MEJDS. 2018; 8:104.
Published online 2019 March. **Research Article**

Mindfulness Based Cognitive Therapy on Thinking Rumination in Patients suffering Major Depression Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder

Sarraj Khorrami A[1, 2], *Pasha R[3], Hafezi F[4], Bakhtiar Pour S[5], Eftekhar Z[6]

Author Address
1. PhD student of Psychology, Department of Psychology, Khuzestan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
2. PhD student of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
3. Associate Professor of psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
4. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
5. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
6. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Ira.
***Corresponding Author Email:** Associate Professor of psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran;
g.rpasha@yahoo.com

Received: 2017 Aug17; **Accepted:** 2017 Sep 4

Abstract

Background & Objective: Major depression and obsessive–compulsive disorders are one of the chronic and disabling disorders that affect the ability to experience normal mood, often causing impairment in the biological and environmental performance of the individual; effective factors must be known, recognized and controlled for treatment. One of the most influential factors is thinking rumination, which is involved in the onset and recurrence of these disorders. One of the most critical problems that are thinking rumination creates for people is their separation from reality and distance from here and now, which hurts their processing. Helping patients to put aside the past and live in now and here can be very helpful. One of the new therapies used for these disorders is Mindfulness–Based Cognitive Therapy. Mindfulness–Based Cognitive Therapy is designed to reduce the relapse of depression. In this therapy, individuals are taught to observe the thoughts and feelings without judgment by merely looking at the mental events that they are going through. In this approach, it is assumed that people learn how not to get stocked in rumination patterns. For the same reason, the purpose of the present research was to investigate the effect of mindfulness–based cognitive therapy on thinking rumination of people with depression and obsessive–compulsive disorders.

Methods: This study employed the two–group pretest–posttest quasi–experimental design. The sample consisted of 80 patients with major depressive and obsessive–compulsive disorders diagnosed according to the standards of DSM–5. The participants assigned to into experimental (20 depressive patients, 20 Obsessive–compulsive patients) and control (20 depressive patients, 20 Obsessive–compulsive patients) groups. The experimental group received eight sessions of 90–minute instruction in Mindfulness–Based Cognitive Therapy. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) was used to test the research hypotheses.

Results: The results of research showed that Mindfulness–Based Cognitive Therapy reduced thinking rumination in patients suffering from major depression ($F= 330.96$, $p<0.001$) and obsessive–compulsive ($F= 482.27$, $p<0.001$) at post–test level and ($F=362.32$, $p<0.001$) in patients suffering major depression and obsessive–compulsive ($F= 573.35$, $p<0.001$) at follow–up level.

Conclusions: Mindfulness–Based Cognitive Therapy plays an important role in treating mental disorders and the prevention of the onset and relapse of these disorders.

Keywords: Mindfulness–Based Cognitive Therapy, Thinking Rumination, Major Depression Disorder, Obsessive–Compulsive Disorder.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.60.5]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۷؛ (۸): ۱۰۴.

انتشار برخط اسفندماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر میزان نشخوار فکری افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی_ـ جبری

آذر سراج خرمی[۱و۲]، *رضا پاشا[۳]، فریبا حافظی[۴]، سعید بختیارپور[۵]، زهرا افتخار[۶]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛
۲. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛
۳. دانشیارگروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛
۴. استادیارگروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران؛
۵. استادیارگروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز،ایران؛
۶. استادیارگروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** g.rpasha@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۶ مرداد۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۳ شهریور۱۳۹۶

چکیده

زمینه و هدف: عوامل مختلفی در بروز و پیشرفت اختلال‌های خُلقی و اضطرابی تأثیر دارند که از عوامل مهم‌تر، نشخوار فکری است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر میزان نشخوار فکری افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی_ـ جبری انجام گرفت.

روش‌بررسی: طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون‌پس‌آزمون با گروه کنترل بود. حجم نمونه را ۸۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی_ـ جبری تشکیل دادند که طبق تشخیص روان‌پزشک و برحسب DSM-5 تشخیص داده شده بودند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ۴۰ نفر (۲۰ افسرده، ۲۰ وسواسی) و کنترل ۴۰نفر(۲۰ افسرده، ۲۰ وسواسی) قرار گرفتند. برای اجرا، ابتدا از هر دو گروه با استفاده از پرسشنامهٔ نشخوار فکری پیش‌آزمون گرفته شد. سپس، گروه آزمایش طی هشت جلسه با روش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، آموزش دیدند. بعد از اتمام جلسات پس‌آزمون در هر دو گروه اجرا و دو ماه بعد آزمون پیگیری انجام شد. جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکوا) استفاده گردید.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاکی‌از آن بود که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی_ـ جبری در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری شد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش پیش‌بینی می‌شود که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در درمان اختلالات روانی و پیشگیری از بروز و پیشرفت این اختلالات مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، نشخوار فکری، اختلال افسردگی اساسی، اختلال وسواسی_ـ جبری.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.60.5]

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵ ، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

۱ مقدمه

اختلال افسردگی اساسی[1] و وسواسی–جبری[2] دو اختلال روانی به‌شمار می‌روند که عوامل مؤثر بر بروز و تداوم آن‌ها به‌خوبی شناخته نشده‌اند. این اختلال‌ها با علائمی که به‌همراه دارند، مشکل زیادی در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی یا روابط فرد ایجاد می‌کنند (۱).

عوامل مختلفی در بروز اختلال‌های خُلقی و اضطرابی تأثیر دارند که از عوامل بسیار مهم ، نشخوار فکری[3] است. این نوع تفکر در برخی اختلال‌های هیجانی نظیر افسردگی، وسواس فکری–عملی، اضطراب فراگیر[4] و اختلال استرس پس از سانحه[5] مشاهده می‌شود (۲). مدل‌ها و تعریف‌های زیادی از نشخوار فکری ارائه شده است که نیرومندترین نظریه دراین‌باره، نظریهٔ سبک‌های پاسخ نالن‌هوکسما[6] است (۳). در این نظریه نشخوار فکری به‌عنوان تفکر تکرارشونده دربارهٔ علائم افسردگی و علل احتمالی و پیامدهای این علائم تعریف شده است (۴) که شدت و سیر افسردگی، پیامد نوع ارزیابی فرد از علائم افسردگی خود است؛ علاوه‌براین، نشخوار فکری، افسردگی را به‌واسطهٔ تفکر منفی، حل مسئلهٔ ناکارآمد، تداخل با رفتار هدفمند و کاهش حمایت اجتماعی تشدید و تداوم می‌بخشد (۵). نشخوار فکری در بیماری وسواس نیز، شامل افکاری هستند که به‌طور پایان‌ناپذیر مرور می‌شوند و به ناامیدی دربارهٔ آینده و ارزیابی‌های منفی دربارهٔ خود منجر می‌گردد (۶).

از مشکلات بسیار مهم که نشخوار فکری برای افراد ایجاد می‌کند، جداسازی آن‌ها از واقعیت و فاصله‌گرفتن از اینجا و اکنون[7] است که روی پردازش آن‌ها تأثیر منفی به‌جا می‌گذارد. شناسایی این سازه و کمک به بیماران در پیداکردن بینش دربارهٔ اینکه به‌جای گذشته در حال و اینجا زندگی کنند، فرایند واقعیت‌سنجی و درک کامل‌تر از وضعیت فعلی خود و اطرافیانش را تسریع می‌بخشد. این سازهٔ شناختی سهم بسزایی در تشدید و تداوم اختلال‌های خُلقی و اضطرابی بر عهده داشته و این موضوع نشان‌دهندهٔ اهمیت آن در فرایند درمان است (۷).

روش‌های مختلفی برای درمان اختلالات روانی استفاده شده که مهم‌تر از همه ، شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی است. شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، مفهوم ذهن‌آگاهی را با اصول نظریهٔ شناختی–رفتاری درهم می‌آمیزد. این رویکرد عناصری از درمان شناختی را دربرمی‌گیرد که باعث جداشدن دیدگاه فرد از افکارش می‌شوند، مثلاً اظهاراتی چون «من افکارم نیستم». شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی برای کاهش پیشرفت افسردگی طراحی شده است؛ بدین‌صورت که افراد در طی آن می‌آموزند افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را به‌سادگی به‌عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت‌وآمد هستند و جنبه‌هایی از خودشان لزوماً نمایانگر واقعیت نیست. در این رویکرد، فرض بر این است که افراد می‌آموزند چگونه در دام الگوهای نشخوار فکری خود نیفتند (۸).

شماری از پژوهش‌ها اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی را بر کاهش نشانگان وسواس فکری–عملی، کاهش نشخوار فکری و افسردگی، بهزیستی روانی، اضطراب و افسردگی و... نشان داده‌اند (۹، ۵، ۴، ۳).

کویکن و همکاران پژوهشی با هدف اثربخشی درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر جلوگیری از پیشرفت افسردگی راجعه انجام دادند. برای این منظور گروهی از بیماران را در گروه MBCT[8] و گروه دیگر را در دارودرمانی و گروه سوم را در کنترل قرار دادند. نتایج پژوهش حاکی‌از آن بود که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در جلوگیری از پیشرفت افسردگی از دارودرمانی بهتر بود و هم جلوی پیشرفت افسردگی را گرفت و هم بر کیفیت زندگی در ابعاد سلامت جسمی و روانی اثر داشت (۱۰). بارنهوفر و همکاران در مطالعه‌ای با هدف اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر افسرگی مزمن به این نتیجه دست یافتند که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی مزمن افراد مبتلا بسیار اثربخش بوده است (۱۱). در پژوهش دیگر نیز ذهن‌آگاهی رابطهٔ مستقیم و معکوس با نشخوار فکری و نشانه‌های افسردگی دارد (۱۲).

محمدپور و همکاران نیز در تحقیقی با عنوان مقایسهٔ اثربخشی دارودرمانی با شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در کاهش شدت علائم اختلال افسردگی اساسی دریافتند که هر دو درمان در بهبود افسردگی بیماران مؤثر است. درمان دارویی در کاهش علائم افسردگی اثرات بیشتری دارد؛ اما روش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی دارای اثرات درمانی پایدارتری است (۱۳).

طبق تحقیقات انجام‌شده، نشخوار فکری به‌عنوان مهم‌ترین مؤلفهٔ افسردگی شناخته شده است و با درنظرگرفتن این نکته که این مؤلفه در شکل‌گیری و تداوم و پیشرفت بسیاری از اختلال‌ها به‌ویژه افسردگی نقش دارد، لذا استفادهٔ بیش‌ازحد از آن، ممکن است مشخصهٔ تعداد زیادی از بیماری‌های روانی باشد و مدیریت آن‌ها ممکن است نقشی ویژه در درمان‌های حمایت‌کننده داشته باشد (۱۴). ازسوی‌دیگر، تاکنون درمان‌های روان‌شناختی مختلفی برای درمان افسردگی مانند شناخت‌درمانی بک و درمان بین‌فردی ایجاد شده و این درمان‌ها در کارآزمایی‌های مختلف اثرات درخورتوجهی را نشان داده‌اند؛ اما در اکثر مواقع این درمان‌ها در جلوگیری از پیشرفت مؤثر نبوده و بیماران گریبان‌گیر علائم باقی‌مانده‌ای مانند تداوم تفکر افسرده‌کننده و انزوای اجتماعی باقی می‌مانند (۱۵)؛ بنابراین، با افزایش چشمگیر هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی که امروزه در تمام جوامع موجود است، به درمان‌های کوتاه‌مدت و اثربخش‌تر توجه بیشتری می‌شود. درمان‌هایی که در زمان کوتاه‌تر دارای اثرات درمانی مشابهی با درمان‌های بلندمدت بوده و هزینه‌های مالی کمتری را برای درمان‌جویان دربردارند، درمقایسه با درمان‌های تحمیل‌کنندهٔ هزینه‌های زیاد به سیستم بهداشتی و بیماران، در اولویت قرار می‌گیرند. باتوجه به شیوع فراوان اختلال‌های

1. Major Depression Disorder
2. Obsessive- Compulsive Disorder
3. thinking rumination
4. General Anxiety Disorder
5. Post Tramautic Stress Disorder
6. Nolen Hoeksema
7. Here and Now
8. Mindfulness-Based cognitive Therapy

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.60.5]

خُلقی و اضطرابی و تأثیری که این اختلال‌ها بر عملکرد افراد دارند و همچنین با درنظرگرفتن این قضیه که شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ازجمله درمان‌های کوتاه‌مدت و مقرون‌به‌صرفه محسوب شده و در پژوهش‌های مختلف به بررسی درمان مذکور در اختلال‌های مختلف پرداخته شده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوار فکری و درمان مبتلایان به افسردگی و وسواس انجام شد.

۲ روش‌بررسی

مطالعهٔ حاضر طرحی نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون‌پس‌آزمون بود. در این پژوهش، شرکت‌کنندگان باتوجه به ضوابط اخلاقی کارآزمایی بالینی و اصول بیانیهٔ هلسینکی مجاز بودند تا درصورت بروز هرگونه ناراحتی و افزایش درد ناشی‌از روان‌درمانی، از پژوهش انصراف دهند. قبل از انجام پژوهش و به‌منظور حفظ حقوق انسانی، آزمودنی‌ها طبق قرارداد و رضایت‌نامهٔ کتبی وارد مطالعه شده و سپس با استفاده از روش جای‌گماری تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. متغیر وابسته میزان نشخوار فکری بیماران بود که در ابتدا از هر دو گروه در موقعیتی مشابه با استفاده از پرسشنامهٔ نشخوار فکری، پیش‌آزمون گرفته شد. گروه مداخله با روش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی (MBCT) در هشت جلسه (زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه) و گروه کنترل بدون دریافت هیچ‌گونه مداخله‌ای، بررسی شدند.

جامعهٔ آماری پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی–جبری بستری در مرکز نگهداری بیماران روانی مزمن شفا در شهرستان دزفول بود که توسط روان‌پزشک و براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌یافته ازجمله SID[1]، واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی و وسواسی–جبری تشخیص داده شده بودند. نمونهٔ پژوهش را ۸۰ نفر از جامعهٔ مذکور تشکیل دادند که به‌روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند (۲۰ نفر افسرده، ۲۰ نفر وسواسی در گروه آزمایش؛ ۲۰ نفر افسرده، ۲۰ نفر وسواسی در گروه کنترل).

معیارهای ورود شامل افرادی در محدودهٔ سنی ۲۰تا۷۰سالگی بود که حداقل یک‌سال سابقهٔ بستری داشتند و از ۳ ماه قبل از اجرای روند درمانی، تحت هیچ درمان روان‌شناختی دیگری قرار نگرفته بودند.

معیارهای خروج: بیمارانی که بعد از شروع مداخله، تحت مداخلات روان‌شناختی دیگری غیر از درمان مدنظر قرار گرفتند یا اینکه در حین جلسات درمانی طبق تشخیص روان‌پزشک مرکز، مبتلا به اختلال دیگری غیر از افسردگی و وسواس بوده، از نمونه حذف شدند.

ابزار استفاده‌شده در این پژوهش، پرسشنامهٔ نشخوار فکری[2] بود. این پرسشنامه را یوسفی در سال ۱۳۸۴ ساخت. مقیاس نشخوار فکری پنج‌خرده مقیاس دارد که عبارتست از: سردرگریبانی، سرزنش خود، نشخوار فکری علامت‌مدار، درون‌نگری و نشخوار فکری دربارهٔ نتایج افسردگی. این پرسشنامه دارای ۳۹ سؤال است. هر آزمودنی به سؤالات با مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (به‌هیچ‌وجه، تاحدودی، بیشتر اوقات، تقریباً همیشه) دربارهٔ تجربهٔ افکار یا احساسات خود در دو هفته گذشته پاسخ می‌دهد که هرکدام از یک تا چهار درجه‌بندی شده و نمرهٔ هر فرد با جمع این امتیازات به‌دست می‌آید. یوسفی به‌منظور بررسی پایایی و اعتبار و هنجاریابی پرسشنامهٔ نشخوار فکری، ۲۱۱ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان را به‌طور تصادفی انتخاب کرده و پرسشنامهٔ نشخوار فکری افسرده‌ساز را اجرا کرد. اعتبار هم‌زمان این آزمون از طریق اجرای آن با آزمون افسردگی بک و آزمون شادمانی آکسفورد سنجش شد. اعتبار سازه از طریق تحلیل عاملی به‌روش واریماکس صورت گرفت و اعتبار افتراقی از طریق همسانی درونی اجرای آزمون روی گروه افسرده (بالینی) و گروه غیربالینی بررسی شد. همسانی درونی آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه شد و پایایی پرسشنامه از طریق ضریب بازآزمایی به‌دست آمد. ضریب اعتبار هم‌زمان با آزمون بک (r=۰/۵۱) و با شادمانی آکسفورد (r=۰/۵۳) مشخص شد که هردو از لحاظ آماری معنادار بودند. نتایج نشان داد که این پرسشنامه از ثبات درونی بسیار خوبی با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ برخوردار است. همچنین، ضریب پایایی آلفای کرونباخ محاسبه‌شده در این پژوهش، ۰/۹۶ است (۱۶). لازم به‌ذکر است که در پژوهش حاضر نمرهٔ کل پرسشنامهٔ نشخوارفکری به‌منظور تجزیه‌وتحلیل مدنظر قرار گرفت.

به‌عنوان مداخله از راهنمای عملی شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی ساختهٔ سگال و ویلیامز و تیزدیل استفاده شد که توسط محمدخانی و همکاران (۱۷) ساخته شده است. این پروتکل درمانی شامل ۸ جلسه بوده و برنامهٔ درمان در هرجلسه به‌مدت ۹۰ دقیقه است (پس از ۴۵ دقیقه، ۵ دقیقه استراحت و سپس ۴۰ دقیقه مداخله) که با انجام تمرین‌های مرتبط با مداخلهٔ مدنظر و بحث دربارهٔ تمرین‌ها و بررسی تکالیف هرجلسه اجرا می‌شود. هدف جلسات در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات

جلسه	موضوع
اول	تعیین اهداف جلسه، تنظیم خط‌مشی کلی با درنظرگرفتن جنبهٔ محرمانه‌بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت شرکت‌کنندگان به تشکیل گروه‌های دو نفری و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه به‌عنوان یک‌واحد، تمرین خوردن کشمش، دادن پسخوراند و بحث دربارهٔ تمرین خوردن، تمرین وارسی بدنی، آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه، دادن بازخورد و بحث دربارهٔ وارسی بدنی، تمرین مراقبه وارسی بدنی برای ۶تا۷ روز، توزیع نوارها و جزوات جلسهٔ اول، اتمام کلاس با تمرکز بر تنفس کوتاه، برنامه‌ریزی و آماده‌سازی.

[1]. Structured Interview for DSM5

[2]. Thinking Rumination Questionnaire

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.60.5]

دوم	تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین و تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، مراقبهٔ نشسته ۱۰تا۱۵ دقیقه، توزیع جزوات جلسهٔ دوم، ارائهٔ تکالیف خانگی، مراقبهٔ وارسی بدنی ۶ بار در ۷ روز، تنفس با حضورذهن ۱۰تا۱۵دقیقه‌ای، ثبت وقایع خوشایند یا لذت‌بخش (هر روز)، حضور ذهن از فعالیت‌های عادی، برنامه‌ریزی و آماده‌سازی، پایان‌دادن به کلاس با قرارگرفتن در فضای تنفس.
سوم	تمرین دیدن یا شنیدن، تمرین مراقبه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳دقیقه‌ای، تهیهٔ فهرستی از وقایع ناخوشایند، آمادگی شخصی و برنامه‌ریزی، ارائهٔ تکالیف خانگی.
چهارم	تمرین پنج‌دقیقه‌ای «دیدن یا شنیدن»، ۴۰ دقیقه مراقبه‌ـآگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار، بازنگری تکلیف خانگی، فضای تنفس ۳دقیقه‌ای، تمرین مراقبهٔ نشسته، تعیین تکلیف خانگی، آمادگی فردی و برنامه‌ریزی (برای ماندن در زمان حال).
پنجم	چهل دقیقه مراقبهٔ نشسته‌ـآگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار، توجه به اینکه چگونه ما از طریق واکنش‌هایی که به افکار و احساسات یا حس‌های بدنی نشان می‌دهیم، با تجاربمان ارتباط برقرار می‌کنیم، بیان دشواری‌هایی که در طی انجام تمرین روی می‌دهد و توجه به تأثیرات آن‌ها بر بدن و واکنش به آن‌ها، بازنگری تمرین و تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن، تعیین تکلیف خانگی، فضای تنفس ۳دقیقه‌ایـ مقابله‌ای، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.
ششم	مراقبهٔ نشسته، بازنگری تکلیف خانگی، آماده‌شدن برای اتمام دوره، خلق، افکار و تمرین نظرات یا افکار جانشین، زمان تنفس و بازنگری آن، تعیین تکلیف خانگی، فضای تنفس ۳دقیقه‌ای مقابله‌ای، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.
هفتم	مراقبهٔ نشسته‌ـآگاهی از تنفس، بدن، صداها، سپس افکار، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهدهٔ ارتباط بین فعالیت و خُلق، تهیهٔ فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و فعالیت‌هایی که منجربه حس از عهده‌برآیی می‌شود، برنامه‌ریزی و تهیهٔ برنامه‌ای مناسب برای چنین فعالیت‌هایی، فضای تنفس ۳دقیقه‌ای به‌عنوان گام اول برای داشتن حضور ذهن، شناسایی نشانگان پیشرفت، شناسایی کارهای لازم برای رویارویی با پیشرفت/بازگشت، فضای تنفس ۳دقیقه‌ای یا قدم‌زدن همراه با حضور ذهن، دادن تکلیف خانگی، ایجاد نظام هشدار اولیه برای ردیابی نشانگان پیشرفت، گسترش برنامهٔ فعالیت برای مواجهه با حالات خُلقی بد، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.
هشتم	تمرین وارسی بدنی، بازنگری تکلیف خانگی (شامل نظام‌های هشداردهندهٔ اولیه و برنامه‌های عمل)، بازنگری کل برنامه، نظرسنجی از شرکت‌کنندگان تا دربارهٔ برنامه نظر بدهند، بحث دربارهٔ اینکه چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظمی که در ۷ هفتهٔ گذشته چه در تمرین‌های منظم و چه در تمرین‌های غیرمنظم ایجاد شده، ادامه یابد، وارسی و بحث دربارهٔ برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامهٔ تمرین، پایان‌دادن به کلاس‌ها با آخرین مراقبه، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.

در پایان، به‌منظور تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ استفاده شد. برای تعیین نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف به‌کار برده شد. همچنین در بخش استنباطی، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد.

۳ یافته‌ها

همان‌طورکه نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، مقادیر میانگین و انحراف معیار متغیرهای نشخوار فکری در دو گروه مطالعه‌شده در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری ارائه شده است. براساس جدول ۲، به‌نظر می‌رسد مقادیر میانگین نشخوار فکری گروه آزمایش در هر دو گروه افسرده و وسواس، در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است؛ درصورتی‌که در گروه کنترل تغییری در مرحلهٔ پس‌آزمون و پیگیری درمقایسه با پیش‌آزمون صورت نگرفته است.

جدول ۲. شاخص‌های آماری نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی‌ـجبری در دو گروه آزمایش و کنترل

گروه		تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مبتلایان به افسردگی اساسی	آزمایش	۲۰	۱۰۵/۶۵	۸/۱۷	۵۵/۲۰	۷/۹۴	۵۶/۳۵	۶/۴۸
	کنترل	۲۰	۱۰۹/۳۵	۷/۱۳	۱۰۹/۳۰	۱۲۳۰۲	۱۰۸/۵۵	۱۱/۲۰
مبتلایان به وسواسی‌ـ جبری	آزمایش	۲۰	۱۱۰/۲۰	۸/۵۳	۶۲/۵۰	۶/۷۰۰	۶۴/۰۵	۵/۲۶
	کنترل	۲۰	۱۰۹/۷۵	۶/۸۴	۱۱۱/۰۵	۷/۹۶	۱۱۲/۶۰	۸/۰۳

به‌منظور مقایسهٔ توزیع داده‌های به‌دست‌آمده از پژوهش حاصل با توزیع نرمال از آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف استفاده شد. با انجام آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف، ملاحظه شد که نمرات متغیر نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی‌ـجبری در دو گروه آزمایش و کنترل از توزیع نرمال تبعیت می‌کند؛ بنابراین، پیش‌فرض نرمال‌بودن داده‌ها برقرار بوده و استفاده از آزمون تحلیل

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.60.5]

کوواریانس مجاز است.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) نشان داد میانگین نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی–جبری در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معناداری دارد (p<۰/۰۰۱).

برای بررسی دقیق‌تر بین میانگین نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی–جبری در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیرهٔ آنکوا در متن مانکوا استفاده شده است که در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیرهٔ آنکوا (ANCOVA) برای مقایسهٔ پس‌آزمون نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی–جبری در دو گروه آزمایش و کنترل

		مقدارF	مقدار p	مجذور اتا	توان آزمون
مبتلایان به افسردگی اساسی	همگونی شیب رگرسیونی	۹/۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۶	۰/۹۷۵
	اثر پیش‌آزمون	۱۰/۳۹	۰/۰۰۳	۰/۲۲۹	۰/۸۸۰
	بین‌گروهی	۳۳۰/۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۴	۱/۰۰۰
مبتلایان به وسواسی– جبری	همگونی شیب رگرسیونی	۵/۸۱۷**	۰/۰۰۷	۰/۲۶۱	۰/۸۳۹
	اثر پیش‌آزمون	۹/۹۳۶	۰/۰۰۳	۰/۲۲۱	۰/۸۶۵
	بین‌گروهی	۴۸۲/۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۲	۱/۰۰۰

همان‌گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، بین میانگین نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد که این تفاوت به‌نفع گروه آزمایش در کاهش نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در بعد از آموزش ذهن‌آگاهی است (F=۳۳۰/۹۶ و p<۰/۰۰۱).

مشاهدهٔ داده‌های ردیف سوم جدول، مربوط به بررسی فرضیهٔ پژوهش و مقایسهٔ بین‌گروه‌ها در پس‌آزمون، نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون در مرحلهٔ پس‌آزمون مجذور اتا به ۰/۹۰ رسیده است؛ بنابراین ۹۰درصد از تفاوت‌های فردی در پس‌آزمون، مربوط به تأثیر آموزش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی است. توان آماری نیز برابر با ۱/۰۰ بوده که نشان از کافی‌بودن حجم نمونه دارد.

همچنین، بین میانگین نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال وسواسی–جبری، در پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته که این تفاوت به‌نفع گروه آزمایش در کاهش نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال وسواسی–جبری در بعد از آموزش ذهن‌آگاهی است (F=۴۸۲/۲۷ و p<۰/۰۰۱). مشاهدهٔ داده‌های ردیف سوم جدول، مربوط به بررسی فرضیهٔ پژوهش و مقایسهٔ بین‌گروه‌ها در پس‌آزمون، نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون در مرحلهٔ پس‌آزمون مجذور اتا به ۰/۹۳ رسیده است؛ بنابراین ۹۳درصد از تفاوت‌های فردی در پس‌آزمون، مربوط به تأثیر آموزش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی است. توان آماری نیز برابر با ۱/۰۰ بوده که نشان از کافی‌بودن حجم نمونه دارد.

در مرحلهٔ پیگیری نیز درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) مشخص کرد میانگین نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی–جبری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دارد (p<۰/۰۰۱).

برای بررسی دقیق‌تر معناداری اختلاف بین میانگین نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی–جبری در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحلهٔ پیگیری از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌متغیرهٔ آنکوا در متن مانکوا استفاده شده که نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌متغیرهٔ آنکوا (ANCOVA) در متن تحلیل کواریانس مانکوا روی نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی–جبری و دوقطبی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحلهٔ پیگیری

		مقدارF	مقدار p	مجذور اتا	توان آزمون
مبتلایان به افسردگی اساسی	همگونی شیب رگرسیونی	۹/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۷
	اثر پیش‌آزمون	۱۱/۴۸	۰/۰۰۲	۰/۲۴	۰/۹۰
	بین‌گروهی	۳۶۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱/۰۰
مبتلایان به وسواسی– جبری	همگونی شیب رگرسیونی	۶/۱۷	۰/۰۰۵	۰/۲۷	۰/۸۶
	اثر پیش‌آزمون	۱۰/۶۷	۰/۰۰۲	۰/۲۳	۰/۸۸
	بین‌گروهی	۵۷۳/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱/۰۰

همان‌گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، با حذف اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی–جبری دو گروه آزمایش و کنترل در مرحلهٔ پیگیری تفاوت معناداری وجود داشته که این تفاوت به‌نفع گروه آزمایش در

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.60.5]

کاهش نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا در مرحلهٔ پیگیری است (F=۳۶۲/۳۲ و $p<$۰/۰۰۱ در گروه افسرده و F=۵۷۳/۳۵ و $p<$۰/۰۰۱ در گروه وسواسی–جبری).

مشاهدهٔ داده‌های ردیف سوم جدول، مربوط به بررسی فرضیهٔ پژوهش و مقایسهٔ بین‌گروه‌ها در مرحلهٔ پیگیری، نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون در مرحلهٔ پیگیری مجذور اتا در گروه افسرده به ۰/۹۱ و در گروه وسواسی–جبری به ۰/۹۴ رسیده است؛ بنابراین ۹۱درصد از تفاوت‌های فردی در مرحلهٔ پیگیری گروه افسرده و ۹۴درصد از تفاوت‌های فردی در گروه وسواسی–جبری مربوط به تأثیر آموزش شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی در مرحلهٔ پیگیری است. توان آماری نیز برابر با ۱/۰۰ بوده که نشان از کافی‌بودن حجم نمونه دارد.

٤ بحث

در این پژوهش، اثربخشی درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی بر میزان نشخوار فکری افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی–جبری بررسی شد. نتایج پژوهش نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش به‌کارگیری نشخوار فکری در بیماران افسرده و وسواسی شده است. کاهش نشانه‌های افسردگی همراه با افزایش سطح ذهن‌آگاهی، فرض وجود رابطه بین ذهن‌آگاهی و افسردگی را مطرح می‌کند و مؤید آن دسته از مبانی نظری و یافته‌های پژوهشی همسو با نتایج پژوهش حاضر است که معتقدند بین ذهن‌آگاهی و افسردگی رابطه‌ای معکوس وجود دارد. در این زمینه، نتایج مطالعهٔ بارنهوفر و همکاران مشخص کرد ذهن‌آگاهی با افسردگی و اضطراب کمتر و بهزیستی بیشتر ارتباط دارد (۱۱). در پژوهش دیگر نیز ذهن‌آگاهی رابطهٔ مستقیم و معکوس با نشخوار فکری و نشانه‌های افسردگی نشان داد (۱۲).

مطالعات صورت‌گرفته براساس مدل‌های شناختی افسردگی، نقش سبک‌های شناختی منفی و نشخوار فکری را به‌عنوان عوامل خطرساز افسردگی مشخص کرده‌اند (۱۸). آنچه افراد را به‌لحاظ روانی دربرابر افسردگی آسیب‌پذیر می‌کند، دسترسی آسان و سریع به افکار و خاطره‌ها و نگرش‌های منفی در مواقع پایین‌بودن خلق و نشخوارهای فکری دربارهٔ افکار و خاطره‌ها و حس‌های بدنی منفی است. افراد افسرده از تحریف‌های شناختی ازجمله تعمیم مفرط، انتزاع گزینشی، مسئولیت مفرط، خودارجاعی‌های افراطی و فاجعه‌آمیزکردن استفاده می‌کنند. مطابق با نظریهٔ سبک پاسخ نالن‌هاکسما، اینگونه تحریفات شناختی سبب افزایش آگاهی فرد از مشکلاتش شده و هم‌زمان باعث می‌شود که فرد از ارائهٔ راه‌حل مناسب برای این مشکلات عاجز باشد و از تغییر آن‌ها احساس ناامیدی کند؛ درنتیجه منجربه حفظ چرخهٔ افسردگی می‌شود. در افسردگی افراد دربارهٔ نشخوار فکری و افسردگی باور منفی دارند و فکر می‌کنند افسردگی برای آن‌ها موضوعات خطرناکی را به‌همراه دارد؛ بنابراین ترس از افسردگی و وقوع مجدد، عاملی مهم در آشفتگی هیجانی است. افراد مستعد افسردگی اغلب به علائم و نشانه‌های اولیهٔ افسردگی حساسیت بیش از اندازه داشته و تمایل دارند تا علائم را به‌طور منفی و به‌عنوان علائم پیشرفت یا جریان غیرطبیعی تعبیر و تفسیر کنند. چنین تمایلی می‌تواند الگوهای نشخوار فکری و نظارت بر خود و اجتناب را به‌عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار فعال کرده و سندرم شناختی توجهی را تغذیه و به افسردگی و اضطراب کمک کند (۱۹). باتوجه به اینکه افسردگی زیرمجموعهٔ اختلال‌های خلقی محسوب شده و یکی از ویژگی‌های تشخیصی آن خلق ضعیف است و خلق ضعیف افکار منفی را فرا می‌خواند، نشخوار فکری در افسرده‌ها بیشتر از افراد بهنجار مشاهده می‌شود. این افکار منفی بدون هدف در ذهن می‌چرخند و فرد افسرده ازآنجاکه انگیزهٔ عمل و توانایی حل مسئله را از دست می‌دهد به‌صورت منفعلانه به نشخوار فکری می‌پردازد.

نشخوار فکری در بیماری وسواس نیز، شامل افکاری هستند که به‌طور پایان‌ناپذیر مرور شده و به‌ناامیدی دربارهٔ آینده و ارزیابی‌های منفی دربارهٔ خود منجر می‌شود. یکی از ویژگی‌های برخی از بیماران وسواسی این است که نمی‌توانند توجه خود را از علائم ادراک‌شدهٔ برجسته برگیرند و درواقع قادر نیستند جلوی افکار ناخواندهٔ مزاحم را به‌طور مؤثر بگیرند (۲۰). بر این اساس، نشخوار فکری یکی از ویژگی‌های شناختی بیماران وسواسی محسوب می‌شود که به‌صورت جر و بحث‌های درونی بی‌پایان با خود است و برخی اوقات دربارهٔ مسائل جزئی و پیش‌پا افتاده و گاهی دربارهٔ مسئلهٔ فلسفی حل‌نشدنی بروز می‌کند.

براساس گفته‌های ویلیامز، ماهیت افکار هرچقدرهم منفی، به‌خودی‌خود مشکل اصلی محسوب نمی‌شود؛ بلکه این شیوهٔ واکنش‌دهی به آن‌ها از طریق فعال‌شدن حالتی ذهنی مبتنی‌بر تشخیص تفاوت‌هاست که موجب تداوم و تشدید افکارمنفی می‌شود. حضورذهن به فرد کمک می‌کند با تسهیل در شناسایی به‌موقع الگوهای افکار واحساسات و حس‌های بدنی، آن‌ها را در مرحلهٔ مناسبی پیش از توسعه و بسط‌یافتن خنثی کند. پرورش آگاهی به این شیوه بیمار را قادر می‌سازد تا به‌صورت آشکارانه‌تری برانگیخته‌شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کرده و بتواند از چنین الگوهای فکری تمرکززدایی کند. همچنین به آن‌ها به‌عنوان رویدادهای ذهنی بنگرد که بازنمایی‌هایی از واقعیت یا ویژگی‌هایی از «خود» نیستند (به نقل از ۲۱).

تمرینات مراقبهٔ حضور ذهن، به‌طوراساسی در کاهش نشخوار فکری مؤثرند؛ به‌علاوه ازآن‌جاکه سطوح شدید اختلالات اضطرابی با افسردگی همبودی دارند، پردازش‌های شناختی این اختلالات، شباهت بسیاری داشته و می‌تواند توجیه‌کنندهٔ این باشد که MBCT به‌تنهایی، اثرات درمانی انحصاری بر افسردگی ندارد، بلکه می‌تواند شامل اختلالات اضطرابی نیز شود. محققان نشان داده‌اند که واریانس اشتراکی بین نگرانی و نشخوار ذهنی متغیری پنهانی است تحت عنوان افکار تکراری که هر دو را با اضطراب و افسردگی پیوند می‌دهد؛ درحالی‌که مطالعات حاکی‌از این هستند که پردازش‌های فکری اضطراب و افسردگی شبیه به یکدیگرند اما محتوای آن‌ها با یکدیگر تفاوت دارد (۲۲).

بنیانگذاران شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با بررسی عوامل تأثیر رفتاردرمانی شناختی در درمان افسردگی به این نتیجه دست یافتند که کارکردن مکرر با محتوای افکار و گرایش‌های اجتنابی عادتی به‌تدریج موجب ایجاد تغییر در دیدگاه عمومی فرد در ارتباط با افکار و هیجان می‌شود. به‌عبارت‌دیگر، آن‌ها پی بردند که رسیدن به نوعی ارتباط

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.60.5]

«تمرکززدایی‌شده» و توسعهٔ چشم‌اندازی متفاوت درقبال افکار و هیجان‌ها، عامل اصلی تأثیر درمان‌های شناختی بوده و همین عامل است که توانایی رهاشدن از دام نشخوار فکری و عواقب چرخه‌های خلق ضعیف را از بین می‌برد (۲۳).

شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی به اصلاح و کنترل و پردازش افکار می‌پردازد. اولین و مهم‌ترین عوامل تغییر در شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، ذهن‌آگاهی بنیادین است. ذهن‌آگاهی بنیادین که زیربنای آن براساس پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی مختلف شکل گرفته است، توانمندی فرد را در کنترل تأثیرپذیری از افکار و هیجاناتش به‌طور چشمگیری افزایش داده و به فرد اجازه می‌دهد طیف وسیعی از افکار و هیجان‌ها را بدون تجربهٔ آشفتگی هیجانی در ذهن تجربه کند. همچنین، ذهن‌آگاهی بنیادین با توانایی زیادی که در کاهش اضطراب و افزایش تمرکز دارد، باعث می‌شود فرد در مواجهه با افکار خودآیندی که درصورت داشتن بار هیجانی به نشخوار فکری تبدیل می‌شوند، ثبات هیجانی‌اش را حفظ کرده و به فکر مزاحم بیش‌ازحد توجه نکند، بلکه نظاره‌گر عبور این فکر از ذهنش باشد. این توانایی سبب می‌شود افکار خودآیند، اشتغال فکری بیش‌ازحدی را که قبلاً برای فرد به‌وجود می‌آوردند، ایجاد نکرده و تبدیل به نشخوار فکری نشوند (۲۴).

شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با ارائهٔ متغیرهایی ازقبیل افزایش آرامش و آگاهی درونی به‌واسطهٔ فنون ذهن‌آگاهی، کاهش هیجانات منفی مربوط به تجربهٔ افکار و هیجان‌های ناخوشایند، افزایش تحمل پریشانی و آموزش شناسایی و جایگزینی افکار و باورهای ناکارآمد و منفی و افزایش آگاهی افراد به اینجا و اکنون، به مُراجع کمک می‌کند فراتر از الگوهای نشخوار فکری خود گام بردارد (۸).

همچنین، به مُراجع کمک می‌کند که شناخت بیشتری بر نیروهای مرتبط با پیشرفت بیماری در فرایندهای ذهنی و جسمی خود کسب کند، نظام شناختی و پردازشی خود را تغییر دهد، مشکل‌بودن کنترل افکار و هیجاناتش او را آشفته نسازد، به علائم و نشانه‌های پیش‌آیند افکار ناخوشایندش آگاهی یابد، توانایی تحملش را افزایش داده و بتواند خود را برای مقابله با آن‌ها آماده سازد. این موضوع باعث می‌شود فرد بتواند از تأثیر افکار منفی بر خلقش بکاهد و باوجود حضور افکار خودآیند منفی، احساس افسردگی و رفتارها و افکار وسواسی را تجربه نکند. ازسوی‌دیگر، در کنار ذهن‌آگاهی، فرد چارچوب نگرشی را همراه با رفتار مهربانی و کنجکاوی و رضایت از بودن در زمان حال، در خود ایجاد می‌کند. درنهایت، با درک درست از بشر، درمی‌یابد که رنج قسمتی از تجربه‌اش است، اما راه‌هایی وجود دارد که می‌تواند الگوهای عادت‌شدهٔ جدیدی را جهت ایجاد افزایش و تعمق در آن یاد بگیرد (۲۵).

به‌علت وضعیت روحی‌روانی بیماران و خستگی و بی‌حوصلگی که به‌طورمرتب به سراغشان می‌آمد، امکان مقایسهٔ شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی با سایر روش‌ها مقدور نبود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی روش درمانی مذکور، با سایر روش‌ها مقایسه و نیز روی سایر بیماران اعصاب‌وروان اجرا شود.

۵ نتیجه‌گیری

درمجموع، به‌نظر می‌رسد تمرین‌های شناخت‌درمانی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی، با افزایش آگاهی افراد درقبال لحظهٔ حال از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف‌کردن آگاهی به اینجا و اکنون بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر دارد؛ لذا باتوجه به مؤثر واقع‌شدن این نوع آموزش و با درنظرگرفتن سودمندی‌های این روش درزمینهٔ درمان افسردگی و وسواس و همچنین، با نظر به اینکه بیماران روانی در وضعیت مهم و پرآشوبی به‌سر می‌برند، به‌کارگیری گستردهٔ این درمان برای بیماران مبتلا توصیه می‌شود.

۶ تشکروقدردانی

همکاری شرکت‌کنندگان بیمار در این پژوهش، شرط اصلی انجام مطالعه بود و بدون همکاری آن‌ها در تحمل و سازگاری با درمان مواجهه‌ای، این پژوهش انجام نمی‌شد. همچنین، از مدیریت و کادر محترم مرکز نگهداری بیماران روانی مزمن شفا، تقدیر و تشکر می‌شود.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.60.5]

References

1. Sadock BJ, Kaplan H. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Rezaei F. (Persian translator). 11th Ed. Tehran: Arjmand; 2015, pp: 642-5. [Persian]
2. Papageorgiou C, Wells A. Nature and consequences of rumination, depressive rumination: nature, theory and treatment. Yousefi Z. (Persian translator). Isfahan: Kavoshyar-jangal; 2012, pp:1-20. [Persian]
3. Smith JM, Alloy LB. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. Clinical psychology review. 2009; 29(2): 116-28. doi:10.1016/j.cpr.2008.10.003
4. Muris P, Fokke M, Kwik D. The ruminative response style in adolescents: An examination of its specific link to symptoms of depression. Cognitive Therapy and Research. 2009; 33(1): 21-32. doi:10.1007/s10608-007-9120-7
5. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspectives on psychological science. 2008; 3(5): 400-24. doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
6. Clark D. Cognitive Behavioral Therapy for OCD. Izadi R, Abedi MR. (Persian translator). 1st Ed. Isfahan: Kavoshyar-Jangal; 2004, pp: 65-73. [Persian]
7. Sarraj-Khorrami A, Karami J, Momeni K. Comparing thinking rumination and defense mechanisms in patients suffering from major depression and obsessive-compulsive disorders with normal individuals. J Clin Psychol. 2014; 6(2): 53-63. doi:10.22075/jcp.2017.2163
8. Segal ZV, Teasdale JD, Williams JM. Mindfulness Based cognitive therapy for depression. NewYork: The Guilford Press; 2002. pp: 78-122.
9. Grossman P, Tiefenthaler-Gilmer U, Raysz A, Kesper U. Mindfulness training as an intervention for fibromyalgia: evidence of postintervention and 3-year follow-up benefits in well-being. Psychotherapy and psychosomatics. 2007; 76(4): 226-33. doi:10.1159/000101501
10. Kuyken W, Byford S, Taylor RS, Watkins E, Holden E, White K, et al. Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. Journal of consulting and clinical psychology. 2008; 76(6): 966-78. doi:10.1037/a0013786
11. Barnhofer T, Crane C, Hargus E, Amarasinghe M, Winder R, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: a preliminary study. Behaviour research and therapy. 2009; 47(5): 366-73. doi:10.1016/j.brat.2009.01.019
12. Fairfax H. The use of mindfulness in obsessive compulsive disorder: suggestions for its application and integration in existing treatment. Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice. 2008; 15(1): 53-9. doi:10.1002/cpp.557
13. Mohamadpour S, Ahmadi-Sabzevari F, Nazari H. Comparison of the efficacy of pharmacotherapy with mindfulness-based cognitive therapy in the reduction of symptoms severity in major depressive disorder. Journal of Research and Behavioral Science. 2015; 13(4): 617-24. [Persian] http://rbs.mui.ac.ir/index.php/jrbs/article/view/1359
14. Chang EC. Distinguishing between ruminative and distractive responses in dysphoric college students: does indication of past depression make a difference? Personality and Individual differences. 2004; 36(4): 845-55. doi:10.1016/S0191-8869(03)00157-0
15. Mace C. Mindfulness and Mental Health: Therapy, Theory and Science. 2007. Routledge: New York, pp: 35-6.
16. Yousefi Z. Structural and Normalization of Thinking Rumination Questionnaire. Master's Degreem: Isfahan University; 2005, pp: 46-9. [Persian]
17. Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. Mindfulness- based cognitive therapy for depression: A new approach to prevent recurrence. Mohamad Khani H. (Persian translator). 3rd Ed. Tehran: Faradid; 2005, pp: 40-55.
18. Roelofs J, Huibers M, Peeters F, Arntz A. Effects of neuroticism on depression and anxiety: Rumination as a possible mediator. Personality and Individual differences. 2008; 44(3): 576-86. doi:10.1016/j.paid.2007.09.019
19. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clinical psychology: Science and practice. 2003; 10(2): 144-56. doi:10.1093/clipsy.bpg016
20. Cavangh M, editor Attention training and hypochondriacs, Preliminary results of a controlled trail. World congress of behavioral and cognitive therapy, Zurich; 2001. doi:10.1093/clipsy.bpg016
21. McKay D. Handbook of research methods in abnormal and clinical psychology: Sage; 2008. pp: 342-76.
22. Geschwind N, Peeters F, Huibers M, van Os J, Wichers M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry. 2012;201(4):320-5. doi:10.1192/bjp.bp.111.104851
23. Crane R. Mindfulness based cognitive therapy. 1st Ed. New York: Routledge press; 2009, pp: 27-37.
24. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. Journal of consulting and clinical psychology. 2000;68(4):615-23. doi:10.1037/0022-006X.68.4.615
25. Crane R. Mindfulness-based cognitive Therapy: Distinctive featuresKhoshlahje Sedgh A. (Persian translator). 2nd Ed. Tehran: Besat; 2011, pp: 53-72. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.60.5]