Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 7/ No. 5/ 2020
Page: 117-129

The effectiveness of mindfulness- based cognitive therapy on Alexithymia and cognitive impairment in women with Depressive disorder

Mohammad Ehsan Taghizadeh[1], Afsaneh Dalvand[2]

1- Associate Professor, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran.
2- MSc, Department of Psychology, Payam Noor University, Tehran, Iran (Corresponding Author). E-mail: afsanehdalvand1365@yahoo.com

Received: 18/07/2020 **Accepted:** 22/09/2020

Abstract

Introduction: Depressive disorder is associated with various consequences such as Alexithymia and Cognitive impairment, whichtheir elimination is of importance.

Aim: The aim of the present researchwas to evaluate the effectiveness of mindfulness- based cognitive therapy on alexithymia and cognitive impairment in women with depressivedisorder.

Method: The present researchwas an experimental study (pre-test and post-test) with a one-month follow-up. The statistical population included all women with depression (2018) in Khoram Abad. Thirty women referred to Siddiq Psychiatric Clinic in Khorramabad, who had received a diagnosis of major depression based on psychiatrist's diagnosis and researcher's clinical interview, were selected by purposeful sampling methodas a research sample and randomly divided into two experimental and controlgroups with 15 participants in each group. Beck Depression questionnaire (BDI-II), Alexithymia questionnaire (TAS-20), Cognitive impairment questionnaire (CFQ) were used to measure the variables. The experimental group received Segal, Williams and Tizdel (2000) mindfulness- based cognitive therapy (MBCT) for 8 sessions of 2 hours, while the control group did not receive any intervention. Multivariate analysis of covariance was used to analyze the data.

Results: The results showed that mindfulness- based cognitive therapy has lead to reduce alexithymia and cognitive impairmentand these results were maintained in the follow- up phase (P = 0.000).

Conclusion: Mindfulness- based cognitive therapy is effective in reducing alexithymia and cognitive impairment in women with depression and can be considered in addition to medication interventions.

Keywords: Alexithymia, Cognitive impairment, Cognitive therapy, Depression, Mindfulness

How to cite this article : Taghizadeh ME, Dalvand A. The effectiveness of mindfulness- based cognitive therapy on Alexithymia and cognitive impairment in women with Depressive disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2020; 7 (5): 117-129 .URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-946-en.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.9.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.117]

مجله روانشناسی و روان پزشکی شناخت
سال هفتم، شماره ۵، ۱۳۹۹
صفحات: ۱۲۹-۱۱۷

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی خلقی و نارسایی شناختی در زنان دارای اختلال افسردگی

محمد احسان تقی زاده[۱]، افسانه دالوند[۲]

۱.دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.
۲. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران (مولف مسئول). ایمیل: afsanehdalvand1365@yahoo.com

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۰۴/۲۸ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۳۹۹/۰۷/۰۱

چکیده

مقدمه: اختلال افسردگی با پیامدهای مختلفی مانند ناگویی هیجانی و نارسایی شناختی همراه است که رفع آن‌ها از اهمیت بسزایی برخوردار است.

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی خلقی و نارسایی شناختی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی بود.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه آزمایشی – تجربی(پیش‌آزمون و پس‌آزمون) با پیگیری یک ماهه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل کلیه زنان مبتلا به افسردگی (سال ۱۳۹۷) شهر خرم‌آباد بود. ۳۰ زن مراجعه کننده به کلینیک اعصاب و روان صدیق شهر خرم‌آباد که طبق تشخیص روان‌پزشک و مصاحبه بالینی پژوهشگر تشخیص افسردگی اساسی دریافت کرده بودند، با روش نمونه‌گیری هدفمند، به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند. برای اندازه‌گیری متغیرها از پرسشنامه‌های افسردگی بک (BDI-II)، ناگویی خلقی (TAS-20) و نارسایی شناختی (CFQ) استفاده شد. گروه آزمایشی به مدت ۸ جلسه ۲ ساعته، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۰) را دریافت کردند، در حالی که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون کوواریانس چند متغیره استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، موجب کاهش ناگویی خلقی و نارسایی شناختی شده است و این نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ شد (P=۰/۰۰۰).

نتیجه‌گیری: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش ناگویی خلقی و نارسایی شناختی زنان دچار افسردگی اثربخش است و می‌تواند در کنار مداخلات دارویی مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: افسردگی، ذهن‌آگاهی، شناخت درمانی، نارسایی شناختی، ناگویی خلقی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.9.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.117]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.9.4]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.117]

مقدمه

افسردگی[1] یک اختلال شایع در جهان است که در حدود ۳۵۰ میلیون نفر در تمام سنین از آن رنج می‌برند (مک اینتایر[2] و همکاران، ۲۰۱۳). طیف اختلالات افسردگی در زنان بیشتر از مردان بروز می‌کند (ویانا و کوراسا[3]، ۲۰۲۰). در مطالعه ویسیانی، دل پیشه و محمدیان (۲۰۱۸)، میزان اختلال افسردگی اساسی در مردان (۴/۱۷٪) و در زنان (۷/۲۲٪) بود. به غیر از پیامدها و مشکلات جسمانی و روانی، یکی از مشکلاتی که افسردگی با آن همراه است، ناگویی خلقی[4] است. ناگویی خلقی، سازه‌ای است متشکل از دشواری در شناسایی احساس‌ها، توصیف آن‌ها و جهت‌گیری فکری بیرونی. این نارسایی مانع تنظیم هیجان‌ها می‌شود و سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌سازد (فیتز، والنسیا و سیلانی[5]، ۲۰۱۸). پژوهش‌های لنزو[6] و همکاران (۲۰۲۰)، بشرپور و جانی (۲۰۲۰)، نریمانی، جانی و رضایی (۲۰۲۰)، فیتز و همکاران (۲۰۱۸) و همینگ، هادوک، شاو و پرات[20] (۲۰۱۸) نشان داده است که ناگویی خلقی، ارتباط معنی‌دار و مستقیمی با افسردگی دارد. علاوه بر این افسردگی با کژ کاری چشمگیر عصب‌شناختی نیز مرتبط است. یکی از این آسیب‌ها، نارسایی شناختی[7] است. نارسایی شناختی می‌تواند به عنوان خطا در انجام عمل که یک شخص به طور معمول ظرفیت تکمیل کردن آن را داشته، تعریف شده است (هانگ[8] و همکاران، ۲۰۱۶). نارسایی‌های شناختی، حوزه‌های شناختی مختلفی مانند حافظه، حواس‌پرتی، فراموشی، اشتباهات سهوی را در برمی‌گیرد (دوم، لانگ و ویجترز[9]، ۲۰۱۰). اختلال افسردگی، میزان آسیب‌ها و اختلالات شناختی را افزایش می‌دهد (لی، وون و سون[10]، ۲۰۱۹). درواقع نقص‌های شناختی، در حوزه توجه، حافظه، عملکرد اجرایی و سرعت پردازش، یک ویژگی اصلی در اختلال افسردگی اساسی است؛ اما هنوز در برنامه‌ریزی‌های بالینی دست‌کم گرفته می‌شود (کولز و لی[11]، ۲۰۲۰). مطالعه فیشر[12] و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داده است که افسردگی با نارسایی شناختی ارتباط دارد و افرادی که افسردگی بالاتری دارند، نارسایی شناختی بیشتری نیز دارند.

در حقیقت افسردگی پدیده‌ای گذرا نیست، بلکه این اختلال در صورت عدم مداخلات درمانی مورد نیاز، می‌تواند تداوم یافته و در عملکرد روزانه، بروز اختلالات دیگر و افکار خودکشی، اثرات مخربی ایجاد نماید (پریز، بالی، اورهاسلر و آتهی[13]، ۲۰۲۰). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی[14] یک مداخله نوید بخش جدید برای افرادی با مشکلات خلقی است که در جمعیت‌های متنوع بیمار به کاربرده می‌شود و به طور مؤثری باعث کاهش احساس پریشانی و افسردگی می‌گردد (هافمن، سایور، وایت و اوه[15]، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بر کاهش معنادار ناگویی خلقی تأثیر مثبت داشته باشد و حتی از طریق کاهش میزان ناگویی خلقی، موجب کاهش سردرد در بیماران گردد (نامجو و همکاران، ۲۰۱۹). هم‌چنین افراد دارای ناگویی خلقی احتمال

[1]- Depression
[2]- McIntyre
[3]- Viana, Corassa
[4]- Alexitymia
[5]- Fietz, Valencia, Silani
[6]- Lenzo
[7]- Cognitive failure
[8]- Hong
[9]- Doorn, lang, weijters
[10]- Lee JK, Won MH, Son
[11]- Coles, Lee
[12]- Fisher
[13]- Perez, Beale, Overholser, Athey
[14]- Mindfulness- based cognitive therapy
[15]- Hofmann, Sawyer, Witt, Oh

بالاتری مستعد خودکشی هستند که درمان مبتنی بر ذهن-آگاهی با کاهش ناگویی خلقی، مانع خودکشی می‌گردد (فانگ[1] و همکاران، ۲۰۱۹). مطالعه حشمتی و پله رونی[2] رونی[2] (۲۰۱۹) نیز نشان داد که ذهن‌آگاهی رابطه‌ای منفی منفی با ناگویی خلقی دارد و می‌تواند باعث کاهش آن شود. مطالعه نورمن، مارزانو، کائولسون و اوسکیس[3] (۲۰۱۹) نیز حاکی از تأثیر ذهن‌آگاهی بر کاهش ناگویی خلقی بود؛ اما با وجود مطالعات متعدد در جهت تائید تأثیر ذهن آگاهی بر کاهش ناگویی خلقی، در مطالعه آرون، بلاین، ساندگریس و پارک[4] (۲۰۲۰) از لحاظ تأثیر درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش ناگویی خلقی، تفاوت معنی‌داری در گروه آزمایش و کنترل مشاهده نشد؛ بنابراین در این زمینه مطالعات بیشتری مورد نیاز است. در مورد تأثیر درمان ذهن‌آگاهی بر نارسایی شناختی نیز تعدادی از مطالعات نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نارسایی‌های شناختی مؤثر است (اسدی، ابولقاسمی و بشرپور، ۲۰۱۶؛ زارع، دیراه و امینی، ۱۳۹۵)، ذهن‌آگاهی با کاهش نارسایی شناختی ارتباط دارد (جانکوسکی و باک[5]، ۲۰۱۹). مطالعه نگ[6] و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشان داد که مداخله ذهن‌آگاهی برای سالمندان دارای اختلالات خفیف شناختی مؤثر واقع می‌شود. هم‌چنین مطالعه سون[7] و همکاران (۲۰۲۰) حاکی از تأثیر معکوس ذهن‌آگاهی بر مشکلات شناختی از جمله مشکلات حافظه بوده است. در نهایت اینکه مداخلات ذهن‌آگاهی در حافظه تأثیرات مثبت دارد (شرمن و گرانگ[8]، ۲۰۲۰). ترکیب کردن عناصری از کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی با دیدگاه‌هایی از روان‌شناسی شناختی و درمان شناختی–رفتاری منجر به پیشرفت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی شده است که به عنوان یک مداخله مقرون به صرفه که به مدت ۸ هفته و به صورت جلسات گروهی تشکیل می‌شود (ویلیامز و کایکن[9]، ۲۰۱۲). با وجود شواهد پژوهشی زیاد درباره اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر انواع متنوعی از مشکلات روانی، تحقیقاتی که مستقیماً به بررسی اثربخشی این مداخله بر ناگویی خلقی و نارسایی شناختی در افراد افسرده بپردازد، بسیار اندک است. با توجه به مطالب بیان شده، شیوع قابل توجه افسردگی در بین زنان و دختران و وجود تناقضات در یافته‌های پژوهشی، مطالعه حاضر با هدف اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی خلقی و نارسایی شناختی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی انجام شد.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و دوره پیگیری یک ماهه با گروه گواه است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان افسرده (طبق تشخیص روان‌پزشک) مراجعه کننده به کلینیک اعصاب و روان صدیق شهر خرم‌آباد در سال ۱۳۹۷ بود. ۳۰ بیمار به روش نمونه‌گیری هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند. ملاک‌های ورود در این مطالعه عبارت بود از: رضایت آگاهانه، تشخیص

[1]- Fang
[2]- Pellerone
[3]- Norman, Marzano, Coulson, Oskis
[4]- Aaron, Blain, Snodgress, Park
[5]- Jankowski, Bąk
[6]- Ng
[7]- Sun
[8]- Sherman, Grange
[9]- Williams & Kuyken

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.9.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.117]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.9.4]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.117]

اختلال افسردگی اساسی، گروه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، سطح تحصیلات سیکل به بالا، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی بود. ملاک‌های خروج نیز عبارت بود از: عدم تمایل به شرکت در جلسات، غیبت بیش از سه جلسه در فرایند درمان، وجود سایر اختلالات روان‌پزشکی، سوء مصرف مواد، هر گونه مشکل ذهنی و شناختی، ابتلا به یک اختلال طبی دیگر مانند اختلال تیروئید، دیابت و...، وجود اختلال نقص توجه یا بیماری‌های آلزایمر و دمانس، استفاده از داروهای روان‌پزشکی که بر علائم افسردگی تأثیرگذار باشد، شرکت در روان درمانی‌های هم زمان. در ابتدا پرسشنامه‌های افسردگی بک- ویرایش دوم نارسایی شناختی، ناگویی خلقی بر روی افراد نمونه اجرا گردید. سپس گروه آزمایش به صورت گروهی طی ۸ جلسه ۲ ساعته، به مدت ۲ ماه تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی طبق پروتکل بر گرفته از کتاب راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن سگال، ویلیامز و تیز دل (۲۰۰۰)، قرار گرفتند؛ ولی گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس‌آزمون و مجدداً یک ماه بعد، پیگیری به عمل آمد. به دلیل ملاحظات اخلاقی، گروه آزمایش در لیست انتظار قرار گرفت و بعد از اتمام جلسات درمانی بر روی آنان نیز اجرا شد. داده های به دست آمده با استفاده از آزمون کوواریانس چند متغیره تحلیل شد. محتوای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی سگال و همکاران (۲۰۰۰) در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱ خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه	محتوای جلسه	تکنیک‌های جلسه
۱	آشنایی اعضا با یکدیگر، معرفی قواعد گروه، معرفی روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، بیان مزایای این درمان برای فرد	بازنگری بر شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و بیان اهداف هر جلسه، هدایت خودکار، تمرین خوردن کشمش (تمرین واقعی آگاه شدن است و در می‌یابند وقتی خود را از دریافت‌های غنی تجربه حسی محروم می‌کنند چقدر ضرر می‌کنند)، تمرین وارسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی و توزیع نوارها و جزوات جلسه اول؛
۲	چالش با موانعی که افراد با آن‌ها روبه‌رو می‌شوند	رویایی با موانع، مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساس، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته به مدت ۱ تا ۱۰ دقیقه، تعیین تکالیف خانگی؛
۳	آگاهی بیشتر در مورد پراکندگی ذهن و یادگیری تمرکز عامدانه آگاهی بر تنفس جهت متمرکز و یکپارچه بودن بیشتر	تمرین دیدن و شنیدن، معرفی تمرین مراقبه نشسته ۳۰ تا ۴۰ دقیقه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری، تکلیف خانگی؛
٤	آموزش فرد برای نگاه به وقایع از زاویه‌ای دیگر در جهت کسب دیدگاه گسترده و متفاوت نسبت به آن‌ها و افزایش تمرکز روی آن موضوع	ماندن در زمان حال، تمرین پنج‌دقیقه‌ای دیدن و شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه، ذهن آگاهی از تنفس و بدن، صدا و افکار، بازنگری تمرین، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی؛
۵	آموزش اجازه حضور به تجربه،	اجازه حضور، ارتباط متفاوت به معنی اجازه حضور به تجربه، دقیقاً همان‌طوری که هست، بدون

	دقیقاً همان‌طور که هست، بدون قضاوت یا سعی در تغییر	اینکه در مورد آن قضاوت کنیم، ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن
٦	آموزش تکنیک‌هایی جهت درک این مطلب که افکار، فقط فکر هستند	افکار حقایق نیستند، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه‌ای، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار، بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره؛
۷	آموزش تکنیک‌هایی جهت آگاهی و کنترل تنفس	مراقبت از خود، ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار، بازنگری تمرین، هوشیار بودن از نشانه های افسردگی، تنظیم برنامه هایی برای رو به رو شدن احتمالی با نشانه های افسردگی، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط برانگیز، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق
۸	تمرین منظم حضور ذهن جهت حفظ تعادل	بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی

ابزار

مقیاس افسردگی بک - ویرایش دوم -(BDI-II)[1]: این ابزار یک شاخص خود گزارشی ۲۱ ماده‌ای است که توسط بک، استیر و براون[2] (۱۹۹۶) تهیه شده است و ماده‌های آن بر روی پیوستار ۴ درجه‌ای از صفر (افسردگی خفیف) تا ۳ (افسردگی شدید) میزان افسردگی را درجه بندی می‌کند. نمره کل مقیاس افسردگی بک- ویرایش دوم از صفر تا ۶۳ متغیراست که نمره بالا بیانگر میزان افسردگی بالاتر و نمره پایین بیانگر میزان کمتر افسردگی است. ضرایب پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در کل پرسشنامه ۰/۸۶، در عامل‌های شناختی-عاطفی ۰/۸۴ و نگرش منفی- نشانه‌های بدنی ۰/۹۵ و همبستگی این دو عامل ۰/۷۵ گزارش شده است (رجبی و کارجو کسمایی، ۲۰۱۳). مشخصات روان سنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفا ۹۱/، ضریب همبستگی میان دو نیمه، ۰/۸۹، ضریب بازآمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ بوده است (فتی و همکاران، ۲۰۰۵). در پژوهش حاضر پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه نارسایی شناختی (CFQ)[3]: این پرسشنامه توسط برادبنت[4] و همکاران (۱۹۸۲) تهیه شده است که شامل ۲۵ ۲۵ ماده در ۴ خرده مقیاس حواس پرتی (۹ ماده)، مشکلات مربوط به حافظه (۷ ماده)، اشتباهات سهوی (۷ ماده) و عدم یادآوری اسامی (۲ ماده) است. پاسخ به هر ماده در یک مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای از (هرگز تا همیشه) است. پرسشنامه به گونه‌ای نمره گذاری می‌شود که نمره بالاتر نشان دهنده نارسایی‌های شناختی بیشتر است. مکاسیوریجی[5] (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۱ گزارش دادند. والاس[6] (۲۰۰۴) در در بررسی خود ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را برابر ۰/۹۱ و ضریب همسانی درونی ۰/۹۴ و مقدار اعتبار بازآزمایی را برابر ۰/۸۲ گزارش کرد. همچنین مقدار اعتبار آزمون پس‌آزمون را برابر ۰/۸۲ گزارش نمودند. در پژوهش اسدی، ابوالقاسمی و بشرپور (۲۰۱۶) ضریب

[1]- Beck Depression Inventory – II
[2]- Beck, Steer, Brown
[3]- Cognitive failures Questionnaire (CFQ)
[4]- Broadbent
[5]- Mecacci, Righi
[6]- Wallace

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.9.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.117]

آلفای کرونباخ مقیاس نارسایی شناختی ۰/۸۵ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز پایایی کل به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو- ۲۰ (۲۰ -TAS)[1]: پرسشنامه ناگویی خلقی تورنتو (باگبی، پارکر و تیلور[2]، ۱۹۹۴) یک آزمون ۲۰ سؤالی است و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی را در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ (کاملاً مخالف) تا نمره ۵ (کاملاً موافق) می-سنجد. یک نمره کل نیز از می‌شود. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی خلقی تورنتو- ۲۰ (بشارت، ۲۰۰۷) ضرایب آلفای کرونباخ برای ناگویی خلقی کل و سه زیر مقیاس دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس است. پایایی بازآزمایی این مقیاس در یک نمونه‌ی ۶۷ نفری در دو نوبت با فاصله‌ی چهار هفته از r=۰/۸۰ تا r=۰/۸۷ برای ناگویی خلقی کل و زیر مقیاس‌های مختلف تائید شد. در پژوهش حاضر پایایی آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

یافته‌ها

یافته‌ها در رابطه با متغیرهای دموگرافیک افراد نمونه نشان داد که میانگین سنی گروه آزمایش ۱۸-۲۳ سال با (۲۶/۷) درصد؛ ۲۴-۲۸ سال با میانگین (۲۶/۷) درصد؛ ۲۹-۳۵ سال با میانگین (۲۶/۷) درصد؛ ۳۶-۴۰ سال با میانگین (۲۰) درصد؛ میانگین سنی گروه گواه ۱۸-۲۳ سال با (۳۳/۳) درصد، ۲۴-۲۸ سال با میانگین (۳۳/۳) درصد، ۲۹-۳۵ سال با میانگین (۲۶/۷) درصد، ۳۶-۴۰ سال با میانگین (۶/۷) درصد بودند. میانگین افراد مجرد گروه آزمایش با (۴۶/۷) درصد و افراد متأهل با (۵۳/۳) درصد؛ میانگین افراد مجرد گروه گواه (۳۳/۳) درصد و افراد متأهل (۶۶/۷) درصد است. از نظر شغل گروه آزمایش با میانگین (۱۳/۳) درصد شاغل و میانگین (۸۶/۷) درصد بیکار؛ و گروه گواه با میانگین (۲۶/۷) درصد شاغل و میانگین (۷۳/۳) درصد افراد بیکار بودند. از نظر تحصیلات گروه آزمایش با میانگین (۲۰) درصد سیکل، میانگین (۴۰) درصد دیپلم، میانگین (۱۳/۳) درصد فوق دیپلم، میانگین (۲۰) درصد لیسانس، میانگین (۶/۷) درصد فوق‌لیسانس و گروه گواه با میانگین (۱۳/۳) درصد سیکل، میانگین (۵۳/۳) درصد دیپلم، میانگین (۱۳/۳) درصد فوق‌دیپلم، میانگین (۲۰) درصد لیسانس و میانگین (۰) فوق لیسانس بودند. یافته‌های توصیفی شامل شاخص‌های آماری، مانند میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای ناگویی خلقی و نارسایی شناختی افراد قبل و بعد از آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در سه مرحله اجرا (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در جدول ۲ ارائه شده است.

[1]- Alexitymia quastionare(TAS-20)
[2]- Bagby, Parker, Taylor

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.9.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.117]

جدول ۲ داده های توصیفی مربوط به متغیرهای گروه آزمایش و گواه (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

متغیر ها	مراحل اجرا	گروه آزمایش میانگین ± انحراف معیار	گروه گواه میانگین ± انحراف معیار
ناگویی خلقی	**پیش‌آزمون**	۱۰/۹۲±۶۴/۴۰	۸/۵±۶۲/۲۶
	پس‌آزمون	۱۱/۰۲±۵۳/۵۳	۶۰/۹۰±۶۹/۹۳
	پیگیری	۱۱/۰۱±۵۳/۱۳	۶/۸۳±۶۹/۶۰
نارسایی شناختی	**پیش‌آزمون**	۹/۱۷±۶۵/۱۳	۱۷/۰۴±۶۸/۶۶
	پس‌آزمون	۷/۷۱±۴۹/۶۶	۱۴/۸۱±۸۲/۶
	پیگیری	۷/۶۱±۴۹/۱۳	۱۴/۸۳±۸۲/۴۶

ازآنجاکه کسب نمره بیشتر در این متغیرها نشان از مشکل دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات گروه مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کاهش معنی‌داری دارد. (P=۰/۰۰۰). برای بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در متغیرهای ناگویی خلقی و نارسایی شناختی، ابتدا مفروضه‌های لازم جهت انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد که نتایج آن در جدول ۳ آورده شده است.

جدول شماره ۳ نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها دو گروه در جامعه

متغیرها	شاخص‌ها	F	درجه آزادی۱	درجه آزادی ۲	معناداری
ناگویی خلقی	**پس‌آزمون**	۲/۰۵۰	۱	۲۸	۰/۱۶۳
	پیگیری	۲/۴۵۵	۱	۲۸	۰/۱۲۸
نارسایی شناختی	**پس‌آزمون**	۲/۳۸۹	۱	۲۸	۰/۱۳۳
	پیگیری	۳/۲۲۳	۱۱	۲۸	۰/۰۸۳

همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات ناگویی خلقی و نارسایی شناختی در پس‌آزمون و پیگیری تائید می‌گردد یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات در گروه آزمایش و گواه تائید می‌گردد (P>۰/۰۵). با توجه به این امر دلیلی بر همگن فرض کردن واریانس‌ها وجود ندارد. همچنین قبل از انجام آزمون کوواریانس با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک نرمال بودن توزیع نمونه‌ها مورد بررسی قرار گرفت؛ بنابراین برای مشخص کردن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج شاخص‌های اعتبار آزمون نیز بیانگر آن است که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از مانوا را مجاز می‌شمارند. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ٤ آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ناگویی خلقی و نارسایی شناختی

متغیر وابسته	مراحل	منبع تغییرات	مجموع	درجه	مجذور	F	معنی‌داری	ضریب

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.9.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.117]

			مجذورات	آزادی	میانگین			اتا
ناگویی خلقی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۹۵۰/۱۱۷	۱	۹۵۰/۱۱۷	۱۸/۰۸۴	۰/۰۰۰	۰/۴۰۱
		گروه	۲۳۱۲/۰۹۴	۱	۲۳۱۲/۰۹۴	۴۴/۰۰۷	۰/۰۰۰	۰/۶۲۰
	پیگیری	پیش‌آزمون	۹۵۴/۵۶۵	۱	۹۵۴/۵۶۵	۱۸/۴۲۶	۰/۰۰۰	۰/۴۰۶
		گروه	۲۳۳۰/۳۵۳	۱	۲۳۳۰/۳۵۳	۴۴/۹۸۲	۰/۰۰۰	۰/۶۲۵
نارسایی شناختی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۳۳۰۹/۶۶۲	۱	۳۳۰۹/۶۶۲	۱۴۸/۶۲۰	۰/۰۰۰	۰/۸۴۶
		گروه	۶۶۸۷/۴۲۲	۱	۶۶۸۷/۴۲۲	۳۰۰/۲۹۸	۰/۰۰۰	۰/۹۱۸
	پیگیری	پیش‌آزمون	۳۲۹۷/۵۹۷	۱	۳۲۹۷/۵۹۷	۱۴۹/۹۲۴	۰/۰۰۰	۰/۸۴۷
		گروه	۶۸۶۸۰/۴۹	۱	۶۸۶۸/۴۹۰	۳۱۲/۲۷۲	۰/۰۰۰	۰/۹۲۰

جدول ۴ نشان می‌دهد که بعد از کنترل نمره پیش‌آزمون، نمره f بر این ناگویی خلقی (P=۰/۰۰۰) و نارسایی شناختی (P=۰/۰۰۰) معنادار بوده است؛ و در مرحله پس‌آزمون میزان تأثیر معنی‌دار آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ناگویی خلقی ۶۲ درصد، و نارسایی شناختی ۹۱ درصد بوده است و در مرحله پیگیری میزان تأثیر در ناگویی خلقی ۶۲ درصد و نارسایی شناختی ۹۲ درصد بوده است؛ بنابراین نتایج نشان می‌دهد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دارای تأثیری معنی‌دار بر کاهش ناگویی خلقی و نارسایی شناختی زنان افسرده می‌شود.

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ناگویی خلقی و نارسایی شناختی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی بود؛ که نتایج مطالعه نشان داد، درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ناگویی خلقی و نارسایی شناختی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی مؤثر بوده است. یافته‌های مطالعه حاضر در زمینه تأثیر مثبت درمان مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش ناگویی خلقی با مطالعات نامجو و همکاران (۲۰۱۹)، فانگ و همکاران (۲۰۱۹)، حشمتی و پله رونی (۲۰۱۹) و نورمن و همکاران (۲۰۱۹) همسو و با مطالعه آرون و همکاران (۲۰۲۰) ناهمسو می‌باشد. به نظر می‌رسد که ذهن آگاهی، درمانی عالی و پتانسیلی در سطوح متفاوت را ایجاد می‌کند که برخی از جنبه‌های ذهن آگاهی برای ترقی دادن خود تفکیکی بهتر و پیشگیری از ناگویی خلقی مؤثر واقع می‌شود (ریکاردو، تیکسریا و پریرا[1]، ۲۰۱۵). در درمان ذهن آگاهی، توجه عنصری مهم است که می‌تواند در بهبود ناگویی خلقی مؤثر واقع شود. در درمان ذهن آگاهی افراد ترغیب می‌شوند تا به آنچه در لحظه تجربه می‌کنند، به تجربیات درونی خود در هر لحظه، حس‌های بدنی، افکار و احساسات و همچنین به جنبه‌های محیطی مانند مناظر و صداها خوب توجه کنند و بدون قضاوت بپذیرند که همین مسئله در بهبود ناگویی خلق مؤثر است. افرادی که از ذهن آگاهی بالایی برخوردارند از دانش و بینش مناسبی در مورد فرآیندهای شناختی و توانمندی‌های خود برخوردارند. به همین خاطر راهبردهای مؤثر برخورد با تکالیف، موجب افزایش آگاهی فرد نسبت به خود و دیگران، هیجانات و موقعیت در زمان کنونی می‌شود (بریتون[2] و همکاران، ۲۰۱۲) و قطعاً همین مسئله در کاهش ناگویی خلقی مؤثر است.

[1]- Ricardo, Teixeira, Pereira
[2]- Britton

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.9.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.117]

ناگویی خلقی در اصل مربوط به ناقص بودن آگاهی از وضعیت بدنی خویش است و درمان مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی از وضعیت بدنی و درونی فرد، کمک به درک احساسات و نشانه‌های بدنی و بهبود این مشکلات، موجب درمان ناگویی خلقی می‌گردد (آرون و همکاران، ۲۰۲۰).

یافته دیگر این پژوهش این بود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نارسایی شناختی تأثیر معنی‌داری دارد که با مطالعات اسدی و همکاران (۲۰۱۶)، زارع و همکاران (۱۳۹۵)، جانکوسکی و باک (۲۰۱۹)، نگ و همکاران (۲۰۲۰)، سون و همکاران (۲۰۲۰) و شرمان و گرانگ (۲۰۲۰) همسو است. در تبیین این یافته باید عنوان کرد که مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که روابط معناداری بین واکنش‌های عاطفی و نارسایی شناختی وجود دارد. به همین منظور شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در زمینه شناسایی عوامل و فرایندهای شناختی پیش‌بینی کننده عود افسردگی است که سگال و ویلیامز آن را معرفی کرده‌اند (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۷). در ذهن آگاهی شخص می‌آموزد که در هر لحظه از حالت ذهنی خودآگاه باشد و توجه را به روش‌های گوناگون ذهنی خود تمرکز نماید. ذهن‌آگاهی، به عنوان آگاهی بدون قضاوت که ناشی از آموزش توجه شما در زمان حال است، در نظر گرفته می‌شود (کریسول[1]، ۲۰۱۷). در تمرین‌های ذهن آگاهی افراد آموزش می‌بینند که به همه افکار و احساس‌هایشان بدون قضاوت توجه کنند، در این درمان مهم است که افراد از ورود افکار به ذهنشان آگاهی یابد. آموزش ذهن آگاهی به شخص اجازه می‌دهد تا الگوهای مخرب افکار را به فضایی برای خودآزمایی ایجاد کند که منجر به تغییرات شناختی می‌شود؛ بنابراین به نظر می‌رسد تمرین ذهن آگاهی افراد را قادر می‌سازد تا به مهارت‌هایی مسلط شوند که برای تنظیم توجه و تقویت کنترل توجه لازم هستند (کاباتزین[2]، ۲۰۰۳). همچنین نارسایی شناختی از طریق کاهش انعطاف شناختی است که می‌تواند موجب افزایش اختلال در عملکرد شناختی گردد. تمرین‌های مرتبط با ذهن آگاهی با انجام رفتارهای هوشیارانه، نظارت آگاهانه، برقرار نمودن رابطه با افکار، توجه به ذهن، توجه به اعضای بدن و تمرین و تکرار منجر به کاهش اضطراب و استرس و در نتیجه افزایش انعطاف‌پذیری شناختی می‌گردد (شولمن[3] و همکاران، ۲۰۱۸).

نتیجه‌گیری

نتایج بیانگر این است که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی بر کاهش ناگویی خلقی و نارسایی شناختی در زنان افسرده تأثیر دارد. از آنجا که نواقص شناختی و ناگویی خلقی از نقص‌های بیماران افسرده است و به همین علت کارایی افراد را در زندگی شخصی و اجتماعی مختل می‌سازد؛ بنابراین کاهش این نواقص زمینه‌ساز بهبودی افسردگی آن‌ها می‌شود. پیشنهاد می‌شود که روان‌پزشکان و روان‌درمانگران از درمان ذهن‌آگاهی به عنوان درمان روان‌شناختی مجزا یا همراه با دارو درمانی برای بیماران افسرده بکار گرفته شود تا کارایی، سرعت درمان و بهبودی بیماران را افزایش دهند. تمرین‌های آموزش ذهن آگاهی در جامعه کنونی از نظر علمی مورد توجه زیادی قرار گرفته است و در جهت ارتقای مؤلفه‌های سلامت به تائید رسیده و روشی است که تقریباً

[1]- Creswell

[2]- Kabat- Zinn

[3]- Shulmana

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.9.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.117]

همه می‌توانند آن را بیاموزند و نیاز به صرف زمان و هزینه زیادی ندارد. از محدودیت‌های پژوهش، نمونه‌گیری در دسترس و هدفمند بود که امکان سوگیری را فراهم می‌کند، هم‌چنین، پژوهش بر روی زنان دارای بازه سنی ۱۸ تا ۴۰ سال انجام شد که در تعمیم نتایج بر روی مردان و افراد خارج از این بازه سنی باید احتیاط کرد.

سپاسگزاری

در پایان از تمامی مسئولین کلینیک اعصاب و روان صدیق شهر خرم‌آباد و تمامی مراجعه کنندگان شرکت کننده که در این پژوهش همکاری کردند کمال تشکر داریم. لازم به ذکر است این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد به شماره ۴۱۶۵۲ و به شماره تصویب ۴۲۶۱۲/د/۱۰۰۲ می‌باشد.

References

Aaron RV, Blain SD, Snodgress MA, Park S. (2020). Quadratic Relationship Between Alexithymia and Interoceptive Accuracy, and Results From a Pilot Mindfulness Intervention Front Psychiatry. 11: 132.

Asadi S, Abolghasemi A, Basharpoor S. (2016). The Effectiveness of Mindfulness- Based Cognitive Therapy on Cognitive Failure and Emotional Processing in Anxious Nurses. IJN, 29 (102), 55-65. (In Persian)

Bagby MR, Parker JD, Taylor GJ. (1994). The twenty item Toronto Alexithymia Scale. Item selection and cross-validation of the factor structure. Journal of Psychosomatic Research, 38, 23–32.

Basharpoor S, Jani S. (2020). The role of mindfulness and alexithymia in reducing depression and anxiety in women victims of spouse violence. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 6 (6), 55-65. (In Persian)

Beck AT, Steer RA, Brown GK. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory – II. The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company San Antonio.

Besharat MA. (2007). Reliability and factorial validity of a Persian version of the Toronto Alexithmia Scale witha sample of Iranian students. Psychological Rep, 101, 209-220. (In Persian)

Britton WB, Shahar B, Szepsenwol O, Jacobs WJ. (2012). Mindfulness-based cognitive Therapy improves emotional reactivity to social stress: results from a randomized controlled trial. Behave Ther, 43(2),365-80.

Broadbent DF, Cooper PF, Fitz Gerald P, Parkes KR. (1982). The cognitive failures Questionnaire (CFQ) and its correlates. Brj clin psycho, 21 (Pt4), 1-16.

Coles AS, Lee Y, Subramaniapillai MS, McIntyre RS. (2020). Cognitive Deficits in Major Depression: From Mechanisms to Management. Major Depressive Disorder, 51-62.

Creswell JD. (2017). Mindfulness Intervention. Annual Revieew of Psychology, 68 (1), 491-516.

Doorn R, Lang J, Weijters T. (2010). Self – report cognitive failures: A core self – evalution? Personality & Individual Difference, (49), 717-722.

Fang Y, Zeng B, Chen P, Mai Y, Teng S, Zhang M, Zhao J, Yang X, Zhao J. (2019). Mindfulness and Suicide Risk in Undergraduates: Exploring the Mediating Effect of Alexithymia. Front Psychol, 10, 2106.

Fata L, Birashk B, Atif Waheed MK, Dobson K. (2005). By means of this scheme, the state of emotionaland cognitive processing of emotional information, Thought and Behavior in Clinical Psychology, 2, 20-5. (In Persian)

Fietz J, Valencia N, Silani G. (2018). Alexithymia and autistic traits as possible predictors for traits related to depression, anxiety, and stress: A multivariate statistical approach. J Eval Clin Pract, 24 (4), 901-908.

Fisher JE, Zhou J, Liu AG, Fullerton CS, Ursano RJ, Cozza SJ. (2020). Effect of comorbid anxiety and depression in complicated grief on

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]
[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.9.4]
[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.117]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.9.4]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.117]

perceived cognitive failures. Depress Anxiety, 37(1), 54-62.

Hemming L, Haddock G, Shaw J, Pratt D. (2018). Alexithymia and Its Associations With Depression, Suicidality, and Aggression: An Overview of the Literature. Front Psychiatry. 10: 203.

Heshmati R, Monica P. (2019). The big five personality traits and dispositional mindfulness as pridictors of alexithymia in college students. Clinical Neuropsychiatry, 16(2), 98-106. (In Persian)

Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. (2010). The effect of mindfulness- based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78, 169-183.

Hong JC, Hwang MY, Szeto E, Tsai CR, Kuo YC, Hsu W. (2016). Internet cognitive failure relevant to self-efficacy, learning interest, and satisfaction with social media learning. Computers in Human Behavior, 55, 214- 22.

Jankowski T, Bak W. (2019). Mindfulness as a mediator of the relationship between trait anxiety, attentional control and cognitive failures. A multimodel inference approach. Personality and Individual Differences, 23(142), 62-71.

Kabat Zinn J. (2003). Mindfulness- based in context: past, present, and future. Clinical psychology: science and practice,10 (2), 144-156.

Lee JK, Won MH, Son YJ. (2019). Combined Influence of Depression and Physical Frailty on Cognitive Impairment in Patients with Heart Failure. Int. J. Environ. Res. Public Health, 16(1), 66.

Lenzo V, Barberis N, Cannavo M, Filastro A, Verrastro V, Quattropani MC. (2020). The relationship between alexithymia, defense mechanisms, eating disorders, anxiety and depression. Riv Psichiatr, 55(1), 24-30.

McIntyre RS, Cha DS, Soczynska JK, Woldeyohannes HO, Gallaugher LA, Kudlow P, Alsuwaidan M, Baskaran A. (2013). Cognitive deficits and functional outcomes in major depressive disorder: determinants, substrates, and treatment interventions. Depress. Anxiety, 30, 515-527.

Mecacci L, Righi S. (2006). Cognitive failures, metacognitive beliefs and aging, Personality & Individual Difference, 40 (7), 1453-1459.

Namjoo S, Seirafi MR, Assarzadegan F, Borjali A. (2019). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Headache Considering the Moderating Role of Alexithymia: A Randomized Controlled Trial. J Qazvin Univ Med Sci,22 (6),163-150. (In Persian)

Narimani M, Jani S, Rezaei R. (2020). The role of alexithymia and mindfulness in predicting depression and anxiety in women with cancer. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 7 (1), 78-89. (In Persian)

Ng TKS, Fam J, Feng L, Irwin KMC, Crystal TYT, Fadzillah N, Sin TW, Lee GG, Wei LC, Roger CMH, Ee HK, Anis L, Rathi M. (2020). Mindfulness improves inflammatory biomarker levels in older adults with mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. Translational Psychiatry, 10(21).

Norman H, Marzano L, Coulson M, Oskis A. (2019). Effects of mindfulness-based interventions on alexithymia: a systematic review. Evidence-based Mental Health, 22(1).

Perez J, Beale E, Overholser J, Athey A. (2020). Depression and alcohol use disorders as precursors to death by suicide. Death Stud, 2:1-9.

Rajabi Gh, Karjo Kasmaie S. (2013). [Psychometric properties Beck Depression Inventory-second edition (BDI-II-persian)]. Quar Educ Measu, 3(10), 139-57. (In Persian)

Ricardo J, Teixeira M, Pereira G. (2015). Examining mindfulness and Its Relation to self – Differentiation and Alexithymia, 6, 79-87.

Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. (2002). Mindfulness based cognitive therapy depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press, 121-145.

Segal ZV, Williams MG, Teasdale JD. (2007). Mindfulness based cognitive therapy for

depression: A New Approach to Preventing Relapse. Cogn Behave Ther, 20 (3), 351.

Sherman S, Grange JA. (2020). Exploring the impact of mindfulness on false-memory susceptibility. Psychological Science, 2020.

Shulmana B, Dueckb R, Ryana D, Breaua G, Sadowskia I, Misria S. (2018). Feasibility of a mindfulness-based cognitive therapy group intervention as an adjunctive treatment for postpartum depression and anxiety. Journal of Affective Disorders, 235, 61–67.

Sun Y, Lam CB, Chan KKS, Ian Bin Li JB, Chung KKH. (2020). Trait Mindfulness Moderates the Longitudinal Association of Family Financial Strain with Perceived Cognitive Difficulties. Mindfulness,11, 1267-1274.

Veisani Y, Delpisheh A, Mohamadian F. (2018). revalence and gender differences in psychiatric,5(1), 1975-1985.

Viana MC, Corassa RB. (2020). Epidemiology of Psychiatric Disorders in Women. Women's Mental Health. 29, 17.

Wallace JC. (2004). Confirmatory factor analysis of the cognitive failures questionnaire: evidence for dimensionality and construct.

Williams JM & Kuyken W. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy: A promising new approach to f3epreventing depressive relapse. The British Journal of Psychiatry, 200, 359–360.

Zare N, Derah A, Amini N. (2016). Examining The Effectiveness of Mindfulness on Reduce Forgetting and Thought Control Between Students University of Sihraz. Second International Conference on Applied Research in Educational Sciences and Behavioral Studies and Social Damages of Iran.1395. (In Persian)

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-31]

[DOR: 20.1001.1.25886657.1399.7.5.9.4]

[DOI: 10.52547/shenakht.7.5.117]