

## اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سوگیری تعبیر و نگرش ناکارآمد در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی

عزت اله قدم پور<sup>۱</sup>، سیمین غلامرضایی<sup>۱</sup>، پروانه رادمهر<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران؛ <sup>۲</sup>آانشجو، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران.

تاریخ دریافت: ۹۴/۶/۷ تاریخ پذیرش: ۹۴/۸/۱۲

### چکیده:

زمینه و هدف: همبودی اضطراب اجتماعی- افسردگی از شایع ترین مشکلات نوجوانان محسوب می شود که پیامدهای مخربی برای آنان دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سوگیری تعبیر و نگرش ناکارآمد در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی بود.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر از نوع طرح نیمه تجربی با پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه گواه است. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول و دوم مبتلا به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی شهر خرم آباد می باشد که به منظور اجرای پژوهش غربالگری انجام گرفت که ابتدا ۴۳۷ شرکت کننده با دامنه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال، پرسشنامه اضطراب اجتماعی و افسردگی را تکمیل نمودند که از میان آن ها ۳۰ نفر دارای اضطراب اجتماعی و افسردگی همراه بالا (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه) انتخاب گردید، سپس ۳۰ نفر منتخب با انتساب تصادفی به ۲ گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش ۸ جلسه ۲ساعته (هفته‌ای یک جلسه) به صورت گروهی تحت آموزش MBCT قرار گرفتند. بعد از اتمام جلسات، هر دو گروه به پرسشنامه های تعبیر و نگرش ناکارآمد پاسخ دادند.

یافته ها: در گروه آزمایش کاهش معنی داری در سوگیری تعبیر مربوط به خود، سوگیری تعبیر مربوط به دیگران ( $P < 0/001$ ) و نگرش ناکارآمد ( $P < 0/05$ ) بعد از دریافت آموزش مشاهده شد. ضمن اینکه نتایج در مرحله پیگیری نیز حفظ شد.

نتیجه گیری: با توجه به نتایج حاصله، آموزش های مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش میزان سوگیری تعبیر و نگرش ناکارآمد در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی توصیه می شود.

واژه های کلیدی: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، سوگیری تعبیر، نگرش ناکارآمد، اضطراب اجتماعی، افسردگی.

### مقدمه:

پاسخ های دستگاه قلبی- عروقی تفسیر سوگیرانه از موقعیت های اجتماعی مبهم نارسایی های عملکرد اجتماعی کنش وری اجتماعی ضعیف و ادراک های منفی رابطه دارد (۳-۶). این اختلال همبودی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی، خلقی دارد. طبق تحقیقات انجام شده ۸۱٪ از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال دیگری نیز دارند (۷). افسردگی (depression) همبودی بالایی با اختلال

یک اختلال اضطرابی مزمن اختلال اضطراب اجتماعی (Social anxiety disorder) است که با ترس شدید از موقعیت های عملکردی و اجتماعی و به تبع آن اجتناب از این موقعیت ها، مشخص می گردد (۱). به طوری که شیوع این اختلال در دختران بیش از پسران است (۲). برخی از مطالعات نشان داده اند که اختلال اضطراب اجتماعی در نوجوانان با مسائل و مشکلات بی شماری از قبیل برانگیختگی های فیزیولوژیک و

اضطراب اجتماعی در میان نوجوانان دارد (۸). اختلال افسردگی، از شایع ترین تشخیص های روانپزشکی است که با روند رو به رشد و شیوع آن، مشکلی اساسی برای بهداشت روان ایجاد کرده است، به طوری که بر تکامل شناختی، هیجانی و فیزیکی نوجوان اثر می گذارد (۹). این اختلال در دوره نوجوانی، در بین دختران بیشتر از پسران است (۱۰). اختلال اضطراب اجتماعی در دوران نوجوانی پیش بینی کننده مهمی از اختلال افسردگی پس از آن است، این امر موجب توجه به اختلال اضطراب اجتماعی به عنوان تعدیل کننده احتمال خطر می باشد. به طوری که وقتی همبودی رخ می دهد، اختلال اضطراب اجتماعی، همیشه سال ها قبل از اختلال افسردگی رخ می دهد (۱۱). مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی اکثراً از نظر بالینی افسرده هستند، به گونه ای که اختلال افسردگی در ۹۰٪ مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی همراه است (۱۲). مطالعات بالینی، همبودی قابل توجه بین اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی نوجوانان را بین ۳۰ تا ۴۰٪ اشاره می کنند (۱۳). وانانن و همکاران در پژوهش خود همبودی اختلال اضطراب اجتماعی با افسردگی در میان دختران ۵۱/۷٪ و پسران ۲۷/۹٪ نشان دادند (۲). مطابق دیدگاه شناختی، اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی می تواند ناشی از فرآیندهای شناختی منفی باشد که در ایجاد و پایداری این اختلالات نقش مهمی ایفا کند از جمله سوگیری تعبیر (biases interpretation) و نگرش ناکارآمد (dysfunctional attitude) می باشد. به گونه ای که نقش شناخت در ایجاد و تداوم اختلالات اضطرابی از جمله اضطراب اجتماعی و افسردگی از دیرباز از دو دیدگاه الف) محتوای فکر (باورها و نگرش های ناکارآمد و نامطلوب) ب) پردازش های شناختی (سوگیری تفکر و سرکوب افکار) مورد بررسی قرار گرفته است (۱۴) نظریه پردازان شناختی معتقدند سوگیری تعبیر، نقش تعیین کننده ای در

ایجاد و تداوم اختلالات اضطرابی و خلقی دارند (۱۵). سوگیری تعبیر به عنوان گرایش به تعبیر و تفسیر موقعیت های مبهم به شیوه ای کاملاً منفی و تهدیدآمیز، تعریف شده است که دارای دو مؤلفه خود ارزیابی منفی (سوگیری تعبیر مربوط به خود) و ادراک ارزیابی منفی توسط دیگران (سوگیری تعبیر مربوط به دیگران) می باشد (۱۶، ۱۷). سوگیری تعبیر یکی از مؤلفه های عمده در اختلال اضطرابی و خلقی است که نقش مهمی در ایجاد و تداوم این اختلالات دارد (۱۸، ۱۹). سوگیری تعبیر معطوف به افسردگی، شواهدی را برای درک سوگیری منفی که مربوط به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی است، مهیا می کند. به گونه ای که پژوهش های قبلی وجود سوگیری تعبیر منفی در افسردگی را نشان داده اند (۲۰). Miers و همکاران در پژوهش خود گزارش دادند که سوگیری تعبیر، در واقع یک ویژگی شناختی کلی مبتلایان اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی است (۱۸).

مطابق با مدل شناختی اختلالات روانپزشکی، یکی دیگر از عوامل مهم در شکل گیری و تداوم اختلالات روان شناختی، تحریف های شناختی و نگرش ناکارآمد است (۲۱). مفهوم نگرش ناکارآمد اولین بار توسط بک در توصیف بیماران افسرده به عنوان مفهوم اصلی مرکزی ایجاد و دوام اختلال افسردگی مطرح شد (۲۲). نگرش ناکارآمد منعکس کننده سوگیری منفی باورها و طرحواره های یک فرد در مورد خود، جهان و آینده است که شامل مؤلفه هایی چون: کمال طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران، آسیب پذیری و ارزشیابی عملکرد در مورد خود، دیگران و آینده، براساس نظریه شناختی بک می باشد (۲۳).

بک نگرش ناکارآمد را اساس اختلال اضطراب اجتماعی مطرح می کند که با فعال شدن این نگرش ها و باورها از طریق موقعیت های اجتماعی با ایجاد دور باطل، به تداوم اختلال

درمانی برخاسته از نظریه ها را برجسته می کند (۳۲،۳۱). در میان درمان های مختلفی که برای اضطراب و افسردگی تدارک دیده شده، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (mindfulness-based cognitive therapy) جایگاه ویژه ای پیدا کرده است (۳۴،۳۳). ذهن آگاهی نوعی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین های مذهبی شرقی به ویژه بودا دارد (۳۵). ذهن آگاهی به عنوان حالتی از آگاهی، بدون قضاوت تمرکز بر خود، مشخص شده است. این حالت در تقابل با متمرکز بر گذشته به خصوص در بیماران مبتلا به افسردگی و متمرکز بر آینده در مبتلایان به اضطراب می باشد (۳۶). مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمان های شناختی- رفتاری موج سوم قلمداد می شود (۳۵). MBCT نوع مداخله گروهی کوتاه مدت است که در آن ۳ هدف اساسی دنبال می شود. الف) تنظیم توجه، ب) ایجاد آگاهی فراشناختی، ج) تمرکز زدایی و ایجاد پذیرش نسبت به حالت ها و محتویات ذهنی (۳۷). Smits و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی برای علائم افسردگی بیماران افسردگی اساسی با همبودی اضطراب اجتماعی مناسب باشد (۳۸). داداش زاده و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی- رفتاری گروهی، اثر بخشی سودمندی بر کاهش میزان سوگیری تعبیر در اختلال اضطراب اجتماعی دارد (۳۹). نتایج پژوهش محمدی و همکاران حاکی از این است که تلفیق درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان شناختی- رفتاری می تواند از طریق کاهش تأثیر نگرش ناکارآمد، منجر به کاهش علائم افسردگی شود (۴۰). آزرگون و کجبافت در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که آموزش ذهن آگاهی موجب کاهش نگرش های ناکارآمد و افکار خودآیند شد (۴۱). Hazlett-Stevens در پژوهش خود به این نتیجه رسید که کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر مؤثری بر کاهش علائم همبودی اختلال اضطراب و افسردگی دارد (۴۲).

اضطراب اجتماعی کمک می کند (۲۴). به گونه ای که مدل های شناختی اختلال اضطراب اجتماعی بر اهمیت نقش نگرش ناکارآمد در شکل گیری و پایداری اختلال اضطراب اجتماعی تأکید دارند (۲۵). بسیاری از مطالعات معتقدند که نگرش ناکارآمد می توانند منجر به آسیب پذیری شناختی در اختلال افسردگی و در شکل گیری، سبب شناسی و دوام آن نقش داشته باشد (۲۶). در مقایسه با نوجوانانی که دارای یکی از اختلالات اضطراب اجتماعی و افسردگی هستند، نوجوانان همبود، گرایش زیادی به افکار خودکشی، سطح بالاتری از آسیب های روانی، پیش آگهی بدتر، مشکلات و پریشانی بیشتر، اختلال در عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی بیشتری دارند (۱۳،۲۷). از آن جایی که به نظر می رسد همبودی بین اختلالات اضطرابی و افسردگی یک قاعده بدون استثنا است و همبودی، همواره مرتبط با پیش آگهی ضعیف تر، پیامدهای مخرب تری نسبت به هر یک از اختلالات است، لذا همبودی اختلالات اضطراب اجتماعی و افسردگی نیازمند توجه بالینی بیشتر می باشد (۲۹،۲۸). در این راستا، برای حل این مشکل روزافزون، رویکردهای درمانی مختلفی ابداع شده است که از آن میان درمان شناختی- رفتاری اثر بخشی خود را در درمان افسردگی و اضطراب ثابت کرده است. دارو درمانی نیز به عنوان یک روش درمانی مناسب شناخته شده، به طوری که به اندازه درمان شناختی- رفتاری، مقرون به صرفه است (۳۰). اگرچه اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری برای درمان اضطراب و افسردگی ثابت شده است، اما نسبت معنی داری از بیماران از علائم باقی مانده رنج می برند و تعدادی از آن ها نسبت به این درمان بی میل شده اند (۳۰). از سویی دیگر، تعداد زیادی از مبتلایان به دنبال بهترین مداخلات، تداوم علائم را گزارش می دهند و برخی از بیماران فعالانه به دنبال درمان های کما بیش بدیع می گردند، این موارد نیاز به تحقیقات بالینی به منظور توسعه و ارزیابی ابداعات

با توجه به اینکه اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی از شایع ترین مشکلات نوجوانان محسوب می شود و همبودی آن ها پیامدهای مخربی برای نوجوانان دارد، برای مثال مانع رشد اجتماعی و پیشرفت تحصیلی در نوجوان می شود و با عنایت به اینکه در زمینه اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با در نظر گرفتن چنین ترکیبی از متغیرها در نوجوانان چندان پژوهشی صورت نگرفته است، لذا پژوهش حاضر درصدد بررسی این است که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر میزان سوگیری تعبیر و نگرش ناکارآمد در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی مؤثر است؟

### روش بررسی:

روش پژوهش حاضر از نوع طرح نیمه تجربی با پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش آموزان دختر دوره متوسطه اول و دوم با دامنه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال مبتلا به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی شهر خرم آباد در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ به تعداد ۵۶۸۱ نفر بود. از آنجا که مطالعات همه گیرشناسی نشان داده اند تعداد بیشتری از زنان ملاک های اضطراب اجتماعی و افسردگی را دارند (۴۴،۴۳). با عنایت به اینکه طرح پژوهش حاضر نیمه تجربی است و با توجه به اینکه حجم نمونه در طرح های نیمه تجربی ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش و گواه توصیه می شود (دلاور، ۱۳۸۶) نمونه مورد نیاز برای این پژوهش شامل ۳۰ نوجوان دختر بود. به منظور اجرای طرح، غربالگری انجام گرفت. برای انتخاب نمونه، ابتدا از بین دو ناحیه آموزش و پرورش شهر خرم آباد، ناحیه دو و از بین تمامی مدارس، ۵ مدرسه به روش تصادفی- خوشه‌ای انتخاب شد و در بین ۵ مدرسه، ۴۳۷ پرسشنامه اضطراب اجتماعی (SAS-A) و افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II) تکمیل گردید و افراد دارای اختلال اضطراب

اجتماعی و افسردگی همراه بالا (یک انحراف معیار بالاتر از میانگین گروه) را انتخاب و تحت مصاحبه ساختار یافته بر اساس DSM\_IV\_TR توسط پژوهشگر قرار گرفتند و شرکت کنندگانی که ملاک های ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند، سپس از میان دانش آموزان مبتلا به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی ۳۰ نفر مطابق معیارهای شمول انتخاب گردید، سپس ۳۰ نفر منتخب با انتساب تصادفی ساده به دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش به صورت گروهی در ۸ جلسه ۲ ساعته (هفته ای یک جلسه)، به مدت ۲ ماه با حضور در مدرسه تحت آموزش به شیوه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توسط پژوهشگر قرار گرفتند و گروه گواه در طی این مدت هیچ مداخله ای را دریافت نکردند و در نهایت از هر دو گروه آزمایش و گواه پس آزمون و مجدداً دو ماه بعد پیگیری به عمل آمد. جهت رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پیگیری، گروه گواه به مدت ۳ جلسه نیز تحت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. ملاک های ورود در این مطالعه عبارت بودند از: رضایت آگاهانه، دانش آموزان دختر دوره اول و دوم متوسطه شهر خرم آباد، گروه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی، عدم شرکت در کلاس های آموزشی و درمانی دیگر به طور همزمان، کاملاً هوشیار و قادر به همکاری بوده، از آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخگویی به سؤالات برخوردار باشند و ملاک های خروج عبارت بودند از: وجود علائم سایکوتیک، وجود افکار وسواسی، وجود بیماری پزشکی جدی و محدود کننده ای که موجب افسردگی در فرد می شود، وجود رگه هایی از اختلال شخصیت، وجود اختلال نقض توجه. بعد از پایان مداخلات آموزشی و جمع آوری داده های آماری، با استفاده از نرم افزار SPSS داده ها در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار

محتوایی و صورتی هر دو نسخه برآورد گردید. همسانی درونی نسخه مربوط به خود (ضریب آلفا ۰/۸۳) و برای نسخه مربوط به دیگران (ضریب آلفا ۰/۷۹) در بیماران سرپایی به دست آمد. ۳- پرسشنامه نگرش ناکارآمد، نسخه ۲۶ گویه ای (DAS-26): این نسخه توسط ابراهیمی و همکاران، از نسخه ۴۰ گویه ای فرم الف جهت کاربرد در جمعیت بالینی ایرانی تهیه و کیفیت روانسنجی آن تعیین شد. مقیاس DAS-26 دارای ۲۶ جمله است که آزمودنی بر اساس مقیاس لیکرت ۷ درجه ای (کاملاً مخالفم ۱ تا کاملاً موافقم ۷) به آن پاسخ می دهد این مقیاس دارای ۴ عامل زیربنایی شامل کمال طلبی، نیاز به تأیید دیگران، نیاز به راضی کردن دیگران و آسیب پذیری- ارزشیابی عملکرد است. در مجموع گویه های مقیاس نگرش های پاتولوژیک در مورد خود، ارتباط با دیگران و آینده را بر اساس نظریه شناختی بک مورد ارزیابی قرار می دهد. از آنجایی که نمرات مقیاس نگرش های ناکارآمد به صورت کمی و گسترده است، لذا بنابر توصیه ابراهیمی و همکاران جهت تعیین آسیب پذیری شناختی و نسبت بخت بروز اختلال، افراد از لحاظ نگرش های ناکارآمد به ۲ گروه پرخطر و کم خطر بر اساس نقطه برش ۸۲ در مقیاس DAS-26 تقسیم شدند. نمرات مقیاس نگرش های ناکارآمد آزمودنی ها (اعم از بیمار و سالم) بر اساس نقطه برش بالینی ۸۲ مقوله بندی شد. آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۹۲ همبستگی با فرم اصلی ۰/۷۹ و واریانس پیش بینی آن از طریق همبستگی با نمرات 6HQ-28 (General health questionnaire) در گروه بیماران و غیر بیماران ۰/۵۶ به دست آمد (۴۹). پروتکل درمانی مورد استفاده شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از کتاب راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (سگال و همکاران با ترجمه محمد خانی) انجام گرفت.

گرفت. برای توصیف داده ها از جداول و شاخص های آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و برای استنباط آماری داده ها، تحلیل کوواریانس چند متغیری محاسبه گردید.

ابزارهای اندازه گیری: ۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I (SCID): مصاحبه ی مزبور ابزاری انعطاف پذیر است که هاشمی و هاشمی نصرت تهیه کرده است (۴۵). شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند (۴۶). توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰٪). توافق کلی (کاپای کل تشخیص های فعلی ۵۲٪ و برای کل تشخیص های طول عمر ۵۵٪) به دست آمده، نیز رضایت بخش است. ۲- فرم تجدید نظر شده پرسشنامه تعبیر: نسخه اصلی این پرسشنامه در سال ۱۹۸۳ توسط Butler و Mathews برای مقایسه تعبیر رویدادها در دو گروه افراد مبتلا به اختلال اضطرابی و اختلال افسردگی و آزمودنی های بهنجار به کار برده شد (۴۷). امینی و همکاران نیز برای بررسی سوگیری تعبیر در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، این پرسشنامه را از نظر محتوایی، شکل و ماده ها بازبینی نمودند و فرم نهایی یا تجدید نظر شده خود را ارائه کردند. فرم تجدید نظر شده پرسشنامه تعبیر دارای دو نسخه مربوط به خود (۲۲ ماده) و مربوط به دیگران (۲۲ ماده) می باشد و هر نسخه نیز خود دارای مقیاس های فرعی رویدادها یا سناریوهای اجتماعی مبهم (۱۵ ماده) و سناریوها و رویدادهای غیر اجتماعی مبهم (۷ ماده) است. هر ماده نیز دارای ۳ گزینه تعبیری با بار معنایی مثبت، خنثی و منفی می باشد. در نسخه مربوط به خود، ضریب آلفا برابر ۰/۸۵ و در نسخه مربوط به دیگران ضریب آلفا برابر ۰/۸۸ به دست آمد (۴۸). در پژوهشی اعتبار

## جدول شماره ۱: محتوای جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	محتوای جلسه
اول	تنظیم خط مشی کلی با در نظر گرفتن جنبه‌ی محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، تمرین خوردن کشمش با شیوه حضور ذهن، آشناسازی با مفهوم هدایت خودکار، معرفی این راهبرد مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط موجود، احساسات مختل‌کننده‌ای را برمی‌انگیزد، تمرین واری‌بندی، تکلیف خانگی، بحث و تعیین جلسات هفتگی توزیع نوارها و جزوات جلسه اول.
دوم	مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین واری‌بندی، بازنگری تمرین، تمرین افکار و احساسات جایگزین و آموزش تمرکز زدایی از افکار و فرضیات ذهنی با گذاشتن برچسب فرضیه روی آن‌ها، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته ۱۰ تا ۱۵ دقیقه، تعیین تکلیف خانگی.
سوم	تمرین دیدن یا شنیدن، معرفی تمرین مراقبه‌ی نشسته و منطبق اجرای آن، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه، تقویت حوزه‌ی حالت ذهنی بودن، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس ۳ دقیقه‌ای و بازنگری، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.
چهارم	تمرین پنج دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، تمرین مراقبه‌ی ذهن آگاهی، تکلیف خانگی، تعیین تکلیف خانگی.
پنجم	قبل از هر تغییری باید خود را به همان گونه‌ای که هستیم بپذیریم و این مستلزم اجازه‌دهی و مجوز بخشیدن به حضور احساسات ناخوشایند در آگاهی است، ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، مرور و بررسی تمرین جلسه قبل، تعیین تکلیف خانگی.
ششم	آموزش توجه به ذهن و اینکه افکار حقایق نیستند، خلق و افکار منفی، ارتباط ما را با تجربه محدود می‌کنند؛ درک این مطلب که افکار، فقط فکر هستند، مراقبه نشسته ۴۰ دقیقه‌ای، ذهن آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار بازنگری، تمرین بازنگری تکلیف خانگی، آماده شدن برای اتمام دوره.
هفتم	۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، برنامه ریزی فعالیت: تعیین و تهیه‌ی فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش و تسلط برانگیز، بازنگری تکلیف خانگی، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق.
هشتم	بازنگری مطالب گذشته و جمع بندی.

## یافته‌ها:

سوگیری تعبیر مربوط به خود، سوگیری تعبیر مربوط به دیگران و نگرش ناکارآمد را در نوجوانان به تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان می‌دهد. از آنجا که کسب نمره‌ی بیشتر در این متغیرها نشان از مشکل دارد، ملاحظه می‌شود که میانگین نمرات گروه مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کاهش معنی‌داری دارد. به علاوه بعد از گذشت دو ماه از اجرای مداخله و پس از انجام آزمون پیگیری، مشخص شد که کاهش این متغیرها در اعضای گروه آزمون در مرحله پیگیری نیز به صورت معنی‌داری ادامه داشته است.

پس از اجرای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، از هر دو گروه آزمایش و گواه پس‌آزمون و پیگیری به عمل آمد و سپس داده‌های مرتبط با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استخراج شد. در جدول شماره ۲ نتایج مربوط به آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) دو گروه آزمایش و گواه در شرایط پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داده شده است، باید توجه داشت که نتایج غربال در تحلیل وارد نشده‌اند، چرا که هدف از اجرای غربال، همگن سازی شرکت کنندگان بود. جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات

**جدول شماره ۲: داده های توصیفی متغیرهای پژوهش**

متغیرها	گروه آزمایش	گروه گواه
	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
سن	۱/۱۸±۱۵/۴۶	۱/۱۲±۱۵/۶۰
پیش آزمون	۴/۸۵±۴۴/۳۰	۴/۱۲±۴۳/۴۱
تعبیر مربوط به خود	۲/۵۰±۳۵/۵۳	۱/۸۸±۴۲/۶۳
پیش آزمون	۲/۶۹±۳۴/۹۳	۲/۵۶±۴۲/۱۷
پیش آزمون	۳/۶۱±۴۰/۰۱	۴/۲۹±۴۱/۴۰
تعبیر مربوط به دیگران	۲/۸۷±۳۱/۶۶	۴/۴۱±۳۹/۷۴
پیش آزمون	۲/۴۶±۳۲/۲۷	۵/۳۴±۴۰/۰۲
پیش آزمون	۸/۲۰±۱۲۹/۲۷	۶/۵۰±۱۲۷/۱۳
پس آزمون	۵/۱۰±۱۱۸/۸۷	۷/۴۹±۱۲۴/۸۴
پس آزمون	۵/۱۲±۱۱۶/۹۳	۷/۶۳±۱۲۳/۹۷

ناهمگن فرض کردن واریانس ها وجود ندارد. بررسی همگنی رگرسیون نیز از معنی دار نبودن شرایط و پیش آزمون حمایت می کند؛ همچنین قبل از انجام آزمون کوواریانس با استفاده از آزمون کولموکروف اسمیرنوف نرمال بودن توزیع نمونه ها مورد بررسی قرار گرفت، بنابراین از تحلیل کوواریانس برای تحلیل آماری استفاده شد.

نتایج شاخص های اعتبار آزمون نیز بیانگر آن است که سطوح معنی داری همه آزمون ها قابلیت استفاده از مانوا را مجاز می شمارند؛ بدین معنی که بین آزمودنی ها گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری وجود دارد.

برای مشخص کردن معنی داری تفاوت بین متغیرهای فوق از تحلیل کوواریانس استفاده شد و برای بررسی تفاوت های مشاهده شده در متغیرهای سوگیری تعبیر مربوط به خود، سوگیری تعبیر مربوط به دیگران و نگرش ناکارآمد، ابتدا مفروضه های لازم جهت انجام تحلیل کوواریانس بررسی شد. همان گونه که در جدول شماره ۳ مشاهده می گردد، فرض صفر برای تساوی واریانس های نمرات سوگیری تعبیر مربوط به خود، تعبیر مربوط به دیگران و نگرش ناکارآمد در پس آزمون و پیگیری تأیید می گردد یعنی پیش فرض تساوی واریانس های نمرات در دو گروه آزمایش و گواه تأیید شد ( $P > 0.05$ ). با توجه به این امر دلیلی برای

**جدول شماره ۳: نتایج آزمون لوین درمورد پیش فرض تساوی واریانس ها دو گروه در جامعه**

مقیاس ها	شاخص ها	F	درجه آزادی اول (صورت)	درجه آزادی دوم (مخرج)	معنی داری
سوگیری تعبیر مربوط به خود	پس آزمون	۲/۰۱	۱	۲۸	۰/۱۶۷
	پیگیری	۰/۰۳۸	۱	۲۸	۰/۸۴۷
سوگیری تعبیر مربوط به دیگران	پس آزمون	۲/۲۰	۱	۲۸	۰/۱۴۸
	پیگیری	۳/۷۳	۱	۲۸	۰/۰۶۷
نگرش ناکارآمد	پس آزمون	۰/۱۳۳	۱	۲۸	۰/۷۱۸
	پیگیری	۰/۳۶۰	۱	۲۸	۰/۵۵۳

آزمایش نسبت به گروه گواه در هر دو مرحله پس از آزمون و پیگیری مؤثر باشد که این درمان در مرحله پس از آزمون ۷۴٪ بر سوگیری تعبیر مربوط به خود، ۵۲٪ سوگیری تعبیر مربوط به دیگران و ۱۵٪ نگرش ناکارآمد و در مرحله ی پیگیری، ۶۹٪ سوگیری تعبیر مربوط به خود، ۴۴٪ سوگیری تعبیر مربوط به دیگران و ۱۹٪ نگرش ناکارآمد مؤثر بوده است.

همانگونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می شود بین آزمودنی های گروه آزمایش و گواه تفاوت معنی داری در همه متغیرهای وابسته دیده می شود. به گونه ای که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته است به طور معنی داری در کاهش متغیرهای سوگیری تعبیر مربوط به خود و دیگران ( $P < 0/01$ ) و کاهش نگرش ناکارآمد ( $P < 0/05$ ) گروه

**جدول شماره ۴: نتایج تحلیل کوواریانس عضویت گروهی بر میزان سوگیری تعبیر مربوط به خود، سوگیری تعبیر مربوط به دیگران و نگرش ناکارآمد**

متغیر وابسته	مراحل	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	معنی داری	مجذورات
سوگیری تعبیر	پس آزمون	پیش آزمون	۰/۳۴	۱	۰/۰۰۷	۰/۹۳	۰/۰۰۰
مربوط به خود		عضویت گروهی	۳۶۳/۹۳	۱	۷۲/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۷۴۴
سوگیری تعبیر	پیگیری	پیش آزمون	۰/۴۷۴	۱	۰/۰۷۱	۰/۷۹	۰/۰۰۳
		عضویت گروهی	۳۸۰/۷۹	۱	۵۶/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۶۹۵
مربوط به دیگران	پس آزمون	پیش آزمون	۱۹/۵۷	۱	۱/۳۸	۰/۲۵	۰/۰۵۳
نگرش ناکارآمد		عضویت گروهی	۳۸۷/۸۱	۱	۲۷/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲۴
سوگیری تعبیر	پیگیری	پیش آزمون	۲۸/۷۱	۱	۱/۶۰	۰/۲۱	۰/۰۶۰
		عضویت گروهی	۳۵۰/۳۲	۱	۱۹/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴۰
نگرش ناکارآمد	پس آزمون	پیش آزمون	۵/۸۶	۱	۰/۱۵۰	۰/۷۰	۰/۰۰۶
سوگیری تعبیر		عضویت گروهی	۱۸۰/۶۲	۱	۴/۶۱	۰/۰۵	۰/۱۵۶
سوگیری تعبیر	پیگیری	پیش آزمون	۰/۲۱۵	۱	۰/۰۰۵	۰/۹۴	۰/۰۰۰
		عضویت گروهی	۲۵۷/۶۳	۱	۶/۱۰۸	۰/۰۵	۰/۱۹۶

## بحث:

جلسات ۸ گانه MBCT از میزان متغیرهای سوگیری تعبیر مربوط به خود، سوگیری تعبیر مربوط به دیگران و نگرش ناکارآمد مبتلایان در دوره مداخله توانسته است، به طور قابل توجهی بکاهد، به گونه ای که این کاهش در دو مقطع زمانی پس از مداخله و دو ماه بعد از پایان مداخله، قابل مشاهده است. در این راستا نتایج به دست آمده در این پژوهش در زمینه نگرش ناکارآمد با یافته های برخی محققین همسویی دارد (۴۱،۴۰). در خصوص اثر بخشی MBCT بر نگرش ناکارآمد، محققین در مطالعه خود نشان داده اند که تمرینات

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) بر کاهش میزان سوگیری تعبیر مربوط به خود، سوگیری مربوط به دیگران و نگرش ناکارآمد مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی مؤثر بوده است. اگرچه پیشینه پژوهشی که مستقیماً اثر بخشی MCTB را بر کاهش میزان سوگیری تعبیر مربوط به خود، سوگیری مربوط به دیگران و نگرش ناکارآمد در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی بررسی نماید، یافت نشد. اما نتایج حاکی از این است که



مراقبه حضور ذهن، اساساً در کاهش نشخوار فکری مؤثرند و این کاهش به نوبه خود، باعث کاهش محتوای شناختی ناسازگار و نشانه های عاطفی، به ویژه نشانه های اضطرابی، افسردگی و نگرش ناکارآمد می گردند؛ به علاوه، از آنجایی که سطوح بالای اختلالات اضطرابی با افسردگی همبودی دارند، پردازش های شناختی این اختلالات، شباهت بسیاری دارند و این می تواند توجیه کننده این باشد که MBCT، اثرات درمانی انحصاری بر افسردگی به تنهایی ندارد، بلکه می تواند شامل اختلالات اضطرابی نیز گردد (۵۰). یافته ی دیگر این پژوهش نشان داد که MBCT بر سوگیری تعبیر مربوط به خود و دیگران تأثیر معنی داری دارد، اما با مرور پیشینه پژوهشی، تاکنون تحقیقی که به طور مستقیم به این تأثیر اشاره کرده باشد یافت نشد، ولی به طور کلی می توان گفت که نتیجه ی به دست آمده با مطالعاتی که اثر بخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و مواجهه درمانی در کاهش میزان سوگیری تعبیر را نشان می دهد، همسو است (۳۹). نکته مهم در تبیین این یافته ها، این است که MBCT باعث بازنمایی ذهنی اشیاء موجود در زندگی می شود که از کنترل بلافاصله انسان خارج است و این از طریق تنفس عمیق و فکر کردن آموزش داده می شود (۵۱). از دیرباز MBCT در طب و روان پزشکی، به عنوان یکی از شیوه های درمان غیر دارویی برای درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی، مورد توجه بوده است (۵۲، ۵۳). دلیل اثر بخشی MBCT در این مطالعات این است که آموزش ذهن آگاهی منجر به تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت های کنترل توجه، جنبه ی پیشگیرانه درمان را افزایش می دهد. در تحقیق حاضر، نتایج مرحله پیگیری مبتنی بر پایدار بودن تأثیر مداخله پس از گذشت دو ماه، پشتیبان این توضیح است. بر این اساس که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به سوی گام بالاتر به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله ی بیمار می شود و در عین آرامش و

آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می نماید (۵۴)، همچنین می توان گفت چون ذهن آگاهی و آموزش آن باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده های فیزیکی همانگونه که اتفاق می افتند، کمک می کند (۵۵)؛ بنابراین می تواند در تعدیل نمرات سلامت روان نقش مهمی داشته باشند و این امر از این نظر که در پژوهش های قبلی نشان داده شده است که MBCT در تعدیل رفتارهای منفی و افکار منفی کمک نماید و موجب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می شود (۵۶). یکی از جنبه های MBCT این است که افراد یاد می گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (۵۷). با این اوصاف به نظر می رسد تمرین های ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف کردن آگاهی به اینجا و اکنون بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تأثیر دارد. از امتیازات رویکرد MBCT دیدگاه گروه محوری آن است که هم به لحاظ هزینه های مادی و هم با توجه به اثر بخشی در واحد زمان، خدمات روان شناختی را به تعداد بزرگ تری از افراد نیازمند عرضه می کند، این امر جدا از منافع درمانی و در عین کاهش هزینه ها، می تواند جوابگوی لیست طولانی مراجعانی باشد که در انتظار دریافت خدمات روان شناختی، بار سنگین رنج روانی را برای مدت طولانی به دوش می کشند. فراتر از این و جدا از تأثیر درمانی و کاهش هزینه های مالی در به کارگیری پروتکل MBCT، دید مردم، جنبه بهزیستی و ارتقاء دارد و امروزه بهره جویی از انواع روش های یوگا و مراقبه در میان مردم، خصوصاً با وضعیت اقتصادی- اجتماعی متوسط و بالاتر شیوع دارد.

ضمن دغدغه های ابداع کنندگان روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در بیماران افسرده، میزان

افسردگی در دوران نوجوانی آغاز می شود و در میان دختران بیشتر از پسران رخ می دهد و از طرف دیگر، همبودی آن ها پیامدهای روانی و مشکلات رفتاری زیادی به دنبال دارد، برای درک بهتر زمان بروز و تداوم این اختلالات در نوجوانان ایرانی، بررسی حاضر ضروری به نظر می رسد، از این رو با توجه به اینکه درصد بالایی از جمعیت کشورمان را نوجوانان تشکیل داده اند، بررسی مسائل و مشکلات آنان ضروری است و کارهای پژوهشی بیشتری را می طلبد.

### نتیجه گیری:

مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به دلیل ایجاد نظارت فراشناختی، پردازش افکار ناکارآمد و سوگیری های منفی را مختل ساخته و فرد با آگاهی بیشتری با آن برخورد می کند، لذا در کاهش میزان سوگیری تعبیر (تعبیر مربوط به خود و دیگران) و نگرش ناکارآمد مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی مؤثر است.

### تشکر و قدردانی:

در پایان از مساعدت های تمامی عوامل به ویژه مسئولین محترم دانشگاه، مدیریت محترم آموزش و پرورش، مدارس شهر خرم آباد و تمامی دانش آموزانی عزیز که بی دریغ در روند این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می گردد. لازم به ذکر است این مقاله مستخرج از پایان نامه دانشجویی کارشناسی ارشد می باشد که براساس شماره ۴۷۲۰ در تاریخ ۱۳۹۴/۰۴/۲۱ در دانشگاه لرستان تصویب شده است.

مشارکت نوجوانان در این مطالعه شاهد خوبی برای پذیرش و اقبال عمومی و از همه مهم تر، توانمندی درمانگران برای اداره جلسات گروهی است. محدودیت هایی در مطالعه و جو داشت که لازم است در تفسیر و برداشت یافته ها مد نظر باشد، عدم به کارگیری یک شیوه مداخله روان شناختی دیگر در کنار شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، به منظور مقایسه اثر بخشی دو روش و در نهایت توصیه به انتخاب و اولویت بندی شیوه مداخله، با توجه به شرایط نمونه انتخابی که نمونه بالینی نبوده است و تنها جنس مؤنث بود، در تعمیم نتایج به افراد خارج از جامعه ی پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت کرد. از محدودیت عمده ی این پژوهش، انجام آن بر روی نوجوانان ۱۷-۱۴ ساله در شهر خرم آباد بود که امکان تعمیم نتایج به سایر مقاطع سنی و دیگر مناطق جغرافیایی را دشوار می سازد. با وجود محدودیت های موجود، مزیت عمده ی مطالعه حاضر، انجام و تکرار یک روش مداخله بدون دخالت و حضور ابداع کنندگان روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است، نکته ی قابل توجه، اینکه عرصه شیوه درمانی از محدوده ی بیمارستانی به اجتماع (در میان دانش آموزان مدارس) کشیده شد، لذا پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی، مداخله MBCT بر روی هر دو جنس دختر و پسر و سایر مقاطع سنی و به صورت گسترده تر در سایر مناطق جغرافیایی انجام دهند که می تواند زمینه ساز بستری مناسب برای مقایسه بهتر و افزایش قدرت تعمیم پذیری نتایج شود. چرا که این مداخله می تواند علاوه بر پیشگیری، ارتقای سلامت روانی را مقدور سازد. به دلیل محدود بودن بررسی های انجام شده در این زمینه و همچنین به دلیل اینکه اختلال اضطراب اجتماعی و

### منابع:

1. Shannon J. The Shyness and Social Anxiety Workbook for Teens: CBT and ACT Skills to Help You Build Social Confidence: USA: New Harbinger Pub; 2012.
2. Väänänen J-M, Fröjd S, Ranta K, Marttunen M, Helminen M, Kaltiala-Heino R. Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescence. J Affect Disord. 2011; 133(1): 97-104.

3. Anderson ER, Hope DA. The relationship among social phobia, objective and perceived physiological reactivity, and anxiety sensitivity in an adolescent population. *J Anxiety Disord.* 2009; 23(1): 18-26.
4. Miers AC, Blote AW, Bogels SM, Westenberg PM. Interpretation bias and social anxiety in adolescents. *J Anxiety Disord.* 2008; 22(8): 1462-71.
5. Voncken MJ, Bogels SM. Social performance deficits in social anxiety disorder: reality during conversation and biased perception during speech. *J Anxiety Disord.* 2008; 22(8): 1384-92.
6. Levpuscek MP, Videc M. Psychometric properties of the Social Anxiety Scale for Adolescents (SASA) and its relation to positive imaginary audience and academic performance in Slovene adolescents. *Stud Psychol.* 2008; 50(1): 49-65.
7. den Boer JA. Social anxiety disorder/social phobia: epidemiology, diagnosis, neurobiology, and treatment. *Compr Psychiatry.* 2000; 41(6): 405-15.
8. Vaananen JM, Isomaa R, Kaltiala-Heino R, Frojd S, Helminen M, Marttunen M. Decrease in self-esteem mediates the association between symptoms of social phobia and depression in middle adolescence in a sex-specific manner: A 2-year follow-up of a prospective population cohort study. *BMC Psychiatry.* 2014; 14: 79.
9. Habibpour Z, Sharifi A. The study compare the severity of depression in adolescents girl and boy. *J Urmia Nurs Midwif Fac;* 7(1): 8-12.
10. Graham F. Cognitive behavioral therapy for children and family. USA: Cambridge University Press; 2013.
11. Stein MB, Fuetsch M, Muller N, Hofler M, Lieb R, Wittchen HU. Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults. *Arch Gen Psychiatry.* 2001; 58(3): 251-6.
12. Gorman JM. Comorbid depression and anxiety spectrum disorders. *Depress Anxiety.* 1996; 4(4): 160-8.
13. Ranta K, Kaltiala-Heino R, Pelkonen M, Marttunen M. Associations between peer victimization, self-reported depression and social phobia among adolescents: the role of comorbidity. *J Adolescent Res.* 2009; 32(1): 77-93.
14. Fawzy TI, Hecker JE, Clark J. The relationship between cognitive avoidance and attentional bias for snake-related thoughts. *J Anxiety Disord.* 2006; 20(8): 1103-17.
15. Gotlib IH, Krasnoperova E, Yue DN, Joormann J. Attentional biases for negative interpersonal stimuli in clinical depression. *J Abnorm Psychol.* 2004; 113(1): 121-35.
16. Lievaart M, van der Heiden C, Geraerts E. Associations between Depressive Symptoms, Rumination, Overgeneral Autobiographical Memory and Interpretation Bias within a Clinically Depressed Sample. *J Psychol Psychother.* 2013; 7: 554.
17. Heimberg RG, Becker RE. Cognitive-behavioral group therapy for social phobia: Basic mechanisms and clinical strategies. New York: Guilford Press; 2002.
18. Miers AC, Blote AW, Bogels SM, Westenberg PM. Interpretation bias and social anxiety in adolescents. *J Anxiety Disord.* 2008; 22(8): 1462-71.
19. Wisco BE, Nolen-Hoeksema S. Interpretation bias and depressive symptoms: The role of self-relevance. *Behav Res Ther.* 2010; 48(11): 1113-22.
20. Huppert JD, Pasupuleti RV, Foa EB, Mathews A. Interpretation biases in social anxiety: Response generation, response selection, and self-appraisals. *Behav Res Ther.* 2007; 45(7): 1505-15.
21. Oliver J, Murphy SL, Ferland DR, Ross MJ. Contributions of the cognitive style questionnaire and the dysfunctional attitude scale to measuring cognitive vulnerability to depression. *Cognit Ther Res.* 2007; 31(1): 51-69.
22. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorder. New York: International University Press; 1979.
23. Vanderhasselt MA, Koster EH, Onraedt T, Bruyneel L, Goubert L, De Raedt R. Adaptive cognitive emotion regulation moderates the relationship between dysfunctional attitudes and depressive symptoms during a stressful life period: a prospective study. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2014; 45(2): 291-6.
24. Nequee F. Perfectionism and fear of others in explaining the assessment of social anxiety. *J Stud Educa Psycho.* 2010; 7(12): 93-112.

25. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment*. 1995; 41(68): 69-93.
26. Kerqeli A, Kelpi M, Tsigilis N. Dysfunctional attitudes and their effect on depression. *Proc Soc Behav Sci*. 2013; 84(9):196-204.
27. Kashdan TB, Roberts JE. Comorbid social anxiety disorder in clients with depressive disorders: Predicting changes in depressive symptoms, therapeutic relationships, and focus of attention in group treatment. *Behav Res Ther*. 2011; 49(12): 875-84.
28. Albert U, Rosso G, Maina G, Bogetto F. Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life in euthymic bipolar disorder patients: differences between bipolar I and II subtypes. *J Affect Disord*. 2008; 105(1-3): 297-303.
29. Schoevers RA, Deeg DJH, Van Tilburg W, Beekman ATF. Depression and general anxiety disorder. Co-occurrence and longitudinal patterns in elderly patients. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2005 Jan;13(1): 31-9.
30. Hamilton KE, Wershler JL, Macrodimitris SD, Backs-Dermott BJ, Ching LE, Mothersill KJ. Exploring the effectiveness of a mixed-diagnosis group cognitive behavioral therapy intervention across diverse populations. *Cogn Behav Pract*. 2012; 19(3): 472-82.
31. McEvoy PM, Perini SJ. Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: a controlled trial. *J Anxiety Disord*. 2009; 23(4): 519-28.
32. Amir N, Beard C, Taylor CT, Klumpp H, Elias J, Burns M, et al. Attention training in individuals with generalized social phobia: A randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2009; 77(5): 961-73.
33. Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *J Consult Clin Psychol*. 2010; 78(2): 169-83.
34. Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Mass M, Therien P, Bouchard V, Hofmann SG. Mindfulness-based therapy: A comprehensive meta-analysis. *J Clin Psycho Rev*. 2013; 33: 763-71.
35. Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: a systematic review and meta-analysis. *Behav Res Ther*. 2008; 46(3): 296-321.
36. Eisendrath S, Chartier M, McLane M. Adapting Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Treatment-Resistant Depression: A Clinical Case Study. *Cogn Behav Pract*. 2011; 18(3): 362-70.
37. Mace C. *Mindfulness and mental health: Therapy, theory and science*. American New York, Rout Press. 2008: 35-6.
38. Smits JA, Minhajuddin A, Jarrett RB. Cognitive therapy for depressed adults with comorbid social phobia. *J Affect Disord*. 2009; 114(1-3): 271-8.
39. Dadashzadeh H, Yazdandoost R, Gharraee B. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy and Exposure Therapy on Interpretation Bias and Fear of Negative Evaluation in Social Anxiety Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2012; 18(1): 40-51.
40. Mohammadi A, Zargar F, Akkasheh G. Comparing the efficacy of combined Mindfulness Based Cognitive Therapy with Cognitive Behavioral Therapy and Traditional Cognitive Behavior Therapy in reducing dysfunctional attitudes of patients with Major Depressive Disorder. *J Birjand Univ Med Sci*. 2014; 20(4): 383-92.
41. Azargoon H, Kajbaf M. The effect of mindfulness training on the dysfunctional attitude and automatic thinking of depressed students of Isfahan University. *J Psychol*. 2010; 14(1): 79-94.
42. Hazlett-Stevens H. Mindfulness-based stress reduction for comorbid anxiety and depression: case report and clinical considerations. *J Nerv Ment Dis*. 2012; 200(11): 999-1003.
43. Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: empirical evidence and an initial model. *Clin Psychol Rev*. 2004; 24(7): 737-67.
44. Akiskal H. Mood disorder. In Kaplan HI, Sadock BJ. *Comprehensive text book of psychiatry*. USA: Willia and Wilki, Baltim: 2001; 7(1): 1284-1431.
45. Hashemi Z, Hashemi Nosrat-abad T. The Effectiveness of Meta Cognitive Therapy on Major Depression Disorder: A Case Report. *J Clin Psychol*. 2010; 2(3): 85-97.
46. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV. *J Advan Cogn Sci*. 2004; 6(2): 10-22.

47. Butler G, Mathews A. Cognitive processes in anxiety. *Adv Behav Res Ther.* 1983; 5(1): 51-62.
48. Amin N, Foa EB, Coles ME. Negative interpretation bias in social phobia. *Behav Res Ther.* 1998; 36(10): 945-57.
49. Ebrahimi A, Neshat Doust HT, Kalantary M, Maulvi H, Assadollahi Gh. Share dysfunctional attitude scale and general health subscales predicted and the odds ratio of depression. *J Shahrkord Univ Medi Sci.* 2007; 9(4): 52-8.
50. Geschwind N, Peeters F, Huibers M, V Os J, Wichers M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: Randomized controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2012; 201(4): 320-5.
51. Narimani M, Ariapouran S, Abolghasemi A, Ahadi B. The comparison of the effectiveness of mindfulness and emotion regulation training on mental health in chemical weapon victims. *J Clin Psychol.* 2011; 2(4): 61-71.
52. Kabat-Zinn J. Full catastrophe living: The program of the stress reduction clinic at the University of Massachusetts Medical Center. New York: Delta; 1990.
53. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JM, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol.* 2000; 68(4): 615-23.
54. Mousavian N, Moradi AR, Mirzaee J, RashidiFar F, Mahmoudi Kahriz B, Taheri, F. Effectiveness mindfulness-based cognitive therapy in reducing obesity. *J Thou Behav.* 2010; 4(16): 49-57.
55. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self Identity.* 2003; 2(2): 85-101.
56. Junkin SE. Yoga and self-esteem: Exploring change in middle-aged women. Canada: University of Saskatchewan Saskatoon; 2007.
57. Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2010; 68(6): 539-44.

## **The effectiveness of mindfulness– based cognitive therapy on interpretation bias and dysfunctional attitude in suffering disorder comorbidity social anxiety and depression**

Ghadampour E<sup>1</sup>, Gholamrezaei S<sup>1</sup>, Radmehr P<sup>2\*</sup>

<sup>1</sup>Psychology Dept., Lorestan University, Lorestan, I.R. Iran; <sup>2</sup>Student, Psychology Dept., Lorestan University, Lorestan, I.R. Iran.

Received: 29/Aug/2015 Accepted: 3/Nov/2015

**Background and aims:** Comorbidity social anxiety and depression is one of the most common problems adolescents that of destructive consequences for them. Therefore, the aim of this study was to investigate the effectiveness of mindfulness–based cognitive therapy on interpretation bias and dysfunctional attitude in patients with suffering disorder comorbidity social anxiety and depression.

**Methods:** The design of the current study was semi-experimental, pre-test, post-test and follow-up design with control group. Statistical population of this study consisted of all female students of the first and second class in high school, suffering comorbidity social anxiety and depression in Khorramabad city. With the purpose of fulfilling the study, screening was conducted; and at first, 437 participants with the age range of 14-17, completed the social anxiety and depression questionnaires. Among the participants, the 30 patients with suffering social anxiety and high depression (one standard deviation above group average) were selected. Then, the selected 30 individuals were randomly divided into two experimentation and control groups, each containing 15 individuals. Experimentation group was imposed to training the MBCT during 8 sessions; each session lasted for 2 hours. After completing the sessions, both the groups responded to interpretation and dysfunctional attitude questionnaires.

**Results:** Experimental group evidenced statistically significant reductions after training in self interpretation bias, others ( $P<0.001$ ) and dysfunctional attitudes ( $P<0.05$ ). Findings were also preserved in the follow-up phase.

**Conclusion:** According to the results, mindfulness-based training to reduce interpretation biases and dysfunctional attitudes in patients with suffering disorder comorbidity social anxiety and depression is recommended.

**Keywords:** Mindfulness-based cognitive therapy, Interpretation bias, Dysfunctional attitude, Social anxiety, Depression.

**Cite this article as:** Ghadampour E, Gholamrezaei S, Radmehr P. The effectiveness of mindfulness– based cognitive therapy on interpretation bias and dysfunctional attitude in suffering disorder comorbidity social anxiety and depression. J Shahrekord Univ Med Sci. 2016; 18(2): 21-34.

---

**\*Corresponding author:**

Student, Psychology Dept., Lorestan University, Lorestan, I.R. Iran. Tel: 00989186137438,  
E-mail: radmehr.p12@gmail.com