

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

Sarraj Khorrami A<sup>1, 2</sup>, \*Pasha R<sup>3</sup>, Hafezi F<sup>4</sup>, Bakhtiar Pour S<sup>5</sup>, Eftekhar Z<sup>6</sup>

### 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, Iran.

\*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 stuck 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 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.

## اثربخشی شناختدرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان نشخوار فکری افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسوسی-جبری

آذر سراج خرمی<sup>۱،۲\*</sup>، رضا پاشا<sup>۳</sup>، فریبا حافظی<sup>۴</sup>، سعید بختیارپور<sup>۵</sup>، زهرا افتخار<sup>۶</sup>

### توضیحات نویسندها

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. دانشیارگر روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران;
۴. استادیارگر روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران;
۵. استادیارگر روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران;
۶. استادیارگر روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

\*رایانه نویسنده مسئول: g.rpasha@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶ مرداد ۲۶؛ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶ شهریور ۱۳

### 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 مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان نشخوار فکری افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسوسی-جبری انجام گرفت.

**روش پژوهشی:** طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. حجم نمونه را ۸۰ نفر بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسوسی-جبری تشکیل دادند که طبق تشخیص روان‌پزشک و برجسته‌ DSM-5 تشخیص داده شده بودند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ۴۰ نفر (۲۰ افسردگی، ۲۰ وسوسی) و کنترل ۴۰ نفر (۲۰ افسردگی، ۲۰ وسوسی) قرار گرفتند. برای اجرا، ابتدا از هر دو گروه با استفاده از پرسشنامه نشخوار فکری پیش‌آزمون گرفته شد. سپس، گروه آزمایش طی هشت جلسه با روش شناختدرمانی مبتنی بر 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 (مانکو) استفاده گردید.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش حاکی از آن بود که شناختدرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسوسی-جبری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شد ( $p < 0.001$ ).

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

**کلیدواژه‌ها:** شناختدرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، نشخوار فکری، اختلال افسردگی اساسی، اختلال وسوسی-جبری.

## ۱ مقدمه

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

کویکن و همکاران پژوهشی با هدف اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر جلوگیری از پیشرفت افسردگی راجعه انجام دادند. برای این منظور گروهی از بیماران را در گروه MBCT و گروه دیگر را در دارودرمانی و گروه سوم را در کنترل قرار دادند. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که شناخت‌درمانی مبتنی بر 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 مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسرگی مزمن به این نتیجه دست یافتند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افسردگی مزمن افراد مبتلا بسیار اثربخش بوده است (۱۱). در پژوهش دیگر نیز ذهن‌آگاهی رابطه مستقیم و معکوس با نشخوار فکری و نشانه‌های افسردگی دارد (۱۲).

محمدپور و همکاران نیز در تحقیقی با عنوان مقایسه اثربخشی دارودرمانی با شناخت‌درمانی مبتنی بر 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 مبتنی بر ذهن‌آگاهی دارای اثرات درمانی پایدارتری است (۱۳).

طبق تحقیقات انجام‌شده، نشخوار فکری به عنوان مهم‌ترین مؤلفه 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 استفاده بیش از حد از آن، ممکن است مشخصه تعداد زیادی از بیماری‌های روانی باشد و مدیریت آن‌ها ممکن است نقشی ویژه در درمان‌های حمایت‌کننده داشته باشد (۱۴). ازوی دیگر، تاکنون درمان‌های روان‌شناختی مختلفی برای درمان افسردگی مانند شناخت‌درمانی بک و درمان بین‌فردي ایجاد شده و این درمان‌ها در کارآزمایی‌های روانی باشد و درمان داده‌اند؛ اما در اکثر موقع این درمان‌ها در جلوگیری از پیشرفت مؤثر نبوده و بیماران گریبان‌گیر علائم باقی‌مانده‌ای مانند تداوم تفکر افسردگی‌کننده و انزواج اجتماعی باقی می‌مانند (۱۵)؛ بنابراین، با افزایش چشمگیر هزینه‌های خدمات بهداشتی و درمانی که امروزه در تمام جوامع موجود است، به درمان‌های کوتاه‌تر دارای اثرات درمانی مشابهی با درمان‌های بلندمدت بوده و هزینه‌های مالی کمتری را برای درمان‌جویان دربردارند، در مقایسه با درمان‌های تحمیل‌کننده هزینه‌های زیاد به سیستم بهداشتی و بیماران، در اولویت قرار می‌گیرند. با توجه به شیوع فراوان اختلال‌های

اختلال افسردگی اساسی<sup>۱</sup> و سوساسی-جبری<sup>۲</sup> دو اختلال روانی به شمار می‌روند که عوامل مؤثر بر بروز و تداوم آن‌ها به خوبی شناخته نشده‌اند. این اختلال‌ها با علائمی که به همراه 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 خلقی و اضطرابی تأثیر دارند که از عوامل بسیار مهم، نشخوار فکری<sup>۳</sup> است. این نوع تفکر در برخی اختلال‌های هیجانی نظری افسردگی، سوساس فکری-عملی، اضطراب فراگیر<sup>۴</sup> و اختلال استرس پس از سانحه<sup>۵</sup> مشاهده می‌شود (۲). مدل‌ها و تعریف‌های زیادی از نشخوار فکری ارائه شده است که نیز ممتدین نظریه دراین‌باره، نظریه سبک‌های پاسخ نالن‌هوکسما<sup>۶</sup> است (۳). در این نظریه نشخوار فکری به عنوان تکرارشونده درباره 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 به واسطه تفکر منفی، حل مسئله ناکارآمد، تداخل با رفتار هدفمند و کاهش حمایت اجتماعی تشدید و تداوم می‌بخشد (۵). نشخوار فکری در بیماری سوساس نیز، شامل افکاری هستند که به طور پایان‌نایذیر مرور می‌شوند و به نامیدی درباره آینده و ارزیابی‌های منفی درباره 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<sup>۷</sup> است که روی پردازش آن‌ها تأثیر منفی به جا می‌گذارد. شناسایی این سازه و کمک به بیماران در پیداکردن بیش درباره اینکه به جای گذشته در حال و اینجا زندگی کنند، فرایند واقعیت‌سنجی و درک کامل‌تر از وضعیت فعلی خود و اطراف‌ایانش را تسریع می‌بخشد. این سازه شناختی سهمی بسزایی در تشدید و تداوم اختلال‌های خلقی و اضطرابی بر عهده داشته و این موضوع نشان‌دهنده اهمیت آن در فرایند درمان است (۷).

روش‌های مختلفی برای درمان اختلالات روانی استفاده شده که مهم‌تر از همه، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مفهوم ذهن‌آگاهی را با اصول نظریه شناختی-رفتاری در هم می‌آمیزد. این رویکرد عناصری از درمان شناختی را دربرمی‌گیرد که باعث جداسدن دیدگاه فرد از افکارش می‌شوند، مثلاً اظهاراتی چون «من افکارم نیستم». شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کاهش پیشرفت افسردگی طراحی شده است؛ بدین صورت که افراد در طی آن می‌آموزند افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را به سادگی به عنوان 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).

<sup>۱</sup>. Post Traumatic Stress Disorder

<sup>۲</sup>. Nolen Hoeksema

<sup>۳</sup>. Here and Now

<sup>۴</sup>. Mindfulness-Based cognitive Therapy

<sup>۱</sup>. Major Depression Disorder

<sup>۲</sup>. Obsessive- Compulsive Disorder

<sup>۳</sup>. thinking rumination

<sup>۴</sup>. General Anxiety Disorder

روان‌شناختی دیگری غیر از درمان مدنظر قرار گرفتند یا اینکه در حین جلسات درمانی طبق تشخیص روان‌پژوهش مرکز، مبتلا به اختلال دیگری غیر از افسردگی و وسواس بوده، از نمونه حذف شدند.

ابزار استفاده شده در این پژوهش، پرسشنامه نشخوار فکری<sup>۲</sup> بود. این پرسشنامه را یوسفی در سال ۱۳۸۴ ساخت. مقیاس نشخوار فکری پنج خرده مقیاس دارد که عبارتست از: سردرگری‌بازی، سرزنش خود، نشخوار فکری علامت‌مدار، درون‌نگری و نشخوار فکری درباره نتایج افسردگی. این پرسشنامه دارای ۳۹ سؤال است. هر آزمودنی به سوالات با مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت (به هیچ وجه، تا حدودی، بیشتر اوقات، تقریباً همیشه) درباره تجربه افکار یا احساسات خود در دو هفته گذشته پاسخ می‌دهد که هر کدام از یک تا چهار درجه‌بندی شده و نمره هر فرد با جمع این امتیازات بدست می‌آید. یوسفی به منظور بررسی پایایی و اعتبار و هنجاری‌بازی پرسشنامه نشخوار فکری، ۲۱ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان را به طور تصادفی انتخاب کرده و پرسشنامه 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 به روش 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 بدست آمد. ضریب اعتبار هم‌زمان با آزمون بک ( $\alpha = 0.51$ ) و با شادمانی آکسفورد ( $\alpha = 0.53$ ) مشخص شد که هردو از لحاظ آماری معنادار بودند. نتایج نشان داد که این پرسشنامه از ثبات درونی بسیار خوبی با ضریب آلفای کرونباخ  $0.92$  برخوردار است. همچنین، ضریب پایایی آلفای کرونباخ محاسبه شده در این پژوهش،  $0.96$  است (۱۶). لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر نمرة کل پرسشنامه نشخوار فکری به منظور تجزیه و تحلیل مدنظر قرار گرفت.

به عنوان مداخله از راهنمای عملی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ساخته سگال و ویلیامز و تیزدیل استفاده شد که توسط محمدخانی و همکاران (۱۷) ساخته شده است. این پروتکل درمانی شامل ۸ جلسه بوده و برنامه درمان در هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه است (پس از ۴۵ دقیقه، ۵ دقیقه استراحت و سپس ۴۰ دقیقه مداخله) که با انجام تمرین‌های مرتبط با مداخله مدنظر و بحث درباره تمرین‌ها و بررسی تکالیف هر جلسه اجرا می‌شود. هدف جلسات در جدول ۱ آمده است.

## جدول ۱. خلاصه جلسات

جلد	موضوع
تعیین اهداف جلسه، تنظیم خط مشی کلی با درنظرگرفتن جنبه محروم‌بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت شرکت‌کنندگان به تشکیل گروه‌های دو نفری و معرفی خود به یکدیگر و سپس به اعضای گروه به عنوان یک واحد، تمرین خوردن کشمکش، دادن پسخوراند و بحث درباره تمرین خوردن، تمرین وارسی بدنی، آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه، دادن بازخورد و بحث درباره وارسی بدنی، تمرین مراقبه وارسی بدنی برای ۷۶ روز، توزیع نوارها و جزوایات جلسه اول، اتمام کلاس با تمرکز بر تنفس کوتاه، برنامه‌ریزی و آماده‌سازی.	تعیین اهداف جلسه، تنظیم خط مشی کلی با درنظرگرفتن جنبه محروم‌بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت شرکت‌کنندگان
اول	دادن پسخوراند و بحث درباره تمرین خوردن، تمرین وارسی بدنی، آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه، دادن بازخورد و بحث درباره وارسی بدنی، تمرین مراقبه وارسی بدنی برای ۷۶ روز، توزیع نوارها و جزوایات جلسه اول، اتمام کلاس با تمرکز بر تنفس کوتاه، برنامه‌ریزی و آماده‌سازی.
۲	روش بررسی

<sup>2</sup>. Thinking Rumination Questionnaire

1. Structured Interview for DSM5

خلائقی و اضطرابی و تأثیری که این اختلال‌ها بر عملکرد افراد دارند و همچنین با درنظرگرفتن این قضیه که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از جمله درمان‌های کوتاه‌مدت و مقرون به صرفه محسوب شده و در پژوهش‌های مختلف به بررسی درمان مذکور در اختلال‌های مختلف پرداخته شده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوار فکری و درمان مبتلایان به افسردگی و وسواس انجام شد.

مطالعه حاضر طرحی نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون پس‌آزمون بود. در این پژوهش، شرکت‌کنندگان با توجه به ضوابط اخلاقی کارآزمایی بالینی و اصول بیانیه هلسینکی مجاز بودند تا درصورت بروز هرگونه ناراحتی و افزایش درد ناشی از روان‌درمانی، از پژوهش انصراف دهند. قبل از انجام پژوهش و به منظور حفظ حقوق انسانی، آزمودنی‌ها طبق قرارداد و رضایت‌نامه 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 پرسشنامه نشخوار فکری، پیش‌آزمون گرفته شد. گروه مداخله با روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) در هشت جلسه (زمان هر جلسه ۹۰ دقیقه) و گروه کنترل بدون دریافت هیچ‌گونه مداخله‌ای، بررسی شدند. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسواسی-جبری بسته در مرکز نگهداری بیماران روانی مزمن شفا در شهرستان ذرفول بود که توسط روان‌پژوه و براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و مصاحبه‌های تشخیصی ساخت‌یافته از جمله<sup>۱</sup> SID، واحد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی و وسواسی-جبری تشخیص داده شده بودند. نمونه پژوهش را ۸۰ نفر از جامعه مذکور تشکیل دادند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت 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 محدوده سنی ۲۰ تا ۷۰ سالگی بود که حداقل یک سال سابقه بسته 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

<b>تمرين وارسي بدني، بازنگري تمرين و تکلیف خانگي، تمرين افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱۰ دقیقه، توزیع جزوایات جلسه دوم، ارائه تکالیف خانگی، مراقبه وارسی بدنه ۶ بار در ۷ روز، تنفس با حضور ذهن ۱۰ دقیقه‌ای، ثبت وقایع خوشایند یا لذت‌بخش (هر روز)، حضور ذهن از فعالیتهای عادی، برنامه‌ریزی و آماده‌سازی، پایان دادن به کلاس با قرارگرفتن در فضای تنفس.</b>	<b>دوه</b>
<b>تمرين دیدن یا شنیدن، تمرين مراقبه، بازنگري تکلیف، تمرين فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، تهیه فهرستی از وقایع ناخوشایند، آمادگی شخصی و برنامه‌ریزی، ارائه تکالیف خانگی.</b>	<b>سوم</b>
<b>تمرين پنج دقیقه‌ای «دیدن یا شنیدن»، ۴۰ دقیقه مراقبه—آگاهی از تنفس، بدنه، صدا و افکار، بازنگري تکلیف خانگی، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای، تعیین تکلیف خانگی، آمادگی فردی و برنامه‌ریزی (برای ماندن در زمان حال).</b>	<b>چهارم</b>
<b>چهل دقیقه مراقبه نشسته—آگاهی از تنفس، بدنه، صداها، افکار، توجه به اینکه چگونه ما از طریق واکنش‌هایی که به افکار و احساسات یا حس‌های بدنه نشان می‌دهیم، با تجارتی ارتباط برقرار می‌کنیم، بیان دشواری‌هایی که در طی انجام تمرين روی می‌دهد و توجه به تأثیرات آن‌ها بر بدنه و واکنش به آن‌ها، بازنگري تمرين و تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگري آن، تعیین تکلیف خانگی، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای—مقابله‌ای، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.</b>	<b>پنجم</b>
<b>مراقبه نشسته، بازنگري تکلیف خانگی، آماده‌شدن برای اتمام دوره، خلق، افکار و تمرين نظرات یا افکار جانشین، زمان تنفس و بازنگري آن، تعیین تکلیف خانگی، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.</b>	<b>ششم</b>
<b>مراقبه نشسته—آگاهی از تنفس، بدنه، صداها، سپس افکار، بازنگري تکالیف خانگی، تمرين مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، تهیه فهرستی از فعالیتهای لذت‌بخش و فعالیت‌هایی که منجر به حس از عهده‌برآیی می‌شود، برنامه‌ریزی و تهیه برنامه‌ای مناسب برای چنین فعالیت‌هایی، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای به عنوان گام اول برای داشتن حضور ذهن، شناسایی نشانگان پیشرفت، شناسایی کارهای لازم برای رویارویی با پیشرفت/بازگشت، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای یا قدم‌زدن همراه با حضور ذهن، دادن تکلیف خانگی، ایجاد نظام هشدار اولیه برای ردیابی نشانگان پیشرفت، گسترش برنامه فعالیت برای مواجهه با حالات خلُقی بد، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.</b>	<b>هفتم</b>
<b>تمرين وارسي بدني، بازنگري تکلیف خانگی (شامل نظام‌های هشداردهنده اولیه و برنامه‌های عمل)، بازنگري کل برنامه، نظرسنجی از شرکت‌کنندگان تا درباره برنامه نظر بدنه، بحث درباره اینکه چگونه به بهترین نحو، تحرک و نظمی که در ۷ هفته گذشته چه در تمرين‌های منظم و چه در تمرين‌های غیرمنظم ایجاد شده، ادامه یابد، وارسی و بحث درباره برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرين، پایان دادن به کلاس‌ها با آخرین مراقبه، آماده‌سازی و برنامه‌ریزی.</b>	<b>هشتم</b>

همان‌طورکه نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد، مقادیر میانگین و انحراف توصیفی و استنباطی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ استفاده شد. برای تعیین نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف به کار برده شد. همچنین در بخش استنباطی، از روش تحلیل کووواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شد.

در پایان، به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار

۳ یافته‌ها

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

گروه	تعداد	میانگین انحراف	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		میانگین انحراف	معیار	میانگین انحراف	معیار	میانگین انحراف	معیار	میانگین انحراف	معیار
			پیگیری	معیار	پیش‌آزمون	پس‌آزمون								
آزمایش	۲۰	۱۰۵/۶۵	۸/۱۷	۵۵/۲۰	۷/۹۴	۵۶/۳۵	۶/۴۸	مبتلایان به افسردگی اساسی	۱۰۹/۳۵	۱۰۸/۵۵	۱۲۳۰/۲	۱۱/۲۰	۱۰۹/۳۰	۱۰۹/۳۵
کنترل	۲۰	۲۰	۷/۱۳	۱۰۹/۳۵	۱۰۹/۳۰	۱۰۹/۳۰	۷/۱۳	آزمایش	۱۱۰/۲۰	۱۱۰/۲۰	۶۲/۵۰	۵/۲۶	۶۷/۷۰	۶۴/۰۵
آزمایش	۲۰	۱۱۰/۷۵	۶/۸۴	۱۱۱/۰۵	۷/۹۶	۱۱۲/۶۰	۸/۰۳	مبتلایان به وسوسی—جبri	۱۰۹/۷۵	۱۱۲/۶۰	۷/۹۶	۸/۰۳	۱۰۹/۷۵	۱۰۹/۷۵
جبri	۲۰	۱۰۹/۷۵	۶/۸۴	۱۱۱/۰۵	۷/۹۶	۱۱۲/۶۰	۸/۰۳	کنترل	۱۱۰/۷۵	۱۱۲/۶۰	۷/۹۶	۸/۰۳	۱۰۹/۷۵	۱۰۹/۷۵

به منظور مقایسه توزیع داده‌های به دست آمده از پژوهش حاصل با توزیع نرمال از آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف استفاده شد. با انجام آزمون گروه آزمایش و کنترل از توزیع نرمال تعیت می‌کند؛ بنابراین، کولموگروف‌اسمیرنوف، ملاحظه شد که نمرات متغیر نشخوار فکری پیش‌فرض نرمال‌بودن داده‌ها برقرار بوده و استفاده از آزمون تحلیل

کوواریانس مجاز است.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) نشان داد میانگین نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و سوسایی-جبری در دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیره آنکوا در متن مانکوا استفاده شده است که در جدول ۳ مشاهده می‌شود. پس آزمون تفاوت معناداری دارد ( $p < 0.001$ ).

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره آنکوا (ANCOVA) برای مقایسه پس آزمون نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و سوسایی-جبری در دو گروه آزمایش و کنترل

	F	مقدار p	مجذور اتا	توان آزمون	مقدار
همگونی شب رگرسیونی	۹/۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۶	۰/۹۷۵	همگونی شب رگرسیونی
اثر پیش آزمون	۱۰/۳۹	۰/۰۰۳	۰/۲۲۹	۰/۸۸۰	اثر پیش آزمون
بین گروهی	۳۳۰/۹۶	<۰/۰۰۱	۰/۹۰۴	۱/۰۰۰	بین گروهی
همگونی شب رگرسیونی	۵/۸۱۷**	۰/۰۰۷	۰/۲۶۱	۰/۸۳۹	همگونی شب رگرسیونی
اثر پیش آزمون	۹/۹۳۶	۰/۰۰۳	۰/۲۲۱	۰/۸۶۵	اثر پیش آزمون
بین گروهی	۴۸۲/۲۷	<۰/۰۰۱	۰/۹۳۲	۱/۰۰۰	بین گروهی

داده‌های ردیف سوم جدول، مربوط به بررسی فرضیه پژوهش و مقایسه بین گروه‌ها در پس آزمون، نشان می‌دهد که با کنترل پیش آزمون در مرحله پس آزمون مجذور اتا به  $0/93$  رسیده است؛ بنابراین  $0/93$  درصد از تفاوت‌های فردی در پس آزمون، مربوط به تأثیر آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است. توان آماری نیز برابر با  $1/00$  بوده که نشان از کافی بودن حجم نمونه دارد.

در مرحله پیگیری نیز در مقایسه با مرحله پیش آزمون، نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) مشخص کرد میانگین نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و سوسایی-جبری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری دارد ( $p < 0.001$ ).

برای بررسی دقیق‌تر معناداری اختلاف بین میانگین نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و سوسایی-جبری در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری یک متغیره آنکوا در متن مانکوا استفاده شده که نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره آنکوا (ANCOVA) در متن تحلیل کوواریانس مانکوا روی نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و سوسایی-جبری و دوقطبی در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری

	F	مقدار p	مجذور اتا	توان آزمون	مقدار
همگونی شب رگرسیونی	۹/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۰/۹۷	همگونی شب رگرسیونی
اثر پیش آزمون	۱۱/۴۸	۰/۰۰۲	۰/۲۴	۰/۹۰	اثر پیش آزمون
بین گروهی	۳۶۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۹۱	۱/۰۰	بین گروهی
همگونی شب رگرسیونی	۶/۱۷	۰/۰۰۵	۰/۲۷	۰/۸۶	همگونی شب رگرسیونی
اثر پیش آزمون	۱۰/۶۷	۰/۰۰۲	۰/۲۳	۰/۸۸	اثر پیش آزمون
بین گروهی	۵۷۳/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۹۴	۱/۰۰	بین گروهی

همان‌گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، با حذف اثر پیش آزمون، تفاوت معناداری وجود داشته که این تفاوت بهنفع گروه آزمایش در

همان‌گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، بین میانگین نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در پس آزمون 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 ذهن آگاهی است ( $F = ۳۳۰/۹۶$  و  $p < 0.001$ ).

مشاهده داده‌های ردیف سوم جدول، مربوط به بررسی فرضیه پژوهش و مقایسه بین گروه‌ها در پس آزمون، نشان می‌دهد که با کنترل پیش آزمون در مرحله پس آزمون مجذور اتا به  $0/90$  رسیده است؛ بنابراین  $0/90$  درصد از تفاوت‌های فردی در پس آزمون، مربوط به تأثیر آموزش شناخت درمانی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است. توان آماری نیز برابر با  $1/00$  بوده که نشان از کافی بودن حجم نمونه دارد.

همچنین، بین میانگین نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال و سوسایی-جبری، در پس آزمون دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته که این تفاوت بهنفع گروه آزمایش در کاهش نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال و سوسایی-جبری در بعد از آموزش ذهن آگاهی است ( $F = ۴۸۲/۲۷$  و  $p < 0.001$ ). مشاهده

از جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس یک متغیره آنکوا (ANCOVA) در متن تحلیل کوواریانس مانکوا روی نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا به

کرده و سندروم شناختی توجیهی را تغذیه و به افسردگی و اضطراب کمک کنند (۱۹). با توجه به اینکه افسردگی زیرمجموعه اختلال‌های خلقی محسوب شده و یکی از ویژگی‌های تشخیصی آن خلق ضعیف است و خلق ضعیف افکار منفی را فرا می‌خواند، نشخوار فکری در افسردها بیشتر از افراد بهنجار مشاهده می‌شود. این افکار منفی بدون هدف در ذهن می‌چرخند و فرد افسرده از آن‌جا که انگیزه عمل و توانایی حل مسئله را از دست می‌دهد به صورت متفعلانه به نشخوار فکری می‌پردازد.

نشخوار فکری در بیماری وسوسی نیز، شامل افکاری هستند که به طور پایان‌نایزی مرور شده و به نامیدی درباره آینده و ارزیابی‌های منفی درباره خود منجر می‌شود. یکی از ویژگی‌های برخی از بیماران وسوسی این است که نمی‌توانند توجه خود را از علائم ادراک‌شده بر جسته برگیرند و در واقع قادر نیستند جلوی افکار ناخوانده مزاحم را به طور مؤثر بگیرند (۲۰). بر این اساس، نشخوار فکری یکی از ویژگی‌های شناختی بیماران وسوسی محسوب می‌شود که به صورت جر و بحث‌های درونی بی‌پایان با خود است و برخی اوقات درباره مسائل جزئی و پیش‌پا افتاده و گاهی درباره مسئله فلسفی حل نشدنی بروز می‌کند.

براساس گفته‌های ویلیامز، ماهیت افکار هرچقدرهم منفی، به خودی خود مشکل اصلی محسوب نمی‌شود؛ بلکه این شیوه واکنش‌دهی به آن‌ها از طریق فعل‌شدن حالتی ذهنی مبتنی بر تشخیص تفاوت‌هایست که موجب تداوم و تشدید افکار منفی می‌شود. حضور ذهن به فرد کمک می‌کند با تسهیل در شناسایی به موقع الگوهای افکار و احساسات و حس‌های بدنه، آن‌ها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط‌یافتن خشی کند. پژوهش آگاهی به این شیوه بیمار را قادر می‌سازد تا به صورت آشکارانه‌تری برانگیخته‌شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کرده و بتواند از چنین الگوهای فکری تمرکز‌زدایی کند. همچنین به آن‌ها به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرد که بازنمایی‌هایی از واقعیت یا ویژگی‌هایی از «خود» نیستند (به نقل از ۲۱).

تمرینات مراقبه حضور ذهن، به طور اساسی در کاهش نشخوار فکری مؤثرند؛ به علاوه ازان‌جا که سطوح شدید اختلالات اضطرابی با افسردگی همبودی دارند، پردازش‌های شناختی این اختلالات، شbahت بسیاری داشته و می‌تواند توجیه‌کننده این باشد که MBCT به تنایی، 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؛ در حالی که مطالعات حاکی از این هستند که پردازش‌های فکری اضطراب و افسردگی شبیه به یکدیگرند اما محتوای آن‌ها با یکدیگر تفاوت دارد (۲۲).

بنیانگذاران شناخت‌درمانی مبتنی بر 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 به تدریج موجب ایجاد تغییر در دیدگاه عمومی فرد در ارتباط با افکار و هیجان می‌شود. به عبارت دیگر، آن‌ها پی برند که رسیدن به نوعی ارتباط

کاهش نمرات نشخوار فکری بیماران مبتلا در مرحله پیگیری است ( $F=۳۶۲/۳۲$  و  $p<0.001$  در گروه افسردگی و  $F=۵۷۳/۳۵$  و  $p<0.001$  در گروه وسوسی-جبری).

مشاهده داده‌های ردیف سوم جدول، مربوط به بررسی فرضیه پژوهش و مقایسه بین گروه‌ها در مرحله پیگیری، نشان می‌دهد که با کنترل پیش‌آزمون در مرحله پیگیری مجنوز اتا در گروه افسردگی به  $0/91$  و در گروه وسوسی-جبری به  $0/94$  رسیده است؛ بنابراین  $91/0$  درصد از تفاوت‌های فردی در مرحله پیگیری گروه افسردگی و  $94/0$  درصد از تفاوت‌های فردی در گروه وسوسی-جبری مربوط به تأثیر آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در مرحله پیگیری است. توان آماری نیز برابر با  $1/00$  بوده که نشان از کافی بودن حجم نمونه دارد.

#### ۴ بحث

در این پژوهش، اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر میزان نشخوار فکری افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و وسوسی-جبری بررسی شد. نتایج پژوهش نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی باعث کاهش به کارگیری نشخوار فکری در بیماران افسرده و وسوسی 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 همso با نتایج پژوهش حاضر است که معتقدند بین ذهن‌آگاهی و افسردگی رابطه‌ای معکوس وجود دارد. در این زمینه، نتایج مطالعه بارنهوفر و همکاران مشخص کرد ذهن‌آگاهی با افسردگی و اضطراب کمتر و بهزیستی بیشتر ارتباط دارد (۱۱). در پژوهش دیگر نیز ذهن‌آگاهی رابطه 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 به عنوان عوامل خطرساز افسردگی مشخص کرده‌اند (۱۸). آنچه افراد را به لحاظ روانی دربرابر افسردگی آسیب‌پذیر می‌کند، دسترسی آسان و سریع به افکار و خاطره‌ها و نگرش‌های منفی در موقع پایین‌بودن خلق و نشخوارهای فکری درباره افکار و خاطره‌ها و حس‌های بدنه منفی است. افراد افسرده از تحریف‌های شناختی از جمله تعیین مفترط، انتزاع گزینشی، مسئولیت مفترط، خودارجاعی‌های افراطی و فاجعه‌آمیزکردن استفاده می‌کنند. مطابق با نظریه سبک پاسخ نالن‌هاکسما، اینکونه تحريفات شناختی سبب افزایش آگاهی فرد از مشکلاتش شده و هم‌زمان باعث می‌شود که فرد از ارائه راه حل مناسب برای این مشکلات عاجز باشد و از تغییر آن‌ها احساس نالمیدی کند؛ درنتیجه منجره حفظ چرخه افسردگی می‌شود. در افسردگی افراد درباره نشخوار فکری و افسردگی باور منفی دارند و فکر می‌کنند افسردگی برای آن‌ها موضوعات خطرناکی را به همراه دارد؛ بنابراین ترس از افسردگی و قوعه مجدد، عاملی مهم در آشفتگی هیجانی است. افراد مستعد افسردگی اغلب به علائم و نشانه‌های اولیه افسردگی حساسیت بیش از اندازه داشته و تمایل دارند تا علائم را به طور منفی و به عنوان علائم پیشرفت یا جریان غیرطبیعی تعبیر و تفسیر کنند. چنین تمایلی می‌تواند الگوهای نشخوار فکری و نظارت بر خود و اجتناب را به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناسارگار فعال

را برای مقابله با آنها آماده سازد. این موضوع باعث می‌شود فرد بتواند از تأثیر افکار منفی بر خلقش بگاهد و با وجود حضور افکار خودآیند منفی، احساس افسرده‌گی و رفتارها و افکار وسوسی را تجربه نکند. ازسوی دیگر، 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 عادت شده جدیدی را جهت ایجاد افزایش و تعمق در آن یاد بگیرد (۲۵).

به علت وضعیت روحی روانی بیماران و خستگی و بی‌حصولگی که به طور مرتب به سراغشان می‌آمد، امکان مقایسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با سایر روش‌ها مقدور نبود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی روش درمانی مذکور، با سایر روش‌ها مقایسه و نیز روی سایر بیماران اعصاب و روان اجرا شود.

## ۵ نتیجه‌گیری

در مجموع، به نظر می‌رسد تمرین‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، با افزایش آگاهی افراد درقبال لحظه حال از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر دارد؛ لذا با توجه به مؤثر واقع شدن این نوع آموزش و با درنظرگرفتن سودمندی‌های این روش درزمینه درمان افسرده‌گی و وسوس و همچنین، با نظر به اینکه بیماران روانی در وضعیت مهم و پرآشوبی به سر می‌برند، به کارگیری گسترده این درمان برای بیماران مبتلا توصیه می‌شود.

## ۶ تشکر و قدردانی

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 شغا، تقدیر و تشکر می‌شود.

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

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به اصلاح و کنترل و پردازش افکار می‌پردازد. اولین و مهم‌ترین عوامل تغییر در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، ذهن‌آگاهی بینایی است. ذهن‌آگاهی بینایی آن بر اساس پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی مختلف شکل گرفته است، توانمندی فرد را در کنترل تأثیرپذیری از افکار و هیجاناتش به طور چشمگیری افزایش داده و به فرد اجازه می‌دهد طیف وسیعی از افکار و هیجان‌ها را بدون تجربه آشناختگی هیجانی در ذهن تجربه کند. همچنین، ذهن‌آگاهی بینایی با توانایی زیادی که در کاهش اضطراب و افزایش تمرکز دارد، باعث می‌شود فرد در مواجهه با افکار خودآیندی که در صورت داشتن بار هیجانی به نشخوار فکری تبدیل می‌شوند، ثبات هیجانی اش را حفظ کرده و به فکر مزاحم بیش از حد توجه نکند، بلکه نظاره‌گر عبور این فکر از ذهنش باشد. این توانایی سبب می‌شود افکار خودآیند، اشتغال فکری بیش از حدی را که قبل از فرد به وجود می‌آوردند، ایجاد نکرده و تبدیل به نشخوار فکری نشوند (۲۴).

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با ارائه متغیرهایی از قبیل افزایش آرامش و آگاهی درونی به واسطه فنون ذهن‌آگاهی، کاهش هیجانات منفی مربوط به تجربه 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 مراجع کمک می‌کند فراتر از الگوهای نشخوار فکری خود گام بردارد (۸).

همچنین، به مراجع کمک می‌کند که شناخت بیشتری بر نیروهای مرتبط با پیشرفت بیماری در فرایندهای ذهني و جسمی خود کسب کند، نظام شناختی و پردازشی خود را تغییر دهد، مشکل بودن 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

## References

1. Sadock BJ, Kaplan H. Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry. Rezaei F. (Persian translator). 11<sup>th</sup> 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x)
6. Clark D. Cognitive Behavioral Therapy for OCD. Izadi R, Abedi MR. (Persian translator). 1<sup>st</sup> 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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/S0019-8869\(03\)00157-0](https://doi.org/10.1016/S0019-8869(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). 3<sup>rd</sup> 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.104851)
23. Crane R. Mindfulness based cognitive therapy. 1<sup>st</sup> 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](https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.4.615)
25. Crane R. Mindfulness-based cognitive Therapy: Distinctive featuresKhoshlahje Sedgh A. (Persian translator). 2<sup>nd</sup> Ed. Tehran: Besat; 2011, pp: 53-72. [Persian]