

بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر

لیلا مقتدر^{۱*}

تاریخ دریافت ۱۳۹۵/۰۵/۲۴ تاریخ پذیرش ۱۳۹۵/۰۷/۲۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: اختلالات اضطرابی از شایع‌ترین تشخیص‌ها در اختلالات روانی به شمار می‌رود. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر بود.

مواد و روش کار: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. جامعه آماری شامل همه حدود ۱۰۰ از مراجعین مبتلا به اضطراب فراگیر مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناختی آوای امید رشت در شش ماه اول سال ۱۳۹۵ بودند. برای انتخاب نمونه‌ها از شیوه نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. تعداد ۳۰ بیمار مبتلا به اضطراب فراگیر انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش قرار داده شدند. برای گروه آزمایش ۸ جلسه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی اجرا و گروه گواه در انتظار درمان ماندند. آزمودنی‌های دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از پرسشنامه‌های نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی مورد بررسی قرار گرفتند. برای تحلیل نتایج از روش تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری ($P=0/0001$)، نگرش ناکارآمد ($P=0/0001$) و ابعاد افکار خودآیند منفی از جمله باور به افکار ناکارآمد ($P=0/0001$)، فراوانی افکار ناکارآمد ($P=0/0001$) افراد مبتلا به اضطراب فراگیر گروه آزمایش مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی تأثیر قابل توجهی بر کاهش اضطراب فراگیر داشته باشد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که از این شیوه درمانی در کنار سایر روش‌های اثربخش روان‌درمانی و دارودرمانی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد، افکار خودآیند منفی، اضطراب فراگیر

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و هفتم، شماره نهم، ص ۸۳۵-۸۲۵، آذر ۱۳۹۵

آدرس مکاتبه: رشت، پل طالشان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رشت، ۰۹۱۱۲۳۰۳۰۷۱

Email: moghtaderleila@yahoo.com

مقدمه

بیش‌ازحد معمول طول بکشد. انجمن روان‌پزشکی آمریکا در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیص و آماری اختلالات روانی (DSM-5) انواع گوناگونی از اضطراب را تعریف کرده است که اختلال اضطراب فراگیر یکی از آن‌ها به شمار می‌رود. اضطرابی که نوعی احساس ترس و ناراحتی بی‌دلیل است، نشانه‌ی بسیاری از اختلالات روان‌شناختی محسوب می‌شود که اغلب به‌وسیله‌ی رفتارهای دفاعی مانند فرار از یک موقعیت ناخوشایند یا انجام یک عمل طبق نظم و آئین معین کاهش می‌یابد (۲). ویژگی عمده این اضطراب، ترس از آینده است. این ترس بی‌اساس بوده و به موضوع معینی مربوط نمی‌شود (۳). اختلال اضطراب فراگیر یکی از مهم‌ترین مسائل مورد توجه سازمان‌های بهداشت جهانی است. تعداد زیادی از

اضطراب یک جز طبیعی و غیرقابل اجتناب در زندگی هر فرد است. واژه‌ی اضطراب یک واژه کلی است که دربرگیرنده‌ی تغییرات جسمی، روانی و رفتاری می‌باشد که در رویارویی با تهدید و خطر به‌طور خودکار رخ می‌دهند. این تغییرات شامل احساس منتشر و ناخوشایند و مبهمی از هراس در کنار نشانه‌های اتونوم همچون گیجی، تعریق، اسهال، افزایش فشارخون، تپش قلب، گشادی مردمک‌ها، بی‌قراری، لرزش، افزایش ضربان قلب، تکرر و فوریت اداری، گزگز اندام‌ها و سنکوپ می‌باشد (۱). اضطراب زمانی به‌عنوان یک اختلال تلقی می‌شود که در موقعیت‌هایی ایجاد شود که خطر واقعی وجود ندارد و یا اینکه پس از رفع موقعیت مخاطره‌آمیز

^۱ استاد یار گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران (نویسنده مسئول)

علل و عواقب آن متمرکز می‌کند (۱۳). همچنین نوع نگرش افراد نسبت به خود و محیط پیرامون در ایجاد و افزایش ادراکاتش مؤثر است. افرادی که نگرش‌های سالم و کارآمد دارند و از تدابیر مقابله‌ای سازگارانه و موفق بهره می‌برند و دارای ارتباط بین فردی سالم، رضایت از زندگی و احساس آرامش هستند (۱۴). افکار، تجسمات و تکانه‌های مزاحم زمانی به آشفتگی می‌انجامد که برای فرد مهم باشند و با افکار خودآیند منفی مرتبط شوند. یافته‌های پژوهشی نشان داده است که نگرش‌های منفی و ناکارآمد با پاره‌ای از اختلال‌های روان‌شناختی از جمله اختلال وسواس، اختلال خود بیماری‌پنداری و اختلال افسردگی نیز در ارتباط است (۱۵). مدل‌های فراشناخت مطرح می‌کنند که اختلال‌های روانی مثل اختلال‌های خلقی یا اختلال‌های وابستگی به مواد از طریق الگوهای پایدار تفکر غیرمنطقی مثل نگرانی یا نشخوار فکری، تهدید، اجتناب و سرکوب فکر ایجاد و حفظ می‌شود. به عبارتی این نشانگان شامل الگوی تفکر پایدار و نگرانی یا نشخوار فکری، توجه متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای غیرمفید از جمله وابستگی به مواد و اجتناب است که نتیجه عکس می‌دهند (۱۶).

درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن حدود ۲۰۰۰ سال پیش از بودیسم گرفته شد و حتی امروزه بهترین نویسندگان این موضوع بودیسم هستند. این نظریه توسط Kabat-Zinn گسترش یافته است. این رویکرد الگوهایی را برای آموزش مهارت‌های تمرکز زایی فراهم می‌کند. به بیماران یاد می‌دهند تا بدانند چه زمانی خلق آن‌ها آشفته است و از فن‌هایی برای پردازش اطلاعاتی که چرخه‌های فکر عاطفه را تداوم می‌بخشد، استفاده می‌کنند (۱۷). در این نظریه چنین فرض شده است که هیجان‌ها وقتی به وجود می‌آیند که الگوی مناسب رمزهای ذهنی پردازش شود. در این مدل طرح‌واره‌ها بین مجموعه ساختاری و عناصر حسی ارتباط متقابلی دارند (۱۸). ذهن آگاهی می‌تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت کنترل توجه، جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش دهد. ذهن آگاهی با ترغیب فرد به تمرین برای توجه به ویژگی‌های تجارب به شیوه‌های خالی از قضاوت، موجب کدگذاری اختصاصی تر اطلاعات در حافظه سرگذشتی می‌شود که به نوبه خود می‌تواند بازخوانی اختصاصی تر از حافظه را به همراه داشته باشد (۱۹). با توجه به مطالب ارائه شده مشخص است که نشخوارهای فکری، نگرش‌های ناکارآمد و افکار خودآیند منفی در ایجاد و تداوم اختلال‌های روانی چون اضطراب فراگیر نقش مؤثری ایفا می‌کنند از این رو شناسایی و معرفی شیوه‌های درمانی مؤثر جهت کنترل این مشکلات فکری مورد توجه روانشناسان و پژوهشگران می‌باشد. امروزه رویکرد درمان‌های شناختی خصوصاً درمان‌های شناختی مبتنی بر حضور ذهن از شیوه‌های مرسوم و مقبول در دنیاست که در جهت کمک به بیماران

پژوهش‌ها در سراسر دنیا نشان داده‌اند که اختلال اضطراب فراگیر در مقایسه با اختلال افسردگی ماژور، صدمات حرفه‌ای، فیزیکی و اجتماعی اساسی را در برمی‌گیرد (۴).

در سال‌های اخیر نشخوار فکری به‌عنوان گرایش به افکار منفی تکراری در شروع، تداوم و عود افسردگی و اضطراب توجه نظری و عملی بسیاری از پژوهشگران را جلب کرده است (۵، ۶). اختلال اضطراب فراگیر یک اختلال نافذ است و با نرخ شیوع معادل ۱/۵ تا ۳ درصد و شیوع طول عمر برابر با ۴ تا ۷ درصد از اختلال‌های شایع روانی می‌باشد (۷). نشخوار فکری به‌عنوان یک سبک تفکر با مشخصات اصلی افکار تکراری، عودکننده، مزاحم و کنترل ناپذیر تعریف شده است (۸). نشخوار فکری بیانگر افکاری است که تمایل به تکرار داشته، آگاهانه بوده و پیرامون یک موضوع متمرکز هستند و حتی در صورت غیبت محرک‌های محیطی فوری و ضروری این افکار باز هم پدیدار می‌شوند. در پژوهش Watkins و همکارانش نشخوار فکری افکار مربوط به احساس غم بوده و از آن تحت عنوان نشخوار فکری غم یاد می‌کنند (۶). سبک پاسخ‌دهی نشخواری نوعی پاسخ‌دهی به پریشانی است که فرد افسرده یا مضطرب به‌طور مکرر و منفعلانه بر علائم پریشانی و علل و عواقب آن تمرکز می‌کند. این افکار به‌طور غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه فرد را از موضوعات موردنظر و اهداف فعلی منحرف و بر احساس افسردگی و علل و عواقب آن متمرکز می‌کند (۹). نشخوار فکری ویژگی شناختی اختلالات خلقی است همان‌طور که نگرانی ویژگی شناختی اختلالات اضطرابی است (۱۰).

Ellis معتقد است مردم به‌طور بی‌نظیری عقلانی و غیرعقلانی هستند و مشکلات آن‌ها بیشتر برآمده از ادراک تحریف‌شده و تفکر غیرمنطقی است و روش غلبه بر مشکلات آن‌ها همانا از طریق بهبود تفکر و دریافت‌های ادراکی آن‌هاست. آلیس معتقد است که رفتار می‌تواند شناخت و هیجان انسان را تغییر دهد و شناخت نیز می‌تواند رفتار و هیجان را تحت تأثیر قرار دهد (۱۱). در سال‌های اخیر بررسی الگوهای تفکر در اختلالات هیجانی و بررسی افکار ناخواسته و نقش آن در دوام اختلالات هیجانی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. از انواع این افکار ناخواسته، نشخوار فکری است. دیدگاه فراشناختی در مورد اختلالات هیجانی، نشخوار فکری را از مؤلفه‌های اصلی در شروع و تداوم افسردگی می‌داند (۱۲). نشخوار فکری به‌عنوان یک سبک تفکر با مشخصات اصلی افکار تکراری، عودکننده، مزاحم و کنترل ناپذیر تعریف شده است (۸). سبک پاسخ‌دهی نشخواری نوعی پاسخ‌دهی به پریشانی است که فرد افسرده به‌طور مکرر و منفعلانه بر علائم پریشانی و علل و عواقب آن تمرکز می‌کند. این افکار به‌طور غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه فرد را از موضوعات موردنظر و اهداف فعلی منحرف و بر احساس افسردگی و

هر پاسخ نمره‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) می‌گیرد. البته در مورد ماده‌های ۳۷، ۳۵، ۳۰، ۲۹، ۲۴، ۱۷، ۱۲، ۶، ۲ و ۴۰ نمره‌گذاری ماده‌ها برعکس سایر موارد می‌باشد. بنابراین نمره آزمودنی از حداقل ۴۰ تا حداکثر ۲۸۰ خواهد بود. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون در پژوهشی که کاویانی، جوهری و بحیرایی در مورد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی انجام دادند از طریق روش آزمون - باز آزمون ۰/۷۶ به دست آمد (۲۱).

همچنین پرسشنامه افکار خودآیند منفی (ATQ): این پرسشنامه آزمونی است برای ارزیابی فراوان اظهارات منفی خودآیند درباره خود که به وسیله Hollon & Kendall به منظور ارزیابی شناختی خودافشایی در افسردگی ساخته شده است. ثبات درونی این پرسشنامه با ضریب آلفای ۰/۹۷ بسیار خوب است. متأسفانه محققان به نسخه‌های فارسی اعتباریابی شده این مقیاس دست نیافتند و لذا ترجمه و اعتباریابی مقدماتی آن‌ها در دستور کار قرار گرفت. عبارات مقیاس را پنج روان شناس ارزیابی کردند و بازخوردها در شکل نهایی مقیاس اعمال شد. برای دستیابی به معیار برای روایی این مقیاس ضریب همبستگی بین نمرات این مقیاس و میزان افسردگی در نمونه اولیه شرکت‌کنندگان در تحقیق حاضر محاسبه شد که به ترتیب ضرایب ۰/۶۷ و ۰/۷۴ را برای باور به افکار خودآیند و فراوانی آن نشان داد. این ارقام می‌تواند به‌عنوان روایی همگرا در نظر گرفته شوند. همچنین همبستگی بین نمرات گروه کنترل در مراحل اول و دوم ضرایب ۰/۷۶ و ۰/۸۸ را به ترتیب برای باور به افکار خودآیند و فراوانی آن نشان داد که می‌تواند معیاری برای پایایی در نظر گرفته شود. این پرسشنامه ۳۰ گویه دارد؛ نمره هرگز (۱) تا صد در صد (۵) که مجموع آن‌ها نمره فرد می‌باشد. این نمره در مرحله پس‌آزمون با نمره پیش‌آزمون مورد مقایسه قرار می‌گیرد. حداقل نمره در این آزمون ۳۰ و حداکثر نمره ۱۵۰ است. (۲۲).

به‌علاوه مقیاس پاسخ‌های نشخواری در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. Nolen, Hoeksema, & Morrow پرسشنامه‌ای خودآزما تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. پرسشنامه سبک‌های پاسخ (RSQ) از دو مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) و مقیاس پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس (DRS) تشکیل شده است. مقیاس RRS ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه‌بندی کنند. نمره کلی مقیاس با جمع امتیازات هر آیتیم به دست می‌آید. نمره فرد می‌تواند در دامنه ۲۲ تا ۸۸ قرار گیرد. نقطه میانی مبنای متوسط است. نمره فرد در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد مقایسه قرار می‌گیرد. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا

و کاهش افکار و نگرش‌های منفی و اصلاح باورهای منفی به کار می‌رود. در نتیجه این پژوهش به دنبال اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، نگرش‌های ناکارآمد و افکار خود آیند منفی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه است. برای تشکیل گروه آزمایش و گواه، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، نیمی از آزمودنی‌ها در گروه اول و نیمی از آن‌ها در گروه دوم جایگزین شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراجعین مبتلا اضطراب فراگیر و حدود ۱۰۰ نفر بودند که در شش ماه اول سال ۹۵ به مرکز درمانی و مشاوره‌ای آوای امید واقع در شهر رشت مراجعه کرده و برای درمان گروهی ارجاع داده شدند. از این میان نمونه مورد بررسی بر اساس پژوهش‌های قبلی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ فرد مبتلا اضطراب فراگیر انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش (۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه) گمارده شدند. شرایط ورود به پژوهش عبارت بود از مراجعه به مرکز درمانی و مشاوره‌ای، گرفتن تشخیص اختلال اضطراب فراگیر از روان‌پزشک، قرار گرفتن در گروه سنی مورد نظر (۲۵-۴۵ سال) و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش بودند. همچنین ابتلا به بیماری‌های همراه و یا مشکلات خانوادگی، مصرف کردن داروی خاص (اعتیاد و روان‌گردان)، داشتن معلولیت جسمی و حسی و نیز غیبت بیش از دو جلسه منجر به کنار گذاشتن افراد از گروه آزمایشی پژوهش می‌شد. دو گروه از نظر عواملی چون سن، تحصیلات و متغیرهای اقتصادی - اجتماعی تا حد امکان هم تا شدند.

ابزار پژوهش شامل مقیاس نگرش ناکارآمد (DAS) می‌باشد که توسط Beck در سال ۱۹۸۷ تنظیم شده است. این پرسشنامه بر اساس نظریه شناختی بک در مورد افسردگی و اضطراب ساخته شده است. این مقیاس باورها و نگرش‌هایی را اندازه‌گیری می‌کند که شامل ملاک‌های به‌شدت غیر منطقی جهت ارزیابی عملکرد شخصی و ارزشمندی خویش است. مقیاس نگرش ناکارآمد مهم‌ترین آزمون سبک‌شناختی در پژوهش‌های مراکز گوناگون ایالات متحده آمریکا در زمینه درمان شناختی است. این پرسشنامه شامل ۴۰ گویه می‌باشد که آزمودنی بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت به آن پاسخ می‌دهد و به منظور ارزیابی فرض‌ها و عقاید زیربنایی که طرح‌واره‌ها را تشکیل می‌دهند تدوین گردیده است (۲۰). پاسخ‌دهنده باید باور و نگرش خود را در هر سؤال بر مقیاسی که کاملاً موافق تا کاملاً مخالف است بر روی پاسخنامه مشخص نماید. به این شکل که

شد. گروه گواه در انتظار درمان مانده و درمان آن‌ها به بعد از انجام پژوهش موکول شد. سپس یک هفته پس از پایان جلسات آموزشی، از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد. اجرای جلسات به مدت دو ماه و هفته‌ای یک‌بار در مرکز مشاوره (روزهای سه‌شنبه) حضور پیدا کردند. در این جلسه اهداف پژوهش به‌اختصار شرح داده شد. همچنین زمان و چگونگی برگزاری جلسات و ضرورت حضور به‌موقع در کلاس، انجام تکالیف در خارج از جلسات آموزشی و شرکت فعال در بحث‌ها و فعالیت‌های کلاسی بیان گردید، سپس برنامه ذهن آگاهی در جلسات ۲ ساعته طی ۸ هفته متوالی برگزار شد (هفته‌ای یک جلسه). مدت اجرای کل برنامه (۸ جلسه آموزش و ۱ جلسه توجیهی و پیش‌آزمون و ۱ جلسه پس‌آزمون) به طول انجامید. اجرای آموزش ذهن آگاهی توسط همکار پژوهشگر که این دوره را دیده بود انجام شد. خلاصه پکیج آموزشی طبق پروتکل درمانی دکتر پروانه محمدخانی در جدول (۱) آمده است:

جدول (۱): خلاصه بسته آموزشی آموزش ذهن آگاهی در بیماران دارای اضطراب فراگیر

شرح مختصر	عنوان	محتوی جلسات
معرفه، تشریح هدف پژوهش برای آزمودنی‌ها اخذ رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش از آزمودنی‌ها	معرفه	جلسه ۱
تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی	هدایت خودکار	جلسه ۲
واریسی تکالیف خانگی، تمرین افکار و احساس‌ها، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه ۱۰ تا ۱۵ دقیقه‌ای، ارائه تکالیف خانگی	رویارویی با موانع	جلسه ۳
تمرین دیدن یا شنیدن، نشستن در حالت مراقبه، تمرین فضای تنفس، قدم زدن با حضور ذهن، خلاصه و مشخص کردن تکالیف خانگی	حضور ذهن از تنفس	جلسه ۴
تشریح پردازش هوشمند ذاتی ذهن، کاربرد ذهن آگاهی در تجارب روزمره	ماندن در زمان حال و پذیرش	جلسه ۵
تشریح ارتباط خلق، افکار و رفتار و تمرین نقطه‌نظرها یا افکار جانشین	واقعی نبودن افکار	جلسه ۶
مراقبه نشستن ۴۰ دقیقه‌ای، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار	نحوه مراقبت از خود	جلسه ۷
مروری به جلسات قبل و بازنگری تکالیف خانگی، بازنگری کل برنامه، توزیع پرسشنامه در بین شرکت‌کنندگان، واریسی و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، پایان دادن به کلاس با آخرین مراقبه	اختتامیه	جلسه ۸

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰ انجام شد.

یافته‌ها

در این پژوهش تعداد ۳۰ فرد مبتلا به اضطراب فراگیر (۱۵ نفر گروه گواه و ۱۵ نفر گروه آزمایش) مورد بررسی قرار گرفتند و میزان اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار

قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی بازآزمایی برای RRS، ۰/۶۷ است. این مقیاس برای اولین بار از زبان انگلیسی توسط نویسندگان به فارسی ترجمه شد. اعتبار پیش‌بین RRS، در تعداد زیادی از مطالعات مورد آزمایش قرار گرفته است. نتایج پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که RRS می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی با کنترل متغیرهایی مانند، سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس‌زا، پیش‌بینی کند. همچنین، بر پایه یافته‌های پژوهشی، این مقیاس می‌تواند آسیب‌پذیری افراد را نسبت به افسردگی تعیین کند. به‌علاوه، نشان داده شده است که این مقیاس می‌تواند پیش‌بینی کننده یک دوره بالینی افسردگی باشد (۲۳).

در مرحله پیش‌آزمون، داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های مذکور از دو گروه آزمایش و گواه جمع‌آوری شد. یک هفته پس از اجرای پیش‌آزمون، ۸ جلسه ذهن آگاهی برای گروه آزمایش برگزار

برای روش تجزیه و تحلیل داده در پژوهش حاضر از روش آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. بدین صورت که برای توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها و داده‌های مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون شاخص‌های آمار توصیفی، فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد به کار گرفته شد و جهت نمایش داده‌ها از جداول و نمودارها استفاده شد. برای معناداری اثر متغیر مستقل بر متغیر وابسته از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

آزمودنی‌های گروه گواه دیپلم، (۵۳/۳) درصد از گروه آزمایش و گواه دارای مدرک کارشناسی و (۱۳/۳) درصد از گروه آزمایش و (۲۶/۷) درصد از گروه گواه دارای مدرک کارشناسی ارشد بودند. همچنین در این پژوهش جهت سنجش میزان نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر از پرسشنامه‌های نشخوار فکری RRS، نگرش ناکارآمد DAS و افکار خودآیند منفی ATQ استفاده شد. جدول (۲) میزان میانگین و انحراف استاندارد هریک از این مؤلفه‌های موردبررسی را به تفکیک آزمون (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) و گروه (گواه و آزمایش) ارائه می‌دهد.

فکری، افکار خودآیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد آنان بررسی شد. تحلیل توصیفی داده‌ها در خصوص مؤلفه‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن افراد دارای اضطراب فراگیر در گروه آزمایش (۴/۳۹ ± ۲۹/۹۳) و برای گروه گواه (۳/۸۴ ± ۳۲/۶۶) سال بود. بررسی وضعیت تأهل آزمودنی‌ها در گروه آزمایش نشان داد که ۶ نفر متأهل، ۶ نفر مجرد و ۳ نفر مطلقه و برای گروه گواه نیز ۵ نفر متأهل، ۷ نفر مجرد و ۳ نفر مطلقه بودند. بررسی وضعیت اشتغال نیز حاکی از آن بود که (۴۶/۷) درصد در گروه آزمایش و (۵۳/۳) درصد در گروه گواه شاغل و مابقی در گروه آزمایش بیکار بودند. بررسی وضعیت تحصیلی نیز نشان داد که (۳۳/۳) درصد از آزمودنی‌های گروه آزمایش و (۲۰) درصد از

جدول (۲): میانگین و انحراف استاندارد نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی به تفکیک گروه و آزمون

مؤلفه	گروه	آزمون	میانگین	انحراف استاندارد
نشخوار فکری	گواه	پیش‌آزمون	۶۶/۸۶	۲/۶۴
		پس‌آزمون	۶۶/۹۳	۲/۶۵
	آزمایش	پیش‌آزمون	۶۶/۲۶	۳/۰۵
		پس‌آزمون	۶۱/۹۳	۲/۶۸
نگرش ناکارآمد	گواه	پیش‌آزمون	۱۲۵/۲۰	۲/۷۳
		پس‌آزمون	۱۲۴/۵۳	۲/۴۴
	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲۴/۴۶	۲/۲۶
		پس‌آزمون	۱۱۹/۶۰	۴/۴۲
باور به افکار خودآیند منفی	گواه	پیش‌آزمون	۷۳/۴۶	۷/۳۶
		پس‌آزمون	۷۳/۲۰	۶/۹۱
	آزمایش	پیش‌آزمون	۷۶/۲۶	۴/۷۸
		پس‌آزمون	۷۱/۴۰	۴/۹۶
فراوانی افکار خودآیند منفی	گواه	پیش‌آزمون	۶۲/۶۰	۸/۴۶
		پس‌آزمون	۶۲/۸۰	۷/۵۶
	آزمایش	پیش‌آزمون	۶۶	۸/۷۵
		پس‌آزمون	۶۱/۲۶	۸/۴۶

($P < ۰/۰۵$) می‌توان بیان کرد که مفروضه همگنی شیب‌خط رگرسیون برای این مؤلفه رعایت شده است. سپس از آزمون لون جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس خطای دو گروه استفاده شد و نتایج این آزمون در جدول (۳) ارائه شده است.

جهت بررسی آماری از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. از این رو ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد. از این رو ابتدا سطح معنی‌داری تعامل بین گروه مستقل و پیش‌آزمون در هر متغیر بررسی شد و با توجه به سطح F و میزان معنی‌داری

جدول (۳): نتایج آزمون لون جهت بررسی همگنی واریانس خطا در متغیرهای پژوهش

مؤلفه	F	Df1	Df2	سطح معنی داری
نشخوار فکری	۰/۳۵۹	۱	۲۸	۰/۵۵۴
نگرش ناکارآمد	۱۰/۳۸۴	۱	۲۸	۰/۰۰۳
باور به افکار ناکارآمد	۱/۳۹۲	۱	۲۸	۰/۲۴۸
فراوانی افکار ناکارآمد	۳/۱۲۹	۱	۲۸	۰/۰۸۸

نشان داد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به اضطراب فراگیر مؤثر است. نتایج مجذور اتا نیز حاکی از میزان اندازه اثر این اثربخشی می‌باشد. همچنین جدول نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کاهش نگرش‌های ناکارآمد افراد مبتلا به اضطراب فراگیر مؤثر است. نتایج مجذور اتا نیز حاکی از میزان اندازه اثر این اثربخشی می‌باشد. به‌علاوه نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به ایجاد تفاوت معنی داری در پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل شده و مقایسه میانگین‌ها حاکی از کاهش باور به این افکار و کاهش فراوانی آن‌ها در گروه آزمایش اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افکار ناکارآمد افراد مبتلا به اضطراب فراگیر تأیید می‌شود. نتایج مجذور اتا نیز حاکی از میزان اندازه اثر این اثربخشی می‌باشد.

جدول (۳) نشان داد که این مفروضه در رابطه با بررسی درمان ذهن آگاهی بر متغیر نشخوار فکری برقرار است ($P = 0/554$)، $F_{1,28} = 0/359$. با توجه به برقراری این مفروضه می‌توان گفت که محدودیتی در استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری وجود ندارد. جدول (۲) نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری را در رابطه با متغیر نگرش ناکارآمد نشان می‌دهد چنان‌که ملاحظه می‌شود این مفروضه برقرار نیست ($P = 0/003$)، $F_{1,28} = 10/384$ ؛ اما با توجه به برابر بودن حجم نمونه دو گروه می‌توان گفت که این آزمون نسبت به تخطی از این مفروضه مقاوم است از این رو محدودیتی در استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری وجود ندارد. همچنین نتایج آزمون لون نشان داد که این مفروضه برای دو مؤلفه افکار ناکارآمد برقرار است. با توجه به برقراری این مفروضه‌ها می‌توان گفت که محدودیتی در استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری وجود ندارد. همچنین نتایج جدول (۴)

جدول (۴): نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت بررسی اثربخشی درمان بر متغیرهای پژوهش

مؤلفه	مجموع مجذور	df	میانگین مجذور	F	سطح معنی داری	η^2
نشخوار فکری	۱۵۲/۱۰۹	۱	۱۵۲/۱۰۹	۶۸/۹۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱۹
نگرش ناکارآمد	۱۳۱/۳۸۱	۱	۱۳۱/۳۸۱	۱۸/۰۳۳	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰۰
باور به افکار ناکارآمد	۱۳۸/۵۵۵	۱	۱۳۸/۵۵۵	۱۴۵/۷۷۴	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴۹
فراوانی افکار ناکارآمد	۱۵۱/۹۶۴	۱	۱۵۱/۹۶۴	۶۸/۵۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۲۵

بحث و نتیجه‌گیری

استفاده از شیوه‌های روان‌درمانگری از جمله شناخت درمانی به این بیماران کمک می‌کند تا افکار خود را شناسایی و تغییر دهند. آموزش انعطاف‌پذیری روی توجه، غنی‌سازی ذهنی، توقف نشخوار فکری، اصلاح باورهای مثبت و منفی غلط و همچنین چالش با باورهای منفی مربوط به هیجانات باعث کاهش افسردگی و نشخوار فکری می‌شود. در واقع این شیوه درمانی از طریق تمرکز بر زمان حال و با توجه به اتفاقات مثبت کمک می‌کند تا بیماران اضطرابی کم‌تر به افکار منفی توجه و آن را در ذهن نشخوار کنند و از این طریق بر

چنانکه ملاحظه شد اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری افراد مبتلا به اضطراب فراگیر تأیید شد. این نتایج با پژوهش حسونندی و ولیزاده کاظمی، منصور و همکاران و یلیامز و همکاران همسویی دارد (۲۴-۲۷). در تبیین این امر می‌توان این‌طور بیان نمود که نشخوار فکری و تکرار ذهنی افکار منفی از جمله ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی است و این مسئله همچنان به افزایش اضطراب در آنان منجر می‌شود. امروزه

کنترل اضطراب خود توانمندتر گردند. همچنین نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که افراد دارای نشخوار فکری مشکل خود را حل نشدنی و تحمل‌ناپذیر ارزیابی می‌کنند و از این‌رو برای یافتن راه‌حل‌های بهتر و مؤثرتر تلاش نمی‌کنند و در نتیجه راهبردهای حل مسئله آن‌ها آسیب‌دیده و در حل مشکلات شکست می‌خورند. تکرار ذهنی افکار منفی از جمله ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی است و این مسئله همچنان به افزایش اضطراب در آنان منجر می‌شود. امروزه استفاده از شیوه‌های روان‌درمانگری از جمله شناخت درمانی به این بیماران کمک خواهد کرد. همچنین پژوهش نشان داد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بر نگرش ناکارآمد در بیماران زن مبتلا به اضطراب فراگیر (GAD) مؤثر باشد. نتایج به‌دست‌آمده از این فرض همسو با پژوهش حسن آذرگون و کجباف است (۱۲). کاویانی و همکاران نیز در پژوهش خود به نتیجه مشابهی دست یافتند (۲۱). کوشکی و همکاران طی پژوهشی که روی ۶۰ بیمار قلبی انجام گرفته شده بود نشان دادند روش کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی و نگرش ناکارآمد بیماران قلبی مؤثر است (۲۷). از دیگر پژوهش‌های همسو با این فرض تحقیقات Schulman است که MBCT را روی ۲۳۱ دانشجو بررسی کرد و به نتیجه مشابه دست یافت (۲۹).

همچنین پژوهش بیانگر اثر درمان بر افکار ناکارآمد افراد مضطرب می‌باشد. این افکار ابتدا در درون خود توقعات خشک، جزئی و قدرتمندی دارند که معمولاً در قالب کلماتی چون باید، حتماً، الزاماً و ضرورتاً بیان می‌شوند، ثانیاً موجب انتساب‌های بسیار نامعقول و تعمیم مفرط و فاجعه‌آمیز می‌شوند. امروزه از فن‌ها و روش‌های روان‌درمانی جهت کاهش این نگرش‌های استفاده می‌شود. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یکی از شیوه‌های مرسوم جهت کاهش نگرش‌های ناکارآمد است. در این شیوه درمانی بدون آنکه درمانگر مستقیماً با تغییر نگرش ناکارآمد آزمودنی‌ها درگیر شود نوعی بازسازی شناختی انجام می‌دهد (۲۸). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که شانس بروز اختلالات روانی طی یک سال در صورت افزایش نمره‌های نگرش ناکارآمد به‌طور معنی‌داری افزایش می‌یابد (۳۱). هرچند هدف اصلی ذهن آگاهی آرام‌سازی نیست اما مشاهده غیر قضاوتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز این حالت می‌شود (۳۲) و به ما اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کم‌تر از آن میزان که ناراحت‌کننده‌اند دریافت کنیم. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه هستیم دیگر توجه ما روی گذشته یا آینده درگیر نیست درحالی‌که بیش‌تر مشکلات روانی ناشی از تمرکز بر گذشته خود است (۳۰) و این مسئله می‌تواند نگرش‌های ناکارآمد را در بیماران کاهش دهد. در پژوهش کاویانی و همکاران نیز مشخص شد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

کیفیت زندگی را در بیماران افزایش و میزان افسردگی را کاهش می‌دهد (۲۱). از این‌رو به نظر می‌رسد تمرین‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد از لحظه‌های حال از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و توجه دادن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر می‌گذارد. در واقع این شیوه درمانی یک ارتباط متفاوت با افکار ارائه می‌دهد، تأکید این روش بر این نیست که رویدادهای موافق و مخالف با افکار جمع‌آوری یا به آن‌ها پاسخ داده شود بلکه تأکید این است که فرد در مقابل افکار منفی خود مقاومت کند و با ذهن متمایز و با توجه بیش‌تر بر جنبه‌های مثبت تمرکز نماید. نتایج این پژوهش نیز نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر می‌باشد. از آنجایی‌که خود نگرش‌های ناکارآمد یکی از جنبه‌های اثرگذار بر افزایش اضطراب این بیماران است، به نظر می‌رسد که با کاهش و اصلاح نگرش‌های منفی زمینه مساعدتری برای کنترل اضطراب و مقابله با موقعیت‌های اضطرابی برای افراد مبتلا به اضطراب فراگیر فراهم می‌شود.

از طرف دیگر نتایج حاصل از پژوهش بیانگر این است که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند بر افکار خودآیند منفی در بیماران مبتلا به اضطراب فراگیر (GAD) مؤثر باشد. این نتایج با نتایج پژوهش ویلیامز همسو می‌باشد (۲۷). همچنین نتایج این فرض با پژوهش آذرگون و کجباف، خسروی و همکاران، کاویانی و همکاران همسو می‌باشد (۱۲، ۲۰، ۲۱، ۳۸). همچنین کاظمی طی پژوهشی نتیجه گرفت که ذهن آگاهی می‌تواند افکار خودآیند منفی بیماران اختلال استرس پس سانحه را کاهش دهد (۲۴). نقش باورها، نگرش‌ها و فرایندهای ذهنی دیگر در بسیاری از اختلالات و مشکلات رفتاری نشان داده شده و معلوم شده است که باورهای غیرمنطقی می‌توانند، رنج‌های افراد را تشدید کنند (۳۳-۳۶). Papageorgiou و Wells در مطالعه‌ای نشان دادند که افکار خودآیند منفی، ارزیابی‌های کوتاه و مختصری از شکست‌ها در بیماران افسرده‌اند، درحالی‌که نشخوار فکری، زنجیره‌ای طولانی از افکار تکراری، چرخان و خود متمرکز و پاسخی به افکار منفی اولیه است (۳۷). از این‌رو درمانگران جهت کمک به بیماران افسرده و اضطرابی باید از شیوه‌های درمانی استفاده کنند که میزان افکار خودآیند منفی را در آنان کاهش و اصلاح کند. رویکرد درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با استفاده از شیوه‌های توجه خاص و هددمند بر زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت به دنبال دستیابی به این هدف می‌باشد (۳۹).

با توجه به این امر که تداوم اثر یک درمان و یا آموزش از جمله اولویت‌های هر پژوهشی می‌باشد، از این‌رو نداشتن مطالعه پیگیری

اجرا شود تا نتایج بیشتر قابل تعمیم باشد؛ و از آنجایی که ذهن آگاهی بر نگرش ناکارآمد در بیماران GAD مؤثر بوده است پیشنهاد می‌گردد با تهیه‌ی بروشور و کتابچه‌های تمرینی این فن برای عموم به زبان ساده معرفی و آموزش داده شود تا راهگشایی در شرایط زندگی روزمره باشد.

نتیجه‌گیری نهایی

نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر مؤثر می‌باشد. از آنجایی که خود نگرش‌های ناکارآمد یکی از جنبه‌های اثرگذار بر افزایش اضطراب این بیماران است، به نظر می‌رسد که با کاهش و اصلاح نگرش‌های منفی زمینه مساعدتری برای کنترل اضطراب و مقابله با موقعیت‌های اضطرابی برای افراد مبتلا به اضطراب فراگیر فراهم می‌شود.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان پژوهش و همکاران مرکز درمانی و مشاوره آوای امید که در برگزاری جلسات آموزشی همکاری داشتند کمال تشکر را به‌جا می‌آورم. در ضمن این تحقیق دارای کد اخلاق با شماره IR.IAU.RASHT.REC.1395.7 می‌باشد.

References:

- 1- Portman M. Generalized Anxiety Disorder across the Lifespan: An Integrative Approach. New York: Springer; 2008.
- 2- Psychiatrists Association of America. Statistical Manual of Mental Disorders and classification (DSM.5) Translated by Rezaee F, Fakhraee A, Farmand A, Niloufari A, Hashemi J, Shamloo F. (1st ed). Tehran: Roshd; 2013. (Persian)
- 3- Hazlett-Stevens H. Psychological approaches to generalized anxiety disorder: A clinician's guide to assessment and treatment. New York, NY: Springer; 2008.
- 4- Ballenger JE, Davidson RT, Lecrubier Y, Nutt DJ, Borkovec TD, Rickels K. Consensus statement on generalized anxiety disorder from the international consensus group on depression and anxiety. J Clin Psychiatry 2001; 62: 53-8.

می‌تواند یکی از محدودیت‌های این پژوهش باشد. همچنین با توجه به محدود بودن نمونه‌ها به‌ناچار از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و در دسترس استفاده شد که این مسئله قابلیت تعمیم‌های نتایج پژوهش را محدود خواهد کرد. به‌علاوه وجود عوامل مزاحم محیطی مانند سروصدا و گرما گاهی موجب تداخل در عملیات اجرایی و آموزش ذهن آگاهی می‌شد.

پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی مطالعات پیگیرانه نیز انجام شود تا پایداری اثربخشی درمان ذهن آگاهی مشخص گردد. این شیوه درمانی بر روی نمونه‌های مختلف بیماران و گروه‌های سنی دیگر نیز مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد تا اثربخشی آن به‌طور واضح‌تری مشخص گردد. لزوم انجام پژوهش در ارتباط با متغیرهایی افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد و نشخوار فکری با استفاده از شیوه‌های دیگر درمانی و مقایسه با این شیوه (شناختی رفتاری مبتنی بر ذهن آگاهی) بیشتر احساس می‌گردد. به‌علاوه با توجه به اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری، نگرش ناکارآمد و افکار خود آیند منفی پیشنهاد می‌شود. با برگزاری جلسات آموزشی و کارگاهی برای مشاوران و درمان‌گران، متصدیان مشاوره بیشتر با این شیوه‌ی درمانی مؤثر آشنا شوند. با توجه به اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر نشخوار فکری پیشنهاد می‌شود این شیوه به‌صورت تجربی توسط درمانگران

- 5- Goetter EM. An Empirical Investigation of Depressive Rumination: Implications for Cognitive Flexibility, Problem Solving and Depression [A Thesis of Master of Science in Clinical Psychology]. United States: Michigan; 2010.
- 6- Watkins ER. Constructive and unconstructive repetitive thought. Psychol Bull 2008;134(2):163–206.
- 7- Lieb R, Becker E, Altamura C. The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. Eur Neuropsychopharmacol 2005;15(4):445–52.
- 8- Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. Perspect Psychol Sci 2008;3(5):400–24.
- 9- Brinker JK, Dozois DJ. Ruminative thought style and depressed mood. J Clin Psychol 2009.65(1): 1-19.
- 10- Koval P, Kuppens P, Allen NB, Sheeber L. Getting stuck in depression: the roles of rumination and

- emotional inertia. *Cognition Emotion* 2012; 26(8): 1412-27.
- 11- Lam DCK, Gale J. Cognitive behavior therapy. *Counseling Psychology Quarterly* 2004; 17(1): 53-67.
 - 12- Azargoon H, Kajbaf M. B. he effectiveness of mindfulness in reducing dysfunctional attitude and automatic thoughts of depressed students of Isfahan University. *J Psychol* 2010. 52(14): 79-94. (Persian)
 - 13- Joormann J. Differential effects of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. *Cognit Ther Res* 2006;30(2):149-60.
 - 14- Wells A. *Met cognitive therapy for Anxiety and depression*. Mishigun: Guilford; 2009.
 - 15- Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behav Res Therapy* 2000; 38(4): 347-72.
 - 16- Spada MM, Nikcević AV, Moneta GB, Wells A. Metacognition as a mediator of the relationship between emotion and smoking dependence. *Addict Behav* 2007;32(10):2120-9.
 - 17- Mohamad Khani P, Tamanaee Far SH, Jahani Tabesh A. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Tehran: Faradid; 2005. (Persian)
 - 18- Ghasemzadeh H. *Cognition and Emotion, clinical and social aspects*. Tehran: Farhang; 2008. (Persian)
 - 19- Zung WW, Brodhead WE, Roth ME. Prevalence of depressive symptoms in primary care. *J Family Practice* 1993. 37, 377-44.
 - 20- Beck AT. How an anomalous finding led to a new system of psychotherapy. *Nat Med* 2006;12(10):1139-41.
 - 21- Kaviani H, Javaheri F, Bohirae H. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in reducing the negative automatic thoughts, dysfunctional attitudes, depression and anxiety; 60-day follow-up. *Cognitive Science News* 2005. 7(1): 49-60. (Persian)
 - 22- Hollon SD, Kendall P. Development of an automatic thoughts Questionnaire. *Cognit Ther Res* 1980.4, 383-95.
 - 23- Moulds ML, Kandris E, Williams AD, Lang T, Yap C, Hoffmeister K. An investigation of the relationship between cognitive reactivity and rumination. *Behav Ther* 2008;39(1):65-71.
 - 24- Hasanvandi S, Valizadeh M. The impact of meta-cognitive therapy on symptoms of depression and rumination in female students Shahid Chamran. Khorasan: The 1st Clinical Psychology Conference; 2012. (Persian)
 - 25- Kazemi AS. The effectiveness of training mindfulness-based cognitive strategies in secondary post-traumatic stress disorder and psychological problems spouses of patients with post-traumatic stress disorder. *Journal of Thought and Behavior* 2012; 6(22): 54-66. (Persian)
 - 26- Mansoori A, Farnam AR, Bakhshipoor A, Aliloo M. Compare rumination in patients with major depressive disorder, obsessive - compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. *J Sabzevar Univ Med Sci* 2010. 17(3): 189-93. (Persian)
 - 27- Williams JMG, Russell I, Russell D. Mindfulness-based cognitive therapy: further issues in current evidence and future research. *J Consult Clin Psychol* 2008;76(3):524-9.
 - 28- Kooshaki SH, Jamali M, Salehi M, Akbari H. The effectiveness of mindfulness-based stress-reduction technique to reduce depression and dysfunctional attitudes in heart patients. *J Psychol* 2012. 22(1): 23-43. (Persian)
 - 29- Schulman P. *Depression Prevention in adults*. Schulman@ psych upenn Edu 2004;

- 30- Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. *Clin Psychol Sci Pract* 2003;10(2):144-56.
- 31- Weich S, Churchill R, Lewis G. Dysfunctional attitudes and the common mental disorders in primary care. *J Affect Disorder* 2003. 75: 269-78.
- 32- Borkovec, T.D. Life in the future versus life in the present. *Clin Psychol Sci Pract* 2002. 9(13): 76-80.
- 33- Ellis A. Why rational. Emotive behavior therapy is the most comprehensive and effective form of behavior therapy *J Ration Emot Cogn Behav Ther* 2004. 22 (2), 85- 92.
- 34- Melmed, R. N. Mind, body and medicine: An integrative text. *Am J Psychiatry* 2003.160, 605-60.
- 35- Rice kG, Delleo JP. Within- semester stability and adjustment correlates of the Multidimensional Perfectionism Scale. *Meas Eval Couns Dev* 2001.34, 146-53.
- 36- Wiebe R. E, McCabe S. B. Relationship Perfectionism. Dysphoria and hostile interpersonal Behavior. *J Soc Clin Psychol* 2002, 21, 67-91.
- 37- Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognit Ther Res* 2008. 27, 261-73.
- 38- Khosravi M, Mehrabi HA, Azizi Moghadam M. The comparison of the components of rumination in patients with obsessive-compulsive disorder and ordinary people. *Semnan Univ Med Sci* 2008; 10(29): 33-341. (Persian)
- 39- Segal ZV. Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. New York: Guilford; 2002.

THE EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS-BASED COGNITIVE THERAPY IN REDUCING RUMINATION, DYSFUNCTIONAL ATTITUDE AND NEGATIVE AUTOMATIC THOUGHTS IN PATIENTS WITH GENERALIZED ANXIETY DISORDERS

Leila Moghtader^{1*}

Received: 15 Aug, 2016; Accepted: 20 Oct, 2016

Abstract

Background & Aims: Anxiety disorders are the most common diagnoses for mental disorders. This study aims to determine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing rumination, dysfunctional attitude and negative automatic thoughts in patients stricken with generalized anxiety.

Materials & Methods: This quasi-experimental study is done with pretest-posttest module with control group. The statistical population consisted of approximately 100 patients with generalized anxiety who referred to Avaye Omid Psychological Clinic in Rasht in the first six months of 2016 and were selected using available sampling method. Then, 30 patients stricken with the generalized anxiety were selected and randomly divided into two groups as control and experimental groups. Eight sessions of mindfulness-based cognitive therapy were done on the experimental group, and the control group was waiting for treatment. The examinees in two above groups were studied in two stages of pretest and posttest using of rumination, dysfunctional attitude, and negative automatic thoughts questionnaires. The multivariate of covariance was used in the analysis of the results.

Results: The covariance analysis showed that the mindfulness-based cognitive therapy on reducing rumination: ($F=68/981$, $P=0/0001$), dysfunctional attitude: ($F=18/033$, $P=0/0001$) and negative automatic thoughts (attitudes): ($F=145/744$, $P=0/0001$) & (frequency): ($F=68/524$, $P=0/0001$) was effective on female patients with generalized anxiety in the experimental group

Conclusion: It seems that psychological interventions have a significant impact on reducing anxiety. Therefore, it is recommended to use this treatment method along with other effective methods of psychotherapy and medication use.

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapy, Rumination, Dysfunctional attitudes, Negative automatic thoughts, Anxiety

Address: Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran

Tel: +989112303071

Email: moghtaderleila@yahoo.com

SOURCE: URMIA MED J 2016: 27(9): 835 ISSN: 1027-3727

¹ Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran
(Corresponding Author)