

اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حضور ذهن گروهی بر علایم اضطرابی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی

سلیمان جعفری فرد^۱، مجتبی طغیانی^۲
و هادی معتمدی^۳

هراس اجتماعی، به عنوان ترس غیر منطقی و شدید از این که رفتار فرد در موقعیت اجتماعی مورد تمسخر یا انتقاد دیگران قرار گیرد، تاثیر چشمگیری بر زندگی اجتماعی فرد دارد. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حضور ذهن گروهی بر علایم اضطرابی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی بود. بدین منظور، طی یک کارآزمایی بالینی، ۲۰ نفر از بیماران مبتلا به هراس اجتماعی مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع) به صورت نمونه ی در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل کاربندی شدند. آزمودنی ها در ابتدا و انتها و ۴ هفته بعد از پایان پژوهش، از نظر میزان اضطراب مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش، طی ۸ جلسه تحت آموزش درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفت. تحلیل کوواریانس نمرات آزمودنی ها در هراس اجتماعی و اضطراب نشان داد که بین علایم اضطرابی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل بعد از درمان و ۴ هفته بعد، اختلاف معنی داری وجود دارد. اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر حضور ذهن، در کاهش علایم اضطرابی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی و پایداری نتایج به دست آمده در پیگیری، حاکی از این است که روش مذکور یک روش موثر و قابل استفاده است.

واژه های کلیدی: درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حضور ذهن، هراس اجتماعی، علایم اضطرابی

مقدمه

ذات زندگی اجتماعی، زیستن در کنار دیگران و معاشرت با مردم است. آنچه زندگی آدمی را شکل می دهد روابط میان انسانها است (فتحی، ۲۰۰۶). هراس اجتماعی به عنوان ترس غیر منطقی و شدید از این که رفتار فرد در موقعیت اجتماعی مورد تمسخر یا انتقاد دیگران قرار گیرد، تاثیر چشمگیری بر زندگی اجتماعی فرد دارد (هالجن، ۲۰۱۰). هراس اجتماعی، در مقایسه با سایر اختلالات اضطرابی

۱. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. (نویسنده ی مسوول) yazdan_jaafari@yahoo.com

۲. دپارتمان روان شناسی بالینی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳. دپارتمان مشاوره ی خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

شیوع زودرسی در مبتلایان دارد، میانگین سن شروع آن ۱۵ سال است و یکی از شایع ترین اختلال های روانی در دوران نوجوانی و جوانی محسوب می شود (هیر چفلد، ۱۹۹۵). مبتلایان به هراس اجتماعی، در زمینه ی تحصیلی و شغلی خود موفقیت کسب نمی کنند و یا موفقیت بسیار کمی را تجربه می کنند و حتی ممکن است با شکست مواجه شوند. این افراد کمتر ازدواج می کنند و حتی در موارد شدیدتر ممکن است که در نوجوانی از مدرسه اخراج شوند، فرار کنند، در جوانی بیکار شوند یا به دلیل دشواری انجام مصاحبه شغلی هیچ گاه به دنبال کار نروند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰). تحقیقات نشان می دهد که میزان خودکشی در مبتلایان به هراس اجتماعی دوبرابر بیشتر از افراد سالم است و البته اگر این اختلال با سایر اختلالات روانی همراه شود، این میزان تا ۴ برابر افزایش خواهد داشت که این به نوبه خود بسیار تکان دهنده است و می تواند یک زنگ خطر باشد (هیر چفلد، ۱۹۹۵).

درمان هراس اجتماعی، در دو طبقه ی درمان های دارویی و غیر دارویی قرار می گیرد. درمان دارویی شامل مهار کننده های انتخابی باز جذب سروتونین، مهار کننده های مونوآمینو اکسیداز (فیگورا، ۲۰۰۲) و بنزودیازپین ها (دیویدسون، ۲۰۰۳) هستند. درمان های روان شناختی در این زمینه شامل درمان رفتاری - شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مواجهه ای و آموزش مهارت های اجتماعی است (همبرگ، ریچارد و گیلفورد، ۲۰۰۳). شناخت درمانی، به آسانی قابل آموزش و توصیف است و در تمام گروه های سنی کاربرد دارد و همچنین تاثیر به سزایی در پیشگیری از عود اختلال دارد (بلک برن، ۲۰۰۶). تحقیقات، نشان داده است که درمان های رفتاری - شناختی به صورت فردی یا گروهی در درمان هراس اجتماعی موثر است در واقع هدف این روش تغییر الگوهای فکری و واکنش های فیزیکی فرد در موقعیتهای اضطراب زای اجتماعی است (تانگ و همکاران، ۲۰۰۷) و از آنجا که از اهداف اصلی MBCT توسعه ی آگاهی فراشناختی و تمرکز زدایی و توسعه ی پذیرش نسبت به حالت های جسمانی و روانی و محتویات ذهنی است، پژوهش حاضر اثر بخشی این رویکرد را در بهبود علائم هراس اجتماعی در افراد مبتلا بررسی می کند.

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن، برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه ی شناسایی عوامل و فرایندهای شناختی پیش بینی کننده ی عود افسردگی است که توسط سگال، ویلیامز و تیزدل در سال ۱۹۹۵ توسعه داده شد. بنیانگذاران MBCT با بررسی عوامل تاثیر CBT در درمان افسردگی به این مهم دست یافتند که کار کردن مکرر با محتوای افکار و گرایش های اجتنابی عادت، به تدریج موجب

ایجاد تغییر در دیدگاه عمومی فرد در ارتباط با افکار و هیجان می‌شود؛ به عبارت دیگر آنها پی بردند که رسیدن به نوعی ارتباط تمرکززدایی شده و توسعه ی چشم اندازی متفاوت نسبت به افکار و هیجان‌ها، عامل اصلی تاثیر درمان‌های شناختی است و همین عامل است که توانایی رها شدن از دام نشخوارفکری و عواقب چرخه‌های خلق پایین را از بین می‌برد (کرن، ۲۰۰۹).

MBCT، در بردارنده ی اجزایی از درمان کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن (MBBR) کابات زین و شناخت درمانی بک است و در قالب یک درمان گروهی برای کار با افراد دارای تاریخچه ی افسردگی و در نتیجه آسیب‌پذیر در برابر دوره‌های بعدی توسعه داده شده است. هرچند این رویکرد برای جلوگیری از عود در بیماران افسرده که در دوره بهبودی نسبی به سر می‌برند، ساخته شده با این حال پژوهشها، اثر بخشی آن را در اختلالات دیگر مثل اختلالات خوردن، PTSD، اختلال دوقطبی دیس تایمی و اختلالات اضطرابی تایید کرده‌اند (خانی پور، ۲۰۱۱). فرضیه ی اساسی MBCT، آن است که ذهن دارای دو نوع ذهنیت انجामी^۱ و ذهنیت بودن^۲ است که از طریق آنها می‌تواند به پردازش تجربه پردازد و هدف اصلی MBCT این است که بیمار از اثرات باز فعال شدگی ذهنیت انجामी از طریق پایش خود آیند^۳ آگاهی یابند و از طریق بکارگیری و ایجاد حالت حضور ذهن^۴ در ذهنیت بودن بماند و به مشاهده ی افکار و احساسات خود از طریق انجام تمرین‌های مکرر روی جهت‌دهی قصدمندانه ی توجه به یک شی خنثی (برای مثال جریان تنفس، یا حس‌های بدنی) بنشیند (دیدونا، ۲۰۰۹).

در MBCT سه هدف اساسی دنبال می‌شود که عبارتند از تنظیم توجه، توسعه ی آگاهی فراشناختی تمرکززدایی و توسعه ی پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی. در تعریف حضور ذهن، اساسا بر دو تنظیم توجه و پرورش غیر قضاوتی مبتنی بر پذیرش تاکید می‌شود. براساس گفته‌های ویلیامز ماهیت افکار هرچقدر هم منفی، به خودی خود مشکل اصلی محسوب نمی‌شود بلکه این شیوه ی واکنش‌دهی به آنها از طریق فعال شدن یک حالت ذهنی مبتنی بر تشخیص تفاوت‌هاست که موجب تداوم و تشدید افکار منفی می‌شود. حضور ذهن، به بیمار کمک می‌کند با تسهیل در شناسایی به موقع الگوهای افکار، احساسات و حس‌های بدنی آنها را در مرحله ی مناسبی پیش از توسعه و بسط یافتن خنثی کند. پرورش آگاهی به این شیوه، بیماران را قادر می‌سازد تا به صورت آشکارانه‌تری برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکری تمرکز زدایی

کنند و به آنها به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که بازنمایی‌های از واقعیت یا ویژگی از خود نیستند (مک، ۲۰۰۸).

در درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، هدف آن است که بیمار بتواند افکارش را تنها به صورت افکار محض در نظر بگیرد و آنها را از نوع رویدادهای ذهنی قابل آزمون ببیند و قادر شود وقوع این رویدادهای ذهنی منفی را از پاسخ‌هایی که آنها معمولاً برمی‌انگیزانند، جدا کند و در نهایت معنای آنها را تغییر دهد. در برنامه ی درمان، چهار جلسه اول بیشتر صرف این می‌شود که بیمار نسبت به رویدادهای محیطی خود آگاه تر شود و با حضور ذهن بیشتر حضور داشته باشد. تیزدل از استعاره رانندگی به شیوه ی حضور ذهن و رانندگی بدون آگاهی برای تبیین این تفاوت استفاده می‌کند و سگال از تمرین کشمش خوری آگاهانه برای تسهیل این وضعیت در برنامه استفاده نموده است. همچنین، به بیماران آموزش داده می‌شود با کمک گرفتن از بدن و تنفس خود در هر زمانی که متوجه سرگردانی ذهنی شدند برای بازگشت از حالت ناراحت کننده کمک بگیرند. در جلسات ۵ تا ۸ به بیماران آموزش داده می‌شود تا نسبت به تغییر خلق آگاه‌تر باشند و شیوه‌های جدیدی را برای مدیریت این وضعیت‌ها بیاموزند اما آنچه بیشتر اولویت دارد توانمند شدن بیمار برای بازگشت دوباره به لحظه حال است که برای این هدف بیمار باید حضور ذهن را با کمک تنفس یا تجربه ی افکار در بدن داشته باشد (شرر - دیکسون، ۲۰۰۴). برای تهیه ی برنامه و بسته ی درمانی، از راهنمای درمان شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن نوشته ی سگال و همکاران، ترجمه محمدخانی و همکاران (۲۰۰۶) استفاده شده است.

کارآیی درمانهای شناختی در مورد بیماران مضطرب به فراوانی مورد پژوهش قرار گرفته اند. این مطالعات نشان داده است که درمان شناختی رفتاری در درمان اضطراب و افسردگی، تاثیر برابر یا حتی بیشتر از درمان با داروها دارند. درمان شناختی - رفتاری، معمولاً ترکیبی از روش‌های رفتاری مانند آموزش آرمیدگی عضلانی و روش‌های بازسازی شناختی با هدف کاهش دادن شناخت‌های تحریف شده و سوگیری‌های پردازش اطلاعات مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر و کاهش دادن فاجعه‌آمیز رویدادهای جزئی را شامل می‌شود. از اولین مطالعاتی که به بررسی اثربخشی حضور ذهن پرداخته‌اند می‌توان به مداخلاتی که برای اختلالات درد مزمن توسعه داده شده است، اشاره نمود. در چندین مطالعه، نشان داده شده است که این درمان‌ها هم موجب کاهش معناداری آماری در سنج‌های مرتبط با ورود و علایم روانشناختی عمومی شده است و همچنین شواهد حاکی از آن بوده که این اثرات، در

دوره ی پی‌یری هم باقی می‌ماند (راندولف، کالدروتکون، ۱۹۹۹). نتایج مطالعه ی مروری ایوانوسکی و مالهی (۲۰۰۷) روی ۱۹۶۶ مقاله منتشر شده درباره ی مداخلات مبتنی بر حضور ذهن و مکانیسم‌های اثرگذاری این شیوه‌ها، نشان داده است که مداخلات مبتنی بر حضور ذهن در درمان افسردگی، اضطراب، اختلالات شخصیت مرزی، سایکوز و رفتارهای خودکشی و به خود آسیب زننده موثر است (از خانی‌پور، ۲۰۱۱). کابات زین و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای، حضور ذهن را روی گروهی از بیماران مبتلا به شکایت‌های اضطرابی و پانیک به کار گرفتند و نتایج آنها نشان داد که تغییرات ایجاد شده پس از درمان در دوره ی پیگیری در ماه سوم نیز به صورت ثابت باقی مانده بود. با توجه به آنچه گفته شد، در این پژوهش، با این سوال مواجه بودیم که آیا درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حضور ذهن گروهی بر علائم اضطرابی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی موثر است؟

روش

این پژوهش، یک پژوهش نیمه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری است. جامعه ی آماری این پژوهش شامل بیماران مبتلا به هراس اجتماعی مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین (ع) تهران بود. از این جامعه، ۲۰ نفر با روش نمونه گیری در دسترس و به صورت داوطلبانه انتخاب شده و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل کاربندی شدند. هر دو گروه یک بار قبل و یک بار بعد از انجام برنامه ی درمانی و همچنین ۴ هفته بعد از درمان به منظور پیگیری، سیاهه ی اضطراب بک^۱ (BAI) را تکمیل کردند.

سیاهه ی اضطراب بک، یک ابزار خود گزارشی ۲۱ سوالی است که برای اندازه گیری شدت نشانگان اضطرابی در هفته گذشته طراحی شده است. یک از گویه‌های این پرسشنامه، نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد و دامنه ی نمره ی کلی اضطراب فرد بین صفر تا ۶۳ است. نمرات صفر تا ۷ نشان‌دهنده ی اضطراب حداقل، ۸ تا ۱۵ نشان‌دهنده ی اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۵ متوسط و نمره ی ۲۶ تا ۶۳ نمایانگر اضطراب شدید است. این پرسشنامه تا کنون به زبان‌های مختلفی ترجمه شده و مورد استفاده قرار گرفته است و ویژگی‌های روانسنجی آن مناسب گزارش شده است (کاوایانی و موسوی، ۲۰۰۹؛ لشکری پور، مقتدری، ساجدی و فقیهی نیا، ۲۰۰۸). این فهرست از هماهنگی درونی، پایایی باز آزمایی و اعتبار سازه ی بالینی برخوردار است. ضریب آلفای بدست آمده برای این مقیاس ۰/۹۲

گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۹). این فهرست دارای ضریب پایانی بازآزمایی برابر ۰/۸۹ است و از نظر اعتبار سازه در حد مطلوب گزارش شده است (قمری گیری، ۲۰۰۵).

شیوه ی اجرا

در ابتدا از افراد هر دو گروه پیش آزمون گرفته شد تا وضعیت افراد در سطح پیش از درمان مشخص شود، پس از آن برای افراد گروه آزمایش درمان MBCT به صورت هفتگی اجرا شد که هر یک از جلسات حدود یک ساعت به طول می انجامید. پس از یک هفته از پایان جلسه ی آخر از افراد هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. در جدول ۱، خلاصه ی برنامه ی درمانی اجرا شده، ارایه شده است.

جدول ۱. خلاصه ی برنامه ی درمانی اجرا شده

خلاصه ی جلسات

هر جلسه شامل ۱ ساعت انجام تمرین های مرتبط با حضور ذهن، بحث درباره ی تمرین ها، بررسی تمرین و انجام سایر تمرین های رفتاری و شناختی گنجانده شده در برنامه است.

جلسه ی اول: هدایت خودکار در برابر حضور ذهن

آشنا سازی با مفهوم هدایت خودکار - تمرین کشمش خوری با شیوه حضور ذهن - قدرت تنفس: یار ناشناخته شده در فرایند شفا، معرفی تمرین سه دقیقه زمان تنفس و اجرای آن. معرفی این روش به عنوان راهبرد مقابله ای برای استفاده در زمان هایی که شرایط موجود احساسات مختل کننده ای را بر می انگیزاند

جلسه ی دوم: بودن در بدن

تمرکز بر بدن و تجربه های بدنی راه دیگری برای کسب آگاهی از تجارب درونی و کاهش واکنش پذیری نسبت به حالت های خلقی منفی است. تمرین افکار و احساسات جایگزین (ABC) و آموزش تمرکز زدایی از افکار و فرضیات ذهنی با گذاشتن بر چسب فرضیه روی آنها.

جلسه ی سوم: تقویت حوزه ی حالت ذهنی بودن، مراقبه نشسته

معرفی تمرین مراقبه ی نشسته و منطبق اجرای آن (برای اجرای تمرین از دستور راهنمای این روش بر اساس راهنمای درمان کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن استفاده شده است)

جلسه ی چهارم: ماندن در زمان حال

مراقبه ی نشسته (آگاهی از تنفس، اصوات و افکار)، یادگیری درباره ی قلمرو هراس اجتماعی (اجتناب، ترس و علائم فیزیولوژیک)

جلسه ی پنجم: پذیرش /مجوز حضور

قبل از هر تغییری باید خود را به همان گونه ای که هستیم بپذیریم و این مستلزم اجازه دهی و مجوز بخشیدن به حضور احساسات ناخوشایند در آگاهی است؛ پذیرش در برابر اجتناب تجربه ای

مراقبه ی نشسته (به ذهن آوری عمدی مشکلات/ دشواری ها). مرور و بررسی تمرین جلسه ی قبل - تمرین سه دقیقه زمان تنفس

جلسه ی هشتم: افکار حقایق نیستند.

خلق و افکار منفی، ارتباط ما را با تجربه محدود می کنند؛ درک این مطلب که افکار فقط فکر هستند.

مراقبه ی نشسته؛ خلق، افکار و تمرین نقطه نظرات جایگزین؛ چگونه با دردهای هیجانی کار کنیم: رنج شما برابر با شما نیست

جلسه ی هفتم: چگونه می توان از خود به خوبی مراقبت کرد.

شناسایی نشانگان هشدار دهنده عود و توسعه برنامه ای عملی برای مقابله با این وضعیت؛ بررسی ارتباط فعالیت با خلق

برنامه ریزی فعالیت: تعیین و تهیه ی فهرستی از فعالیت های لذت بخش و تسلط برانگیز

جلسه ی هشتم: جمع بندی آموخته ها برای آینده: شروعی نو برای باقیمانده ی زندگی

تمرین منظم حضور ذهن به حفظ تعادل در زندگی کمک می کند؛ بازنگری بر آنچه انجام گرفت و بحث در مورد تکنیک ها

و تمرین هایی که بیمار در نظر ندارد آنها را دنبال کند و ترغیب بیمار برای یافتن دلایل مثبت این کار؛ بازنگری تکالیف

منزل(نظام هشدار دهنده ی اولیه و برنامه های عملی).

برای تحلیل داده ها از بعد از محاسبه ی مفروضه های مربوط، از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد و داده ها با استفاده از هجدهمین ویرایش نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته ها

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب در دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می دهد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات اضطراب در دو گروه
آزمایش و کنترل در مرحله ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه آزمایش		گروه کنترل		متغیرها
sd	M	sd	M	
۶/۱	۴۳/۱	۶/۰۶	۴۳/۹	پیش آزمون اضطراب
۵/۳۲	۱۳/۲	۳/۶۴	۴۱/۸	پس آزمون
۵/۰۸	۱۴/۶	۴/۳	۴۲/۳	پیگیری

همانطور که نتایج جدول ۲ نشان می دهد، نمرات گروه آزمایش در دو مرحله پس آزمون و پیگیری در مقیاس اضطراب در مقایسه با گروه کنترل، کاهش داشته است. برای بررسی معناداری این تفاوت نمرات مشاهده شده را با تحلیل کوواریانس آزمودیم.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه در متغیر اضطراب پس از کنترل متغیر مداخله گر در مراحل پس آزمون و پیگیری

مرحله	منبع تغییرات	df	SS	F	Sig.	مجذور اتا	توان آماری
پس آزمون	پیش آزمون	۱	۱۴/۵۱	۰/۶۸	۰/۴۲	۰/۰۳	۰/۱۲
	عضویت گروهی	۱	۴۰۳۶/۹۰	۱۹۰/۲۶	۰/۰۰	۰/۹۱	۱
پیگیری	پیش آزمون	۱	۷/۴۶	۰/۳۴	۰/۵۶	۰/۰۲	۰/۰۸
	عضویت گروهی	۱	۳۷۹۴/۹۶	۱۷۶/۷۳	۰/۰۰	۰/۹۱	۱

نتایج جدول ۳، بیانگر آن است که درمان MBCT توانسته است به طور معناداری ($p < 0.01$) در کاهش اضطراب گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در هر دو مرحله پس آزمون و پیگیری موثر باشد. توان آماری ۱ نیز حاکی از آن است که اندازه ی نمونه برای این نتیجه گیری کافی بوده است. همچنین نتایج بیانگر آن است که این درمان در مرحله پس آزمون و پیگیری، بیش از ۹۰٪ موثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

با توجه به یافته های این تحقیق ملاحظه می شود که مقدار F محاسبه شده برای نمرات پس آزمون علایم اضطرابی هراس اجتماعی در دو گروه آزمایش و گواه بعد از ثابت نگه داشتن اثرات نمرات پیش آزمون اضطراب، معنادار است. مقایسه ی میانگین های تعدیل شده ی دو گروه نشان می دهد که میانگین نمرات اضطرابی گروه آزمایش که تحت تاثیر درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حضور ذهن قرار گرفته بودند، کمتر از گروه گواه بوده است و همچنین میانگین نمرات تعقیبی گروه آزمایش با کمتر از میانگین نمرات تعقیبی گروه گواه است. این امر بیانگر تاثیر درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حضور ذهن بر علایم اضطرابی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی است. بنابراین اجرای درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حضور ذهن، باعث کاهش علایم اضطرابی این بیماران در گروه آزمایش شده است و این نتیجه با نتایج مطالعه ی مروری ایوانوسکی و مالهی (۲۰۰۷) روی ۱۹۶۶ مقاله ی منتشر شده درباره ی مداخلات مبتنی بر حضور ذهن و مکانیسم های اثرگذاری این شیوه ها، همسویی دارد. همچنین، نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج کابات زین و همکاران (۱۹۹۹) است که در مطالعه ای حضور ذهن را روی گروهی از بیماران مبتلا به شکایت های اضطرابی و پانیک به کار گرفتند و نتایج

این پژوهش نشان داد که تغییرات ایجاد شده پس از درمان در دوره ی پیگیری در ماه سوم نیز به صورت ثابت باقی مانده بود. بنابراین می توان گفت نتایج حاصل از پژوهش حاضر و مطالعات مشابه داخلی و خارجی نشان می دهد که در مان های شناختی- رفتاری در ارتباط با اختلالات اضطرابی و به طور اختصاصی هراس اجتماعی، از جمله درمان های موثر و شناخته شده است که با توجه به آموزش آسان و پایایی نتایج به دست آمده، توصیه می شود. در این پژوهش، اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حضور ذهن در کاهش علایم اضطرابی بیماران مبتلا به هراس اجتماعی و پایداری نتایج به دست آمده در پیگیری، حاکی از این است که روش مذکور یک روش موثر و قابل استناد است. همچنین با مراجعه به پیشینه ی پژوهشی معتبر داخلی و خارجی مبنی بر اثر بخشی و حتی برتری درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با درمان های دارویی و تاثیر غیر قابل انکار هراس اجتماعی بر عملکرد و موفقیت افراد مبتلا به هراس اجتماعی، پیشنهاد می شود که این روش درمانی به عنوان یک روش معتبر و موثر در درمان بیماران مبتلا به هراس اجتماعی و در مراکز درمانی مورد استفاده قرار گیرد. از مهمترین امتیازات این پژوهش، بر خورداری از نتایج پیگیری و پایایی دست آوردهای درمانی بعد از ۴ هفته است.

Refrence

- American Psycarity Association. (2002). *Discriminative and statistical of mental disorders guideline*. translated by Mohammad raza nikkhou and H.Avadisians, Tehran: Sokhan pbl.
- Blackbern, A. & Marry, D. K. (2005). *Cognitive therapy of depression and anxiety*. Translated by Hasan touzandeh nejad, Mashhad: Astane qodse razavi pbl.
- Connor, K. M., Davidson, J., & Churchill, L.E. (2006). Psychometric properties of the social phobia inventory (SPIN), New self-rating scale. *psychiatry*, 176, 379 – 386.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness-based cognitive Therapy*. Newyork Rout ledge press.
- Davidson, J.R.T. (2003). Pharmacotherapy of social phobia. *Acta psychiatry scand*. 108 (suppl.417) : 65 - 71.
- Diodona, F. (2009). *Hand book Of mindfulness*. New York. Willy press.
- Fathi, M. (2005). *Assertive skill*. Mashhad, Shahidipour.
- Ghamarigiri, H. (2004). *Investigation and compare effectiveness of factor centered counseling method and person centered approach in therapy of 20 upto 25 years old individual with extended anxiety in Ardebil*. Disseration of Phd, Tehran, allameh tabatabaei university, psychological and edjucational science.
- Heimberg R.G. (2003). Cognitive behavioral group therapy V phenelzine therapy for social phobia , 12 week out come. *Archive of General psychiatry*, 72- 84. 113 – 1141
- Heimberg, G, Richard . G . Guilford. (2003). *Social phobia , Diagnosis, Assessment and treatment* , 29 -30
- Hirschfeld, R. (1995). The impact of health care reform on social phobia. *Journal of clinical psychiatry*, 13-17
- Figueira, R. (2002). Social Anxiety Disorder Assessment and Pharmacological Management. *German Journal of Psychiatry*. UK: psychology press
- Ivanovski, B. , & Malhi, G. (2007). The Psychological and neurophysiolohical concomitants of mindfulness form meditation. *Acta neuro psychiatrica*, 19, 76-91.
- Kabat- Zinn. J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your Body and mind to Face Stress, Pain and I llness*. Newyork: Delacort.

- Khanipour, H. (2010). *The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy on signs of depression, rumination, metacognition beliefs and remind psycharitic in patients with one period of depression: one case study design*, disseration of MA, Tehran: allameh tabatabaei university, psychological and edjucational science.
- Mahmoudi, H., Goudarzi, M., Taghavi, M., & Rahimi, Ch. (2010). Investigation effectiveness of focusedon metacognition short therapy in social phobia disorder sign case study, *Journal of mental health principle*, 12, 41-63
- Mace, C. (2008). *Mind fulness and mental health* . New york . Rouledye press.
- Segal, Williams, Tizdel. (2009). Translated by Mohammadkhani, P. et al, guidebook of mindfulness based cognitive therapy, Tehran: faradid pbl.
- Scherer-Dickson, N. (2004). Current developments ofmetacognitive concepts and their clinical implications: Mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Counselling Psychology Quarterly*, 17(2), 223.
- Tang, C. S., Dragull, K., Lim, S. T., Efirid, J. T., & el. (2007). Effects of kava alkaloid, pipermethy stine and kavalactones on oxidative stress and cytochrome P-450 in F- 344 rats. *Toxicol Sci*, 971; 214-221.

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 30), pp. 67-76, 2014

The effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on the presence of mind in the reduction of anxiety symptoms of patients suffering from social phobia

Jafari fard, Soleyman

Tabatabai University, Tehran. Iran.

Toghyani, Mojtaba

University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Motamedi, HadiAllameh

Allameh Tabatabai University, Tehran. Iran.

Received: Nov 15, 2013

Accepted: March 08, 2013

Social phobia as a harsh, irrational fear which is considered as the action of a person getting ridiculed or criticized by others in social situations has a significant impact on persons' social life. The aim of this study was to determine the effectiveness of Mindfulness-based cognitive-behavioral therapy based on presence of mind on anxiety symptoms of patients suffering from social phobia. For this purpose, in a clinical trial 40 patients who suffered from social phobia and referred to Imam Hussein hospital were selected from available samples and were randomly assigned to control and experimental groups. Subjects were evaluated in terms of anxiety at the beginning, end and 4 weeks after the completion of the study. The experimental group underwent 8 sessions of cognitive-behavioral therapy based on the presence of mind. Analysis variance of the subject scores in social phobia and anxiety after the intervention and in a 4 week follow up indicated that there is a significant difference between anxiety symptoms in experiment group compared to the control group. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on the presence of mind in the reduction of anxiety symptoms of patients suffering from social phobia along with the stability results in the follow up, indicated that the present method is an effective and recyclable one.

Keywords: effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on the presence of mind, Social phobia, anxiety

Electronic mail may be sent to: yazdan_jaafari@yahoo.com