



## The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Autobiographical Memories, Cognitive Avoidance and Cognitive Emotion Regulation in Patients with Major Depression

Mahdis Shahini<sup>1</sup>, Maryam Ghorbaninezhad<sup>2\*</sup>, Marzieh Kamkar<sup>3</sup>, Zahra Naimabady<sup>4</sup>

1- Master of General Psychology, Gorgan Branch, Islamic Azad University, Gorgan, Iran.

2- Master of Counseling, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Fars, Iran.

3- Master student of General Psychology, Pakdasht Branch, Payam Noor University, Tehran, Iran.

4- Master of General Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

**Corresponding Author:** Maryam ghorbaninezhad, Master of Counseling, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Fars, Iran.

**E-mail:** [Ghorbaninezhadmaryam6817@gmail.com](mailto:Ghorbaninezhadmaryam6817@gmail.com)

Received: 3 March 2023

Accepted: 21 July 2023

### Abstract

**Introduction:** Some cognitive and emotional reactions in depressed people have been suggested as predictors of depression. Therefore, it is necessary to identify, evaluate and treat the factors that can contribute to these cognitive and emotional reactions. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on autobiographical memories, cognitive avoidance, and cognitive emotion regulation in patients with major depression.

**Methods:** The present research was conducted in the form of a semi-experimental pre-test-post-test design with a control group. Among the people with major depressive disorder referred to zhuhan clinic in Tehran, 40 people were selected using the convenience sampling method and randomly assigned to two experimental and control groups. The experimental group received 8 sessions of mindfulness-based cognitive therapy, while the control group did not receive any specific intervention. Williams and Broadbent's Autobiographical memory test, Sexton and Dugas's cognitive avoidance questionnaire, and Garnefsky et al.'s cognitive emotion regulation questionnaire were administered in the pre-test and post-test stages on two groups and the obtained findings were analyzed using multivariate covariance in SPSS-21.

**Results:** There is a significant difference between the two experimental and control groups in the components of autobiographical memories, cognitive avoidance, and cognitive emotion regulation, in the post-test stage ( $P < 0.01$ ), which means that mindfulness-based cognitive therapy training significantly improves autobiographical memories ( $F = 11.409$ ,  $P = 0.002$ ), reduces cognitive avoidance ( $F = 10.575$ ,  $sig = 0.003$ ), reducing maladaptive cognitive emotion regulation strategies ( $F = 9.272$ ,  $P = 0.010$ ), and increasing adaptive cognitive emotion regulation strategies ( $F = 8.202$ ,  $P = 0.025$ ) has an effect in the post-test stage.

**Conclusions:** These preliminary findings support the role of mindfulness-based cognitive therapy in improving the recall of autobiographical memories, reducing cognitive avoidance, reducing maladaptive cognitive emotion regulation strategies, and increasing adaptive cognitive emotion regulation strategies. It is suggested that future research should pay more attention to the role of MBCT in improving these components in depressed patients.

**Keywords:** Mindfulness-based cognitive therapy, Autobiographical memories, Cognitive avoidance, Cognitive emotion regulation, Major depression.



## تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بازیابی خاطرات سرگذشتی، اجتناب شناختی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

مهديس شاهيني<sup>۱</sup>، مريم قرباني نژاد<sup>۲\*</sup>، مرضيه كامكار<sup>۳</sup>، زهرا نعيم آبادي<sup>۴</sup>

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۲- کارشناس ارشد مشاوره، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران.

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، واحد پاکدشت، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۴- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: مريم قرباني نژاد، کارشناس ارشد مشاوره، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران.

ایمیل: Ghorbaninezhadmaryam6817@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۴/۳۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۱۳

### چکیده

**مقدمه:** برخی واکنش‌های شناختی و هیجانی در افراد افسرده به عنوان پیش‌بینی‌کننده افسردگی مطرح شده است. لذا شناسایی، ارزیابی و درمان عواملی که می‌توانند به این واکنش‌های شناختی و هیجانی کمک کنند، ضروری است. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بازیابی خاطرات سرگذشتی، اجتناب شناختی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

**روش کار:** پژوهش حاضر در قالب یک طرح نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. از بین افراد دارای اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به کلینیک ژوان شهر تهران، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل تخصیص یافتند. گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند، این در حالی بود که گروه کنترل مداخله خاصی دریافت نکرد. آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی ویلیامز و برودبنت، پرسشنامه اجتناب شناختی سکستون و دوگاس، پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بر روی دو گروه اجرا و یافته‌های به دست آمده با استفاده از کوواریانس چند متغیره در SPSS-21 تحلیل شد.

**یافته‌ها:** بین دو گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های بازیابی خاطرات سرگذشتی، اجتناب شناختی و تنظیم شناختی هیجان، در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/01$ )، بدین معنا که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری در بهبود بازیابی خاطرات سرگذشتی ( $F = 11/409$ ،  $P = 0/002$ )، کاهش اجتناب شناختی ( $F = 10/575$ ،  $P = 0/003$ )، کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان ( $F = 9/272$ ،  $P = 0/010$ ) و افزایش راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان ( $F = 8/202$ ،  $P = 0/025$ ) در مرحله پس‌آزمون تأثیر دارد.

**نتیجه‌گیری:** این یافته‌های مقدماتی از نقش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بهبود بازیابی خاطرات سرگذشتی، کاهش اجتناب شناختی، کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و افزایش راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان حمایت می‌کند. پیشنهاد می‌شود که تحقیقات آینده به نقش MBCT در بهبود این مولفه‌ها در بیماران افسرده توجه بیشتری مبذول نمایند.

کلیدواژه‌ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بازیابی خاطرات سرگذشتی، اجتناب شناختی، تنظیم شناختی هیجان، افسردگی اساسی.

## مقدمه

افسردگی بالینی (Clinical depression) شایع ترین اختلال روان پزشکی در سطح جهان است، با شیوع مادام العمر ۲۰ درصد، بخش قابل توجهی از کل هزینه های مراقبت های بهداشتی عمومی را به خود اختصاص می دهد. در ایران شیوع اختلال افسردگی اساسی بین ۳ تا ۵ درصد گزارش شده است. به طور کلی پیش آگهی افسردگی دوره اول خوب است و اکثر موارد بهبودی خود به خودی را نشان می دهند. با این حال، میزان عود بسیار بالا است (۵۰ درصد - ۹۰ درصد) و بیمارانی که عودهای متعدد را تجربه می کنند، پیش آگهی به تدریج ضعیف تر نشان می دهند (۱، ۲). علاوه بر علائم اصلی خلق و خوی منفی و بی لذتی، افسردگی ممکن است با تعداد بی شماری از ویژگیهای غیر اصلی همراه باشد که برخی از آنها مانند نگرش های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی می توانند بین دوره ها پایدار باشند و آسیب پذیری نسبت به عود را با افزایش واکنش پذیری شناختی افزایش دهند (۲). ایده پشت برخی واکنش شناختی این است که نگرش های ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی در بیماران با سابقه افسردگی وجود دارد، و به نوعی بین آن باورهای منفی و حالت خلقی منفی ارتباط وجود دارد (۳). بنابراین شناسایی، ارزیابی و درمان عواملی که می توانند به این واکنش های شناختی کمک کنند، ضروری است.

یکی از متغیرهای با ماهیت شناختی، حافظه زندگی نامه ای (Autobiographical memory) است. ادبیات عمدتاً به نقش عوامل بالقوه حافظه زندگی نامه ای در تقویت باورهای ناکارآمد در افراد افسرده اشاره دارد. در واقع پیشینه، نقش بازیابی خاطرات به صورت بیش کلی گرا (Over general memories) را در اختلالات عاطفی برجسته می نماید (۴، ۵). بک (Beck) (۶) در نظریه شناختی افسردگی خود پیشنهاد کرد که بیماران افسرده معمولاً با خاطرات بیش از حد عمومی و منفی مشخص می شوند. مطالعات اخیر این فرضیه را در میان بیماران افسرده (۳، ۷) تایید کردند. به نظر می رسد خاطرات بیش از حد عمومی (especially overgeneral memories) یک پدیده حیاتی است که در مشکلات مربوط به تنظیم احساسات دخیل است (۸). اینکه چگونه افراد خاطرات شخصی (personal memories) تجربیات گذشته را

بازیابی می کنند، می تواند بر بازنمایی آنها از رویدادهای حال و آینده و پردازش مطالب عاطفی و شناختی در زندگی روزمره تأثیر بگذارد (۹). تعمیم بیش از حد خاطرات منفی و ناتوانی در بازیابی خاطرات مثبت خاص می تواند به اختلال خلقی و تحریفات شناختی منجر شود (۱۰). افراد افسرده تمایل دارند گذشته شخصی خود را به جای جدا کردن رویدادهای خاص و تک حادثه ای (مثلاً «در امتحان ریاضی سال آخرم مردود شدم»، با خلاصه های بیش از حد تعمیم یافته به یاد بیاورند (مثلاً «من هرگز در مدرسه خوب نبودم») (۱۱). لذا این نوع از ویژگی حافظه زندگی نامه ای در افراد افسرده زیربنای خودباوری های منفی بیش از حد تعمیم یافته است که افسردگی را تحریک می کند. اما نتایج نشان داده است که هر گاه بیماران افسرده به رویدادهای زندگی روزمره تمرکز دقیق تری داشته باشند و اجازه دهند که شناخت واره هایشان بدون هر گونه اجتناب و سرکوبی به جریان افتد، گرایش به حفظ رویدادها به سبک مقوله ای (بازیابی خاطرات به صورت بیش کلی گرا نه اختصاصی کاهش خواهد یافت (۱۲). بنابراین اجتناب ممکن است یکی از مولفه های آسیب زا و پیش بینی کننده افسردگی قلمداد شود.

اجتناب از شناخت واره ها (Avoidance of cognitions) یک متغیر تأثیرگذار دیگر در بروز اختلالات روانی به ویژه در افراد افسرده است. اجتناب شناختی شامل سرکوب افکار ناخوشایند و یا خاطرات از طریق دور کردن آن ها از ذهن، حواس پرتی، اجتناب از محرک تهدیدکننده و تبدیل تصور به فکر است که با هدف انحراف از موضوع نگران کننده صورت می گیرد. (۱۳). به عبارت دیگر اجتناب شناختی شامل، تلاش های عمدی برای سرکوب فکر/ حافظه، تلاش برای جدا کردن خود از ویژگی های عاطفی تجربه تروما و درگیر شدن در نشخوار فکری است. شواهد از رابطه بین خاطرات مزاحم و سبکهای شناختی ناسازگار مانند (اجتناب) که مشخصه افسردگی هستند، حمایت می کند. به عنوان مثال، افراد افسرده دارای خاطرات مزاحم، اجتناب بیشتر را گزارش کردند (۱۴). برخی مطالعات همچنین نشان دادند که در نمونه ای از بیماران افسرده بالینی، اجتناب از خاطرات مزاحم علائم افسردگی را در پیگیری ۶ ماهه، پس از کنترل سطوح پایه، پیش بینی می کند (۱۵). بروین (Brewin) و

باشد. در واقع افراد افسرده به دفعات بیشتری از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان استفاده می نمایند (۱۹). بنابراین، اختلال در تنظیم احساسات یا کاهش راهبردها و منابع شناختی و عاطفی برای پردازش مؤثر تنظیم هیجان به هنگام یادآوری خاطرات تعمیم یافته و کلی، ممکن است تاثیر مستقیمی بر علائم افسردگی داشته باشد (۱۹). در واقع افرادی که اختلال در تنظیم هیجان را تجربه می کنند -مانند عدم درک و پذیرش احساسات، نشخوار فکری و ناتوانی در رها شدن از خاطرات، افکار و احساسات منفی- ممکن است علائم بارزتر و مداوم تری از افسردگی را تجربه کنند. لذا با توجه به وجود علائم شناختی و هیجانی پاتولوژیک در افراد افسرده، کاوش و بکارگیری درمان های که هم به اصلاح مشکلات شناختی، عاطفی و خاطرات کلی گرا بپردازد و هم از عود افسردگی جلوگیری کند، ضروری به نظر می رسد. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) یکی از درمان های نوظهور و موثر است که (۲۰) با هدف اصلاح فرآیندهای شناختی و عاطفی از طریق ایجاد مشاهدات قابل قبول و غیرقضاوتی انجام می شود و در ابتدا نشان داده شده است که از عود افسردگی جلوگیری می کند (۲۱). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بیماران را ترغیب می کند تا به عناصر تجربه خود تمرکز کنند و درباره ی آنها دست به قضاوت نزنند. به همین ترتیب، باعث می شود که کدگذاری اختصاصی تری صورت پذیرد و افراد رویدادهای گذشته را به طور اختصاصی زنده کنند. پژوهشگران نیز دریافته اند که MBCT باعث می شود درمانجویان حافظه اختصاصی تری را در خصوص رویدادهای گذشته داشته باشند (۷، ۱۲). نکته مهمتر در زمینه تاثیر MBCT در خاطرات اختصاصی این است که MBCT عمدهً توانایی توجه به جنبه های خاص محیط داخلی (مانند احساسات بدنی) و بیرونی (مثلاً شنوایی) و همچنین پرورش حس «در لحظه بودن» را تقویت می کند. بنابراین، این تمرکز مکرر بر جزئیات مشخص و خاص ممکن است، استفاده از یک حالت پردازش خاص تر (برخلاف حالت انتزاعی) را آموزش دهد، مطالعات تجربی نیز نشان می دهد، این امر می تواند یادآوری خاطرات زندگی نامه ای خاص و سایر اطلاعات شناختی را افزایش دهد (۲۲). همچنین برنامه های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، دیالکتیک، معنویت و ذهن آگاهی را برای هدف

همکاران (۱۵) بیان می کنند اگرچه سرکوب شناخت واره های مزاحم معمولاً به عنوان یک استراتژی پاسخ، توسط افراد افسرده گزارش می شود، اما به عنوان یک پاسخ مقابله ای بی اثر ارزیابی می گردد. در واقع سرکوب اطلاعات تروما با جلوگیری از پردازش مفهومی اطلاعات، به تجربه مجدد علائم کمک می کند، لذا سرکوب افکار و خاطرات مزاحم توسط افراد افسرده ممکن است منجر به شکست در پردازش های مشابه شود. بنابراین به طور کلی برخی راهبردها مانند نشخوار فکری (Rumination) در افسردگی ممکن است به عنوان یک مکانیسم اجتنابی شناختی تعبیر شود، زیرا از پردازش اطلاعات مرتبط عاطفی و از ادغام شدن در حافظه مفهومی جلوگیری می کند (۱۶)؛ به عبارت دیگر، راهکارهای شناختی ناسازگارانه و برخی تحریفات شناختی می توانند نقش برجسته ای در زمینه اختلال در پردازش های عاطفی و تنظیم هیجان داشته باشند و زمینه ساز اختلالات عاطفی مانند افسردگی شوند؛ لذا در کنار اجتناب شناختی و حافظه زندگی نامه ای، توجه به مولفه های هیجانی زمینه ساز افسردگی ضرورت دارد.

مشکل در تنظیم هیجان (Emotional dysregulation) از دیگر عوامل بالقوه مرتبط با تجربه افسردگی است که ممکن است با بازیابی کلی و یا اجتناب از خاطرات مرتبط باشد. مشکل در تنظیم هیجان هسته اصلی اختلال افسردگی است. گراس تنظیم هیجان را به عنوان یک فرایند استراتژیک و اتوماتیک می داند که بر وقوع، شدت و بیان یک پاسخ هیجانی تاثیر می گذارد. مشکل در تنظیم هیجان نیز یک ساختار چند بعدی است که با فقدان پذیرش احساسات، مشکل در کنترل رفتارهای تکانشی، ناتوانی در اتخاذ استراتژی مناسب و انعطاف پذیر جهت پیگیری رفتارهای هدفمند، هنگام تجربه احساسات منفی مشخص می شود (۱۷). یافته های پژوهش ها نشان می دهد که خاطرات آسیب زا در زندگی با سطحی از نشانه های افسردگی مرتبط هستند، این ارتباط می تواند توسط راهبردهای تنظیم شناختی هیجان تعدیل شود (۱۸). تنظیم شناختی هیجان به شیوه شناختی مدیریت و دستکاری ورود اطلاعات فراخوانده هیجان اشاره دارد (۱۷). شواهد در حال ظهور نشان می دهد که اختلال در راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است در ارتباط با افسردگی نقش داشته

قرار دادن علائم افسردگی با تأثیرگذاری بر نشخوار فکری و اجتناب عاطفی، که هر دو به حفظ اختلالات خلقی کمک می‌کنند، ادغام می‌کند (۲۳). به علاوه تذکر این نکته ضروری است که هدف MBCT افزایش بهزیستی به جای کاهش احساسات منفی است. شواهد نشان می‌دهد که ذهن آگاهی با اختصاص توجه به شیوه خاص، تعمدی، لحظه به لحظه و فارغ از پیش داوری و قضاوت می‌تواند پردازش‌های شناختی را تحت نظارت قرار دهد، به اعطاف پذیری روان شناختی کمک کند و به علاوه رابطه مستقیمی با تنظیم هیجان بهتر دارد (۲۴). در بررسی پیشینه، شماری از پژوهش‌ها به بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختصاصی شدن خاطرات، اجتناب شناختی و تنظیم هیجان پرداخته‌اند (۲، ۷، ۱۲، ۲۲، ۲۴).

با وجود در دسترس بودن گزینه‌های دارویی و روان درمانی، افسردگی همچنان یکی از علل اصلی ناتوانی در سراسر جهان است. همچنین علی‌رغم شواهد پژوهشی بسیار در زمینه اثربشی MBCT بر روی افسردگی، تحقیقاتی که به صورت یکپارچه به بررسی مولفه‌های مهم، از جمله اختصاصی سازی حافظه، اجتناب شناختی و تنظیم شناختی هیجان پرداخته‌باشد، بسیار کم است. به علاوه از یک سو با توجه به اینکه شواهد اخیر به نقش مهم حافظه کلی‌گرا در افراد افسرده پرداخته‌اند و از سوی دیگر نقش برخی واکنش‌دهی شناختی و هیجانی (اجتناب شناختی و راهبردهای ناسازگارانه تنظیمی هیجان) در شکل‌گیری افسردگی تأیید شده است، لذا ضروری است که درمانی یکپارچه، موثر و متناسب، جهت رفع مشکلات شناختی و هیجانی در افراد افسرده صورت گیرد؛ از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بازیابی خاطرات سرگذشتی، اجتناب شناختی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی صورت گرفت.

## روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون از نوع کاربردی بود. جامعه مورد مطالعه در این پژوهش شامل کلیه‌ی افراد مبتلا به اختلال افسردگی بودند که به کلینیک ژوان شهر تهران در سال ۱۴۰۱ مراجعه

نموده و توسط متخصص مرکز و براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و مصاحبه ساختاریافته (SUD) واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی تشخیص داده شده بودند. از بین افراد مبتلا به افسردگی اساسی ۴۰ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و گروه کنترل تقسیم شدند. میانگین سه پژوهش پیشین حجم نمونه مطالعه حاضر را تعیین نموده است (۲، ۲۰، ۲۳). ملاک‌های ورود به پژوهش در این مطالعه عبارتند از: تشخیص اختلال افسردگی اساسی، عدم وجود سایر مشکلات روان‌پزشکی، مصرف مواد و اختلالات عصب شناختی، دامنه سنی ۲۰ تا ۶۵ سال و پر کردن فرم رضایت‌نامه. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: غیبت بیش از یک جلسه در فرایند جلسه، عدم ادامه همکاری با پژوهشگران. ابزارهای که در این پژوهش بکار برده شده است به شرح زیر است.

**آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی (Autobiographical memory test) (AMT):** این آزمون در سال ۱۹۸۶ توسط ویلیامز و برودبنت (Williams & Broadbent) ساخته شده است (۲۵). دارای ۱۸ محرک واژه با بار هیجانی مثبت، منفی و خنثی می‌باشد. ابتدا دستورالعمل به آزمودنی ارائه می‌شود. این دستورالعمل به آزمودنی آموزش می‌دهد که پس از دیدن هر لغت و خواندن آن از روی کارت، نخستین رویدادی را که به ذهنش می‌رسد، بیان کند. همچنین به او گفته می‌شود که این رویداد می‌تواند مهم یا معمولی، مربوط به زمان‌های گذشته یا اخیر باشد، اما باید یک رویداد خاص باشد. سپس با کمک سه کوشش تمرینی اطمینان حاصل می‌شود که آزمودنی شیوه اجرا را یاد گرفته است. پس از آن ۱۸ لغت اصلی به صورت ترتیبی ارائه می‌شود و برای یادآوری هر خاطره به او ۳۰ ثانیه فرصت داده می‌شود، چنانچه اولین خاطره یادآوری خاص نباشد، آزمودنی تشویق می‌شود تا یک خاطره خاص به یاد آورد. هر یک از پاسخ‌های آزمودنی، به عنوان خاطره خاص، خاطره عام، خاطره طولانی و یا بدون یادآوری کدگذاری می‌شود. خاطرات خاص همان‌طور که قبلاً اشاره شد، خاطراتی هستند که به یک رویداد مشخص و دارای زمان و مکان خاص اشاره دارند. خاطرات عام، خاطرات مربوط به رویدادهایی است که تکرار شده‌اند و خاطرات طولانی نیز

تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه‌ریزی پذیرش، دیدگاه گیری و ناسازگارانه شامل ملامت خویش، فاجعه سازی، نشخوار فکری، ملامت دیگران تقسیم می‌شوند؛ که هر یک چهار ماده از این پرسشنامه را به خود اختصاص می‌دهند. حسنی (۳۰) آلفای کرونباخ این پرسشنامه را ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ گزارش نموده است. در پژوهش وی نتایج تحلیل مولفه های اصلی ۹ عاملی اصلی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان حمایت و ۷۴ درصد از تغییرها را تبیین کرد. به عبارت دیگر، حسنی (۳۰) نسخه کوتاه‌تر این پرسشنامه را در ۱۸ سؤال تنظیم کرد. در CERQ هر یک از خرده مقیاس‌ها شامل دو ماده هستند که بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل هر یک از خرده مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره‌ی ماده‌ها به دست می‌آید. در مطالعه حسنی (۳۰)، اعتبار مقیاس براساس روش‌های همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی پرسش‌نامه مذکور از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است. در این مطالعه آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶ بود.

ساختار کلی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در طی برنامه ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد که قبل از آن یک دوره مقدماتی به منظور آشنایی و ارزیابی تشکیل شد. درواقع پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جایگزین کردن آن‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل، ابتدا پرسشنامه‌های پژوهش اجرا گردیدند (به صورت گروهی). سپس گروه آزمایش تحت آموزش MBCT طبق پروتکل راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن سگال، ویلیامز و تیزدل (Segal, Williams, & Teasdale) قرار گرفت (۳۱). اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. و درنهایت از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس از آزمون به عمل آمد. داده‌های به دست آمده با استفاده از کوواریانس چند متغیره تحلیل شد. محتوای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۳۱) در جدول ۱ آمده است.

خاطرات مربوط به رویدادهایی هستند که بیش از یک روز طول کشیده‌اند. در نهایت اگر آزمودنی در مدت زمان ۳۰ ثانیه هیچ خاطره‌ای به یاد نیورد، یاد درباره چیزهایی غیر از خاطرات صحبت می‌کرد، کدگذاری به صورت عدم پاسخ صورت می‌گرفت. بررسی شاخص‌های روان‌سنجی این آزمون توسط کویانی، رحیمی و نقوی (۲۶)، نشانگر روایی آزمون برای بررسی حافظه سرگذشتی می‌باشد. در مطالعه کویانی و همکاران (۲۶)، بین حافظه سرگذشتی و متغیرهای حل مسئله همبستگی معناداری وجود داشت (۰/۵۸). آنها همچنین با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ، ثبات درونی را ۰/۸۶ گزارش نموده‌اند. در این مطالعه نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمد.

**پرسشنامه اجتناب شناختی (Cognitive Avoidance Questionnaire) (CAQ):** این پرسشنامه یک ابزار مداد کاغذی است که ۲۵ سؤال دارد و برای نخستین بار توسط سکستون و دوگاس (Sexton & Dugas) (۲۷) در سال ۲۰۰۹ ساخت و اعتباریابی شد. این پرسشنامه ۵ خرده مقیاس دارد و ۵ نوع راهبرد اجتناب شناختی (هر کدام حاوی ۵ سؤال) را مورد بررسی قرار می‌دهد. حداقل و حداکثر نمره ۱۲۵-۲۵ می‌باشد. نمره بالاتر به منزله اجتناب شناختی بالاتر است. پژوهش سکستون و دوگاس نشان داد این مقیاس ثبات درونی بالایی داشته و پایایی بازآزمایی آن در طی ۶ هفته ۰/۸۵ به دست آمد (۲۷). بساک نژاد و همکاران ضریب پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل اجتناب شناختی ۰/۹۱ و به ترتیب برای خرده مقیاس فرونشانی فکر ۰/۹۰، برای جانشینی فکر ۰/۷۱، برای حواس پرتی ۰/۸۹، برای اجتناب از محرک‌های تهدیدکننده ۰/۹۰ و برای تبدیل تصورات به افکار برابر ۰/۸۴ گزارش کردند. ضریب روایی این ابزار از طریق ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر خرس سفید برابر ۰/۴۸ به دست آمد (۲۸). در این مطالعه آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۳ به دست آمد.

**فرم کوتاه پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (cognitive emotion regulation questionnaire) (CERQ):** نسخه اصلی این پرسشنامه توسط گارنفسکی (Garnefski) و همکاران (۲۹) در سال ۲۰۰۲ ساخته شد. این نسخه شامل ۹ خرده مقیاس، معرف ۹ راهبرد نظم جویی شناختی هیجان می‌باشد که به دودسته سازگاران شامل

جدول ۱. محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال و همکاران (۳۱)

گروه	شاخص		آماره
	میانگین	انحراف معیار	
گروه آزمایش	۳۳/۶۵	۱۰/۹۴۶	معناداری t-test -۰/۱۸۵
	۱۲/۸۸۱	۰/۸۴۵	
گروه کنترل	۳۴/۳۵	۱۲/۸۸۱	
گروه	شاخص		آماره
	فراوانی	درصد	
گروه آزمایش	دیپلم	۲	معناداری Chi-Square ۱/۳۸۲
	فوق دیپلم	۲	
	کارشناسی	۱۲	
	کارشناسی ارشد	۲	
	دکتر	۲	
	کل	۲۰	
	دیپلم	۳	
	فوق دیپلم	۴	
	کارشناسی	۱۰	
	کارشناسی ارشد	۲	
گروه کنترل	دکتر	۱	معناداری Chi-Square ۰/۸۴۷
	کل	۲۰	
	۵	۱	
	۱۰۰	۲۰	

از نظر سن می باشد. همچنین میزان آماره تحلیل خی دو (Chi-Square) متغیر تحصیلات برابر با  $1/382 = \text{Chi-Square}$  می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ( $\text{sig} = 0/847$ ) که نشان دهنده همتا بودن ۲ گروه از نظر تحصیلات می باشد. در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه های آزمایش و کنترل آمده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار سن گروه های آزمایش و کنترل را نشان می دهد. میانگین و سن گروه آزمایش  $33/65$  و  $10/946$ ؛ میانگین و سن گروه کنترل  $34/35$  و  $12/881$  بود. میزان آماره  $t$ -test بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین های ۲ گروه در متغیر سن برابر با  $-0/185 = t\text{-test}$  می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ( $\text{sig} = 0/845$ ) که نشان دهنده همتا بودن ۲ گروه

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار بازیابی خاطرات سرگذشتی، اجتناب شناختی و تنظیم شناختی هیجان در گروه های آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	گروه آزمایش				گروه کنترل
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	
بازیابی خاطرات سرگذشتی	۷/۰۰	۹/۶۰	۷/۴۵	۸/۰۵	
	۰/۹۷۳	۱/۷۵۹	۱/۰۹۹	۲/۱۱۴	
اجتناب شناختی	۴۲/۷۰	۳۷/۷۰	۴۵/۲۰	۴۵/۲۰	
	۱/۱۲۹	۱/۸۹۵	۳/۲۰۵	۳/۲۰۵	
تنظیم هیجان شناختی ناسازگارانه	۱۸/۵۰	۱۴/۰۵	۱۸/۱۵	۱۷/۳۵	
	۲/۲۸۳	۳/۳۹۵	۱/۲۲۶	۲/۴۷۷	
تنظیم هیجان شناختی سازگارانه	۱۴/۹۵	۲۲/۷۵	۱۴/۲۰	۱۵/۲۰	
	۱/۷۰۱	۲/۸۶۳	۱/۹۶۳	۳/۶۹۴	

### مهدیس شاهینی و همکاران

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار بازیابی خاطرات سرگذشتی، اجتناب شناختی و تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ( $F=2/606$ ,  $sig=0/726$ )، تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ( $F=0/237$ ,  $sig=0/115$ ) و تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ( $F=0/629$ ,  $sig=0/629$ ) به دست آمد که نشان دهنده رعایت کردن مفروضه همگنی واریانس های بین گروهی است. همچنین جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی ماتریس کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که از لحاظ آماری معنی دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس های واریانس و کوواریانس می باشد ( $F=8/783$ ,  $sig=0/586$ ). از آنجایی که پیش فرض ها برقرار بودند، لذا می توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می باشد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

جدول ۳. نتایج آزمون های چند متغیره پس آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی، اجتناب شناختی و تنظیم شناختی هیجان

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلابی	۰/۵۷۳	۸/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۴۶۳	۸/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۱/۱۵۹	۸/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۱/۱۵۹	۸/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۰/۹۹۹

جدول ۳. نتایج آزمون های چند متغیره پس آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی، اجتناب شناختی و تنظیم شناختی هیجان

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلابی	۰/۵۷۳	۸/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۰/۹۹۹
لامبدای ویلکز	۰/۴۶۳	۸/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۰/۹۹۹
اثر هتلینگ	۱/۱۵۹	۸/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۰/۹۹۹
بزرگترین ریشه روی	۱/۱۵۹	۸/۹۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷۳	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۳ بیانگر آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون بازیابی خاطرات سرگذشتی، اجتناب شناختی و تنظیم شناختی هیجان با کنترل (حذف یا کووریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی

از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تاثیر نشان می دهد که ۵۷/۳ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخلات آزمایشی است. در ادامه از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره خاطرات سرگذشتی، اجتناب شناختی و تنظیم شناختی هیجان

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
بازیابی خاطرات سرگذشتی	۷/۱۳۷	۱	۱۱/۴۰۹	۰/۰۰۲	۰/۲۵۱	۰/۹۰۷
اجتناب شناختی	۲۳/۳۱۱	۱	۱۰/۵۷۵	۰/۰۰۳	۰/۲۳۷	۰/۸۸۵
تنظیم هیجان شناختی ناسازگارانه	۵/۷۴۸	۱	۹/۲۷۲	۰/۰۱۰	۰/۲۵۵	۰/۷۸۰
تنظیم هیجان شناختی سازگارانه	۵/۵۹۴	۱	۸/۲۰۲	۰/۰۲۵	۰/۲۶۶	۰/۷۷۲

### بحث

چنانچه در جدول ۴ مشاهده می شود استفاده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود بازیابی خاطرات سرگذشتی ( $F=11/409$ ,  $sig=0/002$ )، کاهش اجتناب شناختی ( $F=10/575$ ,  $sig=0/003$ )، کاهش تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه ( $F=9/272$ ,  $sig=0/010$ ) و افزایش تنظیم شناختی هیجان سازگارانه ( $F=8/202$ ,  $sig=0/025$ ) در مرحله پس آزمون تاثیر دارد.

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بازیابی خاطرات سرگذشتی، اجتناب شناختی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی صورت گرفت. بخشی از یافته های پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در اختصاصی سازی خاطرات و کاهش بیش کلی گرای خاطرات بیماران مبتلا به افسردگی تاثیر معناداری دارد. نتایج این یافته ها



با پژوهش‌های دوکتر (Docteur) و همکاران (۲)، ما (Ma) و همکاران (۳)، هیچکاک (Hitchcock) و همکاران (۷) و لفور (Lefèvre) و همکاران (۱۰) به صورت مستقیم و غیرمستقیم همسو است. در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان به تئوری مطرح در ذهن آگاهی تکیه نمود. بر این اساس، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، توانایی توجه به جنبه‌های خاص محیط داخلی (مانند احساسات بدنی) و بیرونی (مثلاً شنوایی) و همچنین پرورش حس «در لحظه بودن» را تقویت می‌کند. همچنین این رویکرد باعث می‌شود درمانجویان حافظه اختصاصی تری را در خصوص رویدادهای گذشته داشته باشند (۷، ۱۲). در واقع ادبیات قبلی نشان می‌دهد که خاطرات شخصی یک عنصر مهم در تنظیم خلق و خو و عملکرد روان شناختی محسوب می‌شود (۸، ۹)؛ بنابراین برخلاف افراد افسرده - که بازنمایی‌های کلی و منفی از رویدادهای گذشته دارند - بازنمایی خاطرات اختصاصی به واسطه تاثیر رویکرد ذهن آگاهی، می‌تواند در تنظیم خلق افراد افسرده موثر باشد. به عبارت دیگر افراد افسرده تمایل به یادآوری خاطرات منفی بیش از حد دارند که منجر به باورهای منفی و مطلق می‌شود («من یک شکست خورده هستم»، «هیچ کس هرگز مرا دوست نداشته است»)، لذا این باور در افراد افسرده سبب می‌شود که در بازیابی اطلاعات و خاطرات خاص ناکام باشند و حتی اقدام به سرکوب و یا حذف برخی خاطرات نمایند؛ بنابراین این مسئله خود می‌تواند بر افسردگی آنها دامن بزند. اما شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با تمرکز مکرر بر جزئیات مشخص و خاص ممکن است، استفاده از یک حالت پردازش خاص تر (برخلاف حالت انتزاعی) را آموزش دهد، مطالعات تجربی نیز نشان می‌دهد، این امر می‌تواند یادآوری خاطرات زندگی نامه ای خاص و سایر اطلاعات شناختی را افزایش دهد (۲۲). به طور کلی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بیماران را ترغیب می‌کند تا به عناصر تجربه خود تمرکز کنند و درباره ی آنها دست به قضاوت نزنند. به همین ترتیب، باعث می‌شود که کدگذاری اختصاصی تری صورت پذیرد و افراد رویدادهای گذشته را به طور اختصاصی زنده کنند. بنابراین در مجموع بر مبنای تبیین‌های مطرح شده در ذهن آگاهی، یافته‌ها بدست آمده در این مطالعه، مبنی بر اختصاصی شدن حافظه توسط شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افراد افسرده، منطقی به نظر می‌رسد.

دیگر نتایج یافته‌ها نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اجتناب شناختی بیماران مبتلا به افسردگی تاثیر معناداری دارد. نتایج این یافته‌ها با پژوهش‌های ویلیامز (Williams) و همکاران (۱۴)، بروین (Brewin) و همکاران (۱۵)، اهلرز (Ehlers) و همکاران (۱۶) به صورت مستقیم و غیرمستقیم همسو است. MBCT و آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، افراد افسرده را از اشتغال ذهنی، نشخوار فکری و افکار مزاحم رها می‌کند و از این رو این به نوبه خود تقلیل راهبردهای اجتناب شناختی را در پی خواهد داشت (۱۳). در تبیین یافته‌های این مطالعه می‌توان گفت که ذات رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، پذیرش نمودن به جای اجتناب از افکار و احساسات است. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به بیمار کمک می‌کند با تسهیل در شناسایی به موقع الگوهای افکار، احساسات و حس‌های بدنی آنها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط یافتن خنثی کند. بیماران در برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یاد می‌گیرند که توجه خود را از افکار و احساسات ناکارآمد منحرف کنند و در عوض به بدن و طبیعت اطرافشان بیشتر توجه کنند (۱۵). بنابراین توجه آگاهانه به زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و عدم اجتناب (پذیرش) از احساسات باعث تغییرات شناختی و در نتیجه کاهش و بهبود علائم روانی مانند افسردگی می‌گردد. در واقع می‌توان گفت که یکی از ویژگی‌های درمان پس از آموزش ذهن آگاهی، تغییر در راهبردهای مقابله ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار است. همچنین دلیل اثربخشی MBCT این است که آموزش ذهن آگاهی منجر به تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت‌های کنترل شده توجه می‌شود. بنابراین به طور کلی می‌توان گفت که ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتار، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از ماریپیج فروکاهنده خلق منفی - فکر منفی و گرایش به اجتناب و یا پاسخ‌های نگران کننده کمک کرده و باعث رشد دیدگاه جدید و بروز افکار و هیجان‌های خوشایند می‌شود. در افسردگی نیز فرض بر این است که آسیب پذیری در مقابل این اختلال، ناشی از پیوند بین خلق افسرده و الگوی اجتنابی تفکر است که به نوبه خود

قضاوت، فرد به جای گرفتار شدن در الگوهای عادی برخورد با هیجان‌ها که در واقع همان گرفتاری یا اجتناب است، می‌تواند به راهبردهای مناسب تنظیم هیجان دسترسی پیدا کند و روش‌های ناسازگارانه تنظیم هیجان در فرد کاهش یابد. افزایش ذهن آگاهی سبب کاهش اجتناب یا درگیری بیش از حد با افکار و هیجان‌های ناراحت کننده می‌شود و بنابراین هیجان‌ها را در حد تعادل نگه می‌دارد. اگر توجه آگاهانه به تنظیم هیجانی معطوف شود، ممکن است بهبود ایجاد شده در تنظیم هیجان ناشی از افزایش کلی تجارب مثبت و کاهش تجارب منفی باشد. بنابراین با توجه به تبیین‌های فوق می‌توان گفت که در این مطالعه، تاثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش راهکارهای سازگارانه و کاهش راهکارهای ناسازگارانه تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی منطقی است.

### نتیجه گیری

قبل از نتیجه گیری از یافته‌های حاضر، باید چندین محدودیت (limitations) در نظر گرفته شود. دوره پیگیری در این مطالعه صورت نگرفت، لذا در زمینه نتیجه گیری‌های سریع و قاطعانه باید احتیاط صورت گیرد. همچنین از ابزارهای خودگزارشی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده است. به علاوه توجه به این نکته مهم است که مکانیسم‌های تغییر درمانی را نمی‌توان از تعداد زیادی از تأثیرات بالقوه MBCT شناسایی نمود، زیرا برخی از آنها مختص این شکل از درمان هستند و برخی دیگر در تمام اشکال مداخلات روانی-اجتماعی مشترک هستند. تحقیقات آینده باید به بررسی مکانیسم‌هایی که MBCT می‌تواند از طریق آن به ویژه در بهبود حافظه اتوبیوگرافیک در بیماران افسرده موثر باشد، بپردازد. همچنین ارزیابی کل زمان اختصاص داده شده توسط بیماران به تمرین فردی در زندگی روزمره ممکن نبود، اگرچه این پارامتر می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر اثربخشی این درمان داشته باشد. علاوه بر این، در نظر گرفتن سایر ویژگی‌های حافظه اتوبیوگرافیک - مثل ظرفیت عاطفی خاطرات، فاصله زمانی (مثلاً کودکی، نوجوانی، بزرگسالی) یا نزدیکی (خاطرات مربوط به خود یا دیگران) - در درمان و آسیب‌شناسی روانی مهم به نظر می‌رسند. به طور کلی می‌توان گفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در اختصاصی سازی خاطرات، کاهش

به تغییر در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد. ذهن آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادی واقع در موتور مرکزی را از حالت تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثی توجه مانند تنفس یا حس لحظه حال، شرایط را برای تغییر آماده کنند (۱۶). بنابراین با توجه به تبیین‌های فوق می‌توان گفت که اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی کاهش اجتناب شناختی در بیماران افسرده منطقی است. نتایج یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش راهکارهای سازگارانه و کاهش راهکارهای ناسازگارانه تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی تاثیر معنادار دارد. این نتایج با پژوهش‌های گراتز و رومر (Gratz & Roemer) و همکاران (۱۷)، اسلون (Sloan) و همکاران (۱۸) و تلز-مونری (Tellez-Monnery) و همکاران (۱۹) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان به چند فرایند اشاره کرد. ذهن آگاهی پاسخ‌های هیجانی بیماران افسرده را با اصلاح فرایندهای شناختی و عاطفی تغییر می‌دهد و باعث نمرات پایین‌تر در مشکلات نظم‌جویی شناختی هیجان می‌شود. تمرین ذهن آگاهی به بیماران افسرده کمک می‌کند تا از افکار خودآیند، عادات و الگوهای رفتاری ناسالم، رها شوند، از این رو می‌توانند نقش مهمی در تنظیم شناختی هیجان ایفا کنند (۱۷). تمرین‌های MBCT با قانع سازی افراد به انجام تمرین‌های تمرکز مکرر به محرک‌های خنثی و هشیاری درونی نسبت به بدن و ذهن از آنها در مقابل اشتغال‌ها و نشخوارهای ذهنی و هیجانات منفی مراقبت می‌کند. لذا این تمرین‌ها باعث کاهش هیجانات منفی در افراد افسرده می‌شود. همچنین تمرین‌های ذهن آگاهی از طریق افزایش خلق مثبت مهارت‌های نظم‌جویی شناختی هیجان را بهبود می‌بخشد و با افزایش توجه، هشیاری و پذیرش هیجاناتی که به فرد عارض می‌شوند، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بیمار افسرده را تعدیل می‌کند (۱۹). همچنین یکی دیگر از فرایندها جهت تبیین این یافته‌ها بدین صورت است که یکی از اهداف شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، پذیرش هیجانات بدون قضاوت است. این نوع پذیرش موجب تسهیل مواجهه سالم با هیجان‌ها می‌شود و فرد این امکان را پیدا می‌کند که بدون گرفتاری در هیجان‌ها یا بدون اجتناب از آنها با هیجان‌های خود روبه‌رو شود و آنها را بدون قضاوت بپذیرد. با پذیرش بدون

با توجه به اهمیت حافظه زندگی نامه ای، می توان گفت که حافظه زندگی نامه ای آشفته می تواند یک هدف درمانی فراتشخیصی جدید برای اختلالات روانی باشد.

### سیاسگراری

از تمامی بیماران مبتلا به افسردگی که در این پژوهش همکاری داشته اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می کنیم.

### تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

### References

1. Zhang, B.; Fu, W.; Guo, Y.; Chen, Y.; Jiang, C.; Li, X.; He, K. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy against suicidal ideation in patients with depression: A systematic review and meta-analysis. *J. Affect. Disord.* 2022, 319, 655-662. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.091>
2. Shirazi F, Jahangiri N, Jafari L, Akbari Z. The Effect of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Cognitive Fusion, Emotional Dysregulation, and Suicidal Ideation in Patients with Major Depressive Disorder. *IJPN* 2022; 10 (5):1-13.
3. Ma L, Wang Y, Pan L, Cui Z, Schluter PJ. Mindfulness-informed (ACT) and Mindfulness-based Programs (MBSR/MBCT) applied for college students to reduce symptoms of depression and anxiety. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy.* 2022, 32, 271- 289. <https://doi.org/10.1016/j.jbct.2022.05.002>
4. Moore SA, Zoellner LA. Overgeneral autobiographical memory and traumatic events: an evaluative review. *Psychological bulletin.* 2007 May; 133(3):419. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.419>
5. Van Vreeswijk MF, De Wilde EJ. Autobiographical memory specificity, psychopathology, depressed mood and the use of the Autobiographical Memory Test: A meta-analysis. *Behaviour research and therapy.* 2004 Jun 1; 42(6):731-43. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(03\)00194-3](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(03)00194-3)
6. Beck AT. *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* International Universities Press. New York. [Google Scholar]. 1976.
7. Hitchcock C, Rudokaite J, Haag C, Patel SD, Smith AJ, Kuhn I, Jermann F, Ma SH, Kuyken W, Williams JM, Watkins E. Autobiographical memory style and clinical outcomes following

اجتناب شناختی، افزایش راهکارهای سازگارانه و کاهش راهکارهای ناسازگارانه تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی نقش معناداری دارد. این یافته ها باید آینده پژوهی (future research) را تشویق نماید تا تحقیقات خود را در مورد نقش MBCT به ویژه در زمینه بهبود حافظه زندگی نامه ای در بیماران افسرده دنبال کنند. به علاوه پیشنهاد می شود که در پژوهش های آینده، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و همچنین نقش مولفه حافظه زندگی نامه ای بر روی سایر اختلالات از جمله سوء مصرف مواد و PTSD بررسی گردد. در نهایت

- mindfulness-based cognitive therapy (MBCT): An individual patient data meta-analysis. *Behaviour research and therapy.* 2022 Apr 1; 151:104048. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104048>
8. Liu X, Liu Y, Li L, Hu Y, Wu S, Yao S. Overgeneral autobiographical memory in patients with chronic pain. *Pain Medicine.* 2014 Mar 1; 15(3):432-9. <https://doi.org/10.1111/pme.12355>
  9. Williams JM. Capture and rumination, functional avoidance, and executive control (CaRFAX): Three processes that underlie overgeneral memory. *Cognition and emotion.* 2006 Apr 1; 20(3-4):548-68. <https://doi.org/10.1080/02699930500450465>
  10. Lefèvre HK, Mirabel-Sarron C, Docteur A, Leclerc V, Laszcz A, Gorwood P, Bungener C. Time perspective differences between depressed patients and non-depressed participants, and their relationships with depressive and anxiety symptoms. *Journal of affective disorders.* 2019 Mar 1; 246:320-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.053>
  11. Hitchcock C, Rees C, Dalgleish T. The devil's in the detail: Accessibility of specific personal memories supports rose-tinted self-generalizations in mental health and toxic self-generalizations in clinical depression. *Journal of Experimental Psychology: General.* 2017 Sep; 146(9):1286. <https://doi.org/10.1037/xge0000343>
  12. Williams JM, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of abnormal psychology.* 2000 Feb; 109(1):150. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.1.150>
  13. Bortolon C, Lopes B, Capdevielle D, Macioce V, Raffard S. The roles of cognitive avoidance, rumination and negative affect in

- the association between abusive supervision in the workplace and non-clinical paranoia in a sample of workers working in France. *Psychiatry research*. 2019 Jan 1; 271:581-9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.065>
14. Williams AD, Moulds ML. Cognitive avoidance of intrusive memories: Recall vantage perspective and associations with depression. *Behaviour research and therapy*. 2007 Jun 1; 45(6):1141-53. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.09.005>
  15. Brewin CR, Reynolds M, Tata P. Autobiographical memory processes and the course of depression. *Journal of abnormal psychology*. 1999 Aug; 108(3):511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.108.3.511>
  16. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*. 2000 Apr 1; 38(4):319-45. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00123-0](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00123-0)
  17. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*. 2004 Mar; 26:41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
  18. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical psychology review*. 2017 Nov 1; 57:141-63. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
  19. Tellez-Monnery K, Berghoff CR, McDermott MJ. Investigating the effects of emotion dysregulation and repetitive negative thinking on alcohol hangover anxiety and depression. *Addictive Behaviors*. 2023 Jan 11:107619. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2023.107619>
  20. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2004 Feb; 72(1):31. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.31>
  21. Segal ZV, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L, Bloch R, Levitan RD. Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of general psychiatry*. 2010 Dec 1; 67(12):1256-64. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.168>
  22. Watkins ED, Teasdale JD. Rumination and overgeneral memory in depression: effects of self-focus and analytic thinking. *Journal of abnormal psychology*. 2001 May; 110(2):353. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.2.333>
  23. Segal ZV, Walsh KM. Mindfulness based cognitive therapy for residual depressive symptoms and relapse prophylaxis. *Current opinion in psychiatry*. 2016 Jan; 29(1):7. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000216>
  24. Tomlinson ER, Yousaf O, Vittersø AD, Jones L. Dispositional mindfulness and psychological health: A systematic review. *Mindfulness*. 2018 Feb; 9:23-43. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0762-6>
  25. Williams JM, Broadbent K. Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of abnormal psychology*. 1986 May; 95(2):144. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.95.2.144>
  26. Kaviani H, Rahimi-Darabad P, Naghavi HR. Autobiographical memory retrieval and problem-solving deficits of Iranian depressed patients attempting suicide. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2005 Mar 1; 27(1):39. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-3264-0>
  27. Sexton KA, Dugas MJ. An investigation of factors associated with cognitive avoidance in worry. *Cognitive Therapy and Research*. 2009 Apr; 33:150-62. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9177-3>
  28. Bassak-Nejad S, Moini N, Mehrbizadeh-Honarmand M. The relationship between post event processing and cognitive avoidance with social anxiety among students. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2011; 4(4):335-40.
  29. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC. 2002; 23(3):141-9. <https://doi.org/10.1037/t03801-000>
  30. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2011 Dec 10; 9(4).
  31. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press, 121 -145.