اثر بخشی درمان ترکیبی حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی و درمان رفتاری – شناختی بر کاهش تعمیم پذیری بیش از حد حافظه بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

عبدالله امیدی[۱]، پروانه محمدخانی[۲]، بهروز دولتشاهی[۳]، عباس پورشهباز[۳]

چکیده

زمینه و هدف: افراد افسرده در پیگردی رویدادهای خاص از حافظه دچار مشکل هستند و بیشتر به اطلاعات کلی‌تر می‌پردازند. این مطالعه به ارزیابی اثر بخشی ترکیب روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی و درمان رفتاری- شناختی سنتی در کاهش تعمیم پذیری بیش از حد بیماران دارای اختلال افسردگی در سال ۱۳۸۷ انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه به روش کار آزمایی بالینی با انتخاب تصادفی انجام شد. از بین بیماران مراکز مشاوره دانشگاه تهران، دانشگاه شاهد و کلینیک توان‌بخشی صبا تعداد ۹۰ بیمار از بین ۱۶۰ پرونده فعال روان‌پزشکی به طور تصادفی ساده با معیارهای تشخیصی DSM-IV، که برای اختلال افسردگی اساسی تحت درمان بودند، انتخاب شدند. سپس بیماران به طور تصادفی به سه گروه ۳۰ نفره شامل گروه ترکیبی، درمان رفتاری- شناختی و درمان متداول (TAU) تقسیم شدند. در دو مرحله پیش آزمون و پس‌آزمون با استفاده از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای DSM-IV، آزمون حافظه سرگذشتی و آزمون بک II ارزیابی شد. نتایج به دست آمده با تحلیل کوواریانس و آزمون‌های تعقیبی مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان ترکیبی اثر معنی‌داری در افزایش حافظه اختصاصی و مقوله‌ای داشت، به عبارت دیگر بیماران این گروه تعمیم پذیری کمتری در فراخوانی خاطرات از حافظه نشان دادند. همچنین درمان‌های ترکیبی و CBT کاهش معنی‌داری را در نمرات بک II در طول مطالعه باعث می‌شدند.

نتیجه‌گیری: نتایج بیانگر آن است که عناصری از درمان شناختی- رفتاری در ترکیب با روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی می‌تواند در پردازش اطلاعات حافظه سرگذشتی و میزان افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی، درمان رفتاری- شناختی، اختلال افسردگی اساسی، تعمیم پذیری بیش از حد، حافظه سرگذشتی.

نوع مقاله: تحقیقی

دریافت مقاله: ۸۸/۱/۲۲ پذیرش مقاله: ۸۸/۴/۱۵

۱- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران. (نویسنده مسؤول) E-mail: aomidi20@yahoo.com
۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.
۳- استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی، تهران، ایران.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.5.0]
www.mui.ac.ir

مقدمه

هنگامی که افراد سعی می‌کنند رویدادهای خاصی را از حافظه بازیابی کنند، ابتدا سطوح بالاتر و کلی‌تری را فرا می‌خوانند و سپس به بازیابی‌های اختصاصی‌تری می‌پردازند (۱). به طور معمول حافظه سرگذشتی به عنوان یک سلسله مراتب عمل می‌کند؛ به طوری که اطلاعات اختصاصی در سطوح پایین‌تر و اطلاعات کلی‌تر در سطوح بالاتر این سلسله مراتب قرار دارند و افراد به طور طبیعی قادر هستند که به آرامی این سلسله مراتب را طی کنند.

به تازگی مطالعات متعددی مطرح می‌سازند که افراد افسرده مشکلات قابل ملاحظه‌ای در عبور از این سلسله مراتب حافظه دارند. به نظر می‌رسد که حافظه این افراد در پیگردی رویدادهای خاص دچار وقفه می‌گردد و بیشتر به اطلاعات کلی‌تر می‌پردازد. برای مثال درباره عبارت "خشونت" بیماران افسرده ممکن است پاسخ دهند که مردم همیشه با خشونت با من رفتار می‌کنند. در این مثال بیمار با یک توصیف کلی و مقوله‌ای پاسخ داده است و به رویداد خاصی که در یک مکان و زمان خاصی اتفاق افتاده باشد، اشاره نکرده است (۲).

پژوهش‌های انجام شده در بیمارانی که اقدام به خودکشی داشتند، نشان داد که حافظه می‌تواند مشخصه‌ای از افسردگی باشد (۳، ۲).

پژوهشگران دریافتند که کلی گرایی بیش از حد در حافظه زنان افسرده با تعداد بیشتری از اقدامات خودکشی قبلی و دوره‌های افسردگی رابطه دارد. به علاوه حافظه کلی با فراوانی بیشتری از مزاحمت‌های رویدادهای استرس‌زای قبلی مثل سوء استفاده جنسی و جسمی همراه است که این واقعیت بیانگر آن است که این افراد، درگیر سرکوبی یا اجتناب از خاطرات ناخوشایندی هستند که پیگردی حافظه را دچار اختلال می‌سازد یا این که این افراد شیوه‌ای را برای مقابله با رویدادهای هیجانی اتخاذ می‌کنند (۴)؛ با وجود آن که این گونه فراخوانی کلی ممکن است سازگاری و تنظیم عواطف را به دنبال داشته باشد، اما می‌تواند به وضوح باعث عوارض ناسازگارانه‌ای گردد. گرچه همه بیماران چنین نقایصی را به یک اندازه نشان نمی‌دهند، اما بیمارانی که به تعمیم پذیری رویدادهای منفی در زندگی خود می پردازند، به طور معمول برای رویدادهای مثبت و رویدادهای خنثی نیز تعمیم پذیری حافظه نشان می‌دهند (۵، ۲).

همچنین این افراد در حل مسأله بین فردی دچار نقیصه هستند و ممکن است که در بهبودی افسردگی زمان بیشتری را طی کنند (۲). در مطالعه دیگری مشخص گردید که در پیگیری هفت ماهه پس از درمان، نمره حافظه سرگذشتی بیماران ۳۳ درصد از واریانس افسردگی را تبیین می‌کند (۵). مطالعات متعددی از سال ۱۹۸۶ تاکنون به تعمیم پذیری خاطرات سرگذشتی در گروه‌های بالینی مانند افسردگی (۶)، اختلال استرس پس از ضربه (۶)، اختلال استرس حاد (۷) و اختلال شخصیت مرزی (۸) پرداخته‌اند. در تمام این مطالعات، بیماران در مقایسه با گروه شاهد خاطرات اختصاصی‌تری را نشان دادند.

هدف مطالعه حاضر بررسی اثر بخشی ترکیب روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی با درمان شناختی-رفتاری سنتی (CBT) و مقایسه اثرات آن با CBT بر تغییرات تعمیم پذیری در حافظه و میزان افسردگی بود؛ چرا که در درمان افسردگی عدم توجه به حافظه سرگذشتی بر اساس مطالعات انجام شده خطر عود بیماری افزایش یافته، مؤلفه‌ای است که کمتر در رویکردهای درمانی رایج مورد توجه قرار می‌گیرد. همچنین در صدد آن هستیم که بتوانیم از این رویکرد ترکیبی در مرحله فعال اختلال استفاده کنیم. (MBCT: Mindfulness Based Cognitive Therapy) بر اساس فعالیت‌های پژوهشی و درمانی Kabat-Zin در مرکز پزشکی ماساچوست طراحی شد. این رویکرد ابتدا برای کاهش استرس به کار گرفته شد و از روش‌های ساده‌ای نیز برخوردار بود که از مراقبه و یوگا مشتق می‌شد و هدفشان ایجاد آگاهی از زمان حال و تماس لحظه به لحظه با تغییرات بدن و ذهن در بیماران بود (۹).

تمرینات MBCT کمک می‌کنند که درد از افکار دردآور

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.5.0]

www.mui.ac.ir

جدا شود و بنابراین به تدریج این ظرفیت به وجود آید که افکار پریشان کننده یا احساسات بدنی بدون واکنش به آن‌ها دور شوند. افراد یاد می‌گیرند که به افکار خود نگاه کنند، به عقب باز گردند و به افکار جایگزین بنگرند. در زمینه استفاده از این رویکرد در خصوص حافظه سرگذشتی مطالعات مختلفی انجام شد (۱). نتایج این مطالعات بحث برانگیز بود. برخی از آن‌ها کاهش خلق را عاملی برای تغییرات حافظه در نظر گرفتند و برخی دیگر ماهیت تکنیک‌های موجود در این روش‌ها را مؤثر دانستند (۱). برای مثال محققینی چون Williams و همکاران در مطالعات خود دریافتند که روش حضور ذهن می‌تواند باعث تغییرات معنی‌دار در اختصاصی شدن پردازش اطلاعات در حافظه باشد، اما بیشتر این مطالعات حافظه سرگذشتی را به عنوان شاخصی برای پیش‌بینی سیر درمان در نظر گرفتند (۲).

در مطالعه حاضر تأثیر ترکیب روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی با CBT بر حافظه سرگذشتی و میزان افسردگی در مرحله فعال بیماری بررسی شد؛ این روش شامل مقدار زیادی تکالیف منزل بود که به بیماران آموزش می‌داد، جنبه‌های خاصی از محیط خود را مورد توجه قرار دهند. بنابراین می‌تواند به طور بالقوه رمز گردانی تعمیم یافته را کاهش دهد. دوم این که تمرینات بر این تمرکز دارند که محتویات ذهنی بدون قضاوت، سرکوب یا اجتناب مورد توجه قرار گیرند و از این طریق، احتمال تداخل و قطع پردازش حافظه را به عنوان وسیله‌ای برای تنظیم عواطف دردناک نظیر افسردگی کاهش می‌دهند.

مواد و روش‌ها

در این مطالعه طرح کار آزمایی بالینی تصادفی مورد استفاده قرار گرفت که ضمن آن شرکت کنندگان به طور تصادفی ساده انتخاب شدند. بدین ترتیب که از سرویس‌های بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی (مرکز توان‌بخشی صبا)، مرکز مشاوره دانشگاه تهران و مرکز مشاوره دانشگاه شاهد که در فصل پاییز پرونده فعال درمانی داشتند و بالغ بر۱۶۰ پرونده می‌شد، تعداد ۹۰ بیمار انتخاب شدند. این شرکت کنندگان می‌بایست پرونده اختلال افسردگی اساسی بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV داشته باشند و بر اساس نظر روان‌پزشک فرایند درمانی خود را پیگیر باشند. سپس بیماران به طور تصادفی ساده به سه گروه ۳۰ نفره گروه ترکیبی، گروه درمان شناختی- رفتاری و گروه درمان متداول یعنی درمان دارویی روان‌پزشکی اختصاص یافتند. به دنبال آن بیماران با توافق کتبی با استفاده از ابزارهای مورد نظر مورد ارزیابی قرار گرفتند. ارزیابی‌های پیش آزمون و پس‌آزمون توسط دو نفر کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی آموزش دیده انجام شد که روش‌های مداخله و آزمودنی‌ها برای آن‌ها Blind بود.

سن بیماران بین ۱۸ تا ۴۵ سال، حداقل سطح سواد، پایان دوره راهنمایی، ۳۰ نفر مذکر، ۶۰ نفر مؤنث و همگی تاکنون توسط روان‌پزشک تحت درمان بودند. بنابراین گروه‌ها با یکدیگر جور نشدند، بلکه اختصاص، تصادفی بود. معیار ورود عبارت از داشتن معیارهای تشخیص گذاری اختلال افسردگی اساسی بر اساس DSM-IV بود و معیارهای خروج شامل اختلال خلقی دو قطبی، سایکوز، سوء مصرف مواد، سابقه ارگانیک، اختلال خوردن و بیماران دارای افکار خودکشی می‌شد.

شرکت در مطالعه با رضایت کامل بیماران بود و حتی از آنان رضایت‌نامه کتبی نیز گرفته شد؛ چرا که این قبیل مطالعات مستلزم فعالیت بسیاری از طرف شرکت کنندگان است. همچنین هیچ کدام از گروه‌ها از درمان رایج خود بازداری نشدند، بلکه به دو گروه اول و دوم روش‌های درمانی روان‌شناختی افزوده شدند. بنابراین گروه سوم نیز به درمان رایج خود (دارویی) ادامه داد.

گروه‌های تحت مداخله عبارت بود از:

الف) گروه اول، درمان ترکیبی (CBT & MBCT): برای طرح پروتکل درمانی از منابع معتبر علمی موجود استفاده شد (۱۰). این پروتکل شامل ۸ جلسه گروهی دو ساعته بود که تمرینات مراقبه و تکنیک‌های شناختی آموزش داده می‌شد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.5.0]

www.mui.ac.ir

جدول ۱. صورت جلسه‌های درمان ترکیبی

شماره جلسات	صورت جلسه‌ها
جلسه اول	آموزش افسردگی، درمان ترکیبی CBT و MBCT
جلسه دوم	فعال‌سازی رفتاری، شناخت رابطه بین خلق و فعالیت لذت‌بخش، کفایت همراه با حضور ذهن، حضور ذهن در زمان حال، شناسایی نشانه‌های عود افسردگی، تکلیف خانگی
جلسه سوم	مرور تکالیف خانگی، آموزش آگاهی، حضور ذهن، آگاهی از هدایت خودکار، ثبت افکار خودکار و تحریفات شناختی، تکلیف خانگی.
جلسه چهارم	مرور تکالیف خانگی، رویارویی با اجتناب، درک مفهوم اجتناب، آگاهی از افکار و احساسات و حس‌های بدنی، تکلیف خانگی.
جلسه پنجم	مرور تکالیف خانگی، چالش با افکار منفی و تحریفات شناختی، آموزش این که افکار حقایق نیستند، دیدن آن چه که در ذهن می‌گذرد، الزامی نیست که پاسخ دادن تنها راه برقراری ارتباط با افکار باشد، رابطه جدید با افکار.
جلسه ششم	مرور تکالیف خانگی: جدا شدن از افکار و حضور در زمان حال، توجه به نشانگان شناختی، احساسی، جسمانی، تکلیف خانگی.
جلسه هفتم	مرور تکالیف خانگی، اصلاح باورهای ناکارآمد و متضاد و آموزش راه جایگزینی یعنی پذیرش آن‌ها و ایجاد رابطه متفاوت با زندگی، یعنی پاسخ فعالانه به احساسات قبل از حمله به آن‌ها و به ذهن آوردن عمدی مشکلات و ایجاد رابطه متفاوت با آن‌ها، تکالیف منزل
جلسه هشتم	بازنگری مطالب گذشته، برنامه فعالیت برای پیشگیری از عود، استفاده از مطالب آموخته شده برای حالات خلقی بعدی

تکالیف منزل شامل انجام مراقبه و سایر تکنیک‌ها به طور روزانه در طول ۸ هفته بود (۱۰). در ضمن تکنیک‌های فعال‌سازی رفتاری CBT برای افسردگی در این پروتکل ادغام شده است (۱۱).

ب) گروه دوم، درمان شناختی- رفتاری (CBT): ساختار و شکل‌بندی درمان رفتاری- شناختی بر اساس پروتکل درمانی امری طراحی شده است (۱۱).

ج) گروه سوم، درمان متداول (TAU): بیماران این گروه به درمان رایج خود بدون هیچ گونه مداخله‌ای ادامه دادند (داروی ضد افسردگی توسط روان‌پزشک).

لازم به ذکر است که هیچ کدام از گروه‌ها درمان دارویی خود را قطع نکردند و جایگزین درمان‌های روان‌شناختی نشدند، بلکه افزوده شدند.

جدول ۲. صورت جلسه‌های درمان شناختی- رفتاری

شماره جلسات	صورت جلسه‌ها
جلسه اول	شناخت افسردگی و آشنایی با درمان رفتاری- شناختی
جلسه دوم	تکلیف خانگی افزایش فعالیت و آموزش رابطه بین فعالیت و خلق
جلسه سوم	پایش وضعیت موجود، رویارویی با اجتناب
جلسه‌چهارم	پایش وضعیت موجود، غلبه بر نشانه‌های احساسی، آموزش رابطه بین افکار خودکار و احساسات منفی
جلسه پنجم	پایش وضعیت موجود، ثبت افکار خودکار و ارایه تکلیف خانگی
جلسه ششم	پایش وضعیت موجود، مبارزه و چالش با افکار منفی، بررسی تکلیف خانگی و افکار منفی، آموزش خطاهای شناختی
جلسه هفتم	پایش وضعیت موجود، دور ریختن افکار منفی، ارایه تکلیف خانگی
جلسه‌هشتم	پایش وضعیت موجود، اصلاح با ورهای متضاد، تکلیف خانگی
جلسه نهم	آماده شدن برای خاتمه درمان، مرور تکالیف خانگی، تکمیل پرسش‌نامه رضایت از درمان
جلسه دهم	پایش وضعیت موجود، آموزش ارزیابی پیشرفت کار، ثبت افکار

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.5.0]
www.mui.ac.ir

ابزار سنجش

الف- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای افسردگی (SCID-I) بر اساس معیارهای تشخیصی DSM-IV (۱۲).

ب- پرسش‌نامه افسردگی بک- نسخه دوم (BDI-II)

شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی بک بود که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شد. این فرم در مقایسه با فرم اولیه همخوانی بیشتری با DSM-IV دارد (۱۴، ۱۳). پرسش‌نامه BDI-II شامل ۲۱ آیتم بود و توسط خود آزمودنی اجرا می‌شد که بر اساس معیارهای تشخیص گذاری سیستم DSM-IV تنظیم شده است. حداکثر نمره آزمودنی ۶۳ بود که حاکی از نشانه‌های بیشتر افسردگی می‌باشد. طبقه‌های آن به این قرار بود: ۱۳-۰ افسردگی حداقل، ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط، ۶۳-۲۹ افسردگی شدید. این پرسش‌نامه به فارسی ترجمه و اعتبار و پایایی آن بررسی شد. ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و پایایی بازآمایی آن ۰/۷۳ به دست آمد (۱۳). همچنین مطالعه دیگری ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ را برای آن گزارش داد (۱۴).

ج) آزمون حافظه سرگذشتی (Autobiographical Memory Test): این آزمون برای سنجش میزان اختصاصی بودن حافظه و تعمیم پذیری خاطرات ساخته شد (۱۵). برای اجرای آن لازم است که آزمودنی‌ها در پاسخ به سر نخ‌هایی رویدادهای مربوط را یادآوری کنند، دوره زمانی یادآوری رویدادها مشخص نمی‌شد و به آزمودنی‌ها گفته می‌شد که این رویدادها مهم هستند. تعداد سر نخ‌ها ۱۸ آیتم بود که ۶ آیتم خنثی (نظیر علف و غول پیکر)، ۶ آیتم مثبت (مثل خوشحالی و آسودگی) و ۶ آیتم منفی (نظیر گناه و ناامیدی). آزمون مورد نظر شامل یک برنامه مصاحبه نیمه ساختار یافته بود که از سه بخش تشکیل می‌شد. بخش اول، به نام برنامه معنایی شخصی به ارزیابی یادآوری رویدادهای گذشته زندگی شخصی آزمودنی‌ها و رویدادهای اخیر می‌پردازد. بخش دوم، به نام برنامه رویداد سرگذشتی به یادآوری خاطراتی از همان سه دوره زمانی می‌پردازد. مصاحبه حافظه سرگذشتی یک ارزیابی از حافظه شخصی دور ارایه می‌دهد. هر یک از سه بخش آزمون حافظه سرگذشتی ۲۱ نمره داشت؛ به این صورت که حداکثر دو نمره برای یادآوری کامل و یک نمره برای یادآوری ناقص در نظر گرفته شد که مجموع نمرات سؤال‌های هر بخش را به هنگام یادآوری کامل به ۲۱ می‌رساند. بخش سوم، برنامه رویداد سرگذشتی بود که یادآوری حوادث یا وقایع خاص گذشته آزمودنی در طول سه دوره زمانی کودکی، اوایل بزرگسالی و اخیر را ارزیابی می‌کرد.آزمودنی باید سه رویداد ذکر شده را یادآوری و بیان نماید. ضریب کاپا بین ارزیاب‌ها ۰/۸۷ و برای تمارض و پاسخ‌های ساختگی ۰/۷۸ گزارش شد (۵). پایایی این آزمون توسط سه ارزیاب به طور مستقل از طریق ارزیابی و نمره‌گذاری پاسخ‌های حافظه یادآوری شده، انجام شد و همبستگی میان آزمون‌های موازی بین ۰/۸۳ تا ۰/۸۶ متغیر بود (۱۵). همچنین در دانشگاه تربیت معلم تهران توسط مرادی و همکاران اعتبار سنجی و پایایی یابی شد (۱۵) و در مطالعه‌ای در گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کاشان در یک گروه ۳۵ نفره از بیماران افسرده مورد هنجاریابی مقدماتی قرار گرفت. پایایی آن با روش بازآزمایی دامنه‌ای بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۳ برای مقیاس حافظه اختصاصی، ۰/۷۳تا ۰/۷۸ برای حافظه مقوله‌ای و ۰/۷۵ تا ۰/۸۰ برای حافظه گسترده به دست آمد (۱۶).

برای مقایسه داده‌های پیش آزمون و پس‌آزمون، به کمک نرم‌افزار $SPSS_{15}$ از محاسبه میانگین، انحراف استاندارد و آزمون تحلیل کوواریانس و برای بررسی اختلاف بین گروه‌ها از روش تعقیبی شفه استفاده شد.

یافته‌ها

در ابتدا باید خاطر نشان ساخت از آن جایی که مجموع حجم نمونه هر گروه (در پیش آزمون و پس‌آزمون) ۶۰ نفر بود، با توجه به قضیه حد مرکزی نیازی به نرمال کردن پاسخ‌ها نبود. همچنین گروه‌ها از یکدیگر مستقل بودند. بنابراین به نظر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.5.0]

www.mui.ac.ir

می‌رسد که استفاده از تحلیل واریانس عاملی (ANCOVA) ارجح بود.

برای آزمون فرضیه اثر بخشی روش ترکیبی نسبت به CBT و TAU در اختصاصی یافتن حافظه سرگذشتی بیماران، سه تحلیل مجزا صورت گرفت:

الف- توصیف و تحلیل داده‌های حاصل پیش آزمون و پس‌آزمون خرده آزمون حافظه اختصاصی.

ب- توصیف و تحلیل داده‌های حاصل از پیش آزمون و پس‌آزمون خرده آزمون حافظه مقوله‌ای.

ج- توصیف و تحلیل داده‌های حاصل از پیش آزمون و پس‌آزمون خرده آزمون حافظه گسترده.

همچنین برای تحلیل میزان افسردگی در دو مرحله پیش آزمون و پس‌آزمون نیز تحلیل جداگانه‌ای صورت گرفت. داده‌های حاصل از پیش آزمون و پس‌آزمون حافظه سرگذشتی (AMT) بیماران مورد تحلیل قرار گرفت. جدول شماره ۳ میانگین و انحراف استانداردهای گروه‌های سه‌گانه درمانی را در بخش‌های سه‌گانه حافظه سرگذشتی نشان می‌دهد.

میانگین‌ها و انحراف استانداردهای گروه‌ها نشان می‌دهندکه میانگین گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون در بخش حافظه اختصاصی افزایش یافته است. به عبارت دیگر حافظه اختصاصی گروه‌ها بهبود یافته است. همچنین در گروه‌های CBT و TAU افزایش اندکی پدید آمده است. چنانچه درمان ترکیبی اثر بیشتری در اختصاصی یافتن حافظه داشته باشد، باید نسبت به دو گروه دیگر دارای تفاوت معنی‌دار باشد. به منظور ارزیابی این تفاوت از آزمون تحلیل کوواریانس عاملی (ANCOVA) استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارایه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس‌آزمون نمرات حافظه اختصاصی به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	میانگین و انحراف معیار پیش آزمون			میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون		
	حافظه اختصاصی	حافظه مقوله‌ای	حافظه گسترده	حافظه اختصاصی	حافظه مقوله‌ای	حافظه گسترده
ترکیبی	۳۲/۳ ± ۴/۹	۱۳/۵ ± ۲/۴	۸/۱۳ ± ۴/۱۷	۴۲/۱ ± ۴/۶	۵/۷ ± ۱/۷	۶/۲۳ ± ۴/۵۹
CBT	۱۳/۸ ± ۴/۳	۱۲/۵ ± ۳/۳	۱۰/۲۳ ± ۴/۴۹	۳۴/۶ ± ۵/۳	۶/۷ ± ۲/۷	۱۲/۴۰ ± ۵/۹۵
TAU	۳۷/۹ ± ۱/۶	۱۰ ± ۱/۳	۶/۰۶ ± ۲/۱۶	۴۰ ± ۱/۸	۷ ± ۱/۸	۶/۹ ± ۲/۷

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس عاملی آزمون حافظه سرگذشتی به تفکیک گروه‌های درمانی و پیش آزمون- پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
گروه‌ها	۶۷۷/۰۶	۲	۲۳۸/۵۲	۲۰/۴۳	۰/۰۱
پیش آزمون	۱۰۸۰/۴۵	۱	۱۰۸۰/۴۵	۶۵/۲۲	۰/۰۱
گروه‌ها* پیش آزمون- پس‌آزمون حافظه اختصاصی	۵۲۹/۳۰	۲	۲۶۴/۶۵	۱۵/۹۷	۰/۰۱
گروه‌ها	۱۹۶/۰۲	۲	۹۸/۰۱	۱۷/۷۵	۰/۰۱
پیش آزمون	۱۳۶/۲۵	۱	۱۳۶/۲۵	۲۴۶/۵۹	۰/۰۱
گروه‌ها* پیش آزمون- پس‌آزمون حافظه مقوله‌ای	۱۷۵/۳۰	۲	۸۷/۶۵	۱۵/۸۷	۰/۰۱
گروه‌ها	۲۶۰/۴۲	۲	۱۳۰/۲۱	۷/۳۵	۰/۰۱
پیش آزمون	۶/۰۵	۱	۶/۰۵	۰/۳۴	۰/۰۶۳
گروه‌ها* پیش آزمون- پس‌آزمون حافظه گسترده	۱۲۸/۹۳	۲	۶۴/۴۶	۳/۶۴	۰/۰۵۸

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.5.0]
www.mui.ac.ir

جدول ۴ نشان می‌دهدکه در بخش حافظه اختصاصی بین گروه‌های درمانی تفاوت معنی‌داری وجود داشت. بدین صورت که F = ۱۵/۹۷ با P < ۰/۰۱ معنی‌دار بود، یعنی مداخلات درمانی باعث اختلاف معنی‌دار بین گروه‌ها شده بود. به منظور بررسی تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های مختلف پژوهش از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد.آزمون شفه تفاوت معنی‌داری را از نظر تفاضل نمره پیش آزمون و پس‌آزمون حافظه اختصاصی بین گروه‌ها نشان داد. به این ترتیب که تفاضل نمره حافظه اختصاصی بیماران گروه ترکیبی (۱/۳۷-) بیشتر از گروه TAU بود. به علاوه بین تفاضل نمره‌های پیش آزمون و پس‌آزمون گروه ترکیبی و CBT (۳/۸۹) تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (P < ۰/۰۵). به عبارت دیگر گروه ترکیبی با هر دو گروه تفاوت معنی‌داری نشان داد (P < ۰/۰۵).

از سوی دیگر در بخش حافظه مقوله‌ای نیز بین گروه‌های درمانی با F = ۱۵/۸۷ با P < ۰/۰۱ تفاوت معنی‌داری مشاهده شد و مداخلات درمانی باعث اختلاف معنی‌دار بین گروه‌ها شده بود. به منظور بررسی تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های مختلف پژوهش از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. آزمون شفه تفاوت معنی‌داری را از نظر تفاضل نمره پیش آزمون و پس‌آزمون حافظه مقوله‌ای بین گروه‌ها نشان داد (P < ۰/۰۵). به این ترتیب که تفاضل نمره حافظه مقوله‌ای بیماران گروه ترکیبی (۴/۸۳) بیشتر از گروه TAU (۰/۷) بود. به علاوه بین تفاضل نمره‌های پیش آزمون و پس‌آزمون گروه ترکیبی و CBT (۴/۱۳) تفاوت معنی‌داری مشاهده شد (P < ۰/۰۵)؛ یعنی نتایج نشان داد که گروه ترکیبی با هر دو گروه تفاوت معنی‌داری داشت.

در بخش حافظه گسترده F = ۳/۶۴ با P < ۰/۰۵۸ معنی‌دار نبود؛ یعنی مداخلات درمانی باعث اختلاف معنی‌دار بین گروه‌ها نشده بود. به عبارت دیگر مداخلات درمانی روان‌شناختی بر حافظه اختصاصی و مقوله‌ای تأثیر داشت. لازم به ذکر است که خرده آزمون‌های حافظه سرگذشتی از یکدیگر استقلال دارند و الزامی نیست که تغییر پذیری در هر کدام باعث تغییر در دیگری شود.

حال به تحلیل‌هایی که در خصوص میزان افسردگی بیماران بر اساس آزمون بک II به عمل آمده است، می‌پردازیم. جدول شماره ۵ میانگین و انحراف استانداردهای گروه‌های سه‌گانه درمانی را نشان می‌دهد.

با نگاهی اجمالی به میانگین‌های گروه‌ها می‌توان مشاهده نمود که در هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون این مقادیر کاهش یافته‌اند. به خصوص در گروه‌های ترکیبی و CBT که کاهش چشم‌گیری یافته‌اند.

به منظور ارزیابی معنی‌داری تفاوت مورد نظر از آزمون تحلیل کوواریانس عاملی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۶ ارایه شده است.

جدول ۵. میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس‌آزمون نمرات آزمون BDI-II به تفکیک گروه‌ها

گروه‌ها	میانگین و انحراف معیار پیش آزمون	میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون
ترکیبی	۲۴/۶ ± ۶/۸۶	۱۲/۲ ± ۷/۵
CBT	۲۲/۶ ± ۴/۵	۱۳/۶ ± ۵/۱
TAU	۲۶/۱ ± ۸/۷	۲۵/۷ ± ۹/۳

جدول ۶. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس (ANCOVA) آزمون بک به تفکیک گروه‌های درمانی و پیش آزمون- پس‌آزمون

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری
گروه‌ها	۱۷۸/۸۲	۲	۸۹/۴۱	۱/۷۰۳	۰/۱۸۵
پیش آزمون	۲۳۶۸/۹۳	۱	۲۳۶۸/۹۳	۴۵/۱۱	۰/۰۰
گروه‌ها × پیش آزمون- پس‌آزمون BDI-II	۱۱۷۸/۶۷	۲	۵۸۹/۳۳	۱۱/۲۳	۰/۰۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.5.0]

www.mui.ac.ir

جدول ۶ نشان می‌دهد که بین گروه‌های درمانی تفاوت معنی‌داری وجود داشت و F = ۱۱/۲۳ با P < ۰/۰۱ معنی‌دار بود؛ یعنی مداخلات درمانی باعث اختلاف معنی‌دار بین گروه‌ها شده بود. به منظور بررسی تفاوت معنی‌دار بین گروه‌های مختلف پژوهش از آزمون تعقیبی شفه استفاده شد. آزمون شفه تفاوت معنی‌داری (P < ۰/۰۵) را از نظر تفاضل نمره پیش آزمون و پس‌آزمون بک بین گروه‌ها نشان داد. به این ترتیب که تفاضل نمره بک بیماران گروه ترکیبی (۷/۷۸) بیشتر از گروه TAU (۰/۳۰) بود. به علاوه بین تفاضل نمره‌های پیش آزمون و پس‌آزمون گروه ترکیبی و CBT (۷/۴۸) تفاوت معنی‌داری (P < ۰/۰۲) مشاهده نشد. از طرف دیگر گروه TAU با گروه‌های ترکیبی و CBT در تفاضل نمرات مورد نظر اختلاف معنی‌داری (P < ۰/۰۲) نشان نداد.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعات نشان دادند که بیماران روان‌پزشکی در فراخوانی حافظه اختصاصی سرگذشتی دچار مشکل هستند (۱۷). مطالعه حاضر به بررسی میزان اثر بخشی MBCT بر کاهش اختصاصی بودن حافظه سرگذشتی به همراه تأثیر بر دو شکل دیگر حافظه یعنی حافظه مقوله‌ای و حافظه گسترده و همچنین میزان افسردگی پرداخته است. همان گونه که تحلیل‌ها نشان می‌دهند کارآزمایی‌های این مطالعه بر هر سه شکل حافظه تأثیر داشتند، به ویژه در گروه ترکیبی که به طور معنی‌داری حافظه اختصاصی (پاسخ اختصاصی شرکت کنندگان به سر نخ‌ها) و مقوله‌ای افزایش یافته بود.

طبیعی است نمی‌توان قضاوت کرد که این نتایج تنها به کاهش افسردگی منسوب می‌گردند؛ چرا که همبودی با سایر عوامل زیربنایی روان‌شناختی به طور کلی بر نتایج تأثیر دارند.

سه تبیین احتمالی از تعمیم پذیری بیش از حد در حافظه سرگذشتی می‌توان ذکر کرد:

اولین تبیین این است که احتمال دارد پاسخ‌هایی که توسط این آزمون سنجیده می‌شود، تحت تأثیر سیستم تنظیم عواطف آزمودنی‌هایی قرار گیرند که از خاطرات دردناک رنج می‌برند (۶). به زعم Williams و همکاران آسیب در اختصاصی بودن خاطرات سرگذشتی یک سبک شناختی دراز مدت است که در دوران کودکی آموخته می‌شود (۲). کودک خردسال سعی می‌کند دنیا را در پرتو رویدادهای کلی حس کند. در رشد طبیعی، کودک می‌آموزد که در خاطراتش اختصاصی شود. به هر حال کودک آسیب دیده به طور انفعالی از فراخوانی خاطرات اختصاصی خود اجتناب می‌ورزد (۱).

دومین تبیین این نقیصه در حافظه به ظرفیت کاهش یافته حافظه در حال کار ارتباط می‌یابد (برای مثال ناشی از یک خود– اشتغالی نشخوارانه). درگیری با "مکانیسم‌های یاد یار" باعث تقلا و کوشش بسیاری می‌شود که فراخوانی‌های خاطرات تعمیم یافته بیشتری را به دنبال خواهد داشت، به ویژه در افرادی که مشکلات مغزی دارند (۱۷). یافته‌های اخیر این تبیین را که تفاوت در حافظه سرگذشتی در اثر تفاوت در عملکرد حافظه کلی است، مورد تأیید قرار نمی‌دهند (۱۸). بیماران و گروه شاهد در فراخوانی کلامی ظرفیت یادگیری کلی یا حفظ فراخوانی معنایی تفاوتی ندارند.

شیوه سومی که می‌توان مد نظر داشت نقش خلق افسرده و تشخیص روان‌پزشکی در اختصاصی یافتن حافظه سرگذشتی است و این که تعمیم بیش از حد یک مکانیسم، مقابله‌ای فعال با عاطفه منفی است.

آسیب در ایجاد خاطرات سرگذشتی اختصاصی ممکن است به خودی خود توسط نشخوار فکری تحریک شود (۵). به تازگی یافت شده است که حواس‌پرتی کاهش معنی‌داری را در خاطرات تعمیم یافته در مقایسه با نشخوار فکری ایجاد می‌کند (۱۹). بنابراین ممکن است که ایجاد خاطرات مقوله‌ای کوششی برای تعادل مقابل منفی گرایی باشد که با نشخوار فکری همراه است. نشخوار فکری به عنوان عمیق‌ترین سبک مقابله‌ای در خلق افسرده و در بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی در نظر گرفته شده است (۲۲–۲۰). ممکن است که نشخوار فکری در مقایسه با ضربه‌های روانی با ظرفیت حافظه در حال کار مهم‌ترین عامل در کاهش فراخوانی خاطرات اختصاصی باشند (۲۳). می‌توان با استفاده از

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.5.0]
www.mui.ac.ir

تکنیک‌های حواس‌پرتی و تمرکز بر تجربیات زمان حال و لحظه به لحظه بر استفاده از تعمیم پذیری بیش از حد حافظه فایق آمد (۲۴).

تحلیل دیگری نیز انجام شد که اثر بخشی روش ترکیبی را بر میزان افسردگی در مقایسه با دو روش دیگر مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که افزودن دو روش ترکیبی و CBT به درمان متداول، میزان افسردگی را در مرحله پس‌آزمون کاهش می‌دهند. این بدان معنی نبود که درمان متداول بی‌اثر است. باید به خاطر داشت که هر سه گروه مدت‌ها قبل از مطالعه تحت درمان و به یک وضعیت به نسبت با ثباتی رسیده بودند و قرار نبود که درمان متداول در طول مدت مطالعه اتفاق جدیدی را به همراه داشته باشد. در مطالعه الحاق دو روش ترکیبی و CBT رخداد جدیدی در درمان این بیماران بود و قابل پیش‌بینی بود که بتواند میزان افسردگی را به طور معنی‌داری کاهش دهد. در این خصوص مطالعات متعددی اثر بخشی MBCT را بر افسردگی مورد بررسی قرار داده‌اند (۲۶، ۲۵). هدف بیشتر این مطالعات کاهش نرخ عود بود، اما در مطالعه حاضر با پشتوانه مطالعه Dobson و محمد خانی (۱۳) هدف ارایه مدلی بود که بتوان از طریق ترکیب MBCT با CBT با حفظ ماهیت هر دو روش، در مرحله فعال افسردگی نیز استفاده نمود.

تبیین‌های مختلفی می‌توان در مورد نتایج به دست آمده داشت. طرفداران روش‌های حضور مبتنی بر درمان شناختی، تغییرات حافظه را مربوط به تغییرات خلق نمی‌دانند و بیشتر به ماهیت این رویکرد نسبت می‌دهند (۱۲).

از سوی دیگر مطالعات انجام شده، نشان می‌دهند که افسردگی در عملکرد نمونه‌ها تداخل می‌کند (۱). مخالفین این نظریه اعتقاد دارند که آزمودنی‌های سالمی که از طریق هیپنوز القاء خلق غمگین شده‌اند، خاطرات تعمیم یافته بیشتری را در پاسخ به سر نخ‌های مثبت در مقایسه با آزمودنی‌های خلق شاد یا خنثی ارایه می‌دهند. در مطالعه حاضر دو گروهی که درمان روان‌شناختی دریافت داشتند، هر دو افزایش معنی‌داری در خلق نشان دادند؛ اما تنها گروه ترکیبی تعمیم پذیری کمتری در حافظه سرگذشتی نشان داد. نتیجه‌ای که می‌توان گرفت این است که تغییرات حافظه مرتبط با خلق نیستند، بلکه روش ترکیبی اثر اختصاصی‌تری بر تغییرات حافظه دارد.

از جمله محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به ناهمگنی گروه‌ها به ویژه از نظر جنسیتی، وضعیت تأهل، متغیرهای جمعیت شناختی اشاره نمود که با تحلیل کوواریانس عاملی سعی شد این محدودیت‌ها کاسته شود. همچنین در مطالعات روان‌شناختی، این شکل انگیزه شرکت کنندگان نقش اساسی دارد، بنابراین در تعمیم پذیری نتایج باید احتیاط نمود.

سپاسگزاری

همکاری شرکت کنندگان در این پژوهش شرط اصلی انجام مطالعه بود و بدون همکاری آن‌ها و انجام تکالیف منزل کار انجام نمی‌شد؛ همچنین همکاری و همدلی پرسنل مرکز مشاوره دانشگاه تهران، کلینیک توان‌بخشی صبا و مرکز مشاوره دانشگاه شاهد، زمینه انجام کلیه فعالیت‌های بالینی را فراهم ساخت؛ صمیمانه از کلیه این عزیزان تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Neufeind J, Dritschel B, Astell AJ, MacLeod MD. The effects of thought suppression on autobiographical memory recall. Behav Res Ther 2009; 47(4): 275-84.
2. Williams JM, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. J Abnorm Psychol 2000; 109(1): 150-5.
3. Hermans D, de Decker A, de Peuter S, Raes F, Eelen P, Williams JM. Autobiographical memory specificity and affect regulation: coping with a negative life event. Depress Anxiety 2008; 25(9): 787-92.
4. Watkins E, Teasdale JD. Adaptive and maladaptive self-focus in depression. J Affect Disord 2004; 82(1): 1-8.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.5.0]
www.mui.ac.ir

5. Brittlebank AD, Scott J, Williams JM, Ferrier IN. Autobiographical memory in depression: state or trait marker? B J Pych 1993; 162: 118-21.

6. Kleim B, Ehlers A. Reduced autobiographical memory specificity predicts depression and posttraumatic stress disorder after recent trauma. J Consult Clin Psychol 2008;76(2): 231-42.

7. Harvey AG, Bryant RA, Dang ST. Autobiographical memory in acute stress disorder. J Consult Clin Psychol 1998; 66(3): 500-6.

8. Schnell K, Dietrich T, Schnitker R, Daumann J, Herpertz SC. Processing of autobiographical memory retrieval cues in borderline personality disorder. J Affect Disord 2007; 97(1-3): 253-9.

9. Kabat-Zin J. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness. New York: Delacorte; 1990. p. 12-124.

10. Williams M, Segal Z. Mindfulness-Based cognitive therapy for depression. Trans. Mohammadkhani P, Tammanaeefar S, Jahaneetabesh A. Tehran: Faradid Publication; 2005. p. 2-289. [In Persian].

11. Emery G. Master to depression. Trans. Mohammadkhani P, Rezaee Dogahe E. Yazd, Iran: Behzisty; 2004. p. 5-120. [In Persian].

12. Mohammadkhani P, Jahanitabesh A, Tamannaeefar Sh. Structured clinical interview for DSM-IV disorders. Tehran: Faradid publication; 2005. p. 12-85. [In Persian].

13. Dobson KE, Mohammadkhani P. Efficiency of interventions based recurrence of depression. [Research report]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 2007. p. 25-30. [In Persian].

14. Dobson KE, Mohammadkhani P. Psychometrics characteristics of BDI-II. Journal of Rehabilitation 2007; 8(29): 82-8. [In Persian].

15. Molaei M, Moradi A, Gharraee B, Afzali M. Autobiographical memory performance and neoropsylogical evidence among OCD and GAD. Advances in Cognitive Science 2008; 10(3): 1-12. [In Persian].

16. Omidi A, Akashe G. Introduction to normalization, validity and reliability of Autobiographical memory test in depressed patients. [Research report]. Kashan, Iran: Kashan University of Medical Sciences; 2006. p. 1-115. [In Persian].

17. Nolen-Hoeksema S .The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. J Abnorm Psychol 2000; 109(3): 504-11.

18. Yeung CA, Dalgleish T, Golden AM, Schartau P. Reduced specificity of autobiographical memories following a negative mood induction. Behav Res Ther 2006; 44(10): 1481-90.

19. Wessel I, Merckelbach H, Dekkers T. Autobiographical memory specificity, intrusive memory, and general memory skills in Dutch-Indonesian survivors of the World War II era. J Trauma Stress 2002; 15(3): 227-34.

20. Raes F, Hermans D, Williams JM, Beyers W, Brunfaut E, Eelen P. Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. J Abnorm Psychol 2006; 115(4): 699-704.

21. Dalgleish T, Williams JM, Golden AM, Perkins N, Barrett LF, Barnard PJ, et al. Reduced specificity of autobiographical memory and depression: the role of executive control. J Exp Psychol Gen 2007; 136(1): 23-42.

22. Watkins E, Teasdale JD, Williams RM. Decentring and distraction reduce overgeneral autobiographical memory in depression. Psychol Med 2000; 30(4): 911-20.

23. Heeren A, Van Broeck N, Philippot P. The effects of mindfulness on executive processes and autobiographical memory specificity. Behav Res Ther 2009; 47(5): 403-9.

24. Finucane A, Mercer SW. An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. BMC Psychiatry 2006; 6: 14.

25. Hankin BL, Abramson LY, Miller N, Haeffel GJ. Cognitive Vulnerability-Stress Theories of Depression: Examining Affective Specificity in the Prediction of Depression Versus Anxiety in Three Prospective Studies. Cognitive Therapy and Research 2004; 28(3): 309-45.

26. Raes F, Hermans D, Williams JM, Beyers W, Brunfaut E, Eelen P. Reduced autobiographical memory specificity and rumination in predicting the course of depression. J Abnorm Psychol 2006; 115(4): 699-704.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.5.0]

www.mui.ac.ir

Efficacy of Mindfulness Based Cognitive Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy in reduction of memory over generalization inpatients with Major Depressive Disorder in 2007

Omidi A[1], Mohammad Khani P[2], Dolatshahi B[3], Poorshahbaz A[3]

Abstract

Aim and Background: Efficacy of Mindfulness Based Cognitive Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy in reduction of over generality in autobiographical memory test of patients with Major Depressive Disorder in 2007 is considered in this study.

Method and Materials: This clinical-experimental study was carried out on 90 patients randomly selected from 160 cases refering to Tehran University Consulting Centers, Shahed University and Saba Rehabilitation Clinic and met DSM-IV criteria for Major Depressive Disorder. They were divided into 3 equal groups including CBT (Cognitive Behavior Therapy), MBCT (Mindfulness Based Cognitive Therapy)] with CBT, and TAU (Treatment As Usual). The first and second groups received psychological treatment while the third ones received medications. They were between 18 and 45 years old with two depression episodes and evaluated through the Structured Clinical Interview for DSM- IV (SCID) and self–report by Beck Depression Inventory II (BDI-II), in two pre and post tests. Data were analyzed by Co-variance analysis.

Findings: MBCT with CBT group have significantly increased specific and categorical memory and combined and CBT groups decreased depression symptoms.

Conclusions: Elements from MBCT and CBT in comparison to CBT made was more effective in Autobiographical memory test specifity.

Keywords: Mindfulness Based Cognitive Therapy, Major Depressive Disorder, Cognitive-Behavior Therapy, Autobiographical memory test, over generality.

Type of article: Research

Received: 11.04.2009 *Accepted: 06.07.2009*

1- Assistant Professor, Department of Clinical Psychiatry, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran. (Corresponding Author)
E-mail: abomidi20@yahoo.com
2- Associate Professor, Department of Clinical Psychiatry, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.
3- Assistant Professor, Department of Clinical Psychiatry, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-01]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1388.7.2.5.0]
www.mui.ac.ir