مقاله پژوهشی

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی با پیگیری ۶۰ روزه

عزت‌اله قدم‌پور[۱]، سیمین غلامرضایی[۲]، پروانه رادمهر[۳×]

تاریخ دریافت ۱۳۹٤/۰۹/۲۸ تاریخ پذیرش ۱۳۹٤/۱۱/۲۰

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول و دوم مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ بود؛ که به‌منظور اجرای پژوهش غربالگری انجام گرفت که ابتدا ۴۳۷ شرکت‌کننده با دامنه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال، پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی و افسردگی را تکمیل نمودند که از میان آن‌ها ۳۰ نفر مبتلا به اضطراب اجتماعی و افسردگی همراه بالا (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه) انتخاب گردید، سپس ۳۰ نفر منتخب به‌صورت تصادفی به دو گروه پانزده‌تایی آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۲ ساعته (هفته‌ای یک جلسه) به مدت ۲ ماه به‌صورت گروهی تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات و ۲ ماه بعد از آموزش هر دو گروه به پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی و افسردگی پاسخ دادند. تحلیل داده‌های خام با استفاده از spss19 و اجرای آزمون‌های توصیفی و استنباطی ازجمله آنالیز کوواریانس صورت گرفت.

یافته‌ها: گروه آزمایش کاهش معنی‌داری در اضطراب اجتماعی و افسردگی بعد از دریافت آموزش نشان دادند ($P<۰/۰۰۱$). ضمن این‌که نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ شد.

نتیجه‌گیری: مشاهدات حاضر مؤید اثربخشی MBCT، در کاهش میزان اضطراب اجتماعی و افسردگی نوجوانان مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی است.

واژگان کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، اضطراب اجتماعی، افسردگی، همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و ششم، شماره دوازدهم، ص ۱۰۴۰-۱۰۲۸، اسفند ۱۳۹٤

آدرس مکاتبه: لرستان، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، گروه روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۸۶۱۳۷۴۳۸

Email: radmehr.p12@gmail.com

مقدمه

اختلالات اضطرابی یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران نوجوانی است (۱). از مهم‌ترین نوع این اختلالات، اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشد (۲). اختلال اضطراب اجتماعی یک اختلال اضطرابی مزمن است که با ترس شدید از موقعیت‌های عملکردی و اجتماعی و به‌تبع آن اجتناب از این موقعیت‌ها، مشخص می‌گردد (۳). گودیانو[۴] و هربرت[۵] معتقدند که اختلال اضطراب اجتماعی یک حالت هیجانی است و به دنبال ارزیابی اطلاعات درباره رویداد تهدیدکننده یا ادراک توانایی شخص برای رویارویی با آن پدید می‌آید (۴). این اختلال، سومین اختلال روان‌پزشکی با شیوع طول عمر ۱۳ درصد، شایع‌ترین اختلال روانی است (۶، ۵). اختلال اضطراب اجتماعی یکی از رایج-ترین اختلالات در دوران نوجوانی است (۱). نوجوانان مبتلا به

[۱] استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

[۲] استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

[۳] دانشجوی کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران (نویسنده مسئول)

4. Gaudiano

5. Herbert

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

اختلال اضطراب اجتماعی مراودت اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کم‌تری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگ‌سالی با مشکلات بیشتری روبه‌رو می‌شوند (۷). برخی از مطالعات موجود نشان داده‌اند که اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان با مسائل و مشکلات بی‌شماری از قبیل برانگیختگی‌های فیزیولوژیک و پاسخ‌های دستگاه قلبی- عروقی (۸) تفسیر سوگیرانه از موقعیت‌های اجتماعی مبهم (۹) نارسایی‌های عملکرد اجتماعی (۱۰) کنش‌وری اجتماعی ضعیف و ادراک‌های منفی رابطه دارد (۱۱)، به‌طوری‌که شیوع این اختلال در دختران بیش از پسران است (۱۲). نوجوانان دختر دارای اختلال اضطراب اجتماعی در مقایسه با همسالان غیر مضطرب خود، احساس کفایت و صمیمیت کم‌تری را در روابط دوستانه گزارش می‌کنند. این اختلال بر نحوهٔ ادراک خود، در آنان نیز تأثیر می‌گذارد. بر این اساس، نوجوانان مضطرب در مقایسه با همسالان غیر مضطرب، از ادراک‌های منفی بیشتری برخوردارند (۱۳). اختلال اضطراب اجتماعی همبودی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی و خلقی دارد. به‌طوری‌که تحقیقات نشان داده است ۸۱ درصد از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال دیگری نیز دارند (۱۴). افسردگی یکی از رایج‌ترین اختلالات روانی است که همبودی بالایی با اختلال اضطراب اجتماعی در میان نوجوانان دارد (۱۵). افسردگی با شیوع طول عمر ۱۶/۶ درصد، شایع‌ترین اختلال در نوجوانان است (۱۶) که شیوع آن در نوجوانی در بین دختران بیشتر از پسران است (۱۷). اختلال افسردگی، از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی است که با روند رو به رشد و شیوع آن، مشکلی اساسی برای بهداشت روان ایجاد کرده است. سازمان بهداشت جهانی[1] پیش‌بینی می‌کند که تا سال ۲۰۲۰ افسردگی دومین علت ناتوانی پس از بیماری ایسکمی قلبی باشد (۱۸). این اختلال با شروع زودرس، یک پدیده گذرا نبوده و چنانچه عوامل زمینه‌ساز یا تداوم‌بخش آن بدون مداخله باقی بمانند، تمایل به دوام داشته و نتایج پایدار و مخربی برای نوجوان برجای خواهد گذاشت (۱۹)، به‌طوری‌که بر تکامل شناختی، هیجانی و فیزیکی نوجوان اثر می‌گذارد (۲۰). اختلال اضطراب اجتماعی در دوران نوجوانی پیش‌بینی کننده مهمی از اختلال افسردگی پس‌ازآن است و در چنین مواردی تقریباً همیشه مقدم بر آن است، این امر منجر به علاقه به اختلال اضطراب اجتماعی به‌عنوان تعدیل‌کننده احتمال خطر می‌باشد (۲۱). اختلال اضطراب اجتماعی به‌عنوان رایج‌ترین نوع همبود از انواع اختلالات اضطرابی در میان بیماران مبتلا به افسردگی اساسی گزارش شده است (۲۱). به‌طوری‌که وقتی همبودی رخ می‌دهد، اختلال اضطراب اجتماعی معمولاً، همیشه سال‌ها قبل از اختلال افسردگی رخ می‌دهد (۲۱). چراکه اختلال اضطراب اجتماعی به‌عنوان یک عامل خطر و پیش‌بینی کننده برای افسردگی به شمار می‌رود.

افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی اکثراً ازنظر بالینی افسرده هستند به‌طوری‌که اختلال افسردگی در ۹۰ درصد افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، همراه است (۲۲). مطالعات بالینی، همبودی قابل‌توجه بین اضطراب اجتماعی و افسردگی نوجوانان را بین ۳۰ تا ۴۰ درصد اشاره می‌کنند (۲۳). وانانن[2] و همکاران در پژوهش خود همبودی اختلال اضطراب اجتماعی با افسردگی در میان دختران ۵۱/۷ درصد و پسران ۲۷/۹ درصد نشان دادند (۱۲). در مقایسه با نوجوانانی که دارای یکی از اختلالات اضطراب اجتماعی و افسردگی هستند، نوجوانان همبود، گرایش زیادی به افکار خودکشی، سطح بالاتری از آسیب‌های روانی، پیش‌آگهی بدتر (۲۳) مشکلات و پریشانی بیشتر، اختلال در عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی بیشتری دارند (۲۴). از آن‌جایی که به نظر می‌رسد همبودی بین اختلالات اضطرابی و افسردگی یک قاعده بدون استثنا است و همبودی، همواره مرتبط با پیش‌آگهی ضعیف‌تر، پیامدهای مخرب‌تری نسبت به هریک از اختلالات است. لذا همبودی اختلالات اضطراب اجتماعی و افسردگی نیازمند توجه بالینی بیشتر می‌باشد (۲۶، ۲۵). در این راستا، برای حل این مشکل روزافزون، رویکردهای درمانی مختلفی ابداع شده است که از آن میان درمان شناختی- رفتاری اثربخشی خود را در درمان افسردگی و اضطراب ثابت کرده است (۲۷) دارودرمانی نیز به‌عنوان یک روش درمانی مناسب شناخته‌شده، به‌طوری‌که به‌اندازه درمان شناختی-رفتاری، مقرون‌به‌صرفه است (۲۷). اگرچه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری برای درمان اضطراب و افسردگی ثابت شده است اما نسبت معناداری از بیماران از علائم باقی‌مانده رنج می‌برند و تعدادی از آن‌ها نسبت به این درمان بی‌میل شده‌اند (۲۷). از سویی دیگر، تعداد زیادی از مبتلایان به دنبال بهترین مداخلات، تداوم علائم را گزارش می‌دهند (۲۸) و برخی از بیماران فعالانه به دنبال درمان‌های کمابیش بدیع می‌گردند، این موارد نیاز به تحقیقات بالینی به‌منظور توسعه و ارزیابی ابداعات درمانی برخاسته از نظریه‌ها را برجسته می‌کند (۲۹).

در میان درمان‌های مختلفی که برای اضطراب و افسردگی تدارک دیده‌شده، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی[3] (MBCT)

[1].world health organization

[2]. Vaananen

[3]. mindfulness – based cognitive therapy

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

جایگاه ویژه‌ای پیدا کرده است (۳۱،۳۰). ذهن‌آگاهی نوعی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین‌های مذهبی شرقی به‌ویژه بودا دارد (۳۲). ذهن‌آگاهی به‌عنوان حالتی از آگاهی، بدون قضاوت تمرکز بر خود، مشخص شده است. این حالت در تقابل با متمرکز بر گذشته به‌خصوص در بیماران مبتلا به افسردگی و متمرکز بر آینده در مبتلایان به اضطراب می‌باشد. ذهن‌آگاهی شامل آموزش افراد برای یک نگرش جدید، پذیرش بدون قضاوت، نزدیک شدن به احساسات، افکار و حس‌های بدنی برای خلاص شدن از حالات خلقی منفی است (۳۳). مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌عنوان یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری موج سوم قلمداد می‌شود (۳۲). دو درمان که برای افزایش واکنش ذهن‌آگاهانه به‌طور گسترده ارزیابی شده‌اند شامل کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۳۴) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۳۴) که از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن‌آگاهی کابات- زین ساخته‌شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها به‌نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در «لحظه اکنون» میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار افسردگی را کاهش می‌دهد. MBCT نوع مداخله گروهی کوتاه‌مدت است که به‌عنوان درمانی برای پیشگیری از عود افسردگی در میان افراد مبتلا به افسردگی بازگشتی ابداع شده است که در آن سه هدف اساسی دنبال می‌شود الف) تنظیم توجه ب) ایجاد آگاهی فراشناختی ج) تمرکززدایی و ایجاد پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی. فرض بر این است که پرورش آگاهی به این شیوه، بیماران را قادر می‌سازد تا به‌صورت آشکارتری، برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکری، تمرکززدایی کنند و به آن‌ها به‌عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که بازنمایی‌هایی از واقعیت یا ویژگی خود نیستند (۳۵).

رجبی و ستوده‌ناورودی در پژوهش خود تحت عنوان تأثیر شناخت درمانی گروهی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش افسردگی و افزایش رضایت زناشویی در زنان متأهل، نشان دادند که شناخت درمانی گروهی مبتنی بر حضور ذهن منجر به کاهش افسردگی شد (۳۶). اسمیتس[1] و همکاران در پژوهش خود که به بررسی درمان شناختی برای بزرگ‌سالان افسرده با همبودی اضطراب اجتماعی بود، به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی برای افسردگی، ممکن است به‌اندازه کافی برای علائم افسردگی بیماران افسردگی اساسی با همبودی اضطراب اجتماعی مناسب باشد (۳۷). گلدین[2] و گروس[3] در پژوهش خود نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی موجب بهبود اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود (۳۸). آرانا[4] در تحقیق خود به این نتیجه رسید آموزش ذهن آگاهی موجب بهبود اختلال اضطراب اجتماعی می‌شود (۳۹)؛ که هازلت‌استونس[5] در تحقیق خود که به بررسی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر همبودی اضطراب و افسردگی: گزارش موردی و اختلالات بالینی به این نتیجه رسید که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر مؤثری بر کاهش علائم همبودی اختلال اضطراب و افسردگی دارد (۴۰). نتایج پژوهش دیمیجیان[6] و همکاران حاکی از اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش افسردگی می‌باشد (۴۱). منیکاواسگار[7] و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش افسردگی شده است (۴۲).

با توجه به این‌که اضطراب اجتماعی و افسردگی از شایع‌ترین مشکلات نوجوانان محسوب می‌شوند و همبودی آن‌ها با پیامدهای مخرب، آسیب‌های روانی و مشکلات رفتاری برای نوجوانان همراه است و با عنایت به این‌که در زمینه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درنظر گرفتن چنین ترکیبی از متغیرها در نوجوانان چندان پژوهشی صورت نگرفته است، لذا پژوهش حاضر درصدد بررسی این است که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب اجتماعی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی مؤثر است؟

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر، از نوع طرح آزمایشی پیش-آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود.

جامعه آماری و نمونه: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دختر متوسطه دوره اول و دوم مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ به تعداد ۵۶۸۱ نفر بود. ازآنجاکه مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند تعداد بیشتری از زنان ملاک‌های اضطراب اجتماعی

[1] .Smits
[2] .Goldin
[3] .Gross
[4] .Arana
[5] .Hazlett-Stevens
[6] Dimidjian
[7] Manicavasgar

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

(۴۳) و افسردگی (۴۴) را دارند، با عنایت به این‌که طرح پژوهش حاضر آزمایشی است و با توجه به این‌که حجم نمونه در طرح‌های آزمایشی ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و گواه توصیه می‌شود (۴۵)، نمونه مورد نیاز برای این پژوهش شامل ۳۰ نوجوان دختر مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی با دامنه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند (۴۵) بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب شدند. به‌منظور اجرای طرح، غربالگری انجام گرفت. برای انتخاب نمونه، ابتدا از بین دو ناحیه آموزش و پرورش شهر خرم‌آباد، ناحیه دو و از بین تمامی مدارس، ۵ مدرسه به روش خوشه-ای- تصادفی انتخاب شد و در بین ۵ مدرسه، ۴۳۷ پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SAS-A) و افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II) تکمیل گردید؛ و افراد دارای اضطراب اجتماعی و افسردگی همراه (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه) را انتخاب و تحت مصاحبه ساختار یافته براساس DSM_IV_TR قرار گرفتند و شرکت-کنندگانی که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند، سپس از میان دانش‌آموزان مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی ۳۰ نفر مطابق معیارهای شمول انتخاب گردید. سپس ۳۰ نفر منتخب به‌صورت تصادفی به دو گروه پانزده‌تایی آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۲ ساعته، هفته‌ای یک جلسه، به مدت ۲ ماه به‌صورت گروهی تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون و مجدداً دو ماه بعد پیگیری به عمل آمد. جهت رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پیگیری، گروه گواه به مدت ۳ جلسه نیز تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود در این مطالعه عبارت بودند از: رضایت آگاهانه، دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه اول و دوم شهر خرم‌آباد، گروه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال، مبتلا به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی، عدم شرکت در کلاس‌های آموزشی و درمانی دیگر به‌طور همزمان، کاملاً هوشیار و قادر به همکاری بوده، از آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخگویی به سؤالات برخوردار باشند و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: وجود علائم سایکوتیک، وجود افکار وسواسی، وجود بیماری پزشکی جدی و محدود کننده‌ای که موجب افسردگی در فرد می‌شود، وجود رگه-هایی از اختلال شخصیت، وجود اختلال نقض توجه. به دلیل این‌که این پژوهش از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای است، بنابراین ملاک‌ها و ضوابط اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا و ملاک‌های اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران در نظر گرفته شده؛ به‌طوری‌که یک رضایت‌نامه کتبی با در نظر گرفتن نکات زیر تدوین شد: اصل رازداری رعایت شود، سلامت روان‌شناختی شرکت-کنندگان در اولویت قرار گیرد، اگر افراد تمایل به شرکت در روند مداخله نداشته باشند، به درخواست آن‌ها احترام گذاشته شود و در صورتی که هر شرکت‌کننده دچار بحران یا مشکل شود که به درمان دارویی نیاز داشته باشد، از طرح پژوهش خارج شده، به روانپزشک ارجاع داده شود. بعد از پایان مداخلات آموزشی و جمع‌آوری داده-های آماری، با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه نوزدهم داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و برای استنباط آماری داده‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره محاسبه گردید.

ابزارهای پژوهش:

الف- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I (SCID): مصاحبه‌ی مزبور ابزاری انعطاف‌پذیر است که توسط فرست[1] و همکاران (۱۹۹۶) تهیه شده است (۴۶). شریفی، اسعدی، محمدی و همکاران (۴۷) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز رضایت‌بخش است.

ب- پرسشنامه اضطراب اجتماعی برای نوجوانان (SAS-A): این مقیاس دارای ۱۸ گویه و سه زیر مقیاس است: ترس از ارزیابی منفی (FNE)، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید (SAD-New)، اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی (SAD-General). استوار و رضویه (۴۸) ساختار سه عاملی این مقیاس را روی نمونه ایی از نوجوانان ایرانی مورد تأیید قرار دادند و پایایی این مقیاس را به روش بازآزمایی با فاصله زمانی از یک تا چهار هفته ۰/۸۸ گزارش کردند. افزون بر این میزان همسانی درونی مقیاس به کمک ضریب آلفا برای زیر مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۷ گزارش نمودند. پرسش‌های این مقیاس با پاسخ‌های پنج گزینه‌ایی پاسخ داده می‌شوند. نمره بالاتر در این مقیاس گویای اضطراب اجتماعی بالاتر است. (۴۹). میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ به‌دست آمد.

ج- پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده‌ی پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (بک، استیر[2] و

[1].Ferst

[2].Stear

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

براون[1]، ۱۹۹۶؛ به نقل از ۴۶). این پرسشنامه ۲۱ سؤالی می‌باشد و نمره‌ی کلی بین صفر تا ۶۳ متغیر می‌باشد. نتایج پژوهش بک، استیر و براون نشان داد که این پرسشنامه، ثبات درونی بالایی دارد، همچنین، مطالعه‌ی دیگری همبستگی درونی این مقیاس را با آلفای کرونباخ، ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی آن را، ۰/۹۳ گزارش داد (۴۶). میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ به‌دست آمد.

روش اجرا: در این پژوهش، روش اجرا به این صورت بود که ابتدا پس از اخذ مجوزهای لازم، پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی و افسردگی بین دانش‌آموزان اجرا شد، سپس دانش‌آموزان دارای اضطراب اجتماعی و افسردگی همراه (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه) را انتخاب و تحت مصاحبه ساختار یافته براساس DSM_IV_TR قرار گرفتند و شرکت‌کنندگانی که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند، سپس از میان دانش‌آموزان مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی ۳۰ نفر مطابق معیارهای شمول انتخاب گردید و سپس بر روی آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایش و گواه پرسشنامه‌های اضطراب اجتماعی و افسردگی به‌عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را برای گروه آزمایش، طی هشت جلسه‌ی دو ساعته، هفته‌ای یک جلسه، به مدت ۲ ماه به‌صورت گروهی برگزارشد. بعد از اتمام جلسات و ۲ ماه بعد از آموزش برای هر دو گروه نیز مجدداً پرسشنامه‌های فوق، به‌عنوان پس‌آزمون و پیگیری اجرا شد. پروتکل درمانی به کار رفته در این پژوهش برگرفته از کتاب راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (۵۰) انجام گرفت. محتوای این جلسات در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول (۱): جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسات	محتوا
۱.	تنظیم خط‌مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه‌ی محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، تمرین خوردن کشمش، تمرین وارسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات جلسه اول.
۲.	تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱ تا ۱۰ دقیقه، تعیین تکلیف خانگی.
۳.	تمرین "دیدن یا شنیدن"، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.
۴.	تمرین پنج دقیقه‌ای "دیدن یا شنیدن"، ۴۰ دقیقه مراقبه، ذهن‌آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، تمرین مراقبه‌ی ذهن آگاهی، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.
۵.	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، فضای تنفس و بازنگری آن، تعیین تکلیف خانگی.
۶.	۴۰ دقیقه مراقبه‌ی نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، بازنگری تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره.
۷.	۴۰ دقیقه مراقبه‌ی نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.
۸.	بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی.

یافته‌ها

پس از اجرای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، از هر دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون و پیگیری به عمل آمد و سپس داده‌های مرتبط با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استخراج شد.

در جدول ۲ نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و گواه در شرایط پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است، باید توجه داشت که نتایج غربال در تحلیل وارد نشده‌اند چراکه هدف از اجرای غربال، همگن سازی

[1] Beraun

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

شرکت‌کنندگان بود. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب اجتماعی و افسردگی را در نوجوانان به تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان می‌دهد. ازآنجاکه کسب نمره‌ی بیشتر در این متغیرها نشان از مشکل دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات گروه مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کاهش معناداری دارد. به علاوه بعد از گذشت دو ماه از اجرای مداخله و پس‌ازآنجام آزمون پیگیری، مشخص شد که کاهش این متغیرها در اعضای گروه آزمایش در مرحله پیگیری نیز به‌صورت معنی‌داری ادامه داشته است.

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب اجتماعی و افسردگی به تفکیک گروه‌ها

متغیرها		گروه آزمایش		گروه گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن		۱۵/۴۶	۱/۱۸	۱۵/۶۰	۱/۱۲
اضطراب اجتماعی	پیش‌آزمون	۵۱/۶۸	۶/۱۶	۵۲/۱۱	۴/۴۳
	پس‌آزمون	۴۴/۰۳	۴/۷۹	۴۹/۹۵	۵/۰۷
	پیگیری	۴۲/۳۷	۴/۸۶	۵۰/۳۵	۳/۷۰
افسردگی	پیش‌آزمون	۳۸/۳۶	۳/۲۵	۳۷/۱۶	۳/۴۳
	پس‌آزمون	۳۰/۲۷	۳/۳۷	۳۵/۶۸	۴/۳۴
	پیگیری	۲۹/۵۳	۳/۳۱	۳۵/۰۸	۴/۶۴

برای مشخص کردن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد و برای بررسی تفاوت‌های مشاهده شده در متغیرهای اضطراب اجتماعی و افسردگی، ابتدا مفروضه‌های لازم جهت انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد. بررسی همگنی واریانس‌ها نشان می‌دهد که معناداری آزمون لون در نمره‌های اضطراب اجتماعی و افسردگی در هر سه زمان اندازه‌گیری (پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)، برقرار بود ($p>۰/۰۵$). با توجه به این امر دلیلی برای ناهمگن فرض کردن واریانس‌ها وجود ندارد. بررسی همگنی رگرسیون نیز از معنادار نبودن شرایط و پیش‌آزمون حمایت می‌کند. همچنین قبل از انجام آزمون کوواریانس با استفاده از آزمون کولموکروف اسمیرنف نرمال بودن توزیع نمونه‌ها مورد بررسی قرار گرفت؛ بنابراین از تحلیل کوواریانس برای تحلیل آماری استفاده شد.

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که سطوح معنی‌داری همه آزمون‌ها قابلیت استفاده از مانوا را مجاز می‌شمارند؛ بدین معنی که بین آزمودنی‌ها گروه آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول (۳): نتایج تحلیل واریانس چند متغیری بر تفاضل نمره‌های پس‌آزمون- پیش‌آزمون متغیرهای وابسته (اضطراب اجتماعی و افسردگی) در گروه‌های آزمایش و گواه

منبع	آزمون	ارزش	F	فرضیه df	خطا df	معناداری
گروه	اثرپیلایی	۰/۷۱۱	۳۰/۷۵۰	۲	۲۵	۰/۰۰۱
	لامبدای ویلکز	۰/۲۸۹	۳۰/۷۵۰	۲	۲۵	۰/۰۰۱
	اثرهتلینگ	۲/۴۶	۳۰/۷۵۰	۲	۲۵	۰/۰۰۱
	بزرگ‌ترین ریشه خطا	۲/۴۶	۳۰/۷۵۰	۲	۲۵	۰/۰۰۱

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

جدول ۴ نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس یافته‌های پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، بین آزمودنی‌های گروه آزمایش وگواه تفاوت معناداری در متغیرهای وابسته دیده می‌شود. به گونه‌ای که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانسته است به‌طور معناداری در کاهش اضطراب اجتماعی و افسردگی ($P<۰/۰۰۱$) گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری مؤثر باشد که این درمان در مرحله پس‌آزمون ۳۳/۷ درصد بر اضطراب اجتماعی، ۶۴/۵ درصد بر افسردگی و در مرحله‌ی پیگیری، ۶۰ درصد اضطراب اجتماعی و ۵۸/۷ درصد افسردگی مؤثر بوده است.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

جدول (۴): نتایج تحلیل کوواریانس عضویت گروهی بر میزان اضطراب اجتماعی و افسردگی

متغیر وابسته	مراحل	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
	پس-آزمون	پیش‌آزمون	۱۱۹/۶۳	۱	۱۱۹/۶۳	۵/۷۶	۰/۰۵	۰/۱۸۱
اضطراب اجتماعی		عضویت گروهی	۲۷۴/۳۲	۱	۲۷۴/۳۲	۱۳/۲۰	۰/۰۰۱	۰/۳۳۷
	پیگیری	پیش‌آزمون	۱۲۶/۳۴	۱	۱۲۶/۳۴	۹/۶۵	۰/۰۱	۰/۲۷۱
		عضویت گروهی	۵۱۲/۴۷	۱	۵۱۲/۴۷	۳۹/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۰۱
	پس-آزمون	پیش‌آزمون	۲۴۶/۳۷	۱	۲۴۶/۳۷	۳۸/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹۴
افسردگی		عضویت گروهی	۳۰۵/۳۸	۱	۳۰۵/۳۸	۴۷/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۶۴۵
	پیگیری	پیش‌آزمون	۲۱۴/۸۱	۱	۲۱۴/۸۱	۲۵/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۹۲
		عضویت گروهی	۳۱۴/۶۲	۱	۳۱۴/۶۲	۳۶/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸۷

بحث

مطالعه حاضر به دنبال بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی بود. نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر کاهش اضطراب اجتماعی و افسردگی نوجوانان مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی مؤثر بوده است. این نتایج نشانگر این است که جلسات هشتگانه MBCT توانسته است به‌طور قابل‌توجهی از میزان اضطراب اجتماعی و افسردگی شرکت‌کنندگان در دوره مداخله بکاهد، به گونه‌ای که این کاهش در دو مقطع زمانی پس از مداخله و دو ماه بعد از پایان مداخله، قابل مشاهده است.

با مرور پیشینه پژوهش تحقیقی که مستقیماً به اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش اضطراب اجتماعی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی بررسی نماید، یافت نشد، در این راستا نتایج به دست آمده در این پژوهش در زمینه اضطراب اجتماعی با یافته‌های (۳۹،۳۸) و افسردگی (۴۲، ۴۰، ۳۷، ۳۶) همسویی دارد. با مرور پیشینه تحقیق، پژوهشی که ناهمسو با مطالعه‌ی حاضر انجام شده باشد، صورت نگرفته است. نکته مهم در تبیین این یافته‌ها، این است که MBCT باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی می‌شود که از کنترل بلافاصله انسان خارج است و این از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می‌شود (۵۱)؛ بنابراین، آموزش ذهن‌آگاهی می‌تواند با وجود چنین تکنیک‌هایی نقش به سزایی در کاهش اضطراب و افسردگی داشته باشد. در خصوص اثربخشی MBCT بر اضطراب اجتماعی و افسردگی، محققین در مطالعه خود نشان داده‌اند که تمرینات مراقبه حضور ذهن، اساساً در کاهش نشخوار ذهنی مؤثرند و این کاهش به نوبه خود، باعث کاهش محتوای شناختی ناسازگار و نشانه‌های عاطفی، به‌ویژه نشانه‌های اضطرابی و افسردگی می‌گردند؛ به علاوه، از آن جایی که سطوح بالای اختلالات اضطرابی با افسردگی همبودی دارند، پردازش‌های شناختی این اختلالات، شباهت بسیاری دارند و این می‌تواند توجیه کننده این باشد که MBCT، اثرات درمانی انحصاری بر افسردگی به تنهایی ندارد، بلکه می‌تواند شامل اختلالات اضطرابی نیز گردد. از سویی دیگر در تبیین این اثر می‌توان گفت: در این روش به افراد افسرده آموزش داده می‌شود که افکار و احساس‌های خود را بدون قضاوت مشاهده‌کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به جای آن‌که آن‌ها را به‌عنوان قسمتی از خودشان با انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش به شناخت‌های مرتبط با افسردگی، مانع تشدید افکار منفی می‌شود (۵۲). از دیرباز MBCT در طب و روان‌پزشکی، به‌عنوان یکی از شیوه‌های درمان غیردارویی برای درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی، مورد توجه بوده است (۵۴، ۵۳). به نظر می‌رسد از دیگر دلایل در تبیین اثربخشی MBCT در

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

این مطالعات این است که که این روش منجر به تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت‌های کنترل توجه، جنبه‌ی پیشگیرانه درمان را افزایش می‌دهد. در تحقیق حاضر، نتایج مرحله پیگیری مبنی بر پایدار بودن تأثیر مداخله پس از گذشت دو ماه، پشتیبان این توضیح است. بر این اساس که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به سوی گام بالاتر به‌طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله‌ی بیمار می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می-نماید (۵۵). همچنین می‌توان گفت چون ذهن‌آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی همان‌گونه که اتفاق می‌افتند، کمک می‌کند (۵۶)؛ بنابراین می‌تواند در تعدیل نمرات سلامت روان نقش مهمی داشته باشند و این امر از این نظر که در پژوهش‌های قبلی نشان داده شده است که MBCT در تعدیل رفتارهای منفی و افکار منفی کمک نماید و موجب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می-شود (۵۷). یکی از جنبه‌های MBCT این است که افراد یاد می-گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه کنند (۵۸). با این اوصاف به نظر می‌رسد تمرین‌های ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به این‌جا و اکنون بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر دارد. از امتیازات رویکرد MBCT دیدگاه گروه محوری آن است که هم به لحاظ هزینه‌های مادی و هم با توجه به اثربخشی در واحد زمان، خدمات روان‌شناختی را به تعداد بزرگ‌تری از افراد نیازمند عرضه می‌کند، این امر جدا از منافع درمانی و در عین کاهش هزینه‌ها، می‌تواند جوابگوی لیست طولانی مراجعانی باشد که در انتظار دریافت خدمات روان‌شناختی، بار سنگین رنج روانی را برای مدت طولانی به دوش می‌کشند. فراتر از این و جدا از تأثیر درمانی و کاهش هزینه‌های مالی در به کارگیری پروتکل MBCT دید مردم، جنبه بهزیستی و ارتقا دارد و امروزه بهره‌جویی از انواع روش‌های یوگا و مراقبه در میان مردم، خصوصاً با وضعیت اقتصادی- اجتماعی متوسط و بالاتر شیوع دارد.

نتایج کاربردی مطالعه: با وجود نگرانی‌های ابداع‌کنندگان روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بیماران افسرده، میزان مشارکت نوجوانان در این مطالعه شاهد خوبی برای پذیرش و اقبال عمومی و از همه مهم‌تر، توانمندی درمانگران برای اداره جلسات گروهی است. محدودیت‌هایی در مطالعه وجو داشت که لازم است در تفسیر و برداشت یافته‌ها مد نظر باشد، عدم به کارگیری یک شیوه مداخله روان‌شناختی دیگر در کنار شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، به‌منظور مقایسه اثربخشی دو روش و در نهایت توصیه به انتخاب و اولویت‌بندی شیوه مداخله، با توجه به شرایط نمونه انتخابی که نمونه بالینی نبوده است و تنها جنس مؤنث بود، در تعمیم نتایج به افراد خارج از جامعه‌ی پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت کرد. از محدودیت عمده‌ی این پژوهش، انجام آن بر روی نوجوانان ۱۴-۱۷ ساله در شهر خرم‌آباد بود که امکان تعمیم نتایج به سایر مقاطع سنی و دیگر مناطق جغرافیایی را دشوار می‌سازد. با وجود محدودیت‌های موجود، مزیت عمده‌ی مطالعه حاضر، انجام و تکرار یک روش مداخله بدون دخالت و حضور ابداع‌کنندگان روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی است، نکته‌ی قابل‌توجه، این‌که عرصه شیوه درمانی از محدوده‌ی بیمارستانی به اجتماع (در میان دانش‌آموزان مدارس) کشیده شد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش-های آتی، مداخله MBCT بر روی هر دو جنس دختر و پسر و سایر مقاطع سنی و به‌صورت گسترده‌تر در سایر مناطق جغرافیایی انجام دهند که می‌تواند زمینه‌ساز بستری مناسب برای مقایسه بهتر و افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج شود. چراکه این مداخله می‌تواند علاوه بر پیشگیری، ارتقای سلامت روانی را مقدور سازد. به دلیل محدود بودن بررسی‌های انجام شده در این زمینه و همچنین به دلیل این‌که اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی در دوران نوجوانی آغاز می‌شود و در میان دختران بیشتر از پسران رخ می‌دهد و از طرف دیگر، همبودی آن‌ها پیامدهای روانی و مشکلات رفتاری زیادی به دنبال دارد، برای درک بهتر زمان بروز و تداوم این اختلالات در نوجوانان ایرانی، بررسی حاضر ضروری به نظر می‌رسد، از این‌رو با توجه به این‌که درصد بالایی از جمعیت کشورمان را نوجوانان تشکیل داده‌اند، بررسی مسائل و مشکلات آنان ضروری است و کارهای پژوهشی بیشتری را می‌طلبد.

نتیجه‌گیری

مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از جهتی به دلیل ایجاد نظارت فراشناختی، پردازش افکار ناکارآمد و سوگیری‌های منفی را مختل ساخته و فرد با آگاهی بیشتری با آن برخورد می‌کند و از جهت دیگری منجر به تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت‌های کنترل توجه، جنبه‌ی پیشگیرانه درمان را افزایش می-دهد. لذا با توجه به مؤثر واقع شدن این نوع آموزش و با در نظر گرفتن سودمندی‌های این روش در زمینه درمان اضطراب و افسردگی و با توجه به این‌که اضطراب اجتماعی و افسردگی از شایع-ترین مشکلات نوجوانان محسوب می‌شود و همبودی آن‌ها با پیامدهای مخرب، آسیب‌های روانی و مشکلات رفتاری برای نوجوانان همراه است، به کارگیری گسترده این نوع مداخله برای

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

نوجوانان مبتلا به همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی توصیه می‌شود.

تشکر و قدردانی

در پایان از مساعدت‌های تمامی عوامل به‌ویژه مسؤلین محترم دانشگاه، مدیریت محترم آموزش و پرورش، مدارس شهر خرم‌آباد و تمامی دانش‌آموزانی عزیزی که بی‌دریغ در روند این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌گردد. لازم به ذکر است این مقاله مستخرج از پایان‌نامه دانشجویی کارشناسی ارشد می‌باشد که براساس شماره ۴۷۲۰ در تاریخ ۱۳۹۴/۰۴/۲۱ در دانشگاه لرستان تصویب شده است.

References:

1. Teubert D, Pinquart MA. meta- analytic review on the presentation of symptom of anxiety in children adolescents. J of Anxi Disor 2011; 25:1046-59.
2. Fehm L, Beesdo K, Jacobi F, Fiedler A. Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold prevalence, comorbidity and impairment in the general population. J Soci Psychi Epidem 2008; 43: 257-65.
3. Shannon J. The shyness and social anxiety workbook for teens: CBT and act skills to help you build social confidence, Oakla: insta hel 2012; 26-38.
4. Gaudiano BA, Herbert JD. Self efficacy for social situation in adolescents with generalized social anxiety disorder. J Beha and Cogni psycho thera 2006; 35: 209-23.
5. Starcevic V. Social anxiety disorder (social Phobia). In anxiety disorder in adult: A clinical guide.1ed. New York: Oxford univ pre; 2005.
6. Nicholson C. What to do about social anxiety disorder. J Harv Wom Heal Watc 2008; 12: 24-36.
7. McAleavey AA, Castonguay LG, Goldfried MR. Clinical experiences in conducting cognitive behavioral therapy for social phobia, J Beha Thera 2014; 45(1): 21-35.
8. Anderson ER, Hope DA. The relationship among social phobia, objective and perceived physiological reactivity and anxiety sensitivity in an adolescent population. J of Anxi Disor 2009; 23: 18-26.
9. Miers AC, Blote AW, Bogels SM, Westenberg PM. Interpretation bias and social anxiety in adolescents. J of Anxi Disor 2008; 22: 1462-71.
10. Voncken MJ, Bogels SM. Social performances deficits in social anxiety disorder: Reality during conversation and biased perception during a speech. J Anxi Disor 2008; 22: 1384- 92.
11. Puklek M, Videc M. Psychometric properties of the social anxiety scale for adolescents(SAS-A) and its relation to positive imaginary audience and academic performance in slovene adolescents, J Studi psycho 2008; 50(1): 49-65.
12. Vaananem JM, Frojd S, Ranta K, Marttunen M, Helmine M, Kaltiala- Heino R. Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescen, J affec disor 2011; 133: 97-104.
13. Puklek M. Sociocognitive aspects of social anxiety and its developmental trend in adolescence. (Dissertation). Ljubljana: Univrsity Ljubljana; 1997.P. 38-47.
14. DenBoer JA. Social anxiety disorder/social phobia: Epidemiology, diagnosis, neurobiology and treatment. J Compr psychi 2000; 41:405- 15.
15. Vaananen JM Isomaa R, Kaltiala- Heino R, Frojd S, Helmine M, Marttunen M. Decrease in self-esteem mediates the association between symptoms of social phobia and depression in middle adolescence prospective population cohort study, BMC psycho 2014; 18: 14-79.
16. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Tin R, Merikangas KR, Walters EE. Life time prevalence and age of onset distributions of DSM- IV disorder

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

in the national comorbidity survey replication. J Achie Gene psycho 2005; 62: 593-602.

17. Graham F. Cognitive behavioral therapy for child and family. J Beha Cogni psycho thera 2002; 34-45.
18. Sadock BJ, Sadock V. Comprehensive text book of psychiatry. 7ed ed. Philadclphia; Lippincott Williams; 2000.
19. Richardson ED, Adventure based therapy and self efficacy theory: Test of a treatment model for late adolescents with depressive symptomatology, Dissertation of virginia polytechnic. J Tnstit State Univ 1995; 63-74.
20. Habibpour Z, Sharifi A. The study compare the severity of depression in adolescents girl and boy. J Quar Sch Nurs Midw Orum 2009; 7(1): 8-12. (Persian)
21. Stein M, Fuetsch M, Muller N, Hofler M, Lieb R, Ulrich Wittchen H. Social anxiety disorder and the risk of depression, J Arch Gen Psychi 2001; 58:251-6.
22. Jack M, Gorman MD. Comorbid depression and anxiety spectrum disorder. J Depres Anxi 1997; 4:160-8.
23. Ranta K, Kaltiala- Heino R, Pelkonen M, Murtunen M. Associations between Peer victimization, self-reported depression and social phobia among adolescents: The role of comorbidity, J adoles 2009; 32:77-93.
24. Kashdan TB, Roberts JE. Comorbid social anxiety disorder inclients with depressive disorders: predicting changes in depressive symptoms, therapeutic relationships, and focus of attention in group treatment. J Behav Rese Thera 2011; 49:844-75.
25. Albert U, Rosso G, Maina G, Bogetto F. Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life ineuthymic bipolar disorder patiens: differences between bipolar I and II subtypes. J Affec Disor 2008; 105:297-303.
26. Schoevers RA, Deeg DJH, Van Tilburg W, Beekman ATF. Depression and generali anxiety disorder. Co-occurrence and longituinal patiens inelderly patiens. American J Geria Psychi 2005; 13:9-31.
27. Hamilton K, Wershler JL, Macrodimitris SD, Ching LE, Mothersill KJ. Exploring the effectiveness of a mixed-diagnosis group cognitive behavioral therapy intervention across diverse populations. J Cogni Behav Prac 2012; 1-11.
28. McEvoy, PM, Perini SJ. Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: A controlled trial. J Anxi Disor 2009; 23: 519–28.
29. Amir N, Beard C, Taylor ChT, Klumpp H, Elias J, Burns M, Chen X. Attention Training in Individuals with generalized Social Phobia: A Randomized Controlled Trial. J Consu Clini Psychol 2009; 77(5):961–73.
30. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt A, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: Ameta-analytic review. J Consul Clini Psycho 2010; 78:169-83.
31. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Mass M, Therien P, Bouchard V, Hofmann SG. Mindfulness-based therapy: Acomprehensive meta-analysis. J Clini Psycho Revi 2013; 33:763-71.
32. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: Asystematic review and meta-analysis. J Behav Rese Thera 2008; 46: 296-321.
33. Eisendrath S, Chartier M, Mclane M. Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatment, Resistant Depression[electronic version]. J Cogni Behav Pract 2012; 18:362-70.
34. Ree MJ, Craigie MA. Outcomes following mindfulness-based cognitive therapy in a heterogeneous sample of adult out patients[electronic version]. Int J Geri Psychia 2007; 23: 994-1001.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

35. Mace C. Mindfulness and mental health: Therapy, theory and science. American New York, Rout Pre 2008; 35-36.
36. Rajabi Gh. R, SotodehNavrodi SO. A study of impact of group mindfulness-based cognitive therapy on depression reduction and increase of marital satisfaction in married women. J Guil Univ Med Scie 2011; 20(80): 83-91. (Persian)
37. Smits-Jasper AJ; minhajuddin Abu, Jarrett-Robin BJ. Cognitive therapy for depressed adults with comorbid social phobi. J Affec Disor 2010; 114(1-3): 271-8.
38. Goldin ph, Gross J. Effect of mindfulness meditation training on the neural bases of emotion regulation in social anxiety disorder. J Soci Anxi-Emot 2009: 1-32.
39. Arana D. The practice mindfulness meditation to alleviate the symptoms of chonic shyness and social snxiety. Dissertation Abstracts International: Section B: Scien and Engli 2006; 67: 23: 2822.
40. Hazlett-Stevens H. Mindfulness-based stress reduction for comorbid anxiety and depression: case report and clinical considerations. J Nerv Ment Dise 2012; 200(11): 999-1003.
41. Dimidjian S; Holon SD; Hobson K. R andomized trial of behavioral activation, cognitive therapy and antidepressant meedication in the acute treatment of aduits with major depression. J Consul Clini Psychol 2006; 76: 468-77.
42. Manicavasgar V, Parker G, Perich T. Mindfulness-based cognitive therapy vs cognitive behavior therapy as a treatment for non- melancholic depression. J Affet Disor 2011; 130: 138-44.
43. Rapee R.M, Spence SH. The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. J Clini Psycho Revi 2004; 24: 737–67.
44. Akiskal H. Mood disorder. In kaplan, H.I, Sadock, B.J. Comprehensive text book of psychiatry. USA: williams & wilkins, Baltimore; 2001; 7(1): 1284-1431.
45. Delavar A, Statistical methods in psychology and educative Sciences. Payam Noor University; 2007. (Persian)
46. Hashemi Z, Mahmood-Aliloo M, Hashemi-Nosratabad T. The effectiveness of meta cognitive therapy on major depression disorder: A case report. J Clini Psycho2011; 2(3): 85-97. (Persian)
47. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kavian H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV[SCID]. J Adva Cogni Scien 2004; 6(1&2): 10-22. (Persian)
48. Ostovar S, Razavyeh A. Examine the psychometric properties of the social snxiety scale for adolescents (SAS-A) for use in Iran. J Metho and Psycho Mode 2013; 3(12): 69-78.(Persian)
49. Khayyer M, Ostovar S, Latifian M, Taghavi MR, Samani S. The study of mediating effects of self-focused attention an social self-efficacy on links between social snxiety and judgment biases. Iran J Psychi Clini Psychol 2008; 14(1): 24-32. (Persian)
50. Segal ZV, Williams JM, Segal ZV. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York. Guilf pre; 2002.
51. Narimani M, Aryapouran S, Abolghasemi S, Ahadi B. The comparison of the effectiveness of mindfulness and emotion regulation training on mental health in chemical weapon victims clinical psychology, J Psycho 2010; 2(4), 22-32. (Persian)
52. Geschwind N, Peeters F, Huibers M, Van Os J, Wichers M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: randomised controlled trial. Br J Psychi 2012; 201(4): 320-5.
53. Kabat-zinn J. Full catastrophe living: the program of the stress reduction clinic of the Univrsity of massachusetts medical center. New York: Delta; 1990.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

54. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. J Consu Clini Psycho 2000; 68(4): 615-23.

55. Mousavian N, Moradi AR, Mirzaee J. RashidiFar F, Mahmoudi Kahriz B, Taheri, F. Effectiveness mindfulness-based cognitive therapy in reducing obesity. J Thou Behav 2010; 4(16): 49-57. (Persian)

56. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward one self. J Sel Ident 2003; 2: 85-101.

57. Junkin SE. Yoga and self-esteem: exploring change in middle-age women. (Dissertation). Saskatoon, Canada: University of Sask; 2007.P. 31: 42-46.

58. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with achronic medical disease: A meta- analysis. J Psycho som Res 2010; 17: 539-44.

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]

THE EFFECTIVENESS OF MINDFULNESS–BASED COGNITIVE THERAPY ON REDOUCING SOCIAL ANXIETY AND DEPRESSION IN ADOLESCENCES SUFFERING COMORBIDITY OF SOCIAL ANXIETY DISORDER AND DEPRESSIONTO 60 DAY FOLLOW UP

*Ezatolah Ghadampour[1], Simin Gholamrezaei[2], Parvaneh Radmehr[3]**

Received: 19 Dec, 2015; Accepted: 19 Feb, 2016

Abstract

***Background & Aims*:** The aim of the present study was to examine the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on reducing social anxiety and depression in adolescents suffering comorbidity social anxiety and depression to 60 day follow up.

***Materials & Methods*:** The present experimental study included pre-test, post-test and follow-up with the control group design. Statistical population of this study contained all female students of 1st and 2nd high school grades suffering comorbidity social anxiety and depression, of Khorramabad city in 2015-16. Screening was conducted and 437 participants with the age range of 14-17 completed the social anxiety and depression questionnaires. There were 30 individuals suffering social anxiety and high depression who were randomly divided into two experimentation and control groups. Experimentation group was imposed to training the mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) during 8 sessions; each session lasted for 2 hours that is one session in a week lasting for two months. After completing the sessions and two months after training, both group responded the social anxiety and depression questionnaires. Analysis of the data was done using SPSS; and descriptive and inferential tests such as covariance analysis was conducted.

Results: Experimental group showed significant decrease in social anxiety and depression after being trained ($p<0/001$). Meanwhile, findings were also preserved in the follow-up phase.

Conclusion: The current observations confirmed the effectiveness of MBCT in reduction of the level of social anxiety and depression in adolescences suffering comorbidity of social anxiety disorder and depression.

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Social Anxiety, Depression, comorbidity of social anxiety disorder and depression

Address: Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Lorestan, Iran
Tel: +989186137438
Email:radmehr.p12@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2016: 26(12): 1040 ISSN: 1027-3727

[1] *Assistant Professor, Psychology Department, Lorestan University, Lorestan, Iran*
[2] *Assistant Professor, Psychology Department, Lorestan University, Lorestan, Iran*
[3] *Master Student* in *General Psychology, Lorestan University, Lorestan, Iran (Corresponding Author)*

[Downloaded from umj.umsu.ac.ir on 2024-03-29]