

اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در کاهش اضطراب اجتماعی و

نگرش‌های ناکارآمد نوجوانان

منصور بیرامی¹، یزدان موحدی²، جابر علیزاده گورادل³

1. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، 2. دانشجوی دکتری تخصصی علوم اعصاب شناختی دانشگاه تبریز، 3. کارشناس ارشد

روانشناسی عمومی دانشگاه تبریز

(تاریخ وصول: 93/06/07 - تاریخ پذیرش: 93/11/10)

The Effectiveness of Cognition-based Mindfulness Therapy on the Reduction of Social Anxiety and Dysfunctional Attitude in Adolescents

Mansor Bayrami¹, Yazdan Movahedi², Jaber Alizadeh Goradel³

1. Professor in Department of Psychology, Tabriz University, 2. Ph.D. Student of Cognitive Neuroscience, Tabriz University, 3. M.A. in General Psychology, Tabriz University

(Received: Aug. 29, 2014 - Accepted: Jan. 30, 2015)

Abstract

Aims: In psychotherapy research, mindfulness has been conceptualized as an enhanced state of self-awareness thought to promote well-being. This research studied the efficacy of Mindfulness Cognitive Therapy on Social Anxiety and Dysfunctional attitude in Adolescent's. **Method:** The research method was experimental with control group. The samples included 30 students in khoramabad city and the sampling method was head counting. At first, 357 participants passed the Social Anxiety and Dysfunctional Attitude tests. Then, 30 students with the highest scores were selected as sample group and were divided randomly to two experimental and control groups each with 15 members. The experimental group received group mindfulness training for 8 sessions (one 90 minutes session each week). At the end, the questionnaire was administrated again as the post-test. **Results:** Based on the results of covariance analysis, there was significant differences between the experimental and control groups' marks ($p < 0/01$), meaning that social anxiety and dysfunctional attitude had decreased significantly for the experimental group. **Conclusion:** Mindfulness Cognitive Therapy can increase psychological health in Adolescents.

Keywords: Mindfulness Cognitive Therapy, Social Anxiety, Dysfunctional Attitude, Adolescent.

چکیده

مقدمه: در پژوهش‌های روان‌درمانی، ذهن آگاهی به‌عنوان یک حالت ارتقاءدهنده تفکر خودآگاهی برای بهبود بهزیستی در نظر گرفته می‌شود. در این پژوهش، اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به شیوه گروهی در اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد نوجوانان مورد بررسی قرار گرفت. روش: روش این پژوهش، آزمایشی با مدل پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. نمونه شامل 30 نفر از دانش‌آموزان پسر دبیرستانی شهرستان خرم‌آباد در سال 1391 بود. ابتدا از 357 نفر از افراد آزمون اضطراب اجتماعی لیپوویتز و نگرش‌های ناکارآمد بک و وایزمن به عمل آمد؛ سپس تعداد 30 نفر از جامعه فوق که نمره بالاتری (طبق معیار نقطه برش بالینی) را در این آزمون‌ها کسب کرده بودند، انتخاب شدند. از این تعداد، 15 نفر برای گروه آزمایش و 15 نفر برای گروه گواه به‌صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی طی 8 جلسه نود دقیقه‌ای، هر هفته یک جلسه اجرا شد. پس از اتمام جلسات پس‌آزمون روی دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. یافته‌ها: بر اساس نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس، بین میانگین نمره‌های پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($p < 0/01$). به‌طوری که میزان اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد در افراد تحت مداخله به‌طور چشمگیری کاهش پیدا کرده بود. نتیجه‌گیری: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند باعث افزایش سلامت روان‌شناختی در نوجوانان شود.

واژگان کلیدی: حضور ذهن درمانی شناختی، اضطراب اجتماعی، نگرش‌های ناکارآمد، نوجوانان.

مقدمه

بک⁴ موضوعات و محتویات افکار در افراد افسرده مربوط به شکست‌ها و باخته‌ای گذشته است. این افکار و نگرش ناکارآمد باعث شکل‌گیری باورهای منفی در فرد می‌شود (بک، 1967)؛ که با کشف ارتباط بین خلق و نگرش‌های ناکارآمد می‌توان به درمان افسردگی پرداخت و از بازگشت مجدد آن پیشگیری کرد. عوامل روانی - اجتماعی بسیاری با سبب‌شناسی اضطراب و افسردگی در ارتباط هستند و نظریه‌های مختلفی همچون درماندگی آموخته‌شده، سبک اسناد منفی (هارینگتون⁵، 1993)، طرح‌واره‌های شناختی منفی (هاوتون⁶، 1990)، بر عامل یا عوامل خاصی از تعیین‌کننده‌های مؤثر بر اضطراب و نگرش ناکارآمد شناختی تأکید دارند. در زمینه درمان مشکلات روان‌شناختی مانند؛ اضطراب، استرس و افسردگی رویکردهای مختلفی از جمله دارو درمانی و درمان‌های ترکیبی به کار گرفته شده‌اند. در این حوزه درمان شناختی- رفتاری از دهه 1970 مطرح شده است، اما به دنبال بعضی انتقادات از این رویکرد، روش‌های تلفیقی دیگری برای درمان این مشکلات ارائه شده است. به‌عنوان مثال، درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن⁷ مطرح و تأثیر قابل توجهی بر درمان و جلوگیری از عود اضطراب و افسردگی دارد (پاپاگریکو و ولز⁸، 2004).

اضطراب اجتماعی¹ یکی از اختلالات مزمن محور یک و شایع‌ترین نوع اختلال اضطرابی است (فهم، بسدو، جاکوبی و فیدلر²، 2008) که به اختلال نادیده انگاشته شده معروف است که در کار و حوزه‌های اجتماعی اختلال اساسی ایجاد می‌کند (خورشید زاده، برجعلی، سهرابی و دلاور، 1390) و عامل خطر آفرینی برای توسعه افسردگی است (فهم، 2008). نتایج پژوهش لِمپ (2009) نشان داد که فاکتورهای شناختی، اختلال اضطراب اجتماعی را حفظ می‌کنند و فاکتورهایی همچون عوامل ژنتیکی، شخصیت و خلق و خو، در ابتلا به اضطراب اجتماعی نقش دارند. اختلال اضطراب اجتماعی یک اختلال مزمن و یکی از شایع‌ترین اختلال‌های کودکی و نوجوانی محسوب می‌شود (آریندل، ایملکاب، مونسما و بریلمن³، 1983) که باعث بروز مشکلات طولانی مدت در حوزه‌های مختلف عملکردی می‌شود.

مطابق نظریه بک (1967) نگرش‌های ناکارآمد معیارهای انعطاف‌ناپذیر و کمال‌گرایانه‌ای هستند که فرد از آن‌ها برای قضاوت درباره خود و دیگران استفاده می‌کند. این فرض‌ها یا طرح‌واره‌ها در سازمان‌دهی ادراک، کنترل و ارزیابی رفتار مورد استفاده قرار می‌گیرند و از آنجایی که این نگرش‌ها، انعطاف‌ناپذیر، افراطی و مقاوم در برابر تغییر هستند، بنابراین ناکارآمد یا ناباورند. بر طبق نظر

4. Beck
5. Harrington
6. Hawton
7. Mindfulness
8. Papageorgio & Wells

1. Social Anxiety
2. Fehm, Beesdo, Jacobi & Fiedler
3. Arrindell, Emmelkap, Monsma & Brilman

کلاس تا سقف 12 شرکت‌کننده آموزش داده می‌شود (مولوی، تورکان، سلطانی و پالاهنگ، 2010).

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن⁵، از مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن آگاهی کابات - زین⁶ اقتباس شده و اصول درمان شناختی بر آن اضافه شده است. این نوع شناخت درمانی شامل مدیتیشن‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی درباره افسردگی، تمرین مرور بدن و چند درمان شناخت درمانی است که ارتباط بین افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها، به‌نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی پیرامون را در لحظه حاضر میسر می‌سازد و پردازش‌های خودکار افسردگی را کاهش می‌دهد (کاوایی، جواهری و بحیرایی، 1384). درمان‌های مبتنی بر ذهن آگاهی به‌واسطه این‌که به هر دو بعد جسمانی و ذهنی می‌پردازد دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات بالینی و بیماری‌های جسمانی گزارش شده است.

فنون حضور ذهن در افزایش آرام‌بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر می‌باشد (کابات زین، 2003). به نظر می‌رسد مکانیسم اصلی ذهن آگاهی خودکنترلی توجه باشد چراکه متمرکز کردن مکرر توجه روی یک محرک خنثی مثل تنفس، یک محیط توجهی مناسب به وجود می‌آورد (سمپل⁷ و

حضور ذهن معمولاً به‌عنوان حالت آگاهی و داشتن توجه به آنچه در زمان حال روی می‌دهد تعریف می‌شود (بروان و ریان¹، 2003). پژوهشگران نشان داده‌اند که افزایش حضور ذهن با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب، افسردگی، خوردن مرضی و استرس و بیماری‌های دیگر ارتباط دارد. حضور ذهن می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند (ریان و دسی²، 2000). به‌علاوه با افزودن وضوح و حیات به تجربیات می‌تواند سلامتی و شادمانی را به همراه داشته باشد. بسیاری از نظریه‌های آسیب‌شناسی روانی و روان‌درمانی اهمیت آگاهی، حضور و مشاهده گری را در سلامت روانی مورد بحث قرار داده‌اند (بروین³ و همکاران، 1998؛ به نقل از آقا باقری، محمدخانی، عمرانی و فرهمند، 1391). درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن ترکیبی از تمرین‌های مراقبه، یوگا و شناخت درمانی است که به‌وسیله سگال⁴ و همکارانش پدید آمد و برای تسکین و درمان رنج انسان‌ها، به‌خصوص رنج‌های هیجانی که مردم را برای ابتلا به افسردگی آماده می‌کند، گسترش یافت (سگال و همکاران، 2002 به نقل از آقاباقری و همکاران، 1391). هسته مرکزی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن را تمرینات مراقبه حضور ذهن تشکیل می‌دهد. این برنامه در قالب 8 هفته

1. Brown & Ryan
2. Ryan & Deci
3. Brewin
4. Segal

5. Mindfulness based cognitive therapy
6. Kabat-Zinn
7. Sample

همکاران، 2005 به نقل از بیرامی و عبدی، (1388).

مؤلفین زیادی مطرح کرده‌اند که تمرینات حضور ذهن می‌تواند باعث ایجاد تغییراتی در الگوهای فکری، یا نگرش‌های فرد در مورد افکارش شود. برای مثال کابات - زین (1994) توصیه می‌کند که مشاهده بدون قضاوت درد و افکار مرتبط با اضطراب ممکن است منجر به فهم و درک این نکته گردد که این‌ها فقط افکارند و نمایانگر حقیقت یا واقعیت نیستند و لزوماً نباید باعث فرار یا رفتار اجتنابی شوند. لینهان¹ (1993) نیز خاطر نشان می‌سازد که مشاهده افکار و احساسات و به کار گرفتن برچسب‌های توصیفی برای آن‌ها، این درک و فهم را به وجود می‌آورد که آن‌ها همیشه نشانگر صحیحی از واقعیت نیستند. برای مثال احساس ترس به این معنی نیست که خطر قریب‌الوقوع وجود دارد و تفکر من مقصوم لزوماً واقعی نیست.

تیزدل² و همکاران (1999)، به نقل از امیدی و محمدخانی، (1387) در بحث خود از MBCT ادعا نمودند که آموزش ذهن آگاهی باعث عدم محوریت ذهن فرد نسبت به الگوهای فکری تکراری و همچنین کاهش نشخوار فکری می‌گردد. این نوع تفکر خاص بیماران افسرده است؛ یعنی مهارت حضور ذهن، بیمارانی را که سابقه افسردگی دارند، متوجه افکار زائد خود می‌سازد و مجدداً افکار آن‌ها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه

حضور ذهن یا صداهای محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق باعث کاهش نشخوار فکری می‌گردد. تیزدل این پدیده را بینش فراشناختی³ می‌نامد. تیزدل و همکاران (2004) همچنین متذکر می‌شوند که مزیت عملی مهارت‌های حضور ذهن در ترغیب تغییرات شناختی این است که همیشه تمرینات حتی در دوره‌های بهبودی قابلیت انجام دارند. دوره‌هایی که افکار افسردگی را ممکن است به ندرت رخ دهند کمتر می‌توان از تکنیک‌های سنتی شناخت درمانی نظیر چالش با افکار و تحریفات شناختی استفاده نمود. به عبارتی، دیدگاه مبتنی بر حضور ذهن در مورد کلیه افکار فرد می‌تواند کاربرد داشته باشد.

مفهوم کلیدی نظریه تیزدل، مدل‌های ذهنی طرح‌واره‌ای است. بازنمایی تجربیات سراسر زندگی در ذهن زمینه‌ای برای شکل‌گیری مدل‌های ذهنی طرح‌واره‌ای است. در این نظریه، چنین فرض شده است که هیجان‌ها وقتی به وجود می‌آیند که با الگوی مناسب رمزگردانی ضمنی پردازش شوند. در مدل طرح‌واره‌ای، فرد ممکن است خودش را به صورت انسانی منفی، درمانده و ناامید ببیند. یک موقعیت افسردگی را می‌تواند طرح‌واره متناسبی را راه‌اندازی کند که با سطح معانی برین و فراگیر فرد مرتبط باشد. در مدل‌های طرح‌واره‌ای بین مجموعه ساختارها و عناصر حسی ارتباط متقابل وجود دارد؛ چیزی که این مدل نظری را از مدل‌های قبلی، متمایز

1. Linehan
2. Teasdale

3. Meta-cognitive insight

می‌سازد (فاسم‌زاده، 1378 به نقل از کویانی و همکاران، 1384).

در تحقیق انجام شده در مورد باورهای اصلی بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی در مقایسه با سایر بیماران اضطرابی، نتایج نشان داد که طرح‌واره بیماران مبتلا به اضطراب اجتماعی با سایر بیماران مبتلا به دیگر اختلالات اضطرابی و بیماران غیر روان‌شناختی متفاوت است. به این معنا که اختلال اضطراب اجتماعی بیشتر از اختلالات اضطرابی دیگر با ناسازگاری باورهای مرکزی در ارتباط است (پینتو-گاوایا¹ و همکاران، 2006). به باور لینهان (1993) مشاهده افکار و هیجانات فعلی، بدون سعی در اجتناب یا فرار از آن‌ها، می‌تواند به‌عنوان نمونه‌ای از مواجهه تلقی شود که به‌نوبه خود باعث خاموشی پاسخ‌های ترس و رفتارهای اجتنابی که توسط محرک‌های ترسانگیز، تقویت شده‌اند گردد؛ بنابراین، توانایی تحمل هیجان‌های منفی و توانایی مدارا با آن‌ها اثرات مفیدی به همراه دارد.

مبتنی بر تبیین‌های نظری به‌عمل‌آمده و یافته‌های پژوهشی ذکرشده، هدف اصلی این پژوهش بررسی اثربخشی حضور ذهن درمانی شناختی در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد در جمعیت دانش‌آموزی نوجوان بود.

روش

روش پژوهش و اجرا: از آنجا که در پژوهش حاضر، هدف تعیین میزان اثربخشی حضور ذهن

درمانی شناختی در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد بود و چنین پژوهش‌هایی مستلزم مداخلات آزمایشی و ترتیب دادن گروه‌های آزمایشی و گواه می‌باشد، طرح پژوهش حاضر از نوع آزمایشی است. در این پژوهش، از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد و دانش‌آموزان دبیرستانی انتخاب و در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند.

برای انتخاب نمونه پژوهش حاضر ابتدا از بین مناطق آموزشی شهرستان خرم‌آباد، منطقه 2 به‌صورت تصادفی انتخاب و سپس از آن منطقه 3 دبیرستان پسرانه نیز به‌صورت تصادفی انتخاب شد. ابتدا پرسشنامه اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد بر روی 357 نفر از دانش‌آموزان اجرا شد و سپس از بین این نمونه تعداد 30 نفر از دانش‌آموزان که نمرات آنان در مقیاس مذکور بالاتر بود، به‌عنوان نمونه اصلی در نظر گرفته شدند. پس از هم‌تا سازی دو گروه، به‌صورت تصادفی 15 نفر در گروه آزمایش و 15 نفر نیز در گروه گواه جایگزین شد.

بعد از انتخاب گروه‌های نهایی پژوهش، از آزمودنی‌های دو گروه خواسته شد که در یک جلسه‌ی توجیهی شرکت کنند. در این جلسه با تشریح اهداف پژوهش سعی شد که انگیزه و موافقت لازم مراجعان برای شرکت در پژوهش جلب شود. فرم موافقت برای همکاری در پژوهش توسط مراجعان تکمیل شد و پژوهشگران به مراجعان این اطمینان را دادند که

1. Pinto-Gouveia

کلیه مطالب ارائه شده در جلسات درمانی و نتایج پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد بود.

پس از انتخاب گروه نمونه و جایگزینی تصادفی آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل، گروه آزمایش 8 جلسه درمانی نود دقیقه‌ای را به صورت گروهی دریافت کردند. برنامه درمانی طبق پروتکل کابات- زین و همکاران (کابات - زین و همکاران، 1992) که در تحقیقات مختلفی مورد مطالعه قرار گرفته است و نتایج حاکی از اثربخشی این روش درمانی بر افسردگی، اضطراب، استرس و سازگاری روان‌شناختی است (بول میجیر و همکاران، 2010؛ گلدن و کراس، 2010) اجرا شد.

جلسه اول: تنظیم خط‌مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، تمرین واریسی بدنی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات.

جلسه دوم: شامل آموزش تن آرامی برای 14 گروه از عضلات که شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ران‌ها، شکم، سینه، شانه‌ها، گردن، لب، چشم‌ها و پیشانی است.

جلسه سوم: آموزش تن آرامی برای 6 گروه از عضلات شامل دست‌ها و بازوها، پاها و ران‌ها، شکم و سینه، پیشانی و لب‌ها و تکلیف خانگی تن آرامی است.

جلسه چهارم: آشنایی با نحوه ذهن آگاهی تنفس، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و

آموزش تکنیک تماشای تنفس و تکلیف خانگی ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب.

جلسه پنجم: آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس، تمرکز بر اعضای بدن و حرکات آن‌ها و جستجوی حس‌های فیزیکی و تکلیف خانگی ذهن آگاهی خوردن.

جلسه ششم: آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، خوشایند یا ناخوشایند بودن افکار، اجازه دادن به ورود افکار منفی و مثبت به ذهن و به آسانی خارج کردن آن‌ها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها.

جلسه هفتم: 40 دقیقه مراقبه نشسته، بازنگری تکالیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.

جلسه هشتم: بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی.

ابزاری که در پژوهش حاضر به کار رفته‌اند عبارت‌اند از:

مقیاس اضطراب اجتماعی لیوویتز

(LSAS-SR): اولین ابزار بالینی است که دامنه گسترده‌ای از موقعیت‌های اجتماعی که مواجه شدن با آن‌ها برای افراد مبتلا به اختلال هراس اجتماعی مشکل است را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه دارای 24 عبارت در دو زیر مقیاس اضطراب عملکرد (13 عبارت) و اجتناب (11 عبارت) است. هر عبارت به طور جداگانه برای اضطراب یا ترس (0 تا 3؛ اصلاً، کم، متوسط و شدید) و رفتار اجتنابی (0 تا 3؛

بالاتر نشانه آسیب‌پذیری است. بررسی‌های متعدد نشان داده است که DAS پایایی پیش‌آزمون، ثبات درونی و روایی همزمان بسیار عالی دارد. DAS با آلفای کرونباخ معادل 0/84 تا 0/92 ثبات درونی کافی را نشان داده است. بک، ضریب آلفای کرونباخ معادل 0/80 را برای مقیاس DAS گزارش کرده است. در جمعیت ایرانی، همبستگی این آزمون با آزمون افسردگی بک برابر با 0/31. با آزمون افسردگی هامیلتون برابر با 0/39 و با آزمون ناامیدی برابر با 0/36 گزارش شده است (طهرانی زاده و همکاران، 1384؛ به نقل از اسماعیلی، 1388). همچنین این مقیاس فاقد مؤلفه می‌باشد.

یافته‌ها

پس از اجرای برنامه درمانی از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و سپس داده‌های مرتبط با پیش‌آزمون و پس‌آزمون استخراج شد. در جدول 1 نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان داده شده است.

هرگز، به‌ندرت، اغلب و همیشه) درجه‌بندی می‌شود؛ بنابراین این آزمون نمره اضطراب اجتماعی کلی به دست می‌دهد که فرد را در 4 سطح (اضطراب اجتماعی خفیف، متوسط، شدید و بسیار شدید) می‌تواند طبقه‌بندی کند. ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون 0/95 گزارش شده است. ضریب آلفای زیر مقیاس اضطراب عملکرد 0/82 و رفتار اجتنابی 0/91 گزارش شده است (فرسکو و همکاران، 2001؛ به نقل از خرشید زاده، 1390).

مقیاس نگرش‌های ناکارآمد: این مقیاس که بک و وایزمن (1978؛ به نقل از بلاک و هرسن، 1988) آن را تهیه کرده‌اند و 40 سؤال را شامل می‌شود. این آزمون برای تعیین باورها و نگرش‌هایی ساخته شده است که فرد را برای افسردگی مستعد می‌کند. روش نمره‌گذاری DAS به این شکل است که برای هر پاسخ آن نمره‌ای از 1 تا 7 (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) می‌گیرد؛ بنابراین نمره آزمودنی از حداقل 40 تا 280 خواهد بود. مطابق تحقیقات مختلف، میانگین نمره‌های به دست آمده برای افراد سالم از 119 تا 128 گزارش شده است و نمره‌های

جدول 1. آمار توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه کنترل و آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون.

متغیر	گروه‌ها	میانگین پیش‌آزمون	انحراف استاندارد پیش‌آزمون	میانگین پس‌آزمون	انحراف استاندارد پس‌آزمون
اضطراب اجتماعی نگرش ناکارآمد	آزمایش	51/13	6/06	40/73	5/96
	کنترل	47/86	7/17	49/80	5/79
	آزمایش	169/86	21/87	122/20	27/17
	کنترل	175/73	25/88	165/40	20/31

بررسی همگنی رگرسیون نیز از معنادار نبودن شرایط و پیش‌آزمون حمایت می‌کند؛ بنابراین از تحلیل کوواریانس برای تحلیل آماری استفاده شد.

جداول 2 و 3 نتایج مربوط به تحلیل کوواریانس یافته‌ها را نشان می‌دهند؛ همان‌طور که ملاحظه می‌شود، پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، بین میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون اضطراب اجتماعی و نگرش ناکارآمد درمان شناختی حضور ذهن در دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ به‌عبارت دیگر می‌توان گفت که آموزش ذهن آگاهی، میزان نگرش ناکارآمد و اضطراب اجتماعی گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل، در مرحله پس‌آزمون کاهش داده است.

همان‌گونه که ملاحظه می‌شود بین میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش تفاوت مشاهده می‌شود. میانگین و انحراف استاندارد نگرش‌های ناکارآمد گروه آزمایش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب $169/86 \pm 21/87$ و $122/20 \pm 27/17$ و اضطراب اجتماعی $51/13 \pm 6/06$ و $40/73 \pm 5/96$ می‌باشند. برای مشخص شدن معناداری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

برای انجام تحلیل کوواریانس، ابتدا مفروضه‌های لازم جهت انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد. واریانس‌ها از نظر آماری برابر بودند. با توجه به این امر دلیلی برای ناهمگن فرض کردن واریانس‌ها وجود ندارد.

جدول 2. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به اثربخشی حضور ذهن درمانی شناختی در کاهش اضطراب اجتماعی.

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	315/64	1	315/64	8/92	0/006
خطا	955/13	27	35/37		
کل	58867/00	30			

جدول 3. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به اثربخشی حضور ذهن درمانی شناختی در کاهش نگرش‌های ناکارآمد.

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
گروه	12578/87	1	12578/87	23/59	0/0001
خطا	14395/67	27	533/17		
کل	650466/00	30			

نتیجه‌گیری و بحث

انجام شد. نتایج نشان داد که حضور ذهن درمانی شناختی باعث کاهش اضطراب اجتماعی می‌شود.

پژوهش حاضر باهدف تعیین اثربخشی حضور ذهن درمانی شناختی (MBCT) بر اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد در نوجوانان

کاهش اضطراب انتخاب نکند و به ریشه‌های زیستی اختلال بیندیشد. اگرچه فن‌آوری، رشد و پیشرفت بشری به انسان‌ها امکان داده تا جهت درمان بسیاری از بیماری‌ها نیازی به جابجایی فیزیکی نداشته باشند و در زمان و وقت آن‌ها صرفه‌جویی شود ولی باید اذعان داشت که هنوز هم بسیاری از بیماری‌ها و اختلالات روانی در سایه هدایت و آموزش کوتاه‌مدت درمانگر قابل حل است (موسویان و همکاران، 1389).

یکی از مهارت‌های حضور ذهن که می‌تواند کمک‌کننده باشد، پذیرش می‌باشد. رابطه بین پذیرش و تغییر، یک مفهوم محوری در بحث‌های رایج روان‌درمانی است (هایز و همکاران، 1994؛ به نقل از امیدوی و محمدخانی، 1387). فردی که حملات هراس به‌خصوص هراس اجتماعی را تجربه می‌کند، ممکن است در رفتارهای ناسازگارانه متعددی، از جمله سوءمصرف دارو و الکل، اجتناب از فعالیت‌های مبهم و گوش به زنگی مضطربانه و افراطی نسبت به حالت‌های بدنی برای پیشگیری از حملات آتی هراس درگیر شود؛ بنابراین درمان مبتنی بر آموزش ذهن آگاهی باعث می‌شود افراد بپذیرند که حملات هراس ممکن است گاه‌گاهی رخ دهند، زودگذرند و خطرناک نیستند و اگرچه ناخوشایند هستند باید تحمل شوند و نباید از آن‌ها اجتناب نمود یا آن‌ها را خطرناک تلقی کرد (همان منبع).

همچنین نتایج نشان داد که حضور ذهن درمانی شناختی باعث کاهش نگرش‌های ناکارآمد می‌شود. این یافته با پژوهش‌های انجام یافته در این زمینه مانند تیزدل و همکاران (2004) و امیدوی و محمدخانی (1387) همسو

می‌باشد.

این یافته با نتایج مطالعه اسمن¹ و همکاران (2006) که به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که یکی از مؤلفه‌های اصلی درمان ذهن آگاهی می‌باشد باعث کاهش اضطراب افراد مبتلا نسبت به گروه کنترل می‌شود، همسو می‌باشد.

کابات - زین (1992)، به نقل از امیدوی و محمدخانی، (1387) اثرات بالقوه مهارت حضور ذهن بر اضطراب و هراس مطرح ساخته است. زیر نظر گرفتن دائم و بدون قضاوت حس‌های مربوط به اضطراب، بدون سعی در فرار یا اجتناب از آن‌ها می‌تواند باعث کاهش واکنش‌های هیجانی گردد که معمولاً توسط نشانه‌های اضطراب برانگیخته می‌شوند. این رویکرد مشابه با راهبرد مواجهه احشایی است که توسط بارلو و کراسک² (2000)؛ به نقل از امیدوی و محمدخانی، (1387) توصیف شده است. این درمانگران به بیماران مبتلا به هراس آموزش می‌دادند که به تمرینات هوازی و تنفس عمیق بپردازند و تحمل این حس‌ها را تمرین کنند تا بتوانند از نشانه‌های مربوط به آن رهایی یابند. در تمرینات حضور ذهن از بیمار خواسته نمی‌شود که نشانه‌های هراسی در خود ایجاد کند، بلکه مشاهده بدون داوری حس‌ها که طبیعتاً بروز می‌یابند، مورد ترغیب قرار می‌گیرد.

ویژگی روش حضور ذهن آن است که بیمار را نسبت به ریشه‌های اختلال و مکانیسم آن در مغز آگاه نموده، از مضطرب شدن او جلوگیری می‌نماید، بر افکار و تمایلات او در حالت هشیاری متمرکز می‌شود و به فرد امکان می‌دهد تا تکرار اعمال یا افکار و نشخوار آن‌ها را برای

1. Ossman

2. Barlow & Craske

آموزش مهارت کنترل توجه، جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش دهد.

این یافته همچنین با یافته ریان و دسی (2000) که معتقدند حضور ذهن می‌تواند در رهاسازی افراد از افکار خودکار، عادت‌ها و الگوهای رفتاری ناسالم کمک کند و از این رو نقش مهمی را در تنظیم رفتاری ایفا کند، همسو می‌باشد.

به‌طور کلی می‌توان گفت که رویکرد MBCT با یکپارچگی عناصری مانند، فلسفه دیالکتیک ذهن آگاهی، پذیرش، ارتباط و ... به همراه بهره‌گیری از انواع مراقبه به‌عنوان حوزه محوری در این رویکرد و همچنین توجه بیشتر بر کنترل توجه در درمان اختلالاتی مانند اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد، بر دیدگاه شرقی مبنی بر تعامل ذهن و بدن همراه با کارآمدی آن‌ها در حیطه سلامتی و بهداشت روان، صحنه می‌گذارد.

نتیجه نهایی این که حضور ذهن درمانی شناختی می‌تواند در کاهش اضطراب اجتماعی و نگرش‌های ناکارآمد مؤثر گردد و لذا پیشنهاد می‌شود که جهت مقابله با مشکلات اضطرابی نوجوانان در موقعیت‌های مختلف به‌ویژه مدارس به‌صورت جدی از این درمان شناختی استفاده گردد.

به نظر می‌رسد که مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر در دسترس نبودن ابزارهای عینی جهت سنجش متغیرهای پژوهش می‌باشد و نیز پژوهش حاضر به دانش آموزان پسر محدود شده است. بنابراین به پژوهشگران توصیه می‌گردد که پژوهش حاضر را بر روی هر دو جنس پسران و دختران انجام دهند و تغییرات هر دو گروه را باهم مقایسه کنند.

بنابراین می‌توان گفت که آموزش MBCT با افزایش آگاهی افراد نسبت به حال، از طریق فونونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و باعث کاهش نشخوارهای فکری و نگرش‌های ناکارآمد در افراد می‌شود. همچنین مهارت حضور ذهن، بیمارانی را که سابقه افسردگی دارند، متوجه افکار زائد خود می‌سازد و مجدداً افکار آن‌ها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه حضور ذهن یا صداها محیطی، معطوف می‌سازد و از این طریق باعث کاهش نشخوار فکری می‌گردد (تیزدل و همکاران، 2004).

در اصل، به‌طور نظری MBCT می‌تواند اثر پیشگیرانه درمان را افزایش دهد (سگال¹ و همکاران، 2002). این نکته با نتایج حاضر در مورد تأثیر درمان MBCT بر کاهش نگرش و افکار ناکارآمد، تأیید می‌شود. همان‌طور که گفته شد، در واقع به نظر می‌رسد که حضور ذهن درمانی شناختی از طریق آموزش کنترل توجه مؤثر واقع شود (تیزدل و همکاران، 1995). در اصل فرض بر این است که آسیب‌پذیری در مقابل عود و بازگشت افسردگی، ناشی از پیوندهای مکرر بین خلق افسرده و الگوهای منفی خود - ایرادگیر و نگرش‌های ناکارآمد است که به‌نوبه خود به تغییراتی در سطوح شناختی و عصبی می‌انجامد (سگال و همکاران، 1996؛ به نقل از کاویانی و همکاران، 1384)؛ بنابراین شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن می‌تواند با تغییر الگوهای معیوب تفکر و

1. Segal

منابع

- آقا باقری، ح؛ محمدخانی، پ؛ عمرانی، س؛ و فرهمند؛ و. (1391). «اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن برافزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس». *مجله روان شناسی بالینی*، 4 (1): ص 23 - 30.
- اسماعیلی، م؛ محمود علیلو، م؛ بخشی پور رودسری، ع. و شریفی، م.ا. (1388). «بررسی نگرش ناکارآمد و سبک های مقابله ای در بیماران مبتلا به فشارخون اولیه». *مطالعات روان شناختی*، دوره 5، شماره 2.
- امیدی، ع.ا؛ و محمدخانی، پ. (1387). «آموزش حضور ذهن به عنوان یک مداخله بالینی: مروری مفهومی و تجربی». *فصلنامه سلامت روان*، سال اول، شماره اول، ص 30 - 38.
- بیرامی، م. و عبدی، ر. (1388). «بررسی تأثیر آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان». *علوم تربیتی*، 2 (6): ص 35 - 54.
- therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis". *J Psychosom Res.* 36 (68): 539-544.
- Brown, K. and Ryan, R. (2003). "The benefits of being present: Mindfulness and its role in Psychological well-being". *J Personal & Soc Psychol*; 84: 822-848.
- Fehm, L. (2008). "Social anxiety disorder above and below the diagnostic threshold: prevalence, comorbidity and impairment in the general population". *Social psychiatry Epidemiol*, 43, 257-265.
- Goldin, P.R. and Gross, J.J. (2010). "Effects of mindfulness based stress reduction (MBSR) on emotion
- خورشیدزاده، م؛ برجعلی، ا؛ سهرابی، ف. و دلاور، ع. (1390). «اثربخشی طرحواره درمانی در کاهش فعالیت طرحواره های ناسازگار اولیه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی». *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، 2 (6): ص 23 - 34.
- کاویانی، ح؛ جواهری، ف. و بحیرایی، ه. (1384). «اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری 60 روزه». *تازه های علوم شناختی*، 7 (1): ص 49 - 59.
- موسویان، ن؛ مرادی، ع.ر؛ میرزایی، ج؛ شیدفر، ف؛ محمودی کهریز، ب. و طاهری، ف. (1389). «اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش چاقی». *اندیشه و رفتار*، دوره چهارم، شماره 16، 57 - 49.
- Arrindell, W.A.; Emmelkap, P.M.; Monsma, A. and Brillman, E. (1983). "The role of perceived parental rearing practices in the etiology of phobic disorders: a controlled study". *Brj psychiatry*, 143: 183- 87.
- Beck, A.T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber.
- Beck, A.T. (1967), *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*. New York, New American Library.
- Bellack, A. and Hersen, M. (1988). *Behavioral Assessment Techniques*. Newyork, Pergamon
- Bohlmeijer, E.; Prenger, R.; Taal, E. and Cuijpers P. (2010). "The effects of mindfulness-based stress reduction

- regulation in social anxiety disorder". *Emotion*. 25(10): 83-91.
- Harrington, R. (1993), *Depressive Disorder in Childhood and Adolescence*, New York, John Wiley Sons.
 - Hawton, K.; Salkovskis, P.M.; Kirk, J. and Clark, D.M. (1990). *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems*, New York, Oxford University Press.
 - Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York: Hyperion.
 - Kabat-Zinn, J. (2003). "Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future". *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
 - Kabat-Zinn, J.; Massion, A.O.; Kristeller, J.; Peterson, L.G.; Fletcher, K.E. and Pbert, L. (1992). "Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders". *Am J Psychiatry*; 149(7): 936-43.
 - Lampe, L.A. (2009). "Social anxiety disorder: recent developments in psychological approaches to conceptualization and treatment". *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 43, 887-898.
 - Liebowitz, M.R.; Gorman, J.M.; Fyer, A.J. and Klein, D.F. (1985). "Social Phobia: Review of a neglected anxiety disorder". *Arch Gen Psychiatry*, 42: 729 - 36.
 - Linehan, M.M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press. e - Based strategies.
 - Molavi, H.; Torkan, H.; Soltani, I. and Palahang, H. (2010). "Structure Standardization, Validity and Reliability of Subjective Well-being Questionnaire". *J Psychiatry and Clinical Psychology*; 16(3):231-238.
 - Ossman, W.A.; Wilson, K.G.; Storaasli, R.D and McNeill, J.W. (2006). "A Preliminary Investigation of the Use of Acceptance and Commitment Therapy in Group Treatment for Social Phobia [Investigación Preliminar del Uso de la Terapia de Aceptación y Compromiso en el Tratamiento Grupal de la Fobia Social]". *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*; 6(3): 397-416.
 - Papageorgio, C. and Wells, A. (2004). *Depressive rumination: nature, theory and treatment chichester*. 5th ed. UK: Wiley; 187-215.
 - Pinto-Gouveia, J.; Castilho, P.; Galhardo, A. and Cunha, M. (2006). "Early Maladaptive schemas and social phobia". *Cogn Ther Res*, 30, 571-584.
 - Ryan, R.M. and Deci, E.L. (2000). "Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being". *J Am Psychol.*; 55(1): 68-78.
 - Segal, Z.V.; Williams, J.M.G. and Teasdale, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
 - Teasdale, J.D.; Segal, Z.V. and Williams, M.G. (1995). "How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control mindfulness training help?". *Behaviour Research and Therapy*, 33, 25-39.
 - Teasdale, J.D.; Segal, Z.V. and Williams, J.M. (2004). *Mindfulness training and problem formulation*.