

مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی- رفتاری بر پیش بین‌های عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده

نویسندگان: مهدیه ملیانی^۱، عباسعلی الهیاری^{۲*}، پرویز آزادفلاح^۳، علی فتحی آشتیانی^۴
و آزاده طاوولی^۵

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس.

۲- استادیار دانشگاه تربیت مدرس.

۳- دانشیار دانشگاه تربیت مدرس.

۴- استاد مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌الله (عج).

۵- دانشجوی دکترای روانشناسی دانشگاه تربیت مدرس.

*Email: abasallahyari@gmail.com

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی - رفتاری بر نشانه‌های پیش بین عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده انجام شده است. این پژوهش از نوع طرح‌های پیش آزمون- پس آزمون با گروه مقایسه و گمارش تصادفی آزمودنی است که بدین منظور ۴۰ فرد مبتلا به افسردگی عود کننده انتخاب و به تصادف در دو گروه درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت اختصاص داده شدند. کلیه آزمودنی‌ها بوسیله پرسشنامه‌های: سیاهه افسردگی بک-II، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، مقیاس رضایتمندی از خود در پیش و پس از مداخله مورد ارزیابی قرار گرفتند. تحلیل نتایج بواسطه آزمون تحلیل آماری کوواریانس تک متغیره و چند متغیره نشان داد که درمان شناختی - رفتاری نشانه‌های باقیمانده افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده را بیشتر از درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت پس از اختتام درمان کاهش می‌دهد حال آن که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت نشخوار ذهنی، واکنش پذیری شناختی و رضایتمندی از خود در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده را بیشتر از درمان شناختی - رفتاری کاهش می‌دهد در آخر پیشنهاد می‌گردد که با تلفیق دو رویکرد، درمان شناختی - رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، برای مبتلایان به افسردگی اساسی می‌توان پیش بین‌های عود را بطور قابل ملاحظه ای کاهش داد.

کلید واژه‌ها: درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت، درمان شناختی - رفتاری، افسردگی اساسی عود کننده، نشانه پیش بین عود.

مقدمه

در سال‌های اخیر در کنار اهمیت سازه نگرش‌های ناکارآمد، توجه فزاینده‌ای به نشخوار فکری به عنوان یک مؤلفه مهم در تحول افسردگی تخصیص داده شده است [۱۱]. پژوهش‌ها نشان داده است که افراد در معرض خطر عود افسردگی، تمایل به نشانه‌ها، شناخت‌های منفی و حالت‌های بدنی ناخوشایند از طریق بروز الگوی تفکر نشخواری و تحلیل انتزاعی دارند [۱۲].

علاوه بر نقش نشخوار ذهنی در ایجاد و تداوم افسردگی، واکنش‌پذیری شناختی نیز یکی از مشخصه‌های مورد توجه به عنوان عامل خطر ساز در عود اختلال افسردگی است. واکنش‌پذیری شناختی به میزان برانگیخته شدن افکار و نگرش‌های ناکارآمد در قبال ایجاد یک خلق منفی و افسرده وار اطلاق می‌گردد. باور بر این است که در اولین دوره‌های تجربه افسردگی، ارتباطی میان الگوهای تفکر منفی و خلق غمگین برقرار می‌گردد که حالات خلقی منفی بعدی می‌تواند از طریق فعال کردن این ارتباط، شبکه‌ای از افکار منفی را برانگیزد که در دوام و تشدید حالات خلقی منفی و افسردگی نقش مهمی را بر عهده دارد [۱۳].

علاوه بر تأکید بر اهمیت متغیرهای فوق، رضایتمندی از خود نیز مفهومی است که اخیراً در حوزه روانشناسی شخصیت مطرح شده است [۱۴]. نف^۷ [۱۵] رضایتمندی از خود را این طور تعریف می‌کند "گشوده بودن و حرکت به سمت رنج‌های شخصی، تجربه احساس مراقبت و مهربانی نسبت به خود و اتخاذ دیدگاهی غیر قضاوتی و همراه با فهم ناکفایتی‌ها و خطاهای فردی و رسیدن به این مهم که تجربه‌های شخصی افراد، بخشی از تجربه معمول بشری است". یافته‌های مهمی در تأیید ارتباط معکوس در میان سازه رضایتمندی از خود با افسردگی و اضطراب وجود دارد [۱۵].

در حقیقت، لری و همکاران [۱۴] اخیراً مطرح کردند که 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

افسردگی، اختلالی بسیار بازگشت پذیر است. بیش از ۷۵ درصد بیماران افسرده بیش از یک دوره افسردگی را تجربه می‌نمایند [۱]. افسردگی عود کننده با وجود حداقل دو دوره تجربه افسردگی اساسی با فاصله حداقل ۲ ماه مشخص می‌گردد [۲]. افسردگی یک اختلال عاطفی جدی و مشکل مهمی در حوزه سلامتی است. افسردگی همراه با کاهش معنادار در کارکرد فرد در فعالیت‌های زندگی روزانه و کیفیت زندگی است [۳].

کلر و بولاند [۱] در پژوهش خود تصریح کردند که در بسیاری از موارد، مبتلایان بطور کامل از دوره‌های افسردگی بهبود نمی‌یابند بلکه نشانه‌های باقیمانده‌ای را از خود نشان می‌دهند که پیش بین معنادار عود می‌باشند. استگنا [۴] وجود نشانه‌های باقی مانده را پیش بین قدرتمند عود متعاقب ۱۸ ماه می‌داند. به همین دلیل آنها بر این مهم تأکید دارند که برای کاهش احتمال عود باید نشانگان باقی مانده را کاهش داد و حتی حضور این نشانه‌ها ضرورت تداوم درمان را مطرح می‌نماید.

بررسی‌های متعدد، وجود عوامل فزاینده خطر ساز عود چون نگرش‌های ناکارآمد [۵]، نشخوار ذهنی [۶]، رضایتمندی از خود [۷] و واکنش‌پذیری شناختی [۸] و بطور تلویحی رضایتمندی از خود را در ایجاد و تداوم خلق افسرده وار مورد تأیید قرار داده اند.

یافته‌های پژوهشی تا به حال نقش نگرش‌های ناکارآمد را در پیش بینی نشانه‌های افسردگی و افسردگی نشان داده اند [۹]. آلوی و همکاران [۱۰] دریافتند که در میان دانشجویان سال اول، در پیگیری بیست و هشت ماهه، وجود ویژگی‌های شناختی منفی (برای نمونه سبک اسناد منفی و وجود نگرش‌های ناکارآمد) پیش بین اولین دوره افسردگی و نیز بازگشت مجدد آن می‌باشد.

1. Keller MB,
2. Boland RJ.
3. dysfunctional attitude
4. rumination
5. self compassion
6. cognitive reactivity

7. Neff K.

می‌نمایند یا دلالت‌های منفی کمتری در مورد یک رویداد دارند.

از این رو در درمان کلیه اختلال‌های روانی بطور خاص اختلال افسردگی، هدف از 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 [۱۶]، ضرورت توجه جدی به درمان‌های پیشگیرانه را برای این اختلال مطرح می‌نماید. چنانچه بدون در نظر گرفتن درمان حمایتی و پیشگیرانه برای مبتلایان به افسردگی تکرار شونده نرخ عود و وقوع مجدد حتی بعد از درمان موفق مرحله حاد، بیش از ۸۰ درصد خواهد بود [۱۷].

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 سبب شناسی و تداوم اختلالات خلقی، بکارگیری 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 طرحواره‌های شناختی پایدار ناکارآمد اند [۱۸]. تقریباً یک سوم افرادی که از درمان شناختی رفتاری بهره می‌گیرند، در خطر عود مجدد قرار دارند [۱۹].

در درمان شناختی سنتی آزمودنی‌ها بطور مکرر ترغیب می‌شدند تا افکار خود را مشخص و مورد مشاهده قرار دهند و بر این مهم بنا شده است که باورهای منفی درباره خود، دنیا و آینده وجود دارند که منجر به ایجاد و تداوم نشانه‌های افسردگی می‌گردد. هنگامی که بیماران می‌آموزند که چنین الگوهای تفکر خودآیندی را شناسایی نمایند، آنها می‌آموزند تا راهبردهای سازگارانه تری را برای پاسخ‌دهی کسب نمایند. مداخلات رفتاری در درمان شناختی رفتاری بطور خاص در کاهش نشانه‌های انزوای اجتماعی و بی‌لذتی کارآمد می‌باشند و بر فعال سازی مداخله بیمار بر محیط شان و به همان اندازه

افزایش احساس تسلط و لذت متمرکز می‌باشند. چنین مهارت‌هایی هنگامی که با برانگختگی عاطفی همراه می‌شوند و در بافت تکالیف اختصاص داده شده برای فضای بیرون از درمان تمرین می‌گردد، موتورهای مهمی برای تغییر نشانه‌ها می‌باشند [۲۰].

یکی 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 واکنش پذیری شناختی، بواسطه تکمیل درمان شناختی رفتاری است [۲۱]. در طی دهه قبل، علاقه و پژوهش در ذهن آگاهی و مداخلات مبتنی بر آن افزایش یافته است [۲۲]. 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 [۲۳] را با مؤلفه‌های برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ طراحی شده بواسطه کابات - زین^۲ [۲۴] تلفیق نموده است. کویکن^۳ و همکاران [۲۵] نشان دادند که این درمان موفقیت بیشتری نسبت به درمان دارویی نگهدارنده در پیشگیری از عود دارد. تحلیل داده‌ها همچنین نشان داد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش نشانه‌های باقی مانده نسبت به درمان دارویی نگهدارنده نیز موفق تر بوده است.

چنانچه مطرح شد، افسردگی اثرات گسترده‌ای بر فرد و جامعه دارد، پیشگیری از مزمن شدن و عود مجدد دوره‌های افسردگی هدف اصلی در درمان اختلال افسردگی اساسی عودکننده است ولیکن نه تنها درمان‌های کارآمدی برای این اختلال وجود ندارند بلکه همچنین راهبردهای مداخله‌ای پیشگیرانه برای افراد در معرض خطر ابتلا نیز وجود ندارد [۳].

ولیکن تا به حال هیچ مطالعه‌ای بطور مستقیم به بررسی مقایسه‌ای دو درمان شناختی رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش نشانه‌های پیش بین عود در اختلال افسردگی اساسی عودکننده نپرداخته

1. Mindfulness based Stress Reduction
2. Kabat-Zinn J.
3. Kuyken W.

استفاده از معیارهای انتخاب برگزید و با کسب رضایت از آنها، در پژوهش وارد شدند. میانگین سن بیماران ۳۷/۳ با انحراف استاندارد ۹/۳ بود سایر شاخص‌های توصیفی مربوط به گروه نمونه در جدول ۱ ارائه شده است. از میان ۴۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی عود کننده که به گروه‌های درمانی وارد شده بودند، ۱۵ بیمار در گروه درمان شناختی رفتاری و ۱۶ نفر در گروه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت تا انتهای درمان باقی ماندند.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: وجود سابقه افسردگی اساسی، سابقه مصرف داروهای ضدافسردگی 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، اختلالات شخصیت و وجود تمایل به خودکشی.

روش اجرای پژوهش

به تبع انتخاب برای ورود به مطالعه، از شرکت کنندگان درخواست شد تا مجموعه آزمون‌هایی را که برای آنها تدارک دیده شده بود شامل: سیاهه افسردگی بک - II (BDI-II)، مقیاس نگرش‌های ناکارآمد (DAS)، مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) و مقیاس رضایتمندی از خود (SCS) را تکمیل نمایند و به منظور کسب اطمینان از ورود صحیح به پژوهش، با انجام مصاحبه بالینی ساختماند کلیه ملاک‌های 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 هفته بطور تصادفی برای هر گروه اجرا گشتند (ساختار جلسات درمانی هر دو نوع مداخله در جداول ۲ و ۳ آورده شده اند). اعضای دو گروه درمانی در انتها درمان مجدداً بواسطه بسته آزمون‌های فوق مورد ارزیابی قرار گرفتند.

است. لذا پژوهش حاضر بر آن است تا با مقایسه این دو رویکرد درمانی به این سؤال پاسخ دهد که "کدام یک از درمان‌های ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش نشانه‌های پیش بین عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده پس از اختتام درمان مؤثرتر است؟".

روش

نوع پژوهش

پژوهش حاضر، از انواع طرح‌های تجربی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه مقایسه و گمارش تصادفی است. در این طرح، مداخله درمانی (شامل ۲ سطح: درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت) به عنوان متغیر مستقل و نشانه‌های باقی مانده افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد، نشخوار ذهنی، رضایتمندی از خود و واکنش‌پذیری شناختی در افراد مبتلا به عنوان متغیرهای وابسته، در نظر گرفته شده اند.

آزمودنی

شرکت کنندگان پژوهش حاضر کلیه زنان مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده بودند که دارای نشانه‌های باقی مانده می‌باشند. به منظور انجام مطالعه با استناد به حجم نمونه مطالعه مانی کاواسگر^۱، پارکر^۲ و پریچ^۳ [۲۰] (۴۵ نفر: ۱۹ نفر تحت درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و ۲۶ نفر در درمان شناختی رفتاری)، حجم نمونه در پژوهش حاضر ۴۰ نفر (۲۰ نفر در گروه درمان شناختی رفتاری گروهی و ۲۰ نفر در گروه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت) در نظر گرفته شد. برای دست یابی به این نمونه، پژوهشگر با حضور در چند مرکز روان‌درمانی با بررسی پرونده‌ها و بواسطه ارجاع از جانب روان‌پزشکان و روان‌درمانگران مستقر در مراکز فوق، تعداد ۴۰ بیمار دارای تشخیص افسردگی عود کننده را با

1. Manicavasgar V.
2. Parker G.
3. Perich T.

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی مربوط به ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه آماری

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

جدول ۲: ساختار جلسات درمان در درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت [26]

موضوع	شماره جلسه
توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون، بازکردن مفهوم ذهن آگاهی	۱
آگاهی به مفهوم ذهن سرگردان و تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و فیزیکی و توجه به تنفس	۲
آرام کردن ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌های حفظ توجه در زمان حال	۳
آموزش حضور در حال و نظاره گر افکار بودن در جمع	۴
کسب آگاهی و پذیرش افکار و احساسات	۵
تغییر خلق و افکار از طریق تلقی افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت	۶
هشیار بودن از نشانه‌های افسردگی و تنظیم برنامه برای روبه رو شدن احتمالی با نشانه‌های افسردگی	۷
برنامه ریزی برای آینده و استفاده از فنون حضور در حال برای ادامه زندگی و تعمیم آنها به کل جریان زندگی	۸

جدول ۳: ساختار جلسات درمان شناختی رفتاری گروهی [۲۷ و ۲۸]

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

ابزارهای پژوهش

سیاهه اعتبار درونی بالا و روائی همگرای خوبی با سیاهه افسردگی بک - I دارد چنانچه بک و همکارانش [۲۹] روائی همگرای آن را با سیاهه افسردگی بک - I، ۰/۹۳ و با مقیاس رتبه دهی روانپزشکی همیلتون برای افسردگی ۰/۷۱ اعلام کردند و نشان دادند که این ابزار دارای اعتبار از نوع همسانی درونی عالی در بیماران غیر بستری بود (a=۰/۹۳). دابسون و محمدخانی در مطالعه ای به سال

در این مطالعه از پرسش نامه‌های زیر به منظور سنجش متغیرهای پژوهش در پیش از انجام مداخلات و پس از آنها استفاده شد:

- سیاهه افسردگی بک - II: سیاهه افسردگی بک [۲۹] مقیاس، بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این

شده است و اعتبار آن در نمونه ایرانی بواسطه ضریب آلفای کرونباخ به عنوان شاخصی از همسانی درونی ۰/۸۸ گزارش شده است [۳۴].

پرسشنامه‌های مقیاس رضایتمندی از خود^۳: این ابزار یک مقیاس خودسنجی است که شامل ۲۶ ماده می‌باشد که در قالب ۶ خرده مقیاس متفاوت: مهربانی نسبت به خود^۴، قضاوت در مورد خود^۵، پذیرش رنج بشری^۶، کناره‌گیری^۷، ذهن آگاهی^۸ و بیش اشتغالی^۹ ارائه شده‌اند. برای این ابزار اعتبار و روائی خوبی گزارش شده است چنانچه نف [۷] با تأیید اعتبار این ابزار، اعتبار همسانی درونی و اعتبار آزمون باز آزمون آن را در طول سه هفته ۰/۹۳ اعلام کرد. رایس [۳۵] نیز در پژوهش خود با استفاده از روش دو نیمه کردن آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۹۰ گزارش کرده است.

شاخص حساسیت به افسردگی لینهان: ابزار خودسنجی می‌باشند که به منظور ارزیابی سطح واکنش‌پذیری شناختی طراحی شده‌اند. شاخص حساسیت به افسردگی لینهان دارای مجموعه از پرسشنامه‌هایی است که آسیب‌پذیری را بواسطه پرسیدن پرسش‌های شرطی می‌سنجد. شرکت‌کنندگان به این پرسش‌ها بدین نحو پاسخ می‌دهند که در زمان تجربه خلق پایین چگونه احساس می‌نمایند و فکر می‌کنند. این شاخص میزان تغییرات در نمرات مقیاس باورهای ناکارآمد را پیرو تغییر خلق پیش‌بینی می‌نماید. همسانی‌های درونی این ابزار در میان خرده مقیاس‌های مختلف تأیید شده است [۳۶].

روش تحلیل داده‌ها

به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از روش‌های توصیفی و استنباطی استفاده شد چنانچه بطور خاص برای مقایسه دو سطح متغیر مستقل (انواع مداخلات درمانی: درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهن آگاهی مبتنی

۱۳۸۶ بر روی ۳۵۴ نمونه بالینی ایرانی، با بررسی مختصات روانسنجی این سیاهه، نشان دادند که نتایج حاصل از این آزمون تأیید کننده تشخیص حاصل از مصاحبه بالینی ساختمان است و می‌توان از آن بطور پایایی برای تشخیص و سنجش شدت افسردگی در قبل و بعد از درمان و در دفعات متعدد بهره گرفت. در مطالعه آنها، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش شد [۳۰].

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد^۱: مقیاس نگرش‌های ناکارآمد بر مبنای مدل آسیب شناختی بک (۱۹۷۶-۱۹۶۷) بر سنجش ساختارهای وابسته به شناخت تأکید دارد [۳۱]. از این مقیاس برای سنجش و ارزیابی فرضیات و اعتقادات زیر بنایی استفاده می‌شود که مشخص کننده محتوای شناختی بر مبنای نظریه بک است. این مقیاس دارای ۴۰ پرسش است که فرض‌های زیربنایی حاکم بر افسردگی را اندازه می‌گیرد. کاویانی، جواهری و بحیرایی [۳۲] این مقیاس را به زبان فارسی ترجمه کرده‌اند و با اجرای همزمان این آزمون با آزمون افسردگی مشخص کردند که روائی همگرای این آزمون قابل قبول است. در بررسی مقدماتی انجام شده توسط آنها با اجرای آزمون بر روی ۶۵ نفر مشخص شد که همبستگی معنادار و معادل ۰/۶۵ در میان این آزمون و سایر مقیاس‌های سنجش افسردگی وجود دارد که بیانگر روائی همگرای قابل قبول مناسب این آزمون می‌باشد. همچنین اعتبار آزمون - باز آزمون این مقیاس، ۰/۷۶ گزارش شد.

مقیاس پاسخ‌های نشخواری^۲: پرسشنامه سبک‌های پاسخ [۳۳] به منظور بررسی تمایل آزمودنی‌ها برای نشخوار نشانه‌های هیجانات منفی شان طراحی شده و اجرا می‌گردد. این پرسشنامه دارای ۲۲ پرسش است که بیانگر پاسخ‌ها به خلق افسرده بصورت متمرکز بر خود، متمرکز بر نشانه‌ها و متمرکز بر پیامدهای احتمالی و علل خلق می‌باشد. این مقیاس دارای اعتبار درونی بالا در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ است [برای نمونه ۳۲]. این پرسشنامه توسط باقری نژاد، صالحی فدردی و طباطبائی به فارسی ترجمه

3. self-compassion scale
4. self-kindness
5. self-judgment
6. common humanity
7. isolation
8. mindfulness
9. over-identified

1. dysfunctional attitude scale
2. ruminative response scale

نشانه‌های باقی مانده افسردگی وجود دارد. در ادامه با مراجعه به میانگین‌های تعدیل شده مشخص شد است که درمان شناختی رفتاری نشانه‌های باقیمانده افسردگی در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده را بیشتر از درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت پس از اختتام درمان کاهش می‌دهد (نتایج در جدول ۴ ارائه شده است).

به منظور مقایسه اثربخشی دو گروه تحت درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت نیز در متغیر نگرش‌های ناکارآمد از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. نتایج آزمون همسانی خطای واریانس‌های لوین به منظور بررسی شاخصه همگنی واریانس‌ها نشان داد که واریانس خطا بین تمام سطوح متغیر گروه یکسان است. نتایج تحلیل آماری کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) بیانگر آن است که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر نگرش‌های ناکارآمد وجود دارد. با مقایسه میانگین‌های تعدیل شده مشخص شد که درمان شناختی رفتاری نگرش‌های ناکارآمد در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده را بیشتر از درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت پس از اختتام درمان کاهش می‌دهد (نتایج در جدول ۴ ارائه شده است).

بر شناخت) بر مبنای پنج متغیر وابسته (نشانه‌های افسردگی، نگرش‌های ناکارآمد، نشخوار ذهنی، واکنش پذیری شناختی و رضایتمندی از خود) و با هدف حذف اثر نمرات پیش آزمون در زمان مقایسه اثربخشی درمان در پس آزمون، از روش آماری تحلیل کواریانس یک متغیره (ANCOVA) و چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد.

نتایج

نتایج تحلیل آزمون‌های تحلیل کواریانس یک متغیره (ANCOVA) و چند متغیره (MANCOVA) در جدول ۴ و ۵ ارائه شده است.

به منظور مقایسه اثربخشی دو گروه تحت درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در متغیر نشانه‌های باقی مانده افسردگی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. البته در ابتدا به منظور بررسی شاخصه همگنی واریانس‌ها از آزمون همسانی خطای واریانس‌های لوین استفاده شد که نتایج این آزمون معنادار نبود که به معنای عدم وجود واریانس خطا بین تمام سطوح متغیر گروه است. نتایج تحلیل آماری کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) بیانگر آن است که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر

جدول ۴: شاخص میانگین تعدیل شده و تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) در متغیرهای نشانه‌های باقی مانده، نگرش‌های ناکارآمد، نشخوار ذهنی، واکنش پذیری شناختی و رضایتمندی از خود.

متغیر	منبع تغییرات	میانگین تعدیل شده	آزمون F	سطح معناداری	ضریب اتا
نشانه‌های باقی مانده	MBCT	۱۸/۱۲	۱۹/۲۹	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰
	CBT	۱۴/۱۶			
نگرش‌های ناکارآمد	MBCT	۱۷۱/۱۹	۲۲/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴
	CBT	۲۰۲			
نشخوار ذهنی	MBCT	۳۵/۴۰	۹۰/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸
	CBT	۴۷/۵۶			
واکنش‌پذیری شناختی	MBCT	۳۲/۴۵	۱۲۶/۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
	CBT	۶۶/۳۸			
رضایتمندی از خود	MBCT	۹۴/۲۷	۵۷/۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷
	CBT	۷۸/۶۳			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی مطالعه حاضر، مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی رفتاری گروهی بر پیش بین‌های عود در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده بود. تجزیه و تحلیل یافته‌ها نشان داد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش نشخوار ذهنی و واکنش پذیری شناختی و ارتقاء رضایتمندی از خود از درمان شناختی رفتاری گروهی کارآمدتر است حال آن که درمان شناختی رفتاری گروهی در ارتقاء باورهای کارآمد و کاهش افسردگی باقی مانده اثربخش‌تر می‌باشد.

چنانچه پیش تر مورد تأکید قرار گرفت، رهاسازی از نشانه‌های باقی مانده در مسیر بهبودی و رهایی کامل از اختلال ضروری است [۳۷]. فاوا و همکاران [۳۸] اثربخشی درمان شناختی را بر نشانه‌های باقی مانده به عنوان ابزاری در پیشگیری از نرخ عود در افسردگی بررسی کرده و مطرح ساخته اند که افرادی که تحت درمان شناختی قرار گرفته بودند، نشانه‌های باقی مانده کمتری را گزارش کردند و فقط ۱۵٪ از شرکت کنندگان در موقعیت درمان شناختی در برابر ۳۵٪ در موقعیت کنترل بالینی، عود متعاقب را تجربه کردند. مطالعه حاضر نیز با هدف قرار دادن این پیش بین عود همراستا با یافته فوق نشان داد که درمان شناختی رفتاری گروهی در قیاس با درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت می‌تواند نشانه‌های باقی مانده را تعدیل نماید.

درمان شناختی رفتاری بطور خاص آسیب پذیری صفت و استعداد برای افسردگی را با خطاب قرار دادن طرحواره شناختی ناکارآمد (نگرش‌های ناکارآمد) که دلالت بر وقوع مجدد افسردگی دارند، تعدیل می‌نماید [۳۹]. چنانچه در پژوهش حاضر نیز تصریح و تأیید گشت، درمان شناختی رفتاری بطور معناداری نگرش‌های ناکارآمد را در قیاس با درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت تعدیل می‌نماید چرا که مقیاس نگرش‌های ناکارآمد بر مبنای مدل آسیب شناختی بک ساخته شده است و در تلاش برای سنجش و ارزیابی فرضیات و

چنانچه نتایج ارائه شده تحلیل آماری کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) در متغیر نشخوار ذهنی در جدول ۴ نشان داده است، متعاقب تأیید یکسان بودن واریانس خطا بین تمام سطوح متغیر گروه توسط آزمون همسانی واریانس‌های لوین، واضح گشت که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر نشخوار ذهنی وجود دارد. و مشخص شد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت نشخوار ذهنی در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده را بیشتر از درمان شناختی رفتاری پس از اختتام درمان کاهش می‌دهد.

به منظور مقایسه اثربخشی دو گروه تحت درمان شناختی رفتاری و درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت نیز در متغیر واکنش پذیری شناختی از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد. در ابتدا به منظور بررسی شاخص همگنی واریانس‌ها از آزمون همسانی خطای واریانس‌های لوین استفاده شد که نتایج نشان دهنده عدم وجود واریانس خطا بین تمام سطوح متغیر گروه است. نتایج تحلیل آماری کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) بیانگر آن است که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر واکنش پذیری شناختی وجود دارد. در ادامه با مراجعه به میانگین‌های تعدیل شده مشخص است که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت واکنش پذیری شناختی در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده را بیشتر از درمان شناختی رفتاری پس از اختتام درمان کاهش می‌دهد.

بر مبنای نتایج ارائه شده در جدول ۴، آزمون تحلیل آماری کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) در متغیر رضایتمندی از خود نشان داده است که متعاقب تأیید یکسان بودن واریانس خطا بین تمام سطوح متغیر گروه توسط آزمون همسانی واریانس‌های لوین، واضح گشت که تفاوت معناداری بین دو گروه در متغیر رضایتمندی از خود وجود دارد. و مشخص شد که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت رضایتمندی از خود در مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده را بیشتر از درمان شناختی رفتاری پس از اختتام درمان کاهش می‌دهد.

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 [۴۴ و ۴۵].

سگال و همکاران [۴۶] 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. حال آن که درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت که با هدف کاهش نشانه‌ها و بطور خاص پیشگیری از عود اختلال افسردگی طراحی شده است با تأیید فرضیه فعال سازی افتراقی تیزدال نشان داده است که می‌تواند درمانی کارآمدتر بر کاهش واکنش پذیری شناختی باشد [۴۷].

و در نهایت مطالعه حاضر بر اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در مقایسه با درمان شناختی رفتاری در ارتقاء رضایتمندی از خود تصریح می‌نماید که این یافته همراستا با نظر سگال، ویلیامز و تیزدل [۲۶] است که این مداخله را راهبرد درمانی مناسب به منظور ارتقاء رضایتمندی خود معرفی کردند چرا که این راهبرد درمانی واجد نوعاً تمرکز واضحی بر پذیرش خود و هیجانات دشوار خود با دیدی غیر قضاوتی و رویکردی مشفقانه دارا می‌باشند.

این نقطه نظر در پژوهش فردریکسون و همکاران [۴۸] نیز تأیید شد چنانچه مشخص گشت که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی می‌توانند هیجان‌های مثبت را افزایش می‌دهند. در این راستا ون^۱ام^۱ و همکاران (۲۰۱۱) [۴۹] و نف، هسیه^۲ و دجترات^۳ [۵۰] نیز نشان داده اند که ارتباط معکوس در میان سازه رضایتمندی از خود با افسردگی و اضطراب وجود دارد. در طول درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی، رضایتمندی از خود بطور معناداری با نشانه‌های افسردگی کمتر در پس از درمان و پیگیری هم‌آیند است [۴۷].

در آخر، پژوهش حاضر در تلاش برای بررسی

اعتقادات زیر بنایی که مشخص کننده محتوای شناختی بر مبنای نظریه بک است لذا ارتقاء نگرش‌های کارآمد متعاقب این درمان امری بدیهی و مورد انتظار است چنانچه در طول دوره شناخت درمانی بیش از سایر مداخلات، تغییرات شناختی و از جمله نگرش‌های ناکارآمد اتفاق می‌افتد که این تغییرات درمانی نشانه‌های افسردگی را میانجی‌گری می‌نمایند [۴۰].

در حالی که باورهای ناکارآمد بازتابی از محتوای ذهن می‌باشند، نشخوار فکری با فرآیندهای فکر یعنی نحوه برقراری ارتباط فردی با محتوای ذهن هم‌آیند است [۶]. مشخص شده است که نشخوار فکری خطر ایجاد دوره‌های افسردگی را در افراد بهبود یافته ای که مورد پیگیری قرار می‌گیرند، افزایش می‌دهد [۴۱]. بررسی‌های متعدد اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت را در تعدیل نشخوار ذهنی تأیید کرده اند [برای نمونه ۴۲ و ۴۳]. در این مداخله، پرورش آگاهی در طی تمرینات تفکری بیماران را قادر می‌سازد هنگامی که پاسخ‌های نشخوارگری منفی در ذهن شان فعال می‌شود، آنها را واضح تر مشاهده کنند و ذهن خود را از آن الگوهای تفکر خارج نمایند. به واقع بر خلاف درمان شناختی رفتاری استاندارد، که تمرکز آن بر تغییر محتوای تفکر است، تمرکز درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت بر پرورش آگاهی فرا شناختی و اصلاح فرایندهای فراشناختی است که حالت‌های واکنشی غیر مفید و حالت‌های ذهنی نشخوارگری را حمایت می‌کنند حائز اهمیت است که اگر چه درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت برای بیماران در حال بهبودی طراحی شده است، بررسی‌ها نشان می‌دهند که ممکن است برای بیماران دارای نشانه‌های حاد بیماری که در چنین فرآیندهای غیر مفید تفکری گیر افتاده اند نیز مفید باشد [۲۰]. پژوهش حاضر نیز کارآیی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت را بر کاهش نشخوار ذهنی تأیید می‌نماید.

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

1. Van Dam N. T.
2. Hsieh Y.
3. Dejtterat K.

- 7- Neff, k.D. (2003) Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude toward Oneself. *Self Identity: Vol 2(2):* PP. 85-101.
- 8- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J. & Fredrickson, B.L. (1993) Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Abnorm. Psych.: Vol 102:* PP. 20–28.
- 9- Beck, A.T. (2008) The evolution of the cognitive model of depression and its neurobiological correlates. *Am. J. Psychiatry.: Vol 100:* PP. 969-977.
- 10- Alloy, L.B., Abramson, L.Y., Smith, J.M., Gibb, B.E. & Neeren, A.M. (2006) Role of parenting and maltreatment in unipolar and bipolar mood disorders: Mediation by cognitive vulnerability to depression. *Clin. Child. Fam. Psychol. Rev.: Vol 9:* PP. 23-64.
- 11- Watkins, E.D. & Baracaia, S. (2001) Why do people ruminate in dysphoric moods?. *Pers. Individ. Differ.: Vol 30:* PP. 723-734.
- 12- Nolen-Hoeksema, S. (2004) The response styles theory. In Papageorgiou, C. & Wells, A. *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment.* UK: Wiley.
- 13- Scher, C.D., Ingram, R.E. & Segal, Z.V. (2005) Cognitive reactivity and vulnerability: Empirical evaluation of construct activation and cognitive diathesis in unipolar depression. *Clin. Psychol. Rev.: Vol 25:* PP. 487-510.
- 14- Leary, M.R., Tate, E.B., Adams, C.E., Allen, A.B. & Hancock, J. (2007) Self-compassion and reactions to unpleasant self-relevant events: The implications of treating oneself kindly. *Pers. Soc. Psychol.: Vol 92:* PP. 887–904.
- 15- Neff, k.D. (2003) Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude toward Oneself. *Self Identity: Vol 2(2):* PP. 85-101.
- 16- Kessing, L.V., Hansen, M.G. & Andersen, P.K. (2004) Course of illness in depressive and bipolar disorders – naturalistic study, 1994–1999. *Brit. J. Psychiat.: Vol 185:* PP. 372–377.
- 17- Kupfer, D.J., Frank, E., Perel, J.M., Cornes, C., Mallinger, A.G. & Thase, M.E. (1992) 5-Year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch. Gen. Psychiat.: Vol 49:* PP. 769-773.
- اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان ذهنی آگاهی مبتنی بر شناخت بر پیش بین‌های عود چون نشانه‌های باقی مانده، نگرش‌های ناکارآمد، نشخوار ذهنی، واکنش پذیری شناختی و رضایتمندی از خود مطرح می‌سازد که درمان شناختی رفتاری کفایت لازم برای تعدیل نشانه‌های باقی مانده افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد را دارد ولیکن این درمان نمی‌تواند نشخوار ذهنی، واکنش پذیری شناختی و رضایتمندی از خود را مدیریت کند لذا پیشنهاد می‌گردد که به منظور پوشش دادن کلیه متغیرهای پیش بین دو راهبرد درمانی را تلفیق شود تا حداکثر بهره‌وری برای مبتلایان به افسردگی اساسی عود کننده دارای نشانه‌های باقی مانده فراهم شود.

منابع

- 1- Keller, M.B. & Boland, R.J. (1998) The implications of failing to achieve successful long-term maintenance treatment of recurrent unipolar major depression. *Biol. Psychiat.: Vol 44:* PP. 348-360.

۲- سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا (۱۳۸۶) خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری-روانپزشکی. ترجمه نصرت ... پورافکاری. تهران: شهرآب.

- 3- Routledge, K. (2012) Prevention of Dysphonic mood in rumination an experimental test of the attention training technique. Doctor of Clinical Psychology, School of Psychological Sciences, the University of Manchester.
- 4- Stegenga, B. (2011). *Epidemiology of Major Depressive Disorder.* Uitgeverij BOXPress. Oisterwijk.
- 5- Beck, A.T. (1983) Cognitive therapy of depression: New perspectives. In P.J. Clayton & J.E. Barrett (Eds.). *Treatment of depression: Old controversies and new approaches* (pp. 265–290). New York: Raven Press.
- 6- Nolen-Hoeksema, S. (1991) Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *J. Abnorm. Psych.: Vol 100:* PP. 569–582.

- 29- Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R. & Ranieri, W. (1996) Comparison of Beck Depression Inventories -IA and -II in psychiatric outpatients. *Pers. Assess.*: Vol67(3): PP. 588-97.
- ۳۰- دابسون، کیت و محمدخانی، پروانه (۱۳۸۶) مختصات روانسنجی پرسشنامه افسردگی بک -۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی. *مجله علوم توانبخشی و بهزیستی*، سال ۸، شماره ۲۹، صص ۸۶-۸۰.
- 31- Beck, A.T. (1967) *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: Guilford.
- ۳۲- کاویانی، حسین، جواهری، فروزان و بحیرائی، هادی (۱۳۸۴) اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب. *مجله تازه های علوم شناختی*، سال ۷، شماره ۱، صص ۴۹-۵۹.
- 33- Nolen-Hoeksema, S. & Morrow, J.J. (1991) A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Pers. Soc. Psychol. B.*: Vol61(1): PP.115-21.
- ۳۴- باقری نژاد، مینا، صالحی فدردی، جواد و طباطبائی، سید محمود (۱۳۸۹) رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه ای از دانشجویان ایرانی. *مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی*، سال ۱۱، شماره ۱، صص ۳۸-۲۱.
- 35- Raes, F. (2010) Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. *Pers. Indiv. Differ.*: Vol48: PP. 757-761.
- 36- Van der Does, A.J.W. (2002) Cognitive reactivity to a sad mood: structure and validity of a new measure. *Behav. Res. Ther.*: Vol40: PP. 105-120.
- 37- Narasimhan, M. & Kannaday, M.H. (2010) Treating depression and achieving remission. *Asian. J. Psychiat.*: Vol3: PP.163-168.
- 18- Beck, A.T. (2005) The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch. Gen. Psychiat.*: Vol62: PP. 953-959.
- 19- Paykel, E.S., Scott, J. & Teasdale, J. (1999) Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: a controlled trial. *Arch. Gen. Psychiat.*: Vol 56: PP. 829 -835.
- 20- Manicavasgar, V., Parker, G. & Perich, T. (2011) Mindfulness-based cognitive therapy versus cognitive behaviour therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Affect. Disorders.*: Vol130 (1-2): PP.138-44.
- 21- Watkinsa, E.D., Scottb, J., Wingroveb, J., Rimesb, K., Bathurstc, N., Steinerb, H., Kennell-Webba, S., Mouldsb, M. & Malliarisb, Y. (2007) Rumination-focused cognitive behaviour therapy for residual depression: A case series. *Behav. Res. Ther.*: Vol45: PP.2144-2154.
- 22- Chiesa, A. & Serretti, A. (2011) Mindfulness based cognitive therapy for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry. Research.*: Vol187(3): PP.441-53.
- 23- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979) *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- 24- Kabat-Zinn, J. (1990) *Full catastrophic living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Delacorte.
- 25- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R.S., Watkins, E., Holden, E. & White, K. (2008) Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *J. Consult. Clin. Psych.*: Vol76: PP. 966-978.
- 26- 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.
- ۲۷- محمدخانی، پروانه و رضایی دوگانه، ابراهیم (۱۳۸۴) چیرگی بر افسردگی (راهنمای متخصصان). یزد: انتشارات علمی کاربردی بهزیستی.
- ۲۸- محمدخانی، پروانه و رضایی دوگانه، ابراهیم (۱۳۸۴) چیرگی بر افسردگی (راهنمای مراجعان). یزد: انتشارات علمی کاربردی بهزیستی.

- 44- 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. *Brit. J. Psychiat.* Vol43: PP. 365–380.
- 45- Erisman, S.M. & Roemer, L. (2010) A preliminary investigation of the effects of experimentally induced mindfulness on emotional responding to film clips. *Emotion.* Vol10: PP. 72–82.
- 46- 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. *Arch. Gen. Psychiat.*: Vol63: PP. 749–755.
- 47- 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?. *Behav. Res. Ther.*: Vol48: PP. 1105–1112.
- 48- 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. *Pers. Soc. Psychol.* Vol95: PP.1045–1062.
- 49- Van Dam, N.T., Sheppard, S.C., Forsyth, J.P. & Earleywine, M. (2011) Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *Anxiety. Disord.*: Vol25: PP. 123–130.
- 50- Neff, K.D., Hsieh, Y. & Dejitterat, K. (2005) Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self Identity*: Vol4: PP. 263–287.
- 38- Fava, G.A., Rafanelli, C., Cazzaro, M., Conti, S. & Grandi, S. (1998) Well-being therapy: A novel psychotherapeutic approach for residual symptoms of affective disorders. *Psychol. Med.*: Vol28: PP. 475–80.
- 39- Conradi, H.J., De Jonge, P. & Ormel, J. (2008) Cognitive behavioral therapy versus usual care in recurrent depression. *Brit. J. Psychiat.*: Vol193: PP. 505–506.
- 40- Allart-van Dam, E., Hosman, C.M.H., Hoogduin, C.A.L. & Schaap, C.P.D.R. (2003) The Coping with Depression course: Short-term outcomes and mediating effects of a randomized controlled trial in the treatment of subclinical depression. *Behav. Ther.*: Vol34: PP.381-396.
- 41- Robinson, M.S. & Alloy, L.B. (2003) Negative cognitive styles and stress-reactive rumination interact to predict depression: A prospective study. *Cognitive. Ther. Res.*: Vol27: PP.275–291.
- 42- Ma, S.H. & Teasdale, J.D. (2004) Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Consult. Clin. Psych.*: Vol72: PP. 31–40.
- 43- 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. *Consult. Clin. Psych.*: Vol68: PP.615–623.