

اثر بخشی ذهن آگاهی بر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

یزدان نادری^۱، هادی پرهون^۲، جعفر حسنی^۳

و هاله صناعی^۴

ذهن آگاهی، نقش مهمی در متغیرهای مرتبط با اختلال افسردگی ایفا می‌کند. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. بدین منظور، طی یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل، ۳۰ بیمار مبتلا به اختلال افسردگی به صورت در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. گروهها قبل و بعد از مداخله و در مرحله ی پیگیری دو ماهه از نظر افسردگی، اضطراب و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش طی دو ماه تحت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفت. نتایج تحلیل واریانس مختلط نشان داد که مداخله ی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری موجب کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب و راهبردهای ناسازگارانه نظم‌جویی شناختی هیجان شده است. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر ذهن آگاهی با مورد هدف قرار دادن سازوکارهای درگیر در تغییر راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی می‌تواند روش مناسبی برای درمان و جلوگیری از عود این اختلال باشد.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، اختلال افسردگی

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی (MDD) یکی از شایع ترین اختلال‌های روانی است (آونولی، شلی، سونسن و همکاران، ۲۰۱۵؛ بنتلی، پاگالیان و سیمپسون، ۲۰۱۴؛ گودفرین و ون‌هرینگن، ۲۰۱۰). بار قابل ملاحظه ی هیجانی، اجتماعی و اقتصادی اختلال افسردگی اساسی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از

۱. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران (نویسنده ی مسول) yazdan.nr66@yahoo.com

۲. دپارتمان روان‌شناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، تهران، ایران

۳. دپارتمان روان‌شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، تهران، ایران

۴. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه امام خمینی واحد بین الملل قزوین، قزوین، ایران

یک سو و تخمین شیوع سالانه ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصد در جمعیت عمومی (هاسین، گودوین، سیمسون و همکاران، ۲۰۰۵)، همچنان افسردگی را در حوزه ی مسایل بهداشت روان به عنوان یکی از محورهای اساسی در پژوهش ها باقی نگه داشته است. مطالعات نشان داده است که علایم اضطرابی، همبودی بالایی با بیماری افسردگی اساسی دارد (آینا و سوسمن، ۲۰۰۶) و همین حضور اضطراب در کنار افسردگی می تواند بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی را بی ثبات کند، خطر خودکشی را افزایش دهد، باعث شود دوره ی بیماری، مدت بیشتری طول بکشد و یا بیمار به درمان ها کمتر پاسخ بدهد (پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی^۱، ۲۰۱۳).

از آنجا که راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان بخش مهمی از زندگی هر فرد را به خود اختصاص می دهد، تعجب آور نیست که آشفتگی در هیجان و تنظیم آن می تواند موجب آسیب های روانی شود (کیسلر و اولاتونجی، ۲۰۱۲). در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی یکی از ملاک های اختلال های روانی، بدتنظیمی در هیجان بیماران قلمداد شده است. راهبردهای ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان از قبیل نشخوارذهنی، سرزنش خود و فاجعه سازی رابطه ی معناداری با شدت علایم افسردگی دارد (گارنفسکی، کرایچ، لجرستی و کومر، ۲۰۰۲). پژوهش ها نشان می دهد که بیماران مبتلا به اختلال افسردگی قادر به بازدارای اطلاعات با بار منفی نیستند و از سوی دیگر سطوح تفکر منفی تکراری مثل نشخوار ذهنی را افزایش می دهند (جوورمن، ۲۰۱۰) که خود ممکن است در به کارگیری راهبردهای سازگارانه ی نظم جویی شناختی هیجان مانند بازاریابی تداخل ایجاد کند (اهرینگ، تاسچن-کافیر، اسپنولی فیسچرو همکاران، ۲۰۱۰) و باعث تداوم اختلال افسردگی شود (جوورمن، ۲۰۱۰).

داده های به دست آمده از پژوهشها، حاکی از نقش راهبردهای ناسازگارانه ی نظم جویی شناختی هیجان در تداوم اختلال افسردگی است. این داده ها مطرح می کند که اصلاح راهبردهای ناسازگارانه نظم جویی شناختی هیجان می تواند علایم اختلال افسردگی را کاهش دهد (برکین، ابرت، کوپچرز و هافمن، ۲۰۱۳). بدتنظیمی هیجانی یک عامل کلیدی در سبب شناسی اختلالات اضطرابی است (آمستادر، ۲۰۰۸). پژوهش های اخیر نشان داده است که افراد مضطرب در تنظیم هیجان های منفی خود دشواری های بیشتری دارند (بندر، رینولت، دان، ازبرن و همکاران، ۲۰۱۲). با توجه به اینکه هم علایم اضطرابی و هم راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان در سبب شناسی اختلال افسردگی اساسی مطرح

است (گارنفسکی، تیرد، کرایج و همکاران، ۲۰۰۲)، درمانی که بتواند بر این دو سازه ی زیربنایی اثر بگذارد احتمالاً می‌تواند هم در کاهش افسردگی و هم در جلوگیری از عود آن کارآمد باشد. در سال‌های اخیر، درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی^۱ (کابات‌زین، ۱۹۹۰) برای کاهش علائم استرس، اضطراب و افسردگی مطرح شده‌است (گولدین و گراس، ۲۰۱۰).

اگرچه مکانیزم‌های تغییر به اندازه ی کافی درک نشده‌است (روبینز و کلیو، ۲۰۱۲) ولی برخی از پژوهشگران معتقدند، راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان ممکن است یکی از فرایندهای زیربنایی اثربخشی این درمان باشد (گولدین و گروس، ۲۰۱۰). برخی هم معتقدند که بهبود افسردگی ممکن است بازتابی از بهبود مهارت راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و تغییر پاسخ هیجانی از طریق اصلاح فرایندهای شناختی-عاطفی بیماران باشد (گولدین و گروس، ۲۰۱۰؛ چمبرز، گولون و آلن، ۲۰۰۹). این روش می‌تواند تمایل عادت‌ی واکنش هیجانی و نشخوارذهنی در مورد افکار و احساسات بدنی گذرا و علائم افسردگی و اضطراب را کاهش دهد (رامل، گولدین، کارنا و همکاران، ۲۰۰۴؛ تیزدل، سگال، ویلیامز و همکاران ۲۰۰۰) و موجب اصلاح الگوهای تحریف شده ی بیماران از خود (گولدین، مانبر، حکیمی و همکاران، ۲۰۰۹) و افزایش رفتارهای خودتنظیمی (لیکینز و روت، ۲۰۰۹) شود. تغییر در نگرش‌ها و رفتارهای مرتبط با نظم‌جویی شناختی هیجان شامل کاهش ترس و افزایش تمایل به تجربه ی هیجان‌ها ممکن است مجموعه‌ای از این مکانیزم‌های تغییر باشد (روبینز و همکاران، ۲۰۱۲). شواهدی وجود دارد که درمان مبتنی بر ذهن آگاهی به طورمستقیم در توانایی شناختی افراد در کنترل نشخوارذهنی (رامل و همکاران، ۲۰۰۴)، توجه متمرکز بر خود و واکنش‌پذیری عادت‌ی در بافت افکار منفی (گولدین و همکاران، ۲۰۰۹) تاثیر می‌گذارد. با توجه به آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر پاسخ به این سوال بود که آیا درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی موجب تغییر در فرایندهای نظم‌جویی شناختی هیجان و علائم اضطراب بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی می‌شود.

روش

پژوهش حاضر، یک پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود و جامعه ی آماری آن را تمامی بیماران زن مبتلا به اختلال افسردگی بیمارستان بقیه‌الله بود که در نیمه ی دوم سال ۱۳۹۲ برای درمان افسردگی خود مراجعه کرده و توسط روانپزشک، تشخیص اختلال افسردگی

اساسی دریافت کرده بودند. از این جامعه، ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و پس از اخذ رضایت کتبی، به صورت تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل کاربندی شدند. گروهها قبل، بعد و ۲ ماه بعد از اتمام پژوهش با سیاهه ی افسردگی بک^۱، پرسشنامه ی اضطراب بک^۲ و پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان^۳ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

سیاهه ی افسردگی بک (ویرایش دوم) شکل بازنگری شده ی پرسشنامه ی افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶) و شامل ۲۱ ماده است. نمره ی کل این پرسشنامه در دامنه ای از ۰ تا ۶۳ قرار می گیرد. این ویرایش در مقایسه با نسخه ی اول همخوانی بیشتری با معیار های DSM-IV دارد و تمام عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی بک مورد پوشش قرار می دهد. این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی هامیلتون، همبستگی ۰/۷۱ دارد و پایایی بازآزمایی یک هفته ای آن ۰/۹۱ است، همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۹۱ گزارش شده است. مشخصات روان سنجی این پرسشنامه در ایران مورد تایید قرار گرفته است (فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، ۲۰۰۵).

پرسشنامه ی اضطراب با ۲۱ ماده، ابزاری خودگزارشی برای اندازه گیری شدت اضطراب است. چهار گزینه ی هر سوال در یک طیف چهاربخشی از صفر تا سه نمره گذاری می شود. نمره ی کل این ابزار در دامنه ی صفر تا ۶۳ قرار می گیرد. در پژوهشی که کاویانی و موسوی (۲۰۰۸) روی جمعیت ایرانی (۱۵۰ بیمار مبتلا به اضطراب بالینی) انجام دادند، اعتبار و پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۲ و ۰/۹۲ گزارش کرده اند.

پرسشنامه ی نظم جویی شناختی هیجان توسط گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۷) یک ابزار خودگزارشی ۳۶ سوالی به منظور شناسایی راهبردهای شناختی مقابله ای افراد است. این پرسشنامه شامل ۹ خرده مقیاس معرف ۹ راهبرد نظم جویی شناختی هیجان است که به دو دسته ی سازگارانه شامل تمرکز مجدد مثبت ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز بر برنامه ریزی، پذیرش و دیدگاه گیری و ناسازگارانه شامل ملامت خویشتن، فاجعه سازی، نشخوار فکری و ملامت دیگران تقسیم می شود. نمرات بالا در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده ی بیشتر از راهبرد در مقابل وقایع تنش زا و منفی است. نسخه ی فارسی این پرسشنامه توسط حسنی (۲۰۱۰) هنجاریابی و اعتبار و پایایی آن مورد تایید قرار گرفته است.

1. The Beck Depression Inventory
2. Beck Anxiety Inventory
3. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-P)

شیوه ی اجرا

گروه آزمایش علاوه بر درمان دارویی، ۱۰ جلسه درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی را به صورت هفتگی دریافت کردند. گروه کنترل غیر از درمان دارویی، هیچ مداخله ی روان شناختی دریافت نکرد. چارچوب کلی جلسات هشتگانه ی درمان در جدول ۱ ارائه شده است:

جدول ۱. محتوای جلسات درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (کابات زین، ۲۰۰۳)

جلسه	محتوای جلسات
اول	معرفی / مقدمه، تشریح افسردگی؛ معرفی منطق درمان، هدایت خودکار: برقراری ارتباط و مفهوم سازی، لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی، ارائه ی توضیحاتی در مورد هدایت خودکار.
دوم	رویارویی با موانع: مرور تکلیف هفته ی گذشته، تمرین واریسی بدن، دادن پسخوراند و بحث در مورد واریسی بدن، تمرین مراقبه ی ذهن آگاهی تنفس.
سوم	حضور ذهن از تنفس: مرور تکلیف هفته ی گذشته، تمرین مراقبه ی نشسته، بازنگری تمرین، تمرین فضای تنفس سه دقیقه ای
چهارم	ماندن در زمان حال: مرور تکلیف، تمرین هفت دقیقه ای «دیدن یا شنیدن»، تمرین مجدد ذهن آگاهی تنفس و واریسی بدن
پنجم	اجازه / مجوز حضور: مرور تکلیف هفته ی گذشته، تمرین تنفس، مراقبه ی نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صدا، افکار)، توضیح پیرامون استرس و رابطه ی آن با درد، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس ها
ششم	افکار حقایق نیستند: مرور تکلیف هفته ی گذشته، یوگای هوشیارانه، بحث پیرامون متفاوت دیدن افکار یا افکار جانشین، مراقبه ی نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار).
هفتم	چطور می توانم به بهترین شکل از خودم مراقبت کنم: مرور تکلیف هفته ی گذشته، بهداشت خواب، تکرار تمرینات جلسه ی قبل، تهیه ی فهرستی از فعالیت های لذت بخش جلسه.
هشتم	پذیرش و تغییر: مرور تکلیف هفته ی گذشته، تمرین واریسی بدن، جمع بندی جلسات، واریسی و بحث در مورد برنامه ها و ادامه ی تمرینات تکلیف. آمادگی برای خاتمه

در این پژوهش به منظور بررسی تاثیر درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در علایم افسردگی اضطراب و نظم جویی شناختی هیجانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، از روش آماری تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. در این آزمون، زمان (نمرات آزمودنی ها در جلسات پیش آزمون پس آزمون و پیگیری) به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه (آزمایش و کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی ها وارد مدل شدند. مفروضه های آزمون تحلیل واریانس مختلط یعنی طبیعی بودن توزیع تساوی واریانس ها، فاصله ای بودن مقیاس اندازه گیری و انتخاب مستقل آزمودنی ها رعایت شد. داده ها با بیست و یکمین ویرایش نرم افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

مؤلفه های توصیفی نمرات آزمودنی ها در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی نمرات افسردگی، اضطراب و زیر مقیاس های نظم جویی هیجانی

گروه آزمون						گروه گواه						
پیش تست		پس تست		پیش تست		پس تست		پیش تست		پس تست		
S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	S	M	
۶/۱۲	۴۳/۹۳	۵/۹۴	۴۴/۰۹	۷/۸۰	۴۴/۸۰	۵/۵۲	۱۴/۵۳	۷/۵۶	۱۸/۸۰	۶/۱۳	۳۲/۸۶	۱
۷/۱۳	۲۷/۸۹	۶/۰۸	۲۸/۴۶	۶/۷۸	۲۷/۶۱	۸/۸۲	۱۴/۹۳	۶/۷۱	۱۵/۸۶	۷/۲۴	۲۸/۴۳	۲
۷/۰۱	۴۱/۹۳	۴/۹۹	۴۳/۲۶	۶/۲۲	۴۳/۴۶	۶/۲۷	۴۵/۸۶	۶/۲۹	۴۶/۲۶	۶/۲۰	۴۴/۴۰	۳
۷/۱۶	۵۲/۸۶	۶/۵۰	۵۳/۱۳	۸/۳۵	۵۳/۶	۴/۹۳	۳۶/۶۶	۵/۲۰	۳۴/۶۶	۵/۹۷	۵۰/۰۸	۴
۲/۳۰	۱۲/۶۰	۲/۵۰	۱۲/۲۰	۲/۲۸	۱۲/۳۳	۱/۶۸	۹/۸۶	۱/۹۹	۹/۵۳	۲/۵۲	۱۲/۶۰	۵
۱/۵۶	۱۱/۲۰	۱/۴۲	۱۰/۸۰	۲/۵۰	۱۱/۲۶	۱/۹۲	۱۰/۶۰	۲/۰۳	۱۰/۵۳	۱/۸۳	۱۰/۹	۶
۲/۴۴	۱۱/۵۳	۲/۳۰	۱۱/۹۳	۳/۳۱	۱۱/۶۶	۱/۹۷	۸/۴۰	۱/۹۵	۸/۳۳	۳/۱۸	۱۱/۸۰	۷
۲/۱۵	۱۰/۵۰	۲/۸۱	۱۰/۴۳	۲/۷۷	۱۰/۴۱	۲/۶۷	۱۰/۳۳	۲/۵۲	۱۰/۴۰	۲/۸۷	۱۰/۰۸	۸
۱/۵۴	۱۰/۴۶	۱/۶۲	۱۰/۸۳	۱/۷۶	۱۰/۶۰	۱/۸۸	۱۱/۴۰	۲/۳۸	۱۱/۴۳	۲/۳۶	۱۱/۱۳	۹
۱/۴۵	۱۰/۷۸	۱/۴۵	۱۰/۷۷	۲/۴۵	۱۰/۸۰	۲/۳۵	۱۲/۴۰	۲/۴۵	۱۲/۸۰	۲/۳۸	۱۰/۶۰	۱۰
۱/۹۹	۱۲/۸۶	۲/۲۸	۱۲/۹۳	۲/۴۶	۱۳/۴۰	۱/۹۳	۱۳/۴۶	۲/۴۵	۱۳/۶۶	۲/۴۳	۱۳/۷۳	۱۱
۲/۱۲	۱۱/۰۶	۱/۹۰	۱۰/۸۷	۲/۱۵	۱۰/۹۳	۱/۶۸	۹/۱۳	۱/۸۸	۹/۰۸	۲/۶۰	۱۱/۱۳	۱۲
۲/۱۶	۱۲/۴۶	۲/۳۶	۱۲/۲۰	۲/۶۶	۱۲/۳۳	۱/۴۵	۹/۶۰	۱/۹۹	۹/۶۶	۲/۶۵	۱۳/۰۶	۱۳

۱. افسردگی، ۲. اضطراب، ۳. راهبرد های سازگاران، ۴. راهبرد های ناسازگاران، ۵. ملامت خویش، ۶. پذیرش، ۷. نشخوارگری، ۸. تمرکز مجدد مثبت، ۹. تمرکز مجدد بر برنامه، ۱۰. ارزیابی مجدد مثبت، ۱۱. دیدگاه گیری، ۱۲. فاجعه سازی، ۱۳. ملامت دیگران

جدول ۳. نتایج تفاوت های بین گروهی برای افسردگی، اضطراب و نظم جویی شناختی هیجانی

منبع	آزمون	SS	MS	F	Sig	اثر
افسردگی	۱۴۴۰/۶۰	۱۴۴۰/۶۰	۱۶۱/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۸۵	
اضطراب	۱۱۴۶/۸۹	۱۱۴۶/۸۹	۵۶/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۸۳	
راهبرد های هیجانی ناسازگاران	۵۲۸/۰۶	۵۲۸/۰۶	۱۰۲/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۷۸	
ملامت خویش	۲۲/۸۱	۲۲/۸۱	۹/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۲۴	زمان گروه
نشخوارگری	۵۰/۴۱	۵۰/۴۱	۲۶/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۴۸	
ارزیابی مجدد مثبت	۱۲/۱۵	۱۲/۱۵	۸/۶۷	۰/۰۱	۰/۲۳	
فاجعه سازی	۱۷/۰۶	۱۷/۰۶	۱۵/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۳۵	
ملامت دیگران	۴۸/۶۰	۴۸/۶۰	۲۷/۳۶	۰/۰۰۱	۰/۴۹	
افسردگی	۱۰۹۲/۲۶	۱۰۹۲/۲۶	۱۲۲/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۸۱	
اضطراب	۳۰۸/۲۶	۳۰۸/۲۶	۷/۴۰	۰/۰۱	۰/۲۰	
راهبرد های هیجانی ناسازگاران	۵۱۶/۲۶	۵۱۶/۲۶	۹۹/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸	
ملامت خویش	۳۳/۷۵	۳۳/۷۵	۱۳/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲	
نشخوارگری	۳۶/۸۱	۳۶/۸۱	۱۹/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۴۰	
ارزیابی مجدد مثبت	۱۲/۱۵	۱۲/۱۵	۸/۶۷	۰/۰۱	۰/۲۳	
فاجعه سازی	۱۹/۲۶	۱۹/۲۶	۱۷/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸	
ملامت دیگران	۴۱/۶۶	۴۱/۶۶	۲۳/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵	

برای بررسی تفاوت میانگین‌ها از تحلیل واریانس مختلط چندمتغیری با رعایت مفروضه های آن استفاده شد. در تمامی متغیرهای این پژوهش، آزمون کرویت موجلی در سطح ۰/۰۵ معنادار نبود. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس و به گونه‌ای دقیق‌تر، شرط همگون بودن ماتریس کوواریانس اطمینان حاصل شد و از مدل اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. نتایج آزمون چند متغیره ی اثر هتلینگ نشان می‌دهد حداقل در یکی از متغیرهای وابسته هم در بعد زمان ($F=۳۳/۰۹$ ، $P<۰/۰۰۱$) و هم در بعد تعامل زمان و گروه ($F=۲۰/۵۱$ ، $P<۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی از مرحله پیش آزمون تا پیگیری و هم در پیش آزمون تا پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد که نشان از اثر بخشی برنامه‌ی درمانی حداقل در یکی از متغیرهای وابسته دارد. نتایج جدول ۳ اثر عامل زمان بر متغیرها و اثر تعامل زمان با گروه را نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان، کاهش علائم افسردگی و اضطرابی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی موثر است. نتایج حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های (گولدین و گراس، ۲۰۱۰؛ چمبرز و همکاران، ۲۰۰۹) هم‌خوان است. آنها اعتقاد دارند که این درمان، پاسخ‌های هیجانی بیماران افسرده را با اصلاح فرایندهای شناختی-عاطفی تغییر می‌دهد و باعث نمرات پایین‌تر در مشکلات نظم‌جویی شناختی هیجان، ترس و اجتناب از هیجان‌ها می‌شود. علاوه بر این، تمرین‌های ذهن آگاهی به بیماران افسرده کمک می‌کند تا از افکار خودآیند، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم رها شوند، از این روی می‌تواند نقش مهمی در نظم‌بخشی هیجان ایفا کند. بنابراین بهبود برخی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان بیماران افسرده در این پژوهش با توجه به مکانیزم‌های اثرگذاری درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن بر این راهبردها قابل تبیین است. به نظر می‌رسد، این درمان از طریق افزایش خلق مثبت مهارت‌های نظم‌جویی شناختی هیجانی افراد را بهبود می‌دهد (اندرسون لاوو، سگال و بیشوپ، ۲۰۰۷؛ دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۳) و با افزایش توجه، هوشیاری و پذیرش هیجان‌هایی که بر فرد عارض می‌شود و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجانی بیماران را تعدیل می‌کند (هولزل، کارمودی، وانگل و همکاران، ۲۰۱۱). به نظر می‌رسد که تمرین‌های ذهن آگاهی جلوی تقویت اجتناب هیجانی پیشین را می‌گیرد. تمرین‌های ذهن آگاهی، بافتی را برای بیماران فراهم می‌کنند که در آن می‌توانند ارتباط‌های

جدید منفی کمتری را نسبت به تجربه هیجان‌ها پرورش دهند و ارتباط‌های منفی و بازدارنده ی قدیمی را خاموش کنند (تونیتو و انگویین، ۲۰۰۷).

همان‌طور که مطرح کردیم رویکرد ذهن آگاهی تمرکززدایی بیماران از قضاوت روی افکار، هیجان‌ات و احساسات بدنی ناراحت‌کننده را تسهیل می‌کند. در این روش، به بیماران افسرده آموزش داده می‌شود که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند بجای آن‌که آن‌ها را قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. همین نگرش می‌تواند باعث عدم تشدید الگوی نشخوارذهنی بیماران افسرده شود (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۰). ملامت دیگران یک راهبرد ناسازگارانه ی نظم‌جویی شناختی هیجان است که تاثیرات مخربی روی خلق افراد دارد، ملامت دیگران در مقابل بازاریابی مثبت به عنوان راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان با علایم افسرده‌خویی ارتباط مستقیم و قوی‌تری دارد به طوری که ملامت کردن دیگران موجب برافروختگی بیشتر خشم در بیماران افسرده شده و آن‌ها را در ارتباطات بین‌فردی بیشتر از پای در می‌آورد (لینچ، چاپمن، روزنتال و همکاران، ۲۰۰۶) در حالی که آموزش راهبردهای ذهن آگاهی و هوشیاری از هیجان‌ات ناراحت‌کننده در بافت تعارضات بین‌فردی به بیماران کمک می‌کند تا از راهبردهای سازگارانه‌تری استفاده کنند. می‌توان گفت که تمرین‌های ذهن آگاهی نه تنها به «شروع سازنده» رابطه ی بین‌فردی بیماران کمک می‌کند بلکه حتی به بیماران کمک می‌کند تا گرفتار «قضاوت کردن در مورد دیگران» نشوند. این یافته با نتیجه ی پژوهش (هاستون، گارلند و فارب ۲۰۱۱) هم‌خوان است. برخی از پژوهش‌ها (اسچروپورز، گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۷) حاکی از همبستگی منفی ذهن آگاهی با راهبرد فاجعه‌سازی است. جهت کاهش از فاجعه‌سازی لازم است افراد از قضاوت و پیش‌داوری کردن فاصله گرفته و احساسات و هیجان‌ات خود را آن‌گونه که وجود دارد، درک کنند تا پاسخ‌های شدید هیجانی کاهش یابد (کابات‌زین، ۲۰۰۳). این همان راهبردی است که به خوبی در درمان MBSR به بیماران آموزش داده می‌شود. یافته‌های این پژوهش نشان داد که MBSR می‌تواند علایم اضطراب را در بیماران افسرده اساسی کاهش دهد. پژوهشگران معتقدند که احساسات و حالات فیزیولوژیکی نیز می‌تواند باعث اضطراب بیشتر و فراهم آوردن شواهد کاذب برای مضطرب کردن بیمار شوند و وقتی این شرایط برای بیمار اتفاق می‌افتد، بیمار از طریق آشفستگی بیشتر، اجتناب و اضمحلال هیجانی پاسخ می‌دهد که فقط اضطراب فرد را بدتر می‌کند. از این رو، اولین قدم در کمک به افرادی که دارای علایم اضطرابی هستند، این است که چرخه ی وقوع اضطراب را متوقف کنیم و سپس راه‌های محدودکننده ی تجربه ی اضطراب را از طریق جایگزین کردن عادت‌های جدید که

مبتنی بر افزایش عزت نفس و مهارت های آرام سازی از قبیل ذهن آگاهی است، تغییر دهیم (گولدین و گروس، ۲۰۱۰). درمان MBSR به بیماران مضطرب اجازه می دهد تا الگوهای تفکر عادت‌ی که مانع رسیدن افراد به یک زندگی با ثبات می شود را شناسایی کرده و از طریق جایگزینی راهبردهای نظم-جویی هیجانی سازگارانه تر این الگوهای عادت‌ی را اصلاح کنند. همچنین، درمان MBSR باعث تقویت پردازش سازگارانه تر افکار و هیجان‌هایی می شود که زیربنای مشکلات رفتاری و روان‌شناختی مرتبط با استرس و اضطراب است.

بدین وسیله از تمامی مسوولین بیمارستان بقیه الله (عج) به خصوص مسوولین بخش اعصاب و روان که تمهیدات لازم برای انجام پژوهش حاضر را فراهم نمودند و همچنین بیمارانی که به تیم پژوهشی اعتماد کردند، تشکر و قدردانی می کنیم.

References

- Aina, Y., & Susman, J. L. (2006). Understanding comorbidity with depression and anxiety disorders. *J Am Osteopath Assoc*, 106(5 Suppl 2), S9-14 .
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), *American Psychiatric Association*, Arlington.
- Amstader, Ananda. (2008). Emotion regulation and anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(2), 211 .doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.02.004>
- Anderson, Nicole D., Lau, Mark A., Segal, Zindel V., & Bishop, Scott R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(6), 449-463. doi : 10.1002/cpp.544
- Avenevoli, Shelli, Swendsen, Joel, He, Jian-Ping, Burstein, Marcy, & Merikangas, Kathleen Ries. (2014). Major Depression in the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates, and Treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 54(1), 37-44.e32. doi: 10.1016/j.jaac.2014.10.010
- Barlow, D. H. (1991). Disorders of emotion. *Psychological inquiry*, 2(1), 58-71 .
- Beak, A. T., steer R. A., & Brown, G. k. (1996). Beck Depression Inventory for measuring depression. *Arch Gen psychology*, 4, 561-571 .
- Bender, P. K., Reinholdt-Dunne, M. L., Esbjørn, B. H., & Pons, F. (2012). Emotion dysregulation and anxiety in children and adolescents: Gender differences. *Personality and Individual Differences*, 53(3), 284-288. doi :<http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2012.03.027>
- Bentley, S. M., Pagalilauan, G. L., & Simpson, S.A. (2014). Major Depression. *Med Clin*, 98(5), 981-1005 .
- Berking, M., Ebert, D., Cuijpers, P., & Hofmann, S. G. (2013). Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 82(4), 234-245. doi: 10.1159/000348448
- Chambers, Richard, Gullone, Eleonora, & Allen, Nicholas B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 560-572. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.005>
- Cisler, J. M., & Olatunji, B. O. (2012). Emotion regulation and anxiety disorders. *Curr Psychiatry Rep*, 14(3), 182-187. doi: 10.1007/s11920-012-0262-2
- Davidson, R. J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S. F., . . . & Sheridan, J. F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosom Med*, 564-570, 65(4).
- Ehring, T., Tuschen-Caffier, B., Schnulle, J., Fischer, S., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation and vulnerability to depression: spontaneous versus instructed use of emotion suppression and reappraisal. *Emotion*, 10(4), 563-572. doi: 10.1037/a0019010
- Fata, L., Birashk, B., Atif Waheed, M. K., & Dobson, K. (2005). By means of this scheme, the state of emotional and cognitive processing of emotional information. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*, 2, 20-25 .
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. H. (2002). The relationship between cognitive coping strategies and symptoms of depression, anxiety and sociality. *Aging Ment Health*, 1(2), 166-176 .

- Garnefski, Nadia, Teerds, Jan, Kraaij, Vivian, Legerstee, Jeroen, & van den Kommer, Tessa. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: differences between males and females. *Personality and Individual Differences*, 36(2), 267-276. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(03\)00083-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(03)00083-7)
- Garnefski, Nadia, & Vivian Kraaij. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 23(3), 141-149 .
- Godfrin, K. A., & van Heeringen, C. (2010). The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life :A randomized controlled study. *Behav Res Ther*, 48(8), 738-746. doi: 10.1016/j.brat.2010.04.006
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10(1), 83-91 .doi: 10.1037/a0018441
- Goldin, P. R., Manber, T., Hakimi, S., Canli, T., & Gross, J. J. (2009). Neural bases of social anxiety disorder: emotional reactivity and cognitive regulation during social and physical threat. *Arch Gen Psychiatry*, 66(2), 170-18 .doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2008.525
- Hasani, J. (2010). The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*, 2(3), 73-84.(Persian)
- Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F .(2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 62(10), 1097-1106. doi: 10.1001/archpsyc.62.10.1097
- Hölzel, Britta K., Carmody, James, Vangel, Mark ,Congleton, Christina, Yerramsetti, Sita M., Gard, Tim, & Lazar, Sara W. (2011). Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 191(1), 36-43. doi: 10.1016/j.psychresns.2010.08.006
- Huston, Daniel. C., Garland, Eric. L., & Farb, Norman, A. S. (2011). Mechanisms of Mindfulness in Communication Training. *Journal of Applied Communication Research*, 39(4), 406-421. doi: 10.1080/00909882.2011.608696
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cogn Emot*, 24(2), 281-298. doi: 10.1080/02699930903407948
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain and Illness*. New York: Delta Trade.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clinical psychology: Science and practice*, 10(2), 144-156 .
- Kaviani, H., & Mousavi, A. S. (2008). Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*, 66(2), 136-140 .(Persian)
- Lykins, L. B., & Ruth, A B. (2009). Psychological functioning in a sample of long-term practitioners of mindfulness meditation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(3), 226-241 .
- Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *J Clin Psychol*, 62(4), 459-480. doi: 10.1002/jclp.20243
- Ramel, Wiveka, Goldin, Philippe. R., Carmona, Paula. E., & McQuaid, John. R. (2004). The Effects of Mindfulness Meditation on Cognitive Processes and Affect in Patients with Past Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 28(4), 433-455. doi: 10.1023/B:COTR.0000045557.15923.96
- Robins, C. J., Keng, S. L., Ekblad, A. G., & Brantley, J. G. (2012). Effects of mindfulness-based stress reduction on emotional experience and expression: a randomized controlled trial. *J Clin Psychol*, 68(1), 117-131. doi: 10.1002/jclp.20857
- Schroevers, Maya, Vivian, K, & Garnefski, N. (2007). Goal disturbance, cognitive coping strategies, and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Personality and Individual Differences*, 43(2), 413-423 .
- 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. *J Consult Clin Psychol*, 68(4), 615-623 .
- Toneatto, T., & Nguyen, L. (2007). Does mindfulness meditation improve anxiety and mood symptoms? A review of the controlled research. *Can J Psychiatry*, 52(4), 260-266 .

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 35), pp. 17-26, 2014

The effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy (MBSR) on cognitive emotion regulation strategies and anxiety and depression rate in Patients with major depressive disorder

Naderi, Yazdan

Kharazmi University. Tehran, Iran

Parhoon, Hadi

Kharazmi University. Tehran, Iran

Hassani, Jafar

Kharazmi University. Tehran, Iran

Sanaei, Haleh

Imam Khomeini International University of Ghazvin. Ghazvin, Iran

Received: 01 Apr, 2014

Accepted: May 31, 2014

Mindfulness plays an important role in variables associated with depression. The aim of this study was to determine the effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy on cognitive emotion regulation strategies and anxiety and depression rate in patients with major depressive disorder. For this purpose, in a semi-experimental design with pre-test and post-test and control group, 30 patients with major depression were selected from available samples. They were assigned to two groups of experiment and control, randomly. The groups were evaluated in terms of depression, anxiety and cognitive emotion regulation strategies both before and after the intervention and in a two-month follow-up. The experimental group underwent two months of therapy based on mindfulness. The result of combined analysis of variance indicated that intervention based on mindfulness, significantly decreased depressive, anxiety and cognitive emotion regulation maladaptive strategies symptoms. It appears that mindfulness-based therapy, can be a good way to treat and prevent recurrence of the disorder by targeting the involved mechanisms in changing the cognitive emotional regulation strategies in patients with major depression.

Keywords: Mindfulness, cognitive emotional regulation strategies, depression disorder

Electronic mail may be sent to: yazdan.nr66@yahoo.com