



اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودشفقتی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط

کتایون پاسدار^{۱*}، جعفر حسنی^۲، ربابه نوری^۳

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۲- دانشیار، روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

۳- استادیار، روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

چکیده

مقاله پژوهشی اصیل

مقدمه

هدف از پژوهش حاضر، ارزیابی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خود شفقتی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط بود.

مواد و روش‌ها

۳ بیمار مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. در این پژوهش طرح تک آزمودنی با خط پایه چندگانه استفاده شد. اضطراب و افسردگی و خودشفقتی بیماران نه بار بوسیله پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم و مقیاس خود شفقتی ارزیابی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از شاخص‌های تغییرات روند، شیب، میزان تغییرپذیری کوهن و تفسیر فراز و فرود متغیرها در نمودارها و برای تعیین معنی‌داری بالینی از درصد بهبودی و اندازه اثر استفاده شد.

یافته‌ها

تمامی بیماران تغییرات چشمگیری در متغیرهای افسردگی و اضطراب و خود شفقتی نشان دادند و همگی توانستند این پیشرفت را تا مرحله پیگیری ۶۰ روزه حفظ کنند.

نتیجه‌گیری

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند باعث افزایش خود شفقتی و نیز بهبود علائم اضطرابی و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط گردد.

کلیدواژه‌ها

شناخت درمانی، ذهن آگاهی، خود شفقتی، اختلال اضطراب افسردگی مختلط

تاریخ دریافت: ۹۳/۶/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۱۸

*نویسنده مسئول: کتایون پاسدار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
تلفن:

پست الکترونیکی: _____
Katayounpasdar@yahoo.com

مقدمه

علائم مزاج را دارند (۳ و ۲). داده‌های بدست آمده از بررسی‌های جامعه، مراقبت‌های درمانی و جمعیت‌های بیماران روان‌شناختی با قدرت پیشنهاد می‌کنند که یک زیرگروه از افراد مبتلا به نشانه‌های مخلوط اضطراب افسرده وجود دارند که نشانه‌های آنها برای تشخیص یکی از اختلال‌ها به تنهایی کافی نبوده و زیر حد آستانه

افسردگی و اضطراب هم در حد آستانه و هم زیر حد آستانه همبودی بالایی با هم دارند (۱). در مقایسه با بیمارانی که دارای یکی از این دو اختلال هستند، بیماران همبود، سطح بالاتری از آسیب روانی، افزایش خطر خودکشی، پیش آگاهی بدتر، عود، بازگشت، مزمن شدن و



اضطراب و افسردگی، اختلال اضطراب افسردگی مختلط نیازمند توجه بالینی بیشتر است. در این راستا درمان شناختی رفتاری، سودمندی خود را در درمان افسردگی و اضطراب ثابت کرده است. اگر چه اثربخشی روش شناختی رفتاری برای درمان اضطراب و افسردگی ثابت شده، اما بیماران زیادی از علائم باقیمانده رنج می‌برند و برخی از آنها به این درمان بی‌میل شده‌اند (۹). در میان درمان‌های مختلفی که برای اضطراب و افسردگی تدارک دیده شده، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی جایگاه اساسی پیدا کرده است و در مقابل CBT که تاکید بر تغییر محتوای افکار دارد، این روش مهارت‌هایی را به بیماران می‌آموزد تا جریانات شناختی خودکار و همیشگی را از فراموشی درآورند و راه جدیدی برای رهایی از الگوهای شناختی ناکارآمد به بیماران می‌آموزد (۱۰). بررسی‌های انجام شده روی مداخله‌های مبتنی بر ذهن آگاهی نشان می‌دهند که این شیوه‌ها بر مشکلات مختلفی شامل درد مزمن، اضطراب، تنش، اختلال تغذیه و عود افسردگی موثر می‌باشند (۱۱). تاکنون پژوهش‌های زیادی اثربخشی^۴ را نشان داده‌اند. برای مثال پژوهش فینوکان^۵ و همکاران (۱۲) نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نشانه‌های افسردگی و اضطراب فعال را کاهش می‌دهد. پژوهش ری^۶ (۱۳) روی نمونه ناهمگن ۲۶ بیمار سرپایی با اختلال خلقی یا اضطراب نشان داد که MBCT بصورت معنی‌دار با بهبود علائم افسردگی، اضطراب، استرس و بی‌خوابی همبسته بود و میزان معنی‌داری بالینی بهبود، با اثر بخشی بررسی‌های رفتاردرمانی ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس MBSR، برابر بود. اگر چه دستورالعمل MBCT بصورت گروهی اجرا می‌شود اما می‌توان آن را در

تشخیصی می‌باشند (۴). مفهوم علائم زیر نشانگانی^۱ بیان می‌کند که افراد می‌توانند دارای علائم طولانی مدت و پایدار از افسردگی و اضطراب باشند که هیچگاه به اندازه کافی شدید نمی‌شوند تا تشخیص بیماری اضطراب یا افسردگی را مقدور سازند. این علائم، تنها تحت تنش به یک اختلال مشخص تکامل می‌یابند (۵). راهکار طبقه‌بندی بین‌المللی بیماری‌ها، نسخه دهم (ICD-۱۰) برای توصیفات بالینی و دستورالعمل‌های تشخیصی، یک گروه تشخیصی از اختلال اضطراب و افسردگی مختلط^۲ را برای بیمارانی که بصورت هم‌زمان علائم اضطراب و افسردگی را نشان می‌دهند معرفی کرده است، اما معیارهای تعریف‌کننده برای یک اختلال روان‌شناختی خاص را ندارد (۵). ضمیمه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی چاپ چهارم (DSM-IV)، هم راستا با ICD-۱۰، MAD را به عنوان نشانگانی بالینی تعریف می‌کند که توسط حضور مساوی از هر دو علائم افسردگی و اضطراب مشخص می‌شود که هیچ یک از آنها در آستانه تشخیصی برای یک اختلال مشخص نمی‌باشند (۶) و در جدیدترین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی DSM-۵ آن را در ذیل اختلال افسردگی نامشخص توضیح داده است (۷). نتایج پیگیری طولانی مدت دوازده ساله تایرر^۳ و همکاران (۸) نشان داد بیماران مبتلا به اضطراب افسردگی مختلط بطور معنی‌داری پیامدهای بدتری نسبت به مبتلایان به اضطراب یا افسردگی نشان دادند و این افراد در عملکرد اجتماعی و پیشرفت بالینی در مقایسه با افسردگی یا اضطراب، نتایج بسیار متفاوت و بطور معنادار ضعیف‌تری نشان دادند. با توجه به مطالب بالا، می‌توان گفت در مقایسه با هر یک از اختلال‌های

^۴ Mindfulness -Based Cognitive Therapy:MBCT

^۵ Finucane

^۶ Ree

^۱ Subsyndromal

^۲ Mixed Anxiety- Depression Disorder:MAD

^۳ Tyrer



تجربیات منفی است به گونه‌ای که احساسات و افکار منفی نه سرکوب و نه اغراق می‌شوند. نمی‌توان نسبت به احساساتی که سرکوب شده‌اند و یا پذیرفته نشده‌اند دلسوزانه رفتار کرد، و در اینصورت فرد غرق در احساسات منفی می‌شود و تمام چشم‌اندازش را از دست می‌دهد. در عوض، خود شفقتی عبارت است از داشتن فاصله‌ای مناسب از احساسات خویش به گونه‌ای که بتوان آنها را کاملاً تجربه کرد و در عین حال دیدگاهی آگاهانه نسبت به آنها داشت (۱۹). مطالعات زیادی نشان داده‌اند که خود شفقتی پیش بین قدرتمندی برای سلامت روان است. برای مثال خود شفقتی رابطه منفی با خود انتقادی، افسردگی، اضطراب، سرکوب افکار و کمال‌گرایی نوروپیک دارد، در صورتیکه ارتباط مثبتی با رضایتمندی از زندگی و ارتباط اجتماعی دارد (۱۸ و ۱۹) و در طولانی مدت افزایش خود شفقتی پیش‌گویی کننده سلامت روان است (۲۰). خود شفقتی نسبت به اعتماد به نفس، پیش‌بینی کننده بهتری برای احساس خود ارزشمندی است (۲۱). در مجموع، پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که خود شفقتی از عوامل مهم مؤثر در سلامت روان است، اما پژوهش‌های اندکی در مورد اثر درمان‌های مختلف بر این عامل انجام شده است. بطور خلاصه می‌توان گفت علی‌رغم شیوع بالای اختلال اضطراب افسردگی مختلط، درمان آن بوسیله دارو و روان‌درمانی سخت است، و در اکثر موارد بیماری مزمن شده و به شکل بدنی نمود پیدا می‌کند. در نتیجه افراد را بیش از حد به حمایت تخصصی وابسته می‌کند و بار مالی و روانی زیادی را بر جامعه تحمیل می‌نماید (۲۲). از سوی دیگر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثربخشی خود را در درمان اختلال‌های افسردگی و اضطرابی به اثبات رسانده، اما در مورد اثربخشی این

قالب انفرادی نیز بکار برد (۱۴). همچنین چوارز^۱ (۱۵) شیوه انفرادی MBCT را برای کاهش استرس و افزایش ذهن آگاهی بکار برد و در پژوهش حمید پور و همکاران (۱۶) روش انفرادی MBCT برای درمان و جلوگیری از عود افسردگی موثر گزارش شد. ذهن آگاهی به عنوان یک همبسته با سلامت روان، و ساز و کارهای بالقوه دسترسی به مداخلات مبتنی بر این مقوله توجه قابل ملاحظه‌ای را دریافت کرده است. وضعیت‌های ذهنی مثبت از جمله نگرش‌هایی که فرد نسبت به موارد مختلف دارد، از سازه‌های قوی مرتبط با مداخله‌های بر اساس ذهن آگاهی‌ها می‌باشند. خود شفقتی یک وضعیت ذهنی مثبت و از تنها سازه‌های سازگار نظری است که نشان داده می‌تواند نتایج مداخله بر اساس ذهن آگاهی را میانجی‌گری نماید (۱۷). خود شفقتی حالت گرمی و پذیرش در برابر آن جنبه‌هایی از فرد یا زندگی وی است که نسبت به آن علاقه ندارد و مستلزم سه جزء اصلی است. اول مهربانی نسبت به خویشتن در برابر خود قضاوتی، دوم اشتراک انسانی در برابر انزوا، و سوم ذهن آگاهی در برابر بیش برآورد (۱۸). اگر افراد در مواجهه با مشکلات، شکست‌ها و یا عدم کفایت بصورت مشفقانه با خود رفتار نمایند، به این معنی است که آنها درکی گرم و بدون قضاوت از وضعیت برای خود ارائه می‌کنند بدون اینکه درد و یا مشکل را کوچک جلوه داده و یا خود را مورد انتقاد قرار دهند. این فرآیند همچنین شامل پذیرش نقص وجودی، امکان ارتکاب اشتباه و قبول اینکه رو به رو شدن با مشکلات بخشی از تجربه همه انسان‌ها است و این چیزی است که تنها برای "من" رخ نمی‌دهد، می‌باشد. خود شفقتی نیازمند داشتن یک رویکرد متوازن در برابر

^۱ Schwarze



نوع طرح چند خط پایه‌ای با آزمودنی‌های مختلف بود. در این طرح در مرحله اول، شرایط خط پایه رفتار هدف برای همه آزمودنی‌ها مشخص می‌شود. پس از اینکه خط پایه برای آزمودنی اول به حالت نسبتاً باثباتی رسید، مداخله آزمایشی روی آزمودنی اول اجرا می‌شود، درحالی‌که سایر آزمودنی‌ها در شرایط خط پایه باقی می‌مانند. زمانی که رفتار آزمودنی اول در جهت پیش‌بینی‌شده تغییر یافت، مداخله روی آزمودنی دوم نیز اجرا می‌شود. در مورد سایر آزمودنی‌ها نیز به همین ترتیب عمل می‌شود. در این طرح هر آزمودنی به عنوان عامل کنترل خودش عمل می‌کند، زیرا عملکرد هر آزمودنی با خودش مقایسه می‌شود. اجرای متوالی متغیر مستقل در این طرح تأثیر متغیرهای دیگر را کنترل می‌کند (۲۳).

ابزارهای پژوهش

مقیاس خود شفقتی نف^۱ (SCS)

این مقیاس ابزار خود گزارشی جدیدی است. مقیاسی ۲۶ ماده‌ای که ترکیبی از ۶ خرده مقیاس (مهربانی به خود، قضاوت خود، اشتراک انسانی، انزوا، ذهن آگاهی، بیش شناسایی که ساختاری فراگیر از خود شفقتی را تشکیل می‌دهد) که بوسیله تحلیل عاملی تأیید شد، و خرده مقیاس‌های قضاوت خود، انزوا و بیش شناسایی نمرات معکوس هستند و با استفاده از ۶ خرده مقیاس و جمع کردن آن‌ها نمره خود شفقتی بدست می‌آید (۲۴). در ایران نیز پاسدار و همکاران، پایایی درونی (۰/۸۹۶)، پایایی خرده مقیاس‌های مهربانی به خود (۰/۷۷)، قضاوت خود (۰/۷۰۳)، اشتراک انسانی (۰/۷۱۳)، انزوا (۰/۷۲)، ذهن آگاهی (۰/۶۸) و بیش شناسایی (۰/۶۷) را گزارش نمودند (۲۵).

درمان در اختلال اضطراب و افسردگی مختلط تحقیقات کمی انجام شده است. علاوه بر این با توجه به اهمیت سازه خود شفقتی در سلامت روان و نقش راهبردی آن در مقابله با اضطراب و افسردگی می‌توان آن را به عنوان معیاری در اثربخشی درمان‌های مختلف به خصوص درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی در نظر گرفت، بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بر خود شفقتی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط، مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

در پژوهش حاضر از بین بیماران مراجعه کننده در فاصله زمانی دو ماهه (تیر و مرداد ۱۳۹۱) به یک درمانگاه روانشناسی در مشهد، سه نفر که دارای ملاک‌های ورود به طرح بودند به روش نمونه‌گیری در دسترس گزینش شدند. تمامی بیماران پیش از شروع درمان، آگاهی و رضایت خود را از فرایند پژوهش اعلام نمودند. اضطراب و افسردگی و خودشفقتی پیش از درمان، پس از درمان، شش بار طی درمان و در پیگیری دو ماهه، بوسیله پرسشنامه اضطراب بک، پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم و مقیاس خود شفقتی ارزیابی شد. ملاک‌های ورود شامل ۱- رضایت آگاهانه از روش درمان و فرایند پژوهش ۲- ملاک‌های اختلال افسردگی- اضطراب مختلط بر اساس DSM-IV-TR طبق تشخیص توسط روانپزشک ۳- کسب حداقل نمره ۲۰ در BDI-II ۴- کسب حداقل نمره ۲۱ در BAI ۴- نداشتن ملاک‌های سایر اختلال‌های محور I و II و مصرف مواد ۵- داشتن شرایط جسمانی و شناختی جهت شرکت در جلسات مداخله ۶- نداشتن سابقه اقدام به خودکشی ۷- نداشتن سابقه بیماری بیش از ۵ سال ۸- محدوده سنی ۱۸-۵۵ سال ۹- ثابت ماندن دوز دارویی ۱۰- نداشتن سابقه دریافت مداخله روان درمانی دیگر. طرح حاضر از نوع پژوهش تک آزمودنی و از

^۱ Neff Self-Compassion Scale



فاصله یک هفته ۰/۸۰ گزارش شد (۳۰). تجزیه و تحلیل داده‌ها بوسیله نرم افزارهای آماری SPSS و AMOS انجام گردید.

برنامه درمان توسط دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی و زیر نظر نویسنده دوم مقاله در هشت جلسه ارائه شد. برای سر فصل‌ها، موضوعات و تمرین‌ها و تکالیف هر یک از جلسات از راهنمای عملی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۳۱) استفاده شد. لازم به ذکر است در نسخه اصلی بعضی از جلسات، اشعاری با محتوای ذهن آگاهی موجود است که در طول جلسات خوانده و بر مفاهیم آن تمرکز می‌شود. به منظور تسهیل روند آموزش، اشعاری مشابه از سهراب سپهری جایگزین اشعار انگلیسی شد و برای انجام تمرینات در منزل از نوار آرامش در ژرفا استفاده شد. در MBCT، اولین گام یادگیری چگونگی توجه کردن هدفمند در هر لحظه و بدون داوری است. روش توجه کردن، در جلسات ۱-۴ آموزش داده می‌شود. در گام بعدی شرکت‌کنندگان می‌آموزند که چطور ذهن سرگردان، باعث ایجاد افکار و احساسات منفی می‌شود. تنها وقتی که فرد از این جنبه‌ها آگاه شود می‌تواند به کمک MBCT تغییرات خلقی خود را شناسایی نموده و در کوتاه مدت آنها را اداره کند و یا در دراز مدت با آنها چالش نماید. این کار مستلزم فاز دوم MBCT و مربوط به جلسات ۵-۸ می‌باشد (جدول ۱) (۳۱).

یافته‌ها

در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیتی شاخصی بیماران گزارش شده است. لازم به ذکر است بیمار سوم بدلیل شرکت در کلاس‌های مختلف آموزشی علیرغم تحصیلات پایین‌تر از نظر شناختی، هم سطح سایر شرکت‌کنندگان بود.

پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دو^۱ (BDI-II)

این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV همخوان است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد و دارای ۲۱ سؤال لیکرت ۴ گزینه‌ای از ۰-۳ است و بالاترین نمره‌ای که در آن بدست می‌آید ۶۳ است. نتایج پژوهش بک و همکاران نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (۲۶). همچنین مطالعه دیگری ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ را برای آن گزارش نمود (۲۷). موتابی و همکاران نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفا کرونباخ را ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی این مقیاس را طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند (۲۸).

پرسشنامه اضطراب بک ۲ (BAI)

این پرسشنامه یک پرسشنامه خود گزارشی ۲۱ آیتمی است که برای انعکاس شدت علائم جسمی افراد در یک هفته گذشته است. این مقیاس بصورت سه درجه‌ای از ۰-۳ نمره‌گذاری می‌شود و بالاترین نمره‌ای که در آن بدست می‌آید ۶۳ است. در مطالعه دیگری از بک و همکاران (۲۹) همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲، اعتبار بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن را از ۰/۷۶-۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. صلواتی و همکاران روایی محتوا، هم زمان، تشخیصی و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه‌گیری شدت اضطراب مورد تأیید قرار داده‌اند. ضریب اعتبار این پرسشنامه در ایران با روش بازآزمایی و به

^۱ Beck Depression Inventory-II



جدول ۱- موضوع جلسات درمان

موضوع جلسات ۴-۱	موضوع جلسات ۵-۸
۱- توضیح درباره اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون و باز کردن مفهوم ذهن آگاهی برای اعضا با استفاده از چند فن و یاد گرفتن انجام امور روزانه همراه با توجه کردن به آنها	۱- آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرش بدون قضاوت آنها
۲- تمرین توجه به بدن، احساس جسمی و تنفس	۲- تغییر خلق و افکار از طریق فنون شناختی و اینکه افکار حقایق نیستند
۳- تمرین تنفس، مراقبه نشسته و انجام تمرین‌هایی که توجه را به لحظه حال می‌آورند	۳- هشیار بودن از علائم بیماری و نیز تنظیم برنامه برای جلوگیری از عود آن
۴- یادگیری ماندن در لحظه حال و مشاهده افکار بدون فرار و اجتناب از آن	۴- برنامه‌ریزی برای آینده و استفاده از فنون ذهن آگاهی و تعمیم آن به کل جریان زندگی

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناسی بیماران

ویژگی بیمار	سن	جنسیت	تحصیلات	مدت ابتلا (سال)	وضعیت تأهل
اول	۳۶	زن	دیپلم	۱/۵	متاهل
دوم	۲۳	زن	سوم دبیرستان	۳	متاهل
سوم	۴۹	زن	سوم راهنمایی	۴	متاهل

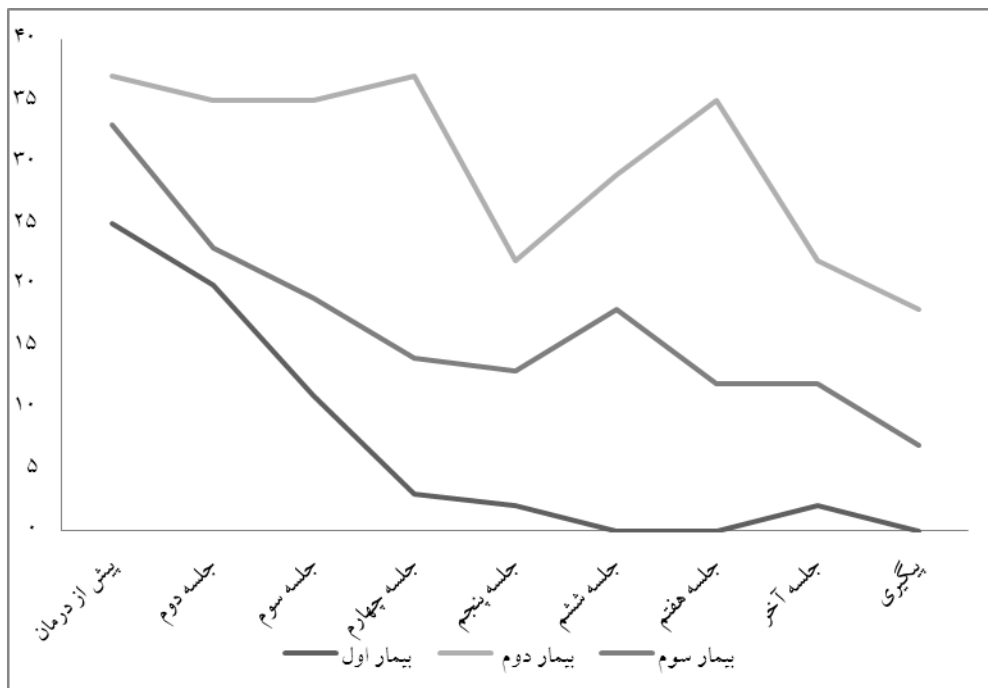
جدول ۳- نمرات بیماران پیش از درمان، میانگین مداخله، پیگیری و میزان اثربخشی

متغیر	پیش از درمان	میانگین مداخله	انحراف معیار	اثربخشی میانگین مداخله	کوهن	اندازه اثر	پیگیری	کوهن	اندازه اثر	اثربخشی پیگیری
بیمار اول										
اضطراب	۲۴	۵/۴۲	۷/۷۳	۰/۷۷	۳/۳۷۱	۰/۸۶	۰	۲۴	۰/۹۹۶	۱
افسردگی	۲۳	۴/۸۵۷	۸	۰/۷۸۹	۳/۱۸۲	۰/۸۴	۰	۲۳	۰/۹۹۶	۱
خود شفقتی	-۱۰	۲۷/۴۲	۱۸/۳۱	۳/۷۴۲	-۲/۸۸۵	-۰/۸۲	۲۹	-۳۹	۰/۹۹۸	۳/۹
بیمار دوم										
اضطراب	۳۷	۳۰/۷	۶/۴۴۷	۰/۱۷	۱/۳۶۵	۰/۵۶۳	۱۸	۱۹	۰/۹۹۴	۰/۵۱
افسردگی	۳۳	۱۶/۷	۱۱/۴۵	۰/۴۹	۲	۰/۷۰۸	۱	۳۲	۰/۹۹۸	۰/۹۶
خود شفقتی	۵	۱۳/۲۸	۹/۹۶	-۱/۵۶	-۱/۶۹	-۰/۵۰۴	۲۶	-۲۱	-۰/۹۹۵	-۴/۲
بیمار سوم										
اضطراب	۳۳	۱۵/۸۵	۴/۲	۰/۵۲۱	۵/۶	۰/۹۴	۷	۲۶	۰/۹۹۷	۰/۷۸۷
افسردگی	۲۷	۱۳/۷۱	۷/۶۹	۰/۴۹	۲/۴۲	۰/۷۷۱	۰	۲۷	۰/۹۹۷	۱
خود شفقتی	-۳۰	۲/۸۵	۱۱/۲	۱/۰۹۴	-۴/۱۳	-۰/۹	۲۳	-۵۳	-۰/۹۹۹	۱/۷۶



کمک این درمان تمامی بیماران بهبود رضایت بخشی در اضطراب و افسردگی‌شان داشته‌اند و به میزان زیاد خود شفقتی‌شان را افزایش دادند.

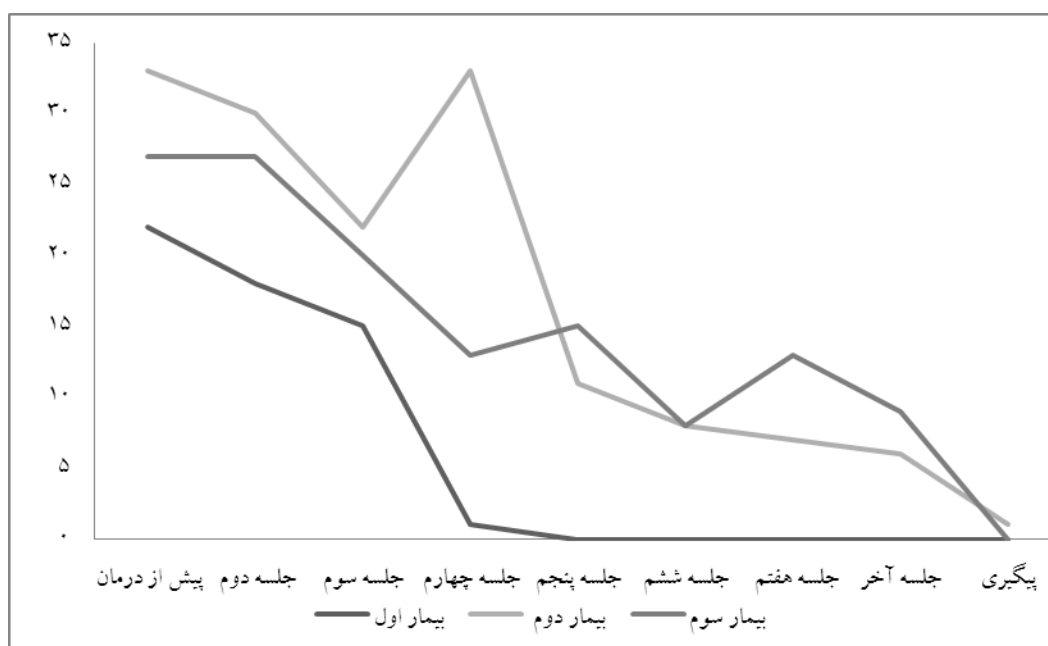
همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود و با در نظر داشتن درصد بهبودی و تغییر پذیری کوهن و اندازه اثر در مرحله درمان و پیگیری ۶۰ روزه می‌توان گفت که به



نمودار ۱- نمایش تغییر نمرات بیمار در مورد متغیر اضطراب

این وجود بیمار پس از آن توانسته اضطراب خود را کنترل کرده و میزان آن را کاهش دهد. اضطراب بیمار سوم نیز در طول درمان کاهش تدریجی داشته و این روند کاهش در پیگیری ۶۰ روزه نیز ادامه یافته است. در کل نتایج بیانگر آن است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته اضطراب بیماران را کاهش دهد و این روند ۶۰ روز پس از پایان درمان همچنان ادامه یافت.

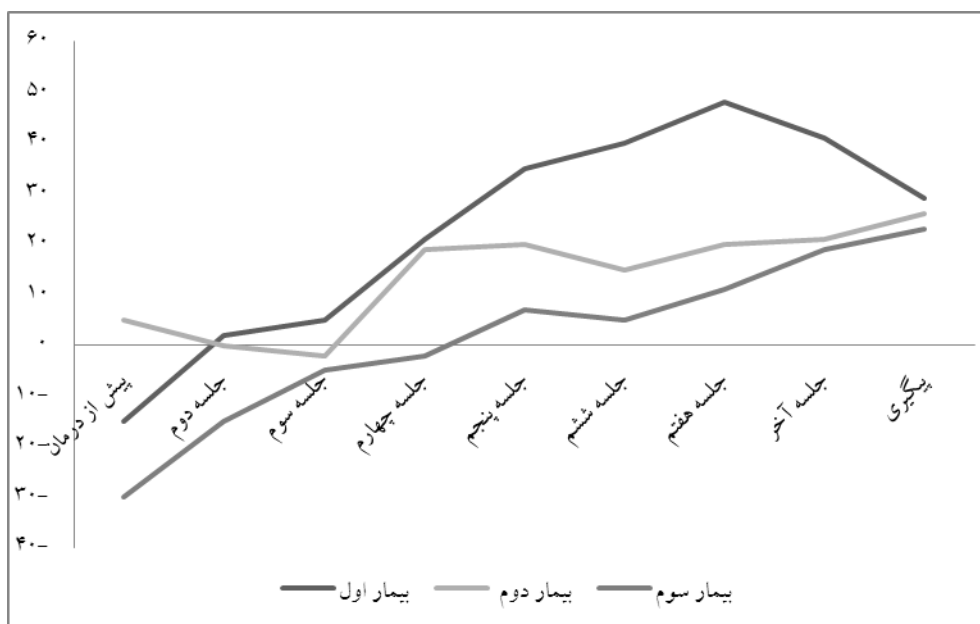
همانطور که در نمودار ۱ مشاهده می‌شود نمره اضطراب تمامی بیماران در طی درمان و پیگیری ۶۰ روزه کاهش عمده‌ای داشته است. این کاهش در ابتدای درمان بیمار اول شدت بیشتری نشان داده است. اضطراب بیمار دوم نیز طی درمان و پس از آن روند کاهشی داشته اما نمرات این مقیاس در جلسات چهارم و هفتم به دلیل وجود مشکلات خانوادگی افزایش قابل ملاحظه‌ای داشته است. با



نمودار ۲- نمایش تغییر نمرات بیمار در مورد متغیر افسردگی

داده اما در جلسه چهارم افزایش قابل ملاحظه‌ای در این مقیاس داشته است. با این وجود بیمار در جلسه پنجم کاهش چشم‌گیری در افسردگی‌اش نشان داد و این کاهش تا پایان درمان و پیگیری ۶۰ روزه ادامه یافت. نمودار بیمار سوم نیز بیانگر روند کاهشی افسردگی در این بیمار است.

نمودار ۲ شامل نمرات بیماران در مقیاس افسردگی بک (BDI-II) طی مراحل درمان و پیگیری ۶۰ روزه است. همانگونه که مشخص است تمامی بیماران روند کاهشی قابل ملاحظه‌ای در نمرات افسردگی‌شان داشته‌اند. اما بیمار اول این روند را بسیار سریع طی کرده است. بیمار دوم نیز تا جلسه سوم روندی کاهنده در افسردگی نشان



نمودار ۳- نمایش تغییر نمرات بیماران در مورد متغیر خود شفقتی

نمودار ۳ نشان دهنده نمرات بیماران در مقیاس خود شفقتی است. تمامی بیماران روند افزایش تدریجی در خود شفقتی طی مراحل درمان نشان می‌دهند. بیمار اول تا جلسه هفتم افزایش شدیدی در خود شفقتی نشان می‌دهد اما در جلسه پایانی و پیگیری ۶۰ روزه کاهش نسبی در این مقیاس نشان می‌دهد. با این وجود نمره فرد نسبت به پیش از درمان افزایش چشم‌گیری داشته است. همانطور که نمودار نشان می‌دهد نمره خود شفقتی بیمار دوم پس از جلسه سوم روند افزایشی داشته است. بیمار سوم یک روند مستمر افزایشی از شروع درمان تا پیگیری ۶۰ روزه نشان می‌دهد. در کل نتایج بیانگر آن است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قادر به افزایش خود شفقتی این بیماران است.

بحث

هدف از این پژوهش ارزیابی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خود شفقتی بیماران مبتلا به اضطراب

افسردگی مختلط بود. یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که تمامی بیماران پس از شرکت در این مطالعه افزایش قابل توجهی در خود شفقتی‌شان داشته‌اند که این نتایج مؤید مطالعه ون دام^۱ و همکاران بود که تجزیه و تحلیل چندگانه در مقایسه قدرت مقیاس خود شفقتی و مقیاس توجه آگاهانه ذهن آگاهی، برای پیش‌بینی اضطراب، افسردگی، نگرانی و کیفیت زندگی نمونه بزرگ از جامعه (n=۵۰۴) به دنبال کمک برای اختلالات اضطرابی، نشان داد که خود شفقتی پیش‌گوی قدرتمندی برای شدت علائم و کیفیت زندگی است، و پیش‌گویی کننده قوی و مهم بهداشت روانی است که ممکن است یک جزء مهم از مداخلات بر مبنی ذهن آگاهی افسردگی و اضطراب باشد (۱۷). احتمالاً روش‌های مختلفی را می‌توان برای کمک به افزایش خود شفقتی بکار برد. روش‌های درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مسلماً مفید

^۱Van Dam



علائم اضطراب و افسردگی خویش را بهبود بخشند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق تمرین آگاهی از افکار و احساسات بدنی، از چرخه‌های بازخوردی اضطراب جلوگیری می‌کند. بدن اغلب بخشی از چرخه بازخوردی است که اضطراب و افسردگی را تداوم می‌بخشد. مثلاً تنش عضلانی ما را در چرخه اضطراب گرفتار می‌کند یا حالت پژمردگی ما را در چرخه افسردگی نگاه می‌دارد و اگر بطور اختیاری آگاهی را به بدن معطوف کنیم دو تأثیر خواهد داشت. نخست توجه به حس‌هایی که ممکن است از آنها بی‌اطلاع باشیم می‌تواند نتیجه حاصل از آنها را تغییر دهد. دوم اینکه، معطوف کردن آگاهی به بدن به افراد اجازه می‌دهد مؤلفه متفاوتی را در "سبک ذهنی" انتخاب کنند. مؤلفه‌ای که آنها را از گرفتار شدن در حالت هیجانی با تغییر اختیاری ژست یا حالت چهره مصون نگاه می‌دارد. علاوه بر این در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با استفاده از فنون شناختی به بیمار یاد داده می‌شود که افکار، حقایق نیستند و بیمار را آماده شناسایی افکار ناکارآمد می‌کنند. در نتیجه بیمار راهکارهای شناختی مقابله با استرس را یاد می‌گیرد و در نتیجه از آن برای مهار اضطراب خود استفاده می‌کند. یافته‌های این مطالعه با نتایج یافته‌های فینوکان و همکاران (۱۲) و اسپلوینز^۴ و همکاران (۱۱) هم راستا بود و نیز کاهش نمرات افسردگی بیماران در مرحله پیگیری ۶۰ روزه مؤید این مسئله است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی درمان برای پیشگیری از عود افسردگی مناسب است.

نتیجه‌گیری

بطور خلاصه نتایج این پژوهش تأثیر روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در درمان اختلال

هستند، زیرا معمولاً شامل تمرکزی خاص روی پذیرفتن خویشتن و احساسات دشوار بدون نگرش انتقادی و بصورتی مشفقانه می‌باشند. خود شفقتی بیشتر با رفاه روانی بیشتر در ارتباط است و یک ضربه‌گیر در برابر عوامل تنش‌زای حاد را فراهم می‌کند (۲۰، ۱۸). زمانیکه ذهن افراد درگیر افکار و احساسات منفی و دردناک است، تجربیات خود را به آن شکلی که هستند نمی‌پذیرند، و معمولاً فرد نمی‌پذیرد که آن تجربه یا احساس را به ضمیر خود آگاه خود راه دهد. بنابراین شخص درگیر واکنش تنفیری از خود می‌شود. این نوع پاسخ معمولاً شامل تمرکز کردن و نشخوار بیش از حد احساسات منفی خویشتن است (۱۷). چون در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، فرد می‌آموزد تا دیدگاه عینی‌تری نسبت به شکست‌ها و بی‌کفایتی‌هایش اتخاذ کند، در نتیجه فضای ذهنی لازم برای درک این مسئله که او در تجربه شکست و بی‌کفایتی تنها نیست و درد و رنج جنبه جدایی ناپذیر زندگی انسانی است، فراهم می‌آید (۲۴، ۱۸). هیزا، استروسال^۲ و ویلسون^۳ یافتند، که تعلیمات ذهن آگاهی توسط ترغیب افراد به پذیرش و تحمل افکار و احساسات دردناک به جای سعی در تغییر آنها، و جایگزین کردن در یک زمینه بزرگ‌تر، بصورتیکه ارزش و اهمیت آنها با دیدگاهی وسیع‌تر مشاهده شود، می‌تواند از افسردگی جلوگیری نماید. در آموزش ذهن آگاهی در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، فرد می‌تواند دیدگاه وسیع‌تری نسبت خود و محیطش اتخاذ کند تا از احساس بریدگی و انزوا دور گردد و دیدگاه سالم‌تری داشته باشد. با توجه به نمرات بیماران در مقیاس اضطراب و افسردگی بک می‌توان گفت بیماران با شرکت در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توانستند

^۱ Hayes
^۲ Strosahl
^۳ Wilson

^۴ Splevins



باشد. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی گزینه مناسبی برای کنترل اضطراب و افسردگی و نیز افزایش خود شفقتی در میان مبتلایان ایرانی این اختلال باشد. با وجود مزایای مطالعه موردی (مثل داشتن کنترل نسبی روی شرایط آزمایش، سنجش مداوم و سنجش خط پایه) تعداد کم شرکت کنندگان می‌تواند از محدودیت‌های این نوع پژوهش باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در آینده از حجم نمونه‌ای گسترده‌تر استفاده کنند تا تفاوت‌های فردی میان بیماران در نظر گرفته شود و یافته‌ها با توجه به آن تفسیر شود. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش دوره پیگیری کوتاه دو ماهه بود که پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در بررسی‌های آتی از دوره‌های پیگیری طولانی‌تری (ترجیحاً ۶-۱۲ ماهه) استفاده کنند.

اضطراب افسردگی مختلط ثابت نمود. این شیوه در درمان اضطراب و افسردگی بیماران موفق بوده و باعث افزایش خود شفقتی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب افسردگی مختلط می‌شود. علی‌رغم شیوع بالای اختلال اضطراب افسردگی مختلط، درمان آن بوسیله دارو و روان درمانی سخت است، و در اکثر موارد بیماری مزمن می‌شود و به شکل بدنی نمود پیدا می‌کند. نهایتاً افراد بیش از حد به حمایت تخصصی وابسته و بار مالی و روانی زیادی بر جامعه تحمیل می‌شود (۲۲). در نتیجه یافتن راه حل درمانی مناسب برای این اختلال بسیار ضروری به نظر می‌رسد. در میان درمان‌های مختلف، در پژوهش حاضر، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته اثربخشی‌اش را در درمان اختلال‌های اضطراب و افسردگی اثبات کند و با توجه به اهمیت سازه خود شفقتی در سلامت روان، می‌تواند شاخص خوبی برای ذهن آگاهی

References

۱. Batelaan NM, Spijker J, de Graaf R, Cuijpers P. Mixed anxiety depression should not be included in DSM-۵. *J Nerv Ment Dis* ۲۰۱۲; ۲۰۰(۶): ۴۹۵-۸.
۲. Gibbons CJ, DeRubeis RJ. Anxiety symptom focus in sessions of cognitive therapy for depression. *Behav Ther* ۲۰۰۸; ۳۹(۲): ۱۱۷-۲۵.
۳. Schoevers R, Beekman A, Deeg D, Jonker C, Tilburg Wv. Comorbidity and risk-patterns of depression, generalised anxiety disorder and mixed anxiety-depression in later life: results from the AMSTEL study. *Int J Geriatr Psychiatry* ۲۰۰۳; ۱۸(۱۱): ۹۹۴-۱۰۰۱.
۴. Hranov LG. Comorbid anxiety and depression: illumination of a controversy. *Int J Psychiatry Clin Pract* ۲۰۰۷; ۱۱(۳): ۱۷۱-۸۹.
۵. Bakish D, Habib R, Hooper CL. Mixed anxiety and depression: Diagnosis and treatment options. *CNS drugs* ۱۹۹۸; ۹(۴): ۲۷۱-۸۰.
۶. American Psychiatric Association, DSM-IV. *APATFo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*: Amer Psychiatric Pub Inc; ۱۹۹۴. Available from: URL: <https://www.nlm.nih.gov/research/umls/sourcereleasedocs/current/DSM4/>.
۷. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*, fifth edition. Washington DC: American Psychiatric Association; ۲۰۱۳. Available from: URL: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.books.9780890425096/>, (Accessed: ۱۷ June ۲۰۱۵).



۸. Tyrer P, Seivewright H, Simmonds S, Johnson T. Prospective studies of cothymia (Mixed Anxiety-Depression): How do they inform clinical practice?. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* ۲۰۰۱; ۲۵۱(۲):۵۳-۶.
۹. Hamilton KE, Wershler JL, Macrodimitris SD, Backs-Dermott BJ, Ching LE, Mothersill KJ, *et al.* Exploring the effectiveness of a mixed-diagnosis group cognitive behavioral therapy intervention across diverse populations. *Cognitive and Behavioral Practice* ۲۰۱۲; ۱۹(۳):۴۷۲-۸۲.
۱۰. Teasdale JD, Segal Z, Williams JMG. How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behav Res Ther* ۱۹۹۵; ۳۳(۱):۲۵-۳۹.
۱۱. Splevins K, Smith A, Simpson J. Do improvements in emotional distress correlate with becoming more mindful? a study of older adults. *Aging Ment Health* ۲۰۰۹; ۱۳(۳):۳۲۸-۳۵.
۱۲. Finucane A, Mercer SW. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC psychiatry* ۲۰۰۶; ۶(۱):۱۴.
۱۳. Ree MJ, Craigie MA. Outcomes following mindfulness-based cognitive therapy in a heterogeneous sample of adult outpatients. *Behaviour Change* ۲۰۰۷; ۲۴(۲):۷۰-۸۶.
۱۴. Mason O, Hargreaves I. A qualitative study of mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Br J Med Psychol* ۲۰۰۱; ۷۴(۲):۱۹۷-۲۱۲.
۱۵. Schwarze M. Assessing the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in individual sessions in reducing self-reported stress and increasing self-reported mindfulness levels of a nursing student [Dissertation]. ۲۰۱۱.
۱۶. Hamidpour h. Examination of efficacy and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in treatment and prevention of relapse and recurrence of dysthymia. *Res Psychol Health* ۲۰۰۷; ۱(۱):۲۵-۳۵. [Persian]
۱۷. Van Dam NT, Sheppard SC, Forsyth JP, Earleywine M. Self-compassion is a better predictor than mindfulness of symptom severity and quality of life in mixed anxiety and depression. *J Anxiety Disord* ۲۰۱۱; ۲۵(۱):۱۲۳-۳۰.
۱۸. Neff KD, Rude SS, Kirkpatrick KL. An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Pers* ۲۰۰۷; ۴۱(۴): ۹۰۸-۱۶.
۱۹. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity* ۲۰۰۲; ۲(۲):۸۵-۱۰۱.
۲۰. Neff KD, Kirkpatrick KL, Rude SS. Self-compassion and adaptive psychological functioning. *J Res Pers* ۲۰۰۷; ۴۱(۱):۱۳۹-۵۴.
۲۱. Neff KD, Vonk R. Self-compassion versus global self-esteem: Two different ways of relating to oneself. *J Pers* ۲۰۰۹; ۷۷(۱):۲۳-۵۰.
۲۲. Echeburúa E, Salaberría K, de Corral P, Cenea R, Berasategui T. Treatment of mixed anxiety-depression disorder: Long-term Outcome. *Behav Cogn Psychoth* ۲۰۰۶; ۳۴(۱):۹۵-۱۰۱.
۲۳. Barger-Anderson R, Domaracki J W, Kearney-Vakulick N, Kubina R M. Multiple baseline designs: The use of a single- case experimental design in literacy research. *Reading Improvent* ۲۰۰۴; ۴۱(۴):۲۱۷-۲۵.
۲۴. Neff KD. The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity* ۲۰۰۳; ۲(۳):۲۲۳-۵۰.
۲۵. Hasani J, Padsar K. The Assessment of Confirmatory Factor Structure, Validity and Reliability of Persian Version of Self-Compassion Scale (SCS-P) in Ferdosi University of Mashhad in ۲۰۱۳. *J Rafsanjan Univ Med Sci* ۲۰۱۷; ۱۶(۸):۷۲۷-۴۲. [Persian]
۲۶. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of beck depression inventories-ia and-ii in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* ۱۹۹۶; ۶۷(۳):۵۸۸-۹۷.
۲۷. Dabson K, Mohammadkhani P, Massah Choolabi O. Psychometric characteristics of beck depression inventory-ii in patients with major depressive disorder. *Journal of Rehabilitation* ۲۰۰۷; ۸(۲):۸۲-۶. [Persian]
۲۸. Motabi F, Fata L, Moloodi R, Ziai K, Jafari H. Development and validation of depression-related beliefs scale. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* ۲۰۱۱; ۱۷(۳):۲۰۸-۱۷. [Persian]
۲۹. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol* ۱۹۸۸; ۵۶(۶):۸۹۳-۷.
۳۰. Hashemi Z, Mahmud Alilou M, Hashemi Nosrat-abad T. The effectiveness of meta cognitive therapy on major depression disorder: A case report. *J Clin Psychol* ۲۰۱۱; ۲(۳):۸۵-۹۷. [Persian]



۳۱. Segal Z, Williams M, Teasdale J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. A new approach to preventing relapse. 1st ed. The Guilford Press; ۲۰۰۱.
۳۲. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; ۱۹۹۹.