

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

فرشته مومنی<sup>۱</sup>، شهریار شهیدی<sup>۲</sup>، فرشته موتابی<sup>۳</sup>، محمود حیدری<sup>۴</sup>

تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۹/۲۲

تاریخ وصول: ۹۷/۰۶/۰۴

### چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری (الگوی بورکوک) و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم و نشانه‌ها و مولفه‌های شناختی اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفته است. پژوهش فوق یک مطالعه تجربی دارای گروه مقایسه همراه با گمارش تصادفی، پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پی‌گیری ۴ ماهه بود. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران است که دارای فرزند دختری در مقطع ابتدایی باشند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند است بدین صورت که از کلیه مدارس ابتدایی دخترانه شهر تهران، چندین مدرسه به شیوه هدفمند انتخاب شده و از مادران دانش‌آموزان خواسته شد تا پرسشنامه ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر را تکمیل نمایند. از آن دسته از مادرانی که در پرسشنامه مذکور نمره بالاتر از ۷ (نقطه برش) بدست آورده (۹۱ نفر) و سپس بوسیله مصاحبه ساختار یافته، مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده شده بودند (۳۲ نفر) خواسته شد تا در پژوهش شرکت نمایند. در این پژوهش از مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر، پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا و مقیاس چرا نگرانی به منظور سنجش استفاده شد. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که بین اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و نگرانی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری مشاهده نشد. این در حالی است که اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر باورهای مثبت درمورد نگرانی به صورت معناداری بیشتر از درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بوده است. بنابراین از نتایج پژوهش فوق اینگونه استنباط می‌شود

۱. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

momenipsy@gmail.com

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۳. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴. استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

که هر دو روش توانسته‌اند اثربخشی معناداری بر کاهش علائم و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر و برخی از مولفه‌های این اختلال داشته باشند.

**واژگان کلیدی:** اختلال اضطراب فراگیر، درمان شناختی رفتاری، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، زنان

### مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (GAD) یکی از اختلالات شایع روان‌پزشکی می‌باشد (آندریوز و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰). این اختلال به صورت اضطراب افراطی و نگرانی<sup>۳</sup> ذهنی غیر قابل کنترل تعریف می‌شود که در طول مدت ۶ ماه و اغلب روزها مشاهده می‌شود. علائم GAD شامل بی‌قراری، تحریک‌پذیری، انقباض عضلانی، خستگی، آشفتگی در خواب و اشکال در تمرکز می‌باشد (انجمن روان پزشکی آمریکا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). مطابق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۵</sup> تقریباً ۱۲ درصد از بیماران که به کلینیک‌های روان پزشکی مراجعه می‌کنند دچار GAD می‌باشند. این اختلال از نظر شیوع در رتبه دوم و پس از افسردگی قرار دارد و در زنان احتمال ابتلا به آن ۲ برابر مردان است. در ایران پژوهش‌های همه‌گیر شناسی نشان داده است که در میان اختلالات اضطرابی، GAD بیشترین میزان شیوع را دارد (امیدی، طباطبایی، سازو و عکاشه، ۱۳۸۲).

ابتلا به GAD مسائل و مشکلات عدیده‌ای برای فرد به وجود می‌آورد؛ از جمله مشکل در برقراری روابط بین فردی و کیفیت آن، احساس ضعف و بی‌کفایتی، ناتوانی در تنظیم هیجانات و کاهش عملکرد فرد در زمینه تحصیلی، شغلی، زناشویی، خانوادگی و والدگری (باررا و نورتون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۹).

با وجود شیوع بالا و پیامدهای منفی GAD، مطالعات پیرامون این اختلال و درمان آن، جزء کمترین مطالعات صورت گرفته در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی می‌باشد (کاسیدی، لیتچنستین، سیراوا، توماس و بورکوک<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹). بنابراین پرداختن به روش‌های

- 
1. Generalized Anxiety Disorder (GAD)
  2. Shannon
  3. worry
  4. American Psychiatric Association
  5. Diagnostic and Statistical Manual for Psychiatric Disorders
  6. Barrera & Norton
  7. Cassidy, Lichtenstein, Sibrava, Thomas & Borkovec

درمانی اثربخش از جایگاه مهمی برخوردار بوده و بایستی مورد توجه قرار گیرد. دورویکرد مهم و اصلی در درمان این اختلال، دارو درمانی و رواندرمانی است. در میان روش‌های رواندرمانی، روش شناختی رفتاری اثربخشی بالایی داشته به گونه‌ای که اثربخشی آن در پژوهش‌های مختلف ثابت شده و جزء درمان‌های استاندارد برای این اختلال محسوب می‌شود. درمان شناختی رفتاری الگوهای درمانی متعددی برای اختلال اضطراب فراگیر داشته که هر کدام بر اساس تبیین سبب شناسانه این اختلال می‌باشد. اما نگاهی به درمان شناختی رفتاری نشان می‌دهد که علی‌رغم کارایی بسیار، این درمان قادر به تحت پوشش دادن همه مولفه‌های شناختی مذکور در این اختلال نبوده و این عامل باعث می‌شود که حتی پس از درمان تعدادی از علائم و نشانه‌ها و مولفه‌های شناختی و هیجانی اختلال همچنان درمان نشده باقی بمانند (بورکوک، نیومن، کاستونگوی، ۲۰۰۴). همچنین درمان شناختی رفتاری در مورد اختلال اضطراب فراگیر شامل دستور کارهای متفاوت بوده که هر کدام از آنها بر بخشی از مولفه‌ها تاکید نموده و همه آنها را تحت پوشش قرار نداده‌اند. علاوه بر این اکثر مطالعات صورت گرفته در درمان این اختلال تنها به کاهش یا رفع علائم و نشانه‌ها پرداخته و اثربخشی درمان بر عوامل و مولفه‌های مهم که در بالا به آن اشاره شد را بررسی ننموده‌اند. از میان الگوهای درمانی مختلف شناختی رفتاری، درمان بر اساس الگوی بورکوک جزء درمانهای دارای حمایت تجربی قوی<sup>۱</sup> برای این اختلال محسوب می‌شود و درمان استاندارد<sup>۲</sup> به حساب می‌آید (چمبلس و همکاران، ۱۹۹۸).

در سال‌های اخیر علاوه بر رویکردهای شناختی رفتاری در درمان اختلال اضطراب فراگیر که عمدتاً تکیه بر تغییر افکار و نگرش‌های بیمار دارند، روش‌های درمانی دیگری نیز مطرح شدند از جمله درمان‌های مبتنی بر پذیرش و ذهن آگاهی که از آنها به عنوان موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری، تعبیر شده‌است. در این روش‌ها تاکید اصلی بر پذیرفتن افکار، احساسات و حالات بدنی و تجارب لحظه به لحظه فرد بوده و برخلاف درمان شناختی رفتاری، تغییر نمودن افکار بیمار مد نظر قرار نمی‌گیرد. اساساً در این روش‌ها فرض بر آن است که فرد بواسطه پذیرفتن افکار و احساسات خود و عدم قضاوت در مورد آنها به بهبودی می‌رسد. طی چند سال اخیر پژوهش‌ها در مورد ذهن آگاهی<sup>۳</sup> و مطالعات مبتنی بر

1. Empirically supported treatment
2. Gold standard
3. mindfulness

ذهن آگاهی افزایش پیدا کرده است (باثر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۳؛ چیسا و سراتی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۰). ذهن آگاهی به صورت یک واژه روانشناختی تعریف می‌شود که به معنای توجه نمودن به لحظه حاضر بدون آگاهی قضاوت‌مندانانه در مورد تجارب درونی و بیرونی می‌باشد (کابات زین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۳). یکی از مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی که توجه زیادی را به خود معطوف داشته است درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۴</sup> (MBCT) است. MBCT بر اساس چهارچوب تئوریک از تئوری پردازش اطلاعات برمی‌آید و جنبه‌هایی از درمان شناختی رفتاری برای اختلال افسردگی اساسی را با برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی که بوسیله کابات زین ایجاد شده است یکپارچه سازی می‌کند. در طی سال‌های اخیر MBCT به عنوان یک مدل درمانی به منظور کاهش علائم اضطراب پیشنهاد شده است و آموزش آگاهی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند در افراد مبتلا به GAD موثر باشد. رومر و اورسیلو (۲۰۰۷) اشاره می‌کنند از آنجا که نگرانی، آینده محور می‌باشد، آموزش آگاهی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند یک شیوه جایگزین در جهت کاهش نگرانی باشد. با وجود آنکه مطالعات زیادی در خصوص اثربخشی MBCT بر پیش‌گیری از عود افسردگی صورت گرفته اما اثربخشی آن بر کاهش علائم اضطراب در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی کمتر بررسی شده است. اولین مطالعه توسط اوانتز<sup>۵</sup> و همکاران (۲۰۰۸) با هدف اثربخشی MBCT بر GAD انجام شد. نتایج نشان داد که پس از اجرای درمان، کاهش معناداری در نمرات اضطراب و افسردگی بک، PSWQ و POMS مشاهده گردید. برای توضیح بیشتر پیرامون معناداری بالینی این یافته‌ها بایستی بیان نمود که که ۵ آزمودنی (۴۵ درصد) از نمره معنادار بالینی در مقیاس (متوسط - شدید) در مقیاس اضطراب بک به دامنه غیر بالینی رسیدند. نهایتاً نتایج تحلیل آماری حاکی از افزایش در حالات ذهن آگاهانه در زندگی روزانه بیماران بوده است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش که تعمیم نتایج را دچار مشکل ساخته است کم بودن حجم نمونه و نبود گروه کنترل عنوان شده است.

1. Bear
2. Chiesa & Serreti
3. Kabbat-zinn
4. Mindfulness based cognitive therapy
5. Evantz

مطالعه دیگری توسط کرایج، ریس و مارش<sup>۱</sup> (۲۰۰۸) انجام شد. اهداف پژوهش شامل بررسی اثربخشی MBCT بر GAD و تغییر علائم و بهبود نگرانی مرضی در این بیماران بوده است. نتایج حاکی از بهبود معنادار در میزان نگرانی مرضی، استرس و کیفیت زندگی بوده که در مرحله پس آزمون نیز حفظ شده است. همچنین میزان ریزش بیماران کم و درمان MBCT به عنوان مداخله ای معتبر و قابل پذیرش ارزیابی شد. از جمله محدودیت‌های ذکر شده در این پژوهش فقدان گروه کنترل بوده است که اعتبار درونی پژوهش را با مشکل مواجه نموده است.

مطالعه دیگر توسط کیم<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹) با هدف بررسی اثربخشی درمان MBCT به عنوان درمان کمکی همراه با دارودرمانی در بیماران مبتلا به اختلال پانیک و GAD انجام شد. نتایج نشان داد که درمان MBCT بهبود معناداری را نسبت به درمان ADE در نمرات اضطراب و افسردگی نشان داده است. همچنین در گروه MBCT نیز زیر مقیاس وسواس-اجبار و فویا در SCL-90 بهبود معناداری را نشان داده است. این پژوهش فاقد پی‌گیری بوده و این امر از جمله محدودیت‌های پژوهش عنوان شده است.

در هر کدام از پژوهش‌های ذکر شده، حجم نمونه‌اندک، نبودن گروه کنترل و پی‌گیری، قابلیت اطمینان و تعمیم پذیری نتایج را با مشکل مواجه نموده است؛ علاوه بر این، با توجه به اینکه هدف و تکنیک‌ها در دو درمان فوق متفاوت است به گونه ای که در درمان شناختی رفتاری، تغییر افکار، هیجانات و احساسات بدنی و در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، پذیرش این مقوله‌ها مدنظر است؛ از اینرو به نظر می‌رسد اجرای این درمان و مقایسه اثرات درمانی آن با یک درمان دارای پشتوانه تجربی محکم (شناختی رفتاری الگوی بورکوک) لازم و ضروری است. لذا در این پژوهش هدف آن است که به مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی که شیوه درمانی جدیدتری است با درمان شناختی رفتاری بر اساس الگوی بورکوک (درمان استاندارد اختلال اضطراب فراگیر)، در کوتاه مدت و پی‌گیری طولانی مدت پرداخته شود. پژوهش فوق با هدف پاسخگویی به سوالات زیر انجام شده است:

1. Craige, Rees & Marsh
2. Kim

- ۱- آیا میان اثربخشی دو روش شناختی-رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش شدت علائم و نشانه‌ها در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تفاوت وجود دارد؟
- ۲- آیا میان اثربخشی دو روش شناختی-رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش شدت نگرانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تفاوت وجود دارد؟
- ۳- آیا میان اثربخشی دو روش شناختی-رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش باورهای مثبت در مورد نگرانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تفاوت وجود دارد؟

### روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی دارای گروه مقایسه همراه با گمارش تصادفی، پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پی‌گیری ۴ ماهه است. در این پژوهش درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان متغیر مستقل در نظر گرفته شده و اثربخشی آن‌ها بر علائم و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر، هر کدام از میانجی‌های این اختلال، کیفیت زندگی، افسردگی و رابطه والد-کودک به عنوان متغیرهای وابسته مورد مقایسه قرار می‌گیرد. این پژوهش از نوع تحقیقات تطبیقی یا اثربخشی نسبی است. در این مطالعات به جای مقایسه یک درمان با گروه کنترل بدون درمان یا در لیست انتظار (اثربخشی مطلق)، دو روش درمانی را با یکدیگر بر اساس مقیاس‌های پیامد مقایسه می‌کنند. جامعه پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران است که دارای فرزند دختری در مقطع ابتدایی باشند. روش نمونه‌گیری به صورت هدفمند است بدین صورت که از کلیه مدارس ابتدایی دخترانه منطقه ۱ و ۳ شهر تهران، چندین مدرسه به شیوه هدفمند انتخاب شده و از آن دسته از مادرانی که در پرسشنامه GAD-7 نمره بالاتر از ۷ (نقطه برش) بدست آورده (تعداد ۹۱ نفر) و سپس بوسیله مصاحبه نیمه ساختار یافته، مبتلا به GAD تشخیص داده شده‌بودند (۳۲ نفر) خواسته شد تا در پژوهش شرکت نمایند. پس از آن فرم رضایت‌نامه کتبی در اختیار آن‌ها قرار گرفته و در صورت موافقت و امضای فرم بیماران به عنوان نمونه پژوهش وارد درمان شدند. ملاک‌های ورود پژوهش عبارتند از: داشتن

تشخیص اختلال اضطراب فراگیر با استفاده مصاحبه نیمه ساختاریافته بالینی. ملاک‌های خروج پژوهش نیز عبارت بود از:

۱- داشتن اختلال شخصیت شدید بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR). منظور از اختلال شخصیت شدید طبق نظر میلون (به نقل از شریفی، ۱۳۹۱) اختلال شخصیت مرزی، اسکیزوتیپال و پارانوئید است.

۲- ابتلا به اختلالات سایکوتیک و دوقطبی که با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته بالینی تشخیص داده می‌شوند.

۱- همزمان تحت درمان روان‌شناختی یا دارویی بودن.

۲- سابقه درمان روان‌شناختی پیش از پژوهش.

۳- داشتن بیماری جسمانی ناتوان کننده به صورتی که شرکت در گروه را با مشکل مواجه کند.

۴- اعتیاد به الکل یا مواد مخدر.

ابزارهای اندازه گیری پژوهش به این شرح بودند:

مصاحبه نیمه ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I. مصاحبه بالینی نیمه ساختاریافته برای اختلالات محور I، یک ابزار جامع استاندارد شده برای ارزیابی اختلالات اصلی روانپزشکی بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV است که برای مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است. این مصاحبه که توسط فرست<sup>۱</sup>، اسپیتزر<sup>۲</sup>، گیبون، ویلیامز (به نقل از شریفی و همکاران، ۱۳۸۴) تهیه شده انعطاف پذیر بوده و اجرای آن به قضاوت بالینی مصاحبه گر درباره پاسخ‌های مصاحبه شونده وابسته است. تران<sup>۳</sup> و هاگا<sup>۴</sup> (۲۰۰۷) ضریب کاپای ۰/۶ را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند. شریفی، اسعدی، محمدی و همکاران (۱۳۸۴) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ای ۲۲۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۰/۶). توافق کلی (کاپای مجموع بررسی کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵) بدست آمده نیز خوب بود

- 
1. First
  2. Spitzer
  3. Tran
  4. Hagga

مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر<sup>۱</sup>. مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر (اسپیتزر<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۶) به عنوان یک مقیاس تشخیصی کوتاه که بتواند موارد احتمالی اختلال اضطراب فراگیر را شناسایی کرده و شدت نشانه‌های بالینی را نیز مشخص نماید ساخته شده است. این مقیاس دارای ۷ سوال است که هر کدام از ۰ تا ۳ به صورت لیکرت نمره گذاری می‌شود. اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) همسانی درونی این مقیاس را فوق العاده (آلفای کرونباخ ۰/۹۲) و پایایی آزمون-باز آزمون آن را خوب (۰/۸۳) گزارش نموده‌اند. در ایران مطالعه‌ای توسط نائینیان و همکاران (۱۳۸۸) با هدف بررسی ویژگی‌های روان سنجی مقیاس GAD-7 صورت گرفت که آلفای کرونباخ مقیاس برابر ۰/۸۵ و پایایی آزمون-باز آزمون برابر ۰/۴۸ بدست آمد.

پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا<sup>۳</sup>. پرسشنامه نگرانی ایالت پنسیلوانیا که توسط میرز<sup>۴</sup>، میلر<sup>۵</sup>، متزیر<sup>۶</sup> و بارکوک (۱۹۹۰) تدوین شد دارای ۱۶ گویه پنج گزینه‌ای (اصلاً صدق نمیکند تا کاملاً صدق میکند) است. که برای ارزیابی گرایش افراد به نگرانی عادی و افراطی ساخته شده و صفت نگرانی را قبل و بعد از درمان ارزیابی می‌کند. در ایران، شیرین زاده دستگیری (۱۳۸۵) همسانی درونی آن با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۸۶ و به روش بازآزمایی با چهار هفته فاصله را ۰/۷۷ گزارش نمود. این ابزار برای اندازه‌گیری شدت نگرانی در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس چرا نگرانی<sup>۷</sup>. این پرسشنامه توسط هولوکا<sup>۸</sup>، داگاس<sup>۹</sup>، فرانسیس<sup>۹</sup> و لاگاسن<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۰) برای سنجش باورهای مثبت افراد مبتلا به GAD درباره کارکردهای نگرانی طراحی شده است. این مقیاس شامل ۲۵ سوال و ۵ زیر مقیاس است. پژوهش هولوکا و همکاران (۲۰۰۰) نشان داد که این مقیاس ثبات درونی بسیار بالایی دارد (۰/۹۳) و ضریب پایایی آزمون-باز آزمون آن به فاصله ۶ هفته ۰/۸ بوده است. پژوهش حمیدپور، اندوز و

1. Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)
2. Spitzer
3. Penn state Worry Questionnaire (PSWQ)
4. Meyer
5. Miller
6. Metzger
7. Why Worry –II (WW-II)
8. Holowka
9. Francis
10. Lauggesen



اکبری (گزارش نهایی در دست تهیه) نشان داد که این مقیاس همسانی درونی خوبی دارد (۰/۸) و ضریب پایایی آزمون-باز آزمون آن به فاصله ۲ ماه ۰/۷۹ بود. در این پژوهش ابزار فوق برای سنجش باورهای مثبت افراد مبتلا به GAD درباره نگرانی به کاررفته است. شیوه اجراء: مدارس در ابتدا توسط روش هدفمند انتخاب شدند بدین ترتیب که از ۲ مدرسه که آمادگی همکاری در پژوهش فوق را داشتند دعوت شد تا در طرح پژوهشی شرکت نمایند. در ابتدا طی یک فراخوان مادران به جلسه ای با حضور محقق دعوت شدند. در این جلسه از مادران دانش آموزان خواسته شد تا پرسشنامه 7-GAD را تکمیل نمایند. پس از آن، از گروهی که در این پرسشنامه نمره بالاتر از نقطه برش را دریافت کردند مصاحبه نیمه ساختار یافته برای تشخیص اختلال محور I به عمل آمد. به منظور اطمینان از عدم ابتلا به اختلال محور II، پرسشنامه بالینی چند محوری میلون (MCMI-II) بر روی آنها اجرا شده و افرادی که اختلال شخصیت شدید داشتند (طبق نظر میلون اختلال شخصیت مرزی، اسکیزوتایپال و پارانوئید (به نقل از شریفی، ۱۳۸۶) از پژوهش کنار گذاشته شدند. در صورت تطبیق ملاک‌های ورود و خروج پژوهش با ویژگی‌های آزمودنی، از او خواسته می‌شد تا در طرح پژوهش شرکت نمایند. پس از آن فرم رضایتنامه کتبی در اختیار آنها قرار می‌گرفت و در صورت موافقت و امضای فرم، به عنوان نمونه پژوهش وارد درمان می‌شدند. شیوه تخصیص آزمودنی‌ها در گروه‌ها به صورت تصادفی بوده است به این صورت که پس از اعلام آمادگی برای شرکت در گروه درمانی و اخذ رضایتنامه کتبی از مادران، آنها به صورت تصادفی در دو گروه درمان شناختی-رفتاری (تعداد ۱۶ نفر) با درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (تعداد ۱۶ نفر) قرار داده شدند. یکی از گروه‌های آزمایشی تحت ۱۰ جلسه درمان شناختی رفتاری بر طبق الگوی بورکوک قرار گرفت و دیگری ۸ جلسه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (بر طبق برنامه درمانی سگال و همکاران، ۲۰۰۲) را دریافت کرد. جلسات درمانی به صورت گروهی و هفتگی و به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد. ۴ ماه پس از اتمام درمان از شرکت کنندگان پس آزمون به عمل آمد. لازم به ذکر است در اواسط جلسات، ۱ نفر در گروه شناختی رفتاری بعلت بیماری جسمانی و در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز ۱ نفر بعلت تغییر منزل، درمان را رها نموده و تحلیل نتایج نهایتاً بر روی ۳۰ نفر صورت گرفت.

## یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه شناختی رفتاری ۳۴/۴۶ و انحراف استاندارد آن ۳/۴۴ و در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز میانگین سنی ۳۳/۷۳ و انحراف استاندارد ۳/۶۳ بوده است. علاوه بر این در گروه شناختی رفتاری ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) و در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ۶ نفر (۴۰ درصد) شاغل هستند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد علائم و نشانه‌های GAD در دو گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

تعداد	انحراف استاندارد	میانگین	گروه			
۱۵	۱/۹۵	۱۰/۲۶	CBT	پیش‌آزمون	علائم و نشانه‌های GAD	
۱۵	۲/۰۲	۱۰/۴۰	MBCT			
۱۵	۰/۷۴	۳/۵۳	CBT	پس‌آزمون		
۱۵	۰/۷۹	۳/۲۶	MBCT			
۱۵	۰/۸۹	۴/۳۳	CBT	پی‌گیری		
۱۵	۰/۷۹	۴/۴۰	MBCT			
۱۵	۶/۲۲	۵۲/۲	CBT	پیش‌آزمون		نگرانی
۱۵	۶/۸۰	۵۳/۱۳	MBCT			
۱۵	۴/۹۰	۳۵/۰۶	CBT	پس‌آزمون		
۱۵	۶/۵۲	۳۵/۶۰	MBCT			
۱۵	۵/۵۴	۳۵/۵۴	CBT	پی‌گیری		
۱۵	۶۰/۰۶	۳۳/۰۶	MBCT			
۱۵	۷/۱۵	۷۱/۰۶۶	CBT	پیش‌آزمون	باورهای مثبت در مورد نگرانی	
۱۵	۷/۰۸	۷۱/۴۶	MBCT			
۱۵	۴/۷۷	۳۶/۷۳	CBT	پس‌آزمون		
۱۵	۶/۶۷	۶۵/۲۶	MBCT			
۱۵	۳/۷۹	۳۵/۸۶	CBT	پی‌گیری		
۱۵	۴/۵۰	۳۵/۱۳	MBCT			

برای تحلیل نتایج از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از به کارگیری تحلیل پیش فرض تحلیل یعنی پیش فرض تساوی واریانس‌ها و همسانی ماتریس کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون لوین نشان داد که در تمام متغیرها تفاوت معناداری بین واریانس‌ها وجود ندارد بنابراین پیش فرض تساوی واریانس‌ها برقرار است.

( $P=0/97, F=0/001$ ). همچنین آزمون باکس به منظور بررسی ماتریس کواریانس‌ها نشان داد که کواریانس‌ها در دو گروه برابرند ( $P=0/93, F=0/31$ ). از آنجا که پیش فرض استفاده از آزمون اندازه گیری مکرر، همگنی ماتریس کواریانس متغیر وابسته است، آزمون موجلی مورد استفاده قرار گرفت که نتایج حاصل از آن نشانگر معنادار نبودن این آزمون و برقراری همگنی ماتریس واریانس متغیر وابسته بود. بنابراین نتیجه می‌شود که می‌توان از آزمون اندازه گیری مکرر استفاده نمود.

نتایج حاصل از آزمون کرویت مفروض (موجلی) به منظور بررسی معنادار بودن مدل کلی چند متغیری در ارتباط با نمرات علائم و نشانه‌های GAD در زمان‌های مختلف نشان می‌دهد که با میزان خن دو ۱۵/۹۳ و معناداری ۰/۰۰۱ شرط کرویت برقرار نیست بنابراین نتایج آزمون گرینهاوس-گیسر در جدول ۲ گزارش می‌شود.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس برای علائم و نشانه‌های GAD

اثر	درجه آزادی	F	معناداری	قدرت مشاهده شده	اندازه اثر
زمان	۲	۲۸۰/۰۹۶	$0/001 <$	۱/۰۰	۰/۹
زمان و گروه	۲	۰/۲۲	۰/۷۱	۰/۰۸۴	۰/۰۸
خطا	۵۸				

همان گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود اثرات درون آزمودنی حاصل از آزمون گرینهاوس-گیسر برای علائم و نشانه‌های GAD معنادار بوده است. میزان F در مورد اثرات مستقیم (زمان) معنادار است اما این میزان در ارتباط با اثرات تعاملی (زمان و گروه) معنادار نمی‌باشد. این بدان معناست که علائم و نشانه‌های GAD در سطح درون آزمودنی بین سه مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری) تفاوت معنادار داشته اما در دو گروه CBT و MBCT از تفاوت معناداری برخوردار نیست.

نتایج حاصل از آزمون کرویت مفروض (موجلی) به منظور بررسی معنادار بودن مدل کلی چند متغیری در ارتباط با نمرات نگرانی در زمان‌های مختلف نشان می‌دهد که با میزان خن دو ۹/۲۴ و معناداری ۰/۰۱ شرط کرویت برقرار نیست بنابراین نتایج آزمون گرینهاوس-گیسر در جدول ۳ گزارش می‌شود.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس برای شدت نگرانی

اثر	درجه آزادی	F	معناداری	قدرت مشاهده شده	اندازه اثر
زمان	۲	۱۷۱/۱۲	۰/۰۰۱<	۱/۰۰	۰/۸۵
زمان و گروه	۲	۲/۲۹	۰/۱۲۴	۰/۴۴	۰/۰۷۶
خطا	۵۸				

همان گونه که در جدول مشاهده می‌شود اثرات درون آزمودنی حاصل از آزمون کرویت برای شدت نگرانی معنادار بوده است. میزان F در مورد اثرات مستقیم (زمان) معنادار اما در ارتباط با اثرات تعاملی (زمان و گروه) معنادار نیست. این بدان معناست که علائم و نشانه‌های GAD در سطح درون آزمودنی بین سه مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری) تفاوت معنادار داشته اما در دو گروه CBT و MBCT از تفاوت معناداری برخوردار نیست.

نتایج حاصل از آزمون موجلی به منظور بررسی معنادار بودن مدل کلی چند متغیری در ارتباط با نمرات علائم و نشانه‌های GAD نشان می‌دهد که با میزان خی دو ۳/۲۸ و معناداری ۰/۱۹۴ شرط کرویت برقرار است که نتایج آن در جدول ۴ گزارش می‌شود.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس برای باورهای مثبت در مورد نگرانی

اثر	درجه آزادی	F	معناداری	قدرت مشاهده شده	اندازه اثر
زمان	۲	۷۵۴/۵۱	۰/۰۰۱<	۱/۰۰	۰/۹۶
زمان و گروه	۲	۱۷۱/۱۷۵	۰/۰۰۱<	۱/۰۰	۰/۸۵
خطا	۵۶				

همان گونه که در جدول مشاهده می‌شود اثرات درون آزمودنی حاصل از آزمون کرویت برای متغیر باورهای مثبت در مورد نگرانی معنادار بوده است. میزان F در مورد اثرات مستقیم (زمان) و هم در ارتباط با اثرات تعاملی (زمان و گروه) معنادار است. این بدان معناست که باورهای مثبت در مورد نگرانی در سطح درون آزمودنی بین سه مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری) تفاوت معنادار داشته و همچنین در دو گروه CBT و MBCT از تفاوت معناداری برخوردار بوده است.

## بحث و نتیجه گیری

پژوهش فوق با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم و نشانه‌ها، نگرانی و باورهای مثبت در خصوص آن انجام شده است. نتایج پژوهش نشان داد که بین دو درمان فوق در خصوص کاهش علائم و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر تفاوت معناداری مشاهده نشده است. در تبیین این یافته می‌توان به عناصر مشترک در اثربخشی دو درمان و عوامل اختصاصی اشاره نمود. یکی از عناصر مشترک در هر دو درمان، تکالیف خانگی است. در هر دو درمان انجام تکالیف خانگی و ارائه نتایج آن در جلسه بعد، جزء عناصر اصلی در درمان می‌باشد. این امر باعث می‌شود تا مراجع تا هفته آینده به نوعی در جریان موارد مطرح شده در جلسه بوده و آن را در موقعیت‌های مختلف زندگی روزانه اجراء نماید و این امر، پایداری درمان را نیز بیشتر می‌کند. مورد دوم در اثربخشی هر دو درمان تاکید بر نحوه ارتباط با افکار و هیجانات است. یکی از تئوری‌های قابل استناد در سبب شناسی اختلالات روانی، تغییر نحوه مواجهه فرد با افکار و هیجانات است و در هر دو درمان مذکور، ارتباط فرد با افکار و هیجانات خود از حالت نابهنجار خارج شده و به حالت طبیعی نزدیک می‌شود. علاوه بر این، در هر دو درمان تنظیم هیجانات فرد دستخوش تغییر شده و این امر باعث بهبودی می‌شود. همچنین در هر دو درمان، اجتناب فرد (هر چند به دو شیوه متفاوت) کاهش می‌یابد و همان طور که قبلاً اشاره شد، خصوصاً در اختلالات اضطرابی، افزایش اجتناب نقش بارز و مهمی در شروع و تداوم اختلال دارد. در هر دو درمان مکرراً به بکارگیری تکنیک‌ها اصرار می‌شود؛ از آنجا که پس از بکار بردن مکرر تکنیک‌های موجود در زندگی روزمره، و تغییر در تنظیم هیجانات، اجتناب و نحوه ارتباط با افکار، این الگو آموخته می‌شود، اثر آن در دراز مدت نیز پایدار می‌ماند از اینرو اثربخشی هر دو درمان در مرحله پی‌گیری نیز حفظ شده است.

در خصوص اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم اضطراب فراگیر در پس آزمون و پی‌گیری، یافته‌ها در تایید یافته‌های کارتر، میچل و اسپروکو (۲۰۱۲)، کریست-کریستف (۲۰۱۱)، براون، بارلو و لیوبینز (۱۹۹۴)، بارکوک و کاستلو (۱۹۹۳)، لاداسر و همکاران (۲۰۰۰)، داگاس و همکاران (۲۰۰۵)، اریکسون و نیومن (۲۰۰۵) و بورکوک (۲۰۰۶) می‌باشد. در تبیین نتایج حاصل از اثر بخشی درمان شناختی رفتاری بایستی عنوان شود که تاکید این درمان بر کاهش باورهای اضطراب آمیز، خطاهای شناختی، افکار

خودآیند منفی و راه‌های مقابله با آن‌ها است. از آنجا که بنا بر گفته هیمبرگ، تورک و منین (۲۰۰۴) در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر خطاهای شناختی فراوان به چشم می‌خورد تاکید بر اصلاح خطاهای شناختی و افکار اضطراب‌آمیز، نقش مهمی در کاهش اضطراب دارد که در این درمان بر آن تاکید فراوانی می‌شود. همچنین برای اینکه فرد بتواند افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث‌های منظم در جلسات و تکالیف رفتاری سازمان یافته استفاده می‌شود. اصلاح خطاهای شناختی و بازسازی شناختی، تاثیر مداومی بر کاهش علائم و نشانه‌ها داشته و این اثر در درازمدت نیز حفظ شده است.

در خصوص اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم و نشانه‌های اختلال اضطراب فراگیر در پس‌آزمون و پی‌گیری بایستی عنوان نمود که نتایج پژوهش اخیر مطابق با یافته‌های شاپیرو و همکاران (۱۹۹۸)، اوانتز و همکاران (۲۰۰۸)، کرایج و همکاران (۲۰۰۸) و کیم و همکاران (۲۰۰۹) بوده است. کارایی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب از چند جنبه قابل بررسی است. بنا بر نظر بائر (۲۰۰۳) ذهن آگاهی روشی است برای ارتباط بهتر با زندگی که می‌تواند حالات اضطرابی را تسکین داده و زندگی را معنادار نماید. ذهن آگاهی این کار را با هماهنگ شدن با تجربه لحظه به لحظه و ارائه بینش مستقیم در مورد نقش ذهن در ایجاد دلشوره‌های بی‌مورد انجام می‌دهد (سیگل، ۲۰۱۰). با انجام تمرینات ذهن آگاهی افراد متوجه این موضوع می‌شوند که افکار و هیجانات واقعیت نیستند و افکار فقط فکر و هیجانات فقط هیجان هستند. نتیجتاً به آن‌ها یاد داده می‌شود که افکار و هیجانات خود را در هر لحظه فقط مشاهده کنند و نیستند. علاوه بر این آموزش ذهن آگاهی موجب کاهش تجارب اجتنابی و تمایل به تجربه احساسات نامطلوب بدنی، هیجانات و افکار می‌شود. در زمان آموزش ذهن آگاهی و با استفاده از تمرینات مختلف که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و داشتن نگرش همراه با پذیرش و به دور از قضاوت بود، سعی بر این بود که رابطه فرد با افکار، احساسات و عواطفش تغییر کند که در نتیجه آن اجتناب فرد از موقعیت‌های اضطراب‌آور کاهش می‌یابد. تغییر نحوه ارتباط با افکار، احساسات و حس‌های بدنی، در درازمدت پایدار مانده و نتایج درمان حفظ شده است.

در تایید اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نگرانی، یافته‌ها در تایید یافته‌های کریست-کریستف (۲۰۱۱)، براون، بارلو و لیوینز (۱۹۹۴)، بارکوک و کاستلو (۱۹۹۳)،

لاداسر و همکاران (۲۰۰۰)، داگاس و همکاران (۲۰۰۴)، اریکسون و نیومن (۲۰۰۵) می باشد. همان گونه که بیان شد نگرانی هسته اصلی اختلال اضطراب فراگیر است که تقریباً در تمامی مبتلایان به این اختلال مشاهده می شود. بورکوک و اینز (۱۹۹۰) ادعا کردند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به همین علت در مورد موضوع‌های نسبتاً سطحی هم نگران می‌شوند. زیرا این فرایند به آنها کمک می‌کند تا از موضوعات آسیب‌زای گذشته اجتناب کنند. با توجه به هسته‌ای بودن نگرانی در این اختلال بنابراین کاهش علائم و نشانه‌ها باعث کاهش شدت نگرانی می‌شود.

نتایج تحلیل‌های توصیفی و استنباطی مذکور مبین آن است که میان اثربخشی دو روش شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش باورهای مثبت در مورد نگرانی در مرحله پس از آزمون تفاوت وجود دارد. در گروه شناختی-رفتاری در مرحله پس از آزمون، شدت باورهای مثبت در مورد نگرانی به صورت معنادار و قابل توجهی نسبت به گروه شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی کاهش پیدا کرده است.

در خصوص کاهش باورهای مثبت در مورد نگرانی بایستی عنوان نمود که نتایج پژوهش حاضر در تایید یافته‌های لاداسر و همکاران (۲۰۰۰)، داگاس و همکاران (۲۰۰۴)، اریکسون و نیومن (۲۰۰۵) می باشد. بنابر الگوی داگاس در مورد اختلال اضطراب فراگیر (۲۰۰۴) افراد اغلب می‌پندارند که نگرانی موجب بهبود حل مساله، افزایش انگیزه و محافظت در برابر هیجان‌های منفی می‌شود و یک خصیصه شخصیتی مثبت است که آنها را از پیامدهای منفی دور می‌کند. در نتیجه، ممکن است برخی افراد از نگرانی به عنوان یک وسیله موثر برای کنترل بیشتر در موقعیتها استفاده کنند و بتوانند پیامدهای احتمالی یک موقعیت را پیش بینی کنند (داگاس، بوهر، لاداسر، ۲۰۰۴). باورهای مثبت افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در خصوص نگرانی باعث تداوم نگرانی و نتیجتاً تداوم این اختلال در آنها می‌شود. در الگوی درمانی داگاس برای این اختلال به اصلاح باورهای فرد در مورد نگرانی پرداخته می‌شود حال آن که در مدل بورکوک عملاً به صورت غیر مستقیم به اصلاح باورهای فرد در مورد نگرانی پرداخته می‌شود. این مدل دارای مولفه‌هایی می باشد که به نظر می‌رسد در کاهش باورهای مثبت فرد در خصوص نگرانی موثر واقع شده است. در این مدل از تکنیک‌های شناختی استفاده می‌شود. در این تکنیک‌ها به آشناسازی فرد با اختلال اضطراب فراگیر، آشناسازی او با اصول اولیه درمان شناختی رفتاری و اصلاح باورهای غلط درباره ماهیت

اضطراب پرداخته می‌شود؛ علاوه بر این تکنیک‌های بازسازی شناختی نیز به فرد کمک می‌کند تا با به چالش کشیدن افکار و باورهای ناکارآمد افراد از طریق دیالوگ سقراطی و اکتشاف هدایت شده، در برابر آن‌ها مقابله نمایند. علاوه بر این، استفاده از تکنیک‌های شناختی در درمان شناختی-رفتاری به بیماران کمک می‌کند تا دیدگاه واقع‌گرایانه‌تری نسبت به جنبه‌های شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک این اختلال پیدا کنند یکی از جوانب شناختی این اختلال باورهای مثبت فرد در خصوص نگرانی است که با به کارگیری تکنیک‌های شناختی اصلاح می‌شود. علاوه بر این اصلاح این باورها را می‌توان به گونه دیگری نیز توجیه نمود. با توجه به این که درمان شناختی-رفتاری نقش بسیار موثری در کاهش نگرانی دارد می‌توان بیان نمود که هنگامی که فرد متوجه کاهش نگرانی خود شده و متوجه این قضیه می‌شود که می‌تواند بدون نگرانی نیز به زندگی خود ادامه داده و علاوه بر این به گونه موثرتری نیز با مشکلات و مسائل موجود در زندگی خویش مواجه شود باورهای مثبت او در خصوص نگرانی نیز اصلاح می‌شود چرا که به این باور می‌رسد که نگرانی لزوماً به منزله نیروی محرکه و انگیزه کارها عمل نمی‌کند همچنین بدون داشتن نگرانی نیز به خوبی می‌توان از عهده مسائل و مشکلات خود برآمد و حتی بهتر از گذشته قادر به مواجهه با مشکلات بود چرا که نیرو و انرژی کمتری از او تلف می‌شود بنابراین می‌توان بیان نمود که این درمان در کاهش باورهای مثبت افراد در خصوص نگرانی نقش مهمی را ایفا می‌کند.

در خصوص معنا دار نبودن اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش باورهای مثبت در مورد نگرانی در پس آزمون، می‌توان بیان نمود که تمرینات ذهن آگاهی مستقیماً به اصلاح باورهای شناختی افراد نمی‌پردازند. بنابر نظر فیناکین و مرسر (۲۰۰۶) این درمان بر راه‌هایی برای کاهش خود نگرانی فرد را ترغیب می‌کنند و باورها در مورد نگرانی را تغییر نمی‌دهد. این تمرینات فقط بودن در زمان حال بدون قضاوت و پذیرش افکار به صورت جریانات گذرا را مورد هدف قرار می‌دهند و تکنیک‌های مورد استفاده در آن از جمله واریسی بدنی و تنفس ذهن آگاهانه و سایر تکنیک‌ها تنها می‌تواند در کاهش اضطراب نقش مهمی داشته باشد. عدم تمرکز بر اصلاح باورهای شناختی در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند یکی از چالش‌های اصلی در این پروتوکل درمانی محسوب گردد.



## منابع

- امیدی، عبدالله؛ طباطبایی، اعظم؛ سازو، سید علی؛ عکاشه، گودرز. (۱۳۸۲). همه گیرشناسی اختلالات روانی در مناطق شهری در شهرستان نطنز. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۸، ۴، ۳۹-۳۲.
- فرست، مایکل؛ اسپیتزر، گیون؛ میریام، ویلیامز. (۱۳۸۴). مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV (SCID-I) ترجمه: ونداد شریفی و همکاران. تهران: مهر کاویان.
- ناینیان، محمد رضا؛ شعیری، محمد رضا؛ شریفی، معصومه و هادیان، مهری. (۱۳۹۰). بررسی پایایی و اعتبار مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7). مجله دانشور رفتار، ۳(۴)، ۴۱-۵۰.
- شریفی، علی اکبر. (۱۳۹۱). راهنمای ام سی ام آی. میلون ۳. تهران: روان سنجی.
- شیرین زاده دستگیری، صمد. (۱۳۸۵). مقایسه باورهای فراشناختی و مسئولیت پذیری در بین بیماران دچار اختلال وسواسی اجباری، اضطراب منتشر و افراد بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrews, G., Hobbs, M. J., Borkovec, T. D., Beesdo, K., Craske, M. G., Heimberg, R.G., Rapee, R.M., Ruscio, A.M., Stanley, M.A., 2010. Generalized worry disorder: a review of DSM-IV generalized anxiety disorder and options for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27, 134- 145.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Barrera, T. L., Norton, P. J. (2009). Quality of life impairment in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder. *Anxiety Disorders*, 23, 1086-1090.
- Borkovec, T.D., & Inz, T. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A Prominence of thought activity. *Behavior Research and Therapy*, 28,153-158.
- Borovec, T. D., Newman, M. G., & Castonguay, L. G. (2004). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integration from interpersonal and experiential therapies. *Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 3,392-401.
- Borovec, T. D., Newman, M. G., & Castonguay, L. G. (2004). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integration from

- interpersonal and experiential therapies. *Journal of Lifelong Learning in Psychiatry*, 3, 392-401.
- Borkovec, T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- Brown, T. A., Barlow, D.H., & Liebowitz, M.R. (1990). The empirical basis of generalized anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1222-1280.
- Carter, M. M., Mitchell, F. E., & Sbrocco, T. (2012). Treating ethnic minority adults with anxiety disorders: Current status and future recommendations. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(4), 488-501.
- Cassidy, J., Lichtenstein-Phelps, J., Sibrava, N. J., Thomas Jr. C. B., Borkovec, T. D. (2009). Generalized Anxiety Disorder: Connections With Self-Reported Attachment. *Behavior Therapy*, 40, 23-38.
- Chambless, D. L., Baker, M. J, Baucom, D. H, Beutler, L. A, et al. (1998). Update on Empirically Validated Therapies, II. *The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.
- Chiesa, A., Serretti, A. (2011). Mindfulness Based Cognitive Therapy for Psychiatric Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Psychiatry Research*, 187(3), 441-453.
- Craigie, M. A., Ree, C. S., Marsh, A. (2008). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: A Preliminary Evaluation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 553-568.
- Crits-Christoph, P., Newman, M. G., Rickels, K., Gallop, R., Gibbons, M. B. C., Hamilton, J. L., & Pastva, A. M. (2011). Combined medication and cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(8), 1087-1094.
- Dugas, M. J., Marchand, A., & Ladouceur, R. (2005). Further validation of a cognitive-behavioral model of generalized anxiety disorder: Diagnostic and symptom specificity. *Journal of Anxiety Disorder*, 19, 329-343.
- Dugas, M. J., Buhr, K., & Ladouceur, R. (2004). The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In: R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized anxiety disorder: advances in research and practice* (pp. 143-163). New York: Guilford.
- Dugas, M. J., & Koerner, N. (2005). Cognitive-behavioral treatment for generalized anxiety disorder: current status and future directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19, 61-68.
- Erickson, T. & Newman. M. G. (2002, November). Emotional expression in GAD analogues based on an emotional disclosure task. Paper presented at the 3th annual meeting of the association for advancement of behavior therapy, Reno, NV.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., Haglin, D. (2008). Mindfulness based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disorder*, 22, 716-721.
- Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Mennin, D. S. (2004). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford.
- Borkovec, T. D., & Ruscio, A. M. (2001). *Psychotherapy for*

- generalized anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(Suppl. 11), 37–45.
- Finucane, A., & Mercer, S. W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6(14).
- Hlowka, D. W., Dugas, M. J., Francis, K., & Laugesen, N. (2000). Measuring Beliefs about Worry: A Psychometric Evaluation of the Why Worry-II Questionnaire: *Poster Session Presented at the Annual Convention for Association for Advancement of Behavior Therapy*. New Orleans, LO.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
- Kim, Y. W., Lee, S. H., Choi, T.K., Suh, S.Y., Kim, B., Kim, C. M., Cho, S. J., Kim, M. J., Yook, K., Ryu, M., Song, S. K., Yook, K. H. (2009). Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy as an adjuvant to pharmacotherapy in patients with panic disorder or generalized anxiety disorder. *Depression and Anxiety*, 26, 601–606.
- Ladouceur, R., Gosselin, P., & Dugas, M. J. (2000). Experimental manipulation of intolerance of uncertainty: A study of a theoretical model of worry. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 933-941.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L., & Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487–495.
- Roemer, L., Orsillo, S. M., & Salters-Pedneault, K. (2008). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 1083–1089.
- Shapiro, S. L., Schwartz, G.E., & Bonre, G. (1998). Effects of mindfulness-based stress reduction on medical and premedical students. *Journal of Behavioral medicine*, 21, 581-599.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G. and Teasdale, J. D. (2002) *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. New York: Guilford Press.
- Siegel, D. Y. (2010). *The mindful therapist: A clinician's guide to mind sight and neural integration*. New York: W.W. Norton & Company.
- Sextn, K. A & Dugas, M. J. (2004). An Investigation of Factor Leading to Cognitive in Worry. *Poster Presented at the 38<sup>th</sup> annual Convention for the Association for Advancement Behavior Therapy*: New Orleans, L. A. November 17-20.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; and Bernd, Lowe (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. *ARCH INTERN MED*. 166