



The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Alexithymia, Experiential Avoidance and Self-Compassion in Adults with Childhood Trauma Experience

Maryam Fani Mohammadabady¹, Saber Karami², Atena Shahheydari^{3*},
Marzieh Kamkar⁴

1- PhD Student in General Psychology, UAE Branch, Islamic Azad University, Dubai, UAE.

2- PhD Student in General Psychology, Razi University, Kermanshah, Iran.

3- Master Student of Clinical Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

4- Master Student of General Psychology, Pakdasht Branch, Payam Noor University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Atena shahheydari, Master Student of Clinical Psychology, University of Science and Culture, Tehran, Iran.

E-mail: Atenashahheydari@yahoo.com

Received: 17 March 2023

Accepted: 1 Sep 2023

Abstract

Introduction: People who have experienced childhood trauma are at high risk of developing complex psychiatric disorders. For this reason, it is necessary to identify and treat effective mechanisms between traumatic experiences and psychiatric problems; therefore, this study was conducted with the aim of investigating The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Alexithymia, Experiential Avoidance and Self-Compassion in Adults with Childhood Trauma Experience.

Methods: The current study was a semi-experimental type with a pre-test-post-test design with a control group. Among the people who experienced childhood trauma and were referred to clinics and counseling centers in Tehran, 30 people were selected using the convenience sampling method and randomly replaced in two experimental groups and a control group (15 people). The experimental group received 8 sessions of mindfulness-based cognitive therapy, but the control group did not receive any specific intervention. The research tools were: Bernstein et al.'s Childhood Trauma Questionnaire (2003), Bagby et al.'s Toronto Alexithymia Scale (1994), Bond et al.'s Acceptance and Action Questionnaire-II (2011), Neff's Self-Compassion Scale (2003). Data were analyzed using multivariate analysis of covariance test.

Results: The mean post-test scores of alexithymia and experiential avoidance in the experimental group were significantly lower than the control group. Also, the mean scores of the self-compassion post-test in the experimental group were significantly higher than the control group. The results indicate a significant effect of cognitive therapy based on mindfulness in reducing alexithymia ($F=70.247$, $P=0.001$), experiential avoidance ($F=74.364$, $P=0.001$), and increasing self-compassion. ($F=14.569$, $P=0.001$) in people with childhood trauma experience.

Conclusions: The findings of this study, in line with the background of the research, showed the effectiveness of this treatment approach on the psychological components of adults with childhood trauma experience, although additional studies in this field are suggested.

Keywords: Alexithymia, Experiential Avoidance, Self-Compassion, Mindfulness-Based Cognitive Therapy.



تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و شفقت به خود در بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی

مریم فانی محمدآبادی^۱، صابر کرمی^۲، آتنا شاه حیدری^{۳*}، مرضیه کامکار^۴

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، واحد امارات متحده عربی، دانشگاه آزاد اسلامی، دبئی، امارت متحده عربی.

۲- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه رازی، کرمانشاه، ایران.

۳- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

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

نویسنده مسئول: آتنا شاه حیدری، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

ایمیل: Atenashahheydari@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۶/۱۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۲/۲۷

چکیده

مقدمه: افراد دارای تجربه ترومای کودکی در معرض خطر بالایی برای ابتلا به اختلالات روان پزشکی پیچیده هستند. به همین دلیل شناسایی و درمان مکانیسم های موثر بین تجارب آسیب زا و مشکلات روان پزشکی ضروری است؛ لذا این مطالعه با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و شفقت به خود در بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی انجام شد.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. از بین افراد دارای تجربه ترومای کودکی و مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز مشاوره شهر تهران، با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل (۱۵ نفره) جایگزین شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند، اما گروه کنترل مداخله خاصی دریافت نکردند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه ضربه های کودکی برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳)، مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو باگبی و همکاران (۱۹۹۴)، پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم بوند و همکاران (۲۰۱۱)، مقیاس شفقت به خود نف (۲۰۰۳). داده ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

یافته ها: میانگین نمرات پس آزمون ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه ای در گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از گروه کنترل بود. همچنین میانگین نمرات پس آزمون شفقت به خود در گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل بود. نتایج حاکی از تأثیر معنادار شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش ناگویی هیجانی ($F=70/247, P=0/001$)، اجتناب تجربه ای ($F=74/364, P=0/001$) و افزایش شفقت به خود ($F=14/569, P=0/001$) در افراد دارای تجربه ترومای کودکی است.

نتیجه گیری: یافته های این مطالعه در راستای پیشینه پژوهش، اثربخشی این رویکرد درمانی را بر مولفه های روان شناختی بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی نشان داد، هرچند مطالعات تکمیلی در این زمینه پیشنهاد می شود.

کلیدواژه ها: ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای، شفقت به خود، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی.

نهایت منجر مشکلات روان شناختی وسیع مانند مصرف مواد، الکل، خودزنی و خودجرحی به عنوان راهی برای مقابله با عوامل استرس زا شود (۸، ۶). در مجموع طبق نظریه های مربوط به تروما، تمرکز بر عوامل هیجانی و بدنمند، پذیرش تجارب ناخوشایند و عدم اجتناب از آنها، از مهمترین مولفه های موثر در درمان افراد دارای تجربه تروما محسوب می شوند (۶).

یکی دیگر از مسیرهای مهم منتهی به مشکلات روان شناختی ممکن است اجتناب تجربی (Experiential avoidance) به دنبال ترومای دوران کودکی باشد (۱). اجتناب تجربه ای نشان دهنده عدم تمایل به در تماس ماندن با تجربیات درونی ناخواسته است (یعنی تلاش برای کنترل یا اجتناب از احساسات ناخوشایند، خاطرات ناراحت کننده، افکار ناراحت کننده یا فیزیکی) (۶). این به عنوان سبکی از تعامل با تجربیات درونی توصیف می شود که در نهایت ممکن است منجر به استفاده از راهکارهای تنظیم هیجان خاص شود (مانند سرکوب (suppression)، اجتناب از رفتار، درد شناختی (cognitive pain) (۱۴). اجتناب تجربی یک عامل خطر بالا برای مشکلات روانی مختلف است. پژوهش های مختلف از اجتناب تجربه ای به عنوان ساختار مفیدی که از طریق آن می توان رابطه بین آسیب های دوران کودکی و مشکلات روان شناختی را درک و بررسی کرد، نام می برند (۱، ۱۵، ۱۶). در واقع هر چه ترومای دوران کودکی بیشتر باشد، افراد ممکن است اجتناب از احساسات، افکار، خاطرات منفی بیشتر را گزارش نمایند. به عبارت دیگر از آنجایی که ممکن است کودک با ترک فیزیکی نتواند از موقعیت آزاردهنده فرار کند، راهبردهای اجتناب تجربه ای (استراتژی های مقابله ای غیرفعال) ممکن است به کودک اجازه دهد تا از لحاظ ذهنی از رویدادهای خصوصی دردناک و آزاردهنده اجتناب کند (۱۷). البته افراد در طول دوره تحول می توانند به جای اجتناب از هیجانها و تجارب ناخوشایند (مکانیسم های اجتنابی)، نگرشی پذیراتر نسبت به آنها داشته باشند؛ بنابراین می توان اظهار داشت که علاوه بر عوامل خطر مانند اجتناب تجربه ای و ناگویی هیجانی، شناسایی عوامل محافظتی جهت کاهش پیامدهای روان شناختی ترومای کودکی حیاتی است.

نف (Neff) (۱۸) با الهام و هدایت از خرد بودایی شرقی، دیدگاه جدید و سالمی تحت عنوان «شفقت به خود»

ترومای دوران کودکی (Childhood trauma)، از جمله سوء استفاده (abuse)، عاطفی، جسمی، و غفلت (neglect) جسمی و عاطفی با طیفی از مشکلات روان شناختی همراه بوده است (۱). در واقع تجربیات نامطلوب دوران کودکی می تواند طیف گسترده ای از پیامدهای منفی زندگی در کوتاه مدت و بلند مدت ایجاد کند. از جمله این پیامدها می توان به افسردگی، نقص در خودکنترلی، خودکشی، مصرف مواد و رشد اجتماعی بازداری شده (inhibited social development) اشاره نمود (۲، ۳، ۴، ۵، ۶). ترومای کودکی یک مشکل گسترده است که بین ۳ تا ۳۲ درصد از جمعیت را تحت تأثیر قرار می دهد (۱). تقریباً دو سوم بزرگسالان ایالات متحده در معرض تجربیات نامطلوب دوران کودکی و حدود یک چهارم قرار گرفتن در معرض سه یا بیشتر از سه مورد تجربیات نامطلوب دوران کودکی را گزارش می کنند (۷). با توجه به شیوه ترومای کودکی و مشکلات گسترده ناشی از تروما، شناخت مسیرهای منتهی به این مشکلات، گام مهمی در جهت پیشگیری و درمان آن ها محسوب می شود.

ناملایمات دوران کودکی مانند سوء استفاده و غفلت، اغلب با مشکلات در زمینه خودتنظیمی هیجانی در مراحل بعدی زندگی همراه بوده است (۸). در واقع افرادی که تروما را تجربه می کنند، به احتمال زیاد در شناسایی احساسات مشکل دارند (۹). ناگویی هیجانی (Alexithymia) یکی از مکانیسم هایی است که پژوهش های قبلی ارتباط بین این مولفه با غفلت و سواستفاده عاطفی دوران کودکی در میان بزرگسالان را آشکار نموده است (۹، ۱۰). آلکسی تایمیا، اصطلاحی است که - در اصل توسط سیفنیوس (Sifneos) (۱۱) برای توصیف ناتوانی در یافتن کلمات مناسب برای احساسات پیشنهاد شده است با مشکلاتی در زمینه توصیف و شناسایی احساسات فرد مشخص می شود (۱۲). مشکل در نام گذاری احساسات، بر توانایی افراد جهت درک حالات عاطفی خود تأثیر می گذارد و برعکس آگاهی از حالات عاطفی ممکن است به عنوان پیش شرطی برای تنظیم کارآمد رفتار تلقی شود (۱۳). هنگامی که افراد قادر به تمایز حالات عاطفی نباشند، این مسئله می تواند باعث ناراحتی افراد ترومازده شود، زیرا آنها نمی توانند از راهکارهایی جهت تنظیم احساسات خود استفاده نمایند؛ لذا این ممکن است در

«self-compassion» ارائه نمود. شفقت به خود به شکلی از مدارای (coping) دوستانه، باز، بخشنده و غیراجتنابی نسبت خود اشاره دارد که در آن افراد احساسات منفی را تجربه می کنند. براساس نظر نف (Neff) (۱۸) افراد به جای سرزنش و انتقاد شدید، نسبت به مشکلات خود، رویکرد پذیرا و آگاهانه نسبت به مشکلات، کمبودها و نگرانی های خود اتخاذ می کنند. این بدان معنی است که شفقت به خود می تواند بهتر به افراد کمک کند تا با رویدادهای منفی زندگی کنار بیایند و اثرات روان شناختی منفی را کاهش دهند. این فرض نظری توسط سایر محققین نیز تایید شده است. نیلی (Neely) و همکاران (۱۹) دریافته اند که در هنگام تجربه رویدادهای زندگی، افراد با سطح بالای شفقت نسبت به خود، به احتمال زیاد سبک های مقابله- ای سازگارانه انتخاب می کنند. همچنین روابط مثبتی بین خودشفقتی و عملکرد روان شناختی سازگار وجود دارد. به عنوان مثال، سطوح بالاتر شفقت به خود با بهزیستی روان شناختی، هوش هیجانی، و همچنین افسردگی، احساس گناه کمتر مرتبط است. شواهد تجربی نیز نشان داده است که شفقت نسبت به خود ممکن است رابطه بین سوء استفاده در دوران کودکی و خودکشی و همچنین ارتباط بین سوء استفاده دوران کودکی و افسردگی را تضعیف نماید (۲۰، ۲۱). برخی پژوهش ها نشان داده اند که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی جهت پذیرش و تجربه عواطف ناخوشایند، بهبود شفقت به خود و سلامت روانشناختی در میان بزرگسالان با سابقه بدرفتاری در دوران کودکی مفید بوده است (۲۲).

در سال های اخیر، برنامه های درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، اثرات امیدوارکننده ای را برای درمان طیف گسترده- ای از علائم و اختلالات بالینی نشان داده اند، که بسیاری از این علائم معمولاً در افراد دارای سابقه بدرفتاری دوران کودکی تجربه می شوند. به عنوان مثال، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) یک درمان موثر برای افسردگی مکرر (۲۳) به ویژه برای بیمارانی که سابقه بدرفتاری دوران کودکی دارند، می باشد (۲۴). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نخستین بار توسط تیزدل (Teasdale) و همکارانش پایه ریزی شد که در آن عناصر درمان شناختی- رفتاری با اصول و مهارت های ذهن آگاهی ادغام شده است (۲۵). ذهن آگاهی (Mindfulness) به صورت توجه به شیوه ای خاص تعریف شده است: هدفمند (on purpose)، بودن در لحظه حاضر، بدون قضاوت و در خدمت خرد (wisdom)

و درک خود (۲۶). به دلیل ماهیت ذاتی «حال محور» تمرینات ذهن آگاهی، یعنی «عدم قضاوت و پذیرش افکار و احساسات آن گونه که در لحظه حال رخ می دهند»، ارزش درمانی این رویکرد در سال های اخیر برای افراد دارای خاطرات آسیب زا، اهمیت ویژه ای یافته است (۲۷). درواقع ذهن آگاهی به عنوان تمایل کلی به آگاهی از خاطرات و تجارب در نظر گرفته می شود که فرد به این احساسات و تجارب درونی خود نگاهی غیرقضاوتی داشته باشد و به جای اجتناب تجربه ای، آنها را پذیرش و تجربه نماید. جهت گیری پژوهش های اخیر نیز در زمینه درمان تروما، به سمت مولفه های تجربی، هیجانی و بدنمند متمرکز شده اند (۲۲، ۲۷، ۲۸).

در مجموع به سبب شیوع بالای تجارب آسیب زا و گسترش مشکلات روان شناختی ناشی از آن (۶)، شناخت مسیره های منتهی به این مشکلات و درمان آنها ضروری است، به علاوه، با توجه به اینکه در درمان های اخیر، توجه ویژه ای به نقش مولفه های توجه آگاهانه، تجربه ای، هیجانی و بدنمند در درمان تروما صورت گرفته است و پژوهش هایی که این مولفه ها را به صورت یکپارچه در درمان تجارب آسیب زا بکار برده باشد، محدود است، لذا کاوش و بررسی درمان هایی که این مولفه ها را در درمان تروما مدنظر داشته باشد، ضروری به نظر می رسد؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و شفقت به خود در بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی انجام شد.

روش کار

مطالعه حاضر یک طرح شبه آزمایشی با پیش آزمون- پس آزمون از نوع کاربردی بود. جامعه آماری این مطالعه دربردارنده همه افراد مراجعه کننده به کلینیک ها و مراکز مشاوره شهر تهران بودند. از بین جامعه آماری، ۳۰ نفر به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل (۱۵ نفره) جایگزین شدند. نمونه مورد مطالعه، به وسیله پرسشنامه آسیب های دوران کودکی، جهت ارزیابی علائم متوسط به بالا (نمره ۵۶ و بالاتر) توسط مصاحبه گر مورد سنجش قرار گرفتند. در واقع، بعد از هماهنگی های لازم، جلب رضایت نمونه های پژوهش و توضیحات لازم در خصوص اهداف و

پایایی پرسشنامه بررسی و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و خرده مقیاس ها در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۴ به دست آمده است و همچنین روایی همگرایی آن با مقیاس اختلال اضطراب فراگیر بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است (۳۰).

مقیاس ناگویی هیجانی تورنتو (Toronto Alexithymia Scale): پرسشنامه ناگویی هیجانی تورنتو توسط باگی (Bagby) و همکاران (۳۱) برای سنجش ناگویی هیجانی افراد طراحی شد و دارای ۲۰ سوال بود. این ابزار دارای سه مولفه سه زیر مولفه دشواری در شناسایی احساسات با سوالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴، دشواری در توصیف احساسات با سوالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷؛ تفکر عینی با سوالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ را اندازه گیری می کند. نمره گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۵ درجه ای از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) بود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۲۰ تا ۱۰۰ در نظر گرفته شد. به این صورت که نمره بین ۲۰ تا ۴۰ نشان دهنده ناگویی پایین فرد بود، نمره ۴۰ تا ۶۰ بیانگر ناگویی متوسط فرد و نمره بالاتر از ۶۰ نشان دهنده ناگویی بالا در فرد بود (۳۱). ویژگی های روان سنجی این پرسشنامه در پژوهش هایی بررسی و تایید شده است. در مطالعه بشارت (۳۲) روایی همزمان پرسشنامه بر حسب همبستگی با ابزارهای بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی بررسی و مورد تایید قرار گرفت. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی هیجانی کل و سه خرده زیر مقیاس ۰/۴۲ تا ۰/۸۵ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب پرسشنامه بود (۳۳). پایایی بازآزمایی پرسشنامه در دو نوبت با فاصله چهار هفته از ۰/۷۰ تا ۰/۷۷. برای ناگویی هیجانی کل به دست آمد و ابعاد آن تایید شد (۳۳).

پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (Acceptance and Action Questionnaire-II): این پرسشنامه به وسیله بوند (Bond) و همکاران (۳۴) جهت سنجش ساختاری که به پذیرش، اجتناب تجربه ای و انعطاف ناپذیری روان شناختی اشاره دارد، ساخته و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه نسخه ده ماده ای از پرسشنامه اصلی است که توسط هیز (Hayes) و همکاران به منظور ارزیابی اجتناب تجربه ای یعنی گرایش به اجتناب از تجارب درونی ناخوشایند، طراحی شده بود (۳۴). گویه ها در مقیاس لیکرت از ۱ (هگز درست نیست) تا ۷ (همیشه درست است)

کم و کیف پژوهش، ارتباط لازم با آنها صورت گرفت و سپس پرسشنامه ها به آزمودنی ها ارائه شد تا به تکمیل آنها اقدام نمایند. سپس بعد از انتخاب نمونه براساس نمره برش ذکر شده، نمونه مدنظر در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شد. سپس پروتکل شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در طی برنامه ۸ جلسه ۱۲۰ دقیقه ای به صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا گردید. ملاک های ورود در این مطالعه عبارتند از: رضایت آگاهانه، تجربه ترومای کودکی و وجود علائم متوسط به بالا براساس مقیاس آسیب های دوران کودکی، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی بود. ملاک های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: عدم تمایل به شرکت در جلسات، غیبت بیش از یک جلسه در فرایند جلسه، سوء مصرف مواد، وجود مشکلات شناختی و عصب شناختی شدید، همچنین اصول اخلاقی مانند - محرمانگی، رازداری، رضایت آگاهانه ورود به پژوهش، اولویت قرار دادن سلامت روان شناختی شرکت کنندگان و در صورت تمایل، خروج از پژوهش در هر مرحله از اجرا و احترام به خواست آنها - مورد توجه قرار گرفت. ابزارهای مورد استفاده در این مطالعه شامل موارد زیر است.

پرسشنامه ضربه های کودکی (Childhood Trauma Questionnaire): این مقیاس شامل ۲۸ سوال توسط برنشتاین (Bernstein) و همکاران در سال ۲۰۰۳ تهیه و تدوین شده است و پنج مولفه آزار عاطفی با سوالات ۳، ۸، ۱۴، ۱۸ و ۲۵؛ آزار جنسی با سوالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴ و ۲۷؛ آزار فیزیکی با سوالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵ و ۱۷؛ غفلت عاطفی با سوالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹ و ۲۸؛ غفلت جسمی با سوالات ۱، ۲، ۴، ۶ و ۲۶ را اندازه گیری می کند. سوالات ۱۰، ۱۶ و ۲۲ در هیچ کدام از مولفه ها جای نمی گیرند. نمره گذاری پرسشنامه بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت انجام می شود به این صورت که هرگز نمره ۱، گاه گاهی نمره ۲، غالباً نمره ۳، به کرات نمره ۴ و تقریباً همیشه نمره ۵ تعلق می گیرد. نمرات حاصل از پرسشنامه در دامنه ۲۵ تا ۳۶ ترومای کم، نمره ۴۱ تا ۵۱ ترومای کم تا متوسط، نمره ۵۶ تا ۶۸ ترومای متوسط تا شدید و نمره ۷۳ تا ۱۲۵ به عنوان ترومای خیلی شدید طبقه بندی می شود. سازندگان پرسشنامه آلفای کرونباخ را بررسی و ضرایب بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۵ گزارش کرده اند و روایی همزمان آن با مقیاس درجه بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ به دست آورده اند (۲۹). در ایران

است. نف ضریب آلفای کرونباخ نسخه اولیه این آزمون را ۰/۹۲. گزارش کرده است (۳۶). در پژوهش مومنی و همکاران (۳۷) همسانی درونی مقیاس شفقت به خود بر حسب ضریب آلفای کرونباخ و با ضریب همبستگی ۰/۷۰. مورد تایید قرار گرفت. ضریب همبستگی معنادار (۰/۸۹) بین نمره‌های دو نوبت آزمون با فاصله ۱۰ روز، حاکی از پایایی بازآزمایی بالای مقیاس است.

جهت توضیح شیوه اجرای پژوهش نیز می‌توان گفت که 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. پس از انتخاب آزمودنی‌ها براساس ملاک‌های وود و جایگزین کردن آن‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل، ابتدا پرسشنامه‌های پژوهش اجرا گردیدند. سپس گروه آزمایش تحت آموزش MBCT طبق پروتکل راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن سگال (Segal) و همکاران قرار گرفت (۳۸). اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در نهایت 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 (۳۸) در جدول ۱ آمده است.

پاسخ داده می‌شوند. حداقل نمره ۱۰ و حداکثر نمره آن ۷۰ بوده و نمره پایین نشانه بهزیستی روان شناختی بالاتر و نمره بالاتر تمایل بیشتر به اجتناب تجربه‌ای را نشان می‌دهد (۳۴). همسانی درونی (آلفای کرونباخ) پرسشنامه پذیرش و عمل در دامنه‌ای از ۰/۷۸ تا ۰/۸۸ و ضریب باز آزمایی این مقیاس به فاصله ۳ و ۱۲ ماه، به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمده است (۲۶). در مورد نسخه فارسی این پرسشنامه پذیرش و عمل نیز، عباسی و همکاران (۳۵)، همسانی درونی قابل قبولی (۰/۷۱ - ۰/۸۹) را در گروه‌های بالینی و غیربالینی گزارش کرده‌اند (۳۵). همچنین روایی آن با استفاده از اجرای هم‌زمان مقیاس افسردگی بک، سلامت روان و دشواری تنظیم هیجان مورد بررسی قرار گرفته و در حد مطلوبی برآورد شده است (۳۵).

مقیاس شفقت به خود (Self-Compassion Scale): این پرسشنامه توسط نف (Neff) در سال ۲۰۰۳ ساخته شده است که متشکل از ۲۶ گویه بوده و به صورت طیف لیکرت از (۱ تقریباً هرگز) تا (۵ تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس ۶ مولفه دارد که عبارتند از مهربانی با خود (۵ گویه)، قضاوت در مورد خود (۵ گویه) مشترکات انسانی (۴ گویه)، انزوا (۴ گویه)، بهشیاری (۴ گویه)، و فزون همساندسازی (۴ گویه). پژوهش‌های گوناگون بیانگر این است که این ابزار از اعتبار هم‌زمان همگرا و واگرایی مطلوبی برخوردار است و دارای پایایی بازآزمایی بالایی

جدول ۱. محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال (Segal) و همکاران (۳۸)

جلسه ای	محتوای جلسه ها
نخست	توجه به هدایت خودکار و آموزش حضور ذهن، واری بدن
دوم	رویارویی با موانع، تمرین بر روی حس‌های ناراحت، سرگردانی ذهنی و عادات تکرار شونده ذهن، تمرین در دنیای واقعی.
سوم	حضور ذهن از تنفس، مراقبه نشستن به عنوان تمرین، رویارویی با افکار از طریق کنترل درآوردن آنها، بازشناسی الگوهای افکار خودکار، عمومیت بخشی به تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای.
چهارم	ماندن در زمان حال، تماس راحت، کشف تجربه، دلبستگی و بیزاری، محدود کردن و گسترش توجه، توجه به شناخته‌های معیوب، درگیر شدن و جایگزینی آنها.
پنجم	اجازه / مجوز، ایجاد رابط‌های متفاوت با تجربه، چگونگی ایجاد و استفاده از پذیرش، استفاده از فضای تنفس - دستور عمل‌های گسترده، ادامه‌ی شیوه‌های شناختی.
ششم	افکار حقایق نیستند، رویارویی با افکار در شناخت درمانی و رویکرد حضور ذهن، دیدن «نوار در ذهن» برای آگاهی از آنچه در ذهن می‌گذرد، آماده شدن برای آینده، ادامه‌ی شیوه‌های شناختی.
هفتم	چطور می‌توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم، توجه به ارتباط بین فعالیت و خلق، شناسایی نشانه‌های خود، برنامه‌ فعالیت برای رویارویی با خطر، پیشگیری از عود
هشتم	بازنگری مطالب گذشته، نگاه رو به جلو، برنامه‌ فعالیت برای پیشگیری از عود مجدد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار سن در افراد نمونه در سه گروه

گروه	شاخص		آماره
	میانگین	انحراف معیار	
گروه آزمایش گروه کنترل	۳۸/۰۷	۱۱/۳۹۸	۰/۵۰۴
	۴۰/۶۷	۹/۵۴۴	
گروه	شاخص		معناداری
	فراوانی	درصد	
گروه آزمایش	دیپلم	۳	۰/۹۸۷
	فوق دیپلم	۴	
	کارشناسی	۳	
	کارشناسی ارشد	۲	
	دکترا	۳	
	کل	۱۵	
	دیپلم	۲	
	فوق دیپلم	۴	
	کارشناسی	۴	
	کارشناسی ارشد	۲	
گروه کنترل	دیپلم	۳	۰/۳۴۳
	فوق دیپلم	۴	
	کارشناسی	۴	
	کارشناسی ارشد	۲	
	دکترا	۳	
	کل	۱۵	
	دیپلم	۲	
	فوق دیپلم	۴	
	کارشناسی	۴	
	کارشناسی ارشد	۲	

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار سن گروه های آزمایش و کنترل را نشان می دهد. میانگین و سن گروه آزمایش ۳۸/۰۷ و ۱۱/۳۹۸؛ میانگین و سن گروه کنترل ۴۰/۶۷ و ۹/۵۴۴ بود. میزان آماره t-test بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین های ۲ گروه در متغیر سن برابر با $t=0/185$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P=0/987$) که نشان دهنده همتا بودن ۲ گروه از نظر تحصیلات می باشد. در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه های آزمایش و کنترل آمده است.

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار سن گروه های آزمایش و کنترل را نشان می دهد. میانگین و سن گروه آزمایش ۳۸/۰۷ و ۱۱/۳۹۸؛ میانگین و سن گروه کنترل ۴۰/۶۷ و ۹/۵۴۴ بود. میزان آماره t-test بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین های ۲ گروه در متغیر سن برابر با $t=0/185$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($P=0/987$) که نشان دهنده همتا بودن ۲ گروه از نظر سن می باشد. همچنین جدول ۱- فراوانی و

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و شفقت به خود در بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی در گروه های آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	گروه آزمایش				گروه کنترل
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون	
ناگویی هیجانی	۶۴/۰۰	۵۶/۰۷	۶۴/۶۰	۶۴/۲۰	میانگین
	۱/۵۵۸	۳/۱۲۷	۱/۲۴۲	۱/۳۷۳	
اجتناب تجربه ای	۳۴/۷۳	۲۹/۰۰	۳۴/۵۳	۳۷/۲۷	میانگین
	۰/۹۶۱	۲/۲۳۶	۰/۸۳۴	۱/۲۲۳	
شفقت خود	۵۲/۴۰	۵۸/۶۰	۵۲/۹۳	۵۴/۹۳	میانگین
	۰/۹۱۰	۲/۲۹۳	۰/۸۳۴	۳/۸۲۶	

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و شفقت به خود در بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی در گروه های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد. در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش فرض های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش فرض توزیع طبیعی بودن (نرمال بودن) از آزمون shapiro-wilk استفاده شد که

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و شفقت به خود در بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی در گروه های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد. در

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 ($P=0/055$, $F=2/018$). 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 ۴ و ۵ آمده است.

هر دو گروه آزمایش و کنترل مورد تأیید بود. پیش فرض همگنی واریانس ها (پس آزمون) با آزمون Levene بررسی شد که آماره های آن برای ناگویی هیجانی ($F=2/764$, $P=0/108$)، اجتناب تجربه ای ($F=2/363$, $P=0/135$) و شفقت خود ($F=2/608$, $P=0/141$) به دست آمد که نشان دهنده رعایت کردن مفروضه همگنی واریانس های بین گروهی است. همچنین جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون

جدول ۴: نتایج آزمون های چند متغیره پس آزمون ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و شفقت به خود در بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلاپی	0/802	31/108	0/001	0/802	0/999
لامبدای ویلکز	0/198	31/108	0/001	0/802	0/999
اثر هتلینگ	4/058	31/108	0/001	0/802	0/999
بزرگترین ریشه روی	4/058	31/108	0/001	0/802	0/999

تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تاثیر نشان می دهد که 80/2 درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخلات آزمایشی است. در ادامه از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج جدول ۴ بیانگر آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و شفقت به خود در بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی با کنترل (حذف یا کووریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که

جدول ۵: نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و شفقت به خود در بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
ناگویی هیجانی	444/785	1	70/247	0/001	0/738	0/999
اجتناب تجربه ای	220/327	1	74/364	0/001	0/748	0/999
شفقت خود	135/327	1	14/569	0/001	0/368	0/999

و سینگر (Bornemann and Singer) (39) و نورمن (Norman) و همکاران (40) هم راستا است. مکانیسم اثر این مداخله را می توان در بخش هایی از جمله آگاهی از لحظه حال به ویژه احساسات بدنی (حضور (Presence))، پذیرش مهربانانه احساسات دشوار (عواطف (Affect)) و مشاهده افکار و یادگیری مهارت های ارزیابی مجدد (چشم انداز (Perspective)) جستجو کرد. نویسندگان کاهش ناگویی هیجانی را به بخش حضور (Presence) نسبت می دهند نه چشم انداز (Perspective) (40). به عبارت دیگر افزایش آگاهی از تجربه فعلی، به ویژه آگاهی از احساسات بدن، ممکن است مکانیزمی باشد که به وسیله آن ناگویی هیجانی کاهش می یابد. مشخص شده است که آلکسی تایمیا (آگاهی از تجربه عاطفی) به شدت با درک درونی (آگاهی از تجربه بدنی) مرتبط است و

چنانچه در جدول ۵ مشاهده می شود استفاده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش ناگویی هیجانی ($F=70/247$, $P=0/001$)، کاهش اجتناب تجربه ای ($F=74/364$, $P=0/001$) و افزایش شفقت خود ($F=14/569$, $P=0/001$) در مرحله پس آزمون تاثیر دارد.

بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی تاثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی ناگویی هیجانی، اجتناب تجربه ای و شفقت به خود در بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی بود. نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش ناگویی هیجانی تاثیر معنی دار داشته است. این نتایج با پژوهش های اورن (Evren) و همکاران (10)، بورنمن

است؛ لذا خود این مسئله منجر به پدید آمدن نوعی از راهبردهای اجتناب هیجانی و افکار منفی تکراری در آنان می شود که حاصل آن اختلال تماس با لحظه حال و تجارب بدنی است، اما ذهن آگاهی با شناسایی چرخه افکار منفی و اجتناب از تجارب دردناک، افراد را ترغیب می کند تا نگرشی مهربانانه و شفقت آمیز نسبت به تجارب خود داشته باشند و به افکار و هیجانات درونی خویش، نگاهی گشوده و غیرقضاوتی داشته باشند و بتوانند از احساسات و تجارب بدنی خویش آگاه شده و آنها را تجربه نمایند. همچنین این رویکرد می تواند تغییرات اساسی در پردازش های هیجانی افراد ترمازده ایجاد کند و به نوعی پذیرش، انعطاف پذیری روان شناختی و شفقت به خود را در این افراد بالا ببرد.

همچنین نتایج پژوهش بیانگر آن بود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر شفقت به خود بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی تاثیر معناداری دارد. این نتایج با پژوهش های جوس (Joss) و همکاران (۲۲)، گلدن (Golden) و همکاران (۴۲)، فروغی و همکاران (۴۳) هم سو است. پژوهشگران شفقت به خود را به صورت یکی از ویژگی های مثبت - که جهت افزایش خودتنظیمی توجه، عاطفه و رفتار ترویج می شود - مشخص می نمایند. بررسی ها نشان داده اند که چگونه برنامه هایی مانند MBCT و MBCT نگرش شفقت آمیز نسبت به تجربه را ایجاد می کنند. کابات زین استدلال نمود که این رویکردها از طریق نگرشی مهربانانه، مشفق، صبور، گشاده و بدون قضاوت، ذهن آگاهی را به ارمان می آورد. هم راستا با این پژوهش، نتایج پژوهش های جوس (Joss) و همکاران (۲۲) نشان می دهد که افزایش شفقت به خود نقش مهمی در اثرات درمانی مداخله MBCT دارد. چنین یافته هایی به ادبیات مربوط به درمان های جایگزین برای علائم روان شناختی در میان افراد با سابقه بدرفتاری در دوران کودکی اضافه می شود. شیوه های ذهن آگاهی شامل تخصیص هدفمند توجه و نگرشی مهربانانه است، که به افراد آسیب دیده کمک می کند تا بر سوگیری منفی در شناخت خود و ناتوانی در مهار اطلاعات نامربوط و ناخواسته غلبه کنند. در واقع، ذهن آگاهی توانایی تجربه شفقت به خود و پذیرش اشتباهات شخصی، افکار منفی و احساسات را به عنوان بخشی از تجربه انسانی افزایش می دهد. اگر فرد از تجربه تروماتیک و رنج آگاه باشد و بدون قضاوت آن را بپذیرد، فضای ذهنی کافی برای تجربه شفقت به خود اختصاص می یابد و میل به کاهش رنج

بهبود علائم ناگویی هیجانی با افزایش دقت درک ضربان قلب مرتبط است. پژوهش بورنمن و سینگر (Bornemann and Singer) هم نشان داده است که همبستگی معنی داری بین کاهش ناگویی هیجانی و افزایش آگاهی از ضربان قلب وجود دارد (۳۹). به طور کلی پژوهشگران، کاهش قابل توجه ناگویی هیجانی در بخش حضور را به افزایش شنود و کاهش ناگویی هیجانی در بخش عواطف را به پذیرش احساسات دشوار نسبت داده اند. بنابراین طبق نظریه های مربوط به تروما، جهت درمان افرادی که سابقه ترومای کودکی دارند و در نامگذاری و تمایز حالات عاطفی با مشکل روبه رو هستند، به نوعی تمرکز بر عوامل هیجانی و بدنمند و پذیرش تجارب ناخوشایند، از مهمترین مولفه های موثر در درمان افراد ترمازده محسوب می شود. نتایج پژوهش حاضر در زمینه تاثیر MBCT بر روی ناگویی هیجانی نیز موید این موضوع هستند.

به علاوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اجتناب تجربه ای بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی تاثیر معناداری داشته است. این یافته ها با پژوهش های رضایی و غضنفری (۱۶)، ردی (Reddy) و همکاران (۱۷) و گودرزی و همکاران (۴۱) همسو است. پژوهش ها نشان داده است که همه اشکال سوء استفاده و غفلت دوران کودکی با تفکر منفی تکراری و اجتناب تجربی همبستگی مثبت دارند. درواقع افراد دارای سابقه بدرفتاری در دوران کودکی، بیشتر از راهبردهای مقابله ای ناسازگار (اجتناب تجربه ای) استفاده می کنند، خود این راهبردها نیز در بلندمدت باعث ایجاد مشکلات روان شناختی می شوند. درواقع تمرکز درونی در زمینه انجام اعمال غیرموثر جهت کنترل احساسات دردناک و اتخاذ راهبردهای ناسازگارانه، خود زمینه ساز مشکلات بعدی هستند (۱۷). اما اتخاذ رویکردی پذیرشی نسبت به عواطف درونی دردناک به سبب تروما و عدم اجتناب ذهنی از رویدادهای ناخوشایند و خصوصی، موضع محوری درمان MBCT است. به عبارت دیگر بنیان این درمان، پذیرش افکار و احساساتی است که فرد قبلا از آنها اجتناب می نموده است. تمرینات ذهن آگاهی باعث می شود که فرد گستره ای از افکار و احساسات را بدون تجربه اجتناب و آشفتگی هیجانی تجربه کند (۴۱). افرادی که سابقه سوءاستفاده در دوران کودکی دارند، نوعی درون داد (input) متناقص و غیرقابل کنترل از مراقبانشان دریافت می کنند که با سبک دلبستگی هراسان و مضطرب آنها هماهنگ

بدنی (هیجانی) متمرکز است- می تواند به افراد با سابقه تجربه آسیب، جهت سازگاری با شرایط کنونی شان، کمک شایانی بکند. با این حال تذکر این نکته ضروری است که مطالعه حاضر دارای کاستی هایی است که باعث می شود ما در جهت تعمیم نتایج و استنباط نهایی احتیاط کنیم. یکی از این محدودیت ها استفاده از مقیاس های خودگزارش دهی جهت سنجش افراد دارای سابقه تجربه تروما و ارزیابی پیش آزمون و پس آزمون است. به علاوه می توان به فرهنگ و تفاوت های فرهنگی در زمینه ابراز و بیان سابقه انواع سوءاستفاده ها اشاره نمود. همچنین برخی آزارها، مثل آزار هیجانی ریشه در فرهنگ دارد، این مسئله می تواند به گونه ای بر روی نتایج مطالعه اثر بگذارد و تعمیم آن به سایر فرهنگها را دشوار کند. از دیگر محدودیت های مطالعه حاضر می توان به عدم وجود دوره پیگیری اشاره کرد. پیشنهاد می شود که در آینده پژوهی، دوره پیگیری لحاظ گردد و با گنجاندن این متغیرها و این نوع درمان، اثربخشی آن ها بر روی انواع تجارب آسیب زا بررسی گردد و به نوعی پژوهش های آینده بیشتر به مکانیسم اثر این نوع درمان و مولفه ها بپردازند.

سیاسگزارى

از تمامی افرادی 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. Ghazanfari F, Rezaei M, Rezaei F. The mediating role of repetitive negative thinking and experiential avoidance on the relationship between childhood trauma and depression. Archives of psychiatric nursing. 2018 Jun 1; 32(3):432-8. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.12.010>
2. Agbaje OS, Nnaji CP, Nwagu EN, Iweama CN, Umoke PC, Ozoemena LE, Abba CC. Adverse childhood experiences and psychological distress among higher education students in Southeast Nigeria: an institutional-based cross-sectional study. Archives of Public Health. 2021 Dec; 79(1):1-5. <https://doi.org/10.1186/s13690-021-00587-3>

خود و دیگران شکل می گیرد (۴۳). به طور کلی شفقت به خود واسطه اصلی تأثیرات MBCT در پیشگیری از مشکلات روان شناختی مانند عود افسردگی است. نف (Neff) (۱۸) شفقت به خود را متشکل از سه جزء اصلی تعریف می کند (هر جزء دارای دو جنبه است) مهربانی با خود (self-kindness) در مقابل قضاوت در مورد خود (self-judgment)، احساس مشترکات انسانی (sense of common humanity) در مقابل انزوا و به هوشیاری (mindfulness) در مقابل فزون همانندسازی نسبت به تجربه (over-identification) (with experience). افزایش جزءهای مربوط به شفقت به خود در بیماران ترومازده و کاهش اجتناب از موقعیت های ناخوشایند می تواند به کاهش رنج عاطفی کلی کمک کند. در واقع شفقت به خود می تواند بهتر به افراد کمک کند تا با رویدادهای منفی زندگی کنار بیایند و اثرات روان شناختی منفی را کاهش دهند. این مطالعه نیز نشان داده است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می تواند بر شفقت به خود بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی تأثیر معنادار داشته باشد.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که MBCT منجر به کاهش قابل توجهی در ناگویی هیجانی و اجتناب تجربه ای و افزایش شفقت به خود در بزرگسالان دارای تجربه ترومای کودکی می شود. این درمان را می توان یک مداخله امیدوارکننده برای بهبود افراد دارای تجربه تروما در نظر گرفت. به عبارت دیگر آموزش فنون شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی - به عنوان مداخله ای که هم بر ذهن و هم بر بازخوردهای

3. Sahle BW, Reavley NJ, Li W, Morgan AJ, Yap MB, Reupert A, Jorm AF. The association between adverse childhood experiences and common mental disorders and suicidality: an umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. European child & adolescent psychiatry. 2021 Feb 27;1-1. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01745-2>
4. Jones MS, Pierce H, Chapple CL. Early adverse childhood experiences and self-control development among youth in fragile families. Youth & Society. 2022 Jul; 54(5):806-32. <https://doi.org/10.1177/0044118X21996378>
5. Hoffmann JP, Jones MS. Cumulative stressors and adolescent substance use: A

- review of 21st-century literature. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2022 Jul; 23(3):891-905. <https://doi.org/10.1177/1524838020979674>
6. Ahmadi F, Goodarzi M A, Taghavi M R, Imani M. Modeling Structural Relationships between Trauma experience and Peritraumatic dissociation in People with Earthquake Trauma Experience: The Mediating Role of experiential avoidance. *IJPN* 2022; 10 (5):14-26.
 7. Carlson JS, Yohannan J, Darr CL, Turley MR, Larez NA, Perfect MM. Prevalence of adverse childhood experiences in school-aged youth: A systematic review (1990-2015). *International Journal of School & Educational Psychology*. 2020 Dec 16; 8(sup1):2-3. <https://doi.org/10.1080/21683603.2018.1548397>
 8. Sutherland BD, Fallah-Sohy N, Kopera M, Jakubczyk A, Sutherland MT, Trucco EM. Alexithymia mediates the association between childhood trauma and adolescent E-cigarette use. *Drug and alcohol dependence*. 2022 Jul 1; 236:109500. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2022.109500>
 9. Zdankiewicz-Ściagała E, Ściagała DK. Attachment style, early childhood trauma, alexithymia, and dissociation among persons addicted to alcohol: Structural equation model of dependencies. *Frontiers in psychology*. 2020 Jan 24; 10:2957. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02957>
 10. Evren C, Evren B, Dalbudak E, Ozcelik B, Oncu F. Childhood abuse and neglect as a risk factor for alexithymia in adult male substance dependent inpatients. *Journal of psychoactive drugs*. 2009 Mar 1; 41(1):85-92. <https://doi.org/10.1080/02791072.2009.10400677>
 11. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and psychosomatics*. 1973; 22(2-6):255-62. <https://doi.org/10.1159/000286529>
 12. de Bruin PM, de Haan HA, Kok T. The prediction of alexithymia as a state or trait characteristic in patients with substance use disorders and PTSD. *Psychiatry Research*. 2019 Dec 1; 282:112634. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112634>
 13. Kopera M, Zaorska J, Trucco EM, Suszek H, Kobyliński P, Zucker RA, Nowakowska M, Wojnar M, Jakubczyk A. Childhood trauma, alexithymia, and mental states recognition among individuals with alcohol use disorder and healthy controls. *Drug and alcohol dependence*. 2020 Dec 1; 217:108301. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2020.108301>
 14. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996 Dec; 64(6):1152. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.6.1152>
 15. Akbari M, Seydavi M, Hosseini ZS, Krafft J, Levin ME. Experiential avoidance in depression, anxiety, obsessive-compulsive related, and posttraumatic stress disorders: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2022 Mar 23. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2022.03.007>
 16. Rezaei M, Ghazanfari F. The role of childhood trauma, early maladaptive schemas, emotional schemas and experiential avoidance on depression: A structural equation modeling. *Psychiatry research*. 2016 Dec 30; 246:407-14. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.037>
 17. Reddy MK, Pickett SM, Orcutt HK. Experiential avoidance as a mediator in the relationship between childhood psychological abuse and current mental health symptoms in college students. *Journal of Emotional Abuse*. 2006 Mar 30; 6(1):67-85. https://doi.org/10.1300/J135v06n01_04
 18. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and identity*. 2003 Jul 1; 2(3):223-50. <https://doi.org/10.1080/15298860309027>
 19. Neely ME, Schallert DL, Mohammed SS, Roberts RM, Chen YJ. Self-kindness when facing stress: The role of self-compassion, goal regulation, and support in college students' well-being. *Motivation and Emotion*. 2009 Mar; 33:88-97. <https://doi.org/10.1007/s11031-008-9119-8>
 20. Neff KD. The science of self-compassion. *Compassion and wisdom in psychotherapy*. 2012; 1:79-92.
 21. Barnard LK, Curry JF. Self-compassion: Conceptualizations, correlates, & interventions. *Review of general psychology*. 2011 Dec; 15(4):289-303. <https://doi.org/10.1037/a0025754>
 22. Joss D, Khan A, Lazar SW, Teicher MH. Effects of a mindfulness-based intervention on self-compassion and psychological

- health among young adults with a history of childhood maltreatment. *Frontiers in psychology*. 2019 Oct 23; 10:2373. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02373>
23. Rodrigues MF, Campos C, Pelucio L, Barreto I, Machado S, Appolinario JC, Nardi AE, Levitan M. Patients' comprehension of mindfulness-based cognitive behavioral therapy in an outpatient clinic for resistant depression: a cross-sectional study. *Frontiers in Psychology*. 2019 Feb 12; 10:271. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00271>
 24. Williams JM, Crane C, Barnhofer T, Brennan K, Duggan DS, Fennell MJ, Hackmann A, Krusche A, Muse K, Von Rohr IR, Shah D. Mindfulness-based cognitive therapy for preventing relapse in recurrent depression: a randomized dismantling trial. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2014 Apr; 82(2):275. <https://doi.org/10.1037/a0035036>
 25. Segal Z, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. Guilford publications; 2018 Jun 4.
 26. Jon KZ. Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. Delta. 2009.
 27. Boyd JE, Lanius RA, McKinnon MC. Mindfulness-based treatments for posttraumatic stress disorder: a review of the treatment literature and neurobiological evidence. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2018 Jan 1; 43(1):7-25. <https://doi.org/10.1503/jpn.170021>
 28. Strand M, Stige SH. Combining mindfulness and compassion in the treatment of complex trauma-a theoretical exploration. *European Journal of Trauma & Dissociation*. 2021 Sep 1; 5(3):100217. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2021.100217>
 29. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, Stokes J, Handelsman L, Medrano M, Desmond D, Zule W. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*. 2003 Feb 1; 27(2):169-90. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
 30. Shafiei M, Rezaee F, Sadeghi M. Model of Contrast Avoidance of Generalized Anxiety Disorder in People with Symptoms of Generalized Anxiety Disorder. *Journal of Psychology*. 2021 Jun; 1(97):98.
 31. Michael Bagby R, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*. 1994; 38(1):23-32. [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(94\)90005-1](https://doi.org/10.1016/0022-3999(94)90005-1)
 32. Besharat MA, Masoodi M, Gholamali Lavasani M. [Alexithymia and psychological and physical vulnerability (Persian)]. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2015; 9(34):47-56.
 33. Besharat MA. Reliability and factorial validity of a Farsi version of the 20-item Toronto Alexithymia Scale with a sample of Iranian students. *Psychological Reports*. 2007; 101(1):209-20. <https://doi.org/10.2466/PRO.101.5.209-220> <https://doi.org/10.2466/pr0.101.1.209-220>
 34. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK, Waltz T, Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior therapy*. 2011 Dec 1; 42(4):676-88. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
 35. Abasi E, Fata L, Moloudi R, Zarrabipour H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire -II. *J Psychol Mod Meth*. 2013; 2: 9.
 36. Neff KD. The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*. 2016; 7(1): 264-274. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0479-3>
 37. Momeni F, Shahidi S, Motaei F, Heidari M. Psychometric Properties of the Persian Version of the Self-Compassion Scale, *Contemporary Psychology*. 2013; 8(2); 40-27.
 38. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. (2002). Mindfulness based cognitive therapy depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press, 121 -145.
 39. Bornemann B, Singer T. Taking time to feel our body: Steady increases in heartbeat perception accuracy and decreases in alexithymia over 9 months of contemplative mental training. *Psychophysiology*. 2017 Mar; 54(3):469-82. <https://doi.org/10.1111/psyp.12790>
 40. Norman H, Marzano L, Coulson M, Oskis A. Effects of mindfulness-based interventions on alexithymia: a systematic review. *BMJ Ment Health*. 2019 Feb 1; 22(1):36-43. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300029>
 41. Goodarzi MA, Bedayat E, Borumand N.

- The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on experiential avoidance and death anxiety in elderly women. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2021 Nov 10; 10(8):115-24.
42. Golden HL, Vosper J, Kingston J, Ellett L. The impact of mindfulness-based programmes on self-compassion in nonclinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*. 2021 Jan; 12:29-52.
- <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01501-8>
43. Foroughi A, Sadeghi K, Parvizifard A, Parsa Moghadam A, Davarinejad O, Farnia V, Azar G. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for reducing rumination and improving mindfulness and self-compassion in patients with treatment-resistant depression. *Trends in psychiatry and psychotherapy*. 2020 Jul 17; 42:138-46. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2019-0016>