

December-January 2020, Volume 8, Issue 5

The Efficacy of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Emotional Self-awareness and Meta-Cognitive Beliefs in Adolescents with Generalized Anxiety Disorder.

Nahid Shaban¹, Dehghani M², Rafaati E^{3*}, Ghorbani S⁴, Amani O⁵

1- Master of Clinical Psychology, Department of Psychology, Rudehen Unit, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

2- M.A. Clinical Psychology, Department of Psychology, Shahid Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran.

3- M.A Clinical Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shiraz University, Iran (**Corresponding author**)

Email er.elaherafati@gmail.com

4- M. A Family Counseling, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Allameh Tabatabai University, Tehran, Iran.

5- PhD of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology and Health, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

Received: 30 May 2020

Accepted: 8 Dec 2020

Abstract

Introduction: Patients with generalized anxiety disorders are so involved with possible future concerns that they can hardly live in the present and experience what is happening. The purpose of this study was to investigate the effectiveness of cognitive therapy based on mind-awareness on emotional self-awareness and meta-cognitive beliefs in adolescents with a general anxiety disorder.

Methods: The present study was a semi-experimental design with a pretest and posttest design with the control group. The statistical population of the study consisted of all adolescents with generalized anxiety disorder diagnosis in the city of Tehran in 2018, and 30 of them were selected through targeted sampling and were assigned to two groups of 15 experimental and control groups. The subjects of the mind-cognitive-based cognitive therapy group received a 120-minute session per week for 8 sessions. The research data were collected before and after the intervention and immediately after the end of the sessions by EQI questionnaire and metacognitive beliefs questionnaire (MCQ-3). Using descriptive statistics (mean and standard deviations) and inferential (Multivariate covariance analysis) and analyzed by SPSS v.23 software.

Results: The results of this study showed that the effect of cognitive therapy based on mind-awareness on emotional self-awareness and meta-cognitive components of adolescents with general anxiety disorder were statistically significant ($P < 0.001$).

Conclusions: Based on the results of this study, in addition to the statistical significance, the importance of cognitive therapy based on mind-awareness of increasing emotional self-awareness and reducing the severity of metacognitive beliefs in adolescents with anxiety disorder can be emphasized and used as an effective method.

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapy, Emotional self-awareness, Meta-cognitive beliefs, Generalized anxiety disorder.

تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودآگاهی هیجانی و باورهای فراشناختی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر

ناهید شعبان^۱، مهسا دهقانی^۲، الهه رفعتی^{۳*}، سحر قربانی^۴، امید امانی^۵

- ۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
 ۲- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد سیرجان، دانشگاه آزاد اسلامی، سیرجان، ایران.
 ۳- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شیراز، ایران (نویسنده مسئول)
 ایمیل: er.elaherafati@gmail.com
 ۴- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
 ۵- دکتری روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی و سلامت، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۹/۱۸

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۳/۱۰

چکیده

مقدمه: مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر چنان درگیر نگرانی‌های احتمالی مربوط به آینده هستند که به سختی می‌توانند در زمان حال زندگی کرده و اتفاقات خوشایندی را که در حال رخ دادن است را تجربه نمایند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودآگاهی هیجانی و باورهای فراشناختی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح آن پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه نوجوانان دارای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر سطح شهر تهران در سال ۱۳۹۷-۱۳۹۸ تشکیل داده و نمونه مورد مطالعه نیز تعداد ۳۰ از این افراد بودند که به شیوه هدفمند انتخاب و در دو ۱۵ نفره گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را طی ۸ جلسه، هفته‌ای یک جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. داده‌های پژوهش قبل از شروع مداخله و بلافاصله پس از اتمام جلسات درمانی به وسیله پرسشنامه‌های هوش هیجانی بار آن (EQI) و پرسشنامه باورهای فراشناخت (MCQ-3) گردآوری شده و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیره) و به کمک نرم افزار تحلیل داده SPSS.v.23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به طور معناداری موجب افزایش نمرات خودآگاهی هیجانی ($F=50/67, P<0/0001$) و کاهش باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی ($F=39/77, P<0/0001$)، باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی ($F=25/70, P<0/0001$)، اعتماد شناختی ($F=105/12, P<0/0001$)، نیاز به کنترل افکار ($F=17/48, P<0/0001$)، خودآگاهی ($F=36/93, P<0/0001$) و نمره کل باورهای فراشناختی ($P<0/0001$)، نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردیده است ($P<0/001$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج حاصل از مطالعه حاضر علاوه بر معناداری آماری، می‌توان بر اهمیت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی افزایش خودآگاهی هیجانی و کاهش شدت باورهای فراشناختی نوجوانان دارای اختلال اضطراب تاکید نموده و از آن به عنوان یک روش مؤثر استفاده نمود.

کلیدواژه‌ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، خودآگاهی هیجانی، باورهای فراشناختی، اختلال اضطراب فراگیر.

نوجوانی با تغییرات جسمی و روانی - اجتماعی بسیاری همراه است که در آن نوجوان با فشارها و هیجانات شدیدی از جمله هیجانات مرتبط با اضطراب روبرو می‌شود (۱). اضطراب به عنوان هیجانی بهنجار بخش جدایی‌ناپذیر زندگی انسان است به طوری که همه افراد در حد متوسط آن را تجربه می‌کنند، اما زمانی که سطح آن از اعتدال خارج می‌شود خاصیت سازش یافتگی خود را از دست داده و به اضطراب مرضی تبدیل می‌شود (۲). یکی از شایع‌ترین انواع اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر است. ویژگی اصلی این اختلال، اضطراب مزمن همراه با نگرانی شدید و غیرقابل کنترل در مورد چندین رویداد یا فعالیت است که فرد در آنها نشانه‌های جسمانی - روانی همچون تنش عضلانی، تحریک پذیری، اشکال در خواب و بی‌قراری را تجربه می‌کند (۳). این اضطراب در اکثر روزها و حداقل ۶ ماه دوام دارد (۴). افراد مبتلا به این اختلال آنقدر درگیر نگرانی‌های احتمالی مربوط به آینده هستند که به سختی می‌توانند در زمان حال زندگی کنند تا جایی که اغلب مواقع در آینده به سر می‌برند و قادر نیستند اتفاقات مثبت و خوشایندی را که در حال رخ دادن است تجربه کرده و از آن لذت ببرند (۵). مطالعات چندی اختلال اضطراب فراگیر را اختلال اضطرابی پایه نامیده‌اند، چرا که شناسایی عوامل مؤثر در سبب شناسی این اختلال، دانش درباره منشأ سایر اختلالات اضطرابی و حتی اختلالات افسردگی یا دوقطبی را افزایش می‌دهد (۶). سیر طبیعی این اختلال مزمن و نوسان دار است و در صورت درمان نشدن پیش‌آگهی ضعیفی خواهد داشت. نرخ شیوع ۱۲ ماهه آن نیز ۳/۱ درصد و در طول عمر ۴ تا ۷ درصد برآورد شده است (۷).

مطابق با بررسی‌های صورت گرفته، فقدان آگاهی از احساسات و ناتوانی در مدیریت آن می‌تواند سطوح بالایی از اضطراب و افسردگی و بیماری‌های جسمانی را برای نوجوانان به همراه آورد (۸) و افرادی که شناخت صحیحی از خود ندارند با ارزیابی منفی از موقعیت‌ها بیش از سایرین به اختلالات اضطرابی دچار می‌شوند (۹). خودآگاهی هیجانی به عنوان توانایی شناخت دقیق احساسات، عواطف و ویژگی‌های خویشتن، به فرد کمک می‌کند تا دانش ارتباط و علت هیجان را دریابد و درباره چرایی و چگونگی برانگیختگی در موقعیت‌های مختلف

اطلاعات بدست آورد. این توانایی به فهم خویشتن در ارتباط و انطباق با محیط منجر شده و در نهایت موجب تنظیم کارآمد هیجان می‌شود (۱۰). برای رسیدن به این آگاهی و کنترل هیجانات لازم است که فرد نسبت به این حالات خود، آگاهی و شناخت کسب کرده و عواطف مرتبط با رویدادهای ناخوشایند، افکار، باورها، چگونگی تفسیر رویدادها، خواسته‌ها و انتظارات خود را بشناسد (۱۱). در همین راستا مطالعات نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر در شناخت، توصیف و تنظیم هیجانات خود مهارت کمتری دارند (۱۲، ۱۳). به طوری که کرانزler و همکاران (۱۴) و لیزرتی و اکسترما (۱۵) در مطالعات خود نشان دادند که میانگین نمرات خودآگاهی هیجانی در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر کمتر از هم‌تایان غیر مبتلا می‌باشد. کریمی و همکاران (۱۶) هم طی پژوهشی با هدف مقایسه رفتار خودتنظیمی، خودآگاهی هیجانی و سبک‌های تصمیم‌گیری در زنان با و بدون اختلال اضطراب فراگیر به این نتیجه رسیدند که خودآگاهی هیجانی در در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به طور معناداری پایین‌تر از افراد عادی بود.

همراستا با خودآگاهی هیجانی فراشناخت عامل مهمی در رشد اختلال‌های روان‌شناختی محسوب می‌شود که پردازش اطلاعات و شناخت انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۷) و از مهم‌ترین متغیرهای مؤثر در اختلالات اضطرابی است (۱۸). فراشناخت وظیفه کنترل و تنظیم شناخت را به عهده داشته و شامل هرگونه دانش (باور)، پردازش و راهبردهایی می‌شود که ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت را بر عهده دارند (۱۹). سه نوع فراشناخت در اختلال اضطراب فراگیر شامل دانش فراشناختی، تجربه‌های فراشناختی و راهبردهای فراشناختی است. دانش فراشناخت شامل باورهایی است که افراد در مورد شناخت خود دارند. تجربه فراشناخت معنای وقایع ذهنی و احساسات فراشناختی را ارزیابی می‌کند و قضاوت درباره وضعیت شناخت را به عهده دارد و راهبرد فراشناخت، پاسخ‌های افراد برای کنترل فعالیت‌های نظام شناختی شامل تلاش‌هایی برای کنترل هشیاری است (۲۰). براساس مدل فراشناختی در اختلال اضطراب فراگیر دو نوع نگرانی برای مواجهه با یک موقعیت اضطراب‌آور فرض شده است نگرانی در مورد رویدادهای غیرشناختی و نگرانی که با ارزیابی منفی فکری مرتبط است به این معنی که

در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر کاهش می‌دهد. اسدی و همکاران (۳۳) در پژوهش خود نتیجه گرفتند این درمان در بهبود نارسایی شناختی و پردازش هیجانی پرستاران مضطرب اثربخش بوده است. علیزاده و پور شریفی (۳۴) نیز در مطالعه‌ای اعلام کردند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی استفاده از راهبردهای سازگار تنظیم هیجان را در بیماران دیابتی افزایش داده است. محبوب و تیموری (۳۵) نیز در پژوهشی با عنوان اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش حساسیت اضطرابی و فرانگرانی دانشجویان مبتلا به نشانگان بالینی اضطراب اجتماعی به نتیجه دست یافتند که این درمان بر کاهش حساسیت اضطرابی و فرانگرانی مؤثر است. با عنایت به شیوع بالا، سیر مزمن و همراهی اختلال اضطراب فراگیر با سایر اختلالات روانشناختی و تاثیرات نامطلوب آن بر فرد و جامعه می‌توان لزوم انجام مطالعات و مداخلات روان‌شناختی بر این گروه از افراد بیش از پیش احساس می‌گردد و با توجه به وجود به این‌که مطالعات صورت گرفته بیشتر بر جنبه‌های اضطرابی و تنظیم هیجان این گروه از افراد صورت گرفته و مطالعه‌ای که به صورت مستقیم به سنجش تأثیر مداخلات موج سوم بر خودآگاهی هیجانی و مولفه‌های فراشناخت صورت گرفته و در فضای علمی منتشر شده باشد یافت نگردید، به منظور تکمیل خلأهای موجود، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودآگاهی هیجانی و باورهای فراشناختی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام گرفت.

روش کار

روش پژوهش مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی و طرح آن از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه نوجوانان دارای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر سطح شهر تهران در سال ۱۳۹۶-۱۳۹۷ تشکیل داده و نمونه مورد مطالعه نیز تعداد ۳۰ از این افراد که براساس مصاحبه روانپزشک و روانشناس بالینی و ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم (DSM-5) تشخیص اختلال اضطراب فراگیر دریافت نموده و فاقد اختلالات همبود بودند که به شیوه هدفمند و براساس معیارهای ورود (شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۱۲ تا ۱۸ سال، دارا بودن تشخیص اصلی

این افراد برای مقابله از نگرانی به عنوان راهبرد مقابله با افکار مزاحم منفی در مورد نگرانی خود استفاده کرده و دچار ترس از غیر قابل کنترل بودن نگرانی خود می‌شوند و احساس اضطراب را در آنان افزایش پیدا می‌کند (۲۱). با توجه به شیوع بالا و آسیب‌های خانوادگی، شغلی و میان فردی اختلال اضطراب درمان‌های شناختی- رفتاری برای درمان این اختلال به وجود آمده است. مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان نسل سوم این درمان‌ها (۲۲، ۲۳) از جدیدترین تحولات درمان‌های شناختی است که توسط تیزدل و همکاران (۲۴) معرفی شده است و در آن مفهوم ذهن آگاهی با اصول نظریه شناختی- رفتاری در هم ادغام شده‌اند (۲۵). در این رویکرد راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه‌ای به منظور افزایش فرایند توجه وجود دارد که می‌تواند از عوامل ایجاد کننده خلق منفی، افکار منفی، گرایش به پاسخ‌های نگران کننده جلوگیری کرده و به ایجاد دیدگاه جدید و شکل گیری افکار و هیجان‌های خوشایند کمک به سزایی می‌کند (۲۶). هدف اصلی این درمان تغییر آگاهی و ایجاد رابطه جدید با افکار است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به فرد کمک می‌کند از هیجان‌های منفی فاصله گرفته (۲۷) و با استفاده از تمرین‌ها و تکالیف آن نسبت به فعالیت‌های روزمره خود، از کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی یافته و به وسیله آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت‌های جسمانی بر آنها کنترل پیدا کند و از تمرکز بر گذشته و آینده رها شود (۲۸). در بسیاری از مطالعات نشان داده شده که فنون ذهن آگاهی در افزایش آرمیدگی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب نقش ویژه‌ای دارند و به کاهش عود علائم آسیب شناسی روانی از جمله اضطراب کمک می‌کند. به طوری که در بین انواع اختلالات، اختلال‌های اضطرابی بیشترین تعدیل را از طریق آموزش ذهن آگاهی کسب می‌کنند (۲۹). در همین راستا گلدین و گراس (۳۰) نشان داد مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی واکنش‌های هیجانی را در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی را افزایش داده است. سیبینگا و همکاران (۳۱) نیز در پژوهشی نشان دادند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در خود آگاهی و تنظیم هیجانی جوانان اثربخش است. والس‌تاد و همکاران (۳۲) نیز در پژوهشی نشان دادند ذهن آگاهی نشانه‌های اضطراب و نگرانی را

ناهید شعبان و همکاران

پرسشنامه هوش هیجانی بار-آن: (EQI) به منظور سنجش خودآگاهی هیجانی از ۶ سؤال مربوط به مقیاس خودآگاهی هیجانی پرسشنامه هوش هیجانی بار آن استفاده شد. هوش هیجانی بار آن یک ابزار فرافرهنگی برای ارزیابی ویژگی‌های هوش هیجانی است که توسط بار-آن (۱۹۹۷) ساخته شده است و شامل ۱۱۷ سؤال و ۱۵ زیر مقیاس است (۱۶). این پرسشنامه توسط ساعتچی و همکاران (۴۱) در ایران ترجمه و بر روی دانشجویان استاندارد سازی شده است. نسخه فارسی و استاندارد شده این پرسشنامه دارای ۹۰ ماده و ۱۵ زیر مقیاس است و علاوه بر نمره کلی، ۱۵ مؤلفه هوش هیجانی را در پنج حیطه ارزیابی می‌کند و بر روی طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۵ (کاملاً موافقم) تا ۱ (کاملاً مخالفم) نمره گذاری می‌شود. نمره کل هر مؤلفه برابر با مجموع نمرات هر یک از سؤالات آن مؤلفه و نمره کل آزمون برابر با مجموع نمرات ۱۵ مقیاس است. نمرات بالاتر در این آزمون هوش هیجانی بالاتر فرد را نشان می‌دهد. در ایران روایی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰/۹۳٪ گزارش شده است. میانگین ضرایب همسانی درونی مقیاس‌های پرسشنامه برابر با ۰/۷۳٪ و میانگین ضرایب بازآزمایی خرده مقیاس‌ها بعد از یک ماه ۰/۷۳٪ بوده است (۴۲). پایایی خرده مقیاس خودآگاهی هیجانی این پرسشنامه در مطالعه ابوالقاسمی و همکاران (۱۶) ۰/۷۷ بدست آمده و در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ مربوط به شش سؤال مربوط به مقیاس خودآگاهی هیجانی ۰/۷۹ بدست آمد.

پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ_30): این پرسشنامه توسط ولز و کارترایت - هاتون به منظور ارزیابی باورهای فراشناختی ساخته شده است. پرسشنامه باورهای فراشناختی یک مقیاس خودسنجی ۳۰ ماده‌ای است و دارای ۵ مقیاس فرعی شامل باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی، باورهای فراشناختی منفی در مورد کنترل ناپذیری خطر، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی است و براساس طیف ۴ درجه‌ای لیکرت از ۱ (موافق نیستم) تا ۵ (کاملاً موافقم) درجه بندی می‌شود. نمرات این آزمون از ۲۴ تا ۹۶ نمره‌گذاری شده و نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان دهنده فراشناخت ناکارآمدتر است (۴۳). ولز و کارترایت - هاتون ضریب آلفای کرونباخ را برای کل پرسشنامه ۰/۹۳٪ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۹۲٪، ۰/۹۱٪، ۰/۹۳٪، ۰/۷۲٪ و ۰/۹۲٪ به دست آوردند (۴۳).

اضطراب فراگیر براساس ملاک‌های تشخیصی و مقیاس ۷ سوالی اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7)، توانایی خواندن و نوشتن، داشتن رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش و پرکردن فرم رضایت آگاهانه مشارکت مطالعه) و عدم خروج (شامل محرز شدن وجود هرگونه بیماری جسمی مؤثر بر روند اجرای مداخله، وجود هرگونه بیماری‌های روانپزشکی همبود، به تأخیر انداختن شرکت در جلسات درمانی و عدم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش) انتخاب شدند.

مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر (GAD-7): هدف از این مقیاس کوتاه که توسط اسپیتزر و همکاران (۳۶) ساخته شد تشخیص موارد اختلال اضطراب فراگیر و سنجش شدت نشانه‌های بالینی آن بود. مقیاس حاضر دارای ۷ سؤال بوده که هر کدام از سؤالات در یک طیف لیکرت سه نمره‌ای از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری شده و جمع هفت نمره و گستره نمره مقیاس نیز از ۰ تا ۲۱ می‌باشد که در این میان نمره ۱۰ به بالا نقطه برش این ابزار شناخته می‌شود (۳۷). روایی بدست آمده این مقیاس در مطالعات خارجی ۰/۹۲ و پایایی آن نیز به روش بازآزمایی ۰/۹۳٪ گزارش شده است (۳۶). در ایران نیز ناینیان و همکاران (۳۸) طی پژوهشی پایایی این پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ بدست آوردند که مطلوب می‌باشد.

مصاحبه بالینی ساختار بر پایه SCID (DSM-5): این مصاحبه بالینی که برای ارزیابی اختلالات محور I و II راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی در دهه ۹۰ میلادی و توسط اسپیتزر و همکاران طراحی شده بود تمامی حوزه‌های بالینی مطابق با ملاک‌های DSM را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این ابزار به دلایلی همچون جامعیت و انطباق با ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری برای اختلالات روانی از سایر مقیاس‌های بالینی معتبرتر بوده و یک ارزیابی تشخیصی استاندارد و جامع در موارد بالینی، پژوهشی و قانونی است. نحوه نمره‌گذاری ابزار نیست به صورت جمع نمرات فرد در مجموع ماده‌های اختلال بوده و به صورت بله، خیر و زیر آستانه تشخیص‌گذاری می‌شود. پژوهش‌های به عمل آمده اعتبار این ابزار سنجشی را در دامنه‌ای از ۰/۸۱ تا ۰/۸۴ گزارش داده کرده‌اند (۳۹). در ایران نیز شریفی و همکاران (۴۰) طی پژوهشی که در تهران انجام شد توافق تشخیصی این ابزار را بین متوسط تا خوب (ضریب کاپای بالاتر از ۰/۶) گزارش کرده‌اند.

ج) برنامه مداخلاتی: بسته مداخلاتی به کار گرفته شده در مطالعه حاضر بر گرفته از پروتکل سگال و همکاران (۴۶) بود که در هشت جلسه برگزار می‌گردد و هر جلسه مدت زمان بین ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه می‌باشد.

همچنین همبستگی بازآزمایی مناسبی برای این آزمون گزارش شده است (۴۴). در ایران ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱٪ و برای خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۶٪، ۰/۸۷٪، ۰/۸۰٪، ۰/۷۱٪ و ۰/۸۱٪ به دست آمد (۴۵).

جدول ۱: خلاصه جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسه	شرح جلسه
اول	معارفه، اجرای پیش آزمون، برقراری ارتباط بین اعضای گروه، هدایت خودکار، خوردن یک کشمش با آگاهی، مراقبه واری جسمانی، تکلیف خانگی معطوف کردن توجه به فعالیت‌های روزمره و مراقبه واری جسمانی ۴۵ دقیقه‌ای
دوم	مقابله با موانع و مشکلات، مراقبه واری جسمانی، تمرین افکار و احساسات، تکلیف خانگی ده دقیقه تنفس با حضور ذهن و معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه‌ای متفاوت، ثبت گزارش روزانه از تجربه یک واقعه خوشایند
سوم	حضور ذهن بر روی تنفس، حرکت به شیوه حضور ذهن، تمرین تنفس و کشش، سه دقیقه فضای تنفس، تکلیف خانگی تمرین تنفس و کشش و حرکت به شیوه حضور ذهن و تمرین سه دقیقه‌ای تنفس سه بار در روز
چهارم	بودن در زمان حال، پنج دقیقه حضور ذهن دیداری با شنیداری، مراقبه نشسته، راه رفتن با حالت حضور ذهن، تکلیف خانگی مراقبه نشسته، فضای سه دقیقه‌ای تنفس به عنوان راهبرد مقابله‌ای در زمان تجربه احساسات ناخوشایند.
پنجم	پذیرش و اجازه، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تاکید بر آگاهی یابی از چگونگی واکنش دهی در برابر افکار، احساسات و حس‌های جسمانی، تکلیف خانگی مراقبه نشسته و سه دقیقه فضای تنفس.
ششم	افکار نه حقایق، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس و بدن، تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاهی جایگزین آماده کردن شرکت کنندگان برای پایان دوره، چهل دقیقه انجام تمرین روزانه، تعمق و کار بیشتر روی برنامه عملی پیشگیری از عود
هفتم	چگونگی مراقبت از خود، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تکلیف شامل گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌های دوره برای پیاده سازی بعد از دوره
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده، مراقبه واری جسمانی، به پایان رساندن مراقبه، مروری بر آنچه در دوره گذشت، تکلیفی به عنوان انتخاب برنامه‌ای برای تمرین خانگی که شرکت کنندگان بتوانند آن را تا ماه بعد ادامه دهند. و در نهایت اجرای پس آزمون

تعداد فوق ۸ نفر از آزمودنی‌های به دلیل مشکل در تردد از شرکت در مداخله انصراف داده و ۴ نفر نیز به دلیل عدم تکمیل فرایند درمان از مداخله کنار گذاشته شدند. به دلیل ریزش به وجود آمده در تحلیل نهایی داده‌های ۳۰ آزمودنی که در آن ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل قرار داشتند مورد بررسی قرار گرفت. آزمودنی‌ها قبل از شروع مداخله و بلافاصله پس از اتمام جلسات درمانی به وسیله پرسشنامه‌های هوش هیجانی بار آن (EQI) باورهای فراشناخت (MCQ-3) مورد ارزیابی قرار گرفته و داده‌های بدست آمده به دلیل دارا بودن معیارهای آمار پارامتریک و بررسی همزمان چند متغیر با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل کواریانس چند متغیره) و به وسیله نرم افزار تحلیل داده SPSS.v.23 انجام گردید.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر تعداد ۳۰ نفر از نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شرکت داشتند که در دو گروه ۱۵ نفره

د) روش اجرا: روش اجرای این مطالعه بدین صورت بود که پس از مطالعه منابع و گردآوری پرسشنامه‌ها و آماده سازی بسته مداخلاتی به کار گرفته شده، با مراجعه به کلینیک‌های مشاوره و روان‌درمانی سطح شهر تهران و هماهنگی با مدیران جهت دسترسی به نمونه پژوهش تعداد ۴۲ نفر از افراد دارای تشخیص اختلال اضطراب فراگیر توسط روانپزشک و روانشناس بالینی که آگاهانه امکان شرکت در پژوهش را انتخاب نموده و فرم رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش رو تکمیل نمودند انتخاب شدند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها و تکمیل مصاحبه بالینی ساختار یافته و پرسشنامه‌های پژوهش افراد انتخاب شده به دو گروه همتا از نظر سن و تحصیلات تقسیم شده و سپس به روش جایگزینی تصادفی یک گروه به عنوان آزمایش (۲۱ نفر) و گروه دیگر به عنوان کنترل (۲۱ نفر) نام گذاری گردید. سپس افراد گروه آزمایش دوره درمانی را به صورت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه مداخله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی دریافت کردند در حالی که گروه کنترل تحت هیچ گونه درمانی قرار نگرفت. همچنین از

ناهدید شعبان و همکاران

دختر قرار داشتند که بیانگر همگنی دو گروه از لحاظ سن بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون - پس آزمون متغیرهای دو گروه آزمایش و کنترل در (جدول ۲) ارائه شده است.

آزمایش و کنترل قرار گرفته بودند. این افراد در دامنه سنی ۱۲-۱۸ با میانگین و انحراف معیار $16/09 \pm 1/52$ برای گروه آزمایش و $15/55 \pm 1/76$ برای گروه کنترل بود. در هر گروه تعداد ۶ (۴۰٪) نفر پسر و ۹ نفر دختر (۶۰٪) حضور داشتند و در گروه کنترل تعداد ۴ نفر (۲۶٪) پسر و ۱۱ نفر (۷۴٪) دختر

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش آزمون - پس آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل (n= ۳۰)

متغیر	مؤلفه	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
خودآگاهی هیجانی	خودآگاهی هیجانی	میانگین (SD) ۱۶/۴۰ (۱/۳۵)	میانگین (SD) ۲۵/۰۷ (۲/۰۷)	میانگین (SD) ۱۷/۲۷ (۱/۶۶)	میانگین (SD) ۱۸/۲۷ (۱/۹۴)
باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی	باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی	میانگین (SD) ۱۵/۶۰ (۲/۴۷)	میانگین (SD) ۹/۲۷ (۱/۵۳)	میانگین (SD) ۱۵/۲۷ (۲/۴۹)	میانگین (SD) ۱۴/۴۰ (۲/۴۱)
باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی	باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی	میانگین (SD) ۱۶/۰۷ (۱/۷۱)	میانگین (SD) ۱۰/۴۰ (۲/۸۴)	میانگین (SD) ۱۷/۵۳ (۲/۶۹)	میانگین (SD) ۱۶/۸۰ (۳/۰۹)
باورهای فراشناختی	اعتماد شناختی	میانگین (SD) ۱۷/۴۷ (۱/۵۵)	میانگین (SD) ۹/۰۷ (۱/۸۳)	میانگین (SD) ۱۷/۲۰ (۲/۳۰)	میانگین (SD) ۱۶/۷۳ (۱/۹۸)
	نیاز به کنترل افکار	میانگین (SD) ۱۴/۸۰ (۲/۷۳)	میانگین (SD) ۷/۹۳ (۳/۲۴)	میانگین (SD) ۱۴/۶۰ (۲/۶۴)	میانگین (SD) ۱۳/۰۰ (۳/۶۴)
	خودآگاهی شناختی	میانگین (SD) ۱۶/۰۷ (۲/۶۰)	میانگین (SD) ۱۰/۱۳ (۲/۳۲)	میانگین (SD) ۱۵/۹۳ (۲/۶۵)	میانگین (SD) ۱۴/۸۰ (۲/۸۳)
	نمره کل باورهای فراشناختی	میانگین (SD) ۷۹/۶۰ (۴/۷۶)	میانگین (SD) ۴۶/۸۰ (۶/۳۷)	میانگین (SD) ۸۰/۵۳ (۷/۰۶)	میانگین (SD) ۷۵/۴۷ (۶/۶۶)

از آزمون شاپیرو ویلک استفاده گردید و نتایج حاصله مورد تأیید گرفت ($P > 0/05$). غیر معنادار بودن آزمون ام باکس نیز فرض همگنی ماتریس‌های واریانس و کواریانس را تأیید کرد ($P > 0/05$). مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شد ($P > 0/05$). نتایج بررسی همگنی شیب رگرسیون نیز از معنادار نبودن تعامل شرایط و پیش آزمون حمایت می‌کند ($P > 0/05$). لذا پیش فرض‌های تحلیل کواریانس برقرار بوده و می‌توان از تحلیل کواریانس چند متغیره برای تحلیل نمرات آزمون‌ها استفاده نمود که خلاصه نتایج آن در (جدول ۳) آمده است.

همانطور که در (جدول ۲) نیز قابل مشاهده است، نتایج حاصل از یافته‌های توصیفی نشان دهنده تغییرات نمرات متغیرهای خودآگاهی هیجانی و مولفه‌های متغیر باورهای فراشناختی افراد گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون بود. به منظور نشان دادن معنی‌داری تفاوت بین نمرات حاصل از پس آزمون و همچنین تعدیل اثر پیش آزمون دو گروه آزمایش و کنترل از تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) استفاده شد. در گام نخست به منظور بررسی پیش فرض‌های تحلیل کواریانس چند متغیره، جهت بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرهای پژوهش

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودآگاهی هیجانی و باورهای فراشناختی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذورات ا تا
خودآگاهی هیجانی	۲۹۷/۷۵۶	۲۷، ۱	۲۹۷/۷۵۶	۵۰/۶۷۲	۰/۰۰۱	۰/۶۵۲
باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی	۱۸۳/۵۴۰	۲۷، ۱	۱۸۳/۵۴۰	۳۹/۷۷۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹۶
باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی	۲۶۷/۰۹۶	۲۷، ۱	۲۶۷/۰۹۶	۲۵/۷۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۸
اعتماد شناختی	۴۳۱/۴۸۸	۲۷، ۱	۴۳۱/۴۸۸	۱۰۵/۱۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۹۶
نیاز به کنترل افکار	۱۹۶/۵۰۵	۲۷، ۱	۱۹۶/۵۰۵	۱۷/۴۸۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹۳
خودآگاهی شناختی	۱۸۴/۷۹۹	۲۷، ۱	۱۸۴/۷۹۹	۳۶/۹۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷۸
نمره کل باورهای فراشناختی	۶۴۵۱/۲۴۱	۲۷، ۱	۶۴۵۱/۲۴۱	۱۶۶/۹۸۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶۱

نتایج حاصل از آزمون لامبدای ویلکز ($F=۳۳/۹۳, P<۰/۰۰۱$) نشان داد که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین معنا که با در نظر داشتن پیش آزمون، بین پس آزمون گروه‌ها تفاوت وجود دارد که نشان از اثربخشی برنامه درمانی حداقل بر یکی از متغیرهای وابسته است. یافته‌های حاصل از جدول فوق نیز نشان دهنده آن است که بین میانگین نمرات متغیرهای خودآگاهی و باورهای فراشناختی در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشته و میانگین مراحل پیش آزمون و پس آزمون در گروه از لحاظ آماری معنادار می‌باشد و درمان شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی موجب افزایش نمره خودآگاهی هیجانی ($F=۵۰/۶۷, P<۰/۰۰۰۱$) و کاهش باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی ($P<۰/۰۰۰۱$)، باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی ($F=۳۹/۷۷, P<۰/۰۰۰۱$)، اعتماد شناختی ($F=۲۵/۷۰, P<۰/۰۰۰۱$)، میز به کنترل افکار ($F=۱۰۵/۱۲, P<۰/۰۰۰۱$)، خودآگاهی ($F=۳۶/۹۳, P<۰/۰۰۰۱$) و نمره کل باورهای فراشناختی ($F=۱۶۶/۹۸, P<۰/۰۰۰۱$) در گروه آزمایش و در مرحله پس آزمون شده است؛ از این روی می‌توان نتیجه گرفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودآگاهی هیجانی و باورهای فراشناختی نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر اثرگذار بوده است. همچنین مجذور اتا که اندازه اثر اصلی در آزمون آماری تحلیل کوواریانس است، نشان می‌دهد که تقریباً ۶۵ درصد از تغییرات خودآگاهی هیجانی، ۵۹ درصد از باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی، ۴۸ درصد از باورهای فراشناختی منفی در مورد نگرانی، ۷۹ درصد از اعتماد شناختی، ۳۹ درصد از نیاز به کنترل افکار، ۵۷ درصد از خودآگاهی شناختی و ۸۶ درصد از نمره کل باورهای فراشناختی ناشی از اعمال متغیر مستقل یا همان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است.

بحث

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودآگاهی هیجانی و باورهای فراشناختی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر انجام شد. نتایج بدست آمده از پژوهش نشان دهنده تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خود آگاهی هیجانی و مولفه‌های فراشناخت نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر گروه آزمایش در مقایسه با هم‌تایان گروه کنترل بود که این

نتیجه را می‌توان با نتایج مطالعات گل‌دین و گراس (۳۰)، سیبینگا و همکاران (۳۱)، والس‌تاد و همکاران (۳۲)، عزیزاده و پور شریفی (۳۴) همسو دانست. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر با شناخت کمی که نسبت به هیجانات خود دارند قادر به توصیف و تنظیم هیجان‌هایشان نبوده و نسبت به نشانه‌های هیجانی واکنش منفی و شدیدی نشان می‌دهند و در پذیرش خلق منفی دچار مشکل هستند در همین راستا مین و همکاران (۱۳) بر این باورند که فقدان شناخت کافی از هیجانات و عدم پذیرش آن‌ها را منجر به نقص در هدف گذاری در جهت دهی رفتارها به هنگام اضطراب گردیده و عدم امکان دسترسی به راهبردهای منظم در مواجهه با اضطراب، طرح‌های مرتبط با نگرانی شدید و ناتوانی در تسلط بر این نگرانی‌ها را فعال می‌کند. ولز (۴۴) نیز معتقد است که افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر از نگرانی به عنوان یک پاسخ اجتنابی نسبت به هیجان‌های منفی استفاده می‌کنند که به عنوان مانعی برای پردازش هیجانی و مقابله کارآمد عمل می‌کند، این افراد سعی می‌کنند از این طریق اضطرابشان را کاهش دهند اما نگرانی به صورت متناقض باعث افزایش نشانه‌های اضطراب در آنان می‌شود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با هدف ایجاد تغییر به دنبال آن است که فرد را از محتوای شناختی و هیجانی خود آگاه کند.

در شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، یکی از مهم‌ترین و موثرترین مفاهیم و تکنیک‌ها ذهن آگاهی می‌باشد. بدین منظور ابتدا درمان‌جو طی جلسات درمانی با تمرین بودن در زمان حال، هر لحظه از افکار، احساسات هیجان‌ها و حالات جسمانی خود آگاه می‌شود. سپس به وسیله ساز و کارهای نهفته در ذهن آگاهی از جمله پذیرش، می‌آموزد چطور افکار، احساسات و هیجان‌ها را بدون قضاوت و آشفتگی هیجانی در ذهن تجربه کند. این فرایند با کمک به درک احساسات بدنی به درمان‌جو توانایی شناخت و تفکیک هیجانات را می‌دهد. به این ترتیب فرد قادر به کنترل تأثیرپذیری از افکار و هیجانات خود می‌شود (۲۴). از طرف دیگر این درمان توسط تغییر الگوهای شناختی، افزایش توانایی کنترل افکار و بهبود برخورد با افکار خود آیند را فراهم می‌آورد و فرد را قادر می‌سازد به جای پاسخ‌های خودکار بتواند آگاهانه پاسخ بدهد (۲۸). از این روی آگاهی از افکار و هیجانات به بهبود تنظیم هیجان و کاهش اضطراب

آموزش ذهن آگاهی و بودن در زمان حال به فرد کمک می‌کند از تمرکز بر گذشته و آینده‌رهایی پیدا کند (۲۴). بر این اساس در این روش درمانجو طی جلسات درمانی به وسیله فنون رفتاری، شناختی و فراشناختی که به هوشیاری ذهن آگاهانه می‌انجامد از محتوا و مدل ذهنی خود آگاه می‌شود. از طرف دیگر این درمان بر فرد در تشخیص عوامل ایجادکننده افکار و باورهای منفی بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات کمک می‌کند و او را نسبت به اثرات خودگویی‌های ذهنی بر احساسات و رفتار آگاه می‌سازد (۲۷). سپس به وسیله تمرینات پذیرش افکار و هیجانات به عنوان رویدادهای گذرا فرایند توجه را بر زمان حال متمرکز می‌کند. افزایش پذیرش و تشخیص ناکارآمدی راهبردهای کنترل افکار اضطراب را به شکل گیری رابطه جدید با افکار و اصلاح راهبردهای فراشناختی ناکارآمد منجر می‌شود. این فرایند با بهبود در کنترل فراشناخت می‌تواند بر احساسات ذهنی تأثیر مثبت بر جای بگذارد. فراشناخت کارآمد به دلیل برداشتن دانش (باورها) و فرایندهای مثبت باعث می‌شود فرد از تمرکز بر روی یک محرک خاص رهایی پیدا کند (۴۳). بدین ترتیب درمانجو با آگاهی از ناکارآمدی راهبردهایش به منظور کنترل اضطراب قادر می‌شود به بررسی راهکارهای جدید بپردازد. این نتایج در مطالعه کابات زین (۲۶) مبنی بر تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش معنی دار نگرانی آسیب شناختی و علائم اضطرابی در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر نیز مورد تأیید بوده است.

نتیجه‌گیری

به طور کلی در تبیین یافته‌های بدست آمده از این مطالعه می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی اثرات سودمندی بر خودآگاهی هیجانی و مؤلفه‌های باورهای فراشناختی نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر داشته و به عنوان یکی از روش‌های درمانی کاربردی می‌تواند بر روی این گروه از افراد به کار گرفت. این مطالعه نیز دارای محدودیت‌های چندی بود که در ادامه مورد بحث و بررسی قرار می‌گیرد. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر می‌توان به محدودیت در دسترسی به نمونه و همکاری ضعیف مراکز همکار اشاره نمود که همین مسئله موجب افزایش زمان پیدا کردن نمونه، انجام فرایند مداخله بر

و نگرانی درمانجو می‌انجامد. این نتایج در مطالعات سایر پژوهشگران نیز مورد تأیید بوده است که از جمله آنها می‌توان به مطالعه دیانتی و محب (۲۷) اشاره نمود که در مطالعه خود نشان دادند این درمان در کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان مؤثر است.

همچنین نتایج بدست آمده از پژوهش حاضر اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر باورهای فراشناختی یا مؤلفه‌های فراشناخت نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر را تأیید کرد. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های والستاد و همکاران (۳۲)، اسدی و همکاران (۳۳)، محجوب و تیموری (۳۵) در خصوص تأثیر این درمان بر مؤلفه‌های فراشناخت همسو می‌باشد. در تبیین یافته‌های فوق نیز می‌توان گفت از آنجایی که فراشناخت شامل دانش (باورها) و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل می‌کند در تمامی فعالیت‌های شناختی انسان نقش دارد (۱۸). فراشناخت ناکارآمد منجر به ارزیابی نادرست موقعیت‌ها و تشدید هیجانات منفی که اغلب به شکل اضطراب هستند می‌شود (۱۸). براساس مدل فراشناختی اختلال اضطراب فراگیر باورهای فراشناختی، ارزیابی‌های فراشناختی و کنترل، عوامل اصلی ایجاد و تداوم این اختلال را تشکیل می‌دهند (۲۱). پاسخ‌هایی که افراد برای کنترل فعالیت نظام شناختی خود استفاده می‌کنند راهبردهای فراشناخت را شامل می‌شود. این راهبردها در اختلالات بالینی به صورت تلاش‌هایی برای کنترل تهدید مشخص می‌شود. افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی برای کنترل افکار اضطراب آور خود انواع متفاوتی از راهبردها از جمله نگرانی را در اضطراب فراگیر بکار می‌گیرند. در مدل فراشناخت عامل این نگرانی علاوه بر راهبردهای ناکارآمد ذهن، باورهای منفی درباره نگرانی را نیز شامل می‌شود که این باورهای منفی در ایجاد و تداوم این اختلال نقش اساسی دارند (۴۴). همچنین براساس این مدل، باورهای مثبت درباره نگرانی (نگرانی درباره نگرانی) نیز به عنوان راهبردی برای پیش‌بینی و مواجهه با تهدیدها فعال می‌شوند (۲۰). افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر باور دارند که نگران بودن غیرقابل کنترل و خطرناک است و نگرانی آنان تا زمانی که تشخیص بدهند می‌تواند با خطر پیش‌بینی شده مقابله کنند ادامه پیدا می‌کند (۲۰). با توجه به این نکته که نگرانی ماهیتی رو به آینده دارد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در اولین قدم با

این گروه از افراد می‌توان از این رویکرد استفاده نمود.

سیاسگراری

این پژوهش با همکاری و هماهنگی جمعی از درمانگران، روانشناسان بالینی و مدیران کلینیک‌های روان‌درمانی و مشاوره سطح شهر تهران انجام گردید و ملاحظات اخلاقی آن توسط معاونت پژوهشی دانشگاه شهید بهشتی تأیید شده و دارای کد تأیید طرح IR.2650.2238 می‌باشد. نویسندگان این مقاله از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش و خانواده‌های این بزرگواران و همچنین تمامی مدیران، مشاوره و درمانگرانی که در زمینه شناسایی افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی و فراهم ساختن فضای مصاحبه و درمان همکاری داشتند صمیمانه تشکر و قدردانی می‌کنند.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی برای نویسندگان این پژوهش وجود دارد.

روی گروه آزمایش و ریزش آزمودنی‌ها گردید. همچنین به دلیل محدود بودن ابزار اندازه‌ای بلاخص در اندازه‌گیری خودآگاهی هیجانی و همچنین همکاری ضعیف آزمودنی‌ها در تکمیل پرسشنامه‌ها امکان انجام پیگیری برای بررسی ماندگاری تأثیر مداخله فراهم نگردید. همچنین به دلیل عدم امکان تعیین شیوه‌های تصادفی نمونه‌گیری و استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند می‌بایست در تعمیم یافته‌های این مطالعه جنبه احتیاط را رعایت نمود. با در نظر داشتن این محدودیت‌ها پیشنهاد می‌گردد که مطالعات آینده ضمن در نظر داشتن یافته‌های حاصل از این مطالعه در مطالعات مشابه آتی از ابزارها و روش‌های مکمل دیگری استفاده کنند. همچنین وجود دوره‌های پیگیری برای بررسی ماندگاری تأثیر مداخله نیز از جمله تضمین‌کننده‌های ماندگاری پژوهش است. از جمله پیشنهادات کاربردی این پژوهش نیز می‌توان به استفاده از شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از مداخلات متناسب با افراد مبتلا به اضطرابی اشاره نمود، از این روی در تکمیل فرایند

References

1. Simpson EG, Lincoln CR, Ohannessian CM. Does Adolescent Anxiety Moderate the Relationship between Adolescent-Parent Communication and Adolescent Coping? *Journal of Child and Family Studies*. 2020;29(1):237-49.
2. Abend R, de Voogd L, Saleminck E, Wiers RW, Pérez-Edgar K, Fitzgerald A, et al. Association between attention bias to threat and anxiety symptoms in children and adolescents. *Depression and anxiety*. 2018;35(3):229-38.
3. Hoge EA, Bui E, Palitz SA, Schwarz NR, Owens ME, Johnston JM, et al. The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry research*. 2018;262:328-32.
4. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub; 2013.
5. Zoalfaghari A, Bahrami H, Ganji K. A Comparative Analysis of Acceptance-Commitment and Cognitive-Behavioral Interferences Effectiveness on Generalized Anxiety Disorder. *Majallah-i dānishgāh-i 'ulūm-i pizishkī-i Arāk*. 2018; 20 (12):24-34.
6. Zimmerman M, Thompson JS, Diehl JM, Balling C, Kiefer R. Is the DSM-5 anxious distress specifier interview a valid measure of anxiety in patients with generalized anxiety disorder: a comparison to the Hamilton anxiety scale. *Psychiatry Research*. 2020; 286: 112859.
7. Barlow DH, Farchione TJ, Sauer-Zavala S, Latin HM, Ellard KK, Bullis JR, et al. *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*: Oxford University Press; 2017. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190685973.001.0001>
8. Zeidner M, Roberts RD, Matthews G. Can emotional intelligence be schooled? A critical review. *Educational psychologist*. 2002; 37 (4): 215-31. https://doi.org/10.1207/S15326985EP3704_2
9. Jain M, Sudhir PM. Dimensions of perfectionism and perfectionistic self-presentation in social phobia. *Asian journal of psychiatry*. 2010; 3 (4): 216-21. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2010.08.006>
10. Rieffe C, Oosterveld P, Terwogt MM, Mootz S, Van Leeuwen E, Stockmann L. Emotion regulation and internalizing symptoms in children with autism spectrum disorders. *Autism*. 2011;15(6):655-70. <https://doi.org/10.1177/1362361310366571>
11. Yousefi-Nooraie R, Farhoudian A, Amini H, Mohammadi M-R, Mesgarpour B, Mansouri N, et al. Prevalence of mental disorders among high-

- school students in Iran: a systematic review. *Iranian Journal of Psychiatry*. 2009;4(1):1-6.
12. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*. 2005;43(10):1281-310.
 13. Mennin DS, Heimberg RG, Turk CL, Fresco DM. Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002;9(1):85-90.
 14. Kranzler A, Young JF, Hankin BL, Abela JR, Elias MJ, Selby EA. Emotional awareness: A transdiagnostic predictor of depression and anxiety for children and adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2016;45(3):262-9.
 15. Lizeretti NP, Extremera N. Emotional intelligence and clinical symptoms in outpatients with generalized anxiety disorder (GAD). *Psychiatric quarterly*. 2011;82(3):253-60.
 16. Abolghasemi AKHKnB. Comparisons of self-regulation behavior, emotional self-awareness and decision making styles in women with and without generalized anxiety disorder. *Psychological Research*. 2017;12(4):7-24.
 17. Wells A. Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attentional training approach to treatment. *Behavior Therapy*. 1990; 21 (3):273-80. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(05\)80330-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(05)80330-2)
 18. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy: John Wiley & Sons; 2002. <https://doi.org/10.1002/9780470713662>
 19. Spada N. Communicative language teaching. *International handbook of English language teaching*: Springer; 2007. p. 271-88. https://doi.org/10.1007/978-0-387-46301-8_20
 20. Wells A. Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in generalized anxiety disorder and social phobia. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2007;14(1):18-25. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.01.005>
 21. Wells A. A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavior modification*. 1999;23(4):526-55. <https://doi.org/10.1177/0145445599234002>
 22. asghari m, faleh kar a, zaree a, Mirza hoseini f, Amani O. Comparison of the efficacy of acceptance acceptance commitment therapy and electrical stimulation with alternating current on mood symptoms in depressed patients. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018;13(4):16-23.
 23. Mogadam n, amraae r, asadi f, Amani o. The Efficacy of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Hope and Psychological Well-being in Women with Breast Cancer under Chemotherapy. *Journal of Nursing Education*. 2018;6(5):1-8.
 24. Segal ZV, Williams M, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*: Guilford Publications; 2018.
 25. Singh NN, Wahler RG, Winton AS, Adkins AD, Group MR. A mindfulness-based treatment of obsessive-compulsive disorder. *Clinical Case Studies*. 2004; 3 (4):275-87. <https://doi.org/10.1177/1534650103259646>
 26. Kabat-Zinn J. *Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future*. *Clinical psychology: Science and practice*. 2003; 10 (2): 144-56. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpg016>
 27. Alem Dianati F, Moheb N. Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Reducing Negative Strategies of Cognitive Emotion Regulation in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2018; 10 (40):171-88.
 28. Rygh JL, Sanderson WC. *Treating generalized anxiety disorder: Evidence-based strategies, tools, and techniques*: Guilford Press; 2004.
 29. Lovas DA, Barsky AJ. Mindfulness-based cognitive therapy for hypochondriasis, or severe health anxiety: a pilot study. *Journal of anxiety disorders*. 2010; 24 (8):931-5.
 30. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010;10(1):83.
 31. Sibinga EM, Perry-Parrish C, Thorpe K, Mika M, Ellen JM. A small mixed-method RCT of mindfulness instruction for urban youth. *EXPLORE: The Journal of Science and Healing*. 2014;10(3):180-6.
 32. Vøllestad J, Sivertsen B, Nielsen GH. Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research*

- and therapy. 2011; 49 (4): 281-8.
33. Asadi S, Abolghasemi A, Basharpour S. The Effectiveness of Mindfulness- Based Cognitive Therapy on Cognitive Failure and Emotional Processing in Anxious Nurses. *Iran Journal of Nursing*. 2016; 29 (102): 55-65.
 34. Alizadeh A, Poursharifi H. Effectiveness of Mindfulness Based Cognitive Group Therapy on Cognitive Emotional Regulation in Patients with Type 2 Diabetes. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2016; 3 (2): 44-55.
 35. Mahjuob N, Teymouri S. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Reducing Anxiety Sensitivity and Meta-worry in Students with Social Anxiety. *Journal of Clinical Psychology*. 2015; 7 (2): 39-48.
 36. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*. 2006; 166 (10): 1092-7. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
 37. Naeinian M, Babapour J, Shaeiri M, Rostami R. The Effect of Neurofeedback Training on the Decrement of Generalized Anxiety Disorder (GAD) Symptoms and Patients' Quality of Life. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2009; 4 (15):175-202.
 38. Naeinian M, SHAIRI M, Sharifi M, Hadian M. To study reliability and validity for a brief measure for assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). 2011.
 39. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The structured clinical interview for DSM-III-R (SCID): I: history, rationale, and description. *Archives of general psychiatry*. 1992; 49 (8): 624-9.
 40. Sharifi V, Asadi S, Mohammadi M, AMINI H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). 2004.
 41. Saatchi M KK, Asgarian M. *Psychological Tests*. 18, editor. Iran: Virayesh; 2014.
 42. Nejati R, Meshkat M. The Reliability and Validity of Bar-On's Emotional Quotient Inventory for Iranian English Language Learners. *Foreign Language Research Journal*. 2016; 6 (1): 131-54.
 43. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*. 2004;42(4):385-96.
 44. Wells A. Metacognitive theory and therapy for worry and generalized anxiety disorder: review and status. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2010; 1 (1): jep. 007910. <https://doi.org/10.5127/jep.007910>
 45. Shirinzadeh Dastgiry S GM, Rahimi CH, Naziri GH. . The study of factor analysis, validity and reliability of Metacognition Questionnaire-30. *Journal of Psychology*. 2008; 48: 44-61.
 46. Sheykholeslami A, Dortaj F, Eskandar Z. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on social anxiety of students. *Journal of School Psychology*. 2016; 4 (4):94-110.