©2017 ASP Ins., *Afarand Scholarly Publishing Institute, Iran*
ISSN: 2252-0805 *Horizon of Medical Sciences 2017;23(2):141-148. DOI: 10.18869/acadpub.hms.23.2.141*

Effectiveness of Mindfulness–based Cognitive Therapy on Cognitive-Behavioral Avoidance and Mental Rumination in Comorbidity of Social Anxiety and Depression Patients

ARTICLE INFO

Article Type
Original Research

Authors
Ghadampour E.[1] *PhD*,
Radmehr P.* *MSc*,
Yousefvand L.[2] *MSc*

How to cite this article
Ghadampour E, Radmehr P, Yousefvand L. Effectiveness of Mindfulness–based Cognitive Therapy on Cognitive-Behavioral Avoidance and Mental Rumination in Comorbidity of Social Anxiety and Depression Patients. Horizon of Medical Sciences. 2017; 23(2):141-148.

*Psychology Department, Literature & Humanities Faculty, Lorestan University, Lorestan, Iran
[1]Psychology Department, Literature & Humanities Faculty, Lorestan University, Lorestan, Iran
[2]Educational Management Department, Literature & Humanities Faculty, Lorestan University, Lorestan, Iran

Correspondence
Address: Khorramabad, Kamalvand, Kiloumetr5 Khorramabad-Tehran, Lorestan University, Literature & Humanities Faculty, Psychology Department
Phone: +98 (83) 48224904
Fax: -
radmehr.p12@gmail.com

Article History
Received: May 20, 2016
Accepted: November 8, 2016
ePublished: March 25, 2017

ABSTRACT

Aims As one of the most prevalent disorders in the adolescents, the comorbidity of social anxiety disorder and depression leads to bad outcomes for them. The aim of the study was to determine the effectiveness of the midfulness-based cognitive therapy on the cognitive-behavioral avoidance and mental rumination in patients with comorbidity of social anxiety and depression.

Materials & Methods In the controlled follow-up pretest-posttest quasi-experimental study, 30 female high-school students with the social anxiety and depression comorbiduty were studied in Khorramabad in the academic year 2015-16. The subjects, selected via purposeful sampling method, were randomly divided into two 15-person groups including experimental and control groups. Data was collected by the structured clinical interview for Axis 1 disorders, the social anxiety questionnaire for the adolescents, Beck depression inventory-second edition, the cognitive-behavioral avoidance scale, and the ruminative responces scale. Eight 2-hour group mindfulness-based cognitive-therapy training sessions (one session per week) were conducted in experimental group, while control group received no intervention. Finally, posttest was conducted in both groups and a follow-up step was conducted 2 month latter. Data was analyzed by SPSS 19 software using multi-variable covariance analysis test.

Findings The mean scores of the cognitive-behavioral avoidance and mental rumination items in the posttest and follow-up steps significantly decreased in experimental group compared to control group ($p<0.01$).

Conclusion The mindfulness-based cognitive therapy reduces the cognitive-behavioral avoidance, as well as the mental rumination, in the patients with the social anxiety and depression comorbidity.

Keywords Mindfulness Cognitive Therapy; Cognitive-Behavioral Avoidance; Social Anxiety Disorder; Depression

CITATION LINKS

[1] Social anxiety and ... [2] A meta-analytic review ... [3] Relationship between social phobia ... [4] Clinical experiences in conducting ... [5] Interpretation bias and social ... [6] Social performances deficits in social ... [7] Psychometric properties of the social ... [8] Social anxiety disorder/social phobia ... [9] Decrease in self-esteem mediates ... [10] Lifetime prevalence and age ... [11] A comparative study about the intensity ... [12] Social anxiety disorder ... [13] Comorbid depression and anxiety ... [14] Associations between Peer victimization, self-reported ... [15] Comorbidity of anxiety and unipolar ... [16] Responses to depression and their effects ... [17] The relationship between cognitive ... [18] The treatment of social anxiety ... [19] Avoidance and depression ... [20] Experiential avoidance in idiographic ... [21] An evaluation of an integrated ... [22] Impact of rumination ... [23] Testing the cognitive catalyst ... [24] Rumination, worry ... [25] The effects of rumination ... [26] Rumination as a transdiagnostic ... [27] Worry and rumination ... [28] The response styles theory ... [29] Cognitive factors that ... [30] A roadmap to rumination ... [31] The role of rumination ... [32] Comorbid social anxiety disorder ... [33] Impact of anxiety disorder ... [34] Depression and generali ... [35] Exploring the effectiveness ... [36] Cognitive behavioral group ... [37] Attention training in individuals ... [38] The effect of mindfulness ... [39] Mindfulness-based therapy ... [40] Efficacy of the third wave of behavioral therapies ... [41] Adapting mindfulness ... [42] The benefits of being ... [43] Cognitive therapy ... [44] Mindfulness-based stress ... [45] The effectivness of combined ... [46] Web-based Mindfulness ... [47] The etiology of social phobia ... [48] Kaplan & Sadock's Comprehensive ... [49] Group therapy ... [50] The effectiveness of ... [51] Reliability and feasibility ... [52] Examine the psychometric ... [53] The relationship ... [54] Rumination and cognitive ... [55] Prevention of relapse ... [56] Efficacy of mindfulness ... [57] The effects of ...

Copyright© 2017 ASP Ins. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms.

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی- رفتاری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی

عزت‌اله قدم‌پور PhD
گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران
پروانه رادمهر* MSc
گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران
لیلا یوسف‌وند MSc
گروه مدیریت آموزشی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، لرستان، ایران

چکیده
اهداف: همبودی اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی از شایع‌ترین مشکلات نوجوانان است و پیامدهای مخربی برای آنان دارد. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی- رفتاری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی بود.
مواد و روش‌ها: در این پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه، ۳۰ دانش‌آموز دختر مقطع متوسطه دوره اول و دوم شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ که مبتلا به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی بودند، به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به‌صورت تصادفی ساده به دو گروه ۱۵نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند. ابزارهای پژوهش، مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور یک، پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی برای نوجوانان، پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم، مقیاس اجتناب شناختی- رفتاری و مقیاس پاسخ‌های نشخواری بود. گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۲ساعته (هفته‌ای یک جلسه) به‌صورت گروهی تحت آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند و گروه گواه طی این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. در نهایت از هر دو گروه، پس‌آزمون و مجدداً دو ماه بعد، پیگیری به‌عمل آمد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS 19 و توسط آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.
یافته‌ها: در گروه آزمایش، میانگین نمرات متغیرهای اجتناب شناختی- رفتاری و نشخوار ذهنی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کاهش معنی‌داری داشت ($p<0/01$).
نتیجه‌گیری: درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش میزان اجتناب شناختی- رفتاری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی موثر است.
کلیدواژه‌ها: شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، اجتناب شناختی- رفتاری، اضطراب اجتماعی، افسردگی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۲/۳۱
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۸/۱۸
*نویسنده مسئول: radmehr.p12@gmail.com

مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی یک حالت هیجانی است که با نگرانی و ترس مشخص و ثابت از مورد ارزیابی منفی قرارگرفتن در موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود[1]. این اختلال، سومین اختلال روان‌پزشکی با شیوع طول عمر ۱۳% و یکی از رایج‌ترین اختلالات در دوران نوجوانی است که شیوع آن در بین دختران بیش از پسران است[2, 3]. نوجوانان مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی مراودت اجتماعی ضعیف و توانایی تطابق کمتری نسبت به همسالان خود دارند و در مواجهه با انتظارات دوران بزرگسالی با مشکلات بیشتری روبه‌رو می‌شوند[4]. برخی از مطالعات نشان داده‌اند که این اختلال در نوجوانان با مسایل و مشکلات بی‌شماری از قبیل تفسیر سوگیرانه از موقعیت‌های اجتماعی مبهم[5]، نارسایی‌های عملکرد اجتماعی[6]، کنش‌وری اجتماعی ضعیف و ادراک‌های منفی[7] رابطه دارد.

این اختلال همبودی بالایی با سایر اختلالات اضطرابی خلقی دارد. طبق تحقیقات انجام‌شده ۸۱% افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال دیگری نیز دارند[8]. افسردگی با شیوع طول عمر ۱۶/۶% یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که همبودی بالایی با اختلال اضطراب اجتماعی در میان نوجوانان دارد[9, 10]. این اختلال، از رایج‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی است که در بین دختران بیشتر از پسران رخ می‌دهد و با روند رو به رشد و شیوع آن، مشکلی اساسی برای بهداشت روان ایجاد کرده است که بر تکامل شناختی، هیجانی و فیزیکی نوجوان اثر می‌گذارد[11]، به‌طوری که همبودی اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی با شروع زودتر اختلال اضطراب اجتماعی توام است[12]، چرا که اضطراب اجتماعی به‌عنوان یک عامل خطر و پیش‌بینی‌کننده برای افسردگی به‌شمار می‌رود.

مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی اکثراً از نظر بالینی افسرده هستند، به‌گونه‌ای که اختلال افسردگی در ۹۰% بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی وجود دارد[13]. مطالعات بالینی، همبودی قابل توجه بین اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی نوجوانان را بین ۳۰% تا ۴۰% بیان می‌کنند[14]. *وانانن* و همکاران در پژوهش خود، همبودی اختلال اضطراب اجتماعی با افسردگی را در دختران ۵۱/۷% و در پسران ۲۷/۹% گزارش کردند[3]. *مینه‌کا* و همکاران بر این باورند که همپوشانی میان اختلال‌های اضطراب اجتماعی و افسردگی به‌دلیل یک سلسله نشانه‌های مشترک میان این دو اختلال است[15]. بر این اساس، همسو با دیدگاه شناختی، اختلال اضطراب اجتماعی و همبودی آن با افسردگی می‌تواند به دنبال عوامل شناختی مشترکی از جمله اجتناب شناختی- رفتاری و نشخوار ذهنی باشد[16]. به‌گونه‌ای که نقش شناخت در ایجاد و حفظ اختلالات اضطرابی از جمله اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی از دیرباز از دو دیدگاه؛ محتوای فکر (باورها و نگرش‌های ناکارآمد و نامطلوب) و پردازش‌های شناختی (سوگیری تفکر و سرکوب افکار) مورد بررسی قرار گرفته است[17].

با بررسی نقش اجتناب شناختی- رفتاری و نشخوار ذهنی در همبودی اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی، می‌توان به اهمیت بالینی آن در روان‌درمانی پی برد، زیرا برخی مدل‌های درمانی شناختی- رفتاری بر اهمیت اجتناب و نشخوار تاکید دارند[18]. بسیاری از افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی، بازداری اجتماعی دارند، اما این نشانه در افرادی به حداکثر میزان خودش می‌رسد که به‌صورت مستمر از موقعیت‌های اجتماعی بازداری می‌کنند. لذا به‌نظر می‌رسد مولفه کناره‌گیری در اختلال اضطراب اجتماعی می‌تواند در پدیدآیی نشانه‌های افسردگی نقش بسیار عمده‌ای داشته باشد. به‌صورت نظری می‌توان احتمال داد که اجتناب شناختی- رفتاری در بروز نشانه‌های افسردگی در میان افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی نقش مهمی ایفا می‌کند، زیرا اجتناب منجر به کناره‌گیری و تنهایی می‌شود. سازه اجتناب شناختی- رفتاری به رهایی از یک عمل، شخص یا یک شیء اشاره می‌کند که پریشانی را کاهش می‌دهد، ولی به‌مرور زمان موجب حفظ اضطراب اجتماعی می‌شود که یکی از مولفه‌های مشترک میان اختلال‌های اضطراب اجتماعی و افسردگی است[19]. اجتناب شناختی- رفتاری مانع پاسخ‌های موثر افراد به محرک‌های هیجانی

و جایگزینی راهبردهای مدیریت هیجان می‌شود و به همین دلیل راهبرد موثری نیست. پژوهش‌های بسیاری نقش اجتناب شناختی- رفتاری را در اضطراب اجتماعی[20] و افسردگی[21] نشان داده‌اند که نشان‌دهنده این موضوع است که این سازه، خاص هیچ یک از این دو اختلال نیست، بلکه در هر دو مشترک است. از سوی دیگر مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی نیز رفتارهای اجتنابی مانند نداشتن تماس چشمی و پنهان‌کردن چهره دارند که برای آنان نوعی رفتار خودایمنی محسوب می‌شود. این رفتارهای اجتنابی موجب تداوم باورهای ناکارآمدی می‌شود که عامل تداوم اضطراب اجتماعی است[22].

نشخوار ذهنی یکی دیگر از سازه‌های مشترک میان اختلال‌های اضطراب اجتماعی و افسردگی است[16]. *نولن- هوکسما* نشخوار ذهنی را به‌عنوان تمرکز نافعال توجه شخص بر یک حالت هیجانی منفی مشابه افسردگی و علایم آن و افکار تکراری در مورد دلایل، مفاهیم و پیامدهای افسردگی تعریف می‌کند[23]. نشخوار ذهنی مولفه اساسی آسیب‌پذیری شناختی است که منجر به افسردگی، تداوم‌بخشی و بازگشت مجدد آن می‌شود[23, 24]. از سوی دیگر پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که غیر از افسردگی، اختلال‌های دیگری نیز نشخوار ذهنی را تجربه می‌کنند[25, 26]. مطالعات طولی نشان داده است که نشخوار ذهنی، نشانه‌های اضطراب اجتماعی را به‌اندازه نشانه‌های افسردگی پیش‌بینی می‌کند[27,28] که در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب اجتماعی نقش مهمی دارد[29]. محتوای نشخوار ذهنی در هر اختلالی با توجه به نگرانی فرد تغییر می‌کند، به‌طوری که در اختلال اضطراب اجتماعی، محتوای نشخوار ذهنی، پردازش همیشگی یا در فکر فرورفتن در مورد تعاملات اجتماعی و احساس بی‌کفایتی در شرایط اجتماعی گذشته است[30]. همان گونه که نشخوار ذهنی در افسردگی مولفه ناسازگارانه و پرت‌کردن حواس (توجه‌برگردانی) شناختی و رفتاری مولفه سازگارانه است، در اختلال اضطراب اجتماعی نیز همین تاثیر را دارد[31]. در مقایسه با نوجوانانی که دارای یکی از اختلالات اضطراب اجتماعی و افسردگی هستند، نوجوانان همبود، گرایش زیادی به افکار خودکشی، سطح بالاتری از آسیب‌های روانی، پیش‌آگهی بدتر[14]، مشکلات و پریشانی بیشتر و اختلال در عملکرد تحصیلی، شغلی و اجتماعی بیشتری دارند[32].

از آنجا که به‌نظر می‌رسد همبودی بین اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی یک قاعده بدون استثنا است و همبودی همواره مرتبط با پیش‌آگهی ضعیف‌تر و پیامدهای مخرب‌تر نسبت به هر یک از اختلالات است، لذا همبودی اختلالات اضطراب اجتماعی و افسردگی نیازمند توجه بالینی بیشتر است[33, 34]. در این راستا برای حل این مشکل روزافزون، رویکردهای درمانی مختلفی ابداع شده است که از آن میان درمان شناختی- رفتاری اثربخشی خود را در درمان افسردگی و اضطراب ثابت کرده است[35]. دارودرمانی نیز به‌عنوان یک روش درمانی مناسب شناخته شده، به‌طوری که به‌اندازه درمان شناختی- رفتاری مقرون‌به‌صرفه است. اگر چه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری برای درمان اضطراب و افسردگی ثابت شده، اما نسبت معنی‌داری از بیماران از علایم باقی‌مانده رنج می‌برند و تعدادی از آنها نسبت به این درمان بی‌میل شده‌اند[35]. از سویی دیگر، تعداد زیادی از مبتلایان به‌دنبال بهترین مداخلات، تداوم علایم را گزارش می‌دهند[36] و برخی از بیماران فعالانه به‌دنبال درمان‌های کمابیش بدیع می‌گردند. این موارد نیاز به تحقیقات بالینی به‌منظور توسعه و ارزیابی ابداعات درمانی برخاسته از نظریه‌ها را برجسته می‌کند[37].

در میان درمان‌های مختلفی که برای اضطراب و افسردگی تدارک دیده شده، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) جایگاه ویژه‌ای پیدا کرده است[38, 39]. ذهن‌آگاهی نوعی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آیین‌های مذهبی شرقی به‌ویژه بودا دارد که به‌عنوان یکی از درمان‌های شناختی- رفتاری موج سوم قلمداد می‌شود[40]. ذهن‌آگاهی به‌عنوان حالتی از آگاهی، بدون قضاوت متمرکز بر خود مشخص شده است. این حالت در تقابل با متمرکز بر گذشته به‌خصوص در بیماران مبتلا به افسردگی و متمرکز بر آینده در مبتلایان به اضطراب است. ذهن‌آگاهی شامل آموزش افراد برای یک نگرش جدید، پذیرش بدون قضاوت، نزدیک‌شدن به احساسات، افکار و حس‌های بدنی برای خلاص‌شدن از حالات خلقی منفی است[41]. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمانی بسیار جدید به معنی توجه ویژه و هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت و زنده نگه‌داشتن هوشیاری فرد برای واقعیت حاضر است[42].

اسمیتس و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی برای علایم مبتلایان به افسردگی با همبودی اضطراب اجتماعی مناسب است[43]. *هازلت- استیونس* در پژوهش خود به این نتیجه رسید که کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی تاثیر موثری بر کاهش علایم همبودی اختلال اضطراب و افسردگی دارد[44]. نتایج پژوهش *آریانا- کیا* و همکاران حاکی از اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است[45]. *دیمیدجیان* و همکاران در مطالعه خود به این نتیجه رسیدند که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی موجب کاهش نشخوار ذهنی می‌شود[46].

با توجه به اینکه اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی از شایع‌ترین مشکلات نوجوانان هستند و همبودی آنها پیامدهای مخربی برای نوجوانان دارد، برای مثال مانع رشد اجتماعی و پیشرفت تحصیلی در نوجوان می‌شود و با عنایت به اینکه در زمینه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با درنظرگرفتن چنین ترکیبی از متغیرها در نوجوانان پژوهشی صورت نگرفته است، لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی- رفتاری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه است که در بین کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوره اول و دوم شهر خرم‌آباد در سال تحصیلی ۹۵-۱۳۹۴ با دامنه سنی ۱۴ تا ۱۷ سال که مبتلا به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی بودند، انجام شد. مطالعات همه‌گیرشناسی نشان داده‌اند تعداد بیشتری از زنان ملاک‌های اضطراب اجتماعی[47] و افسردگی[48] را دارند. با توجه به اینکه ادبیات بالینی تعداد مناسب اعضای یک مداخله گروه‌درمانی را بین ۷ تا ۱۰ عضو پیشنهاد می‌نماید و تحقیقات آزمایشی معمولاً از نمونه‌های ۱۵نفری برای هر گروه استفاده می‌کنند[49]، بنابراین نمونه مورد نیاز شامل ۳۰ نوجوان دختر مبتلا به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی بود که به‌روش نمونه‌گیری هدفمند[49] براساس ملاک‌های ورود و خروج به مطالعه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: رضایت آگاهانه، توانایی شرکت در جلسات مداخله گروهی، عدم شرکت در کلاس-

های آموزشی و درمانی دیگر به‌طور همزمان، هوشیاری کامل و توانایی همکاری و برخورداری از آمادگی جسمانی و روانی لازم برای پاسخگویی به سئوالات، و ملاک‌های خروج عبارت بودند از: وجود علایم سایکوتیک، افکار وسواسی، بیماری پزشکی جدی و محدودکننده که موجب افسردگی در فرد می‌شود، وجود رگه‌هایی از اختلال شخصیت و اختلال نقص توجه.

به‌منظور اجرای طرح، غربالگری انجام گرفت. برای انتخاب نمونه، ابتدا از بین دو ناحیه آموزش و پرورش شهر خرم‌آباد، ناحیه دو و از بین تمامی مدارس، ۵ مدرسه به‌روش تصادفی- خوشه‌ای انتخاب شدند و در بین ۵ مدرسه، ۴۳۷ پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی و افسردگی تکمیل شد. افرادی که نمره بالای اضطراب اجتماعی و افسردگی همراه (یک انحراف‌معیار بالاتر از میانگین گروه) را کسب نمودند، تحت مصاحبه ساختاریافته براساس DSM_IV_TR (متن تجدیدنظرشده راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی- ویرایش چهارم) قرار گرفتند و شرکت‌کنندگانی که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، انتخاب شدند که از میان دانش‌آموزان دارای نمره بالای همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی، ۳۰ نفر مطابق معیارهای شمول وارد مطالعه شده و با انتساب تصادفی ساده به دو گروه ۱۵نفری آزمایش و گواه تقسیم شدند.

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش عبارت بودند از:

۱- مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I (SCID): مصاحبه مزبور ابزاری انعطاف‌پذیر است که توسط *فرست* و همکاران تهیه شده است[50]. *شریفی* و همکاران[51] این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰%). توافق کلی به‌دست‌آمده (کاپای کل برای تشخیص‌های فعلی ۵۲% و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵%) نیز رضایت‌بخش است.

۲- پرسش‌نامه اضطراب اجتماعی برای نوجوانان (SAS-A): این مقیاس دارای ۱۸ گویه و سه زیرمقیاس؛ ترس از ارزیابی منفی (FNE)، اجتناب اجتماعی و اندوه در موقعیت‌های جدید (SAD-New) و اجتناب اجتماعی و اندوه عمومی (SAD-General) است. پرسش‌های این مقیاس با پاسخ‌های پنج‌گزینه‌ای پاسخ داده می‌شوند. نمره بالاتر در این مقیاس گویای اضطراب اجتماعی بالاتر است. *استوار* و *رضویه*[52] ساختار سه‌عاملی این مقیاس را روی نمونه‌ای از نوجوانان ایرانی مورد تایید قرار دادند و پایایی این مقیاس را به‌روش بازآزمایی با فاصله زمانی از یک تا چهار هفته ۰/۸۸ گزارش کردند. افزون بر این، میزان همسانی درونی مقیاس را به‌کمک ضریب آلفا برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۴ و ۰/۷۷ گزارش نمودند. میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به‌دست آمد.

۳- پرسش‌نامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II): این پرسش‌نامه شکل بازنگری‌شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که برای سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسش‌نامه ۲۱سئوالی است و نمره کلی بین صفر تا ۶۳ متغیر است. نتایج پژوهش بک و همکاران نشان داد که این پرسش‌نامه، ثبات درونی بالایی دارد. همچنین مطالعه دیگری همبستگی درونی این مقیاس را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۹۳ گزارش داد[50]. میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۷۹ به‌دست آمد.

۴- مقیاس اجتناب شناختی- رفتاری (CBAS): این مقیاس ۳۱ گویه دارد که روی مقیاس لیکرت از "اصلاً صحیح نیست" (با نمره یک) تا "در مورد من کاملاً صحیح است" (با نمره ۵) پاسخ داده می‌شود. CBAS چهار خرده‌مقیاس اجتناب شناختی- اجتماعی، اجتناب شناختی- غیراجتماعی، اجتناب رفتاری- اجتماعی و اجتناب رفتاری- غیراجتماعی دارد. میان خرده‌مقیاس‌های CBAS همبستگی درونی متوسط ۰/۳۹ تا ۰/۵۷ وجود دارد[19]. در پژوهش *مولدر* و همکاران، همسانی درونی کل و خرده‌مقیاس‌های شناختی- غیراجتماعی، رفتاری- غیراجتماعی، رفتاری- اجتماعی و شناختی- اجتماعی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۰، ۰/۷۵، ۰/۸۶ و ۰/۷۸ گزارش شده است[53]. همسانی درونی نسخه فارسی خرده‌مقیاس‌های اجتناب اجتماعی و غیراجتماعی در یک نمونه ۶۹۸نفری در ایران به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۶۵ به‌دست آمده است[54]. میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست آمد.

۵- مقیاس پاسخ‌های نشخواری (PRS): PRS یک مقیاس ۲۲گویه‌ای است که گرایش افراد را به نشخوار ذهنی در پاسخ به خلق افسرده می‌سنجد. از آزمودنی‌ها خواسته می‌شود تا با مقیاس چهارنمره‌ای لیکرت از "تقریباً هرگز" (با نمره یک) تا "تقریباً همیشه" (با نمره ۴) به گویه‌ها پاسخ دهند. دامنه نمره‌ها از ۲۲ تا ۸۸ قرار می‌گیرد. این مقیاس بر پایه شواهد تجربی، اعتبار درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد و همبستگی بازآزمایی آن ۰/۶۷ است[45]. میزان پایایی در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ به‌دست آمد.

جدول ۱) ساختار کلی جلسات آموزشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی

جلسه اول
تنظیم خط‌مشی کلی با درنظرگرفتن جنبه محرمانه‌بودن و زندگی شخصی افراد، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، تمرین خوردن کشمش، تمرین وارسی بدنی
جلسه دوم
مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین وارسی بدنی، بازنگری تمرین، تمرین افکار و احساسات جایگزین و آموزش تمرکززدایی از افکار و فرضیات ذهنی با گذاشتن برچسب فرضیه روی آنها، ثبت وقایع خوشایند، مراقبه نشسته یک تا ۱۰ دقیقه
جلسه سوم
تمرین دیدن یا شنیدن، معرفی تمرین مراقبه نشسته و منطق اجرای آن، ۳۰ تا ۴۰ دقیقه در حالت مراقبه، بازنگری تکلیف، تمرین فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای و بازنگری
جلسه چهارم
تمرین پنج‌دقیقه‌ای دیدن یا شنیدن، ۴۰ دقیقه مراقبه، ذهن‌آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار بازنگری، تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی
جلسه پنجم
آموزش اینکه قبل از هر تغییری باید خود را به همان گونه‌ای که هستیم بپذیریم و این مستلزم اجازه‌دهی و مجوزبخشیدن به حضور احساسات ناخوشایند در آگاهی است، ۴۰ دقیقه مراقبه نشسته بازنگری، تمرین بازنگری، مرور و بررسی تمرین جلسه قبل
جلسه 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 ۴۰دقیقه‌ای، ذهن‌آگاهی از تنفس، بدن، اصوات و افکار بازنگری، تمرین بازنگری
جلسه هفتم
۴۰ دقیقه مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها و سپس افکار بازنگری تمرین‌ها، برنامه‌ریزی فعالیت: تعیین و تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط‌برانگیز، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق
جلسه هشتم
بازنگری مطالب گذشته و جمع‌بندی

گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۲ساعته به‌مدت ۲ ماه به‌صورت هفته‌ای یک جلسه توسط پژوهشگر (با تخصص شرکت در کارگاه ذهن‌آگاهی) با حضور در مدرسه به‌صورت گروهی تحت آموزش به‌شیوه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) قرار گرفتند و گروه گواه طی این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پروتکل درمانی مورد استفاده برگرفته از کتاب راهنمای عملی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن (نوشته *سگال* و همکاران، سال ۲۰۰۲؛ ترجمه محمدخانی، سال ۱۳۸۴) بود (جدول ۱).

در نهایت از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس‌آزمون و مجدداً دو ماه بعد، پیگیری به‌عمل آمد. برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پیگیری، گروه گواه نیز به‌مدت ۳ جلسه به‌صورت فشرده تحت آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند.

بعد از پایان مداخلات آموزشی، داده‌های جمع‌آوری‌شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS 19 در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف‌معیار و برای استنباط آماری داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. لازم به ذکر است که در ابتدا، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون و نرمال‌بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف مورد بررسی قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سنی در گروه آزمایش ۱/۱۸±۱۵/۴۶ سال و در گروه گواه ۱/۱۲±۱۵/۶۰ سال بود.

در گروه آزمایش، میانگین نمرات متغیرهای اجتناب شناختی- رفتاری و نشخوار ذهنی در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه کاهش معنی‌داری داشت ($p<0/01$). بنابراین آموزش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی توانست به‌طور معنی‌داری در کاهش متغیرهای اجتناب شناختی- رفتاری و نشخوار ذهنی در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری موثر باشد که این آموزش در مرحله پس‌آزمون ۳۳/۲% بر اجتناب شناختی- رفتاری و ۴۶/۹% بر نشخوار ذهنی و در مرحله پیگیری ۳۹/۸% بر اجتناب شناختی- رفتاری و ۵۱/۷% بر نشخوار ذهنی موثر بود (جدول ۲).

جدول ۲) میانگین آماری نمرات اجتناب شناختی- رفتاری و نشخوار ذهنی در دو گروه (هر گروه ۱۵ نفر) در مراحل مختلف پژوهش

متغیرها	گروه آزمایش	گروه گواه
اجتناب شناختی- رفتاری		
پیش‌آزمون	۸۷/۵۵±۴/۰۱	۸۶/۷۵±۴/۵۸
پس‌آزمون	۷۸/۱۳±۴/۴۵	۸۴/۲۸±۴/۷۴
پیگیری	۷۶/۹۵±۴/۰۶	۸۳/۰۱±۵/۵۵
نشخوار ذهنی		
پیش‌آزمون	۵۰/۹۵±۶/۴۳	۵۱/۱۶±۳/۴۹
پس‌آزمون	۴۳/۴۸±۶/۷۳	۵۰/۰۳±۳/۰۲
پیگیری	۴۱/۸۲±۵/۰۳	۴۹/۴۸±۳/۳۷

بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی- رفتاری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی بود. نتایج نشان داد که جلسات هشت‌گانه MBCT توانسته است از میزان متغیرهای اجتناب شناختی- رفتاری و نشخوار ذهنی مبتلایان در دوره مداخله به‌طور قابل توجهی بکاهد، به‌گونه‌ای که این کاهش در دو مقطع زمانی پس از مداخله و دو ماه بعد از پایان مداخله قابل مشاهده بود.

با مرور پیشینه پژوهش، تحقیقی که به اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBCT) بر اجتناب شناختی- رفتاری و نشخوار ذهنی مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی پرداخته باشد، یافت نشد. لذا در تبیین نتایج سعی شده تا به نزدیک‌ترین تحقیقات با موضوع حاضر اشاره شود. از تحقیقات همسو با این پژوهش می‌توان به مطالعات *اسمیتس* و همکاران[43]، *هازلت- استیونس*[44]، *آریانا-کیا* و همکاران[45] و *دیمیدجیان* و همکاران[46] اشاره کرد. دلیل اثربخشی MBCT در این مطالعات این است که آموزش ذهن‌آگاهی منجر به تغییر الگوهای معیوب تفکر و آموزش مهارت‌های کنترل توجه شده و جنبه پیشگیرانه درمان را افزایش می‌دهد. در تحقیق حاضر، نتایج مرحله پیگیری مبتنی بر پایداربودن تاثیر مداخله پس از گذشت دو ماه، پشتیبان این توضیح است.

با بررسی نقش اجتناب شناختی- رفتاری در همبودی اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی، می‌توان به اهمیت بالینی آن در روان‌درمانی پی برد، زیرا برخی مدل‌های درمانی شناختی- رفتاری بر اهمیت اجتناب شناختی- رفتاری تاکید دارند[18]. نکته مهم در تبیین این یافته‌ها، این است که MBCT باعث بازنمایی ذهنی اشیای موجود در زندگی می‌شود که از کنترل بلافاصله انسان خارج است و این از طریق تنفس عمیق و فکرکردن آموزش داده می‌شود. چرا که از دیرباز MBCT در طب و روان‌پزشکی، به‌عنوان یکی از شیوه‌های درمان غیردارویی برای درمان اختلالات افسردگی و اضطرابی مورد توجه بوده است[54].

در خصوص اثربخشی MBCT بر نشخوار ذهنی، محققان در مطالعه خود نشان داده‌اند که تمرینات مراقبه حضور ذهن، اساساً در کاهش نشخوار ذهنی موثرند و این کاهش به‌نوبه خود باعث کاهش محتوای شناختی ناسازگار و نشانه‌های عاطفی به‌ویژه نشانه‌های اضطرابی، افسردگی و نگرش‌های ناکارآمد می‌شود. به‌علاوه، از آنجایی که سطوح بالای اختلالات اضطرابی با افسردگی همبودی دارند، پردازش‌های شناختی این اختلالات، شباهت بسیاری دارند و این می‌تواند توجیه‌کننده این باشد که MBCT، اثرات درمانی انحصاری بر افسردگی به‌تنهایی ندارد، بلکه می‌تواند شامل اختلالات اضطرابی نیز شود[55].

یکی از جنبه‌های MBCT این است که افراد یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه کنند[56]. با این اوصاف به‌نظر می‌رسد تمرین‌های ذهن‌آگاهی با افزایش آگاهی افراد نسبت به لحظه حال، از طریق فنونی مثل توجه به تنفس و بدن و معطوف‌کردن آگاهی به اینجا و اکنون بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات تاثیر دارد. از امتیازات رویکرد MBCT دیدگاه گروه‌محوری آن است که هم به‌لحاظ هزینه‌های مادی و هم با توجه به اثربخشی در واحد زمان، خدمات روان‌شناختی را به‌تعداد بزرگ‌تری از افراد نیازمند عرضه می‌کند. این امر جدا از منافع درمانی و در عین کاهش هزینه‌ها، می‌تواند جوابگوی لیست طولانی مراجعانی باشد که در انتظار دریافت خدمات روان‌شناختی، بار سنگین رنج روانی را برای مدت طولانی به دوش می‌کشند. فراتر از این و جدا از تاثیر درمانی و کاهش هزینه‌های مالی در به‌کارگیری پروتکل MBCT، دید مردم، جنبه بهزیستی و ارتقا دارد و امروزه بهره‌جویی از انواع روش‌های یوگا و مراقبه در میان مردم، خصوصاً با وضعیت اقتصادی- اجتماعی متوسط و بالاتر شیوع دارد.

محدودیت‌هایی در مطالعه وجود داشت که لازم است در تفسیر و برداشت یافته‌ها مد نظر باشد. با توجه به عدم به‌کارگیری یک شیوه مداخله روان‌شناختی دیگر در کنار شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به‌منظور مقایسه اثربخشی دو روش و در نهایت توصیه به انتخاب و اولویت‌بندی شیوه مداخله و با توجه به شرایط نمونه انتخابی که نمونه بالینی نبوده است و تنها جنس مونث بود، در تعمیم نتایج به افراد خارج از جامعه پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت کرد. محدودیت عمده این پژوهش، انجام آن روی نوجوانان ۱۷-۱۴ساله در شهر خرم‌آباد بود که امکان تعمیم نتایج به سایر مقاطع سنی و دیگر مناطق جغرافیایی را دشوار می‌سازد. با وجود محدودیت‌های موجود، مزیت عمده مطالعه حاضر، عرصه شیوه درمانی بود که از محدوده بیمارستانی به اجتماع (در میان دانش‌آموزان مدارس) کشیده شد. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، مداخله MBCT روی هر دو جنس دختر و پسر و سایر مقاطع سنی و به‌صورت گسترده‌تر در سایر مناطق جغرافیایی انجام شود تا بتواند زمینه‌ساز بستری مناسب برای مقایسه بهتر و افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج شود، چرا که این مداخله می‌تواند علاوه بر پیشگیری، ارتقای سلامت روانی را مقدور سازد.

به‌دلیل محدودبودن بررسی‌های انجام‌شده در این زمینه و همچنین به‌دلیل اینکه اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی در دوران نوجوانی آغاز می‌شود و در میان دختران بیشتر از پسران رخ می‌دهد و از طرف دیگر، مطالعات بر همه‌گیرشناسی همبودی اختلال اضطراب اجتماعی و افسردگی تاکید دارند و مطالعات سازمان‌یافته اندکی در مورد مکانیزم‌های زیربنایی این دو اختلال انجام شده است، این پژوهش می‌تواند با آشکارسازی چگونگی نقش اجتناب شناختی- رفتاری در رابطه بین این دو اختلال، رهنمودی مناسب برای پیشگیری از این اختلالات و نشان‌دادن تداوم در این فرآیند رشدی باشد. برای درک بهتر زمان بروز و تداوم این اختلالات در نوجوانان ایرانی، بررسی حاضر ضروری به‌نظر می‌رسد. از این رو با توجه به اینکه درصد بالایی از جمعیت کشور را نوجوانان تشکیل داده‌اند، بررسی مسایل و مشکلات آنان ضروری است و کارهای پژوهشی بیشتری را می‌طلبد.

نتیجه‌گیری

درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کاهش میزان اجتناب شناختی- رفتاری و نشخوار ذهنی در مبتلایان به اختلال همبودی اضطراب اجتماعی و افسردگی موثر است.

تشکر و قدردانی: در پایان از مساعدت‌های تمامی عوامل به‌ویژه مدیریت محترم آموزش و پرورش و مدارس شهر خرم‌آباد و تمامی دانش‌آموزان عزیزی که بی‌دریغ در روند این پژوهش ما را یاری نمودند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

تاییدیه اخلاقی: تمام شرکت‌کنندگان در مطالعه، رضایت آگاهانه خود را اعلام کردند. همچنین برای رعایت اصول اخلاقی، بعد از مرحله پیگیری، گروه گواه نیز تحت آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی قرار گرفتند.

سهم نویسندگان: عزت‌اله قدم‌پور (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/نگارنده بحث (٤٠%)؛ پروانه رادمهر (نویسنده دوم) پژوهشگر اصلی (۳۰%)؛ لیلا یوسف‌وند (نویسنده سوم) روش‌شناس/تحلیل‌گر آماری (۳۰%)

تعارض منافع: موردی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

منابع مالی: این مقاله تحت حمایت مالی هیچ سازمانی نبوده است.

منابع

1- Kingsbury M, Coplan R. Social anxiety and interpretation of ambiguous text messages. Comput Hum Behav. 2015;54(C):368-79.

2- Teubert D, Pinquart M. A meta-analytic review on the presentation of symptom of anxiety in children adolescents. J Anxiety Disord. 2011;25(8):1046-59.

3- Väänänen JM, Fröjd S, Ranta K, Marttunen M, Helminen M, Kaltiala-Heino R. Relationship between social phobia and depression differs between boys and girls in mid-adolescen. J Affect Disord. 2011;133(1-2):97-104.

4- McAleavey AA, Castonguay LG, Goldfried MR. Clinical experiences in conducting cognitive behavioral therapy for social phobia. Behav Ther. 2014;45(1):21-35.

5- Miers AC, Blote AW, Bogels SM, Westenberg PM. Interpretation bias and social anxiety in adolescents. J Anxiety Disord. 2008;22(8):1462-71.

6- Voncken MJ, Bogels SM. Social performances deficits in social anxiety disorder: Reality during conversation and biased perception during a speech. J Anxiety Disord. 2008;22(8):1384-92.

7- Puklek M, Videc M. Psychometric properties of the social anxiety scale for adolescents (SAS-A) and its relation to positive imaginary audience and academic performance in Slovene adolescents. Stud Psychol. 2008;50(1):49-65.

8- den Boer JA. Social anxiety disorder/social phobia: Epidemiology, diagnosis, neurobiology and treatment. Compr Psychiatry. 2000;41(6):405-15.

9- Väänänen JM, Isomaa R, Kaltiala-Heino R, Fröjd S, Helminen M, Marttunen M. Decrease in self-esteem mediates the association between symptoms of social phobia and depression in middle adolescence prospective population cohort study. BMC Psychiatry. 2014;14:79.

10- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593-602.

11- Habibpour Z, Sharifi A. A comparative study about the intensity of depression among girls and boys in teenage period. J Urmia Nurs Midwifery Fac. 2009;7(1):10-2. [Persian]

12- Stein MB, Fuetsch M, Müller N, Höfler 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.

13- Gorman JM. Comorbid depression and anxiety spectrum disorder. Depress Anxiety. 1996-1997;4(4):160-8.

14- 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 Adolesc. 2009;32(1):77-93

15- Mineka S, Watson D, Clark LA. Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorder. Annu Rev Psychol. 1998;49:377-412.

16- Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. J Abnorm Psychol. 1991;100(4):569-82.

17- Fawzy TI, Hecker JE, Clark J. The relationship between cognitive avoidance and attentional bias forsnake-related thoughts. J Anxiety Disord. 2006;20(8):1103-7.

intervention across diverse populations. J Cogn Behav Pract. 2012;19(3):472-82.
36- 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.
37- Amir N, Beard C, Taylor ChT, 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.
38- Hofmann SG, Sawyer AT, Witt AA, Oh D. The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: Ameta-analytic review. J Consult Clin Psychol. 2010;78(2):169-83.
39- Khoury B1, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: Acomprehensive meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2013;33(6):763-71.
40- Ost LG. Efficacy of the third wave of behavioral therapies: Asystematic review and meta-analysis. Behav Res Ther. 2008;46(2):296-321.
41- 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):362-370.
42- Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. J Pers Soc Psychol. 2003;84(4):822-48.
43- Smits JA, Minhajuddin A, Jarrett RB. Cognitive therapy for depressed adults with comorbid social phobia. J Affect Disord. 2010;114(1-3):271-8.
44- Hazlett-Stevens H. Mindfulness-based stress reduction for comorbid anxiety and depression: Case report and clinial considerations. J Nerv Ment Dis. 2012;200(11):999-1003.
45- Ariana-Kia E, Moradi AR, Hatami M. The effectivness of combined of brief behavioral activation therapy and mindfulness-based cognitive therapy in patients with major depressive disorder. J Clin Psychol. 2014;6(1):15-27. [Persian]
46- Dimidjian S, Beck A, Felder JN, Boggs JM, Gallop R, Segal Z. Web-based Mindfulness-based Cognitive Therapy for reducing residual depressive symptoms: An open trial and quasi-experimental comparison to propensity score matched controls. Behav Res Ther. 2014;63:83-9.
47- Rapee RM, Spence SH. The etiology of social phobia: Empirical evidence and an initial model. Clin Psychol Rev. 2004;24(7):737-67.
48- Akiskal H. Mood disorder. In: Kaplan HI, Sadock BJ. Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 2005. pp. 1284-1431.
49- Ballinger B, Yalom I. Group therapy in practice. In: Bongar B, Beutler LE, editors. Comprehensive Textbook of Psychotherapy: Theory and Practice (1st Edition). New York: Oxford University Press. 1995.
50- Hashemi Z, Mahmood-Aliloo M, Hashemi-Nosratabad T. The effectiveness of meta cognitive therapy on major depression disorder: A case report. J Clin Psychol. 2011;2(3):85-97. [Persian]
51- Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kavian H, Semnani Y, et al. Reliability and feasibility of the persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV. Adv Cogn Sci. 2004;6(1&2):10-22. [Persian]
52- Ostovar S, Razavyeh A. Examine the psychometric properties of the social snxiety scale for adolescents
18- Rodebaugh TL, Holaway RM, Heimberg RG. The treatment of social anxiety disorder. Clin Psychol Rev. 2004;24(7):883-908.
19- Ottenbreit ND, Dobson KS. Avoidance and depression: The construction of the cognitive-behavioral avoidance scale. Behav Res Ther. 2004;42(3):293-313.
20- Kashdan TB, Breen WE, Afram A, Terhar D. Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. J Anxiety Disord. 2010;24(5):528-34.
21- Backs-Dermott BJ, Dobson KS, Jones SL. An evaluation of an integrated model of relapse in depression. J Affect Disord. 2010;124(1-2):60-7.
22- Wong QJ, Moulds ML. Impact of rumination versus distraction on anxiety and maladaptive self-beliefs in socially anxiety individuals. Behav Res Ther. 2009;47(10):861-7.
23- Ciesla JA, Felton JW, Roberts JE. Testing the cognitive catalyst model of depression: does rumination amplify the impact of cognitive diatheses in response to stress?. Cogn Emot. 2011;25(8):1349-57.
24- Dickson K.S, Ciesla JA, Reilly LC. Rumination, worry, cognitive avoidance, and behavioral avoidance: Examination of temporal effects. Behav Ther. 2012;43(3):629-40.
25- Kao CM, Dritschel BH, Astell A. The effects of rumination and distraction on over- general autobiographical memory retrieval during social problem solving. Br J Clin Psychol. 2006;45(Pt 2):267-72.
26- McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Rumination as a transdiagnostic factor in depression and anxiety. Behav Res Ther. 2011;49(3):186-93.
27- Hong RY, Worry and rumination:differentional associations with anxiety and depressive symptoms and coping behavior. Behav Res Ther. 2007;45(2):277-90.
28- Sarin S, Abela J, Auerbach R. The response styles theory of depression: A test of specificity and causal mediation. J Cogn Emot. 2005;19(5):751-61.
29- Hofman SG. Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implication. Cogn Behav Ther. 2007;36(4):195-209.
30- Smith JM, Alloy LB. A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. Clin Psycho Rev. 2009;29(2):116-22.
31- Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorder and mixed anxiety/ depressive symptoms. J Abnorm Psychol. 2000;109(3):504-11.
32- 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.
33- Albert U, Rosso G, Maina G, Bogetto F. Impact of anxiety disorder comorbidity on quality of life ineuthymic bipolar disorder patiens: differences between bipolar I and II subtypes. J Affect Disord. 2008;105(1-3):297-303.
34- Schoevers RA, Deeg DJ, van Tilburg W, Beekman AT. Depression and generali anxiety disorder. Co-occurrence and longituinal patiens inelderly patiens. Am J Geriatr Psychiatry. 2005;13(1):31-9.
35- Hamilton K, Wershler JL, Macrodimitris SD, Ching LE, Mothersill KJ. Exploring the effectiveness of a mixed-diagnosis group cognitive behavioral therapy

(SAS-A) for use in Iran. J Psychol Model Method. 2013;3(12):69-78. [Persian]
53- Moulds ML, Kandris E, Starr S, Wong ACM. The relationship between rumination, avoidance and depression in a non-clinical sample. Behav Res Ther. 2007;45(2):251-61.
54- Ataie Sh, Fata L, Ahmadi Abhari A. Rumination and cognitive behavioral avoidance in depressive and social anxiety disorders: Comparison between dimensional and categorical approaches. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2014;19(4):283-92. [Persian]
55- 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.
56- Geschwind N, Peeters F, Huibers M, Van Os J, Wichers M. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in relation to prior history of depression: Randomised controlled trial. Br J Psychiatry. 2012;201(4):320-5.
57- Bohlmeijer E, Prenger R, Taal E, Cuijpers P. The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with achronic medical disease: A meta-analysis. J Psychosom Res. 2010;68(6):539-44.