

## اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان

نگین فرهاد منش ، الهام طاهری ، مهدی امیری

تاریخ دریافت: ۹۶/۵/۹ تاریخ پذیرش: ۹۶/۹/۱۸

### چکیده

**هدف:** اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان دانشجویان انجام شد. **روش:** طرح پژوهش حاضر شبه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل نابرابر بود. نمونه شامل ۳۰ نفر از دانشجویان مبتلا به نشانگان بالینی اضطراب بود که با شکایت از نشانه‌های اضطراب، جهت دریافت مداخلات درمانی به کلینیک روانشناسی مراجعه کرده بودند. از این میان، ۱۵ نفر در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و ۱۵ نفر در گروه گمارش شدند. اعضای گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تعداد ۸ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت گروهی را دریافت کردند، اما برای اعضای گروه گواه، مداخله خاصی ارائه نشد. قبل و بعد از اجرای مداخله، پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده (ASI-R) و پرسشنامه تنظیم هیجانی گراتز و رومر (۲۰۰۴) توسط گروه نمونه تکمیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که در پس‌آزمون، نمرات حساسیت اضطرابی و دشواری‌های تنظیم هیجان در آزمودنی‌های گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به آزمودنی‌های گروه گواه، کاهش معناداری داشته است.

**واژه‌های کلیدی:** شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، حساسیت اضطرابی، تنظیم هیجان.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
رتال جامع علوم انسانی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم و تحقیقات خراسان رضوی

۲. دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، نویسنده مسئول: elhamtaheri85@gmail.com

۳. دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، استادیار گروه روانشناسی بالینی

## مقدمه

یکی از مشکلات روانشناختی که در قشر دانشجو بیشتر مشاهده می‌شود و تأثیرات عمیقی بر وضعیت روانشناختی و پیشرفت تحصیلی آن‌ها می‌گذارد، اضطراب<sup>۱</sup> می‌باشد. اضطراب حالتی است که با احساس وحشت مشخص می‌شود و با علائم جسمی که بیانگر افزایش فعالیت دستگاه عصبی خود مختار می‌باشد، همراه است. اضطراب بر عملکرد جسمانی و شناختی اثر گذار است و موجب تحریف‌های ادراکی می‌شود (Sadock & Sadock, 2015). اضطراب معمولاً به عنوان احساس پراکنده و مبهم و نامطبوع ترس و تشویش تعریف می‌شود. شخص مضطرب خصوصاً در مورد خطرات ناشناخته بسیار نگران است و ترکیبی از این علائم را نشان می‌دهد: طپش قلب، تنگی نفس، اسهال، بی‌اشتهایی، سستی، سرگیجه، تعریق، بی‌خوابی، تکرار ادراک و لرزش بدنی (Roemer & Orsillo, 2002). اضطراب یک حالت خلقی منفی است که با علائم جسمی مانند تنش عضلانی و اندیشناکی<sup>۲</sup> نسبت به آینده مشخص می‌شود (Barlow, 2008). اضطراب یک علامت هشدار دهنده است که خبر از خطری قریب‌الوقوع می‌دهد و شخص را برای مقابله آماده می‌سازد. ترس که یک علامت هشدار دهنده مشابه می‌باشد، از اضطراب با خصوصیات زیر تفکیک می‌شود: ترس واکنش به تهدیدی معلوم، خارجی و از نظر منشأ بدون تعارض است، اما اضطراب واکنش در مقابل خطری نامعلوم، درونی، مبهم و از نظر منشأ همراه با تعارض است. تحقیقاتی که در زمینه اضطراب انجام شده است، نرخ شیوع این اختلال در طول زندگی را ۲۵/۵ درصد گزارش نموده‌اند (Sadock & Sadock, 2015). بخشی از این مطالعات نشان داده‌اند که تجربه نشانگان اضطراب در دوران جوانی، پیش‌بیند گرایش به مصرف مواد مخدر و دیگر اختلالات روانی می‌باشد و در صورتی که فرایند درمان اضطراب به درستی انجام نگیرد، احتمال بروز اختلالات روانی عمده از قبیل افسردگی اساسی وجود دارد (Zvolensky, Schmidt, Bernstein, & Keogh, 2006). بنابراین با توجه به تأثیرات منفی اضطراب بر جنبه‌های مختلف زندگی روانشناختی جوانان، پرداختن به آن و شناسایی عوامل و مداخلات تأثیرگذار بر آن از اهمیت بسزایی برخوردار است. تحقیقاتی که در راستای بررسی سبب‌شناسی اضطراب انجام شده است، عواملی را به عنوان ویژگی‌های زمینه‌ساز تجربه بیمارگونه اضطراب در افراد شناسایی و معرفی کرده است. یکی از این عوامل که بر شکل‌گیری اضطراب آسیب‌شناسانه تأثیر می‌گذارد، حساسیت اضطرابی<sup>۳</sup> است (Kashdan, Zvolensky, & McLeish, 2008). حساسیت اضطرابی یک سازه شناختی است که در آن فرد از نشانه‌های

---

1. Anxiety  
2. Apprehension  
3. Anxiety sensitivity

بدنی که با انگیزش اضطرابی مرتبط است (افزایش ضربان قلب، تنگی نفس، سرگیجه)، می‌ترسد و اصولاً از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها به پیامدهای بالقوه آسیب‌زای اجتماعی، شناختی و بدنی مانند حملات قلبی منجر می‌شود. حساسیت اضطرابی منجر به سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود که این خود زمینه را برای ابتلای فرد به اختلالات روانی از جمله اضطراب و وحشت‌زدگی فراهم می‌سازد (McCabe, 2009). در سطحی وسیع‌تر، تحقیقات نشان می‌دهد که حساسیت اضطرابی می‌تواند به عنوان یک ریسک فاکتور برای انواع علائم آسیب‌شناسی روانی علی‌الخصوص اختلالات اضطرابی عمده مطرح باشد (Zvolensky, Schmidt, Bernstein, & Keogh, 2006). تحقیقات نشان داده است که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، حساسیت اضطرابی بالایی دارند، به این معنی که از اضطراب و احساسات جسمانی مربوط به آن ترس شدیدی دارند. این حساسیت اضطرابی بالا باعث می‌شود با تجربه کوچک‌ترین نشانه‌های بدنی مرتبط با اضطراب، فرد احساس کند که وضعیت سختی را پیش رو دارد که طی آن ممکن است حتی حمله‌های وحشت‌زدگی رخ دهد. این پدیده زمینه‌ساز بروز اضطراب بیشتر در آن‌ها و حتی بروز بالفعل حملات وحشت‌زدگی می‌گردد که سلامت روانی آن‌ها را مختل می‌سازد و آن‌ها را با مسائل شدید روانی درگیر می‌سازد (Zvolensky et al., 2006).

از دیگر متغیرهایی که در کنار اضطراب نقش چشم‌گیری در وضعیت روانشناختی و پیشرفت اجتماعی - تحصیلی دانشجویان دارد، توانایی تنظیم هیجانی<sup>۱</sup> آن‌ها می‌باشد. تنظیم هیجانی به عنوان مقوله‌ای مشتمل بر آگاهی و درک هیجانات، پذیرش هیجانات و توانایی برای کنترل کردن رفتارهای تکانشی و رفتار کردن مطابق با اهداف مطلوب به منظور دستیابی به اهداف فردی و مطالبات موقعیتی مفهوم‌سازی می‌شود. در تعریفی دیگر، توانایی تنظیم هیجانی شامل مهارت‌هایی از قبیل توانایی در شناسایی هیجانات، ابراز هیجانات، همدلی کردن و مدیریت هیجانات چالش‌برانگیز می‌باشد. به عبارت دیگر توانایی تنظیم هیجانی شامل روش‌های اکتسابی هر فرد برای شناسایی کردن، سازمان‌دهی کردن و ابراز هیجاناتش و همچنین نحوه پاسخ‌گویی او به هیجانات دیگران می‌باشد (Cordova, Gee, & Warren, 2005).

توانایی تنظیم هیجانی صرفاً تجربه احساسات مثبت نیستند، بلکه مشخص‌کننده مهارت فرد در کاربرد هیجانات برای تنظیم رفتارها و روابطش می‌باشند. میرگین (Mirgain, ۲۰۰۳) توانایی تنظیم هیجانی را به عنوان سازه منفردی که از حداقل چهار توانایی تشکیل می‌گردد در نظر می‌گیرد. این چهار توانایی مشتمل‌اند بر: کنترل بر هیجانات، آسودگی در ابراز هیجانی، بازشناسی و ارتباط با هیجانات و همدلی کردن. توانایی‌های

تنظیم هیجانی بخش مهمی از روابط هستند و در روابط نزدیک، به دلیل تاثیرات چگونگی فرایند حل و فصل کردن موقعیت‌های چالش‌برانگیز هیجانی بر کیفیت رابطه، احتمالاً از اهمیت بیشتری برخوردارند (Dorian, & Cordova, 2004). گولمن (۲۰۰۸) (Goleman, ۲۰۰۸) نشان می‌دهد هرگونه نقصی در رشد توانایی تنظیم هیجانی می‌تواند صدماتی را به بار آورد و در زندگی اجتماعی و فردی و حتی در وضعیت سلامت جسمی مشکلاتی ایجاد کند. اصطلاح توانایی تنظیم هیجانی را برای بیان کیفیت و درک احساسات افراد، همدردی با احساسات دیگران و توانایی اداره مطلوب خلق و خو نیز به کار برده‌اند. در حقیقت این توانایی مشتمل بر شناخت احساسات خویش و دیگران و استفاده از آن برای اتخاذ تصمیمات مناسب در زندگی است. به عبارتی عاملی است که به واسطه داشتن مهارت‌های اجتماعی بالا منجر به برقراری رابطه خوب با مردم می‌شود (دربان باشی، ۱۳۹۱).

گولمن (۲۰۰۸) (Goleman, ۲۰۰۸) همچنین اظهار می‌دارد که توانایی‌های شناختی در بهترین شرایط تنها ۲۰ درصد از موفقیت‌ها را باعث می‌شود و ۸۰ درصد از موفقیت‌ها به عوامل دیگر وابسته است. در واقع سرنوشت افراد در بسیاری از موقعیت‌ها در گرو توانایی‌های تنظیم هیجانی است. توانایی تنظیم هیجانی پیش‌بینی‌کننده موفقیت افراد در زندگی و نحوه برقراری ارتباط مناسب با دیگران است (Gottman, 2011). افراد با توانایی تنظیم هیجانی ضعیف و در نگاهی وسیع‌تر هوش هیجانی پایین، واکنش‌های شدیدی نسبت به نظر دیگران در مورد خودشان بروز می‌دهند. این گونه افراد پیوسته برای کسب تایید اطرافیان در تکاپو هستند و به انجام اعمالی مبادرت می‌ورزند که کنش‌وری آن‌ها را در زندگی روزمره محدود می‌کند و این محدودیت‌ها مشکلاتی را در زندگی روزمره روابط بین فردی آن‌ها به وجود می‌آورد که باعث افزایش اضطراب آن‌ها می‌گردد (Salovey, Mayer, & Caruso, 2007). می‌توان پیش‌بینی کرد که این گونه افراد، دائماً نگران کسب تایید اطرافیان هستند و لذا در موقعیت‌های اجتماعی از قبیل دانشگاه، اضطراب گسترده‌ای را تجربه می‌کنند.

تاکنون روش‌های درمانی متعددی نظیر درمان دارویی، روان‌درمانی فردی، تحلیلی، شناختی رفتاری و خانواده‌درمانی برای درمان علائم اضطراب و بهبود توانایی تنظیم هیجانی مبتلایان به اضطراب مورد استفاده قرار گرفته است. از این قبیل می‌توان به درمان چند سیستمی (Stanley, 2001)، درمان شناختی- رفتاری بر اساس مدل‌های اختلالات اضطرابی (Barlow, 2008)، درمان فن‌محور (Donaldson, Lam, & Mathews, 2007)، ارتباط حمایتی (Hyde, Mezulis, & Abramson, 2008)، رفتار درمانی دیالکتیک (Hashemi, Aliloo, & Hashemi, 2010) و درمان فراشناختی (Hashemi et al, 2010) اشاره نمود. در

سال های اخیر الگوهای جدیدی همانند رویکرد شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی<sup>۱</sup> شکل گرفته اند و تحول بزرگی در درمان این مشکلات ایجاد شده است (Finucane & Mercer, 2006). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی پیش‌بینی کننده عود علائم آسیب شناسی روانی است. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نوید تازه ای در پیشرفت رویکرد شناختی رفتاری در درمان اختلالات روانی است، چرا که آموزش ذهن آگاهی به همراه یادگیری های فراشناختی و استراتژی های رفتاری جدید برای کنترل توجه، با گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند، بهبود توانایی تنظیم هیجانی و پاسخ های اضطراب آمیز را به همراه دارد (Crane, 2009).

ذهن آگاهی به حالت پردازش کنترل شده هشیارانه و تلاش گرایانه اطلاق می شود، حالتی که نقطه مقابل بی توجهی است (Crane, 2009). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مفهوم ذهن آگاهی را با اصول نظریه شناختی- رفتاری درهم می آمیزد. این رویکرد عناصری از درمان شناختی را در بر می گیرد که باعث جدا شدن دیدگاه فرد از افکارش می گردند و عدم محوریت آن را موجب می گردند. مثلا اظهاراتی چون "افکار واقعیت نیستند"، "من افکارم نیستم" (Singh, Wahler, Winton, & Adkins, 2011). این رویکرد با بکار بردن فنون تمرکز زدایی، برای بهبود توانایی تنظیم هیجانات و همچنین حس های بدنی نیز به کار می رود. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کاهش عود علائم آسیب شناسی روانی از قبیل اضطراب طراحی شده، بدین صورت که افراد در طی آن می آموزند که افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن ها را به سادگی به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت و آمد هستند، و جنبه هایی از خودشان و یا لزوما نمایانگر واقعیت نیستند. در این رویکرد فرض بر این است که افراد می آموزند چگونه در دام الگوهای نشخوار فکری خود گیر نیفتند و اضطراب ناشی از هجوم افکار منفی مرتبط با نشخوار ذهنی را متحمل نشوند (Segal, Williams, & Teasdale, 2012). بنابراین عناصر و فرایند شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی هم بر روی توانایی تنظیم هیجانی اثرگذار است و هم باعث کاهش اضطراب افراد می گردد.

تحقیقاتی که به بررسی اثربخشی این رویکرد درمانی پرداخته اند، تاثیرات مثبت آن را برای نشانگان اضطراب به اثبات رسانده اند. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تغییر شناختی را آسان می سازد (Teasdale, 2011)، پاسخ های آرام سازی در مقابل استرس را تقویت می کند (Borkovec & Sharpless, 2011).

2004)، به پردازش فراشناختی سازگارانه‌تر منجر می‌شود (Wells, 2002)، غلبه انعطاف‌ناپذیر قوانین کلامی حاکم بر رفتار را کاهش می‌دهد (Hayes, 2002)، خودکارآمدی و مقابله انطباقی را افزایش می‌دهد (Craske & Hazlett-Stevens, 2002)، اجتناب از تجربه کردن را کاهش می‌دهد و پردازش عاطفی را عمیق می‌سازد (Roemer & Orsillo, 2002) و تنظیم هیجانی، آگاهی هیجانی و فهم هیجانی را بهبود می‌بخشد (Mennin Heimberg Turk & Fresco, 2002). حساسیت اضطرابی یک سازه سرشتی است که بر اساس نظریه حساسیت به تقویت‌گری می‌تواند به واسطه سیستم سیتوهیپوکامپال<sup>۱</sup> باعث برانگیختگی هیجان‌های اضطراب و افسردگی شود. از آنجایی که این سیستم بر اساس عملکردهای انطباقی تکاملی به صورت خودکار فعالیت می‌کند، توانایی مدیریت و تنظیم هیجان‌های اضطرابی یا افسردگی مهارتی است که می‌تواند از بروز اختلالات اضطرابی و خلقی پیشگیری کند (Corr, 2008). همچنین ساختارهای تحت قشری لیمبیک در برانگیختگی و تنظیم هیجانها نقش و تاثیر ویژه‌ای دارند. اضطراب نیز به عنوان یکی از هیجان‌های اساسی توسط سیستم لیمبیک، مدیریت می‌شود، سیستمی که در تنظیم هیجانهای دیگری مانند خشم نیز نقش مهمی را دارد (Gray and McNaughton, 2003). بنابراین مهارت یا توانمندی که بتواند با افزایش خودآگاهی توانایی مدیریت هیجانها را افزایش دهد می‌تواند ضمن تاثیر بر حساسیت اضطرابی در مدیریت یا تنظیم هیجان‌های تاخوشایند به افراد کمک کند.

با توجه به مطالب فوق سوال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن

آگاهی بر حساسیت اضطرابی و توانایی تنظیم هیجان دانشجویان مبتلا به اضطراب اثربخش است؟

## روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است که در آن از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان مبتلا به نشانگان بالینی اضطراب دانشگاه فردوسی مشهد در سال ۹۵ بود. بنابراین پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه و انجام هماهنگی‌های لازم، پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر توسط ۵۳ نفر از دانشجویانی که به کلینیک روانشناسی بالینی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مراجعه کرده بودند، تکمیل گردید. پس از ارزیابی اولیه از بین دانشجویان، تعداد ۳۰ نفر از دانشجویانی که نمره بالاتر از خط برش را در پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر کسب کرده بودند، انتخاب شدند. این دانشجویان به جلسه اولیه دعوت شدند و توضیحاتی در مورد روند

پژوهش به آنها داده شد. سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند. مقرر شد گروه گواه، پس از اتمام پژوهش در جلسات گروه درمانی شرکت کنند و تا این مدت منتظر بمانند. سپس مداخله آزمایشی (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) طی ۸ جلسه دو ساعته بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. در طی این مدت گروه گواه هیچ گونه برنامه درمانی دریافت نکردند. در نهایت پس از پایان ۸ جلسه درمانی از هر دو گروه پس آزمون گرفته شد. اطلاعات حاصل از پیش آزمون و پس آزمون هر دو گروه با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۱ تجزیه و تحلیل شد.

### معیارهای ورود و خروج پژوهش

به منظور کنترل بیشتر و افزایش اعتبار درونی طرح پژوهش، لازم است معیارهایی برای ورود به پژوهش و نیز خروج از پژوهش در نظر گرفته شود.

معیارهای ورود به پژوهش:

۱- دانشجوی دانشگاه فردوسی که به مرکز مشاوره دانشگاه مراجعه کرده است.

۲- داشتن نشانه‌های اضطرابی بالاتر از خط برش بر اساس پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگر

۳- تمایل به شرکت در طرح و امضای رضایتنامه حضور در طرح پژوهش

معیارهای خروج از پژوهش:

۱- داشتن تشخیص اختلالات شدید روانی در زمان اجرای پژوهش شامل (اختلالات سایکوتیک،

دوقطبی، سوء مصرف مواد).

۲- داشتن بیماریهای شدید جسمانی در زمان پژوهش شامل هر گونه بیماری که بر علایم اضطرابی

و هیجانی فرد تاثیر گذاشته و حضور در جلسات گروه درمانی را تحت تاثیر قرار دهد.

۳- مصرف داروهای روانپزشکی در زمان پژوهش

۴- غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات گروه درمانی

۵- عدم تمایل به شرکت در جلسات گروه درمانی

### ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای دستیابی به اطلاعات مورد نیاز از پرسشنامه های زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده (ASI-R): در این پژوهش برای اندازه گیری

حساسیت اضطرابی از پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده (ASI-R) (Tailor & Cox, 1998)

استفاده خواهد شد. این پرسشنامه ۳۶ سوالی که در طیف لیکرت نمره‌گذاری می‌شود، چهار بعد ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع، ترس از نشانه‌های قلبی عروقی - معدی روده‌ای و ترس از عدم مهار شناختی را شامل می‌شود. مرادی‌منش و همکاران (۱۳۸۶) در بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه حساسیت اضطرابی تجدید نظر شده، همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ سنجیدند و ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌های ترس از نشانه‌های قلبی عروقی - معدی روده‌ای، ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع و ترس از عدم مهار شناختی به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۲ و ۰/۸۵ گزارش کردند. ضریب پایایی بازآزمایی این مقیاس در تحقیق مرادی‌منش و همکاران (۱۳۸۶) برای کل مقیاس برابر با ۰/۹۵ و برای خرده‌مقیاس‌های ترس از نشانه‌های قلبی عروقی - معدی روده‌ای، ترس از نشانه‌های تنفسی، ترس از واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع و ترس از عدم مهار شناختی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۹۶ و ۰/۹۵ به دست آمد.

**۲- پرسشنامه تنظیم هیجانی گراتز و رومر:** این پرسشنامه یک شاخص خود گزارشی است که برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی به شکل جامع تری نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت است. نتایج مربوط به بررسی پایایی نشان می‌دهد که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا (۰/۹۳ =) می‌باشد و پایایی آزمون بازآزمون برای این مقیاس (۰/۸۸،  $p < ۰/۰۱$ ) مناسب گزارش شده است (Grates & Roemer, 2004). همچنین پایایی همسانی همسانی درونی فرم ترجمه شده به فارسی این مقیاس، طی یک مطالعه مقدماتی بر روی ۴۸ دانشجوی دانشگاه فردوسی و علوم پزشکی مشهد (۳۱ زن و ۱۷ مرد) مورد محاسبه قرار گرفت. نتایج مطالعه همسانی درونی بالایی را برای مقیاس (۰/۸۶ =) نشان داد (علوی، ۱۳۸۸). برای تعیین اعتبار، همبستگی نمره پرسشنامه تنظیم هیجانی با نمره پرسشنامه هیجان خواهی ذاکرمن ( $r = ۰/۲۶$ ،  $p = ۰/۰۴۳$  و  $n = ۵۹$ ) معنادار و مثبت به دست آمد که بیانگر برخورداری پرسشنامه از اعتبار لازم بود (Heydari, Ehteshamzadeh, & Hallajani, 2009).

**۳- پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر (STAI):** حالت اضطراب به تنش کوتاه مدتی که تحت تاثیر یک موقعیت ویژه پدید می‌آید اشاره دارد و صفت اضطراب به استعداد نسبتاً بالا برای ابتلا به اضطراب در بسیاری از موقعیت‌ها اطلاق می‌شود. اشپیل برگر (Spielberger, 1983) نظریه اضطراب حالت و صفت را گسترش داده و پرسشنامه سنجش اضطراب حالت و صفت (STAI) را تدوین نماید. در پژوهش پناهی (Panahi, 1993) برای بررسی اعتبار مقیاس، هماهنگی درونی این مقیاس که از طریق ضریب آلفای کرونباخ محاسبه



شده برای مقیاس حالت اضطراب در هر ۲ گروه دانش آموزان « $N=394$ » و دانشجویان « $N=387$ » مونث برابر یا ۰/۹۱ و در دانش آموزان « $N=359$ » و دانشجویان « $N=387$ » مذکر به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۹ بوده است. این ضریب در مقیاس صفت اضطراب برای آزمودنی های مونث به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۱ و برای آزمودنیهای مذکر به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۸۹ بوده است. این نتایج بیانگر اعتبار (هماهنگی درونی) STAI است. در پژوهش فوق برای یافتن روایی STAI ضرایب همبستگی مقیاس حالت اضطراب در این سیاهه، با مقیاس اضطراب آشکار تایلور برای آزمودنیهای مونث و مذکر به ترتیب برابر با ۰/۸۴ و ۰/۷۶ و برای مقیاس صفت اضطراب، به ترتیب برابر با ۰/۸۶ و ۰/۸۴ بوده است. این نتایج همگی از لحاظ آماری معنادار و بیانگر روایی همزمان STAI می باشد.

مقیاس STAI می تواند به دو صورت فردی و یا گروهی اجرا شود. آزمون دارای ۴۰ گزینه است و عبارات بصورت ۴ گزینه ای بوده و پاسخ ها در یک طیف ۴ درجه ای قرار می گیرند. به هر کدام از سوالات بر اساس پاسخ ارائه شده نمره ای بین ۱ تا ۴ تخصیص می یابد. نمره ۴ نشان دهنده میزان بالایی از اضطراب است. وزن های نمره گذاری برای عباراتی که عدم اضطراب را نشان میدهند بصورت معکوس است.

## نتایج

میانگین سنی آزمودنی های گروه آزمایش ۲۲/۴۶ سال و میانگین سنی آزمودنی های گروه شاهد، ۲۲/۰۶ سال بود و همگی مونث بودند، بدین صورت که پانزده آزمودنی در گروه آزمایش و پانزده آزمودنی در گروه گواه شرکت داشتند. در ابتدا، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و گروه کنترل در دو مقطع زمانی پیش آزمون و پس آزمون ارائه می شوند (جدول ۱ و ۲).

جدول ۱- شاخص های توصیفی متغیر وابسته تنظیم هیجانی به تفکیک گروهها

گروه	متغیرها	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	عدم پذیرش پاسخ های هیجانی	۱۵	۱۷/۰۶	۳/۳۹	۱۳/۲۰	۳/۱۲
	دشواری های رفتار هدفمند	۱۵	۱۶/۵۳	۴/۴۵	۱۲/۲۰	۳/۹۶
	دشواری های کنترل تکانه	۱۵	۱۶/۲۶	۳/۲۶	۱۳/۰۰	۳/۰۹
	فقدان آگاهی هیجانی	۱۵	۱۷/۱۳	۲/۸۹	۱۳/۲۶	۲/۶۲

۳/۹۳	۱۵/۸۰	۴/۳۰	۲۰/۴۰	۱۵	دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجانی	گواه
۳/۴۷	۱۲/۴۰	۲/۲۷	۱۴/۷۳	۱۵	فقدان شفافیت هیجانی	
۱۰/۳۰	۷۹/۶۷	۱۲/۷۴	۱۰۲/۱۳	۱۵	نمره کلی دشواری‌های تنظیم هیجانی	
۲/۷۰	۱۸/۴۷	۳/۱۱	۱۹/۵۳	۱۵	عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	
۴/۳۰	۱۵/۳۳	۴/۹۰	۱۴/۹۳	۱۵	دشواری‌های رفتار هدفمند	
۴/۲۰	۱۴/۵۳	۵/۱۳	۱۵/۰۶	۱۵	دشواری‌های کنترل تکانه	
۴/۰۸	۱۶/۶۷	۴/۶۸	۱۶/۹۳	۱۵	فقدان آگاهی هیجانی	
۴/۷۷	۱۵/۳۳	۴/۶۲	۱۴/۴۶	۱۵	دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجانی	
۳/۹۲	۱۳/۶۷	۴/۱۷	۱۳/۱۳	۱۵	فقدان شفافیت هیجانی	
۱۳/۰۴	۹۳/۸۰	۱۲/۹۲	۹۴/۰۶	۱۵	نمره کلی دشواری‌های تنظیم هیجانی	

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، در مولفه‌های آزمون تنظیم هیجانی کاهش چشم‌گیری داشته است. این تغییر در گروه گواه مشاهده نشد.

#### جدول ۲- شاخص‌های توصیفی متغیر وابسته حساسیت اضطرابی به تفکیک گروه‌ها

گروه	متغیرها	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	نشانه‌های تنفسی	۱۵	۱۹/۹۳	۴/۰۶	۱۳/۸۶	۳/۱۸
	واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع	۱۵	۲۱/۰۶	۳/۹۰	۱۴/۵۳	۲/۳۲
	نشانه‌های قلبی عروقی - معدی روده‌ای	۱۵	۱۹/۸۰	۳/۶۳	۱۴/۰۰	۲/۳۶
	عدم مهار شناختی	۱۵	۲۱/۴۷	۶/۶۳	۱۴/۸۰	۴/۸۵
	نمره کلی حساسیت اضطرابی	۱۵	۸۲/۲۷	۹/۰۹	۵۷/۲۰	۷/۹۶
گواه	نشانه‌های تنفسی	۱۵	۱۹/۸۰	۳/۴۲	۲۰/۰۶	۳/۰۳
	واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع	۱۵	۲۱/۳۳	۳/۴۵	۲۱/۰۰	۴/۰۸
	نشانه‌های قلبی عروقی - معدی روده‌ای	۱۵	۲۱/۹۳	۴/۳۸	۲۲/۲۶	۴/۰۷
	عدم مهار شناختی	۱۵	۲۰/۶۰	۴/۱۰	۲۱/۶۶	۲/۷۹
	نمره کلی حساسیت اضطرابی	۱۵	۸۳/۶۷	۸/۹۰	۸۵/۰۰	۸/۱۱

همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات اعضای گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون، در مولفه‌های آزمون حساسیت اضطرابی کاهش چشم‌گیری داشته است. این تغییر در گروه

گواه مشاهده نشد. در این تحقیق از آزمون آماری کوواریانس چند متغیره به دلیل تناسب و سازگاری بیشتر با فرضیه تحقیق استفاده شده است. همچنین در تحلیل کوواریانس چند متغیره چهار پیش فرض مورد بررسی قرار گرفته است.

### جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان

متغیر	آزمون همگنی واریانس‌ها	آزمون همگنی رگرسیون	اثر پیش آزمون	اثر گروه	Partial $\eta^2$
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	$F(1,28)=0.08$	$F(1,26)=1.733$	$*F(1,22)=23.199$	$*F(1,21)=16.406$	۰/۴۲۷
دشواری‌های رفتار هدفمند	$F(1,28)=2.624$	$F(1,26)=1.683$	$*F(1,22)=41.353$	$*F(1,21)=21.352$	۰/۴۹۳
دشواری‌های کنترل تکانه	$F(1,28)=0.002$	$F(1,26)=2.560$	$*F(1,22)=34.431$	$F(1,21)=3.398$	۰/۱۳۴
فقدان آگاهی هیجانی	$F(1,28)=0.000$	$F(1,26)=3.539$	$*F(1,22)=26.216$	$*F(1,21)=12.975$	۰/۳۷۱
دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجانی	$F(1,28)=0.320$	$F(1,26)=2.791$	$*F(1,22)=56.871$	$*F(1,21)=14.777$	۰/۴۰۲
فقدان شفافیت هیجانی	$F(1,28)=0.048$	$F(1,26)=1.336$	$*F(1,22)=19.660$	$*F(1,21)=8.192$	۰/۲۷۱
نمره کلی دشواری‌های تنظیم هیجانی	$F(1,28)=0.179$	$F(1,26)=1.898$	$*F(1,22)=21.12$	$F*(1,21)=65.944$	۰/۷۵۰

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج به دست آمده از مقایسه پس آزمون مولفه‌های عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری‌های رفتار هدفمند، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبرد تنظیم هیجانی، فقدان شفافیت هیجانی و نمره کلی دشواری‌های تنظیم هیجانی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، این نمرات در دانشجویانی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به آن‌هایی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است.

### جدول ۴- نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی

متغیر	آزمون همگنی واریانس‌ها	آزمون همگنی رگرسیون	اثر پیش آزمون	اثر گروه	Partial $\eta^2$
نشانه‌های تنفسی	$F(1,28)=1.295$	$F(1,26)=1.733$	$*F(1,22)=23.199$	$*F(1,21)=16.406$	۰/۴۲۷
واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع	$F(1,28)=2.729$	$F(1,26)=1.683$	$*F(1,22)=41.353$	$*F(1,21)=21.352$	۰/۴۹۳
نشانه‌های قلبی عروقی - معدی روده‌ای	$F(1,28)=0.516$	$F(1,26)=2.560$	$*F(1,22)=34.431$	$F(1,21)=3.398$	۰/۱۳۴
عدم مهار شناختی	$F(1,28)=1.005$	$F(1,26)=3.539$	$*F(1,22)=26.216$	$*F(1,21)=12.975$	۰/۳۷۱
نمره کلی حساسیت اضطرابی	$F(1,28)=0.046$	$F(1,26)=2.791$	$*F(1,22)=56.871$	$*F(1,21)=14.777$	۰/۴۰۲

همان‌طور که در جدول فوق مشاهده می‌شود نتایج به دست آمده از مقایسه پس‌آزمون مولفه‌های نشانه‌های تنفسی، واکنش‌های اضطرابی قابل مشاهده در جمع، نشانه‌های قلبی عروقی - معدی روده‌ای، عدم مهار شناختی و نمره کلی حساسیت اضطرابی در دو گروه با کنترل کردن اثر پیش‌آزمون حاکی از این است که پس از شرکت در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، این نمرات در دانشجویانی که در گروه آزمایش شرکت داشتند، نسبت به آن‌هایی که در گروه گواه جایگزین شده بودند، کاهش معناداری داشته است.

### نتیجه

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجان دانشجویان انجام شد. نتایج حاکی از این بود که شرکت در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش حساسیت اضطرابی و بهبود تنظیم هیجان دانشجویان می‌گردد. در تبیین تأثیرات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش حساسیت اضطرابی باید به مکانیسم عمل این درمان بر اجتناب‌های مراجع و نحوه برخورد وی با ترس‌ها و اضطراب‌هایش اشاره کرد. در مورد افرادی که حساسیت اضطرابی بالایی دارند، اجتناب از تجربه ترس و اضطراب یک عامل اصلی در تداوم اختلال است (Barlow, 2008). به اجتناب از تجربه، کنترل تجربه نیز گفته می‌شود و به معنی تلاش برای کنترل یا تغییر فرم، بسامد (فراوانی) یا حساسیت موقعیتی تجارب درونی (مثل افکار، احساسات، تغییرات بدنی و یا خاطرات) است (Heyes et al, 2011). افراد با حساسیت اضطرابی بالا، باورهای جزمی در مورد ضرورت اجتناب از تجربه ترس و اضطراب دارند و به راحتی این باورها را رها نمی‌کنند. آن‌ها تنها راه نجات از نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی رنج‌آورشان را چسبیدن به این باورهای جزمی ناکارآمد می‌دانند و در کنار گذاشتن آن‌ها مقاومت شدیدی نشان می‌دهند. تعدیل و اصلاح باورها درباره اجتناب و نیاز به کنترل تجربه ترس و اضطراب از طریق کاهش تلاش برای کنترل آن‌ها و فاجعه زدایی و کم رنگ کردن اهمیت شان برای رهایی از نشانگان رنج‌آور، در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی صورت گرفته است. محقق پژوهش حاضر در درجه اول به عنوان یک معلم در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی چگونگی شکل‌گیری، تداوم و مکانیسم عمل باورهای اجتنابی را برای بیماران توضیح می‌داد و سعی می‌کرد به کمک خود بیماران، اجتناب‌های آن‌ها را بازشناسی کند. سپس فرایند اثرگذاری این اجتناب‌ها بر وضعیت روانشناختی و پیامدهای آن‌ها را بر حالات هیجانی بیمار برای آن‌ها بازگو می‌کرد. تجربه محقق همسو با نتایج دیگر تحقیقات به او نشان داد که تنها در صورتی بیماران از چسبیدن به اجتناب‌های خود دست می‌کشند

که از پیامدهای منفی این رفتارهای ناکارآمد بر حالات روانشناختی خود و تجربه نشانه‌های اضطراب آگاهی یابند. بعد از این مرحله، استفاده از تکنیک‌هایی مانند لکه ابر، پلنگ و مزاحم تلفنی باعث می‌شد که مراجعین راحت‌تر اجتناب‌های ناکارآمدشان را کنار بگذارند و با استفاده از مولفه پذیرش، این تجارب درونی را بپذیرند. کنار گذاشتن اجتناب از تجربه ترس و اضطراب و پذیرش آن‌ها باعث می‌شود حساسیت فرد نسبت به این تجارب کاهش یابد و متعاقباً فرد حساسیت اضطرابی کمتری را تجربه کند. در واقع فرد به سمتی پیش می‌رود که اضطرابش را بپذیرد، نه اینکه از آن بگریزد (Rector et al, 2006).

در تبیین این یافته پژوهش حاضر همچنین مفید است که اشاره ای به نحوه شکل‌گیری حساسیت اضطرابی از دیدگاه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی داشته باشیم. رویکرد شناختی از ابتدا این گونه ادعا کرده است که باورهای شناختی ناکارآمد و افکار اتوماتیک منفی باعث شکل‌گیری نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی در افراد می‌گردد. در واقع در تبیین شکل‌گیری نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی به محتوای افکار توجه داشته است. اما رویکرد جدیدتر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، دیدگاه جامع‌تری ارائه کرده است. طبق این دیدگاه، علاوه بر این که محتوای فکر در تعیین ماهیت اختلال روان شناختی مهم است، چگونگی برخورد افراد با افکار و هیجان‌اتش نیز یک بعد مهم دیگری است که در بهبود و حفظ اختلال روان شناختی موثر است. هیز و همکاران (۲۰۱۱) نیز بروز نشانگان آسیب‌شناسی روانی از قبیل حساسیت اضطرابی را به نحوه برخورد افراد با هیجان‌اتشان مرتبط ساخته‌اند.

با توجه به تبیینی که رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در رابطه با شکل‌گیری حساسیت اضطرابی ارائه می‌دهد، این درمان برای از بین بردن حساسیت به نشانه‌های اضطراب، سعی در تغییر نحوه برخورد افراد با هیجان‌ات و افکارشان دارد (Abramowitz et al, 2009). مهمترین گام در تغییر نحوه برخورد ناکارآمد افراد با هیجان‌ات و افکارشان، آموزش نحوه برخورد فرد به خودش می‌باشد و پس از آن که بیمار از عواقب منفی این الگوی نامناسب برخورد با رخداد‌های درونی یعنی هیجان‌ات اضطراب آمیز آگاه شد، ترغیب می‌شود تا الگوی جدیدی را که درمانگر در اختیار او قرار می‌دهد، به کار برد. بنابراین برای بهبود نحوه پردازش و برخورد با تجارب درونی که در به وجود آمدن اختلال روانی نقش دارد، افراد باید دامنه‌ای از راهبردهای مناسب را در اختیار داشته باشند تا بتوانند از آن‌ها برای مقابله تجارب ناراحت‌کننده و ناخواسته استفاده کنند. این راهبردها، همان‌هایی اند که درمانگر در هنگام آموزش تکنیک‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در اختیار بیماران قرار می‌دهد (Brigs & Price, 2009). بدین ترتیب

قابل پیش بینی است که مبتلایان به اضطراب، پس از شرکت در جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کاهش معنی داری را در میزان حساسیت اضطرابی نشان دهند.

در تبیین این یافته پژوهش مبنی بر تأثیرات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود تنظیم هیجان باید به مکانیسم عمل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و چگونگی اثرگذاری آن بر مقابله با هیجانات منفی اشاره کرد. همان‌طور که در فصول قبل اشاره شد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان طرحی اساسی برای درمان مشکلات شناختی، رفتاری و هیجانی مفهوم سازی شده است که هدف اصلی خود را بهبود خودتنظیمی هیجانی قرار می‌دهد. باورها و هیجانات خاص بعضی از افراد مبتلا به اختلال روانشناختی به تداخل راهبردهای رفتاری و شناختی با خود تنظیمی هیجانی منجر می‌شود. تحقیقات مختلف نشان داده است که بعضی افکار نظیر باورها در مورد معنای خاصی از افکار و باور در مورد اثر بخشی حافظه و کنترل شناختی در به وجود آمدن و تداوم اشکال غیر انطباقی مقابله مشارکت دارند (Heyes et al, 2011). در این راستا، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تکنیک‌هایی را بکار می‌برد تا دیدگاه فرد در مورد مفید بودن شیوه‌های مقابله و مواجهه با افکار و هیجاناتش را تغییر دهد و او را به سمت تجربه اصلاحی هیجانات ناخوشایند و پذیرش آن‌ها سوق دهد تا بیمار، در مقابله با هیجاناتش احساس خودکنترلی و تسلط و درنهایت خودتنظیمی هیجانی بیشتری داشته باشد.

از سوی دیگر، رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی- رفتاری را که مبتنی بر اصل «تغییر» می‌باشند، با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذن که مبتنی بر اصل «پذیرش» می‌باشند درآمیخته است و بر این اساس روش‌های مداخله‌ای اثربخشی را مطرح می‌کند که در شیوه درمان گروهی نیز قابل استفاده است. اولین و یکی از مهم‌ترین عوامل تغییر در شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی که زیربنای آن بر اساس پذیرش افکار ناخوشایند و حالات هیجانی مختلف شکل گرفته است، توانمندی فرد در کنترل تأثیرپذیری از افکار و هیجاناتش را به طور چشم‌گیری بالا می‌برد و به فرد اجازه می‌دهد طیف وسیعی از افکار و هیجانات را بدون تجربه آشفتگی هیجانی، در ذهن تجربه کند (Segal, 2012).

ذهن آگاهی با قابلیت بالایی که در کاهش اضطراب و استرس و افزایش تمرکز برای کسانی که این روش را به کار می‌برند، دارد، باعث می‌گردد فرد در مواجهه با افکار خودآیندی که در صورت داشتن بار هیجانی تنظیم هیجانی را مختل می‌کنند، ثبات هیجانی‌اش را حفظ کند و به فکر مزاحم بیش از حد توجه نکند، بلکه نظاره‌گر عبور این فکر از ذهنش باشد. این توانایی باعث می‌شود افکار خودآیند و هیجانات

منفی، اشتغال فکری بیش از حدی که قبلا برای فرد به وجود می آوردند را ایجاد نکنند و به تنظیم هیجانی آسیب نرسانند. در واقع اجرای تکنیک‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث می‌شود از ابتدا، جلوی اختلال در تنظیم هیجانی گرفته شود (Crane, 2009).

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از یک سو با اجرای تکنیک‌هایی که مربوط به مولفه ذهن آگاهی هستند، باعث کاهش اضطراب و استرس در فرد می‌گردد و از سوی دیگر با تغییر الگوهای شناختی، بهبود سبک تفکر و شناسایی خطاهای شناختی به افزایش توانایی کنترل افکار و هیجانات و بهبود نحوه برخورد با افکار خود آیند و هیجانات منفی می‌انجامد (Brigs & Price, 2009) که این به نوبه خود باعث بهبود تنظیم هیجانی می‌گردد. همان‌طور که مشاهده می‌شود نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش حساسیت اضطرابی و بهبود تنظیم هیجان دانشجویان می‌گردد. نتایج این تحقیق و تحقیقات گذشته از مداخلات و روش‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در جهت بهبود سلامت روانی و وضعیت روانشناختی دانشجویان مبتلا به اضطراب حمایت می‌کند. با توجه به یافته‌های این پژوهش، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با بهبود نظارت بر رخدادهای درونی از طریق کاهش روش‌های مقابله با هیجانات ناکارآمد و افکار منفی، بهبود نحوه کنترل هیجانات و افکار، آموزش به بیمار در مورد نحوه مناسب کنترل رفتارهایش، بهبود راهبردهای مقابله‌ای و کاهش رنج ناشی از تجربه هیجانات منفی زمینه‌ساز بهبود وضعیت روانشناختی و کاهش علائم آسیب شناسی دانشجویان می‌شود.

## References

- Alavi, K., Modarres gharavi, M., Amin Yazdi, S. A., & Salaehi Fardardi, J., (2011). Effectiveness of group dialectic behavioral therapy on depression symptoms in students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. (In Persian).
- Barlow, D. H. (2008). *Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford press.
- Barnhofer, T., Crain, C., Hargus, E., Amarasingh, M., Williams, M. (2009). Mindfulness based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior Research And Therapy*; 82: 1101-8.
- Beyrami, M., & Abdi, R. (2009). Effectiveness of education of mindfulness techniques on decreasing exam anxiety. *Educational Sciences*, 2 (6), 35-54.
- Borkovec, T., & Sharpless, B. (2004). Generalized anxiety disorder: bringing cognitive behavioral therapy into the valued present. In S. C. Hayes, V. C. Follette & M. M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance: Expanding the Cognitive-Behavioural Tradition*. New York: The Guilford Press.
- Carighead, W. E., (2003) Behavioral & cognitive behavioral psychotherapy. In G. Stricker & T. A. Widiger (vol. Eds.) & I. B. Weiner (Editor in chief) *Handbook of psychology vol. 8, Clinical Psychology*. NJ: John Wiley & Sons.
- Cordova, J. V., Gee, C. B., & Warren, L. Z. (2005). Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218-235.
- Corr, P. J. (2008, Ed). *The Reinforcement sensitivity theory of personality*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness based cognitive therapy*. 1st Ed. New York: Routledge press; 35.
- Craske, M. G., & Hazlett-Stevens, H. (2002). Facilitating symptom reduction and behavior change in GAD: The issue of control. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 69-75.
- Crozier, W.R., & Alden, L.E. (2005). *The Essential Handbook of Social Anxiety for Clinicians*. John Wiley & Sons.
- Deacon, B., & Abramowitz, G. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Anxiety Disorder*, 20, 837° 857.
- Deacon, J., Jonathan S., Carol M., & David, F. (2003). The Anxiety Sensitivity Index - Revised: psychometric properties and factor structure in two nonclinical samples. *Behavior Research and Therapy*. 41, 1427° 1449.
- Donaldson, C., Lam, D., & Mathews, A. (2007). Rumination and attention in major depression. *Behav Res Ther*; 45: 2664-2678.
- Dorian, M., & Cordova, J. V. (2004). Observing intimacy in couples interactions. Invited chapter in P. K. Kerig & D. Baucom (Eds.), *Couple observational coding systems*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Evans, S., Ferrando, S., Findler, M., Stowell, C., Smart, C., & Haglin, D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy for generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 716° 721.
- Finucane, A., & Mercer, S. (2006). An exploratory mixed method study of the acceptability and effectiveness of MBCT for patient with active depression and anxiety. *BMC psychiatry*; 6: 50- 61.



- Goleman, D. (2008). Working with emotional intelligence. New York : Bantam Books.
- Gottman, J. (2011). Emotional Intelligence, Introduction taken from the book raising an Emotionally Intelligent Child. *Journalism Quarterly*, N 60, 615-621.
- Gray, J.A. and McNaughton, N. (2003). The Neuropsychology of Anxiety: An Enquiry into the Functions of the Septo-Hippocampal System, Oxford University Press
- Hashemi, Z., Aliloo, M., & Hashemi, T. (2010). Effectiveness of Metacognitive Therapy on Major Depressive Disorder. *Clinical Psychology*, 2, 3. (in persian).
- Hayes, S. C. (2002). Acceptance, mindfulness, and science. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 101-106.
- Hyde, J. S., Mezulis, A. H., & Abramson, L.Y. (2008). The ABCs of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *J Psychol Rev*; 115: 291-313.
- Kashdan, T. B., Zvolensky, M. J., & McLeish, A. C. (2008). Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 22: 429° 440.
- Mccabe, R. E. (2009). Implicit and explicit memory for threat words in high-and lowanxiety- sensitive participants. *Cognitive Therapy and Research*. 23(1), 21-38.
- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 85-90.
- Miller, C. (2007). Social Anxiety Disorder (Social Phobia); Symptoms and Treatment, *Journal of Clinical Psychiatry*; 12:24-9.
- Mirgain, S. A. (2003) The emotional life of marriages: An investigation of emotional skillfulness and its effects on marital satisfaction and intimacy. PhD dissertation, University of Illinois at Urbana-Champaign, United States -- Illinois.
- Moradimanesh, F., Mirjafari, S. A., Goodarzi. M. A., & Mohammadi, N. (2007). Psychometric Characteristics of Anxiety Sensitivity Index-Revised (ASIR). *Psychology*, 44 (4), 426-446.
- Patel S. R, Carmody J., Simpson H. B. (2007). Adapting mindfulness- based stress reduction for the treatment of obsessive- compulsive disorder: A case report. *The Journal of Cognitive and Behavioral practice* 14(4): 375-380.
- Rector, N., Shimizu, K., & Leybman, M. (2006). Anxiety sensitivity within the anxiety disorders: Disorder-specific sensitivities and depression comorbidity. *Behavior Research and Therapy*. 45, 1967° 1975.
- Roemer, L., & Orsillo, S. M. (2003). Mindfulness: A promising intervention strategy in need of further study. *Clinical Psychology, Science and Practice*, American Psychological Association, V10 N2.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2015). Kaplan & sadock s synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (11<sup>th</sup> Ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Salovey P, Mayer JD, Caruso D, (2007). Emotional intelligence meets traditional standards for intelligence. *J Intelligence*; 27(4): 267-298.
- Segal, Z.V., Williams, J. M. G., Teasdale, J.D. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New Yourk: Guilford press.

- Singh N. N, Wahler R. G, Winton A. S, Adkins A. D. (2011). A mind fullness- based treatment of obsessive- compulsive disorder. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 3(4), 275-287.
- Stanley (2011). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 47 250° 255.
- Taylor, S.; & Cox, B. J. (1998). An expanded anxiety sensitivity index: Evidence for a hierarchic structure in a clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 463-484.
- Teasdale, J. D. (2011). Metacognition, mindfulness, and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 146-155.
- Teasdale, J. D., Segal, Z., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/ recurrence in major depression by mindfulness-basedcognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Wells, A. (2002). GAD, metacognition, and mindfulness: An information processing analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 95-100.
- Yalom, D. I. Leszcz, M. (2005). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York, Basic Books.
- Zvolensky, M. J., Schmidt, N. B., Bernstein, A., & Keough, M. E. (2006). Risk factor research and prevention programs for anxiety disorders: a translational research framework. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1219° 1239.
- Zvolensky, M. J.; Arrindell, W. A.; Taylor, S.; Bouvard, M.; Cox, B. J.; Stewart, S. H.; Sandin, B.; Cardenas, S. J.; & Eifert, G. H. (2003). Anxiety sensitivity in six countries. *Behaviour Research & Therapy*, 41, 841-859.

