

## اثر بخشی درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان یک مورد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

روشنک خدابخش پیرکلانی<sup>۱</sup>، هانیه رحیم جمارونی<sup>۲</sup>

تاریخ وصول: ۹۱/۱۲/۲۷

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۷

### چکیده

هدف: پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب، کاهش افکار خودآیند و بهبود سلامت عمومی یک مورد خاص اختلال اضطراب فراگیر می باشد.

روش: در یک بررسی تک آزمودنی از نوع طرح A-B، اثر ترکیبی تکنیک های شناختی- رفتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر یک مورد اختلال اضطراب فراگیر بررسی شد. آزمودنی در مرحله A (خط پایه) و مرحله B (جلسه آخر درمان)، مقیاس اضطراب بک (DAI)، مقیاس درجه بندی اضطراب همیلتون (HARS)، پرسش نامه افکار خودآیند (ATQ) و پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28) را تکمیل کرد. داده ها به کمک رسم نمودار و محاسبه درصد بهبودی ارائه گردیدند.

---

۱. استادیار روان شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهراء (س) (نویسنده مسئول)

rkhodabakhsh@alzahra.ac.ir

۲. دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهراء (س)

haniehjamarani@student.alzahra.ac.ir

یافته ها: در مقیاس اضطراب بک، نمره آزمودنی از ۴۵ در مرحله خط پایه به ۳۰ در جلسه پنجم، ۱۶ در جلسه دهم و ۱۰ در جلسه آخر تقلیل یافت. در مقیاس درجه بندی اضطراب همیلتون، پرسش نامه افکار خودآیند و پرسشنامه سلامت عمومی نیز کاهش معناداری ملاحظه شد. نتیجه گیری: درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان اختلال اضطراب فراگیر موثر می باشد.

**واژگان کلیدی:** درمان شناختی- رفتاری، کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، اختلال اضطراب فراگیر.

#### مقدمه

از میان اختلالات اضطرابی فهرست شده در ویرایش تجدید نظر شده چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup>، اختلال اضطراب فراگیر (GAD)<sup>۲</sup> از جمله شایع ترین اختلالات اضطرابی بوده و عبارت است از اضطراب، نگرانی و تنش مفرطی که در بیشتر روزها حداقل به مدت ۶ ماه رخ دهد و محور نگرانی های روزمره فرد باشد (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۰۰). شیوع این اختلال در گستره عمر ۵/۷٪ بوده (کسلر<sup>۳</sup>، برگلوند<sup>۴</sup>، دملر<sup>۵</sup>، جین<sup>۶</sup>، والترز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۵). و پریشانی قابل ملاحظه و بدعملکردی در حوزه های شغلی و اجتماعی را برای فرد به همراه دارد (مایر<sup>۸</sup>، گنسیکه<sup>۹</sup>، فریبرگر<sup>۱۰</sup>، لینز<sup>۱۱</sup>،

- 
1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
  2. Generalized Anxiety Disorder (GAD)
  3. Kessler
  4. Berglund
  5. Demler
  6. Jin
  7. Walters
  8. Maier
  9. Gansicke
  10. Freybergerr
  11. Linz



هوئن<sup>۱</sup>، لکروباير<sup>۲</sup>، (۲۰۰۰). هم چنین زنان دو برابر مردان به این اختلال مبتلا می شوند (ویچن<sup>۳</sup>، زائو<sup>۴</sup>، کسلر، ایوز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۴).

به بیان دقیق تر نشانگان این اختلال شامل: اضطراب و نگرانی مفرط، احساس ناتوانی در تسلط بر این نگرانی ها، وجود سه مورد از شش مورد بی قراری، زود خسته شدن، دشواری در تمرکز، تحریک پذیری، تنیدگی عضلانی و به هم خوردن خواب می باشد. هم چنین این اختلال نباید "به دلیل خصایص مربوط به اختلالی در محور I، مصرف مواد یا یک بیماری طبی عمومی پدید آمده باشد و همانطور که ذکر شد باید کارکرد فرد را در حوزه های شغلی، اجتماعی... مختل کند (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۰۰؛ سادوک و سادوک، ۱۳۹۱). سن شروع این اختلال را می توان ۱۳ سالگی به عنوان یک اختلال اصلی و اواخر ۲۰ سالگی به عنوان یک اختلال ثانویه در نظر گرفت (راجرز<sup>۶</sup>، وارشاو<sup>۷</sup>، گويسمن<sup>۸</sup>، گلدنبرگ<sup>۹</sup>، رودریگوئز ویلا<sup>۱۰</sup>، مالیلا<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۹). با این حال، میانگین سن شروع این اختلال در مطالعات مختلف بین ۹ تا ۳۳ سال گزارش شده است (نات<sup>۱۲</sup>، دیمیگل<sup>۱۳</sup>، دیویس<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۸).

اختلال اضطراب فراگیر بنا به تعریف، یک اختلال پایه ای است و مولفه اکثر اختلال های اضطرابی می باشد. به طوری که عده ای معتقدند این اختلال را در چهارچوب اختلالات

1. Huen
2. Lecrubier
3. Wittchen
4. Zhao
5. Eaves
6. Rodgers
7. Warshaw
8. Goisman
9. Goldenberg
10. Rodriguez-Villa
11. Mallya
12. Nutt
13. deMiguel
14. Davies

شخصیت بهتر می‌توان درک کرد (براون<sup>۱</sup>، اولرلی<sup>۲</sup>، بارلو<sup>۳</sup>، ۲۰۰۱). هم‌چنین اختلالی مزمن و فراگیر است و هنوز نیاز به درمان‌های موثر برای آن وجود دارد (براون، بارلو، لیوویتز<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴). به‌طور کلی درمان‌های رایج برای این اختلال عبارتند از: درمان‌های دارویی و درمان‌های روان‌شناختی (ریگ<sup>۵</sup>، ساندرسون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). اگرچه از بین درمان‌های رایج، درمان‌شناختی- رفتاری برای این اختلال بسیار موثر می‌باشد (دهشیری، ۱۳۹۱؛ ترنر<sup>۷</sup>، هرسن<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷؛ وامر<sup>۹</sup>، ریگادا<sup>۱۰</sup>، فیشر<sup>۱۱</sup>، سابروسکی<sup>۱۲</sup>، بنکوو<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۹) و اکثر افرادی که با این روش درمان شده‌اند، بهبودی خود را تا یکسال پس از درمان حفظ می‌کنند (اندروس<sup>۱۴</sup>، کریمر<sup>۱۵</sup>، کرینو<sup>۱۶</sup>، هانت<sup>۱۷</sup>، لمپه<sup>۱۸</sup>، پیج<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۳)، اما با این وجود، هنوز این اختلال در زمره آن دسته از اختلال‌های اضطرابی است که درمان موفقیت‌آمیز کمتری برایش وجود دارد (براون، بارلو، لیوویتز، ۱۹۹۴). نینان<sup>۲۰</sup> خاطر نشان می‌سازد تنها نیمی از کسانی که تحت درمان قرار می‌گیرند، بهبودی کامل نشان می‌دهند و این می‌تواند حاکی از استمرار نشانه‌های باقی مانده باشد (ایوانز<sup>۲۱</sup>، فراندو<sup>۲۲</sup>، فیندلر<sup>۲۳</sup>، استوول<sup>۲۴</sup>، اسمارت<sup>۲۵</sup>،

- 
1. Brown
  2. O'Leary
  3. Barlow
  4. Liebowitz
  5. Rygh
  6. Sanderson
  7. Turner
  8. Hersen
  9. Warner
  10. Reigada
  11. Fisher
  12. Saborsky
  13. Benkov
  14. Andrews
  15. Creamer
  16. Crino
  17. Hunt
  18. Lampe
  19. Page
  20. Ninan
  21. Evans
  22. Ferrando

هاگلین<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). در فراتحلیل فیشر<sup>۵</sup> و دورهم<sup>۶</sup> (۱۹۹۹) کمتر از ۴۰٪ افراد (صرف نظر از رویکرد درمانی) بهبودی بعد از درمان را نشان دادند.

در سال ۲۰۰۲، روئمر<sup>۷</sup> و اورسیلو<sup>۸</sup> ادغام دیدگاه های مبتنی بر پذیرش<sup>۹</sup> و ذهن آگاهی<sup>۱۰</sup> را برای درمان GAD پیشنهاد کردند (روئمر، اورسیلو، ۲۰۰۲). به اعتقاد آنها از آنجایی که نگرانی ماهیتی رو به آینده دارد، آموزش بودن در حال و هوشیاری ذهن آگاهانه راه های جایگزین مفیدی برای پاسخ دهی در افراد مبتلا به GAD فراهم می کند. نتایج پژوهش های آنها حاکی از آن است که مراجعانی که تحت درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی بودند، کاهش قابل ملاحظه و معناداری در نشانه ها و بهبود در کیفیت زندگی را نشان دادند (روئمر، اورسیلو، ۲۰۰۷). ایوانز و همکارانش در پژوهش های خود به این نتیجه رسیدند که اضطراب و نگرانی موجود در اختلال اضطراب فراگیر در ارتباط با اجتناب از رویارویی با تجربیات و احساسات درونی جاری و ناخوشایند است، لذا درمان هایی مانند ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی (MBCT)<sup>۱۱</sup> که امکان این مواجهه را فراهم می آورد، در درمان این اختلال موثر می باشند (ایوانز، فراندو، فریندلر، استول، اسمارت، هاگلین، ۲۰۰۸).

برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱۲</sup> (MBSR) توسط کابات زین<sup>۱۳</sup> (۱۹۹۰) در دانشگاه پزشکی ماساچوست عنوان شد. MBSR یک درمان فشرده آموزش روانی،

1. Findler
2. Stowell
3. Smart
4. Haglin
5. Fisher
6. Durham
7. Roemer
8. Orsillo
9. Acceptance-Based
10. mindfulness
11. Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)
12. Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR)
13. Kabat-Zinn

ساخت دار و متمرکز بر مراجع است که در شماری از محیط‌های درمانی، بیمارستان‌ها و مدارس کاربرد دارد و مبنای ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی (MBCT) می‌باشد که برای جلوگیری از عود در افسردگی مفید دانسته شده است (سگال<sup>۱</sup>، ویلیامز<sup>۲</sup>، تیزدل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲). بنا به گفته آستین<sup>۴</sup> (۱۹۹۷) تکنیک‌های ذهن آگاهی به فرد کمک می‌کند تا بی‌طرفانه و بدون داوری به مشاهده محتوای آگاهی بپردازد. MBSR از میزان استرس می‌کاهد و به فرد کمک می‌کند تا هیجان‌اتش را تنظیم کند (بیشاپ<sup>۵</sup>، ۲۰۰۲).

در واقع، ذهن آگاهی مواجهه با تمام جنبه‌های زندگی، حتی جنبه‌های دردناک را میسر می‌سازد و به فرد این توانایی را می‌دهد که به جای پاسخ خودکار (که در اختلال‌های اضطرابی زیاد دیده می‌شود) پاسخی از روی آگاهی بدهد (ریبل<sup>۶</sup>، گریسون<sup>۷</sup>، برینارد<sup>۸</sup>، روزنویگ<sup>۹</sup>، ۲۰۰۱). ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از ماریچ فروکاهنده خلق منفی - فکر منفی - گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه‌های جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (کاویانی، جواهری، بحیرایی، ۱۳۸۴). ادبیات تحقیق مملو از پژوهش‌هایی است که نشان می‌دهند ذهن آگاهی هم به لحاظ نظری و هم به لحاظ تجربی با بهزیستی<sup>۱۰</sup> و سلامت روان شناختی ارتباط دارد. مولفه‌های ذهن آگاهی شامل آگاهی<sup>۱۱</sup> و پذیرش بدون قضاوت تجربیات لحظه به لحظه فرد، درمان

- 
1. Segal
  2. Williams
  3. Teasdale
  4. Astin
  5. Bishop
  6. Reibel
  7. Greeson
  8. Brainard
  9. Rosenzweig
  10. well-being
  11. awareness



موثری برای بسیاری از انواع متداول ناراحتی های روان شناختی شامل نشخوار های فکری<sup>۱</sup>، ترس، اضطراب، نگرانی، عصبانیت،... می باشند (هایز<sup>۲</sup>، فلدمن<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). مطالعه حاضر به بررسی اثر بخشی درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب، کاهش افکار خودآیند و بهبود سلامت عمومی در یک مورد خاص مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و نیز فراهم کردن پشتوانه علمی درباره اثربخشی این تکنیک ها می پردازد.

## روش

در این پژوهش، طرح آزمایشی تک آزمودنی<sup>۴</sup> از نوع طرح A-B به کار برده شد. در این نوع طرح ابتدا در مرحله A به بررسی حالت اولیه و رفتار آزمودنی پرداخته، و سپس عمل آزمایشی B انجام می شود. در مرحله بعدی که پیگیری نام دارد، رفتار آزمودنی مجدداً مورد ارزیابی قرار می گیرد (سرمد، بازرگان، حجازی، ۱۳۸۷).

مراجع یک زن ۲۹ ساله و دارای مدرک کارشناسی بود که از ۱ سال و نیم پیش علایم اختلال اضطراب فراگیر را تجربه کرده است. وی ۳ سال گذشته را برای قبولی در کنکور کارشناسی ارشد سپری کرده و از یک سال و نیم گذشته پس از قبول نشدن مجدد، به دلیل اختلاف با خانواده (مخصوصاً مادر) مبنی بر عدم ادامه تحصیل و اشتغال به کار، مجبور به پنهانی درس خواندن بوده و به خانواده خود اعلام کرده است که مشغول تحصیل در دانشگاه می باشد و از آن پس همیشه نگران برملا شدن این مسئله بوده است و همین امر زمینه ساز اضطراب منتشر در او شده است. علایم بالینی وی شامل اضطراب و نگرانی مفرط، احساس ناتوانی در تسلط بر این نگرانی ها، بی قراری، زود خسته شدن، دشواری در

- 
1. rumination
  2. Hayes
  3. Feldman
  4. Single-Subject Experimental Trial

تمرکز، تنیدگی عضلانی و خواب مختل بود. پس از جلسات مصاحبه بالینی، تشخیص روان‌شناس اختلال اضطراب فراگیر بوده است. مراجع در طی یک سال و نیم گذشته و هم‌چنین حین درمان، سابقه هیچ‌گونه مداخله دارویی و روانشناختی نداشت و نسبت به مشکل خود بینش داشت.

او طی ۱۷ جلسه (هر هفته یک جلسه ۲ ساعته) تحت آموزش و تمرین تکنیک‌های شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی قرار گرفت. ۹ جلسه اول به طور کامل به تکنیک‌های شناختی-رفتاری اختصاص داده شد. هدف از اینکار کم کردن اضطراب مراجع، مقابله با اضطراب وی در حین سخنرانی (مراجع کاهش اضطراب ارائه را بسیار ضروری می‌دانست) و آشناسازی او با افکار خودکار و تأثیر گسترده آن بر احساسات و رفتار و سپس آموزش ذهن‌آگاهی و تحت کنترل در آوردن این افکار و احساسات بود. بدین منظور در ۹ جلسه اول تکنیک‌های آرام‌سازی؛ فن چگونگی افکار احساس‌ها را ایجاد می‌کنند؛ فن  $A^2 B^3$ ؛ فن  $C^4$ ؛ فن افکار در مقابل واقعیت‌های احتمالی؛ فن تعریف اصطلاحات، توضیح خطاهای شناختی و ارائه لیستی از تحریف‌ها به مراجع، فن پیکان رو به پایین [به همراه محاسبه متوالی احتمالات] و حساسیت‌زدایی منظم به کار گرفته شد. در ۸ جلسه بعدی به طور همزمان درمان شناختی-رفتاری و ذهن‌آگاهی مبتنی بر کاهش استرس انجام شد. در انتهای هر جلسه به مراجع تکلیف منزل داده می‌شد و در ابتدای جلسه بعد از مراجع در خصوص تکالیف سوال می‌شد، و تکالیف مورد بررسی قرار می‌گرفتند.

آزمودنی در مرحله خط پایه A (شامل یک هفته قبل از شروع مداخله و جلسه اول درمان) و جلسه پایانی (مرحله B) مقیاس اضطراب بک، مقیاس اضطراب همیلتون، پرسشنامه افکار خودآیند و پرسشنامه سلامت عمومی را پاسخ داد. هم‌چنین در جلسات

- 
1. relaxation
  2. Activating Event (A)
  3. Belief (B)
  4. Consequences (C)



پنجم و دهم نیز مقیاس (BAI<sup>۱</sup>) و (ATQ<sup>۲</sup>) بر روی آزمودنی اجرا گردید. برای محاسبه درصد بهبود آزمودنی در زمینه علائم بالینی از فرمول زیر (اوگلز<sup>۳</sup>، لونر<sup>۴</sup>، بونستیل<sup>۵</sup>، ۲۰۰۱) استفاده شد:

$$\frac{A0-A1}{A0}=\Delta A\%$$

A0 نمره پرسشنامه مورد نظر در خط پایه، A1 نمره همان پرسشنامه در جلسه آخر و

$\Delta A\%$  میزان بهبودی است.

شرح جلسات به صورت زیر می باشد:

هدف از جلسه اول، آشنایی با بیمار و مشکلات او بود. در این جلسه اصول کلی روش درمانی، مقررات درمان (شامل تعداد جلسات، مدت زمان جلسات، لزوم انجام تکالیف، اهمیت پیگیری و مشتاق بودن به درمان،.....) مطرح گردید. هم چنین در مورد روش درمانی (شناختی- رفتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی) آموزش های لازم داده شد. تاریخچه بیمار بررسی و توافق اولیه میان درمانگر و مراجع حاصل شد.

هدف جلسه دوم آشنا ساختن مراجع با مثلث شناختی و نحوه تأثیر افکار بر احساسات و رفتارها بود. در این جلسه فن چگونه افکار، احساس ها را ایجاد می کنند و فن مشابه آن یعنی فن ABC به کار برده شد. تکلیف مناسب ارائه شد.

از آنجا که مراجع به دلیل اضطراب مفرط، با دردهای جسمانی (مخصوصاً در ناحیه گردن و کمر) رو به رو بود، جلسه سوم و چهارم به آرام سازی (مدل تنش- آرامش<sup>۶</sup>) اختصاص داده شد. اساس این روش مبتنی بر روش اولیه ابداع شده به وسیله جیکوبسون<sup>۷</sup>

1. Beck Anxiety Inventory (BAT)
2. Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ)
3. Ogles
4. Lunner
5. Bonesteel
6. tension-relaxtion
7. Jacobson

در سال ۱۹۳۰ و اصلاحات بعدی آن به وسیله برنشتاین<sup>۱</sup> و بورکووک<sup>۲</sup> و برنشتاین و گیون<sup>۳</sup> است. بر اساس این مدل ابتدا از مراجع خواسته می‌شد سه نفس عمیق کشیده و یک تصویر خوشایند را در ذهن خود مجسم کرده و تا زمان دلخواه خود آن را در ذهن نگه دارد. ادامه روال کار بدین صورت است که مراجع می‌بایستی گروه‌های عضلانی خاصی را سفت کرده تا از احساسی که تنش عضلانی را ایجاد می‌کند آگاه شده و بتواند آن را با تجربه آرام سازی مقایسه کند. در جلسه سوم آرام سازی در ۱۴ گروه از عضلات شامل ساعد، بازو، عضله پشت ساق پا، ساق پا، ران ها، شکم، سینه، شانه ها، گردن، لب، چشم ها، آرواره ها، پیشانی صورت گرفت (مراجع به علت گرفتگی عضلات، قادر به اعمال فشار به خصوص در ناحیه بازوها نبود). در جلسه چهارم آرام سازی در ۶ گروه دست ها و بازوها، پاها و ران ها، شکم و سینه، گردن و شانه ها، آرواره ها، پیشانی، لب ها، چشم ها انجام شد. در این جلسه، بیمار قادر به اعمال فشار در محدوده گردن، کمر و ساق پای چپ نبود و در حین اعمال فشار احساس تنگی نفس و خفگی به او دست می‌داد، لذا از پیش روی در این قسمت ها خودداری شد. در انتهای هر دو جلسه به بیمار گفته شد هر روز یک ساعت (ترجیحاً "هنگام خواب شب) به تمرین آرام سازی بپردازد.

هدف از جلسه پنجم آشنا کردن بیمار با معانی افکار و اصطلاحاتی که در مکالمات روزمره خود به کار می‌برد و تأثیر آن افکار و اصطلاحات بر احساسات او بود. هدف دیگر آموزش این نکته بود که افکار لزوماً "منطبق با واقعیت نیستند. لذا از فن افکار در مقابل واقعیت های احتمالی و فن تعریف اصطلاحات برای نیل به هدف جلسه استفاده شد. تکلیف مربوطه داده شد.

در جلسه ششم به منظور آشناسازی مراجع با تحریف های شناختی اش، تحریف های شناختی به وی آموزش و لیست تحریف ها به او داده شد.

---

1. Bernstein  
2. Borkovec  
3. Given



هدف از جلسه هفتم بررسی باورهای زیر بنایی مراجع است. بدین منظور فن پیکان رو به پایین (به همراه محاسبه متوالی احتمالات) با مثالی به او آموزش داده شد و در انتهای جلسه تکلیف مرتبط تعیین شد.

از آنجا که بیمار از اضطراب خود موقع سخنرانی ابراز نگرانی می کرد و در این مورد بسیار احساس ناتوانی داشت، جلسه هشتم، نهم و دهم به حساسیت زدایی منظم این مورد اختصاص یافت. اقلام لیستی که با همکاری درمانگر و مراجع تهیه شد، به ترتیب از کم اضطراب آورترین به پر اضطراب آورترین موارد عبارت است از:

- ۱- دیدن اسلایدهای پاورپوینت، ۲- انتخاب موضوع ارائه، ۳- فکر کردن به موضوع ارائه، ۴- دوره زمانی مابین تاریخ مشخص شدن ارائه تا زمان موعود، ۵- شب قبل از ارائه (هنگام ارائه دادن در خانه جهت تمرین)، ۶- قطع شدن صحبت (توسط استاد، حاضرین،....)
- در حین سخنرانی و شروع دوباره، ۷- صبح روز ارائه، ۸- دقایق نزدیک به اتمام ارائه، ۹- زمان ورود به محل ارائه (کلاس، محل سخنرانی،....)، ۱۰- زمان مشخص شدن تاریخ ارائه، ۱۱- بیدار شدن از خواب در صبح روز ارائه، ۱۲- شب قبل از ارائه، ۱۳- لحظه شروع صحبت، ۱۴- نشستن روی صندلی، ۱۵- صدا زدن اسم توسط استاد و لحظه شروع ارائه

دستورالعمل جلسات دهم تا هفدهم در مورد ذهن آگاهی براساس مفاهیم اساسی و فنون اختصاصی برنامه های کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (کابات زین، ۱۹۹۰) و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (سگال، ویلیامز، تیزدل، ۲۰۰۲) تنظیم شده است. تمام جلسات ذهن آگاهی با یک تمرین مراقبه نشسته تنفس سه دقیقه شروع و خاتمه پیدا می کرد. مراجع هر جلسه یکی از نگرانیهای فعلی خود را می نوشت و در ضمن تکلیف خانگی هفته قبل را مرور و در مورد آن بحث می شد. در جلسه دهم علاوه بر حساسیت زدایی تدریجی، مفاهیم ذهن آگاهی مجدداً و با جزئیات بیشتری نسبت به جلسه اول توضیح داده شد. به عبارت دیگر، هدف از جلسه دهم توانمند کردن مراجع در غلبه بر اضطراب ارائه (گام نهایی، ۵ مورد آخر) و نیز آشنایی مجدد او با مفاهیم ذهن آگاهی است. در این جلسه

آشنایی با هدایت خودکار و تمرین خوردن کشمش انجام شد. هدف از این تمرین، آشناسازی مراجع با شناسایی خودکار و خروج از آن بود. هم‌چنین حضور ذهن از فعالیت‌های روزانه به قصد یادگیری پرداختن به مقوله توجه و انجام امور روزمره در حین توجه آگاهانه آموزش داده شد. تکالیف و جزوات مربوطه داده شد.

هدف از جلسه یازدهم الف) یادگرفتن انجام امور روزمره با توجه و تمرکز ب) پی‌بردن به ذهن سرگردان و ج) کنترل ذهن سرگردان با تمرین تنفس و مرور بدن می‌باشد. بدین منظور تکنیک ذهن آگاهی از تنفس، ذهن آگاهی از احساس‌های بدنی و تمرین واریسی بدن<sup>۱</sup> انجام شد. (برای اجرای تمرین از دستور راهنمای این روش بر اساس راهنمای درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده شده است).

جلسه دوازدهم: ماندن در زمان حال؛ در این جلسه به منظور آگاهی از تنفس، افکار و اصوات، تمرین حضور ذهن از تنفس، صداها و اشیاء تمرین شد. هم‌چنین فن شناسایی نگرانی‌ها و نیز سود و زیان آنها آموزش داده شد. هدف از این فن، ارزیابی نگرانی‌ها و شناسایی و طبقه‌بندی عوامل تولید نگرانی در مراجع بود. تکالیف جلسه قبل بررسی و تکلیف مربوط به جلسه داده شد.

در ابتدای جلسه سیزدهم تکالیف جلسه قبل بررسی شد، سپس تمرین‌های نگاه کردن یا شنیدن ۵ دقیقه‌ای، مراقبه نشسته و راه رفتن انجام شد. هم‌چنین از فن تمایز قائل شدن بین نگرانی‌های مفید و غیر مفید به عنوان یک تکنیک شناختی در این جلسه استفاده و به مراجع آموزش داده شد که چگونه نگرانی‌های مفید می‌توانند یک اهرم جهت آمادگی و عاملی برای بازدارنده‌های منفی باشند و نگرانی‌های غیر مفید هیچ سودی ندارند. در انتهای جلسه به مراجع تکالیف داده شد.

در جلسه چهاردهم ذهن آگاهی در مورد رویدادهای روانی (تمرکز بر افکار، هیجان‌ها و تصاویر ذهنی) انجام شد. تمرکز بر افکار غیر منطقی، تمرکز بر هیجان‌ها مانند تجربه

---

1. body scan



اضطراب و تمرکز بر تصاویر ذهنی نگران کننده هدف این جلسه بود. همسو با روش به کار رفته در این جلسه، در راستای کنترل کردن محرک های تولید کننده نگرانی، فن وقت مخصوص نگرانی به مراجع آموزش داده شد. هدف از این فن، آموزش این نکته بود که مراجع می تواند بر نگرانی های خود کنترل داشته باشد. در ابتدای جلسه تکالیف بررسی و در انتهای جلسه تکلیف مناسب داده شد.

در جلسه پانزدهم فن غرقه شدن در عدم یقین آموزش داده شد. هدف از این فن، تمرکز بر توانایی بیمار در تخمین احتمال رخداد کلیه حوادث انسانی در دنیایی واقعی بود. هم چنین روشهای کششی یوگا تمرین شد. تکالیف بررسی و در آخر جلسه تمرین مربوطه تعیین شد.

در جلسه شانزدهم از فن ماشین زمان استفاده شد و هدف از آن ایجاد دورنمایی نسبت به مشکل فعلی در آینده توضیح داده شد. به تقویم وقایع خوشایند و وقایع ناخوشایند نیز در این جلسه پرداخته شد. تکلیف جلسه قبل بررسی و تکلیف مناسب نیز تعیین شد.

هدف از جلسه هفدهم بازنگری و مرور کل مطالب آموخته شده در حین دو ماه گذشته بود. بازنگری در خصوص تکنیک ها و تمرین ها انجام و بیمار به پیگیری آنها در زندگی روزانه ترغیب شد. در این جلسه سعی در تأکید بر این نکته بود که همه تکنیک های آموزش داده شده، برای این است که مراجع بتواند از این به بعد کنترل بیشتری بر افکار، احساس ها و رفتارهایش در زندگی روزمره داشته باشد و بتواند با استفاده از مطالب آموخته شده، توانایی کنترل خلق در آینده را داشته باشد. جلسه با تمرین تنفس سه دقیقه ای خاتمه یافت.

## ابزارها

**مقیاس اضطراب بک:** مقیاس اضطراب بک (BAI) یک پرسشنامه خود سنجی ۲۱ سوالی است که با هدف اندازه‌گیری شدت اضطراب طراحی شده است. این آزمون شدت اضطراب را در یک هفته اخیر و در دامنه‌ای از "اصلاً" تا "شدید" مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره هر سوال بین ۰ تا ۳ بوده و دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد. نمره بالاتر نشانه شدت اضطراب بیشتر است. همسانی درونی آن بالا و ضریب پایایی بازآزمایی یک هفته‌ای آن در حدود ۰/۷۵ به دست آمده است. همبستگی بین نمرات BAI و مقیاس همیلتون برای درجه بندی اضطراب (همیلتون<sup>۱</sup>، ۱۹۵۹) ۰/۵۱ و با BDI<sup>۲</sup> برابر با ۰/۴۸ به دست آمده است. این آزمون ویژه آزمودنی‌های بزرگسال بوده و هم در موقعیت‌های بالینی و هم پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد (یعقوبی، ۱۳۸۷). این تست دارای روایی (۰/۷۲  $p < ۰/۰۰۱$ ) پایایی، (۰/۸۳  $r$ ،  $p < ۰/۰۰۱$ ) و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ می‌باشد (کاویانی، موسوی، ۱۳۸۷). هم‌چنین در پژوهش دیگری آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ گزارش شده است (ولستاد<sup>۳</sup>، سیورتنسن<sup>۴</sup>، نیلسن<sup>۵</sup>، ۲۰۱۱).

**مقیاس درجه بندی اضطراب همیلتون (HARS):** مقیاس درجه بندی اضطراب همیلتون (همیلتون، ۱۹۵۹) همانند مقیاس HRSD<sup>۶</sup> برای افسردگی بوده و یک مقیاس ۱۴ سوالی است که توسط متخصص بالینی اجرا می‌شود. در این مقیاس هم‌علایم جسمانی و هم‌علایم شناختی اضطراب ارزیابی می‌گردد. هر سوال بر حسب یک مقیاس لیکرتی ۵

- 
1. Hamilton
  2. Beck Depression Inventory (BDI)
  3. Vollestad
  4. Sivertsen
  5. Nielsen
  6. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD)



درجه ای از ۰ تا ۴ نمره گذاری می شود. پایایی و روایی همزمان آن خوب گزارش شده است (مایر<sup>۱</sup>، بولر<sup>۲</sup>، فیلیپ<sup>۳</sup>، هوسر<sup>۴</sup>، ۱۹۸۸).

**پرسشنامه افکار خودآیند (ATQ):** این پرسشنامه آزمونی است برای ارزیابی فراوانی اظهارات منفی خودآیند درباره خود که به وسیله کندال<sup>۵</sup> و هولون<sup>۶</sup> به منظور ارزیابی شناختی خودافشایی در افسردگی ساخته شده است. ثبات درونی این پرسشنامه با ضریب آلفای ۰/۹۷ بسیار خوب است. در پژوهشی که در ایران انجام شده، ضریب همبستگی بین نمرات این مقیاس و میزان افسردگی در نمونه اولیه شرکت کنندگان به ترتیب ضرایب ۰/۶۷ و ۰/۷۴ را برای باور به افکار خودآیند و فراوانی آن نشان داد. این ارقام را می توان به عنوان روایی همگرا در نظر گرفت. هم چنین همبستگی بین طبقه ای 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 می تواند معیاری برای پایایی در نظر گرفته شود (کاویانی، جواهری، بحیرایی، ۱۳۸۴).

**پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۷</sup> (GHQ-28):** پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) در سال ۱۹۷۲ توسط دیوید گلدبرگ<sup>۸</sup> و به منظور شناسایی اختلالات روانی در مراکز و محیط‌های مختلف تدوین شده است. سوالهای پرسشنامه که به بررسی وضعیت روانی فرد در چهار هفته (یا یک ماه) اخیر می پردازند، در بر گیرنده نشانه هایی مانند افکار و احساسات نابهنجار و جنبه هایی از رفتار قابل مشاهده می باشد.

1. Maier
2. Buller
3. Philipp
4. Heuser
5. Kendall
6. Hollon
7. General Health Questionnaire (GHQ)
8. Goldberg

گلدبرگ (۱۹۷۲) برای انتخاب سوالها بر روی چهار حوزه کار کرده است: اولین حوزه افسردگی است، دومین حوزه اضطراب و احساس آشفتگی روان شناختی می باشد، سومین حوزه رفتار قابل مشاهده عینی است که سوالهای مربوط به اختلال در کارکرد اجتماعی در آن منظور شده است و چهارمین حوزه مربوط به "خود بیمار انگاری" است که در برگزیده طیف گسترده ای از سوالهای به ظاهر "عضوی" می باشد.

فرم میزان شده یا ۲۸ سوالی به منظور افزایش واریانس، ساخته شده و بر اساس تحلیل عامل بر روی فرم کامل GHQ، یعنی نسخه ۶۰ سوالی آن، می باشد که ۴ خرده مقیاس نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی را در بر می گیرد (گلدبرگ، هیلیر<sup>۱</sup>، ۱۹۷۹). هر یک از این خرده مقیاسها دارای ۷ سوال می باشند. سوالهای هر مقیاس به ترتیب پشت سر هم آمده است، به گونه ای از سوال ۱ تا ۷ مربوط به مقیاس نشانه های جسمانی، از سوال ۸ الی ۱۴ مربوط به مقیاس اضطراب، از سوال ۱۵ الی ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال در کارکرد اجتماعی و از سوال ۲۲ الی ۲۸ مربوط به مقیاس افسردگی می باشند. پایایی بازآزمایی آن ۰/۷۸ تا ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۰-۰/۹۵ گزارش شده است (استرلینگ<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). شاخص های حساسیت، ویژگی و میزان اشتباه در مطالعه ای که در ایران بر روی فرم ۲۸ سوالی انجام شد، به ترتیب برابر با ۰/۸۶۵، ۰/۸۲ و ۰/۱۶ به دست آمده است (یعقوبی، ۱۳۸۷). یعقوبی و همکاران پایایی این آزمون را با استفاده از بازآزمایی ۰/۸۸ گزارش نمودند (یعقوبی، قائدی، امیدی، کهنای، ظفر، ۱۳۸۷). هم چنین در پژوهشی دیگر، ضریب روایی ملاکی ۰/۷۸ و آلفای کرونباخ آن ۰/۹۷ به دست آمده است (ابراهیمی، مولوی، موسوی، برنامش، یعقوبی، ۱۳۸۶).

---

1. Hillier  
2. Sterling





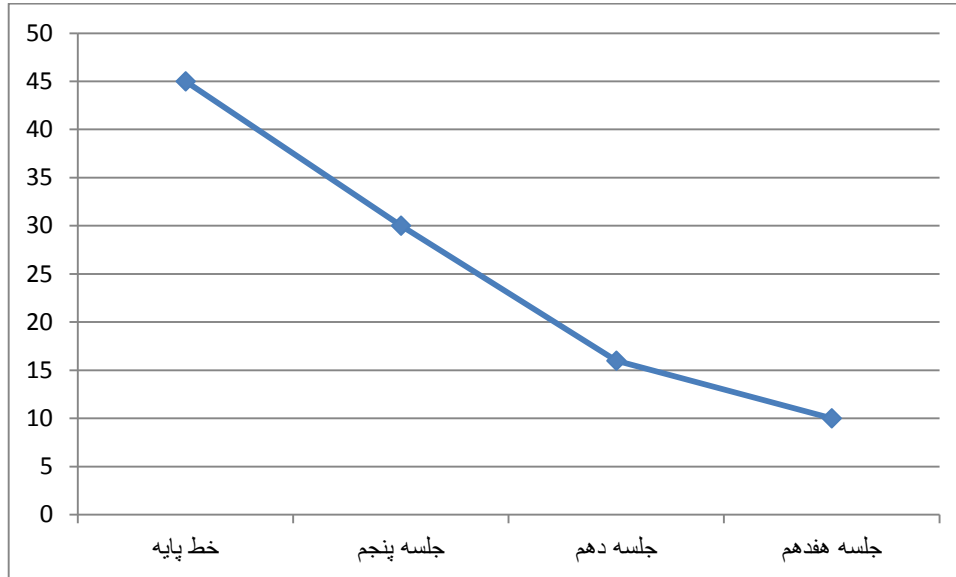
## یافته‌ها

جدول ۱ نشان دهنده نمرات آزمودنی در مقیاس اضطراب بک است. آزمودنی با نمره ۴۵ در مرحله خط پایه میزان بالایی از نشانگان GAD را تجربه کرده است. نمره آزمودنی در جلسه پنجم به ۳۰ (۳۳ درصد بهبود)، در جلسه دهم به ۱۶ (۶۴ درصد بهبود) و در جلسه آخر درمان به ۱۰ (۷۷ درصد بهبود) کاهش پیدا کرده است.

جدول ۱. نمرات آزمودنی در مقیاس BAI در مراحل مختلف درمانی

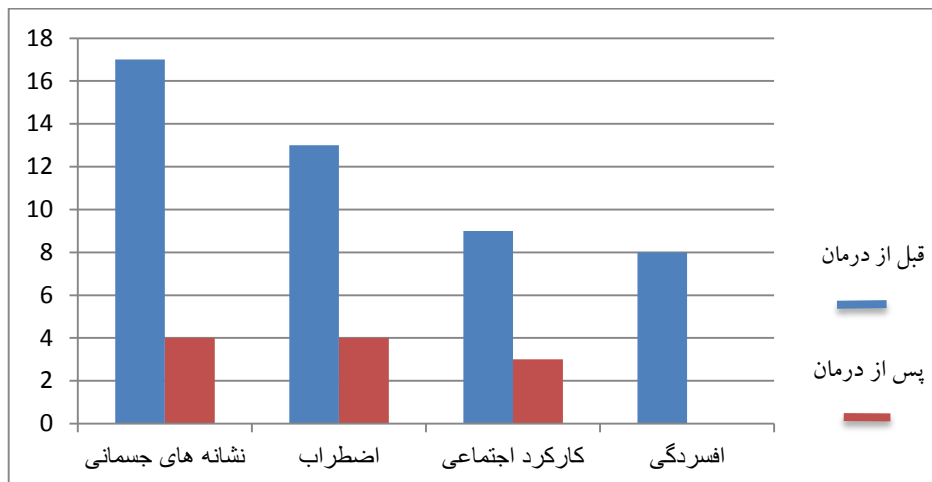
نمرات آزمودنی	مراحل درمان
۴۵	خط پایه
۳۰	جلسه پنجم
۱۶	جلسه دهم
۱۰	جلسه هفدهم

شکل ۱ نشان دهنده نمرات آزمودنی در مقیاس BAI در مراحل مختلف درمانی است. بیمار بهبودی قابل ملاحظه‌ای را پس از شروع درمان نشان داده است و این بهبودی در ادامه جلسات درمانی افزایش داشته است.



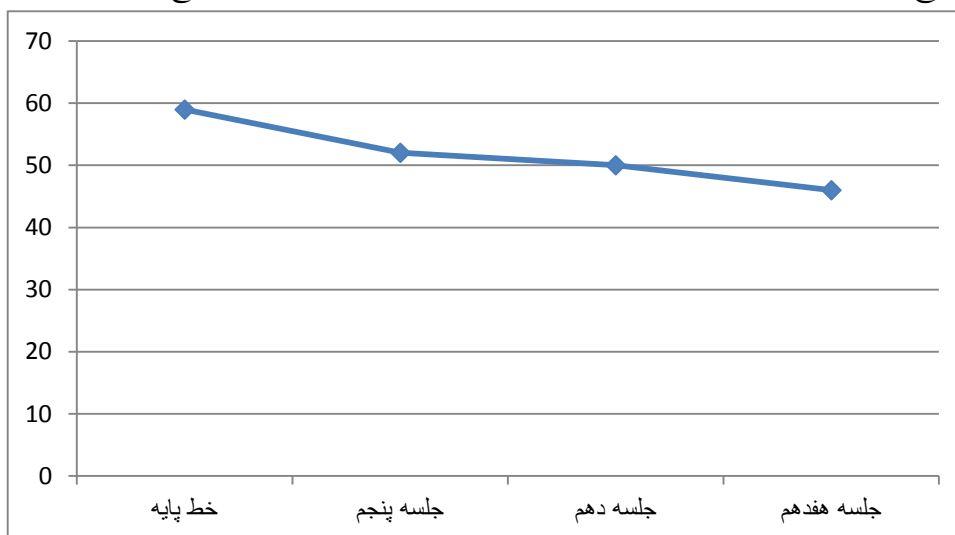
شکل ۱. شدت نشانگان اختلال اضطراب فراگیر بر اساس مقیاس اضطراب بک

شکل ۲ نشان دهنده نمرات آزمودنی در پرسشنامه سلامت عمومی می باشد. همانطور که مشاهده می شود، نمرات آزمودنی در هر چهار خرده مقیاس (نشانه های جسمانی، اضطراب، اختلال در کارکرد اجتماعی و افسردگی) در مرحله B نسبت به مرحله A کاهش معناداری داشته است. بیشترین کاهش در خرده مقیاس افسردگی بوده است که نمره آزمودنی در این مقیاس از ۸ در مرحله A به صفر در مرحله B تقلیل یافته است (نمودار در کل ۷۶٪ بهبود را نشان می دهند).



شکل ۲. نمرات آزمودنی در پرسشنامه سلامت عمومی پیش و پس از درمان

شکل ۳ نشان دهنده نمودار تغییرات آزمودنی در مقیاس افکار خودآیند است. همانطور که در شکل هم مشاهده می شود، آهنگ تغییرات در این مقیاس نسبت به سایر مقیاس های مطرح شده در این پژوهش آهسته تر می باشد و درصد کلی بهبودی مراجع ۲۲ می باشد.



شکل ۳. نمودار تغییر نمرات آزمودنی در پرسشنامه افکار خودآیند در مراحل مختلف درمانی

جدول ۲ نمرات و درصد بهبود آزمودنی را در ۱۴ خرده مقیاس درجه بندی اضطراب همیلتون در دو مرحله A و B نشان می‌دهد. جدول در زیر مقیاس های تنش با انقباض عضلانی، علائم گوارشی و نیز رفتار آزمودنی در حین مصاحبه بر اساس فاکتورهایی چون وول خوردن، جا به جا شدن یا قدم زدن، لرزش دست ها، چین خوردگی ابروها، صورت در هم کشیدن، آه کشیدن یا تند تند نفس کشیدن، پریدن رنگ صورت، قورت دادن، آروغ زدن، مردمک های اتساع یافته، پرشهای عضلانی شدید و برآمدگی چشمها بهبودی ۱۰۰٪ را نشان می‌دهد. در زیر مقیاس های خلق مضطرب، بی خوابی، ذهنی یا شناختی، جسمی و عضلانی، علائم تنفسی، علائم سیستم عصبی خودمختار ۵۰٪ بهبود و در بقیه مقیاس ها بدون تغییر بوده است (شامل ترس، خلق افسرده، علائم قلبی- عروقی، علایم دستگاه تناسلی و ادرار).

جدول ۲. نمرات و درصد بهبود آزمودنی در ۱۴ خرده مقیاس درجه بندی اضطراب همیلتون در دو مرحله A

و B

مقیاس عامل	مرحله A	مرحله B	درصد بهبود
خلق مضطرب	۲	۱	۵۰٪
تنش با انقباض عضلانی	۳	۰	۱۰۰٪
ترس	۰	۰	-
بی خوابی	۲	۱	۵۰٪
ذهنی یا شناختی	۲	۱	۵۰٪
خلق افسرده	۱	۱	-
جسمی و عضلانی	۲	۱	۵۰٪
بدنی و حسی	۲	۱	۵۰٪
علایم قلبی- عروقی	۱	۱	-
علایم تنفسی	۲	۱	۵۰٪
علایم گوارشی	۱	۰	۱۰۰٪
علایم دستگاه تناسلی و ادرار	۰	۰	-



علام سیستم عصبی خودمختار	۲	۱	۵۰٪
رفتار در حین مصاحبه	۱	۰	۱۰۰٪

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی در درمان یک مورد خاص مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر طی ۱۷ جلسه درمانی پرداخت. آزمودنی در مرحله خط پایه A و نیز جلسه پایانی (مرحله B) مقیاس اضطراب بک، مقیاس اضطراب همیلتون، پرسشنامه افکار خودآیند و پرسشنامه سلامت عمومی را پاسخ داد. هم چنین در جلسات پنجم و دهم نیز مقیاس (BAI) و (HARS) بر آزمودنی اجرا گردید.

نتایج به دست آمده حاکی از موثر بودن روش های نامبرده در کاهش اضطراب و افکار خودآیند و نیز بهبود سلامت روانی است. این نتایج هم به لحاظ آماری و هم به لحاظ بالینی معنی دار می باشند. خود گزارش دهی های مراجع نیز حاکی از مفید بودن درمان برای او بوده است. هم چنین نتایج ارزیابی های روان شناس بالینی (اندازه گیری های رفتاری، اندازه گیری نشانه ها و عملکرد اجتماعی، تحصیلی) در حین مصاحبه و مشاهدات غیر سیستماتیک، همه گویای موارد فوق است. کاهش نمره آزمودنی در مقیاس اضطراب بک از مرحله خط پایه ۴۵ به ۳۰ در جلسه پنجم (بهبود ۳۳ درصدی)، به ۱۶ در جلسه دهم (بهبود ۶۴ درصدی) و به ۱۰ در جلسه پایانی (بهبود ۷۷ درصد) نشان دهنده اثر گذاری این تکنیک ها بر درمان بوده است. هم چنین بهبود ۷۹ درصدی آزمودنی در زیر مقیاس های سلامت عمومی، بهبود ۱۰۰ و ۵۰ درصدی در زیر مقیاس های درجه بندی اضطراب همیلتون حاکی از مفید بودن این روش ترکیبی است. کاهش در فراوانی افکار خودآیند (بهبود ۲۲ درصدی) نیز به چشم می خورد که نسبت به سایر مقیاس ها، بهبودی کمتری در این مقیاس حاصل شده است.

به طور کلی، میزان تغییرات (درصد بهبود) متوسط رو به زیاد بوده است (۶۰٪) [در صورت عدم احتساب درصد بهبود در کاهش افکار خودآیند، میزان بهبود کلی به ۷۱٪ می‌رسد. با توجه به اینکه نمره میانگین افراد در مقیاس افکار خودآیند ۶۰ می‌باشد و نمره مراجع در مرحله خط پایه ۵۹ (یعنی تقریباً مساوی میانگین) است، بهبود ۲۲٪ درصدی وی قابل ملاحظه می‌باشد].

پژوهش حاضر با استمداد از برنامه درمانی شناختی- رفتاری و تکنیک های مورد استفاده در آن، تغییر باورهای بنیادین و افکار خودآیند منفی مراجع را هدف گرفته و پس از ایجاد تغییرات شناختی در وی و همزمان با آن (جلسات دهم به بعد) او را به آگاهی از محتوای شناختی و هیجانی خویش رسانده و بدین ترتیب امکان بررسی راه حل های مناسب تر جایگزین و جلوگیری از پاسخ های خودکار را برای او فراهم می کند. روش ذهن آگاهی، به علت سازوکارهای نهفته در آن، مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حساسیت زدایی، حضور در لحظه، مشاهده گری بدون داوری، رویارویی و رها سازی در تلفیق با فنون رفتار درمانی شناختی سنتی، به علت تأثیر بر این فرآیندها، در کاهش علائم بالینی اختلال اضطراب فراگیر موثر بوده و از طرفی اثربخشی درمان را در دراز مدت حفظ می کند (کلدوی، برجعلی، فلسفی نژاد، سهرابی، ۱۳۹۰).

همانطور که پیشتر نیز ذکر شد، یکی از مولفه های اساسی اختلال اضطراب فراگیر عامل نگرانی است. این پژوهش با ترکیب دو روش درمانی شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس در جلسات درمانی و با حصول نتیجه فوق الذکر (کاهش اضطراب مراجع) به وضوح نشان می دهد که این ترکیب درمانی در کاهش نگرانی و اضطراب فرد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر می باشد که این مسئله همسو با نتایج پژوهش های ایوانز، روئمر، اوسیلو و ولستاد است (ولستاد، سیورتسن، نیلسن، ۲۰۱۱؛ روئمر، اوسیلو، ایوانز، ۲۰۰۷؛ ایوانز، فراندو، فیندلر، استول، اسمارت، هاگلین، ۲۰۰۸). هم چنین در این راستا



می توان به پژوهش لگر<sup>۱</sup> و همکارانش (۲۰۰۳) اشاره نمود. یافته های پژوهشی آنان نشان می دهد که درمان شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر موثر است (لگر، لادوسر<sup>۲</sup>، دوگاس<sup>۳</sup>، فری استون<sup>۴</sup>، ۲۰۰۳).

در ایران نیز پژوهش های زیادی در زمینه اختلال اضطراب فراگیر انجام شده است. تحقیقات آذرگون و کجیاف (۱۳۸۹) موید اثر بخشی روش درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد وافکار خودآیند می باشد. هم چنین فیلی، برجعلی، سهرابی و فرخی (۱۳۹۱) در سایه تحقیقات خود، روش ترکیبی شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن را در کاهش نشخوار فکری در زنان نابارور افسرده موثر دانسته اند. بیرامی و عبدی (۱۳۸۸) نیز در پژوهش های خود به این نتیجه رسیدند که جلسات گروهی آموزشی فنون ذهن آگاهی کاهش قابل ملاحظه ای را در اضطراب امتحان دانش آموزان موجب می شود. با توجه به پژوهش های فراوان موجود در پیشینه تحقیقات و هم چنین با استناد به نتایج پژوهش حاضر به این نتیجه می رسیم که درمان شناختی- رفتاری و ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس تأثیر قابل ملاحظه ای بر علائم اختلال اضطراب فراگیر دارد.

از آنجا که نوع درمان به کار گرفته شده در این تحقیق دارای ساختاری روشن و دارای تکالیف خانگی است، توانمندی مراجع به پیگیری درمان را افزایش داده و باعث اثر بخشی معنادار تکنیک های مربوطه در تغییر وضع روانی مراجع شده است. شایان ذکر است، اجرای طرح آزمایشی تک آزمودنی از نوع A-B در یک نفر، از محدودیت های پژوهش حاضر بود که با انجام تحقیقات گسترده تر از نوع طرح های خط پایه چندگانه قابل رفع

- 
1. Leger
  2. Ladouceur
  3. Dugas
  4. Freeston

است. هم چنین پیشنهاد می شود در پژوهش های از این نوع حتماً جلسات پیگیری وجود داشته باشد تا بتوان با اطمینان از حصول نتایج ذکر شده صحبت کرد.

## منابع

- آذرگون، حسن. کجیاف، محمد باقر. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند دانشجویان افسرده دانشگاه اصفهان. *مجله روان‌شناسی دوره ۵۳*. سال چهاردهم، شماره ۱. صص، ۹۴-۷۹.
- ابرهیمی، امراله. مولوی، حسین. موسوی، غفور. برنامه‌ش، علی رضا. یعقوبی، محمد. (۱۳۸۶). ویژگیهای روان‌سنجی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سؤالی (GHQ-28) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روانپزشکی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. شماره ۹. صص، ۱۲-۵.
- بیرامی، منصور. عبدی، رضا. (۱۳۸۸). بررسی تاثیر آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب امتحان دانش آموزان. *مجله علوم تربیتی*. سال دوم، شماره ۶. صص، ۵۴-۳۵.
- دهشیری، غلامرضا. (۱۳۹۱). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر اضطراب و نگرانی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *مجله روان‌شناسی بالینی*. سال چهارم، شماره ۲. صص، ۲۷-۱۹.
- سادوک، بنیامین جیمز. سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۲۰۰۷). خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی. فرزین رضاعی (۱۳۹۰). تهران: انتشارات ارجمند.
- سرمد، زهره. بازرگان، عباس. حجازی، الهه. (۱۳۸۷). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری (چاپ پانزدهم). تهران: نشر آگه.
- فیلی، علیرضا. برجعلی، احمد. سهرابی، فرامرز. فرخی، نورعلی. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روش درمان شناختی رفتاری با روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن تیزدل بر نشخوار فکری زنان نابارور افسرده. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*. دوره ۱۷، شماره ۱. صص، ۲۱-۱۴.





کاویانی، حسین. جواهری، فروزان. بحیرایی، هادی. (۱۳۸۴). اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب: پیگیری ۶۰ روزه. *مجله تازه های علوم شناختی*. سال هفتم، شماره ۱، صص، ۵۹-۴۹.

کاویانی، حسین. موسوی، اشرف السادات. (۱۳۸۷). ویژگی های روان سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران*. دوره ۶۶، شماره ۲. صص، ۱۴۰-۱۳۶.

کلدوی، علی. برجعلی، احمد. فلسفی نژاد، محمدرضا. سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۰). اثربخشی مدل پیشگیری از بازگشت بر پایه ذهن آگاهی در پیشگیری از بازگشت و انگیزش در افراد وابسته به مواد افیونی. *مجله روان شناسی بالینی*. سال سوم، شماره ۴. صص، ۷۹-۶۹.

یعقوبی، حمید. (۱۳۸۷). غربال گری اختلالات روانی: جایگاه آزمون ها و نحوه تعیین برش و اعتبار یابی. *فصلنامه سلامت روان*. سال اول، شماره ۱. صص، ۵۱-۳۹.

یعقوبی، حمید. قائدی، غلامحسین. امیدی، عبدالله. کهنانی، شمس الدین. ظفر، مسعود. (۱۳۸۷). مطالعه مقدماتی اعتباریابی و تعیین نمره برش پرسشنامه های GHQ-28 و GHQ-12 بر روی دانشجویان جدیدالورود دانشگاه شاهد. شیراز: مجموعه مقالات چهارمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. ۴۹۲-۴۸۹.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*(4<sup>th</sup> ed). Washington D.C.

Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L., Page, A. (2003). *The treatment of anxiety disorders. Clinical guides and patient manuals*. Cambridge: University Press.

Astin, J. A. (1997). Stress reduction through mindfulness meditation: effects on psychological symptomatology, sense of control and spiritual experiences. *Journal of Psychotherapy and Psychosomatics*, 66(2), 97-106.

Bishop, S. R. (2002). What do we really know about mindfulness-based stress reduction? *Journal of Psychosomatic medicine*, 64, 71-84.

Brown, T. A., Barlow, D. H., Liebowitz, M. R. (1994). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1272-1280.

Brown, T. A., O'Leary, T. A., Barlow, D. H. (2010). *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (ed). New York: Guilford Press.

- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, Ch., Smart, C., Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 716–721.
- Fisher, P. L., Durham, R. C. (1990). Recovery rates in generalized anxiety disorders following psychological therapy: An analysis of clinically significant change in the STAI-T across outcome studies since 1990. *Journal of Psychological Medicine*, 29, 1425-1434.
- Goldberg, D. P., Hillier, V. F. (1979). A scaled version of general health questionnaire. *Journal of Psychological Medicine*, 9, 131-145.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medicine Psychology*, 32(1), 50–55.
- Hayes, A. M., Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11, 255–262.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living. New York: Delta Publishing.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Leger, E., Ladouceur, R., Dugas, M. J., Freeston, M. H. (2003). Cognitive- behavior treatment of generalized anxiety disorder among adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 327-330.
- Maier, W., Buller, R., Philipp, M., Heuser, I. (1988). The Hamilton Anxiety Scale: reliability, validity and sensitivity to change in anxiety and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 14(1), 68-61.
- Maier, W., Gansicke, M., Freybergerr, H. J., Linz, M., Huen, R., Lecrubier, Y. (2000). Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross-cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 29–36.
- Nutt, D., deMiguel, B. G., Davies, S. J. C. (2008). Phenomenology of anxiety disorders. In: Blanchard, R. J., Blanchard, D. C., Griebel, G., Nutt, D. (Eds.), *Handbook of Anxiety and Fear*, 17 (pp.365-393). Oxford: Elsevier, 365-393.
- Ogles, B. M., Lunner, K. M., Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. *Journal of Clinical Review*, 21, 421-446.
- Reibel, D. K., Greeson, J. M., Brainard, G. C., Rosenzweig, S. (2001). Mindfulness-based stress reduction and health-related quality of life in a heterogeneous patient population. *Journal of General Hospital Psychiatry*, 23(4), 183–192.
- Rodgers, M. P., Warshaw, M. G., Goisman, R. M., Goldenberg, I., Rodriguez-Villa, F., Mallya, G., et al. (1999). Comparing primary and secondary generalized anxiety disorder in a long-term naturalistic study of anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 10(1), 1-7.
- Roemer, L., Orsillo, S. M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment of generalized anxiety disorder: integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9 (1), 54–68.



- Roemer, L., Orsillo, S. M. (2007). An open trial of an acceptancebased behavior therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy*, 38, 72-85.
- Rygh, J. L., Sanderson, W. C. (2004). Treating generalized anxiety disorder: Evidenced-based strategies, tools, and techniques. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2002). Mindfulnessbased cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. New York: The Guilford Press.
- Sterling, M. (2011). General health questionnaire-28 (GHQ-28). The university of Queensland, Australia. *Journal of physiotherapy*, 57, 259-260.
- Turner, S. M., Hersen, M. (1997). Adult Psychotherapy and Diagnosis (3rd ed). New York: John Wiley & Sons.
- Vollestad, J., Sivertsen, B., Nelsen, G. H. (2011). Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 49, 281-288.
- Warner, C. M., Reigada, L. C., Fisher, P. H., Saborsky, A. L., Benkov, K. J. (2009). CBT for Anxiety and Associated Somatic Complain in Pediatric Medical Settings: An Open Study. *Journal of Clinical Psychology in Medicine Setting*, 16, 169-177.
- Witchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., Eaves, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archive of General Psychiatry*, 51(5), 355-364.