

اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش خشم، اضطراب و افسردگی زنان زندانی
*The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on decreasing
depression, anger and anxiety of women prisoners*

Yasamin hojatifar

MA, Islamic Azad University, Ahwaz, Iran,
yasaminhojati@gmail.com (Corresponding author)

Zahra Dashtbozorgi

Assistant Professor, Islamic Azad University, Ahwaz,
Iran, zahradb2000@yahoo.com

Fariborz Dortaj

Professor, University of Allameh Tabatabai, Tehran, Iran,
dortajF@gmail.com

Goodarz Akasheh

Assistant Professor, University of Medical Sciences,
Kashan, Iran, g-akasheh1335@yahoo.com

Abstract

Aim: This study examined the effect of mindfulness-based cognitive therapy in reducing anger, anxiety and depression in women's prison in Ahwaz. **Methods:** This experimental study with pretest-posttest control group. The experimental group for 8 sessions, each session 2 hours were exposed to mindfulness training and re-post test for both test and control groups was carried out.

Results: Analysis of data using multivariate analysis of variance (MANOVA) and the level of significance ($05/0 = \alpha$) showed that mindfulness-based cognitive therapy reduced anger, anxiety and depression in prison.

Conclusion: The results showed that treatment mindfulness metacognition and prevent rumination through the reforms and changes in thinking and actions, improves the mental state of the people.

Keywords: Mindfulness, anger, anxiety, depression, female prisoners

یاسمین حجتی فر (نویسنده مسئول)

کارشناس ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

yasaminhojati@gmail.com

زهرا دشت بزرگی

استادیار، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران zahradb2000@yahoo.com

فریبرز درتاج

استاد، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران dortajF@gmail.com

گودرز عکاشه

استادیار، دانشگاه علوم پزشکی، کاشان، ایران

g-akasheh1335@yahoo.com

چکیده

هدف: پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش خشم، اضطراب و افسردگی زنان زندانی شهر اهواز بود. روش: پژوهش حاضر از نوع تجربی و با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه و هر جلسه ۲ ساعت در معرض آموزش ذهن آگاهی قرار گرفتند و مجدداً پس آزمون برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید. یافته‌ها: تحلیل داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) و با سطح معنی داری ($05/0 = \alpha$) نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش خشم، اضطراب و افسردگی زنان زندانی می‌شود. نتیجه‌گیری: نتایج نشان داد که درمان ذهن آگاهی از طریق اصلاح باورهای فراشناختی و جلوگیری از نشخوار فکری و تغییر در طرز تفکر و اعمال شخص، باعث بهبود حالت روانی فرد می‌شود.

کلید واژه‌ها: ذهن آگاهی، خشم، اضطراب، افسردگی، زنان زندانی

مقدمه

عرصه درمان‌های روان‌شناختی در دهه‌های اخیر شاهد نقش برجسته روشی متفاوت با نام ذهن آگاهی بوده است. این درمان خاص با پیشینه کهنه، بر مشاهده دقیق و بدون داوری افکار و احساسات و پذیرش آن چه که روی می‌دهد به همان گونه که هست، تاکید دارد. ذهن آگاهی^۲ شکلی از مراقبه^۳ است که ریشه در تعالیم و آیین‌های مذهبی شرقی، به خصوص بودا دارد و به معنی توجه کردن ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش داوری و قضاوت است (کابات-زین، از سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۲). در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی خود، آگاه می‌شود و پس از آگاهی از دو شیوه ذهن، یکی انجام دادن و دیگری بودن، یاد می‌گیرد ذهن را از یک شیوه به شیوه دیگر حرکت دهد که مستلزم آموزش راهبردهای رفتاری شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرایند توجه است. مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی کارآمدی خود را در درمان مشکلات روان‌شناختی مختلف نشان داده است (بایر، ۲۰۰۳). «ذهن آگاهی» بر اساس آموزش یک سری تکالیف به صورت هشیار و خودآگاه است. هر تمرین به طور هدفمند و آگاهانه می‌تواند ظرفیت و توانایی نظام پردازش اطلاعات را افزایش دهد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نوید تازه‌ای در تبیین رویکرد درمان شناختی رفتاری است. آموزش ذهن آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و راهبردهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است و همچنین باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند می‌شود (کری جی، ۲۰۰۳). بارلو (۲۰۰۳) «ذهن آگاهی» را به عنوان مشاهده فاقد قضاوت به جریان درحال پیشرفت درونی و بیرونی محرک‌ها و بروز آنها تعریف کرد. قضاوت نکردن، ذهن آگاهی را پرورش می‌دهد. وقتی شما با وضعیت هیجانی یا فیزیکی سختی روبه رو می‌شوید، قضاوت نکردن درباره تجربیات، بیشتر از آن چه که می‌بینید و هستید و چیزی که باید باشید، آگاه می‌شوید. البته این از پذیرش تجربیات لذت آور و دردناک ناشی می‌شود. پذیرش این نیست که دوباره چیزهایی که از نظر اخلاقی قابل قبول نیست را تصدیق کنیم، بلکه پذیرش در مورد رفتارها متفاوت است. به عبارت دیگر تغییر همسان پذیرش است اگر چه سریعتر اتفاق می‌افتد (دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۳). افزایش تفکر منفی به ویژه در ارتباط با خود و آینده یکی از نشانه‌های افسردگی است و با بهبود فرد، تفکر منفی کمتر بروز می‌کند. بسیاری از شناخت درمانگران بر این باورند که واکنشهای هیجانی و رفتاری به وسیله فرآیندهای شناختی ایجاد می‌شوند. از این رو افکار، باورها و سایر فرآیندهای شناختی تعیین کننده اصلی خلق و هیجان می‌باشند (اسکلمن، ۲۰۰۴). افسردگی به معنای بالینی یعنی افسردگی پاتولوژیک و قابل دیاگنوز با معیارهای رسمی DSM-5. افسردگی بالینی باعث می‌شود که فرد نتواند کارهای عادی زندگی روزمره خود را بخوبی انجام دهد (DSM-5). افسردگی قدرت قضاوت را تضعیف می‌کند و باعث رفتارهای نامعقول می‌شود در هر یک از موارد بیمار نمی‌تواند زندگی روزمره عادی داشته باشد (انجمن روان پزشکی آمریکا^۴، ۲۰۰۸). می‌توان افسردگی را نوعی واکنش عاطفی نسبت به وضعیت محرومیت زا و فشار آور دانست که با افکار و احساسات نامطلوبی نظیر ترس، اضطراب، بی‌کفایتی و اختلالات جنسی همراه است. باید بدانیم که افسردگی با غمگینی^۵ و حزن معمولی متفاوت است. هر کسی در زندگی روزمره ممکن است بر اثر مواجهه با موقعیت‌های ناگوار برای مدتی اندوهگین و ناخشنود شود، در این حالت فرد پس از استراحت مجدداً به وضعیت عادی برمی‌گردد. در حالی که افسردگی، احساس غم و اندوه شدید و مداوم و آشفتگی روانی است که با تقلیل بینش و تغییر ادراک از محیط و خویشتن همراه است (دیویدسون و همکاران، ۲۰۰۳). افسردگی به عنوان یک اختلال خلقی، حالتی هیجانی است که با احساساتی از غمگینی شدید، بی‌ارزشی، گناه و

². Mindfulness- based interventions

³. Meditation

⁴. American Psychiatric Association

⁵.sadness

نیز برکناره گیری از دیگران آشفتگی در خواب و اشتها به همراه کاهش میل جنسی و لذت در فعالیت های معمول مشخص می شود (حناسب زاده اصفهانی، ۱۳۸۸). از دیگر عوامل مرتبط با افسردگی، هیجان خشم^۶ است. خشم به عنوان یک هیجان بنیادین (آتلی، ۱۹۹۲) با تهدید و ارزیابی منفی مرتبط است، پاسخ های فیزیولوژیک را فعال می کند و تمایلات رفتاری را تحت تأثیر قرار می دهد و معمولاً با باورهای مربوط به تصدیق خود و سرزنش دیگران همراه است (آوریل^۷، ۱۹۸۳؛ اسپیلبرگر، کرین، کارنس، پلگرین و ریگمن^۸، ۱۹۹۱؛ بامیستر، استیلول و وتمن^۹، ۱۹۹۰؛ راستینگ و نولن-هاکسما، ۱۹۹۸؛ فریدا^{۱۰}، ۱۹۸۶؛ کاسینو و ساکودولسکی^{۱۱}، ۱۹۹۵، به نقل از بشارت و شهیدی، ۲۰۱۰). دفنباخر (۱۹۹۹) تفاوت بین آغازگرهای درونی^{۱۲} و بیرونی^{۱۳} خشم را تشریح کرد. حوادث خشم انگیز بیرونی عبارت اند از شرایط قابل شناسایی مثل گیر کردن در ترافیک یا مواجه شدن با رفتارهای نامطلوب دیگران. عوامل درونی آغازگر خشم عبارت اند از افکار و خاطرات حوادث و تجربه های خشم. همچنین تحت تأثیر ارزیابی های شناختی^{۱۴}، مخصوصاً آنهایی که به غرض ورزی^{۱۵}، خوارشماری^{۱۶} و ناجوانمردی^{۱۷} (عدم صداقت) مربوط می شوند، شکل می گیرند (کاسینو و ساکودولسکی، ۱۹۹۵). همچنین او معتقد است که خشم بازتابی از یک پدیده چندبعدی و ترکیبی از خشم درونی^{۱۸}، خشم بیرونی^{۱۹} و کنترل خشم^{۲۰} است. خشم درونی، بازتابی از تمایل به سرکوب کردن افکار و احساسات مربوط به خشم است؛ در مقابل، خشم بیرونی منعکس کننده تمایل به درگیر شدن در رفتارهای پر خاشگرانه نسبت به اشیا یا اشخاص در محیط است؛ و در نهایت، کنترل خشم به توانایی فرد در کنترل کردن و جلوگیری از تجربه یا بیان خشم اطلاق می شود.

اضطراب^{۲۱} عبارت است از واکنش در مقابل خطری که وجود خارجی ندارد. اضطراب مرضی، یک احساس درد آور است که تظاهرات جسمی به همراه دارد (روتس و همکاران، ۲۰۱۲).

اضطراب حالت بیمارگونه شخصی همراه با بیم و نگرانی و نشانه های جسمی حاکی از وجود دستگاه عصبی خودکار^{۲۲} بیش فعال است (پور افکاری، ۱۳۷۱). کنرلی^{۲۳} (۱۹۹۵) اضطراب را پدیده ای عادی و پاسخ طبیعی به خطر یا استرس می داند که تنها وقتی به مشکل تبدیل می شود که (کیفیت و میزان آن) با موقعیت تناسب نداشته باشد یا آن که بیش از اندازه طول بکشد. اضطراب، پاسخی به تیدگی^{۲۴} است و فرد را به هنگام مواجهه با خطر، برای کنش و واکنش آماده می سازد. در بسیاری مواقع، چنین پاسخی منطقی و حتی حیاتی است. اما، حالت نابهنجار آن می تواند بر گستره وسیعی از عملکردهای آدمی اثر بگذارد (کنرلی، ۱۹۹۵). اضطراب فرایندی از

6. anger

7. Averill, J. R.

8. Spielberger, C. D., Crane, R. S., Kearnnes, W. D., Pellegrin, K. L., & Rickman, R. L.

9. Baumeister, R. F., Stillwell, A., & Wotman, S. R.

10. Frijda, N.

11. Kassinove, H., & Sukhodolsky, D. G.

12. internal triggers

13. external triggers

14. cognitive appraisals

15. intentionality

16. blameworthiness

17. unfairness

18. anger-in

19. anger-out

20. anger-control

21. anxiety

22. Autonomic

23. Kenerli

24. Stress

خرده نظام‌های متعامل، شامل خرده نظام شناختی، جسمانی، عاطفی و رفتاری است (بورکوک و کوستلو^{۲۵}، ۱۹۹۳؛ بورکوک و نیومن^{۲۶}، ۱۹۹۹) و تغییرات در یک خرده نظام، منجر به تغییر در خرده نظام‌های دیگر می‌شود. با توجه به تأثیر اختلالات روانی بر فرد، خانواده و جامعه هدف پژوهش حاضر اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی، خشم و اضطراب زنان زندانی است.

روش

روش پژوهش تجربی میدانی از نوع طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان زندانی شهر اهواز بود که در سال ۱۳۹۵ مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه آماری این پژوهش مشتمل بر ۳۰ زن از جامعه مذکور بود که برای انتخاب آنها از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. گروه‌های آزمایش و گواه به روش تصادفی انتخاب شدند و قبل از اعمال مداخله‌های تجربی در مورد گروه‌های آزمایش و گواه، پیش‌آزمونی در باره آنها اجرا شد و پس از آزمون نیز در پایان مداخله اجرا گردید. تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر گروه از نظر معنی دار بودن آماری مورد بررسی قرار گرفت. بدین صورت اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان متغیر مستقل اعمال گردید تا تأثیر آن بر خشم، اضطراب و افسردگی در زنان زندانی به عنوان متغیر وابسته مشخص گردد.

ابزار سنجش

- پرسشنامه افسردگی بک^{۲۷}: این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. هریک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است. قاسم زاده و همکاران ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۷۸، ضریب بازآزمایی آن را ۰/۷۴ و همبستگی آن با ویرایش اول پرسشنامه افسردگی بک را ۰/۹۳ گزارش کردند. در ایران دابسون و محمدخانی، ضریب آلفای ۰/۹۲ را برای بیماران سرپایی و ۰/۹۳ را برای دانشجویان و ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته را ۰/۹۳ به دست آورده‌اند.

- پرسشنامه خشم نواکو

این پرسشنامه توسط زاهدی فر، نجاریان و شکرکن (۱۳۷۶) بر روی ۵۵۰ نفر از دانشجویان مورد ساخت و اعتباریابی شد. براساس تحلیل عوامل، پرسشنامه پرخاشگری مشتمل بر ۳ عامل و ۳۰ ماده ساخته شده است. عوامل اول (خشم و غضب) ۱۴ ماده، عامل دوم (تهاجم و توهین) ۸ ماده، عامل سوم (لجاجت و کینه توزی) ۸ ماده است. مقیاس پرخاشگری یک مقیاس خود گزارش دهی مداد کاغذی است و آزمودنی به یکی از چهار گزینه هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، همیشه پاسخ گفته و برای هر گزینه ۰، ۱، ۲، ۳ در نظر گرفته می‌شود. به جز ماده ۱۸ که بار عاطفی منفی دارد و جهت نمره گذاری آن معکوس است. نمره پایین در این پرسشنامه دلالت بر پرخاشگری کمتر دارد. خصوصیت روانسنجی این پرسشنامه که به وسیله تحلیل عوامل ساخته شده است، بدین شرح است: ضرایب بازآزمایی به دست آمده بین نمره‌های آزمودنی در دو نوبت (آزمون و آزمون مجدد) بوده است. زاهدی فرو همکاران (۱۳۷۶) ضرایب روایی به دست آمده را بین پرسشنامه پرخاشگری و خرده مقیاس pd (یکی از خرده مقیاس‌های MMPI) برابر با

25. Borkovec & Costello

26. Newman

27. Beck

$r=0/058$ گزارش کردند. در تحقیق حاضر برای تعیین پایایی پرسشنامه خشم از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر با $0/90$ ، که بیانگر ضرایب پایایی مطلوب می‌باشد.

- پرسشنامه اضطراب بک

یک مقیاس خودسنجی ۲۱ سوالی است که اضطراب را می‌سنجد. این پرسشنامه بر اساس ۲۱ نشانه اضطرابی تنظیم شده است و بر طبق مقیاس لیکرت (نمرات ۰، ۱، ۲ و ۳ برای هر سؤال) نمره بالاتر، اضطراب بیشتر را نشان می‌دهد. این پرسشنامه بیشتر بر جنبه فیزیولوژیک اضطراب تاکید دارد. سه ماده آن مربوط به خلق مضطرب، سه ماده دیگر مربوط به هراس‌های مشخص و سایر سؤالات آن نشانه‌های خودکار بیش‌فعالی و تنش حرکتی اضطراب را می‌سنجد. بک و کلارک (۱۹۸۸) همسانی درونی این مقیاس را $0/93$ و پایایی بازآزمایی آن را $0/75$ گزارش کردند. مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که این آزمون از پایایی و روایی بالایی برخوردار بوده و ثبات درونی آن بالا ($0/92$)؛ همبستگی داده بین $0/30$ تا $0/76$ است. در یک بررسی بر روی ۱۵۱۳ نفر زن و مرد در گروه‌های سنی و جنسیتی مختلف شهر تهران که جهت بررسی روایی و پایایی مقیاس اضطراب بک روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج آزمون موردنظر، روایی $0/72$ ، پایایی $0/83$ و ثبات درونی $0/92$ نشان داد. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه اضطراب با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس برابر با $0/90$ ، که بیانگر ضرایب مطلوب پرسشنامه یاد شده است.

برنامه مداخله‌ای:

پروتکل درمانی استفاده شده در این پژوهش راهنمای عملی تنظیم شده توسط سگال و همکاران (۲۰۰۲) بود. در این پژوهش پس از انجام پیش‌آزمون و تعیین گروه آزمایشی و گواه به صورت تصادفی، گروه آزمایشی تحت آموزش ۸ جلسه ۲ ساعته شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. در این مدت گروه گواه هیچگونه آموزشی دریافت نکرد. جلسات، هفته‌ای یک بار و رأس ساعت معین برگزار می‌شد. در هر جلسه، اهداف آن جلسه و مفاهیم به طور کامل توضیح داده می‌شد. در ابتدای هر جلسه (از جلسه دوم) ابتدا تکالیفی که جلسه قبل برای اعضای گروه تعیین شده بود، بررسی شده و به بررسی موارد انجام یا عدم انجام تکالیف پرداخته می‌شد. گرچه در این جلسات از راهنمای عملی تنظیم شده توسط سگال و همکاران (۲۰۰۲) استفاده شد، اما داستان‌ها و اشعار در این جلسات بر اساس مفاهیم فرهنگ ایرانی و برگرفته از اشعار مولانا و قصه‌های کهن ایرانی ارائه شدند. بعد از پایان مداخله ذهن آگاهی، طی یک جلسه، پس از آزمون اجرا و موارد لزوم پی‌گیری تحقیق پس از یک ماه به اعضا گوشزد شد. در پایان هر جلسه علاوه بر تکالیف داده شده، خلاصه جلسات به صورت جزوه و لوح‌های آموزشی در اختیار افراد قرار می‌گرفت. پس از اتمام جلسات آموزشی هشت گانه، پس از آزمون و پس از ۳۰ روز آزمون پی‌گیری در هر دو گروه آزمایشی و گواه انجام گرفت. پس از انجام آزمون پی‌گیری، به جهت رعایت اصول اخلاقی در پژوهش‌های علمی، ۴ جلسه آموزش ذهن آگاهی برای گروه گواه برگزار شد.

یافته‌ها

جدول ۱ - میانگین و انحراف معیار نمره خشم، اضطراب و افسردگی گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	شاخص آماری		تعداد	
		میانگین	انحراف معیار		
خشم	پیش‌آزمون	آزمایش	۷۴/۴۰	۱۵	
		گواه	۶۳/۴۰	۱۵	
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۲/۷۳	۱۲/۵۳	۱۵
		گواه	۶۹/۲۷	۷/۶۰	۱۵
خشم در زمینه	پیش‌آزمون	آزمایش	۳۴/۸۰	۲/۸۸	۱۵

۱۵	۴/۷۷	۳۰/۶۰	گواه		خشم و عصبیت
۱۵	۶/۳۶	۱۱/۸۷	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۴/۴۶	۳۲/۶۰	گواه		
۱۵	۲/۰۱	۱۸/۲۷	آزمایش	پیش آزمون	خشم در زمینه
۱۵	۲/۹۹	۱۵/۱۳	گواه		تهاجم و توهین
۱۵	۲/۴۶	۵/۹۳	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۲/۵۹	۱۷/۲۰	گواه		
۱۵	۲/۰۹	۲۱/۳۳	آزمایش	پیش آزمون	خشم در زمینه
۱۵	۲/۹۲	۱۷/۶۷	گواه		لجاجت و کینه
۱۵	۵/۱۲	۴/۹۳	آزمایش	پس آزمون	توزی
۱۵	۲/۶۶	۱۹/۴۷	گواه		
۱۵	۱۰/۱۷	۷۲/۸۰	آزمایش	پیش آزمون	اضطراب
۱۵	۳/۱۲	۷۳/۹۳	گواه		
۱۵	۱۱/۷۵	۳۳/۲۰	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۱/۸۴	۷۶/۶۰	گواه		
۱۵	۱۱/۷۴	۴۶/۴۰	آزمایش	پیش آزمون	افسردگی
۱۵	۴/۸۷	۴۳/۰۷	گواه		
۱۵	۹/۰۲	۹/۶۰	آزمایش	پس آزمون	
۱۵	۴/۱۱	۴۰/۰۷	گواه		

مطابق جدول فوق نتایج توصیفی متغیرها آورده شده است.

جدول ۲- نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنف در مورد پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات خشم، اضطراب و افسردگی

کلموگروف - اسمیرنف			کلموگروف - اسمیرنف			گروه‌ها	نرمال بودن توزیع نمرات
معنی داری	درجه آزادی	آماره	معنی داری	درجه آزادی	آماره		
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۴۹	۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۷۴	آزمایش	خشم
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۰۹۹	۰/۰۸۸	۱۵	۰/۲۰۶	آزمایش	خشم و عصبیت
۰/۱۷۵	۱۵	۰/۱۸۵	۰/۱۱۶	۱۵	۰/۱۹۸	آزمایش	تهاجم و توهین
۰/۰۶۸	۱۵	۰/۲۱۲	۰/۱۶۶	۱۵	۰/۱۸۷	آزمایش	لجاجت و کینه
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۶۷	۰/۰۶۴	۱۵	۰/۲۱۴	آزمایش	اضطراب
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۳۱	۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۱۳	آزمایش	افسردگی

همانگونه که در جدول ۲ ارائه شده است، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات دو گروه در متغیرهای خشم، اضطراب و افسردگی تأیید می‌گردد. یعنی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در پیش آزمون و در هر دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید.

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانتووا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون خشم، اضطراب و افسردگی زنان زندانی گروه‌های

آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	DF فرضیه	DF خطا	F	سطح معنی داری (p)	مجذور اتا	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۷۹۶	۳	۲۳	۲۹/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۰۴	۳	۲۳	۲۹/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
آزمون اثر هتلینگ	۳/۹۰	۳	۲۳	۲۹/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۳/۹۰	۳	۲۳	۲۹/۹۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰

همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می شود با کنترل پیش آزمون سطوح معنی داری همه آزمونها، بیانگر آن هستند که بین زنان زندانی گروه های آزمایش و گواه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته (خشم، اضطراب و افسردگی) تفاوت معنی داری مشاهده می شود ($F=29/95$ و $p<0/0001$).

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس یک راه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون خشم، اضطراب و افسردگی زنان زندانی گروه های

آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

توان آماری	مجذور اتا	سطح معنی داری p	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات
۰/۳۴۹	۰/۰۹	۰/۱۱۵	۲/۶۶	۲۸۷/۲۹	۱	۲۸۷/۲۹	پیش آزمون
۱/۰۰	۰/۷۳	۰/۰۰۰۱	۶۷/۸۴	۷۳۰۶/۹۸	۱	۷۳۰۶/۹۸	گروه
				۱۰۷/۷۰	۲۵	۲۶۹۲/۶۰	خطا
۰/۰۷۱	۰/۰۱	۰/۶۶۲	۰/۱۹۵	۱۴/۷۰	۱	۱۴/۷۰	پیش آزمون
۱/۰۰	۰/۷۹	۰/۰۰۰۱	۹۳/۹۱	۷۰۷۶/۳۶	۱	۷۰۷۶/۳۶	گروه
				۷۵/۳۴	۲۵	۱۸۸۳/۶۸	خطا
۰/۱۱۵	۰/۰۲	۰/۴۴۸	۰/۵۹۳	۲۹/۶۲	۱	۲۹/۶۲	پیش آزمون
۱/۰۰	۰/۷۲	۰/۰۰۰۱	۶۵/۵۶	۳۲۷/۳۹	۱	۳۲۷/۳۹	گروه
				۴۹/۹۳	۲۵	۱۲۴۸/۴۸	خطا

همان طوری که در جدول ۴ نشان داده شده است با کنترل پیش آزمون بین زندانی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ خشم تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=67/84$ و $p<0/0001$). بنابراین فرضیه اول تأیید می گردد.

با کنترل پیش آزمون بین زنان زندانی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=93/91$ و $p<0/0001$). بنابراین فرضیه دوم تأیید می گردد.

همچنین با کنترل پیش آزمون بین زنان زندانی گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=65/56$ و $p<0/0001$). بنابراین فرضیه سوم تأیید می گردد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج تحلیل آنکوا در جدول شماره ۲ نشان داد که بین زنان زندانی در گروه های آزمایش و گواه از لحاظ افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ($F=65/56$, $p<0/0001$). مقایسه میانگین ها نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش افسردگی در زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. به عبارت دیگر نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش افسردگی زنان زندانی گردیده است. یافته های این فرضیه با یافته های پژوهش های قبلی از جمله نوروزی، گلزاری و سهرابی (۱۳۹۱)، آقاباقری، محمدخانی، عمرانی و فرهمند (۱۳۹۱)، رضایی، علوی و افتخاری (۱۳۹۲)، روتس و همکاران (۲۰۱۲)، ون آلدن و همکاران (۲۰۱۲) گارلند و هوارد (۲۰۱۳)، آرچ و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. این نتایج نشان داد که این درمان از طریق کاهش نشانه های افسردگی، اصلاح باورهای فراشناختی، پیشگیری از علائم افسردگی، نشخوار فکری، افکار ناکارآمد و تنیدگی، کاهش واکنش های عاطفی منفی و تنظیم هیجانی آمیگدال و افزایش فعالیت مناطق مغزی باعث کاهش افسردگی و جلوگیری از عود افسردگی شده است. یکی از مبانی ذهن آگاهی، درمان شناختی است. درمان شناختی که بک پدید آورنده آن است بر دگرگونی های شناختی که فرض می شود در اختلال افسردگی اساسی وجود دارد متمرکز است. این دگرگونی ها مشتمل است بر توجه انتخابی به جنبه های منفی موقعیت ها و استنباط های بیمار گونه غیر واقع گرایانه در مورد پیامدها. این برنامه ها عناصری از درمان شناختی را در بر می گیرند که باعث جدا شدن دیدگاه فرد از افکارش می گردند و عدم محوریت آن را موجب می شوند. یکی از

مهم‌ترین اهداف طراحی این درمان از ابتدا کاهش علائم افسردگی بوده است. در واقع درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی تکمیل‌کننده درمان‌های شناختی پیشین بوده است. یکی از ویژگی‌های این نوع درمان حضور ذهن یا همان ذهن آگاهی است که اشاره به آگاهی فرد از نحوه پردازش اطلاعات بویژه در مورد رویدادهایی است که ممکن است به گونه‌ای منفی تفسیر شوند. نظریه پردازش اطلاعاتی آن‌ها در مورد عود افسردگی نشانگر این است که افرادی که دوره‌های افسردگی اساسی را تجربه کرده‌اند، نسبت به حالت‌های ملایم خلق ملال‌انگیز آسیب‌پذیرند، و این حالت‌ها ممکن است الگوهای تفکر افسرده را که مربوط به دوره‌های قبلی افسردگی است، مجدداً فعال سازند.

همچنین به منظور کاهش احتمال عود افسردگی نیز، افراد در طی درمان می‌آموزند تا افکار و احساسات خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را به سادگی به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که در حال رفت و آمد هستند و لزوماً نمایانگر واقعیت نیستند. در این رویکرد فرض بر این است که افراد می‌آموزند چگونه در دام الگوهای نشخوار فکری گیر نیفتند.

آموزش‌های مبتنی بر ذهن آگاهی با ادغام تکنیک‌های مراقبه و واریسی بدنی در جهت افزایش فهم و آگاهی از افکار، احساسات و حس‌های بدنی خودکار و غیر ارادی برنامه ریزی شده است به طوری که بتوان با به کارگیری تکنیک‌های آن، پاسخ‌های وابسته به افکار، احساسات و حس‌های بدنی را از حالت خودکار خارج نمود و در بروز آن‌ها تغییر ایجاد کرد (ون آلدن و همکاران، ۲۰۱۲). مشاهده افکار و احساسات و به کار گرفتن برچسب‌های توصیفی برای آن‌ها، این درک و فهم را به وجود می‌آورد که آن‌ها همیشه نمایانگر صحیحی از واقعیت نیستند. برای مثال احساس ترس به این معنی نیست که خطر نزدیکی وجود دارد و تفکر (من مقصرم) لزوماً واقعی نیست (گلدین، ۲۰۱۰). مهارت حضور ذهن، بیمارانی را که سابقه افسردگی دارند، متوجه افکار افسردگی زای خود می‌سازد، و مجدداً افکار آن‌ها را به سایر جنبه‌های زمان حال، نظیر تنفس، راه رفتن همراه حضور ذهن یا صدای محیطی، منعطف می‌سازد و از این طریق باعث کاهش نشخوار فکری می‌گردد. تیزدل این پدیده را (بینش فراشناختی) می‌نامد (روتس و همکاران، ۲۰۱۲). مزیت عملی مهارت‌های حضور ذهن در ترغیب تغییرات شناختی این است که همیشه تمرینات حتی در دوره بهبودی قابلیت انجام دارند. دوره‌هایی که افکار افسردگی را ممکن است به ندرت رخ دهند. کمتر می‌توان از تکنیک‌های سنتی شناخت درمانی نظیر چالش با افکار و تحریفات شناختی استفاده نمود. به عبارتی، دیدگاه مبتنی بر حضور ذهن در مورد کلیه افکار فرد می‌تواند کاربرد داشته باشد (روتس و همکاران، ۲۰۱۲).

نتایج تحلیل مانکوا در جدول ۴ نشان داد که بین زنان زندانی در گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ خشم تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($F = 67/84, p < 0/0001$). به عبارت دیگر نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش خشم زنان زندانی گردید. همچنین نتایج تحلیل مانوا بر روی خرده‌مقیاس‌های پرخاشگری نیز نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش خشم و عصبیت، تهاجم و توهین و لجاجت و کینه توزی در زنان زندانی گردید. یافته‌های این فرضیه با یافته‌های پژوهش پیت و هوگارد (۲۰۱۳)، پوتک (۲۰۱۳)، برجعلی (۱۳۹۲)، کیانی، قاسمی و پورعباس (۱۳۹۱)، همسو است.

درمان ذهن آگاهی منجر به تغییر شناختی در طرز تفکر و اعمال بیمار می‌شود و از اصول تقویت شرطی سود می‌برد. بدین ترتیب که فرد مبتلا برای رفتن به گام بعدی تلاش می‌کند تا خود را در گامی بالاتر ببیند و این تمایل به طور مستمر باعث بهبود تدریجی مرحله به مرحله بیمار می‌شود و در عین آرامش و آگاهی، به درمان فردی خود ادامه می‌دهد و نواقص و اشکالات خود را در جلسات حضوری حل می‌نماید. می‌توان گفت چون ذهن آگاهی باعث تعدیل احساسات بدون قضاوت و افزایش آگاهی نسبت به احساسات روانی و جسمانی می‌شود و به واضح دیدن و پذیرش هیجانات و پدیده‌های فیزیکی، همانگونه که اتفاق می‌افتد، کمک می‌کند؛ بنابراین، می‌تواند در تعدیل نمرات پرخاشگری نقش مهمی داشته باشد و این امر از این نظر که در پژوهش‌ها مشخص شده است که

درمان ذهن آگاهی در تعدیل رفتارهای منفی و افکار منفی کمک نماید و موجب رفتارهای مثبت مرتبط با سلامتی می شود قابل توجه است. به عبارت دیگر، می توان گفت که درمان حضور ذهن، توجه و آگاهی خشم، فرد را نسبت به احساسات جسمانی و روانی بیشتر می کند و احساس اعتماد در زندگی، دلسوزی عمیق، و پذیرش واقعی رخداد های زندگی را به دنبال دارد، زیرا یکی از جنبه های مهم درمان مبتنی بر ذهن آگاهی این است که افراد یاد می گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نمایند و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه کنند (به نقل از رومر و اورسیلو، ۲۰۱۲).

می توان به تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس تغییرات شناختی حاصل از این روش درمانی توجه کرد. این روش درمانی باعث افزایش آگاهی فرد نسبت به پیامدهای رفتاری و تغییر در دیدگاه و تفسیر فرد از رویدادها می شود. آگاهی فرد نسبت به عواقب پرخاشگری از یک طرف و تغییر دیدگاه فرد نسبت به عاملی که باعث بروز خشم می شود، می تواند باعث کاهش و یا جلوگیری از خشم شود.

علاوه بر این می توان تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خشم را از دیدگاه تنظیم هیجانات بررسی کرد. آموزش ذهن آگاهی باعث تغییراتی در مناطق مغزی مرتبط با پردازش و توجه شده و اتصالات شبکه های عصبی در مناطق حسی را افزایش داده است که این اثر موجب افزایش هشیاری رفلکسی برای تجارب سمعی، بصری و بدنی، ارتقاء آگاهی و کنترل و مهار بیشتر توجه برای حفظ آگاهی را به دنبال دارد که در نهایت منجر به تنظیم مجدد هیجانی شده و باعث کاهش خشم و رفتارهای مرتبط با خشم در افراد شود (براون، ۲۰۱۱).

از اصولی که در این نوع درمان به افراد آموزش داده می شود، اداره خود و آرام سازی است. در مرحله آموزش اداره خود، آگاهی فزونی یافته از حس های درد و پاسخ های استرس، افراد را قادر می سازد که در پاسخ های مقابله ای مختلفی درگیر شوند (کابات زین، ۱۹۹۰). مشاهده بدون قضاوت، فرصت شناخت پیامدهای یک رفتار را ممکن می سازد (نظیر عصبانی کردن رئیس در مورد تاخیرهای مکرر خود). این شناخت، تغییرات رفتاری موثرتری را به دنبال خواهد داشت. به ویژه کاهش مشاهده بدون قضاوت، فرصت شناخت پیامدهای یک رفتار را ممکن می سازد (بن و همکاران، ۲۰۱۲). آرام سازی نیز به عنوان بخشی از برنامه های درمانی به کار می رود. خصوصیات آرام سازی عبارتند از عدم تحرک بدن، اعمال کنترل روی کانون توجه، قوام کم عضلات، پرورش چارچوب خاصی از ذهن که به عنوان تعمقی، غیرقضاوتی و ذهن آگاهی توصیف می شود (کاپلان و سا دوک، ۲۰۰۷).

نتایج تحلیل مانکوا در جدول ۴ نشان داد که بین زنان زندانی در گروه های آزمایش و گواه از لحاظ اضطراب تفاوت معنی داری وجود دارد ($F = 93/91, p < 0/0001$). مقایسه میانگین ها نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش اضطراب در زنان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. به عبارت دیگر نتایج نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث همکاران (۲۰۱۳)، گارلند و هوارد (۲۰۱۳)، روتس و همکاران (۲۰۱۲) همسو است. این پژوهش ها نشان داد که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش اضطراب در گروه های مختلف شده است و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی همواره به عنوان یکی از روش درمانی مؤثر برای کاهش انواع اضطراب از جمله اضطراب صفت و حالت، اضطراب اجتماعی و انواع اختلالات اضطرابی استفاده می شود. دو مؤلفه مهم اضطراب، عناصر شناختی و عناصر هیجانی هستند. به عبارت دیگر می توان تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی را بر اساس چگونگی تأثیر آن بر جزء شناختی اضطراب مورد توجه قرار داد. عناصر شناختی عبارتند از انتظار آسیب های قریب الوقوع به خصوص و معمولاً در آینده نزدیک. باید توجه داشت که بازنمایی های ذهنی، واکنش های بدنی را فراخوانی می کند (فوا و کوزاک، ۱۹۸۶). بیماران مبتلا به اختلال اضطرابی، ناهنجاری های شناختی دارند که باعث از بین رفتن توانایی آن ها برای ارتباط

مؤثر با نشانه‌های همراه با اختلال اضطراب و دیگر جنبه‌های محیط می‌شود. به عنوان مثال در این بیماران، نگرانی مانع پردازش طبیعی اطلاعات در زمان به کارگیری توجه، حافظه یا مهارت‌های حل مسئله می‌گردد. در نتیجه بیماران مبتلا به اختلال اضطراب احتمال دارد که به طور ناصحیحی محرک‌های بیرونی را به صورت خطر یا تهدید آمیز تفسیر کنند (گرم، ۲۰۰۳). بنابراین عوامل شناختی نقش موثری بر تجربه اضطراب دارند. از طرفی پایه و اساس اصلی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی درمان شناختی است. در ارتباط با جزء هیجانی اضطراب نیز می‌توان بیان کرد که هیجان‌ها نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات و رویدادهای تنش‌زا ایفا می‌کنند. عناصر هیجانی مرتبط با احساس‌هایی مانند دلهره، وحشت و لرزش برای ما آشنا هستند؛ زیرا هنگام توصیف احساس ترس، از آنها حرف می‌زنیم. مانسبت به عناصر هیجانی هشیارتریم. درحالی که برای تأمل کردن درباره عناصر شناختی مان مکث نمی‌کنیم و از فعالیت‌های درونی که ترس آن‌ها را راه اندازی می‌کند، آگاه نیستیم. در واقع هیجان‌ها نقش مؤثر و غیرقابل انکاری در بروز و یا تشدید اضطراب دارند. از طرفی یکی از مهم‌ترین تغییراتی که در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در فرد ایجاد می‌شود، تغییر دادن الگوهای هیجانی بویژه تنظیم هیجانی است. به طور خلاصه می‌توان بیان داشت که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق تغییر در الگوهای شناختی و هیجانی افراد که نقش مهمی که در بروز اضطراب دارند، منجر به کاهش اضطراب در این افراد می‌شود.

منابع

- آقاباقری، ح؛ محمدخانی، پ؛ عمرانی؛ س؛ فرهمند، و. (۱۳۹۱). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر افزایش بهزیستی ذهنی و امید بیماران مبتلا به ام اس، روان‌شناسی بالینی، سال چهارم، شماره ۱: ۲۳-۳۲.
- برجعلی، ا. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش تعارضات والد- فرزند در نوجوانان، علوم رفتاری، دوره ۷، شماره ۱: ۱-۶.
- رضایی، م؛ علوی، ی؛ افتخاری، ر. (۱۳۹۲). اثربخشی شناخت درمانی گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش افسردگی و اضطراب دانش آموزان دبیرستانی، دستاوردهای روان‌شناختی، دوره چهارم، شماره ۲: ۱۸-۱.
- حنا سب زاده اصفهانی، م. (۱۳۸۸). چگونه در دام افسردگی نیفتیم؟ پیش‌گیری از افسردگی با رویکرد جدید شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، چاپ اول. تهران: نشر قطره.
- کاپلان، ه، سادوک، ب. (۲۰۰۷). خلاصه روان‌پزشکی، علوم رفتاری و روان‌پزشکی بالینی. ترجمه ن. الف پور افکاری (۱۳۸۸)، چاپ اول، ویرایش دهم، ج دوم: انتشارات شهر آب.
- کنرلی، ه. (۱۹۹۵). اختلالات اضطرابی، آموزش، کنترل و درمان، ترجمه س مبینی (۱۳۸۲)، چاپ اول. تهران: انتشارات رشد.
- کیانی، ا. ر، قاسمی، ن، پور عباس، ع. (۱۳۹۱). مقایسه اثر بخشی روان‌درمانی گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و ذهن آگاهی بر میزان ولع مصرف و تنظیم شناختی هیجان در مصرف کنندگان شیشه، فصلنامه اعتیاد پژوهی، سال ششم، شماره ۲۴: ۲۷-۳۶.
- نوروزی، م، گلزاری، م، سهرابی، ف. (۱۳۹۱). اثر بخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت درمانی بر افسردگی، کیفیت زندگی و فرسودگی مراقبان مبتلا به آلزایمر، پایان نامه کارشناسی ارشد: دانشگاه علامه طباطبایی.
- American Psychiatric Association. (2008). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, Fourth Edition Text Revision. Washington, Dc: Author.
- Arch, J. J., Ayers, C. R., Baker, A., Almklov, E., Dean, D. J. & Grasko, M. g. (2013). Randomized clinical trial of adapted mindfulness- based stress.
- Baer, R. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clinical Psychology: Science and Practice, 10, 125-143.
- Barlow, D, h. (2003). Anxiety and Its Disorder: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic. 2th Edn. New York. Guilford press.

- Benn, R., Akiva, T., Arel, S., & Roeser, R. W. (2012). Mindfulness Training Effects for parson and Educators of Children with Special Needs. *Developmental Psychology*, 48 (5): 1476-87.
- Besharat, M. A., & Shahidi, S. (2010). Perfectionism, anger, and anger rumination.
- Borkovec, T.D., & Newman, M.G. (1999). Worry and generalized anxiety disorder. *Comprehensive*
- Borkovec T. D., & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation in depression and cognitive-behavioral therapy in treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 611-619.
- Brown, W. B., Shahar, B., Szepsenwol. O., & Jacobs, W. J. (2011). Mindfulness Based Cognitive Therapy Improves Emotional Reactivity to Social Stress: Results From a Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 43(2): 365-80.
- German, W. E., (2003). Behavioral and cognitive behavioral psychotherapy. In G. Stricker & T. A. Widiger (v.l. Eds.) & I. B. Weiner (Editor in chief) *Handbook of Psychology vol.8 chnical Psychology*. NJ: Jone Wiley & Sons. *Clinical Psychology*, Vol. 4, Adults: clinical formulation and treatment, Oxford, Elsevier Science, pp. 439-459.
- Davidson R.J., Kabat-Zinn, J., Schumacher, J., Rosenkranz, M., Muller, D., Santorelli, S.F., Urbanowski, F., Harrington, A., Bonus, K., & Sheridan, J.F. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65(4), 564-570.
- Deffenbacher, J. L. (1999). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger.
- Foa E. B., Kosak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulltein*, 99, 1:25-35.
- **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**
- Garland. E., L., & Howard, M. O. (2013). Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement Reduces Pain Attentional Bias in Chronic Pain Patients. *Psychother Psychosom*, 82: 311-318.
- Goldin, P. R., & Gross, J. G. (2010). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) on Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder. *Emotion*, 10(1): 83-91.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body end. min to face stress, pain and illness*. New York: Dell Publishing.
- Kassinove, H., & Sukhodolsky, D. G. (1995). *Anger disorders: Science, practice, and common*.
- Kennerley, H. (1995). *Managing anxiety: A training manual*. (2nd. Ed.), Oxford Medical Publications.
- Oatley, K. (1992). *Best laid schemes: The psychology of emotions*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Piet, J., Hougaard, E. (2013). The effect of mindfulness- based cognitive therapy for peevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta- analysis. *Clined Psychology Review*, 31(6):1032-1040.
- Potek, R. (2013). *Mindfulness as a school-based prevention prevention program and its effect on adolescan stress, anxiety and emotion regulating*: New York University Press.
- R.L., & Orsillo, S.M. (۲۰۱۲). *Mindfulness And Aceptance Based Behavioral Therapies in Practice*. London, UK: Guilford Press. *rumination scale. Personality and Individual Differences*, 31, 689-700.
- Ruths, A. F., Zoysa, N., Frearson, S. J., Hutton, J., Williams, J.M. G., & Walsh, J. (2012).
- Schulman, P. (2004). *Depression Prevention in adults*. Schulman@ psych upenn. Edu Teasdale, J. D., & Barnard, P. J. (1993). *Affect, cognition and change: Re-modelling depressive thought*. Hove, UK: Erlbaum.
- Van Aalderen, J.R., Donders, A.R., Giommi, F., Spinhoven, P., Barendregt, H. P., Speckens, A.E. (2012). The efficacy of mindfulness- based cognitive therapy in recurrent depressed patients with and without a current depressive episode: a randomized controlled trial. *Jornal Psychology Medical*, 42 (5):989-1001.
- Williams, J. M., Teasdale, J. D., Segal, Z. V., & Soulsby, J. (2002). Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 150-5.