

The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Regulation of Emotion, Mindfulness and Self-Compassion in Patients with Major Depression

Dourandish F¹, Rozban S^{2*}, Ebrahimi Meymand F³, Hashemipor F⁴

1- Master of Clinical Psychology, International Branch, Payam Noor University, Rome, Italy.

2- Master of Clinical Psychology, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.

3- Master of General Psychology, Research Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

4- Master of Clinical Psychology, Islamshahr Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Rozban S, Master of Clinical Psychology, Qazvin Branch, Islamic Azad University, Qazvin, Iran.

E-mail: mobina82.sr@gmail.com

Abstract

Introduction: Considering the wide range of symptoms and clinical characteristics of major depression, it can be said that many factors are involved in the severity of depressive episodes, their recurrence, and the extent of their consequences; Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating the Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive regulation of emotion, mindfulness, and self-compassion in patients with major depression.

Methods: The research was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included all people suffering from major depressive disorder who referred to Jowan Clinic in Tehran in 2022. 30 patients with major depression were selected as a sample and randomly replaced in two experimental groups and a control group (15 people). The research tools were: cognitive emotion regulation scale, self-compassion scale, mindfulness assessment scale and therapy sessions based on parenting and commitment. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance test.

Results: The results of data analysis showed that the treatment based on parenting and commitment significantly led to the adjustment of cognitive emotion regulation strategies, increasing self-compassion and mindfulness in patients with major depressive disorder ($P < 0.01$).

Conclusions: Based on the findings of the research, it can be said that the therapy based on acceptance and commitment can be used as an effective intervention to improve cognitive emotion regulation strategies, increase self-compassion and mindfulness in people with major depressive disorder.

Keywords: Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive emotion regulation, Self-compassion, Mindfulness, Major depression.

تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

فخری دوراندیش^۱، ثریا روزبان^{۲*}، فاطمه ابراهیمی میمند^۳، فرحناز هاشمی پور^۴

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد بین‌الملل، دانشگاه پیام نور، رم، ایتالیا.

۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.

۳- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد علوم تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

۴- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، واحد اسلامشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: ثریا روزبان، کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، واحد قزوین، دانشگاه آزاد اسلامی، قزوین، ایران.
ایمیل: mobina82.sr@gmail.com

چکیده

مقدمه: با توجه به طیف گسترده علائم و ویژگی‌های بالینی افسردگی اساسی، می‌توان گفت که عوامل زیادی در شدت دوره‌های افسردگی، عود آن‌ها و همچنین گستردگی پیامدهای آن‌ها دخالت دارند؛ از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

روش کار: پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند که به کلینیک ژوان شهر تهران در سال ۱۴۰۱ مراجعه نمودند. ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی به صورت در دسترس به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل (۱۵ نفره) جایگزین شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: مقیاس تنظیم شناختی هیجان، مقیاس شفقت به خود، مقیاس ارزیابی ذهن آگاهی و جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری منجر به تعدیل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، افزایش شفقت به خود و ذهن آگاهی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شد ($P < 0.01$). **نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های حاصل از پژوهش می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر برای بهبود راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، افزایش شفقت به خود و ذهن آگاهی در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تنظیم شناختی هیجان، شفقت به خود، ذهن آگاهی، افسردگی اساسی.

مقدمه

افسردگی اساسی یک اختلال روانی ناتوان کننده با نرخ شیوع ۱۷ درصد به عنوان شایع‌ترین اختلال روان پزشکی مطرح شده است. ویژگی‌های اصلی این اختلال وجود حداقل یک دوره دو هفته‌ای است که طی آن خلق افسرده یا فقدان علائق تقریباً در تمام فعالیت‌ها مشاهده می‌شود

(۱). در واقع اپیزودهای افسردگی اساسی (MD) با مجموعه متنوعی از علائم و نشانه‌ها، از خلق افسرده و احساس بی‌ارزشی گرفته تا مشکلات اشتها و خستگی تعریف می‌شوند. این مجموعه علائم طیفی از ویژگی‌های بالینی شناختی، عاطفی و جسمی را مشخص می‌کند (۲). با توجه به طیف گسترده علائم و ویژگی‌های بالینی افسردگی اساسی، می‌توان گفت که عوامل زیادی در

می‌شود (۱۰). پژوهش‌های متعددی حاکی از ارتباط منفی مهارت‌های ذهن آگاهی با افسردگی (۱۱،۱۲،۱۳،۱۴) است. یکی دیگر از متغیرهایی که در ارتباط با افسردگی مورد توجه قرار گرفته و پرورش آن جزء اصلی درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی برای افسردگی و اضطراب است، شفقت به خود نام دارد. نف و داهم (۱۵)، شفقت به خود را به عنوان یک شیوه پاسخ‌دهی مطلوب به شکست‌ها و پریشانی‌ها توصیف کرد که مهربانی به خود را به هنگام مواجهه با پریشانی (خودمهربانی در برابر خودقضاوتی)، درک این که افراد در تجربه دشواری‌ها تنها نیستند (تجربه مشترک بشری در برابر انزوای ادراک شده) و توجه و دقت به هر احساس پریشان کننده‌ای بدون گم شدن در آن (ذهن آگاهی در برابر همانندسازی بیش از حد) به عنوان مولفه‌های دویخشی که ارتباط درونی با هم دارند، در نظر می‌گیرد. به عبارت دیگر شفقت به خود از طریق ایجاد مراقبت، توجه جدی به خود و پیشنهاد فرایندهای درونی دلسوزانه به تغییر افراد کمک می‌کند. پژوهش‌های گوناگونی نشان دادند که توسعه شفقت به خود به کاهش طیف وسیعی از مشکلات روان‌شناختی افراد از جمله افسردگی و اضطراب کمک شایان توجهی کرده است و عدم شفقت ورزی به خود به عنوان یک عامل آسیب‌پذیری برای افسردگی عمل کند (۱۶،۱۷). یکی از جدیدترین درمان‌های روان‌شناختی که به نقش مولفه پذیرش و به علاوه به مکانیسم‌های شناختی و هیجانی متنوع و مهم (مانند تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود) در شکل‌گیری و درمان علائم و ویژگی‌های بالینی افسردگی اساسی توجه دارد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. این مدل روان‌درمانی جدید، بخشی از موضوعی محسوب می‌شود که امروزه موج سوم درمان شناختی-رفتاری نامیده می‌شود (۱۸). در این درمان، بهجای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، فرض بر این است که انسان‌ها بسیاری از احساسات یا افکار درونی خود را آزاردهنده می‌دانند و پیوسته برای تغییر این تجارب یا رهایی از آنها تلاش می‌کنند. این تلاش‌ها برای کنترل هیجانات بی‌تاثیر است و به طور متناقضی احساسات، هیجانات و افکاری را تشدید می‌کند که فرد در ابتدا سعی دارد از آنها اجتناب کند (۱۸). بنابراین

شدت دوره‌های افسردگی، عود آن‌ها و همچنین گستردگی پیامدهای آن‌ها دخالت دارند. یکی از این عوامل تنظیم شناختی هیجان است. تنظیم شناختی هیجان می‌تواند به عنوان مدیریت اطلاعات برانگیخته شده هیجانی با راهبردهای شناختی هشیار تعریف شود (۳). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا برای آنها اطلاق می‌گردد. مدیریت هیجانات به منزله فرایندهای درونی و بیرونی است که مسئولیت کنترل، ارزیابی و تغییر واکنش‌های عاطفی فرد را در مسیر تحقق یافتن اهداف او برعهده دارد و هر گونه شک و نقص در تنظیم هیجانات می‌تواند فرد را در برابر اختلالاتی چون اضطراب و افسردگی آسیب‌پذیر سازد (۴). در سال‌های اخیر نیز تنظیم هیجان به عنوان فرایند هسته‌ای در درمان و تحقیقات مربوط به آسیب شناسی مورد هدف قرار گرفته است. شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که افسردگی نه تنها به وسیله تجربه هیجانی ناهنجار شناخته می‌شود بلکه همچنین به وسیله راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان نیز مشخص می‌شود (۶، ۷). در نمونه‌های بالینی استفاده بیشتر از نشخوار فکری در پاسخ به هیجانات منفی، شروع طول مدت و عود دوره‌های افسردگی را پیش بینی می‌کند (۸). بنابراین نقص در تنظیم شناختی هیجان نقش مرکزی در رشد افسردگی ایفا می‌کند.

ذهن آگاهی یکی دیگر از عواملی است که بر میزان افسردگی افراد تاثیر می‌گذارد. ذهن آگاهی به عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه که در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است که به فرد امکان می‌دهد تا به جای آنکه به رویدادها به طور غیرارادی و بی‌تامل پاسخ دهد، با تفکر و تامل پاسخ دهد (۹). ذهن آگاهی بالاتر، افراد را قادر می‌سازد که محتوای مخرب و الگوهای عاداتی ذهن را شناسایی کنند و این گونه اطلاعات را به شیوه‌ای غیر قضاوتی مورد پردازش قرار دهند تا توانایی‌شان برای انتخاب بین گزینه‌های مختلف تسهیل شود. این رویکرد انعطاف‌پذیری فعالیت‌های شناختی را افزایش می‌دهد و نشخوار فکری، بیش تعمیمی و حافظه سرگذشتی و ارزیابی‌های خودانتقادگراییانه را کاهش و فرایندهای شناختی مفید مانند مشاهده گری غیرقضاوتی و محتوای ذهنی را افزایش می‌دهد بنابراین برای افت خلق افسرده مفید واقع

روش کار

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند که به کلینیک ژوان تهران در سال ۱۴۰۱ مراجعه نموده و توسط متخصص مرکز و براساس ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و مصاحبه ساختاریافته (SUD) واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی تشخیص داده شده بودند. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردیدند و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایشی و گروه کنترل تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش در این مطالعه عبارتند از: تشخیص اختلال افسردگی اساسی، گروه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال، تحصیلات سیکل به بالا و توانایی شرکت در جلسات مداخله بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارتند از: عدم تمایل به شرکت در جلسات، غیبت بیش از یک جلسه در فرایند جلسه، وجود سایر اختلالات روان‌پزشکی.

شیوه اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جایگزین کردن آن‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل، ابتدا پرسشنامه‌های پژوهش اجرا گردیدند. سپس گروه آزمایش به صورت گروهی طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس بسته آموزشی پذیرش هیز و همکاران قرار گرفتند. ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و کنترل، پس از آزمون به عمل آمد. پژوهشگران ایرانی این بسته آموزشی را بارها در زمینه متغیرهای مختلف به کار گرفته‌اند و روایی آن تایید شده است (۲۱). داده‌های به دست آمده با استفاده از کوواریانس چند متغیره تحلیل شد. محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در (جدول ۱) آمده است. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد.

این شیوه اجتناب را مشکل اصلی بیماران می‌داند که به ناتوانی و به نوعی افسردگی و ناراضی‌منجری می‌شود. بنابراین برخلاف ذهن آگاهی و پذیرش، اجتناب زمانی اتفاق می‌افتد که افکار و هیجانات منفی اثری مفرط و نامناسب بر رفتار می‌گذارند. به این ترتیب روش اصلی درمان ACT این است که بیمار را با موقعیت‌های بیشتر اجتناب شده مواجه کند. ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف پذیری روان‌شناختی می‌شود (پذیرش، گسلش، خود به عنوان بافتار، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهد). مداخلات ACT افزایش معناداری در تمایل به مشارکت در فعالیت‌های دشوار در عین تجربه هیجانات دشوار را نشان داده‌اند (۱۹). این درمان به افراد آموزش می‌دهد تا به جای تغییر و کاهش نشانه‌ها بر ایجاد زندگی ارزشمند متمرکز شوند و افکار، احساس‌ها، خاطره‌ها و احساس‌های بدنی خود را بدون قضاوت و نیاز به دفاع در برابر آنها بپذیرند. فرایندهای مرکزی ACT به افراد می‌آموزد چگونه دست از انواع راهبردهای بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و چگونه باعث می‌شوند فرد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند. درمان پذیرش و تعهد بر هشیاری فراگیر همراه با گشودگی بر پذیرش تاکید می‌کند (۲۰).

با توجه به اینکه افسردگی اساسی یک اختلال روانی ناتوان‌کننده و به عنوان شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی مطرح شده است، همچنین با توجه به طیف گسترده علائم و ویژگی‌های بالینی افسردگی اساسی و به علاوه دخالت مکانیسم‌های شناختی و هیجانی گوناگون در شکل‌گیری این اختلال، از این رو تمرکز بر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - که هم بعد شناختی و زبانی و هم تا حدودی بعد هیجانی در آن مورد توجه است جهت درمان افراد مبتلا به این اختلال ضروری به نظر می‌رسد؛ لذا هدف پژوهش حاضر نیز بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی می‌باشد.

جدول ۱. خلاصه اجرای فنون درمانی ACT

جلسات	عنوان جلسه‌ها
اول	هدف: آشنایی با قوانین گروه و کلیاتی از روش ACT. محتوا: آشنایی اعضا با یکدیگر و درمانگر، شرح قوانین گروه، اهداف و ساختار گروه، تعهدات درمانی، صحبت‌های مقدماتی درباره ACT. تغییر رفتار مورد انتظار: کسب اطلاعات در باره ACT. تکلیف خانگی.
دوم	هدف: آشنایی با برخی از مفاهیم درمانی ACT از جمله تجربه اجتناب، آمیختگی و پذیرش روانی. محتوا: سنجش مشکلات درمانجویان از نگاه ACT، استخراج تجربه اجتناب آمیختگی و ارزش‌های فرد. تهیه فهرستی از مزایا و معایب و شیوه‌های کنترل مشکلات. تغییر رفتار مورد انتظار: عدم تلاش جهت اجتناب از هیجان‌های منفی. تکالیف خانگی: شناسایی موقعیت‌های اجتناب و اجازه دادن به رفت و آمد افکار منفی بدون اینکه با آنها مبارزه یا عمداً از آنها جلوگیری شود.
سوم	هدف: اجرای فنون درمانی ACT مانند جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خودتجسمی. محتوا: بررسی تکالیف خانگی، تصریح ناکارآمدی، کنترل رویدادهای منفی با استفاده از استعاره‌ها، آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی و خودتجسمی. تغییر رفتار مورد انتظار: پذیرش رفتار و هیجان منفی. تکالیف خانگی: آگاهی از اینجا و اکنون، علاقه‌مندی بهجای فرار از آنچه که هم اکنون در جریان است.
چهارم	هدف: آموزش فنون درمانی، آگاهی هیجانی، آگاهی خردمندانه (استعاره قربانی خود). محتوا: بررسی تکالیف خانگی، جداکردن ارزیابی‌ها از تجارب شخصی و اتخاذ موضع مشاهده افکار بدون قضاوت به طوری که به انعطاف‌پذیری روانی و هیجانات مثبت منجر شود. تغییر رفتار مورد انتظار: توجه به تجارب کنونی و لحظه به لحظه. تکالیف خانگی: تمرکز بر تمام حالات روانی، افکار و رفتار در لحظه بدون هیچ‌گونه قضاوتی.
پنجم	هدف: آموزش فنون درمانی خود به عنوان زمینه و تمرین فنون ذهن‌آگاهی و آموزش تحمل پریشانی. محتوا: بررسی تکالیف خانگی، ارتباط با زمان حال و در نظر گرفتن خود به عنوان زمینه و آموزش فنون ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی به منظور پذیرش هیجان‌های منفی. تغییر رفتار مورد انتظار: پذیرش هیجان‌ها و افکار منفی بدون پیش‌داوری و قضاوت. تکالیف خانگی: تلاش در جهت کسب حس تعالی‌یافته با استفاده از فنون آموزش‌دیده.
ششم	هدف: آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و روشن‌سازی ارزش‌ها و آموزش تنظیم هیجان‌ها (استعاره فئان بد). محتوا: بررسی تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌های زندگی درمانجویان و سنجش ارزش‌ها بر مبنای میزان اهمیت آنها. تهیه فهرستی از موانع پیشرو در تحقق ارزش‌ها و ایجاد هیجان‌های مثبت. تغییر رفتار مورد انتظار: تلاش در جهت انعطاف‌پذیری روانشناختی. تکالیف خانگی: شناسایی ارزش‌های شخصی اصلی و طرح‌ریزی اهداف براساس ارزش‌ها.
هفتم	هدف: آموزش فنون درمانی ارزش‌های شخصی و عمل متعهدانه و افزایش کارآمدی بین‌فردی (استعاره صفحه شطرنج). محتوا: بررسی تکالیف خانگی، ارائه راهکارهای عملی در رفع موانع ضمن به کارگیری استعاره‌ها و برنامه‌ریزی برای تعهد نسبت به پیگیری ارزش‌ها و ایجاد حس معناداری در زندگی. تغییر رفتار مورد انتظار: کسب انعطاف‌پذیری روانشناختی. تکالیف خانگی: تلاش متعهدانه برای رسیدن به اهداف طرح‌ریزی شده براساس فنون آموزش‌دیده.
هشتم	هدف: مرور و تمرین فنون درمانی آموزش داده شده با تأکید بر تنظیم هیجان‌ها و حس معناداری در زندگی در دنیای واقعی. محتوا: بررسی تکالیف خانگی، گزارشی از گام‌های پیگیری ارزش‌ها، درخواست از درمانجویان برای توضیح نتایج جلسات و اجرای فنون آموزش‌دیده در دنیای واقعی زندگی به‌منظور ایجاد حس معناداری و ایجاد هیجان‌های مثبت. تغییر رفتار مورد انتظار: رهایی از هیجان‌ها و افکار منفی و کسب انعطاف‌پذیری روانشناختی. تکالیف خانگی.

مقیاس تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان که توسط گارنفسکی و همکاران (۲۲) ساخته شده است، یک پرسشنامه چند بعدی است و شامل ۹ خرده مقیاس، معرف ۹ راهبرد نظم‌جویی شناختی هیجان می‌باشد که به دو دسته سازگارانه شامل تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد، پذیرش، دیدگاه‌گیری و ناسازگارانه شامل ملامت خویش، فاجعه سازی، نشخوار فکری، ملامت دیگران تقسیم می‌شوند. این پرسشنامه جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. برخلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد

را پس از مواجهه با یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. مقیاس تنظیم شناختی هیجان یک ابزار خودگزارشی است و فرم کوتاه آن دارای ۱۸ گویه است. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد بهنجار و هم جمعیت بالینی) قابل استفاده است با توجه به اینکه این پرسشنامه دارای پایه تجربی و نظری محکمی است (۲۳). نسخه فارسی آن در فرهنگ ایرانی توسط حسنی مورد هنجاریابی قرار گرفته است. اعتبار مقیاس براساس روش‌های همسانی درونی و روایی آن از طریق تحلیل مولفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس محاسبه شد و همبستگی خرده مقیاس‌ها و روایی ملاکی، مطلوب (۰/۸۵ - ۰/۶۲) گزارش شده است (۲۴). مقیاس شفقت به خود: این پرسشنامه توسط نف در سال

نمرات بالا در مقیاس ذهن آگاهی با آشفستگی پایین خلق و نشانه‌های تنیدگی کم، مرتبط است (۲۸). این مقیاس در جامعه ایران نیز اجرا شده است و آلفای آن ۰/۸۲ گزارش شد. همچنین با متغیرهای مربوط از جمله خودشناسی و سلامت روان، ارتباط معنادار نشان داده است (۲۹).

یافته‌ها

بر اساس نتایج میانگین سن گروه آزمایش ۴۳/۱۳ با انحراف معیار ۵/۵۹۲ و میانگین سن گروه کنترل ۴۳/۴۰ با انحراف معیار ۴/۸۰۸ بود. میزان تی مستقل بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های سنی دو گروه برابر با $t\text{-test} = -0/140$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($P=0/890$) که نشان دهنده همتا بودن دو گروه از نظر سن می‌باشد. همچنین از نظر تحصیلات در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) زیر دیپلم، ۹ نفر دیپلم (۶۰ درصد) و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) لیسانس و بالاتر بود. از نظر تحصیلات در گروه کنترل ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم (۴۶/۷ درصد) و ۶ نفر (۴۰ درصد) لیسانس و بالاتر بود. میزان خی دو بدست آمده حاصل از مقایسه فراوانی‌های دو گروه در متغیر تحصیلات برابر با $\chi^2 = 0/650$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($P=0/723$) که نشان دهنده همتا بودن دو گروه از نظر تحصیلات می‌باشد.

۲۰۰۳ ساخته شده است که متشکل از ۲۶ گویه بوده و به صورت طیف لیکرت از (۱ تقریباً هرگز) تا (۵ تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس ۶ مولفه دارد که عبارتند از مهربانی با خود (۵ گویه)، قضاوت در مورد خود (۵ گویه) مشترکات انسانی (۴ گویه)، انزوا (۴ گویه)، بهشیاری (۴ گویه) و فزون همانندسازی (۴ گویه). پژوهش‌های گوناگون بیانگر این است که این ابزار از اعتبار هم‌زمان همگرا و واگرایی مطلوبی برخوردار است و دارای پایایی بازآزمایی بالایی است. نف ضریب آلفای کرونباخ نسخه اولیه این آزمون را ۰/۹۲ گزارش کرده است (۲۵). در پژوهش مومنی و همکاران (۲۶) همسانی درونی مقیاس شفقت به خود بر حسب ضریب آلفای کرونباخ و با ضریب همبستگی ۰/۷۰، مورد تایید قرار گرفت. ضریب همبستگی معنادار (۰/۸۹) بین نمره‌های دو نوبت آزمون با فاصله ۱۰ روز، حاکی از پایایی بازآزمایی بالایی مقیاس است.

مقیاس ارزیابی ذهن آگاهی: این مقیاس توسط براون و ریان (۲۷) طراحی شده و برای سنجش ذهن آگاهی به کار می‌رود. این مقیاس از اعتبار خوبی برخوردار است، به طوری که روی هفت گروه نمونه اجرا شده و آلفای کرونباخ آن بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (۲۷). روایی این مقیاس نیز در حد بالایی گزارش شده است به طوری که همبستگی بسیار بالایی ($P<0/0001$) را با تعدادی از متغیرهای سلامت روان دارد (۲۷). همچنین روایی سازه و ملاک این مقیاس در بیماران سرطانی سنجیده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه آزمایش		گروه کنترل		متغیرهای وابسته	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
۱۸/۸۰	۲/۲۱۰	۱۸/۰۷	۱/۳۸۷	پیش آزمون	راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان
۱۲/۶۷	۲/۳۲۰	۱۷/۵۳	۲/۲۶۴	پس آزمون	
۱۴/۶۷	۱/۷۵۹	۱۴/۵۳	۱/۹۵۹	پیش آزمون	راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان
۲۳/۰۷	۳/۱۵۰	۱۵/۲۷	۳/۲۶۲	پس آزمون	
۶/۶۷	۰/۷۲۴	۶/۸۰	۰/۶۷۶	پیش آزمون	ذهن آگاهی-تمرکز
۸/۹۳	۱/۱۶۳	۶/۸۷	۰/۷۴۳	پس آزمون	
۱۳/۰۰	۰/۸۴۵	۱۳/۰۰	۰/۸۴۵	پیش آزمون	ذهن آگاهی-غیرواکنشی بودن
۱۴/۲۰	۱/۲۶۵	۱۳/۰۷	۰/۹۶۱	پس آزمون	
۲۰/۸۰	۰/۸۶۲	۲۱/۰۷	۰/۸۸۴	پیش آزمون	ذهن آگاهی-هوشیار بودن
۲۲/۴۷	۱/۵۹۸	۲۱/۱۳	۰/۹۱۵	پس آزمون	

فخری دوراندیش و همکاران

۰/۷۹۹	۱۳/۰۷	۰/۹۸۶	۱۳/۶۰	پیش آزمون	شفقت به خود-مهربانی با خود
۰/۷۴۳	۱۳/۱۳	۰/۷۷۵	۱۵/۲۰	پس آزمون	
۰/۸۱۶	۷/۶۷	۰/۸۸۴	۷/۹۳	پیش آزمون	شفقت به خود-قضاوت نسبت به خود
۱/۰۳۳	۷/۹۳	۰/۷۰۴	۹/۹۳	پس آزمون	
۰/۹۶۱	۷/۰۷	۰/۹۴۱	۷/۲۰	پیش آزمون	شفقت به خود-اشتراکات انسانی
۱/۲۲۳	۷/۲۷	۰/۶۱۷	۹/۶۷	پس آزمون	
۱/۲۶۵	۱۶/۲۰	۱/۰۰۰	۱۶/۰۰	پیش آزمون	شفقت به خود-انزوا
۲/۲۶۱	۱۵/۶۰	۰/۹۰۰	۱۰/۶۷	پس آزمون	
۰/۴۱۴	۱۲/۲۰	۰/۵۱۶	۱۱/۵۳	پیش آزمون	شفقت به خود-بهبود
۰/۵۱۶	۱۲/۱۳	۰/۸۸۴	۹/۹۳	پس آزمون	
۰/۸۴۵	۱۳/۰۰	۰/۸۴۵	۱۳/۰۰	پیش آزمون	شفقت به خود-هماندسازی افراطی
۱/۱۲۵	۱۲/۸۷	۰/۹۱۵	۱۰/۴۷	پس آزمون	

مورد تأیید قرار گرفت. جهت بررسی پیش فرض دیگر این آزمون یعنی تساوی ماتریس کوواریانس از آزمون ام باکس استفاده شد که از لحاظ آماری معنی دار نبود و این به معنی برقراری مفروضه تساوی ماتریس های واریانس و کوواریانس می باشد ($F=1/126$, $P=0/245$). از آنجایی که پیش فرض ها برقرار بودند، لذا می توان از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده کرد و نتایج آن قابل اطمینان می باشد که نتایج آن در جدول ۳ و ۴ آمده است.

(جدول ۲) میانگین و انحراف معیار تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود در گروه های آزمایش و کنترل در دو مرحله پیش آزمون و پس آزمون را نشان می دهد. در ادامه برای استفاده از آماره استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش فرض های این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی پیش فرض توزیع طبیعی بودن (نرمال بودن) از آزمون shapiro-wilk استفاده شد که هر دو گروه آزمایش و کنترل مورد تأیید بود. پیش فرض همگنی واریانس ها (پس آزمون) با آزمون Levene بررسی شد، این پیش فرض در مرحله پس آزمون ($P>0/05$)

جدول ۳. نتایج آزمون های چند متغیره پس آزمون تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۸۰۵	۲/۸۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵	۰/۵۸۵
لامبدای ویلکز	۰/۱۹۵	۲/۸۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵	۰/۵۸۵
اثر هتلینگ	۴/۱۲۱	۲/۸۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵	۰/۵۸۵
بزرگترین ریشه روی	۴/۱۲۱	۲/۸۸۴	۰/۰۰۱	۰/۸۰۵	۰/۵۸۵

است و ضریب تاثیر نشان می دهد که ۸۰/۵ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخلات آزمایشی است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا هریک از متغیرهای وابسته به طور جداگانه از متغیر مستقل (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) اثر پذیرفته است یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شده است که نتایج آن در (جدول ۴) ارائه شده است.

نتایج (جدول ۳) بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($F=2/884$ و $P=0/001$) معنادار است. نتایج موید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود با کنترل (حذف یا کوواریت) پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی تحلیل کوواریانس چندمتغیره تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود

متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	آماره F	معناداری	ضریب تاثیر	توان آماری
راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان	۲۳/۶۵۷	۱	۴/۸۴۱	۰/۰۴۳	۰/۲۳۲	۰/۵۴۳
راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان	۴/۸۰۴	۱	۱۱/۷۸۴	۰/۰۰۳	۰/۴۲۴	۰/۸۹۶
ذهن آگاهی-تمرکز	۹/۸۹۸	۱	۱۸/۲۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳۳	۰/۹۷۹
ذهن آگاهی-غیرواکنشی بودن	۵/۹۴۵	۱	۸/۷۴۰	۰/۰۰۹	۰/۳۵۳	۰/۷۹۳
ذهن آگاهی-هوشیار بودن	۴۴/۶۵۱	۱	۲۴/۲۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰۲	۰/۹۹۶
شفقت به خود-مهربانی با خود	۹/۰۱۶	۱	۲۷/۹۷۸	۰/۰۰۱	۰/۶۳۶	۰/۹۹۹
شفقت به خود-قضاوت نسبت به خود	۹/۵۳۵	۱	۱۵/۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸۶	۰/۹۵۴
شفقت به خود-اشتراکات انسانی	۹/۹۸۰	۱	۸/۳۹۳	۰/۰۱۱	۰/۳۴۴	۰/۷۷۶
شفقت به خود-انزوا	۳/۹۶۰	۱	۴/۳۲۴	۰/۰۴۴	۱/۲۱۳	۰/۴۹۸
شفقت به خود-بهشیاری	۴/۴۲۳	۱	۲/۸۳۵	۰/۴۲۰	۰/۱۵۱	۰/۳۵۳
شفقت به خود-هماندسازی افراطی	۳۱/۹۸۲	۱	۶/۵۴۵	۰/۰۲۱	۰/۲۹۰	۰/۶۷۱

روابط افراد افسرده با تجارب درونی، کاهش اجتناب تجربی، افزایش انعطاف پذیری و کنش های مثبت روان شناختی در موقعیت های مختلف به خصوص موقعیت های استرس آفرین زندگی منجر می شود. در سبب شناسی افراد افسرده می توان گفت که معمولاً این گونه افراد در تنظیم هیجان های خود در شرایط مختلف زندگی و به ویژه در موقعیت های استرس زا دچار مشکل هستند و سعی در کنترل، سرکوب و یا تنظیم نادرست هیجانات خود هستند. بنابراین در این رویکرد به افراد افسرده آموخته می شود که هرگونه عملی برای اجتناب و یا کنترل تجارب ذهنی ناخوشایند و ناخواسته نه تنها بی اثر است، بلکه اثر معکوس داشته و موجب تشدید استرس آن ها می شود. لذا به افراد افسرده کمک می شود تا افکار آزاردهنده را صرفاً به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمدی شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن ها، کاری را انجام دهند که در زندگی شان مهم و در راستای ارزش های آن ها است. این نوع تغییر نگاه و رابطه افراد افسرده با تجارب درونی و اجتناب های خود، بعد از مدتی موجب می شود ذهن خود را از فعالیت ها، اهداف و برنامه های شان معطوف کنند و نتایج هیجانی مثبت و بهتری کسب کنند و به عبارت بهتر سبب تعدیل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان می شود. همچنین یکی از بخش های مهم ACT در راستای پژوهش (۱۰)، درک ماهیت انطباقی هیجان ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده از مداخلات مختلف ذهن آگاهی است. در واقع مهارت های ذهن آگاهی یکی از فنونی است که پیش بینی کننده رفتار خودتنظیمی

چنانچه در (جدول ۴) مشاهده می شود استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود در مرحله پس آزمون تاثیر دارد.

بحث

هدف از پژوهش حاضر تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان، ذهن آگاهی و شفقت به خود در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی بود. نتایج یافته های پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث تعدیل راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان، افزایش معنی دار مقیاس ذهن آگاهی و شفقت به خود در بیماران مبتلا به افسردگی شده است. نتایج این یافته ها با پژوهش های (۶، ۷، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۲۰) به صورت مستقیم و غیرمستقیم همسو است. در تبیین یافته های پژوهش حاضر می توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اختلالات رفتاری و روانی مثل افسردگی محصول تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجان های منفی، اجتناب از تجارب درونی، عدم انجام فعالیت های مهم و ارزشمند زندگی است. لذا در ACT بر تغییر رابطه افراد افسرده با تجارب درونی و اجتناب هایش تاکید می شود (۱۸). به همین دلیل در جلسات درمانی از فنونی همانند پذیرش روانی، آگاهی روانی، جداسازی شناختی، خودتجسمی، روشن سازی ارزش ها و عمل متعهدانه به ارزش ها، آگاهی هیجانی، آموزش تحمل پریشانی و آموزش تنظیم هیجان استفاده می شود. این فنون به تغییر

تعادل و خونسردی منجر می‌شود و افزایش این مولفه‌ها به نوعی، پادزهری برای افسردگی تلقی می‌شوند. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش معنادار شفقت به خود در افراد مبتلا به افسردگی اساسی می‌شود. این یافته‌ها نیز به صورت مستقیم و غیرمستقیم با پژوهش‌های (۱۷، ۱۶، ۱۵) همسو است. مولفه‌های شفقت به خود از جمله مهربانی با خود، مشترکات انسانی و هشیاری تحت تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش یافته و قضاوت در مورد خود، انزوا و فزون همانندسازی کاهش یافته است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد افسرده می‌آموزد تا با ساختن ارزش‌های اصیل شخصی، خویشتن خویش را بسازند و از همانندسازی و مقایسه زیاد خود با دیگران بپرهیزند که یکی از مولفه‌های اساسی خودانتقادی و افسردگی در افراد است. آموزش پذیرش تعهد به جای نادیده گرفتن هیجانات و تجارب درونی، برعکس، با گرایش دادن فرد به سوی آگاه شدن از احساسات، تجارب درونی و هیجانی و پذیرش آن‌ها و استفاده به جا و متناسب از آن‌ها با خود و تجارب درونی‌اش و در نتیجه با موقعیت‌ها و تعاملاتش ارتباط مناسبی برقرار می‌کند و با نگاهی تازه آن‌ها را تجربه می‌کند. این موضوع باعث احساس بهزیستی روان‌شناختی در فرد می‌شود. درواقع این رویکرد براساس نوع نگاهی که به افراد می‌دهد بر افزایش شفقت به خود تاثیرگذار است، زیرا بازاریابی افکار هیجانی، به‌خصوص افکاری که هیجان‌های منفی را بر می‌انگیزاند، اغلب از روش‌هایی است که خلق را تنظیم کرده و اضطراب و افسردگی را کاهش می‌دهد (۱۵). در واقع به واسطه این رویکرد، افزایش شفقت به خود سبب می‌شود که رفتار توام با مراقبت به جای ضربه زدن به خود یا انتقادهای شدید از خود، به نوعی تحمل رنج‌های ذهنی هیجانی را به همراه داشته باشد که بخشی از تجربه‌های انسانی است. به‌علاوه این امر باعث می‌شود که افراد درک کنند که تنها نیستند و دیگران نیز تجربه مشابهی دارند و در نتیجه این شیوه به مدد اصل اشتراکات انسانی، می‌تواند اثربخش باشد. به طور کلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با فعال‌سازی عمدی سامانه شفقت، شجاعت و انعطاف‌پذیری لازم برای روبه‌رو شدن با چالش‌های زندگی را فراهم می‌کند تا افراد بتواند گام مهمی به سوی زندگی معنادار و با نشاط بردارند. شفقت، درواقع احساسی بیش از مهربانی است و دسته‌ای از

و حالات هیجانی مثبت در افراد افسرده است. چرا اینکه این مهارت از یک سو باعث ارزیابی شناختی هیجان‌ها، کاهش هیجانات منفی و رفتارهای سازگارانه می‌شود و از سوی دیگر به آگاهی از هیجان‌ها، پذیرش آن‌ها و ابراز هیجان‌ها مخصوصاً هیجان مثبت در موقعیت‌های مختلف زندگی منجر می‌شود.

همان‌طور که ذکر شد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علاوه بر تنظیم شناختی هیجان، بر افزایش ذهن آگاهی، مشاهده، توصیف و نداشتن واکنش تجربه دونی تاثیر داشته است که با نتایج پژوهش‌های (۱۱، ۱۴، ۱۳، ۱۲) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، توجه به حضور و حضور در لحظه و شکل‌گیری و درگیری در ارزش‌های شخصی مراجعان را افزایش می‌دهد (۱۸). افراد افسرده همواره در افکار تکرار شونده و گذشته خود غرق هستند و سعی در اجتناب از تجارب خود دارند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در طی جلسات، حضور در لحظه را با استفاده از استعاره‌های مختلف آموزش می‌دهند؛ لذا تماس با اینجا و اکنون، اجتناب‌ها و کشمکش‌ها را تضعیف می‌کند. بنابراین تاکید بر وجه اقدام آگاهانه ذهن آگاهی افراد افسرده در این رویکرد، به افزایش ذهن آگاهی منجر می‌شود؛ لذا بالا بودن ذهن آگاهی باعث می‌شود فرد این توانایی را در خود بهبود ببخشد که در برابر افسردگی حالتی مشاهده‌گر داشته باشد و خود را درگیر نکند. درواقع مولفه‌های ذهن آگاهانه این رویکرد، اجازه پذیرش و تصدیق دردناک‌ترین هیجان‌ها را به فرد می‌دهد، بدون اینکه اسیر آن‌ها شود. بنابراین این رویکرد با اجرای تکنیک‌هایی که مربوط به مولفه ذهن آگاهی هستند، باعث کاهش علائم افسردگی و اضطراب در فرد می‌گردد. ذهن آگاهی موجب توقف چرخه تجارب منفی مانند نشانه‌های افسردگی و نشخوارگری یک رویداد در گذشته می‌شود؛ زیرا ذهن آگاهی فرایندی است که از طریق آن فرد ثبات کارکردی خود را حفظ کرده و امکان انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های جدید را فراهم می‌آورد و بدین ترتیب آمیختگی شناختی خود را کاهش می‌دهد (۲۰). به طور کلی، افراد با ذهن آگاهی بالا در مواجهه با دامنه وسیعی از افکار، هیجانات و تجربه‌های خوشایند و ناخوشایند توانا تر هستند و خودنظم‌دهی بیشتری دارند (۱۱). همچنین افزایش ذهن آگاهی به واسطه مداخلات ACT به پرورش ویژگی‌های مثبتی مانند بینش، خرد، شفقت،

نگرش‌ها، ویژگی‌ها و ظرفیت‌ها را دربر می‌گیرد.

نتیجه‌گیری

به طور کلی نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در تعدیل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افزایش ذهن آگاهی و شفقت به خود در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی نقش معناداری دارد. در واقع ACT به جای آموزش راهبردهای بیشتر یا بهتر برای تغییر یا کاهش افکار و احساسات ناخواسته، به افراد افسرده آموزش می‌دهد تا برای آگاهی و مشاهده افکار و احساسات منفی، همان‌گونه که هستند، مهارت کسب کنند. در این روش افراد نه تنها به عنوان افرادی شکست خورده، آسیب‌دیده و ناامید نگریسته نمی‌شوند، بلکه به عنوان انسان‌هایی نگریسته می‌شوند که قدرت رویارویی فعال و موثر با احساسات و رفتارهای منفی خود را دارند. در واقع یکی از بخش‌های مهم ACT درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی و تنظیم هیجان با استفاده از مداخلات مختلف ذهن آگاهی است. به علاوه این رویکرد با فعال‌سازی عمدی سامانه شفقت، شجاعت و انعطاف‌پذیری لازم برای روبه‌رو شدن با

چالش‌های زندگی را فراهم می‌کند. بنابراین بدین شیوه این رویکرد سعی در تعدیل راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و افزایش ذهن آگاهی و شفقت به خود دارد. این پژوهش نیز همانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود؛ از جمله اینکه از مقیاس‌های خودگزارشی استفاده شده است و بنابر دلایلی انجام دوره پیگیری امکان‌پذیر نبود. پیشنهاد می‌شود که از روش جمع‌آوری اطلاعات به صورت مصاحبه فردی و مشاهده استفاده شود و به علاوه پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی دوره پیگیری لحاظ گردد و با لحاظ نمودن این متغیرها و این نوع درمان، اثربخشی آن بر روی سایر اختلالات نیز بررسی شود.

سیاسگزاری

از تمامی بیماران مبتلا به افسردگی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، صمیمانه تقدیر و تشکر می‌کنیم.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

- Hasani J, Hasani R. The effectiveness of acceptance and commitment therapy in cognitive estimation of patients with bipolar I and major depressive disorder. *EBNESINA*. 2018; 20 (2):36-45.
- Van Loo HM, Aggen SH, Kendler KS. The structure of the symptoms of major depression: Factor analysis of a lifetime worst episode of depressive symptoms in a large general population sample. *Journal of Affective Disorders*. 2022 Jun 15; 307:115-24.
- Megreya AM, Al-Attayah AA, Moustafa AA, Hassanein EE. Cognitive emotion regulation strategies, anxiety, and depression in mothers of children with or without neurodevelopmental disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2020 Aug 1; 76:101600.
- Psouni E, Frisk C, Brocki K. Anxiety among fathers in the postnatal period: Links to depression, attachment insecurity and emotion regulation. *Journal of Affective Disorders Reports*. 2021 Dec 1; 6:100276.
- Wainsztein AE, Castro MN, Goldberg X, Camacho-Téllez V, Vulcano M, Abulafia C, Ladrón-de-Guevara S, Cardoner N, Nemeroff CB, Menchón JM, Soriano-Mas C. Childhood adversity modulation of central autonomic network components during cognitive regulation of emotion in major depressive disorder and borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2021 Dec 30; 318:111394.
- Stubberud J, Huster R, Hoorelbeke K, Hammar Å, Hagen BI. Improved emotion regulation in depression following cognitive remediation: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2021 Dec 1; 147:103991.
- Huh HJ, Kim KH, Lee HK, Chae JH. The relationship between childhood trauma and the severity of adulthood depression and anxiety symptoms in a clinical sample: The mediating role of cognitive emotion regulation strategies. *Journal of affective disorders*. 2017 Apr 15; 213:44-50.
- Moretta T, Benvenuti SM. Early indicators of vulnerability to depression: The role of rumination and heart rate variability. *Journal of Affective Disorders*. 2022 Sep 1; 312:217-24.
- Brown KW, Ryan RM. The benefits of being

- present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003 Apr; 84(4):822.
10. Webb CA, Beard C, Forgeard M, Björgvinsson T. Facets of mindfulness predict depressive and anxiety symptom improvement above CBT skills. *Mindfulness*. 2019 Mar; 10(3):559-70.
 11. Mayer B, Polak MG, Remmerswaal D. Mindfulness, interpretation bias, and levels of anxiety and depression: Two mediation studies. *Mindfulness*. 2019 Jan; 10(1):55-65.
 12. Schneider MN, Zavos HM, McAdams TA, Kovas Y, Sadeghi S, Gregory AM. Mindfulness and associations with symptoms of insomnia, anxiety and depression in early adulthood: a twin and sibling study. *Behaviour Research and Therapy*. 2019 Jul 1; 118:18-29.
 13. Calvete E, Morea A, Orue I. The role of dispositional mindfulness in the longitudinal associations between stressors, maladaptive schemas, and depressive symptoms in adolescents. *Mindfulness*. 2019 Mar; 10(3):547-58.
 14. Perepelkin J, Antunes K, Boechler L, Remillard AJ, Mildenerger L. Providing mindfulness meditation for patients with depression and anxiety in a community pharmacy: A pilot study. *Journal of the American Pharmacists Association*. 2019 Mar 1; 59(2):258-64.
 15. Neff KD, Dahm KA. Self-compassion: What it is, what it does, and how it relates to mindfulness. In *Handbook of mindfulness and self-regulation* 2015 (pp. 121-137). Springer, New York, NY.
 16. Hofmann SG, Grossman P, Hinton DE. Loving-kindness and compassion meditation: Potential for psychological interventions. *Clinical psychology review*. 2011 Nov 1; 31(7):1126-32.
 17. Krieger T, Berger T, grosse Holtforth M. The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *Journal of affective disorders*. 2016 Sep 15; 202:39-45.
 18. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*. 2004 Sep 1; 35(4):639-65.
 19. Wharton, E., Edwards, K. S., Juhasz, K., & Walser, R. D. (2019). Acceptance-based interventions in the treatment of PTSD: Group and individual pilot data using acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 14, 55-64.
 20. Flujas-Contreras, J. M., & Gomez, I. (2018). Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 29-35.
 21. Al Yassin, S., Davoodi, H., Nematollahi, M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Psychological Well-Being and Resilience of Type 2 Diabetic Women. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 2020; 62(5.1): -. doi: 10.22038/mjms.2020.18950
 22. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*. 2001 Jun 1; 30(8):1311-27.
 23. Garnefski N, Kraaij V. The cognitive emotion regulation questionnaire. *Eur J Psychol Assess*. 2007; 23(3): 141-149.
 24. Hasani J. The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 2(3): 73-84. [Persian].
 25. Neff KD. The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. *Mindfulness*. 2016; 7(1): 264-274. [Link]
 26. Momeni F, Shahidi S, Motaei F, Heidari M. Psychometric Properties of the Persian Version of the Self-Compassion Scale, *Contemporary Psychology*. 2013; 8(2); 40-27. (In Persian)
 27. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological wellbeing. *J Pers Soc Psychol*. 2003; 84(4): 822-848.
 28. Carlson LE, Brown KW. Validation of the mindful attention awareness scale in a cancer population. *J Psychosom Res*. 2005; 58(1): 29-33.
 29. Ghasemipour Y, Ghorbani N. Mindfulness and basic psychological needs among patients with coronary heart disease. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010; 16(2): 154-162. [Persian].