

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر
متغیرهای میانجی اختلال اضطراب فراگیر

Comparison of the effectiveness between cognitive behavior therapy and
mindfulness based cognitive therapy in mediator variables of generalized
anxiety disorder

Fereshte Momeni

Shahriar Shahidi

Fereshte Mootabi

Mahmoud Heidari

فرشته مومنی *

شهریار شهیدی **

فرشته موتابی **

محمود حیدری **

چکیده

Abstract

The aim of the present study was to compare the effectiveness of Cognitive-Behavior (CBT) therapy (Borkovec model) and mindfulness based cognitive therapy (MBCT) in mediator variables of generalized anxiety disorder. A Semi experimental design using pre and post-test and a four months follow up was conducted. The statistical population comprised of women with generalized anxiety disorder in Tehran. Participants' selection was based on availability and they were randomly assigned into two groups. In this research, the following measurement tools were used: Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7), Cognitive Avoidance Scale (CAQ), Problem Solving Inventory (PSI), Dysregulation of Emotion Scale (DERS), Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS) and Self-Compassion Scale (SCS). Participants completed the tools in pre&post test and 4 months follow up. Data were analyzed via repeated measure analysis of variance. Results showed that CBT was effective in reducing cognitive avoidance, improving problem solving and emotion regulation in post-test and follow up compared to MBCT. MBCT was significantly effective in improving mindfulness attention awareness and self-compassion. It is inferred from the results that the effectiveness of the two treatments in mediator variables is different.

Keywords: Generalized Anxiety Disorder, Cognitive Behavior Therapy, Mindfulness Based Cognitive Therapy, Mediator variables

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری (الگوی بورکوک) و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای میانجی اختلال اضطراب فراگیر بود. این پژوهش به صورت شبه آزمایشی انجام شده و دارای گروه گواه همراه با گمارش تصادفی، پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پی‌گیری ۴ ماهه بوده است. جامعه پژوهش کلیه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر تهران بود. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس و تخصیص شرکت کنندگان در دو گروه به صورت تصادفی بوده است. در این پژوهش از مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر، تنظیم هیجانی، پرسشنامه اجتناب شناختی، حل مسئله، مقیاس آگاهی از توجه ذهن‌آگاهانه و خودشفقت‌ورزی استفاده شد. شرکت‌کنندگان در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری ۴ ماهه مقیاس‌ها را تکمیل نمودند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج پژوهش حاکی از آن بود که درمان شناختی رفتاری در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اثربخشی بیشتری در کاهش اجتناب شناختی، بهبود تنظیم هیجانی و حل مسئله داشته، و این در حالی است که اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر افزایش توجه ذهن‌آگاهانه و خودشفقت‌ورزی بیشتر بوده است. بنابراین، از نتایج پژوهش فوق استنباط می‌شود که هر کدام از دو روش، اثربخشی متفاوتی در خصوص متغیرهای میانجی این اختلال دارند.

واژه‌های کلیدی: اختلال اضطراب فراگیر، درمان شناختی رفتاری، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، متغیرهای میانجی

email: momenipsy@gmail.com

* نویسنده مسئول: عضو هیات علمی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه روانشناسی بالینی
** عضو هیات علمی دانشگاه شهید بهشتی

Received: 14 Apr 2016 Accepted: 8 Jun 2017

پذیرش: ۹۵/۱۰/۱۹

دریافت: ۹۵/۱/۲۶

مقدمه

اختلال اضطراب فراگیر (GAD) یکی از اختلالات شایع روانپزشکی است که وجه مشخصه آن نگرانی مزمن و غیرقابل کنترل است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شیوع سالانه این اختلال در آمریکا و استرالیا بین ۲/۷ تا ۳/۱ درصد می‌باشد (کسلر و همکاران، ۲۰۰۸) و شیوع این اختلال در طول عمر^۲ نیز رقم بالایی بوده و در حدود ۹/۱ درصد است (مک اوی و همکاران، ۲۰۱۱). این در حالی است که نرخ شیوع آن در درمانگاه‌های سرپایی حدوداً بیش از ۴۰ درصد عنوان شده است (وایت فورد و همکاران، ۲۰۱۳). در دیدگاه کاسیدی و لانگ (۱۹۹۶) افراد مبتلا به اضطراب در حل مساله مشکلات زیادی خواهند داشت (معین‌الغرابی و همکاران، ۱۳۹۳). به عبارتی، ابتلا به این اختلال نقائص زیادی از جمله اختلال در عملکرد اجتماعی و ناراضی‌ت از زندگی را به همراه دارد و از آنجا که این بیماران ابتدا به مراکز پزشکی و بهداشتی مراجعه کرده و پس از گذشت زمان، مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تشخیص داده می‌شوند، به نظر می‌رسد که این اختلال از نظر اقتصادی نیز هزینه‌های سنگینی برای فرد و جامعه به همراه می‌آورد. همچنین باعث مشکلاتی در ساختار خانواده می‌شود و از این حیث که هیچ بستری از نظر نیرومندی و گستره تاثیر با خانواده برابری نمی‌کند (شکوهی یکتا، ۱۳۹۳)، می‌توان گفت تاثیرات منفی زیادی برای خانواده داشته و احساس خودکارآمدی را به نوعی در آنها دچار خدشه می‌سازد (دهقانی و همکاران، ۱۳۹۳). اختلال اضطراب فراگیر همبودی بالایی با اختلالات خلقی و اضطرابی و خصوصاً با اختلال افسردگی اساسی دارد (هافمن و همکاران، ۲۰۰۸). در ایران نیز پژوهش‌های همه‌گیرشناسی نشان داده است که در میان اختلالات اضطرابی، اختلال مذکور، بیشترین میزان را داشته و در زنان شایع‌تر است (امیدی و همکاران، ۱۳۸۲). علی‌رغم شیوع بالا و پیامدهایی که GAD بر بیمار و جامعه دارد، مطالعات مربوط به درمان این اختلال، کمترین مطالعات صورت گرفته در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی می‌باشد (کویچپرز و همکاران، ۲۰۱۴). این امر نشان می‌دهد که پرداختن به روش‌های درمانی اثربخش از جایگاه مهمی برخوردار است. یافته‌های پژوهشی در این اختلال بیانگر پاسخ سریع به درمان‌های دارویی می‌باشد (بالدوین و همکاران، ۲۰۰۵). اما دو مسئله مهم در جریان دارودرمانی در این اختلال مشاهده می‌شود که مورد اول مربوط به میزان بالای عود پس از قطع دارو و مورد بعد، فقدان اطلاعات درخصوص سلامتی این بیماران در طولانی مدت می‌باشد (فاوا و همکاران، ۲۰۰۵). این داده‌ها بیانگر آن است که رویکرد درمانی ناپیوستی فقط متمرکز بر یک بعد (بعد جسمانی) باشد، بلکه سایر ابعاد نیز باید در نظر گرفته شوند. در حقیقت الگوهای متعددی در تبیین سبب شناسی GAD در نظر گرفته شده که با تاکید بر نقش مهم عوامل روانشناختی و به‌خصوص عوامل شناختی و هیجانی بوده و بیانگر آن است که درمان اثربخش بایستی این عوامل را در نظر بگیرد و بر تغییر این عوامل هدف‌گذاری نماید. چنانچه نتایج مطالعات نشان می‌دهد، موثرترین درمان در این اختلال روش ترکیبی دارودرمانی و درمان شناختی رفتاری (CBT) می‌باشد (بورکووک و همکاران، ۲۰۰۲). درمان شناختی رفتاری یک سیستم مبتنی بر شواهد است که به واسطه بیش از ۴۰۰ پژوهش تصادفی کنترل شده حمایت می‌شود (حکیم زاده و همکاران، ۱۳۹۳). پژوهش‌های بسیاری در

^۱ generalized anxiety disorder (GAD)

^۲ lifetime prevalence

خصوصاً اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم و نشانه‌های این اختلال صورت گرفته که همگی حاکی از اثربخشی این درمان بوده است، به‌گونه‌ای که درمان شناختی رفتاری مبتنی بر الگوی بورکوک جزء درمان‌های دارای پشتوانه تجربی قوی^۱ (EST) در درمان این اختلال است. علی‌رغم این یافته‌ها، مطالعات نشان داده است که با وجود اثربخشی درمان شناختی رفتاری در کاهش علائم و نشانه‌های GAD این اختلال همچنان جزء اختلالاتی محسوب می‌شود که کمتر با موفقیت درمان می‌گردد (داگاس و همکاران، ۲۰۱۲). همچنین پژوهش‌ها عمدتاً به بررسی اثربخشی درمان بر علائم و نشانه‌ها پرداخته و بر متغیرهای میانجی مطرح شده در الگوهای مختلف سبب‌شناسی این اختلال، پژوهش‌های کمتری صورت گرفته است، این در حالی است که تغییر در متغیرهای میانجی این اختلال به علت داشتن نقش بسیار مهم در پدیدایی اختلال حائز اهمیت می‌باشند. در این الگوها عمدتاً به متغیرهای میانجی و ارتباط آن‌ها در سیر و پدیدایی اختلال اشاره می‌شود. از جمله الگوهای سبب‌شناسی مطرح شده الگوی بورکوک بوده که تحت عنوان الگوی اجتنابی نگرانی و اختلال اضطراب فراگیر^۲ نیز خوانده می‌شود. این الگو متشکل از ۶ مولفه می‌باشد که در این اختلال هر کدام به نوعی دچار تغییر و آشفستگی می‌شوند. این مولفه‌ها عبارتند از: اجتناب شناختی، باورهای فرد در خصوص نگرانی، حل مسئله، مسائل بین فردی، سبک دلبستگی و ضربه‌های قبلی. علاوه بر این الگوهای دیگری نیز توسط سایر محققین پیشنهاد شده که شامل الگوی ناتوانی در تحمل تردید^۳ (داگاس و همکاران، ۲۰۰۴)، الگوی نقص در تنظیم هیجانی^۴ (مین و همکاران، ۲۰۰۵)، الگوی فراشناختی^۵ (ولز، ۱۹۹۵) و الگوی مبتنی بر پذیرش^۶ (روئمر و اورسیلو، ۲۰۰۲) می‌باشد. الگوی ناتوانی در تحمل تردید این‌گونه عنوان می‌کند که افراد مبتلا به GAD، موقعیت‌های مبهم را استرس‌زا تلقی کرده و نگرانی مزمنی را در پاسخ به این موقعیت‌ها نشان می‌دهند (داگاس و کوئرنر، ۲۰۰۵). این افراد باور دارند نگرانی به آن‌ها کمک می‌کند که با موقعیت‌های ترسناک به شیوه مؤثرتری مقابله کنند و در نهایت وجود این نگرانی باعث جهت‌گیری منفی در مورد مسئله^۷ و اجتناب شناختی^۸ می‌گردد، که هر دو این عوامل باعث تداوم نگرانی و بروز علائم GAD می‌شود (به نقل از همان منبع). بر طبق الگوی ناتوانی در تنظیم هیجانی، که تنظیم هیجان را اعمالی می‌داند که به منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌روند (امانی و همکاران، ۱۳۹۴)، افراد مبتلا به GAD بیش برانگیختگی هیجانی را تجربه می‌کنند (تورک و همکاران، ۲۰۰۵). به نظر می‌رسد که این بیماران آستانه تحمل پایین‌تری نسبت به دیگران داشته و هیجان‌ات آن‌ها سریع‌تر و راحت‌تر بروز می‌نماید.

^۱ Empirically supported treatment

^۲ avoidance model of worry and GAD

^۳ Intolerance of uncertainty

^۴ emotion regulation model

^۵ metacognitive model

^۶ Acceptance based model

^۷ Negative Problem Orientation

^۸ Cognitive Avoidance

همچنین این افراد درک ضعیف‌تری از هیجانات خود در قیاس با سایرین دارند و از روش‌های ناسازگارانه‌تری برای تنظیم هیجانات خود استفاده می‌کنند (منین و همکاران، ۲۰۰۴).

همان‌گونه که در الگوهای فوق بیان شد، مولفه‌های مهم شامل نگرانی و باورهای مثبت و منفی فرد در مورد آن، اجتناب شناختی، آگاهی هیجانی، تنظیم هیجانی، جهت‌گیری منفی مسئله و ناتوانی در تحمل تردید است که از عناصر مهم و کلیدی به حساب می‌آیند و بنابراین، درمان اثربخش بایستی تمام موارد ذکر شده را تحت پوشش قرار دهد. اما نگاهی به درمان شناختی رفتاری نشان می‌دهد که با وجود کارایی بسیار، این درمان قادر به تحت پوشش دادن همه مولفه‌های مذکور (مولفه‌های مهم شامل نگرانی و باورهای مثبت و منفی فرد در مورد آن، اجتناب شناختی، آگاهی هیجانی، تنظیم هیجانی، جهت‌گیری منفی مسئله و ناتوانی در تحمل تردید) 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 (هانراهان و همکاران، ۲۰۱۳). همچنین درمان شناختی رفتاری در مورد اختلال اضطراب فراگیر شامل دستور کارهای متفاوت بوده که هر کدام از آنها بر روی 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. بنابراین، بایستی درمان کامل‌تری در جهت بهبود این اختلال در نظر گرفته شود که مولفه‌ها و میانجی‌های بیشتری را تحت پوشش خود قرار داده و علاوه بر این اثربخشی درمان‌های روانشناختی بر هر کدام از این عوامل میانجی در پژوهش‌های آتی بررسی شود. یکی از شاخه‌های درمانی نسبتاً جدید که در سال‌های اخیر توجه زیادی را به خود معطوف نموده درمان‌های موج سوم هستند و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یکی از انواع آن می‌باشد. امروزه ذهن‌آگاهی به صورت آگاهی هدفمندانه از توجه، تمرکز بر زمان حال و بدون قضاوت به اشیاء همان‌گونه که هستند، تعریف می‌شود (ویلیامز، تیزدل، سگال و کابات زین، ۲۰۰۷). تمرینات این درمان به صورتی سازمان یافته، فرد را به سمت مراقبه هدایت می‌کند و مراقبه از برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) اقتباس شده است (کابات زین، ۲۰۱۳). درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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 ذهن‌آگاهی که بوسیله کابات زین ایجاد شده است، یکپارچه می‌کند. آموزش ذهن‌آگاهی یکی از روش‌های درمانی کاهش استرس است که در آن بازنمایی ذهنی اشیاء و رخداد‌های زندگی که از کنترل بلافاصله انسان خارج است، از طریق تنفس و فکر کردن به افراد آموزش داده می‌شود (مدنی و حاجتی، ۱۳۹۴). در طی سال‌های اخیر MBCT به عنوان یک مدل درمانی به منظور کاهش علائم اضطراب پیشنهاد شده است و آموزش آگاهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند در افراد مبتلا به GAD موثر باشد. روئمر و اورسیلو (۲۰۰۳) اشاره می‌کنند از آنجا که نگرانی، آینده محور می‌باشد، آموزش آگاهی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند یک شیوه جایگزین در جهت کاهش نگرانی باشد. در طی تمرینات ذهن‌آگاهی مانند اکتشاف بدنی، تمرینات ساده یوگا و دوره‌های مراقبه نشسته، مراجعان آموزش می‌بینند که از طریق آگاهی و ارتباط بدون قضاوت در مورد اشیاء و جاری شدن افکار، احساسات، هیجانات و حس‌های بدنی که شامل احساسات بدنی دردناک و ناراحتی‌های هیجانی است، ارتباط برقرار نمایند. علاوه بر این، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی جنبه‌هایی از درمان شناختی رفتاری

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ...

مانند آموزش روانی در خصوص نقش شناخت و فرایندهای شناختی در بیماری را دارد و تمریناتی برای مشخص نمودن ارتباط درونی بین افکار، هیجانات و فیزیولوژی در ایجاد و حفظ علائم روانی فرد دارا است. ترکیبی از تمرینات و مهارت‌های ذهن آگاهی و جنبه‌هایی از درمان شناختی رفتاری باعث افزایش توانایی شرکت کنندگان برای شناسایی فعال‌سازی خودکار فرایندهای شناختی ناکارآمد و عادت‌گونه مانند نشخوارهای فکری در افسردگی می‌شود. این امر باعث گسستن و درگیر نشدن در این فرایندهای ناکارآمد می‌شود. مطالعات نشان داده است که دو مولفه در درمان ذهن آگاهی توجه ذهن آگاهانه و خودشفقت‌ورزی است (مورگان و همکاران، ۲۰۱۴).

با وجود آنکه مطالعات زیادی در خصوص اثربخشی درمان فوق 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 اوانتر و همکاران (۲۰۰۸) با هدف اثربخشی این درمان بر اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج نشان داد که پس از اجرای درمان، کاهش معناداری در نمرات اضطراب و افسردگی یک و نگرانی مشاهده گردید. از تعداد کل آزمودنی‌ها، ۵ آزمودنی (۴۵ درصد) از نمره معنادار بالینی در مقیاس (متوسط- شدید) در مقیاس اضطراب یک به دامنه غیر بالینی رسیدند. نتایج تحلیل آماری حاکی از افزایش در حالات ذهن آگاهانه در زندگی روزانه بیماران بوده است.

مطالعه دیگری توسط کیم و همکاران (۲۰۰۹) با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان درمان کمکی همراه با دارودرمانی در بیماران مبتلا به اختلال پانیک و اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج نشان داد که درمان بهبود معناداری را نسبت به گروه گواه در نمرات اضطراب و افسردگی نشان داده است. همچنین در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نیز زیر مقیاس وسواس-اجبار و فوبیا در SCL-90 بهبود معناداری را نشان داده است.

پژوهش دیگر توسط کرایچ، ریس و مارش (۲۰۰۸) انجام شد. اهداف پژوهش شامل بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلال اضطراب فراگیر 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 پس‌آزمون نیز حفظ شده است. همچنین میزان ریزش بیماران کم و این درمان به عنوان مداخله‌ای معتبر و قابل پذیرش ارزیابی شد.

در هر کدام از پژوهش‌های ذکر شده نبودن گروه کنترل و پی‌گیری، قابلیت اطمینان و تعمیم پذیری نتایج را با مشکل مواجه نموده است. همچنین در این پژوهش‌ها عمدتاً به بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش علائم و نشانه‌ها پرداخته و مولفه‌های این اختلال که نقش بسیار مهمی در تبیین سبب شناسی آن دارند، مورد توجه قرار نگرفته و تاثیر درمان بر این متغیرها بررسی نشده است. با توجه به آنکه درمان شناختی رفتاری بر اساس الگوی بورکوک، درمان استاندارد اختلال اضطراب فراگیر بوده و اثربخشی آن در پژوهش‌های زیادی تایید شده است، حال بایستی به مقایسه اثربخشی درمان جدیدتر (شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی) که از نظر اصول اولیه و روش با درمان شناختی رفتاری متفاوت است، پرداخته شده و اثربخشی این دو درمان بر مولفه‌های این اختلال در کوتاه مدت و پی‌گیری طولانی مدت پرداخت. بنابراین، هدف از پژوهش

- حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر متغیرهای میانجی اختلال اضطراب فراگیر است. اهداف پژوهش به این صورت می‌باشند:
- ۱- مقایسه اثربخشی دو روش شناختی- رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش اجتناب شناختی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر
 - ۲- مقایسه اثربخشی دو روش درمانی شناختی- رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش حل مسئله ناموثر در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر
 - ۳- مقایسه اثربخشی دو روش درمانی شناختی- رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بهبود تنظیم هیجانی هیجانی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر
 - ۴- مقایسه اثربخشی دو روش درمانی شناختی- رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش توجه ذهن آگاهانه در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر
 - ۵- مقایسه اثربخشی دو روش درمانی شناختی- رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در افزایش خود شفقت‌ورزی در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه تجربی بوده و متشکل از دو 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 ذهن‌آگاهی متغیر مستقل در نظر گرفته شده و اثربخشی آن‌ها بر هر کدام از میانجی‌های این اختلال، به عنوان متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار می‌گیرد. این پژوهش از نوع تحقیقات اثربخشی نسبی^۱ 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 پیامدها مقایسه می‌کنند (استینز، ۲۰۰۸). جامعه پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر است. روش نمونه‌گیری به صورت در دسترس است، بدین صورت که از کلیه مدارس ابتدایی دخترانه منطقه ۱ و ۳ شهر تهران، چندین مدرسه به شیوه در دسترس انتخاب شده و از آن دسته از مادرانی که در پرسشنامه GAD-7 نمره بالاتر از ۷ (نقطه برش) بدست آورده و سپس به وسیله مصاحبه نیمه ساختار یافته، مبتلا به این اختلال تشخیص داده شده بودند، 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، افراد به عنوان نمونه پژوهش وارد درمان شدند. ملاک‌های ورود پژوهش عبارت بودند از: داشتن تشخیص اصلی و اولیه اختلال اضطراب فراگیر با استفاده مصاحبه نیمه‌ساختاریافته بالینی و حداقل سطح تحصیلات سوم راهنمایی، و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بود از: ابتلا به اختلالات سایکوتیک و دوقطبی که با استفاده از مصاحبه نیمه‌ساختار یافته بالینی تشخیص داده می‌شدند، دریافت درمان روان‌شناختی یا دارویی دیگر در زمان شرکت در پژوهش، سابقه درمان روان‌شناختی پیش از پژوهش، داشتن بیماری جسمانی ناتوان کننده به صورتی که شرکت در گروه را با مشکل مواجه کند،

^۱ comparative effectiveness

مقیاسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ...

اعتیاد به الکل یا مواد مخدر و داشتن اختلال شخصیت شدید بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-IV-TR). منظور از اختلال شخصیت شدید طبق نظر میلیون (به نقل از شریفی، ۱۳۸۶) اختلال شخصیت مرزی، اسکیزوتایپال و پارانوئید است.

ابزار

مصاحبه نیمه ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محوری (SCID) ابزاری جامع و استاندارد شده برای ارزیابی اختلالات اصلی روانپزشکی بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV است که برای مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است. مصاحبه توسط فرست^۱، اسپیتزر^۲، گیبون، ویلیامز (محمدخانی، ۱۳۸۴) تهیه شده انعطاف پذیر بوده و اجرای آن به قضاوت بالینی مصاحبه‌گر درباره پاسخ‌های مصاحبه شونده وابسته است. تران و هاگا (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 نمونه‌ای 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) به دست آمده نیز خوب بود.

مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر^۳ (GAD-7): مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر (اسپیتزر^۴ 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 نمره‌گذاری می‌شود. اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶) همسانی درونی این مقیاس را فوق‌العاده (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 روان‌سنجی مقیاس GAD-7 صورت گرفت که آلفای کرونباخ مقیاس برابر ۰/۸۵ و پایایی آزمون-باز آزمون برابر ۰/۴۸ بدست آمد.

پرسشنامه اجتناب شناختی^۵ (CAQ): این پرسشنامه که توسط سکستون و داگاس (۲۰۰۴) تهیه شده شامل ۲۵ سوال است که ۵ راهبرد اجتناب شناختی را می‌سنجد. این ۵ راهبرد عبارتند از: ۱- واپس زنی افکار نگران کننده، ۲- جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران کننده، ۳- استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگران اندیشی، ۴- اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران کننده، و ۵- تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی. نتایج پژوهش سکستون و داگاس (۲۰۰۴) نشان داد که همسانی درونی CAQ در کل مقیاس

^۱ First

^۲ Spitzer

^۳ Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7)

^۴ Spitzer

^۵ Cognitive Avoidance Questionnaire(CAQ)

۰/۹۵ بوده و پایایی آزمون بازآزمون آن به فاصله ۴ تا ۶ هفته ۰/۸۵ بود. نتایج پژوهش حمیدپور، اندوز و اکبری (گزارش نهایی در دست تهیه) نشان داد که CAQ همسانی درونی خوبی دارد (۰/۸۶). پایایی آزمون بازآزمون آن نیز به فاصله ۲ ماه برابر ۰/۸ به دست آمد. در این پژوهش ابزار فوق برای سنجش اجتناب شناختی به کار رفته است.

مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی^۱ (DERS): این مقیاس که توسط گراتز و روئمر (۲۰۰۴) ساخته شده یک ابزار خودگزارش دهی ۳۶ آیتمی است که میزان دشواری در ابعاد مختلف تنظیم هیجانی را می‌سنجد. این مقیاس یک نمره کلی به فرد می‌دهد که مشخص کننده وسعت مشکلات فرد در تنظیم هیجانی است و متشکل از ۶ خرده‌مقیاس است که عبارتند از: ۱- نقص در پذیرش هیجان، ۲- ناتوانی در اتخاذ رفتارهای هدف محور هنگام مواجهه با مشکل، ۳- نقص در کنترل تکانه‌ها، ۴- دسترسی محدود به راهبردهایی برای تنظیم موثر هیجان، ۵- فقدان آگاهی در مورد هیجان، و ۶- نبود وضوح هیجان. نمره‌گذاری آن از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تبعیت می‌کند و نمرات بالاتر نشان دهنده مشکلات بیشتر در تنظیم هیجانی است. پژوهش گراتز و روئمر (۲۰۰۴) حاکی از همسانی درونی عالی (۰/۹۳)، پایایی آزمون باز آزمون خوب (۰/۸۸) و روایی همگرایی مناسب با آزمون تنظیم هیجانی (n=59, r=0/26, p≤0/043) بوده است. در پژوهش حیدری و همکاران (۱۳۸۹) که اعتبار پرسشنامه حاضر را با دو روش آلفای کرونباخ و تنصیف محاسبه نمودند، این ضرایب به ترتیب برابر ۰/۷۴ و ۰/۸۶ به دست آمد که حاکی از ضرایب پایایی قابل قبول برای این پرسشنامه است. همچنین برای تعیین روایی نیز این پرسشنامه با پرسشنامه هیجان خواهی ذاکرمن همبسته شده بود که ضریب اعتبار به دست آمده (0/57) (n=100) p≤0/001 بود که حاکی از روایی قابل قبول برای این پرسشنامه می‌باشد. در این پژوهش ابزار فوق برای بررسی میزان نقص در تنظیم هیجان به کار رفته است.

مقیاس حل مسئله^۲ (PSI): این مقیاس توسط هینرذ (۱۹۸۸) طراحی شده و یک مقیاس خودگزارش دهی ۳۲ گویه‌ای است که نگرش فرد در خصوص حل مسئله را نشان می‌دهد و متشکل از ۳ زیر مقیاس است: ۱- اطمینان در حل مسئله (PSI- Con)، ۲- سبک نزدیکی- اجتناب (PSI-AA)، و ۳- کنترل شخصی (PSI- PC). مطالعات هینر (۱۹۸۸) نشان داد که این مقیاس از اعتبار بالایی برخوردار بوده به طوری که دامنه آلفای کرونباخ آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹ به دست آمده است. همچنین از روایی بالایی نیز برخوردار می‌باشد. علاوه بر این، همسانی درونی هر کدام از زیرمقیاس‌های آن نیز بالا می‌باشد (آلفای کرونباخ از ۰/۷۶ تا ۰/۸۷). در ایران هیچ‌گونه پژوهشی به منظور بررسی ویژگی‌های روانسنجی این مقیاس صورت نگرفته است، لذا محقق در یک بررسی با نمونه ۳۰ نفری، پایایی بازآزمایی با فاصله ۱۰ روز را ۰/۸۴ و آلفای کرونباخ را ۰/۷۲ به دست آورد. در این پژوهش ابزار فوق به منظور سنجش سبک حل مسئله ناموثر به کار رفته است.

^۱ Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)

^۲ Problem Solving Inventory (PSI)

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ...

مقیاس آگاهی از توجه ذهن آگاهانه (MAAS): این مقیاس که توسط براون و ریان (۲۰۰۰) ساخته شده، یک ابزار خودگزارش دهی ۱۵ سوالی است که به منظور ارزیابی توجه به لحظه حاضر و آگاهی به کار رفته است. سوالات آن نشان دهنده توجه در حیطه‌های مختلف نظیر شناختی، هیجانی، فیزیکی و عمومی است. نمره-گذاری آن از مقیاس ۶ درجه‌ای لیکرت تبعیت می‌کند که از «تقریباً هیچگاه» تا «تقریباً همیشه» می‌باشد، بدین صورت نمرات بالا نشان دهنده سطح بالای توجه در لحظه است. پژوهش براون و ریان حاکی از ثبات درونی بالا (۰/۸۸) و پایایی آزمون باز آزمون بالا می‌باشد. در ایران همچنین پژوهش قربانی و همکاران (۲۰۰۹) که بر روی نمونه‌ای متشکل از ۷۲۳ نفر انجام شده، آلفای کرونباخ ۰/۸۱ را برای این پرسشنامه ذکر می‌نماید. در این پژوهش ابزار فوق برای بررسی میزان آگاهی هیجانی به کار رفته است.

مقیاس خودشفقت ورزی (SCS): این مقیاس یک ابزار خودگزارش دهی ۲۶ گویه‌ای است که در سال ۲۰۰۳ توسط نف به منظور سنجش میزان خود دوست داری ساخته شده است. سوالات موجود در آن در ۶ زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، عمومیت بخشیدن، جداسازی، ذهن‌آگاهی و بیش ارزشیابی قرار می‌گیرد که کیفیت رابطه فرد با تجارب خود را می‌سنجد. مانند اینکه فرد تا چه اندازه نسبت به خود مهربان است (نه انتقادگر)، و چه میزان تجارب خود را به عنوان قسمتی از تجارب دیگران می‌بیند و اینکه به چه میزان از بیش ارزشیابی تجارب خود صرف‌نظر می‌کند. بنابراین، این مقیاس گشودگی و کیفیت باز آگاهی که صورت دوم ذهن-آگاهی را نشان می‌دهد، مشخص می‌نماید. نمره‌گذاری آن از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تبعیت می‌کند که از تقریباً هیچ‌گاه (نمره ۰) تا تقریباً همیشه (نمره ۴) می‌باشد. پژوهش انجام شده توسط نف (۲۰۰۳)، پایایی و روایی بالایی را برای مقیاس مذکور گزارش نموده است. پایایی کلی آن از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بدست آمده است. همچنین هر کدام از زیرمقیاس‌ها نیز از پایایی درونی خوبی برخوردار بوده‌اند (از ۰/۷۵ تا ۰/۸۱). علاوه بر این، پایایی آزمون بازآزمون به فاصله زمانی دو هفته نیز ۰/۹۳ گزارش شده است. مقیاس مذکور روایی همگرا و افتراقی نسبتاً بالایی داشته است.

نتایج پژوهش مومنی، شهیدی، موتابی و حیدری (۱۳۹۲) نشان داد که مقیاس خود دوست داری از پایایی و روایی خوبی برخوردار است. همسانی درونی این مقیاس ۰/۷۵ بوده و روایی همگرا و افتراقی آن از طریق اجرای همزمان پرسشنامه‌های حرمت خود روزنبرگ و افسردگی و اضطراب بک به ترتیب ۰/۲۲، ۰/۳۴، و ۰/۴۱- به دست آمد. همچنین ۱۰ روز پس از اجرای آزمون از تعدادی آزمودنی‌ها بازآزمون به عمل آمد و پایایی بازآزمایی ۰/۸۹ به دست آمد. این پرسشنامه برای بررسی میزان خودشفقت ورزی افراد به کار گرفته شد.

اجرا

پس از احراز ملاک‌های لازم و تخصیص افراد در دو گروه، کلیه آزمودنی‌ها مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. به این صورت که از آن‌ها خواسته شد تا مقیاس‌های اجتناب شناختی، تنظیم هیجان، حل مسئله، توجه ذهن آگاهانه و خودشفقت ورزی را تکمیل نمایند. پس از اتمام جلسات درمانی و نیز ۴ ماه پس از اتمام درمان، دو گروه کلیه

^۱ Mindfulness Attention Awareness Scale (MAAS)

^۲ Self Compassion Scale (SCS)

مقیاس‌های مذکور را تکمیل نمودند. درمان شناختی رفتاری مطابق الگوی بورکوک متشکل از ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که هفته‌ای یکبار و به صورت گروهی برگزار شد. ساختار جلسات به این شرح می‌باشد:

جلسه اول: توصیف مراجع از اضطراب و نگرانی، معرفی ماهیت اضطراب و نگرانی، مدل سه مولفه‌ای اضطراب، مروری بر درمان (اهمیت پایش خود، تکالیف، شرکت منظم در جلسات)، قوانین درمان و منطق آن‌ها، تکلیف: پایش خود.

جلسه دوم: مرور تکلیف پایش خود، مروری بر ماهیت اضطراب و مدل سه مولفه‌ای، بحث در خصوص فیزیولوژی اضطراب، بحث در خصوص عوامل تداوم بخش اختلال اضطراب فراگیر، تکلیف: پایش خود

جلسه سوم: مرور تکلیف پایش خود، منطق آموزش آرام‌سازی پیش‌رونده ۱۶ ماهیچه‌ای، تمرین آرام‌سازی پیش‌رونده ۱۶ ماهیچه‌ای در جلسه، تکلیف: پایش خود، تمرین آرام‌سازی پیش‌رونده ۱۶ ماهیچه‌ای در جلسه (PMR)

جلسه چهارم: مرور تکلیف پایش خود و تمرین آرام‌سازی پیش‌رونده ۱۶ ماهیچه‌ای، تمرین آرام‌سازی پیش‌رونده ۱۶ ماهیچه‌ای در جلسه، معرفی نقش شناخت‌ها در اضطراب مداوم (ماهیت افکار اتوماتیک منفی، درخواست مثال از بیماران)، توضیح و شمارش احتمال ارزیابی شناخت‌ها، معرفی فرم خود پایش شناختی، تکلیف: پایش خود (اضطراب، پایش شناختی و ارزیابی احتمال)، تمرین آرام‌سازی پیش‌رونده ۸ ماهیچه‌ای در جلسه

جلسه پنجم: پایش خود، PMR، ثبت تعداد دفعات بیش ارزشیابی احتمال وقوع رخداد ناخوشایند، تمرین آرام‌سازی پیش‌رونده ۸ ماهیچه‌ای، توصیف و شمارش شناخت‌های فاجعه آمیز، تکلیف: پایش خود (اضطراب، پایش و احتمال شناختی)، PMR

جلسه ششم: پایش خود، PMR، شمارش شناختی (بیش ارزشیابی احتمال، حساسیت زدایی بزرگنمایی)، تمرین آرام‌سازی پیش‌رونده ۸ ماهیچه‌ای، معرفی تمرین عمومیت بخشی، مروری بر انواع شناخت‌های اضطراب-آمیز و روش‌های مواجهه با آن‌ها، تکلیف: پایش خود (اضطراب، پایش شناختی و شمارش)، PMR

جلسه هفتم: پایش خود (اضطراب، پایش شناختی و شمارش)، PMR، تمرین آرام‌سازی پیش‌رونده ۴ ماهیچه‌ای، معرفی مواجهه با نگرانی (آموزش تصویرسازی، سلسله مراتب حوزه نگرانی، مواجهه نگرانی در جلسه)، تکلیف: پایش خود (اضطراب، پایش شناختی و شمارش)، PMR، مواجهه با نگرانی روزانه

جلسه هشتم: مروری بر پایش خود (اضطراب، پایش شناختی و شمارش)، PMR، مواجهه با نگرانی، معرفی آرام‌سازی با بیاد آوری، مرور منطق مواجهه با نگرانی، مواجهه با نگرانی در جلسه مروری بر رفتارهای اجتناب‌کننده برای نگرانی (مثلا توجیه، لیست رفتارهای نگرانی، تمرینات رفتاری پیشگیری از نگرانی). تکلیف: پایش خود (اضطراب، پایش شناختی و شمارش)، PMR، مواجهه با نگرانی روزانه، آرام‌سازی با به یاد آوری

جلسه نهم: مروری بر پایش خود (اضطراب، پایش شناختی و شمارش)، مواجهه با نگرانی، آرام‌سازی با به یاد آوری، رفتارهای اجتناب‌کننده برای نگرانی، آرام‌سازی کنترل علائم، معرفی حل مسئله، تکلیف: تمرین آرام‌سازی کنترل علائم و تمرین حل مسئله

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر ...

جلسه دهم: مروری بر تکالیف جلسه قبل، تمرین حل مسئله، عمومیت بخشی تمرینات آرام‌سازی، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری، اتمام جلسه

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توسط سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲) معرفی شد و مشتمل بر ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود که هفته‌ای یک بار برگزار شد. با توجه به آن که در تمامی پژوهش‌های انجام گرفته در خارج از کشور به منظور درمان اختلال اضطراب فراگیر از پروتکل استفاده شده همین درمان برای افسردگی استفاده شده بود، در این پژوهش نیز از پروتکل سگال و همکاران در کتاب درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی تألیف محمد خانی و همکاران (۱۳۸۸) با مطابقت سازی برای اختلال اضطراب فراگیر استفاده شد که خلاصه جلسات به شرح زیر است:

جلسه اول: تعیین اهداف جلسه، بیان قواعد گروه، معرفی افراد، تمرین خوردن کشمش، دادن بازخورد و بحث در مورد تمرین خوردن کشمش، تمرین واریسی بدنی و آغاز تمرین با تمرکز بر تنفس کوتاه، دادن بازخورد و بحث در مورد واریسی بدنی، تکلیف: تمرین واریسی بدنی تا هفته آینده، اتمام جلسه با تمرکز بر تنفس کوتاه

جلسه دوم: تمرین واریسی بدنی و بازنگری آن، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین افکار و احساسات (پیاپیاده‌روی در خیابان)، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱۰ تا ۱۵ دقیقه، توزیع جزوات جلسه دوم بین شرکت کنندگان، ارائه تکالیف خانگی شامل واریسی بدنی (۶ بار در ۷ روز)، تنفس با ذهن‌آگاهی (۶ بار در ۷ روز)، ثبت وقایع خوشایند (هر روز) و ذهن‌آگاهی از فعالیت‌های عادی

جلسه سوم: تمرین دیدن یا شنیدن به مدت ۵۰ دقیقه، نشستن در حالت مراقبه به مدت ۳۰ تا ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف جلسه قبل، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری آن، دراز کشیدن همراه با ذهن‌آگاهی، توزیع جزوات جلسه سوم، تکلیف خانگی شامل دراز کشیدن با حالت مراقبه در روزهای اول، سوم و پنجم، تمرین یوگا در جلسات دوم، چهارم و ششم و تهیه فهرست وقایع ناخوشایند برای هر روز، سه بار در روز فضای تنفس

جلسه چهارم: تمرین پنج دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن، تمرین مراقبه- آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار و بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف خانگی، تعریف اختلال اضطراب فراگیر و ملاک‌های تشخیص آن، فضای تنفس سه دقیقه‌ای، توزیع جزوات جلسه چهارم، تعیین تکالیف خانگی (مراقبه نشسته ۶ روز در یک هفته)، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای به طور منظم (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند)

جلسه پنجم: مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف خانگی، فضای تنفس و بازنگری آن، خواندن شعر، فضای تنفس سه دقیقه‌ای، توزیع جزوات جلسه پنجم، تعیین تکالیف خانگی شامل مراقبه نشسته ۶ بار در یک هفته، فضای تنفس سه دقیقه‌ای (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند).

جلسه ششم: مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکالیف خانگی (شامل مراقبه و تنفس عمیق)، آماده شدن برای اتمام دوره، خلق افکار و تمرین نقطه نظرات یا افکار جانشین، زمان تنفس و بازنگری آن، بحث در مورد تنفس به عنوان اولین گام قبل از به‌دست آوردن دید وسیع نسبت به افکار، توزیع جزوات جلسه

ششم، تکلیف خانگی شامل فضای تنفس سه دقیقه‌ای (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند)

جلسه هفتم: مراقبه نشسته به مدت ۴۰ دقیقه، بازنگری تمرین، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط میان فعالیت و اضطراب، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش، برنامه‌ریزی و تهیه برنامه مناسب برای اجرای آن، فضای تنفس سه دقیقه‌ای به عنوان اولین گام برای داشتن ذهن‌آگاهی، فضای تنفس سه دقیقه‌ای یا قدم زدن همراه با ذهن‌آگاهی، توزیع جزوات جلسه هفتم، تکلیف خانگی شامل انتخاب یک الگو از بین راه‌های مختلف برای تمرینی که قصد دارند، به طور نظام مند از آن استفاده کنند، فضای تنفس سه دقیقه‌ای (۳ بار در روز)، فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای مقابله‌ای (در موقع تجربه احساسات ناخوشایند)

جلسه هشتم: تمرین وارسی بدنی، بازنگری تکلیف خانگی، بازنگری کل برنامه، بحث در مورد نحوه تداوم تمرین‌ها، وارسی و بحث در مورد برنامه‌ها و یافتن دلایل مثبت برای ادامه تمرین، توزیع جزوات جلسه هشتم، اتمام دوره با آخرین مراقبه (تبله، سنگ، مهره)

یافته‌ها

میانگین سنی شرکت کنندگان در گروه شناختی رفتاری ۳۴/۴۶ و انحراف استاندارد آن ۳/۴۴ و در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی 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 ذهن‌آگاهی ۶ نفر (۴۰ درصد) شاغل بودند. جدول ۱ نشان دهنده میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای میانجی به تفکیک دو گروه در مرحله پیش-آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری است.

جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای میانجی در دو گروه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

متغیرها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پی‌گیری
	MBCT	CBT	MBCT	CBT	
اجتناب شناختی	۹۲/۵۳	۴۹/۲۶	۶۶/۶۰	۴۹/۲۶	۶۶/۸۰
حل مسئله	۵/۰۶	۶/۹۰	۶/۰۶	۶/۹۰	۵۰/۴۰
تنظیم هیجانی	۲۷/۱۳	۲۹/۰۶	۳۱/۴۰	۳۳/۱۳	۳۱/۷۳
	۲/۱۳	۲/۰۳	۳/۱۳	۳/۳۹	۲/۷۱
	۹۵/۲۶	۱۰۲/۴۰	۷۸/۲۶	۷۹/۵۳	۷۸/۷۳
	۷/۵۵	۶/۳۱	۳/۲۱	۸/۲۱	۲/۸۶
آگاهی از توجه ذهن آگاهانه	۴۶/۴۶	۴۷/۸۶	۷۰/۶۶	۴۷/۴۰	۷۰/۵۳
خودشفقت‌ورزی	۵/۷۶	۴/۸۲	۸/۳۱	۵/۶	۷/۷۹
	۴۷/۴۰	۴۷	۷۶/۰	۵۱/۷۳	۷۴/۸۰
	۶/۸۲	۴/۷۸	۶/۳۲	۱۰/۳۶	۵/۹۱

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ...

برای تحلیل نتایج از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از به کارگیری تحلیل پیش‌فرض تحلیل یعنی پیش‌فرض 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، پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برقرار است ($P=0/97$ ، $F=0/001$). همچنین آزمون ام‌باکس به منظور بررسی ماتریس کواریانس‌ها نشان داد که کواریانس‌ها در دو گروه برابرند ($P=0/93$ ، $F=0/31$). از آنجا که پیش‌فرض استفاده از آزمون اندازه‌گیری مکرر، همگنی ماتریس کواریانس متغیر وابسته است، آزمون موچلی 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 اندازه‌گیری مکرر استفاده نمود.

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس دو گروه در متغیرهای وابسته

منبع تغییرات	مجموع مجذوات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	میزان تاثیر
اجتناب شناختی						
اثر درون گروهی	۱۷۱۷/۴۸	۱/۰۴	۱۶۳۷/۳۳	۸۸/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۹۷
اثر بین گروهی	۲۸۳۳/۶۱	۱	۲۸۳۳/۶۱	۳۴/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶
حل مسئله						
اثر درون گروهی	۵۸/۸۶	۱/۵	۳۹/۱۱	۲۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۱
اثر بین گروهی	۲/۵	۱	۲/۵	۰/۱۰۵	۰/۰۰۱	۰/۴۲
تنظیم هیجانی						
اثر درون گروهی	۵۸۴/۶	۱/۴۷	۳۹۵/۴۴	۲۲/۹	۰/۰۰۱	۰/۹
اثر بین گروهی	۱/۶	۱	۱/۶	۰/۰۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵
آگاهی از توجه						
اثر درون گروهی	۲۳۹۹/۷۶	۱/۳۵	۱۷۰۱/۱۷	۹۰/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸
اثر بین گروهی	۵۵۳۸/۱۷	۱	۵۵۳۸/۱۷	۵۵/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۷۶
خودشفقت ورزی						
اثر درون گروهی	۳۷۲۹/۷۵	۱/۵۶	۱۷۴۵/۹۲	۱۲۷/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۹
اثر بین گروهی	۵۱۲۲/۶۷	۱	۵۱۲۲/۶۷	۳۲/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۸۱

همان‌گونه که در جدول مشاهده می‌شود، اثرات درون آزمودنی حاصل از آزمون کرویت برای متغیر اجتناب شناختی 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 معنا است که اجتناب شناختی در سطح درون آزمودنی بین سه مرحله سنجش (پیش-آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) تفاوت معنادار داشته و همچنین در دو گروه CBT و MBCT از تفاوت معناداری برخوردار بوده است.

در خصوص متغیر حل مسئله، جدول نشان می‌دهد که اثرات درون آزمودنی حاصل از آزمون کروییت برای این متغیر معنادار بوده است. میزان F در مورد اثرات مستقیم (زمان) و هم در ارتباط با اثرات تعاملی (زمان و گروه) معنادار است. بدان معنا که حل مسئله در سطح درون آزمودنی بین سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) تفاوت معنادار داشته و همچنین در دو گروه CBT و MBCT از تفاوت معناداری برخوردار بوده است. همچنین در مورد متغیر تنظیم هیجانی، نتایج جدول حاکی از آن است که اثرات درون آزمودنی حاصل از آزمون کروییت برای این متغیر معنادار بوده. میزان F در مورد اثرات مستقیم (زمان) و هم در ارتباط با اثرات تعاملی (زمان و گروه) معنادار است. این بدان معنا است که تنظیم هیجانی در سطح درون آزمودنی بین سه مرحله سنجش (پیش-آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) تفاوت معنادار داشته و همچنین در دو گروه CBT و MBCT از تفاوت معناداری برخوردار بوده است. اثرات درون آزمودنی حاصل از آزمون کروییت برای متغیر خودشفقت ورزی معنادار بوده است. میزان F در مورد اثرات مستقیم (زمان) و هم در ارتباط با اثرات تعاملی (زمان و گروه) معنادار است. این بدان معنا است که توجه ذهن آگاهانه در سطح درون آزمودنی بین سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) تفاوت معنادار داشته و همچنین در دو گروه CBT و MBCT از تفاوت معناداری برخوردار بوده است. نهایتاً جدول ۲ نشان می‌دهد که اثرات درون آزمودنی حاصل از آزمون کروییت برای متغیر خودشفقت ورزی معنادار بوده است. میزان F در مورد اثرات مستقیم (زمان) و هم در ارتباط با اثرات تعاملی (زمان و گروه) معنادار است. این بدان معنا است که خودشفقت ورزی در سطح درون آزمودنی بین سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) تفاوت معنادار داشته و همچنین در دو گروه CBT و MBCT از تفاوت معناداری برخوردار بوده است.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل آماری نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای اجتناب شناختی، حل مسئله، تنظیم هیجانی اثربخشی معناداری را در مقایسه با درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی داشته است، این در حالی است که درمان دوم اثربخشی معناداری را بر توجه ذهن آگاهانه و خودشفقت ورزی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری کسب نموده است. در خصوص معنادار بودن درمان شناختی-رفتاری در کاهش اجتناب شناختی بایستی بیان نمود که یافته‌ها در تایید یافته‌های داگاس و کوثرنر (۲۰۰۵)، بورکوک و همکاران (۲۰۰۴)، داگاس و همکاران (۲۰۰۴) می‌باشد. تکنیک مواجهه با نگرانی یکی از مولفه‌های درمان شناختی رفتاری است. در تکنیک مواجهه، محرک آشکار کننده نگرانی بایستی شناخته شود. این تکنیک به منظور مقابله با اجتناب شناختی به کار گرفته می‌شود و به بیمار کمک می‌کند تا به جای اجتناب نمودن از تصاویر هیجانی، افکار نگران کننده و علائم جسمانی ناخوشایند مربوط به آن، قادر به تحمل و پذیرش آن‌ها شود. علاوه بر این، استفاده از تکنیک آرام‌سازی عضلانی در افراد دارای این اختلال می‌تواند نوعی مواجهه محسوب شود و می‌تواند در کاهش اجتناب شناختی این افراد موثر باشد. تکنیک حل مسئله در درمان شناختی رفتاری که بر بررسی جوانب مسئله، بارش افکار و تحلیل مزایا و معایب تمرکز دارد، به افراد مبتلا به اختلال کمک بیشتری می‌کند. علاوه بر این، اثربخش بودن این روش در بهبود حل مسئله را شاید بتوان به کاهش اضطراب در این افراد نسبت داد. همان گونه که داگاس و همکاران

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ...

(۲۰۰۱) اشاره می‌کنند، حل مسئله در افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر دچار مشکل می‌شود. بنابراین، کاهش اضطراب و نگرانی از طریق تکنیک‌ها و مهارت‌های آموزش داده شده در روش شناختی رفتاری به افراد کمک می‌کند تا با اضطراب و نگرانی خود مقابله موثری داشته باشند. علاوه بر این، درمان شناختی رفتاری در بهبود تنظیم هیجانی در این افراد اثربخش بوده است. منین، هیمبرگ، تورک و فرسکو (۲۰۰۵) بیان کرده‌اند که هیجان شدید، درک ناقص از هیجان، عکس‌العمل منفی به حالات هیجانی و ناتوانی در مدیریت نمودن حالات هیجانی باعث فعال شدن نگرانی بعنوان یک راهبرد اجتناب هیجانی می‌شود. در درمان شناختی - رفتاری از انواع تکنیک‌ها استفاده می‌شود. تکنیک آرام‌سازی عضلانی به بیماران کمک می‌نماید تا جنبه فیزیولوژیکی اضطراب را شناسایی کرده و آن را کاهش دهد. بنابراین، فرد هیجانات منفی خود را شناسایی کرده و به جای اجتناب نمودن، با آن مواجه می‌شود. علاوه بر این، تکنیک‌های شناختی و حل مسئله نیز به افزایش خودآگاهی کمک کرده و باعث کاهش اجتناب در افراد می‌شود که این عوامل با کمک به بیمار به شناخت صحیح و راه‌های مقابله با هیجان منفی می‌توانند باعث بهبود تنظیم هیجانی شوند.

در خصوص اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش توجه بایستی عنوان نمود که نتایج پژوهش حاضر در تایید یافته‌های حاصل از پژوهش بیشاپ و همکاران (۲۰۰۴)، جها، کرومپینگر و جیم (۲۰۰۷) آندرسون، لائو، سگال و بیشاپ (۲۰۰۷)، اوانز و همکاران (۲۰۰۸) می‌باشد که در یافته‌های خود به این نتیجه دست یافته‌اند که درمان ذهن آگاهی باعث افزایش توجه می‌شود. به نظر می‌رسد که توجه ذهن آگاهانه یکی از مکانیسم‌های اصلی تغییر در تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی تلقی می‌شود. به عنوان مثال ویلیامز و همکاران (۲۰۰۲) بیان نموده‌اند که به دلیل آنکه تمرینات ذهن آگاهی شامل توجه نمودن فرد به جوانب خاصی از محیط بدون قضاوت یا اجتناب نمودن از آن است باعث بهبود حافظه مربوط به شرح حال خود می‌شود. درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با داشتن تمریناتی نظیر تمرین خوردن ذهن آگاهانه، واریسی بدنی با تمرکز بر تنفس کوتاه، مراقبه نشسته، ثبت وقایع خوشایند، قدم زدن با ذهن آگاهی، فضای تنفس سه دقیقه‌ای، تمرینات مربوط به ماندن در زمان حال، حضور ذهن از صداها و افکار و انجام دادن آن‌ها در جلسه و در خارج از آن همچنین با دادن تکالیف خانگی و داشتن برنامه‌هایی که همگی در جهت افزایش توجه و ماندن در زمان حال بوده است، توجه مراجعان را افزایش داده است. این توجه دربردارنده توجه فرد به تجارب، احساسات، افکار و حس‌های بدنی خود می‌باشد. همچنین این تمرین‌ها باعث افزایش خودکنترلی توجه شده چراکه متمرکز نمودن مکرر توجه بر روی یک محرک خنثی مثل تنفس، باعث به‌وجود آمدن محیط توجهی مناسبی می‌شود.

در خصوص اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش خود دوست داری بایستی بیان نمود که نتایج در راستای نتایج حاصل از پژوهش شاپیرو و همکاران (۱۹۹۸)، اوانز و همکاران (۲۰۰۸)، کرایچ و همکاران (۲۰۰۸) و کیم و همکاران (۲۰۰۹) است. در تمرینات ذهن آگاهی بر توجه و آگاه بودن بر لحظه حاضر تاکید می‌شود. همچنین بر این امر اصرار می‌شود که فرد به صورت غیرقضاوت‌مندانه و پذیرش گرانه به تجارب خویش اجازه رفت و آمد بدهد. پژوهش‌ها نشان داده‌است که تمرینات ذهن آگاهی باعث افزایش کیفیت همدلی و خودشفقت‌ورزی می‌شود (کریستلر و جانسون، ۲۰۰۵). همچنین ذهن آگاهی ویژگی‌هایی را پرورش می‌دهد که جزء پیش شرطها برای خودشفقت‌ورزی است (بدو و مورفی، ۲۰۰۴). آگاهی ذهن آگاهانه از تجارب درونی آزارنده یک

گام اصلی برای ایجاد خودشفقت ورزی و توجه به خود می‌باشد. علاوه بر پرورش دادن آگاهی و بازشناسی شرایط فرد، داشتن این دیدگاه پذیرشی و غیرقضاوت‌مندانانه که در تمرینات ذهن‌آگاهی کسب می‌شود، پیش‌نیاز اصلی برای به‌وجود آمدن خودشفقت ورزی است.

در این پژوهش، محدود بودن حجم نمونه به ۳۰ نفر، انجام پژوهش بر روی زنان و مادران مبتلا به این اختلال از جمله محدودیت‌های پژوهش است که تعمیم نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد. از این رو، پیشنهاد می‌شود در آینده، پژوهش با تعداد بیشتری از افراد و گروه‌های وسیع‌تری انجام گیرد.

منابع

- امانی، ملاحظت؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، بتول؛ نریمانی، محمد (۱۳۹۴). ارتباط زیر مجموعه‌های وسواس فکری-عملی، آشفتگی فکری، استنتاج و راهبردهای تنظیم هیجانی با باورهای وسواسی در زنان. فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناسی، ۶(۱)، ۹۹-۱۱۲.
- حکیم زاده، رضوان، مسعود لوانسانی، غلامعلی؛ نوروزی، سوده (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش‌های شناختی رفتاری بر کاهش اهمالکاری در دانش‌آموزان، پژوهش‌های کاربردی روانشناسی، ۵(۴)، ۸۱-۹۳.
- دهقانی، مرضیه؛ جوادی پور، محمد؛ اسلام دوست، سعید. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و خودکارآمدی معلمان با صلاحیت‌های حرفه‌ای آنان، پژوهش‌های کاربردی روانشناسی، ۵(۴)، ۵۱-۸۳.
- شکوهی یکتا، محسن؛ اکبری زردخانه، سعید؛ شهابی، روح‌الله (۱۳۹۳). آموزش حل مساله به مادران و اثربخشی آن بر حل مشکلات خانوادگی و روش فرزندپروری آنان، پژوهش‌های کاربردی روانشناسی، ۵(۴)، ۱-۱۲.
- فرست، مایکل؛ اسپیتزر، گیبون؛ میریام، ویلیامز (۱۳۸۴). *مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I در DSM-IV*. (SCID-I) ترجمه: ونداد شریفی. تهران: مهر کاویان.
- مدنی، یاسر؛ حجتی، سمیرا (۱۳۹۴). تاثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زوجین، فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناسی، ۶(۲)، ۴۹-۶۰.
- معین الغریابی، فاطمه؛ کرملو، سمیرا؛ نوفرستی، اعظم (۱۳۹۳). شیوه‌های حل مساله در مبتلایان به اختلال اضطراب منتشر، وسواس اجبار و افسرده‌خویی با افراد سالم، فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناسی، ۵(۴)، ۱۳۱-۱۴۳.
- مومنی، فرشته؛ شهیدی، شهریار؛ موتابی، فرشته؛ حیدری، محمود. (۱۳۹۲). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس خود شفقت ورزی. *فصلنامه روانشناسی معاصر*، ۸ (۲)، ۲۷-۴۰.
- نابینیان، 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*، ۴(۴)، ۴۱-۵۰.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, D.C.

Baldwin, D. S., Anderson, I. M., Nutt, D. J., Bandelow, B., Bond, A., Davidson, J. R. (2005). Evidence-based guidelines for the pharmacological treatment of anxiety disorders: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacology*, 19(6):567-96.

- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytles, R. (2002). A component analysis of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*, 2, 288-298.
- 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.
- Cuijpers, P., Sijbrandij, M., Koole, S., Huibers, M., Berking, M., & Andersson, G. (2014). Psychological treatment of generalized anxiety disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 34*, 130-140.
- Dugas, M. J., Savard, P., Gaudet, A., Turcotte, J., Laugesen, N., Robichaud, M., et al. (2007). Can the components of a cognitive model predict the severity of generalized anxiety disorder? *Behavior Therapy, 38*, 169-178.
- Dugas, M. J., Laugesen, N., & Bukowski, W. M. (2012). Intolerance of uncertainty, fear of anxiety, and adolescent worry. *Journal of Abnormal Child Psychology, 40*, 863-870.
- 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.
- Fava, G. A., Ruini, C., Rafanelli, C., Finos, L., Salmaso, L., Mangelli, L. (2005). Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychotherapy Psychosom, 74*(1), 26-30.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54.
- Hanrahan, F., Field, A. P., Jones, F. W., & Davey, G. C. L. (2013). A meta-analysis of cognitive therapy for worry in generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology Review, 33*, 120-132.
- Hepner, P. (1988). *Manual for the Problem Solving Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist press.
- Hoffman, D. L., E. M. Dukes, et al. (2008). "Human and economic burden of generalized anxiety disorder." *Depression and anxiety 25*(1): 72-90.
- Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York: Bantam Books.
- Kessler, R. C., Avenevoli, S., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Lakoma, M. D., Petukhova, M., Merikangas, K. R. (2012). Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement (NCS-A).
- 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.
- McEvoy, P., R. Grove, et al. (2011). "Epidemiology of Anxiety Disorders in the Australian General Population: Findings of the 2007 Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. ." *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 45: 957-967.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223-250.
- Roemer, L., Lee, J. K., Salters-Pedneault, K., Erisman, S. M., Orsillo, S. M., & Mennin, D. S. (2009). Mindfulness and emotion regulation difficulties in generalized anxiety disorder: preliminary evidence for independent and overlapping contributions. *Behavior Therapy*, 40, 142-154.
- Roemer, L. and Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness: a promising intervention in need of further study. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 172-178.
- Sexton, K. A & Dugas, M. J. (2004). An Investigation of Factor Leading to Cognitive in Worry . Poster Presented at the 38th 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, Loewe (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. *ARCH INTERN MED*. 166
- Wells, A. & Papa Georgiou, C. (1995). Worry and the incubation of intrusive image flowing stress. *Behavior Research and Therapy*, 33, 579-583.
- Whiteford, H. A., L. Degenhardt, et al. (2013). "Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010." *The Lancet* 382(9904): 1575-1586.