therapy*, 35. 915-937.
- Williams, J. M., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2000). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Abnormal Psychology*, 109, 150–155.

