



اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه

دکتر حسین کاویانی^۱

گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران

فروزان جواهری

مرکز مشاوره آفتاب، اصفهان

دکتر هادی بحیرایی

دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن

مقدمه: این گزارش تحقیقی است که اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) را در کاهش و پیشگیری از افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد افسردگی و اضطراب بررسی کرده است. **روش:** در این کارآزمایی عرصه‌ای، ۶۵ دانشجوی دختر ساکن خوابگاه دانشگاه اصفهان، به صورت تصادفی، انتخاب شدند و در دو گروه گواه و آزمایشی قرار گرفتند. گروه آزمایشی در طی هشت جلسه دو ساعته، به صورت گروهی، به شیوه MBCT آموزش دیدند. آزمودنی‌ها پرسشنامه افسردگی و اضطراب بک، مقیاس نگرش ناکارآمد و پرسشنامه افکار خودآیند را قبل از شروع آموزش و در مقاطع مورد نظر، جلسات چهارم و هشتم و ۶۰ روز پس از پایان آموزش تکمیل کردند. گروه گواه بدون هیچ آموزشی فقط پرسشنامه‌های فوق را پر کرد. **یافته‌ها:** کاربرد تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌های تکراری نشان داد که روش MBCT در کاهش افسردگی، اضطراب، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند مؤثر است. همچنین این روش می‌تواند در پیشگیری از افسردگی و اضطراب نقش داشته باشد. **نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد ذهن آگاهی به وسیله «آموزش کنترل توجه» مؤثر واقع شود و از عود و بازگشت افسردگی و اضطراب پیشگیری کند. در این مقاله، رهنمودهای کاربردی نتایج تحقیق حاضر، مورد بحث قرار خواهد گرفت.

کلید واژگان: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، افسردگی، پیشگیری

مقدمه

آمارهای همه گیرشناختی در کشورهای مختلف حاکی از شیوع متفاوت افسردگی در جوامع مختلف است. مطالعات، میزان شیوع افسردگی بالینی را در ایران بیشتر از کشورهای دیگر نشان می‌دهد؛ احتمال ابتلای زنان به افسردگی (۳۰/۵٪) بیشتر از مردان

۱ - نشانی تماس: تهران، خیابان کارگر جنوبی، چهار راه لشکر، بیمارستان روزبه.

E-mail: h.kaviani@usa.com

(۱۶/۷٪) است (کاویانی، احمدی ابهری، نظری و هرمزی، ۱۳۸۱).

مطالعات انجام شده گروه‌های دانشجویی نیز دامنه بالایی از اختلال افسردگی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد حدود ۷۸ درصد از دانشجویان دانشگاه‌ها از بعضی نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند. از این میان شدت علائم ۴۶ درصد از دانشجویان به گونه‌ای است که آنها را نیازمند بعضی کمک‌های تخصصی می‌کند (امینی و همکاران، ۱۳۸۰). همچنین در پژوهش دیگری، میزان شیوع این



اختلال در دانشجویان ۱۴/۵ درصد گزارش شده است (ضیایی، معین‌الغربایی و مالکی‌نژاد، ۱۳۸۰).

شیوع اضطراب در جامعه ایران نیز همانند افسردگی است (کاویانی، احمدی ابهری، دهقان و همکاران، ۱۳۸۱). همچنین از آنجا که برخی تحقیقات نشان می‌دهند هم‌آیندی مرضی افسردگی و اضطراب در جامعه ایران احتمالاً اندکی کمتر از ۶۰ درصد و همپوشی این علائم در جامعه ایرانی بسیار بالاست (کاویانی و قاسم‌زاده، ۱۳۸۲). در این تحقیق، اضطراب نیز جزو مؤلفه‌هایی است که در کنار افسردگی به‌عنوان متغیر همراه سنجیده شد.

در سه دهه گذشته، شناخت‌درمانی و کاربرد فزون‌تر آن در برخورد با مسائل روزافزون روانی و رفتاری، و نابسندگی بودن صورت‌بندی‌های نظری کلاسیک (عمدتاً مدل‌های خطی) در تبیین «مسئله» و ارائه مداخلات درمانی مناسب، با کاستی‌های فراوان روبه‌رو بوده است. لذا، پس از نقدهای نظری، برای تبیین رابطه شناخت و هیجان مدل‌های خطی به تدریج جای خود را به مدل‌های پیچیده‌تر و چند لایه‌ای دادند. برای مثال، چارچوب نظری «زیرسیستم‌های شناختی متعامل» (تیزدیل و برنارد، ۱۹۹۳) نشان‌دهنده پردازش در دو سطح گزارشی و ضمنی شناخت است. در واقع، تیزدیل سطح گزاره‌ای را همانند ارتباط خطی افکار و احساس در مدل آرون بک می‌بیند و برای فرآیند تغییر، پردازش در سطح ضمنی را ضروری می‌داند؛ پردازش هیجانی که مقدمه تغییر است، در سطح ضمنی شناخت صورت می‌گیرد (به نقل از تیزدیل، ترجمه فارسی، ۱۳۸۰).

مفهوم کلیدی نظریه تیزدیل، مدل‌های ذهنی طراح‌های است. بازنمایی تجربیات سراسر زندگی در ذهن زمینه‌ای برای شکل‌گیری مدل‌های ذهنی طراح‌های است. در این نظریه، چنین فرض شده است که هیجان‌ها وقتی به وجود می‌آیند که الگوی مناسب رمزگان ضمنی پردازش شوند. در مدل طراح‌های، فرد ممکن است خودش را به صورت انسانی منفی، درمانده و ناامید ببیند. یک موقعیت افسردگی‌زا می‌تواند طراح‌های متناسبی را راه‌اندازی کند که با سطح معانی برین و فراگیر فرد مرتبط باشد. در مدل‌های طراح‌هایی بین مجموعه ساختارها و عناصر حسی ارتباط متقابل وجود دارد؛ چیزی که این مدل نظری را از مدل‌های قبلی، مانند

شبکه‌های هم‌پیوند^۱ باور، متمایز می‌سازد (قاسم‌زاده، ۱۳۷۸). در واقع، عود خلق منفی، به هر دلیل، می‌تواند نشانه‌های افسردگی را در پی داشته باشد. بدان معنا که با ایجاد خلق منفی، عادات قدیمی (فکر منفی) دوباره شروع می‌شود و ممکن است ما شاهد یک دوره کامل افسردگی باشیم (سینز، ۲۰۰۳). بنابراین، با کشف ارتباط بین خلق منفی و افکار منفی می‌توان از بروز افسردگی پیشگیری کرد. در سال ۱۹۹۲، تیزدیل از دانشگاه ولز و سگال^۲ از دانشگاه تورنتو، برای جلوگیری از عود و برگشت افسردگی یک رویکرد جدید مطرح کردند. این رویکرد درمانی که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) نام گرفت (سگال، ویلیامز^۴ و تیزدیل^۵، ۲۰۰۲)، آمیزه‌ای مبتکرانه بود از جنبه‌های شناخت‌درمانی بک (بک^۶، راش^۷، شاول^۸ و امری^۹، ۱۹۷۹) و برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^{۱۰} (MBSR) کابات - زین^{۱۱} (۱۹۹۰).

ذهن آگاهی و شناخت‌درمانی

ذهن آگاهی به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی، و خالی از پیش‌داوری و قضاوت است (کابات - زین، به نقل از سگال و همکاران، ۲۰۰۲). در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی^{۱۲} آگاه می‌شود و مهارت‌های شناسایی شیوه‌های مفیدتر را فرا می‌گیرد. برای ذهن، دو شیوه اصلی در نظر گرفته می‌شود: یکی «انجام دادن»^{۱۳} و دیگری «بودن»^{۱۴}. در ذهن آگاهی فرا می‌گیریم که ذهن را از یک شیوه به سوی شیوه دیگر حرکت دهیم (همان‌جا).

ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از ماریپیچ فروکاهنده خلق منفی - فکر منفی - گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سگال و همکاران، ۲۰۰۲).

1- associative networks	2- Segal
3- Mindfulness-Based Cognitive Therapy	4- Williams
5- Teasdale	6- Beck
7- Rush	8- Shaw
9- Emery	10 - Mindfulness – Based Stress Reduction
11- Kabat-Zin	12- mental gear
13- doing	14- being



حسین کاویانی و همکاران

را تجربه کرده بودند) ۴۰ درصد شده است، در حالی که این احتمال در افراد افسرده‌ای که این آموزش را ندیده بودند، ۶۶ درصد بود (نیربرگ، پترسون و آلپورت، ۲۰۰۳). تیزدیل، سگال و ویلیامز (۱۹۹۵) به نتایج مشابهی اشاره کردند که نشان می‌داد میزان عود از ۷۸ درصد به ۳۶ درصد کاهش پیدا کرده است. در پژوهش دیگری، اسکلمن^۳ (۲۰۰۴) ۲۳۱ دانشجوی دانشگاه پنسیلوانیا را به طور تصادفی به دو گروه ۱۰ نفری آزمایشی و کنترل تقسیم کرد و با هدف پیشگیری از اضطراب و افسردگی آنها را تحت آموزش MBCT قرار داد. پس از یک دوره یک‌ساله پیگیری، شرکت‌کنندگان در دوره آموزشی نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری اضطراب و افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد کمتری داشتند.

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر کاهش نگرش‌های ناکارآمد، افکار منفی، افسردگی و اضطراب انجام شد. یک دوره پیگیری ۶۰ روزه، تداوم اثر مداخله MBCT و امکان پیگیری را در بوته آزمون قرار داد.

روش

در این پژوهش، روش‌شناسی کارآزمایی عرصه‌ای^۴ به کار گرفته شد و طرح به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و با استفاده از گزینش تصادفی اجرا شد. در این طرح، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی انتخاب شدند. نخست، آزمودنی‌های انتخاب شده در هر گروه به وسیله پیش‌آزمون اندازه‌گیری شدند. چهارچوب نمونه‌گیری و ترتیب آزمون‌ها در مراحل مختلف برای دو گروه آزمایشی و کنترل در جدول ۱ آورده شده است.

پیش‌تحقیق^۵

در مرحله اول، برای آگاهی از کاستی‌های احتمالی روش

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی کابات-زین ساخته شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. این نوع شناخت‌درمانی شامل مدیتیشن‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت‌درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها، به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در «لحظه حاضر» می‌سازد و پردازش‌های خودکار افسردگی‌زا را کاهش می‌دهد.

در حالت‌های «توجه آگاهانه»^۱، پخش اطلاعات از چرخه‌های دوطرفه معیوب، به طرف تجربه فوری و کنونی چرخش پیدا می‌کند. در اصل، آموزش ذهن آگاهی به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عادی (واقع در موتور مرکزی^۲) را از حالت تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثای توجه، مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند. بنابراین، به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا ماندگاری افسردگی جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند. از این دیدگاه، شانس گسترش یا سماجت افسردگی کاهش می‌یابد. در این شیوه منابع حسی، مانند الگوهای معنایی است. تمرین‌های بدنی، باعث تغییر شکل مدل طحاره می‌شود (به نقل از تیزدیل، ترجمه فارسی، ۱۳۸۰). در حالت ایستاده، متین، بدون تحرک و با تنفس منظم و آهسته بودن، در واقع الگوهای حسی داخلی گیرنده‌های عضلانی و الگوی کلی رمزها در مدل ذهنی طحاره‌ای (که مربوط به موقعیت سخت است) را تغییر می‌دهند. هنگامی که در ذهن آگاهی، توجه را متمرکز می‌کنیم، تغییر مدل طحاره مشکل‌دار به اوج می‌رسد و تصلب به وجود آمده نرمش پیدا می‌کند (تیزدیل، سگال و ویلیامز، ۱۹۹۴).

تاکنون پژوهش‌های زیادی اثربخشی آموزش MBCT را نشان داده‌اند. برای مثال پژوهشگران ۱۴۵ بیمار افسرده بهبودیافته را آموزش MBCT دادند و بعد از ۶۰ هفته پیگیری، نتایج نشان دادند که احتمال افسردگی مجدد در بیمارانی که ریسک بالای برگشت بیماری را داشتند (برای مثال، افرادی که سه دوره یا بیشتر افسردگی

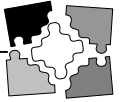
1- mindfulness awareness

3- Schulman

5- pilot study

2- central engine

4- field clinical trial



جدول ۱- طرح آزمایشی

گروه	نمونه تصادفی	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون	پیگیری اول	پیگیری دوم
گروه آزمایشی	'RE	T ₁	X	T ₂	T ₃	T ₄
گروه کنترل	'RC	T ₁	-	T ₂	T ₃	T ₄

باقی مانده انجام شد. نمونه باقی مانده به دلیل وضعیت «دانشجو بودن» (محدوده خاص سنی و عمدتاً مجرد) تفاوت زیادی با نمونه اولیه نداشت.

ابزار سنجش. اطلاعات از طریق پنج پرسشنامه جمع آوری شد: پرسشنامه افسردگی بک (BDI): مطالعه‌ای که در دانشگاه علوم پزشکی تهران (بیمارستان روزبه) انجام شد، روایی و پایایی این آزمون را در جمعیت سالم و بالینی نشان داده است (کاویانی، موسوی و محیط، ۱۳۸۰).

پرسشنامه اضطراب بک (BAI) (بک، اپستین^۵ و هاریسون^۶، ۱۹۸۳): این پرسشنامه بر اساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و بر طبق مقیاس لیکرت (نمرات ۰، ۱، ۲، ۳ برای هر سؤال) نمره بالاتر، اضطراب بیشتر را نشان می‌دهد. این پرسشنامه در ایران روایی سنجی و پایایی یابی شده است (کاویانی و موسوی، زیر چاپ).

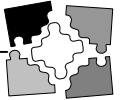
مقیاس نگرش ناکارآمد^۷ (DAS): آسیب شناختی بر مبنای مدل شناختی بک (۱۹۷۶-۱۹۶۷) بر سنجش ساختارهای وابسته به شناخت بسیار تأکید دارد (بک و همکاران، ۱۹۸۳). از این مقیاس برای سنجش و ارزیابی فرضیات و اعتقادات زیربنایی استفاده می‌شود که مشخص کننده محتوای شناختی بر مبنای نظریه بک است. این مقیاس دارای ۴۰ سؤال است که فرض‌های زیربنایی حاکم بر افسردگی را اندازه می‌گیرد. این مقیاس در مدت بیش از شش هفته دارای ضریب پایایی بالا ($r=0/90$)، و با ثبات درونی خوب و ضریب آلفای ۰/۷۵ است. متأسفانه، علیرغم تلاش محققان، دستیابی به نسخه‌های فارسی اعتباریابی شده این مقیاس به جایی نرسید. لذا، ترجمه و اعتباریابی مقدماتی آن در دستور کار

تدوین شده و اطمینان از درستی کار آموزش دهنده (ف.ج)، ۱۲ نفر از افراد در دسترس انتخاب شدند و تحت آموزش MBCT قرار گرفتند. در این مرحله، آموزش در هشت جلسه فشرده (دو جلسه در هفته) انجام شد. هر جلسه دو ساعت به درازا کشید و مجموعه کنش‌های جلسه ضبط شد تا بعد به وسیله سرپرست درمان (ح.ک.) شنیده و بازخورد لازم داده شود. کلیات مداخله‌های درمانی در قسمت مطالعه اصلی خواهد آمد. نتایج پیش آزمون‌ها و پس آزمون‌ها در جهت پیش‌بینی‌های (فرضیه‌های) تحقیق بود.

مطالعه اصلی

آزمودنی‌ها. جامعه آماری این پژوهش را، ۶۵ نفر از دانشجویان دختر ساکن خوابگاه همدانیان و شهدا (دانشگاه اصفهان) تشکیل می‌دادند که با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شده بودند. ۳۵ نفر (۲۸ مجرد، ۷ متأهل، میانگین سن = ۲۰/۵ سال) در گروه کنترل (خوابگاه همدانیان) و ۳۰ نفر (۲۹ مجرد، یک متأهل، میانگین سن = ۲۰/۵ سال) در گروه آزمایشی (خوابگاه شهدا) قرار گرفتند. طبق گزارش شخصی افراد، هیچ کدام از شرکت کنندگان سابقه اختلال روانی نداشتند. تعداد آزمودنی‌های گروه کنترل بیشتر انتخاب شدند، زیرا معمولاً امکان ریزش در گروه‌های کنترل (که هیچ آموزشی دریافت نمی‌کنند) بیشتر است. این دانشجویان در رشته‌های مختلف (به غیر از روانشناسی) تحصیل می‌کردند. انتخاب گروه‌های کنترل و آزمایشی از دو خوابگاه متفاوت برای جلوگیری از نشت اطلاعات و تمرین‌های گروه آزمایشی به گروه کنترل، و احتمال تأثیر غیرمستقیم مداخله درمانی بر این گروه بود. از این تعداد، ۱۳ نفر از گروه آزمایشی ($BAI = 16/9$ و $BDI = 15/5$) و ۱۶ نفر از گروه کنترل ($BAI = 17/1$ و $BDI = 15/7$) حداقل در یکی از جلسات ارزیابی نتوانستند شرکت کنند. محاسبه آماری بر اساس نفرات

1- Randomize Experimental
 2- Beck Depression Inventory
 3- Beck Anxiety Inventory
 4- Beck Depression Inventory
 5- Epstein
 6- Harrison
 7- Dysfunctional Attitude Scale (DAS)



(آزمایشی و کنترل) به عنوان متغیر بین گروهی و عامل جلسه (پیش‌آزمون، جلسه چهارم، جلسه هشتم، پیگیری اول و پیگیری دوم) به عنوان عامل درون گروهی در نظر گرفته شد. سپس برای کاوش دقیق‌تر، برای هر دو گروه به طور جداگانه، تحلیل واریانس به عنوان آزمون آماری تکمیلی محاسبه شد. همچنین برای محاسبه نسبت بهبود^۴ از فرمول پیش‌آزمون-پس‌آزمون برای هر یک از متغیرها استفاده گردید که به صورت توصیفی نشان داده خواهد شد. سپس برای مقایسه میزان تأثیر درمان (آموزش) بر دو گروه، t-test برای نمونه‌های مستقل با استفاده از تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون یا پیگیری به کار برده شد.

آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT)

در آموزش MBCT بیماران افسرده یاد می‌گیرند که چه‌طور به طور متفاوت با افکار و احساسات منفی خود رابطه برقرار کنند و بر تغییر محتوای باورها و افکار متمرکز شوند. همچنین یاد می‌گیرند که افکار خود آیند، عادت‌ها، نشخوارهای ذهنی، افکارها و احساسات منفی خود را چگونه تغییر جهت دهند، نسبت به آنها آگاه شوند و در چشم‌انداز وسیع‌تری افکار و احساسات خود را ببینند (تیزدیل و همکاران، ۱۹۹۴).

اهداف جلسات درمانی

- ۱- کمک به شرکت‌کنندگان برای اینکه مهارت‌های پیشگیری از عود یا برگشت افسردگی و اضطراب را یاد بگیرند.
- ۲- آگاهی بیشتر به احساس‌ها، افکار و حس‌های بدنی لحظه به لحظه و بودن در لحظه حاضر.
- ۳- توجه به احساس‌ها و افکار خود و گسترش آنها و پذیرش افکار و احساس‌های ناخوشایند.
- ۴- مهارت‌های پاسخگویی به فکر یا احساس ناخوشایند.
- ۵- جلوگیری از تداوم و تشدید افکار منفی.
- ۶- تغییر عادات قدیمی فکر کردن، مانند شناخت امور روزمره خودکار، بی‌انگیزه بودن در کارها، بی‌نتیجه دانستن کارها،

قرار گرفت. عبارات مقیاس را پنج روانشناس ارزیابی کردند و بازخوردها در شکل نهایی مقیاس اعمال شدند. در نمونه اولیه شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر (۶۵ نفر)، همبستگی بین نمرات DAS و نمرات افسردگی معادل ۰/۶۵ در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۰۱ به دست آمد. این ضریب همبستگی می‌تواند معیاری برای روایی همگرا در نظر گرفته شود. ضمناً برای محاسبه پایایی آزمون - بازآزمون، همبستگی بین طبقه‌ای ضریب معادل ۰/۷۶ را نشان داد.

پرسشنامه افکار خودآیند^۱ (ATQ): این پرسشنامه آزمونی است برای ارزیابی فراوانی اظهارات منفی خودآیند درباره خود که به وسیله کندال و هولون به منظور ارزیابی شناختی خودافشایی در افسردگی ساخته شده است. ثبات درونی این پرسشنامه با ضریب آلفای ۰/۹۷ بسیار خوب است (هولون^۲ و کندال^۳، ۱۹۸۰). متأسفانه محققان به نسخه‌های فارسی اعتباریابی شده این مقیاس دست نیافتند و لذا، ترجمه و اعتباریابی مقدماتی آنها در دستور کار قرار گرفت. عبارات مقیاس را پنج روانشناس ارزیابی کردند و بازخوردها در شکل نهایی مقیاس اعمال شد. برای دستیابی به معیاری برای روایی این مقیاس، ضریب همبستگی بین نمرات این مقیاس و میزان افسردگی در نمونه اولیه شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر محاسبه شد که به ترتیب ضرایب ۰/۶۷ و ۰/۷۴ (در سطح معنی‌داری کمتر از ۰/۰۰۱) را برای باور به افکار خودآیند و فراوانی آن نشان داد. این ارقام می‌تواند به عنوان روایی همگرا در نظر گرفته شوند. همچنین همبستگی بین طبقه‌ای بین نمرات گروه کنترل در مراحل اول و دوم، ضرایب ۰/۷۶ و ۰/۸۸ را به ترتیب برای باور به افکار خودآیند و فراوانی آن نشان داد که می‌تواند معیاری برای پایایی در نظر گرفته شود.

پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت‌نگاشتی: این پرسشنامه اساساً برای جمع‌آوری منظم (سیستماتیک) اطلاعات فردی آزمودنی‌ها تنظیم شد و شامل سن، جنس، تحصیلات، تأهل و سابقه بیماری جسمی و روانی بود.

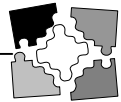
تحلیل داده‌ها. هر یک از متغیرها، به طور جداگانه با آزمون آماری تحلیل واریانس دوطرفه (جلسه: ۵ × گروه: ۲) با اندازه‌های تکراری تجزیه و تحلیل شدند؛ به گونه‌ای که عامل گروه

1- Automatic Thought Questionnaire (ATQ)

2- Hollon

3- Kendall

4- recovery rate



یافته‌ها

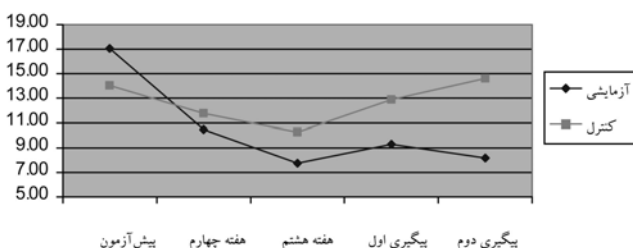
برای آزمون این فرض که «شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، باعث کاهش و پیشگیری از نگرش ناکارآمد، افکار منفی، اضطراب و افسردگی می‌شود» از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری به طور جداگانه برای هر یک از متغیرهای مورد نظر استفاده شد.

این آزمون آماری برای متغیر افسردگی (BDI) نشان می‌دهد که تعامل دو عامل آموزش و گروه ($F(2/76) = 5/50, p < 0/01$) و نیز اثر متغیر آموزش بین جلسه‌ها در کاهش نمرات افسردگی از نظر آماری معنی‌دار است ($F(2/76) = 10/46, p < 0/001$). آزمون تکمیلی تحلیل واریانس برای هر یک از گروه‌ها، فقط برای گروه آزمایشی معنی‌دار بود ($F(2/75) = 5/60, p < 0/001$). (شکل ۱).

شکل ۱ نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در مرحله اول آزمون بیش از گروه کنترل بوده و در آزمون‌های بعدی کاهش پیدا کرده است.

شکل ۲، معنی‌دار بودن اثر تعاملی درمان (آموزش) و گروه را نشان می‌دهد که گویای کاهش میزان اضطراب آزمودنی‌ها در دوره درمان و نیز دوره پیگیری ۶۰ روزه است ($F(2/42) = 4/09, p < 0/01$). آزمون آماری تکمیلی نشان داد که میزان اضطراب فقط در گروه آزمایشی کاهش معنی‌دار داشته است ($F(2/75) = 5/60, p < 0/01$).

شکل ۲ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش در مرحله اول بیشتر از گروه کنترل بوده، ولی در آزمون‌های بعدی به ترتیب، کاهش یافته است.



شکل ۱- میانگین نمرات افسردگی گروه‌های آزمایشی و کنترل در پنج مرحله

فرار یا اجتناب از افسردگی یا موقعیت‌های سخت زندگی، آرزوی فوق‌العاده داشتن و مقایسه همیشگی وضعیت موجود خود با وضعیت دلخواه.

۷- آگاه شدن از علائم هشدار دهنده افسردگی.

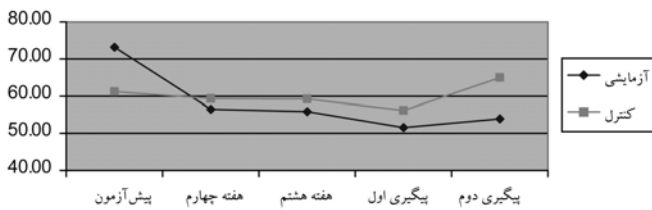
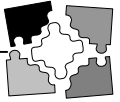
۸- آگاهی از تغییرات کوچک خلق.

موضوع جلسات اول تا چهارم شامل این موارد بود: یادگیری پرداختن به مقوله توجه و انجام امور روزمره در حین توجه آگاهانه؛ پی بردن به ذهن سرگردان؛ کنترل ذهن سرگردان با تمرین مرور بدن؛ استفاده از روش آرامش بخشی عمیق یا مدیتیشن، ذهن آگاهی تنفس و ...

موضوع جلسات پنجم تا هشتم هم این موارد را در بر می‌گرفت: ادامه تمرین‌های قبلی، آگاهی کامل از افکار و احساس‌ها و پذیرفتن آنها؛ تغییر خلق و افکار؛ هوشیاری نسبت به نشانه‌های افسردگی؛ برنامه‌ریزی و انجام عمل خاص. در پایان هر جلسه فرم یادداشت تکالیف خانگی در اختیار شرکت کنندگان قرار می‌گرفت. همچنین کتاب - نوار آرامش در ژرفا (بهداران و پورناصح، ۱۳۸۲) برای تمرین آرامش عمیق در جلسات و بین جلسات به آزمودنی‌ها داده می‌شد.

شیوه اجرا

تعداد جلسات آموزشی برای گروه آزمایش، هشت جلسه دو ساعته آموزش گروهی بود که هفته‌ای یک‌بار برگزار می‌شد. در ابتدای جلسات اول، چهارم و هشتم شرکت کنندگان (گروه آزمایشی) آزمون‌ها و پرسشنامه‌های مورد نظر را تکمیل کردند. آزمون مرحله چهارم (پیگیری اول) به منظور بررسی پیشگیری از اضطراب و افسردگی موقع امتحان‌های پایان ترم دانشجویان (دو هفته بعد از آزمون مرحله سوم) اجرا شد. آزمون مرحله چهارم، ۶۰ روز پس از آزمون مرحله سوم گرفته شد. آزمون‌ها و مقیاس‌ها را آموزش دهنده در اختیار آزمودنی قرار می‌داد و سپس جمع‌آوری می‌کرد. دستورالعمل جلسات بر اساس راهنمای کتاب «شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای افسردگی» (سگال و همکاران، ۲۰۰۲) و مطالعه پیش تحقیق تنظیم شد.



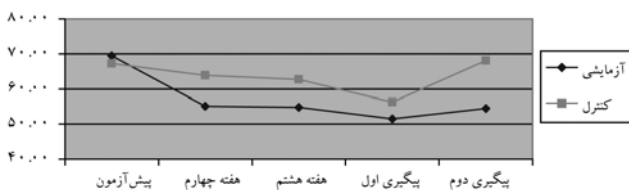
شکل ۴- میانگین فراوانی افکار خودآیند در گروه‌های آزمایشی و کنترل در پنج مرحله

همچنین، بر اساس شکل ۵، عامل MBCT به لحاظ آماری بر کاهش میزان باور به افکار خودآیند منفی یک اثر اصلی داشته است ($F(3/88)=2/61, p<0/05$). بر اساس آزمون آماری تکمیلی، تفاوت در میزان باور به افکار خودآیند در گروه آزمایشی معنادار بوده است ($F(2/50)=3/90, p<0/01$). نمودار ۵ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش در مرحله اول بیشتر از گروه کنترل بوده ولی به ترتیب در آزمون‌های بعدی به ترتیب کاهش یافته است.

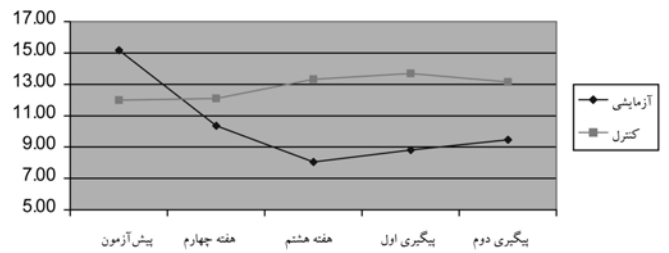
میزان تأثیر درمان (آموزش) و نسبت بهبود

جدول ۲ نشان دهنده نسبت بهبود متغیرهای مورد نظر در آخرین جلسه (جلسه هشتم)، پیگیری اول و پیگیری دوم در دو گروه آزمایشی و کنترل است. همچنین جدول ۳ میزان تأثیر درمان بر نمرات مقیاس‌ها در گروه آزمایشی، در مقایسه با گروه کنترل را نشان می‌دهد.

با توجه به جدول ۲، نسبت بهبود در گروه آزمایشی در هر سه مرحله بیش از گروه کنترل است، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش افسردگی و اضطراب و کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند افسردگی‌زا می‌شود.



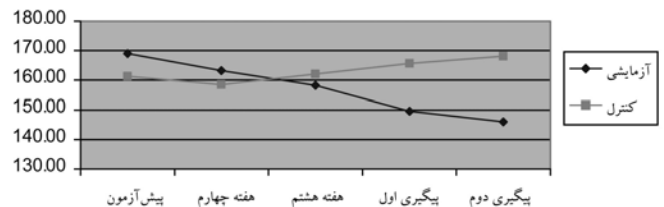
شکل ۵- میانگین میزان باور به افکار خودآیند در گروه‌های آزمایشی و کنترل در پنج مرحله



شکل ۲- میانگین نمرات اضطراب گروه‌های آزمایشی و کنترل در پنج مرحله

شکل ۳ نشان می‌دهد که آزمون آماری برای متغیر نگرش ناکارآمد (DAS) نمایانگر آن است که از نظر آماری تعامل دو عامل آموزش و گروه ($F(2/83)=8/23, p<0/01$) و نیز تأثیر آموزش بر کاهش نگرش ناکارآمد آزمودنی‌ها معنی‌دار می‌باشد. آزمون آماری تکمیلی نشان‌دهنده تفاوت در نگرش ناکارآمد در گروه آزمایشی است ($F(2/38)=8/31, p<0/01$). شکل ۳ حاکی از آن است که میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش در مرحله اول، بیش از گروه کنترل بوده، ولی در مراحل بعدی نمرات کاهش پیدا کرده است.

این آزمون آماری برای متغیر افکار خودآیند (ATQ) در دو بخش فراوانی افکار و میزان باور به افکار خودآیند نشان می‌دهد که تعامل دو عامل آموزش و گروه ($F(3/28)=3/44, p<0/01$) و نیز اثر متغیر آموزش بین جلسات در کاهش فراوانی افکار خودآیند منفی از نظر آماری معنی‌دار است ($F(3/28)=4/67, p<0/01$) (شکل ۴). آزمون آماری تکمیلی نیز نشان داد که فراوانی افکار خودآیند منفی در طی مراحل مختلف درمان در گروه آزمایشی به طور معنی‌دار کاهش یافته است ($F(2/83)=7/13, p<0/01$).



شکل ۳- میانگین نمرات نگرش ناکارآمد گروه‌های آزمایشی و کنترل در پنج مرحله



جدول ۲- نسبت بهبود شاخص‌های پنجگانه در دو گروه آزمایشی و کنترل

ابزار	هفته هشتم آزمایشی (کنترل)	پیگیری اول آزمایشی (کنترل)	پیگیری دوم آزمایشی (کنترل)
BDI	۰/۵۵ (۰/۲۷)	۰/۴۶ (۰/۰۸)	۰/۵۲ (۰/۰۴)
BAI	۰/۴۶ (۰/۱۱)	۰/۴۲ (۰/۱۴)	۰/۳۸ (۰/۱۰)
DAS	۰/۰۷ (۰/۰۱)	۰/۱۲ (۰/۰۳)	۰/۱۴ (۰/۰۴)
ATQF	۰/۲۴ (۰/۰۳)	۰/۳۰ (۰/۰۸)	۰/۲۳ (۰/۰۶)
ATQB	۰/۲۱ (۰/۰۷)	۰/۲۶ (۰/۱۶)	۰/۲۲ (۰/۰۱)

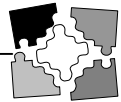
جدول ۳- میزان تأثیر درمان (تفاوت میانگین‌ها) بر نمرات مقیاس‌ها در دو گروه آزمایشی و کنترل

ابزار	هفته هشتم		پیگیری اول		پیگیری دوم	
	آزمایشی (کنترل)	t	سطح معنی داری	آزمایشی (کنترل)	t	سطح معنی داری
BDI	۹/۲۱ (۲/۱۷)	۲/۹۱	۰/۱	۷/۷۴ (۰/۴۸)	۳/۲۰	۰/۱
BAI	۶/۸۴ (۰/۴۳)	۲/۵۸	۰/۰۵	۵/۷۹ (۰/۵۷)	۲/۴۸	۰/۰۵
DAS	۱۰/۵۸ (۰/۶۵)	۱/۳۱	ns	۲۱/۰۵ (۰/۹۱)	۲/۹۵	۰/۰۱
ATQF	۱۸/۷۴ (۰/۳۵)	۲/۶۹	۰/۰۵	۲۲/۰۵ (۵/۱۷)	۲/۷۰	۰/۰۵
ATQB	۱۳/۷۴ (۶/۳۵)	۰/۸۴	ns	۱۸/۵۳ (۱۲/۴۴)	۰/۸۸	ns

بحث

پژوهش حاضر کوشید تا در چهارچوب یک روش‌شناسی معتبر مبتنی بر کارآزمایی عرصه‌ای، چند فرضیه مربوط به تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود افسردگی، اضطراب، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی و همچنین پیشگیری از بروز آنها را بیازماید. جست‌وجوی پژوهشگران نشان می‌دهد که پژوهش حاضر اولین پژوهش در نوع خود است که به بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در ایران پرداخته است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که جلسات هشتگانه «شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» توانسته است به طور شایان توجهی از میزان افسردگی و اضطراب شرکت‌کنندگان در دوره درمانی بکاهد، به گونه‌ای که این کاهش در دو مقطع زمانی پس از درمان، در زمان امتحانات پایان ترم و ۶۰ روز پس از پایان درمان، قابل مشاهده است. همگام با کاهش افسردگی و اضطراب، شدت و فراوانی افکار خودآیند و نگرش ناکارآمد نیز کاهش یافته است.

درمان شناختی-رفتاری برای افسردگی (بک و همکاران، ۱۹۷۹) در خلال دوره افسردگی اجرا می‌شود و به نظر می‌رسد در کاهش میزان عود و بازگشت بیماری مؤثر باشد. یافته‌ها در این زمینه نشان می‌دهند که احتمالاً تغییر در افکار خودآیند منفی و کسب مهارت‌های شناختی می‌تواند در پیشگیری از عود دخیل باشد. در اصل، به طور نظری MBCT می‌تواند اثر پیشگیرانه درمان را افزایش دهد (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). این نکته با نتایج حاضر در مورد تأثیر درمان MBCT بر کاهش افکار خودآیند منفی و نگرش ناکارآمد، تأیید می‌شود. آن‌گونه که در متون قدیمی‌تر آمده است، در واقع به نظر می‌رسد ذهن آگاهی از طریق آموزش کنترل توجه^۱ مؤثر واقع شود (تیزدیل و همکاران، ۱۹۹۵). در اصل، فرض این است که آسیب‌پذیری در مقابل عود و بازگشت افسردگی، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود-ایرادگیر و ناامیدانه تفکر است که به نوبه خود به



اطلاعات اختصاصی و دقیق دچار اشکال شود و مواد مورد نیاز حل مسئله را در دسترس نداشته باشد، فرد نمی‌تواند فرآیند حل مسئله را به پایان برساند. مک‌لین^{۱۱} (۱۹۷۶) مسئله‌گشایی معیوب را نقطه مرکزی ساختار شناختی افسرده‌ها می‌داند. این فرض پیش از مک‌لین و پس از او نیز تأکید شده است (کلرمن^{۱۱} ۱۹۷۴؛ پیکل^{۱۲}، پروسوف^{۱۳} و میرز^{۱۴}، ۱۹۷۵؛ بک و همکاران، ۱۹۷۹). در واقع به نظر می‌رسد تمرین‌های MBCT با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حاضر (مثلاً از طریق تمرکز بر تنفس) و برگرداندن توجه به زمان حاضر، بر سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات اثر می‌گذارد.

یکی از برتری‌های روش به کار گرفته شده در این تحقیق، «گروهی برگزار شدن» آن است. راهبرد گروهی درمان MBCT بیشتر از درمان‌های فردی مقرون به صرفه است؛ هم به لحاظ هزینه‌های مادی و هم با توجه به اثربخشی در واحد زمان. با توجه به محدودیت درمان‌های روانی تخصصی در جامعه ما، این شیوه درمان می‌تواند مشکل‌گشا باشد.

از دیگر برتری‌های روش مورد استفاده در این تحقیق، کاربردی بودن آن در دوره بهبود است. از آنجا که در روش MBCT، بر خلاف رفتار درمانی شناختی، بر تغییر درون‌مایه و معانی خاص افکار خودآیند منفی آشکارا تأکید نمی‌شود، آموزش آن همراه با استفاده از تجارب زندگی روزمره می‌تواند در مرحله بهبود به کار گرفته شود.

پژوهش حاضر از آنجا که اولین تلاش در جامعه ایران به حساب می‌آید، بر نمونه غیربالینی متمرکز شد. با توجه به نتایج مثبت این تحقیق، جهت‌گیری کارهای بعدی می‌تواند به سوی نمونه‌های بالینی با تشخیص افسردگی و اضطراب باشد. باید توجه داشت که از روش MBCT قبلاً هم برای گروه‌های غیربالینی استفاده شده است (اسکلن، ۲۰۰۴). اساساً قبل از به کارگیری هر روش جدید، به لحاظ اخلاقی بهتر است اول آن را در نمونه

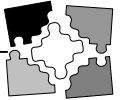
تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد (سگال، ویلیامز، تیزدیل و گمار^۱، ۱۹۹۶).

بر اساس این فرض، کسانی که در گذشته افسرده بوده‌اند، به لحاظ الگوی تفکر از کسانی که هرگز افسرده نبوده‌اند، متفاوت هستند. به این ترتیب، با وجود الگوی معیوب تفکر، همواره احتمال دارد در اثر گرفتگی خفیف خلق و در نتیجه بازفعالی الگوی تفکر، فرد وارد دوره جدیدی از افسردگی شود. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه، جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش دهد. در تحقیق حاضر، نتایج مرحله پیگیری مبنی بر پایدار بودن تأثیر درمان پس از گذشت دو ماه، پشتیبان این توضیح است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش اسکلمن (۲۰۰۴) و همچنین یافته‌های کارلسون^۲، اورسالیاک^۳، گودی^۴، آنکن^۵ و اسپکا^۶ (۲۰۰۱) همخوانی دارد.

برخی مطالعات نشان می‌دهند که MBCT از کلی‌گرایی^۷ در بازخوانی حافظه سرگذشتی^۸ می‌کاهد (تیزدیل و همکاران، ۲۰۰۰). به نظر می‌رسد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌ای خالی از قضاوت، موجب کدگذاری اختصاصی‌تر اطلاعات در حافظه سرگذشتی می‌شود که به نوبه خود می‌تواند بازخوانی اختصاصی‌تر از حافظه را به همراه داشته باشد.

در واقع، تحقیقات نشان می‌دهند که افسرده‌ها (کسانی که افکار خودکشی دارند یا اقدام به خودکشی کرده‌اند) در پاسخ به محرک‌واژه‌ها، اطلاعات را به صورت کلی‌گرایانه یادآوری می‌کنند (ویلیامز و برودبنت^۹، ۱۹۸۶؛ کاویانی، رحیمی درآباد و نقوی، ۲۰۰۵؛ کاویانی، احمدی‌ابهری، دهقان و همکاران، ۱۳۸۱؛ کاویانی، احمدی‌ابهری، نظری و همکاران، ۱۳۸۱). همچنین برخی مطالعات نشان داده‌اند که بین میزان کلی‌گرایی در بازخوانی حافظه سرگذشتی و کارایی مسئله‌گشایی یک همبستگی منفی وجود دارد (کاویانی، رحیمی درآباد، کامیار و نقوی، ۲۰۰۳؛ کاویانی و همکاران، ۲۰۰۵؛ کاویانی و رحیمی، ۱۳۸۱). در اصل، احتمالاً کلی‌گرایی در بازخوانی حافظه، بر قدرت حل مسئله اثر ناتوان‌ساز دارد. به بیان دیگر، فرد برای حل مسائل زندگی خود از بانک اطلاعاتی شخصی خود سود می‌برد و چنانچه این منبع در پس‌داد

1- Gemar	2- Carlson
3- Ursuliak	4- Goodey
5- Angen	6- Speca
7- overgenerality	8- autobiographical memory
9- Broadbent	10- McLean
11- Klarmann	12- Paykel
13- Prusoff	14- Myers



غیرآزمایشی در معرض عوامل غیراختصاصی درمان قرار گیرند. همچنین، به دلیل محدودیت‌های این تحقیق، از جمله وقت دانشجویان و محدودیت‌های اجرایی محیط خوابگاه‌ها و بالا بودن احتمال ریزش نمونه، به خصوص در گروه کنترل، دوره پیگیری کوتاه (حداکثر دو ماه) بود، در حالی که در تحقیقات بعدی می‌توان این دوره را طولانی‌تر نمود.

سپاسگزاری

آزمودنی‌ها برای بهره‌گیری از روش MBCT به طرح ما پیوستند، اما بی‌شک، حضور آنها نفع فراگیرتری نصیب جامعه کرد و آن، آزمون روایی این روش در جمعیت ایرانی بود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۸/۱۸؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۴/۱۰/۲۲

غیربالینی به کار گرفت و بعد از دستیابی به نتایج مثبت، آن را در نمونه بالینی استفاده کرد. هم‌چنین، با توجه به اینکه پژوهش حاضر به بررسی تعداد محدودی از دانشجویان یک مقطع تحصیلی (کارشناسی) پرداخته است، انجام پژوهش‌ها با نمونه‌های گسترده‌تر به نتایج تعمیم‌پذیرتر می‌انجامد. نکته دیگر آنکه هرچند شرایط مطلوب برای دو گروه مشابه بود اما به طور تصادفی، نمرات افرادی که در گروه آزمایشی جای داده شدند، در ابتدای آموزش بیشتر از گروه کنترل بود که این امر ناخواسته در جهت تأیید اثربخشی آموزش MBCT است.

از آنجا که در این تحقیق، گروه کنترل در معرض هیچ مداخله دارای عناصر غیراختصاصی درمان قرار نگرفت، ممکن است این ایراد به تحقیق حاضر وارد شود که در اثر عدم سنجش عوامل غیراختصاصی درمان، شاید آثار درمانی ناشی از عوامل اختصاصی نباشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود در تحقیقات بعدی گروه

منابع

- امینی، ف.، و فرهادی، ع. (۱۳۸۰). بررسی میزان شیوع اضطراب و افسردگی و تأثیر آن بر عملکرد تحصیلی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی لرستان. *ماهنامه همایش دانشجویان و بهداشت روانی*، ۸، ۲۷-۲۱.
- بهداران، ک.، و پورناصح، م. (۱۳۸۲). کتاب- *نوار آرامش در ژرفا*، تهران: انتشارات: مهر کاویان.
- تیزدیل، ج. (۱۳۸۰). *رابطه شناخت و هیجان: ذهن موقعیتی در اختلال‌های خلق*. در کتاب *دانش و روش‌های کاربردی رفتار درمانی شناختی* (ترجمه ح. کاویانی). تهران: پژوهشکده علوم شناختی.
- ضیائی، و.، معین‌الغربائی، م.، و مالکی‌نژاد، م. ح. (۱۳۸۰). بررسی وضعیت بهداشت روانی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران طی سال‌های ۷۳-۷۸. *طب و تزکیه*، ۴۳، ۳۳-۲۵.
- قاسم‌زاده، ح. (۱۳۷۸). *شناخت و عاطفه، جنبه‌های بالینی و اجتماعی*. تهران: انتشارات فرهنگان.
- کاویانی، ح.، احمدی ابهری، س. ع.، دهقان، م.، منصورنیا، م. ع.، خرمشاهی، م.، قدیرزاده، م. ر.، دادپی، ع.، و چهاردهی، ا. (۱۳۸۱). شیوع اختلال‌های اضطرابی در جمعیت ساکن شهر تهران. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۳، ۱۱-۴.
- کاویانی، ح.، احمدی ابهری، س. ع.، نظری، ه. ا.، و هرمزی، ک. (۱۳۸۱). شیوع اختلال‌های افسردگی در جمعیت شهر تهران، ۱۳۷۹. *مجله دانشکده پزشکی*، ۵، ۳۹۹-۳۹۳.
- کاویانی، ح.، و رحیمی، پ. (۱۳۸۱). مسئله‌گشایی در بیماران افسرده اقدام‌کننده به خودکشی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۴، ۳۰-۲۵.
- کاویانی، ح.، رحیمی، پ.، و نقوی، ح. ر. (۱۳۷۸ a). بررسی کمبودها در «بازخوانی از حافظه شخصی» در اقدام‌کنندگان به خودکشی. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۲ و ۱۶-۲۳.



- کاویانی، ح.، رحیمی درآباد، م.، و نقوی، ح. ر. (۱۳۷۸b). نقش «حافظه سرگذشتی» و «مسئله گشایی» در افسردگی و انگاره‌پردازی خودکشی. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، ۴، ۱۶-۸.
- کاویانی، ح.، و قاسم‌زاده، ح. ا. (۱۳۸۲). بررسی همبندی مرضی و همپوشانی علائم اختلال‌های افسردگی و اضطراب در جامعه ایران. *مجله دانشکده پزشکی*، ۳، ۱۷۷-۱۷۱.
- کاویانی، ح.، موسوی، ا. س.، و محیط، ا. (۱۳۸۰). مصاحبه و آزمون روانی. تهران: پژوهشکده علوم شناختی.
- کاویانی، ح.، و موسوی، ا. (زیر چاپ) روایی سنجی و پایایی یابی پرسشنامه اضطراب بک در فارس، *مجله دانشکده پزشکی*.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New Yourk: Guilford Press.

Beck, A. T., Epstein, N., & Harrison, R. (1983). Cognitions, attitudes and personality dimessions in depression. *British Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1 (1), 1-16.

Carlson, L. E., Ursuliak, Z., Goodey, E., Angen, M., & Specia, M. (2001). The effects of a Mindfulness meditation – based stress reduction program on mood and Symptoms of stress in cancer outpatients: 6-month follow-up. *Supportive Care in Cancer*, 9 (2), 112-23.

Hollon, S. D., & Kendall, P. (1980). Development of an automatic thoughts Questionnaire. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 383-395.

Kabat-Zin, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Dell Publishing.

Kaviani, H., Rahimi – Darabad, & Naghavi, H. R. (2005). Autobiographical memory retrieval and problem-solving deficits of Iranian depressed patients attempting suicide. *Journal of Psychopathology and Behavioural and Assessment*, 27, 39-44.

Kaviani, H., Rahimi, M., Rahimi-Darabad, P., Kamyar, K., & Naghavi, H. R. (2003). How autobiographical memory deficits affect problem-solving in depressed patients. *Acta Medica Iranica*, 41, 194-198.

Klarmann, G. L. (1974). Depression and adaptation. In R. J. Freidman & M. M. Katz (Eds.). *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*. PP. (127-156) New York: Wiley.

McLean, P. D. (1976). Depression as a specific response to stress. In J. G. Sarason & C. D. Speilberger (Eds.). *Stress and Anxiety*. Vol 3, PP. (297-323). Washington DC: Hemisphere.

Nierenberg, A. A., Peterson, T. J. & Alpert, J. (2003). Prevention of relapse and recurrence in depression: The role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64: sup 15.

Paykel, E. S. Prusoff, B. A. & Myers, J. K. (1975). Suicide attempts and recent life events: a controlled comparison. *Archives of General Psychiatry*, 32, 273-278.

Saenz, Z. S. (2003). Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT).

Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.

Segal, Z. V., Williams, J. M., Teasdale, J. D., & Gemar, M. (1996). A cognitive science perspective on kindling and episode sensitization in recurrent affective disorder. *Psychological Medicine*, 26, 371-380.

Schulman, P. (2004). Depression Prevention in adults. Schulman@psych.upenn. Edu.

Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition, and change: Re-modeling depressive thought*. London, Lawrence Erlbaum Associates Ltd.

Teasdale, J. D., & Segal, Z. V., & Williams, J. M. (1994). How does cognitive therapy prevent depression relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why shuld attentional control (mindfulness) training help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-625.

Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in attempted suicide patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149.