



«نشریه علمی-پژوهشی آموزش و ارزشیابی»

سال دهم - شماره ۴۰ - زمستان ۱۳۹۶

ص. ص. ۱۷۱-۱۸۸

تأثیر آموزش شناخت - درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری

فاطمه عالم‌دیانتی^۱

نعیمه محب^{۲*}

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۵/۱۶

تاریخ پذیرش نهایی مقاله: ۱۳۹۶/۰۸/۱۴

چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر شناخت - درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری بود. طرح پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه مراجعان به کلینیک‌های روان‌پزشکی تبریز بودند که تشخیص اختلال وسواسی - جبری گرفته بودند. از میان جامعه آماری ۳۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند. بیماران پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی، کرایچ واسپینهاون (۲۰۰۲) را تکمیل کردند و پس از انتساب تصادفی گروه آزمایش و گروه کنترل، گروه آزمایش در ۸ جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شرکت کردند و پس از اتمام آن بار دیگر پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان اجرا شده و داده‌های هر دو بار، جمع‌آوری شده و با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان (سرزنش دیگران، فاجعه انگاری و نشخوارگری) در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری مؤثر می‌باشد.

واژگان کلیدی: شناخت - درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، اختلال وسواسی-جبری

۱ - کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران dianati.al@gmail.com

۲ - استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

* نویسنده مسئول Moheb@iaut.ac.ir

Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Reducing Negative Strategies of Cognitive Emotion Regulation in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Fatemeh Alem Dianati
Naeimeh Moheb

Date of receipt: 2016.08.06
Date of acceptance: 2017.11.05

Abstract

This study aims to investigate the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on reducing the negative strategies of cognitive emotion regulation. The research design is quasi-experimental of pre-test and post-test type with control group. The statistical population of the present study involved all patients referring to psychiatry clinics of Tabriz who had received obsessive-compulsive disorder diagnosis. From statistical population 30 patients were selected using purposeful sampling method, and placed at control and experimental groups. The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2002) was employed in both groups before and after attending eight sessions of MBCT. The data were analyzed conducting MANCOVA. The results showed that MBCT affects negative strategies of cognitive emotion regulation. Based on the results, it can be concluded that MBCT decreases negative strategies of cognitive emotion regulation (blaming others, catastrophizing and rumination).

Keywords: MBCT, strategies of cognitive emotion regulation, obsessive-compulsive disorder

مقدمه

تنظیم هیجان فرایندی است که افراد از طریق آن هیجان‌های خود را به صورت هشیار یا ناهشیار تعدیل می‌کنند (بارق^۱ و ویلیامز^۲، ۲۰۰۷، روتنبرگ^۳ و گروس^۴، ۲۰۰۳) تا به طور مناسب به تقاضاهای محیطی متنوع پاسخ دهند (تامپسون^۵، ۱۹۹۴؛ کمپل-سیلس^۶ و بارلو^۷، ۲۰۰۷؛ کول^۸، مارتین^۹ و دنیس^{۱۰}، ۲۰۰۴؛ گراتز^{۱۱} و رویمر^{۱۲}، ۲۰۰۴؛ گروس، ۱۹۹۸) مفهوم کلی تنظیم شناختی هیجان دلالت بر شیوه شناختی دست کاری ورود اطلاعات فراخوانده هیجان دارد (اوکستر^{۱۳} و گروس، ۲۰۰۵). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، به نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب زا برای آن‌ها اطلاق می‌گردد. در سال‌های اخیر تنظیم هیجانی به عنوان فرایند هسته‌ای در درمان و تحقیقات مربوط به آسیب‌شناسی روانی مورد هدف قرار گرفته است و میزان قابل توجهی از پژوهش‌ها به منظور مشخص نمودن ارتباط بین استفاده از راهبردهای معین و اختلالاتی مثل افسردگی، اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات خوردن انجام شده است (به نقل از: زارع، سلگی، ۱۳۹۱). الگوهای نظری اخیر، تنظیم موفق هیجان را با پیامدهای سلامت، روابط بین فردی، عملکرد شغلی و تحصیلی مطلوب مرتبط دانسته‌اند (براکت^{۱۴} و سالووی^{۱۵}، ۲۰۰۴، جان^{۱۶} و گروس، ۲۰۰۴). برعکس بروز مشکلات در تنظیم هیجان مرتبط با اختلال‌های روانی است (آلدائو^{۱۷}، نولن-هوکسما^{۱۸} و شوپز^{۱۹}، ۲۰۱۰؛ مک‌لاکلین^{۲۰}، مینن^{۲۱} و فاراچ^{۲۲}، ۲۰۰۷) انتخاب راهبرد شناختی، هیجانی و رفتاری می‌تواند بر سلامت روان بالا یا پایین تأثیر بگذارد (قاسم‌زاده نساجی، پیوسته گر، حسینیان، و همکاران، ۱۳۸۹).

-
- 1- Bargh
 - 2- Williams
 - 3- Rottenberg
 - 4- Gross
 - 5- Thompson
 - 6- Campbell-Sills
 - 7- Barlow
 - 8- Cole
 - 9- Martin
 - 10- Dennis
 - 11- Gratz
 - 12- Roemer
 - 13- Ochsner
 - 14- Brackett
 - 15- Salovey
 - 16- John
 - 17- Aldao
 - 18- Nolen-Hoeksema
 - 19- Schweizer
 - 20- McLaughlin
 - 21- Mennin
 - 22- Farach

در زندگی روزمره، افراد همواره راهبردهای منظمی را برای تعدیل شدت و یا نوع تجارب هیجانی خود یا واقعه فراخوانده هیجان به کار می‌گیرند (دیاموند^۱ و اسپینوال^۲، ۲۰۰۳؛ گروس، ۱۹۹۸). نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که تنظیم هیجان با الگوهای آسیب‌شناسی روانی آمیختگی کامل دارد (آلدانو و همکاران، ۲۰۱۰؛ مک‌لاقلین، منین و فراج، ۲۰۰۷) برای مثال، اختلال‌های اضطرابی و افسردگی نتیجه مشکلات تنظیم هیجان است (کمپیل-سیلس^۳ و بارلو^۴، ۲۰۰۷؛ گروس و مونوز^۵؛ ۱۹۹۵؛ منین، هلووی^۶ و همکاران، ۲۰۰۷). در تبیین این رابطه، فرض بر این است که اگر افراد قادر به مدیریت مؤثر پاسخ‌های هیجانی در برابر وقایع روزمره نباشند یا دوره‌های شدید و طولانی مدت آشفتگی را تجربه نمایند، ممکن است افسردگی و اضطراب قابل تشخیص را بروز دهند (منین و همکاران، ۲۰۰۸).

اختلال وسواسی - جبری از جمله اختلالات اضطرابی است و با افکار و امیال پایدار و مهار ناپذیر و نیاز به تکرار پی در پی اعمال خاص مشخص می‌شود. این اختلال مجموعه‌ای را شامل می‌شود که به صورت فکر وسواسی^۷ یا عمل وسواسی^۸، یا توأمان بروز می‌کنند. فکر وسواسی، واری یک فکر، احساس، عقیده یا حس مزاحم و تکرار شونده است و عمل وسواسی رفتار خودآگاه، میزان شده، تکراری، نظیر شمارش یا اجتناب است (سادوک^۹ و سادوک، ۱۳۸۸). در مقطعی از زمان در طول این اختلال بیمار متوجه می‌شود که افکار و یا اعمالش بیش از اندازه یا غیرمنطقی است، این افکار یا اعمال و اماندگی بسیاری ایجاد می‌کنند و یا بیش از یک ساعت در روز وقت بیمار را می‌گیرند و به صورت چشمگیری با فعالیت‌ها و عملکردهای روزانه بیمار تداخل دارند. بیمار می‌داند که این وسواس‌های فکری زائیده فکر خود او می‌باشد. به همین سبب شخص مایل است با افکار یا اعمال دیگری این افکار وسواسی را از سر خود خارج کند. به دلیل شیوع زیاد و اثرات نامطلوب اختلال وسواسی - جبری در زندگی فردی و خانوادگی، تاکنون از روش‌های درمانی مختلفی جهت درمان یا کنترل این اختلال استفاده شده است. دارودرمانی، رفتار درمانی، روان‌تحلیل‌گری و شناخت درمانی تکنیک‌هایی هستند که بنا به شرایط بیمار و عوامل زمینه‌ساز به کار گرفته شده‌اند و هر کدام دارای مزیت‌ها و نقائصی بوده‌اند که ضرورت ادامه تحقیقات در زمینه یافتن روش‌های نوین و کارآمد تر را ایجاب می‌کند. استفاده تلفیقی و همزمان از دارو و روان‌درمانی از جمله روش‌های جدید در درمان این اختلال است.

-
- 1- Diamond
 - 2- Aspinwall
 - 3- Campbell-Sills
 - 4- Barlow
 - 5- Munoz
 - 6- Holaway
 - 7- Obsessive
 - 8- Compulsive
 - 9- Sadock

از جدیدترین نظریه‌ها در زمینه چگونگی شکل‌گیری باورهای وسواسی نظریه تنظیم شناختی هیجان و نظریه کنترل هیجانی است (به نقل از واحدی، هاشمی و عینی پور، ۱۳۹۲). طبق نظر راجمن^۱ (۲۰۰۲) وسواس به وسیله یک ساز و کار خودتداوم بخش چهار بخشی پدید می‌آید: در بخش نخست، هیجان منفی ناشی از احساس خطر، فرد را به جستجوی ناموفق برای اطمینان از عدم وقوع آن می‌کشاند. در دومین بخش، بر اثر تکرار اقدامات برای اطمینان‌یابی، حافظه شخص برای واری مخدوش شده و دستیابی به اطمینان کاهش می‌یابد؛ به طوری که هر چه بیشتر به تکرار مبتلا شود، اطمینان وی به حافظه کمتر شده و به تبع آن تجربه هیجان ناخوشایند افزایش می‌یابد. سومین بخش در این ساز و کار، سوگیری شناختی احساس مسئولیت است که باعث می‌شود فرد در انتظار وقوع آسیب بیشتری باشد. در بخش چهارم، نوع دیگری از سوگیری شناختی عمل می‌کند که در آن فرد فکر می‌کند با سپری شدن یک چرخه واری ایمنی، مسئولیت وی بیش از گذشته شده است (به نقل از واحدی و همکاران، ۱۳۹۲). توانایی تنظیم هیجانی با سلامت روانی، اجتماعی و فیزیولوژیک ارتباط دارد (گراس، ۲۰۰۲). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به افراد کمک می‌کنند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم با رشد، پیشرفت یا بروز اختلال‌های روانی ارتباط مستقیم دارد (کرایج^۲، پرایمبوم^۳ و گارنفسکی^۴، ۲۰۰۲). بنابراین در نتیجه ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات بی‌منطق و نادرست، فرد راهبرد شناختی خود را برای روبرو شدن با موقعیت تنیدگی‌زا برمی‌گزیند (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). به عقیده گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) افراد در مواجهه با شرایط تنیدگی‌زا، از راهبردهای مثبت و منفی استفاده می‌کنند. نشخوارفکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه‌انگاری و پذیرش راهبردهای منفی هستند. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی‌ها و هیجان‌های منفی را تنظیم نمایند. از آنجایی که تفاوت‌های فردی در فعالیت‌های شناختی و محتوای افکار، برچگونگی تنظیم هیجان‌ها مؤثر است (گارنفسکی، بان^۵ و کرایج، ۲۰۰۳) استفاده از راهبردهای شناختی منفی نسبت به دیگر راهبردها، آسیب‌پذیری فرد برای اختلال‌های درونی سازی را بیشتر می‌کند.

بر اساس نظریه تنظیم شناختی هیجان، تنظیم هیجان با استفاده از فرایندهای شناختی صورت می‌گیرد. به عبارتی، شناخت‌ها یا فرایندهای شناختی به افراد کمک می‌کنند تا هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم کرده و مغلوب شدت هیجان‌ها نشوند. فرایندهای شناختی را می‌توان به فرایندهای سالم شناختی نظیر ارزیابی مثبت و برنامه ریزی کردن و فرایندهای ناقص نظیر ملامت خویش و پذیرش شرایط تقسیم کرد. بنابراین، بر اساس این نظریه افرادی که دچار فرایندهای ناقص تنظیم شناختی از

1- Rachman
2- Kraaij
3- Pruyboom
4- Garnefski
5- Baan

جمله خود سرزنشگری و پذیرش شرایط اند به اختلالات اضطرابی نظیر وسواس و به تبع آن داشتن افکار و باورهای وسواسی بیشتر مبتلا می شوند. بنا بر یافته پژوهش های گارنفسکی (۲۰۰۶) و واحدی و همکاران (۱۳۹۲) مرور ذهنی و سرزنش خویش با باورهای وسواسی رابطه پیشینی کننده دارد. گارنفسکی (۲۰۰۶) نشان داد افرادی که از سبکهای شناختی ضعیف مانند نشخوارگری مرور ذهنی، فاجعه سازی و سرزنش خویش استفاده می کنند، بیش از سایر افراد در برابر مشکلات هیجانی و اضطرابی از جمله وسواس و به تبع آن باورهای وسواسی آسیب پذیرند. واحدی و همکاران (۱۳۹۲) همچنین نشان دادند که در مدل های شناختی، مرور ذهنی (از مؤلفه های کنترل هیجانی) یکی از ویژگیهای شناختی بیماران وسواسی محسوب میشود که به صورت جر و بحث های بی پایان با خود (برخی اوقات در مورد مسایل جزئی و پیش پا افتاده و گاهی درباره یک مسئله فلسفی حل ناشدنی) بروز می کند. در این پژوهش برای کاهش آسیب پذیری مبتلایان به اختلال وسواسی - جبری از آموزش ذهن آگاهی استفاده شده است.

ذهن آگاهی کمک می کند تا فرد بتواند از هیجان های منفی فاصله بگیرد و بواسطه تمرین ها و تکنیک های مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به فعالیتهای روزانه خود آگاهی پیدا کند، به کارکرد اتوماتیک ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی یابد و از طریق آگاهی لحظه به لحظه از افکار، احساسات و حالت های جسمانی بر آنها کنترل پیدا کند و از ذهن روزمره و اتوماتیک متمرکز بر گذشته و آینده رها شود (سگال و ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۳؛ رای^۱ و ساندerson^۲، ۲۰۰۴). در ذهن آگاهی، فرد در هر لحظه از شیوه ذهنی^۳ خود آگاه می شود و پس از آگاهی روی دو شیوه ذهنی، یکی انجام دادن و دیگری بودن، یاد می گیرد 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 (سگال و همکاران، ۲۰۰۳). درمان های مبتنی بر ذهن آگاهی بواسطه این که به هر دو بعد جسمانی و ذهنی می پردازد دارای اثر بخشی بالایی برای درمان برخی از اختلالات بالینی و بیماریهای جسمانی گزارش شده است. در دو دهه اخیر تعداد زیادی از مداخلات و درمانهای مبتنی بر ذهن آگاهی ظهور کرده اند (بائر^۴، ۲۰۰۶). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی رویکردی است که در جدیدترین تحولات درمان های شناختی، توسط تیزدل، سگال و ویلیامز (۱۹۹۵) مطرح شد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه ای برای متمرکز کردن فرایند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از عوامل ایجاد کننده خلق منفی، فکر منفی، گرایش به پاسخ های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و شکل گیری افکار و هیجان های خوشایند منجر می شود (سگال، ویلیامز، تیزدل، ۲۰۰۲).

1- Rygh
2- Sanderson
3- Mental mode
4- Baer

با توجه به نقش تنظیم شناختی هیجان در اختلالات اضطرابی و از جمله اختلال وسواسی-جبری و همچنین شیوع نسبتاً بالای این اختلال در جامعه ایرانی و انگشت شمار بودن تحقیقات در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف تأیید یافته‌های قبلی در زمینه تأثیر ذهن آگاهی بر اختلالات اضطرابی و ایجاد دانش جدید در باره اثر این درمان بر تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری شکل گرفت.

روش پژوهش

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراجعان به کلینیک‌های روان پزشکی سطح شهر تبریز بودند که در زمان اجرای پژوهش (تیر و مرداد ۱۳۹۴) توسط روانپزشک تشخیص اختلال وسواسی - جبری گرفته بودند و دارو مصرف می کردند. از میان جامعه آماری ۳۰ نفر به عنوان نمونه با استفاده از روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جای گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر) و به صورت گروهی تحت شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند. گرد آوری اطلاعات و مداخلات آموزشی روی گروه آزمایشی در یکی از مراکز خدمات روان شناسی و مشاوره ای تبریز انجام گرفت.

ابزار گردآوری داده

پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۲) تدوین شده است. پرسشنامه‌ای چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد، پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. این پرسش‌نامه یک ابزار خود گزارشی است، و دارای ۳۶ ماده می‌باشد که نحوه پاسخ به آن بر مبنای طیف لیکرت ۵ درجه‌ای به صورت ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ می‌باشد. ماده‌ها به صورت چهار گزینه‌ای (۱= هرگز، ۲= بندرت، ۳= گاهی اوقات، ۴= بیشتر اوقات، ۵= همیشه) می‌باشد. عبارات این پرسش‌نامه از نظر مفهومی ۹ خرده مقیاس متمایز از هم را تشکیل می‌دهند که هر یک به منزله راهبردی خاص از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و دارای ۴ عبارت است. این راهبردها عبارتند از: سرزنش خود، پذیرش، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌انگاری و سرزنش دیگری. برای افراد ۱۲ سال به بالا (هم افراد عادی و هم جمعیت بالینی) قابل استفاده می‌باشد. روایی ساختاری و اعتبار این مقیاس در ایران با استفاده از تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است و اعتبار آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها مابین ۰/۶۴ الی ۰/۸۲ گزارش شده است (عبدی، ۱۳۸۹). همچنین گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون (۲۰۰۲)، اعتبار و روایی مطلوبی برای این پرسش‌نامه گزارش کرده‌اند. اعتبار و روایی این

مقیاس در فرهنگ‌های مختلف مانند فرانسه، چین و ترکیه مورد بررسی قرار گرفته و ساختار عاملی آن تأیید شده است. اعتبار کل راهبردهای "مثبت"، "منفی" و "کل شناختی" با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ به دست آمده است (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۲).

آموزش شناخت-درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

در آموزش MBCT بیماران یاد می‌گیرند که چگونه به طور متفاوت با افکار و احساسات منفی خود رابطه برقرار کنند و بر تغییر محتوای باورها و افکار متمرکز شوند. همچنین یاد می‌گیرند که افکار خود آیند، عادت‌ها، نشخوارهای ذهنی و افکار و احساسات منفی خود را چگونه تغییر جهت دهند، نسبت به آنها آگاه شوند و در چشم‌انداز وسیع‌تری افکار و احساسات خود را ببینند (تیزدل و همکاران، ۱۹۹۴).

جلسات مداخله‌ای براساس پروتکل کابات-زین و همکاران (۱۹۹۲) که در تحقیقات مختلفی مورد مطالعه قرار گرفته است و نتایج حاکی از اثربخشی این روش درمانی بر افسردگی، انواع اختلالات اضطرابی، استرس و سازگاری روانشناختی است (بولمیجر^۱، پرنگر^۲، تال^۳ و سویچپرز^۴، ۲۰۱۰؛ گلدین و گروس، ۲۰۱۰) اجرا شد.

مداخله شناخت - درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، طی ۸ جلسه ۲ ساعته هر جلسه نود دقیقه به صورت گروهی توسط دو دانشجوی کارشناسی ارشد با نظارت دکترای بالینی ارائه گردید.

1- Bohlmeijer
2- Prenger
3- Taal
4- Cuijpers

جدول ۱: مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

Table 1

Summary of Mindfulness – Based Cognitive Therapy Sessions

<p>تعیین اهداف جلسه، تنظیم خط مشی کلی، گرفتن اطلاعات از شرکت کنندگان با در نظر گرفتن جنبه‌ی محرمانه بودن و زندگی شخصی افراد، آمادگی آموزش روانی ذهن آگاهی، افسردگی، استرس، اضطراب، تشخیص افکار خودکار و رهبری شرکت کنندگان در مسیرمراقبه ذهن آگاهی هدایت شده.</p> <p>goals and techniques included building a rapport with the clients, obtaining information from the client, providing psycho education on mindfulness, depression, stress, anxiety, identifying automatic thoughts and leading the client through a guided mindfulness meditation</p>	جلسه اول first session
<p>رهبری خودکار(فعالیت بدون هوشیاری)،تمرین واریسی بدنی خوردن ذهن آگاه، تنفس آگاهانه.</p> <p>Automatic pilot' (acting without conscious awareness), having a childlike curiosity and mindful eating body scan (intentionally bringing awareness to bodily sensations).</p>	جلسه دوم second session
<p>آموزش طرز برخورد با موانع (آگاهی از اینکه چگونه زمزمه‌های ذهنی بر احساس‌ها و رفتار تأثیر می‌گذارند)، تمرین مهربان بودن با خود و تمرین تنفس کوتاه.</p> <p>dealing with barriers (being aware of how feelings and behavior are affected by self-talks of the mind), and being compassionate with oneself and short breathing meditation.</p>	جلسه سوم third session
<p>کمک به بیماران برای تشخیص اینکه بیشتر افکارشان مطابق واقعیت نیستند و آموزش ثبت افکار و آگاهی از تحریف‌های شناختی.</p> <p>helping the clients to recognize that most of their thoughts are not facts, and teaching them to use the thought record, and provide training on cognitive distortion.</p>	جلسه چهارم fourth session
<p>آموزش توانایی ماندن در لحظه حال با آگاهی از دل‌بستگی و بی‌زاری، آموزش تنفس دیافراگمی و بهداشت خواب، آموزش تمرینات واریسی بدنی کوتاه برای کاهش کشش عضلانی.</p> <p>teaching the clients, the ability to stay in the present time with awareness of attachment and aversion; then, explaining diaphragmatic breathing and sleep hygiene; next teaching, the client a brief body scans exercise to reduce muscle tension.</p>	جلسه پنجم fifth session
<p>تمرین پذیرفتن افکار و هیجان‌ها به عنوان رویدادهای گذرا، معرفی فعالیت‌های روزانه ذهن آگاه، آموزش خوردن آگاهانه و برچسب زدن آگاهانه بر افکار، احساسات و رفتار.</p> <p>the acceptance of thoughts and emotions as fleeting events; next, introducing mindful daily activity, teaching conscious eating and conscious eating and conscious labelling of thoughts feeling and behaviour</p>	جلسه ششم sixth session
<p>آشنا ساختن شرکت کنندگان با نشانه‌های افسردگی، استرس و نشخوار فکری، تمرین پذیرفتن نشخوار فکری خود بدون قضاوت و استفاده از روش انتشار برای کاهش آن.</p> <p>familiarizing the clients with the symptoms of depression, stress and rumination thinking, training them to accept their rumination thinking without judgment and to use the diffusion technique to reduce it.</p>	جلسه هفتم seventh session
<p>بازنگری مطالب گذشته و یافتن روش‌های مفیدتر برای هر یک از شرکت کنندگان، تشخیص موانع تمرین‌های ذهن آگاهی و تهیه چک لیست از روش‌های ارائه شده در برنامه.</p> <p>reviewing the insights and techniques found most useful by the client, identifying the obstacles to practice mindfulness, and providing a checklist of techniques included in the program.</p>	جلسه هشتم eighth session

یافته‌ها

در جدول ۲ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها گزارش شده‌اند.

جدول شماره ۲، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش و آزمون کالموگروف - اسمیرنوف بر حسب گروه آزمایش و کنترل (n=۱۵)

Table 2

Descriptive Statistics of Research Variables and the results of the Kolmogorov-Smirnov Test for the Normal Distribution of the Research Variables by Group (n=15)

متغیرها variables	وضعیت contestation	گروه group	میانگین mean	انحراف استاندارد SD	مقدار آزمون K-S-Z	سطح معنی‌داری sig
بیزاری self-blame	پیش‌آزمون pretest	گروه آزمایش xperimental	9.93	4.3	1.045	0.225
		گروه کنترل control	8.87	3	0.608	0.854
	پس‌آزمون posttest	گروه آزمایش xperimental	7.33	2.7	0.831	0.495
		گروه کنترل control	10.2	2.8	0.503	0.963
سزای دیگران blaming others	پیش‌آزمون pretest	گروه آزمایش experimental	7.53	3.3	0.688	0.731
		گروه کنترل control	9.56	4.8	.0754	0.620
	پس‌آزمون posttest	گروه آزمایش experimental	6.53	2.4	0.740	0.645
		گروه کنترل control	10.2	2.1	0.973	0.200
فاجعه‌انگاری catastrophizing	پیش‌آزمون pretest	گروه آزمایش experimental	11.4	3.1	0.679	0.746
		گروه کنترل control	10.6	3.5	0.808	0.532
	پس‌آزمون posttest	گروه آزمایش experimental	8.13	2.1	0.552	0.921
		گروه کنترل control	10.2	2.1	0.713	0.690
نشخوارگری rumination	پیش‌آزمون pretest	گروه آزمایش experimental	16.73	1.9	0.637	0.935
		گروه کنترل control	13.53	2.2	0.609	0.854
	پس‌آزمون posttest	گروه آزمایش experimental	11.6	1.1	0.669	0.762
		گروه کنترل control	13.2	2	0.572	0.899

قبل از بررسی سؤال‌های تحقیق ابتدا مفروضه‌های تحلیل کواریانس یعنی نرمال بودن توزیع متغیر، یکسان بودن شیب خط رگرسیون و همسانی واریانس‌ها بررسی گردید که نتایج آنها در ادامه آورده شده

است. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون غیر پارامتریک کالموگروف- اسمیرنف استفاده شد که نتایج آن نشان می دهد؛ توزیع نمرات پیش آزمون- پس آزمون متغیرهای تحقیق در گروه کنترل و آزمایش با توزیع نرمال تفاوت معنی دار ندارد. نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش فرض تحلیل کواریانس

Table 3
The Results of the Analysis of the Uniformity of the Slope of the Regression line as the Default of Covariance Analysis

سطح معناداری sig	آماره F Statistic F	میانگین مجزورات MS	درجه آزادی df	مجموع مجزورات SS	منبع تغییرات source
0.143	2.276	89.255	1	89.255	گروه group
0.455	0.576	22.602	1	22.602	پیش آزمون pretest
0.479	0.517	20.258	1	20.258	گروه * پیش آزمون pretest group
		39.217	26	1019.635	خطا error

در جدول ۳ نتایج تحلیل یکسان بودن شیب خط رگرسیونی به عنوان پیش فرض تحلیل کواریانس آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج، سطح معناداری سطر اثر متقابل گروه و پیش آزمون ($p=0/479$) بزرگتر از $0/05$ می باشد بنابراین فرضیه همگنی رگرسیونی پذیرفته می شود. بر اساس نتایج بدست آمده تجانس واریانس های دو گروه در سطح اطمینان بالاتر از ۹۵ درصد ($\alpha = 0.05$) برقرار است.

جدول ۴: نتیجه آزمون لون جهت بررسی همسانی واریانسها

Table 4
The Results of Levine's Test to Assess the Equality of Variances

سطح معناداری sig	درجه آزادی ۲ 2 df	درجه آزادی ۱ 1 df	آماره F Statistic F
0.106	28	1	2.783

در جدول ۴ نتیجه آزمون لون جهت بررسی همسانی واریانسها آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول بالا مشاهده می شود که تجانس واریانس های دو گروه در سطح اطمینان ۹۵ درصد ($\alpha=0.05$) برقرار است. با توجه به اینکه مفروضه های تحلیل کواریانس برقرار است می توانیم جهت تحلیل فرضیه از تحلیل کواریانس استفاده کنیم.

جدول ۵: نتایج آزمون باکس جهت بررسی برابری ماتریس واریانس کوواریانس

Table 5

Box Test Results to Examine the Variance of Covariance Matrix

16.143	باکس M
1.362	آماره F Statistic F
10	درجه آزادی ۱ 1 df
3748.207	درجه آزادی ۲ 2 df
0.192	سطح معناداری sig

قبل از بررسی فرضیه تحقیق ابتدا مفروضه برابری ماتریس واریانس کوواریانس تحلیل کواریانس چندمتغیره بررسی گردید. نتایج آزمون باکس (جدول ۵) نشان داد ماتریس‌های واریانس - کوواریانس متغیرها برابر بوده و باهم تفاوت معناداری ندارند. بنابر این می‌توانیم از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده کنیم.

جدول ۶: نتایج آزمون کوواریانس چند متغیره (مانکووا) تفاوت دو گروه آزمایش و گواه در راهبردهای منفی

Table 6

The Results of Multivariate Covariance Test for the Difference between the Two Groups of Experimental and Control Regarding Negative Strategies

مجدوراتا Eta2	سطح معناداری sig	آماره F Statistic F	لامبدای ویلکز Wilks lambda tesse	منبع source
0.59	0.001	7.76	0.597	گروه (آزمایش و کنترل) group (experimental & control)

براساس نتایج بدست آمده (جدول ۶) بین گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های نشخوارگری، سرزنش خود، سرزنش دیگران و فاجعه انگاری تفاوت معناداری وجود دارد ($p=0/001$). به عبارت دیگر می‌توان گفت، تفاوت بین نمرات دو گروه بیان کننده این مطالب است که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان (نشخوارگری، سرزنش خود، سرزنش دیگران و فاجعه انگاری) در مبتلایان به اختلال وسواسی- جبری تأثیر دارد. با در نظر گرفتن مجدوراتا، می‌توان گفت ۵۹ درصد این تغییرات ناشی از آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است.

جدول ۷: نتایج آزمون کوواریانس چند متغیره (مانکووا) تفاوت دو گروه آزمایش و گواه به تفکیک متغیرها

Table 7

The Results of the Multivariate Covariance test (MANKOVA) on the Difference between the Two Groups of Experiment and Evidence by the Variables

متغیرهای وابسته Dependent variables	منبع source	مجموع مجزوات SS	درجه آزادی df	میانگین مجزوات MF	آماره F Statistic F	سطح معناداری sig	مجزواتا Eta2
سرزنش خود self-blame	گروه group	32.583	1	32.583	3.550	0.072	0.129
نشخوارگری rumination		40.194	1	40.194	21.784	0.000	0.476
فاجعه انگاری catastrophizing		67.696	1	67.696	10.405	0.004	0.302
سرزنش دیگران blaming others		46.982	1	46.982	11.771	0.002	0.329

بر اساس نتایج جدول ۷ تفاوت بین دو گروه زمانی که اثر پیش آزمون از روی نتایج پس آزمون مربوط به گروه‌ها حذف شود، در سطح معناداری ۹۵ درصد اطمینان برای نشخوارگری، سرزنش دیگران و فاجعه انگاری معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان (نشخوارگری، سرزنش دیگران و فاجعه انگاری) در مبتلایان به اختلال وسواسی- جبری تأثیر دارد. نتیجه آموزش بر راهبرد سرزنش خود معنی دار نبود. همچنین مقدار مجزوات ایتا نشان دهنده این است که ۴۹ درصد تغییرات نمرات گروه آزمایش در راهبردهای منفی (تفاوت گروه‌ها در پس آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (شناخت - درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) می‌باشد.

بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر، نشان می‌دهد که آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش راهبردهای منفی (سرزنش خود، سرزنش دیگران، فاجعه انگاری، نشخوارگری و پذیرش) در مبتلایان به اختلال وسواسی- جبری مؤثر می‌باشد. این نتایج با نتایج گولدین و گراس (۲۰۱۰)، گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶)، کارلسون، اسپکا، پاتل، گودی (۲۰۰۳)، طالع بکناش، یعقوبی و یوسفی (۱۳۹۲)، آذرگون، (۱۳۸۶)، بیرامی و عبدی (۱۳۸۸)، کاویانی، جواهری، بحیرایی (۱۳۸۴) همسو می‌باشد.

آموزش ذهن آگاهی با کاهش تداخل عاطفی رابطه دارد. رابطه‌ی منفی تداخل عاطفی با ذهن آگاهی، از هدفمندی عاطفه از جمله اطلاعات حسی بی‌خطر به جای تهدید تاثیرگذار در پاسخ مورد نیاز خود- تنظیمی نشأت می‌گیرد. آموزش ذهن آگاهی با کاهش فعالیت مغزی مربوط به واکنش عاطفی، افزایش در

شبکه‌های مغزی مبتنی بر توجه، باعث کاهش علایم بالینی و واکنش عاطفه‌ی منفی در مواجهه با عقاید منفی نسبت به خود می‌گردد (گلدین، و گراس، ۲۰۱۰). یافته‌های پژوهش گلدین و گراس (۲۰۱۰)، با تکرار و توسعه‌ی گزارش‌های اولیه، با کاهش علایم در بیماران مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی به وسیله‌ی آموزش ذهن‌آگاهی همراه است. دو سند فراتحلیل اخیر، شاهدی بر آموزش ذهن‌آگاهی به عنوان روشی مؤثر در کاهش درماندگی در جوامع روانپزشکی و پزشکی، همچنین در جامعه‌ی غیر بالینی است (باثر، ۲۰۰۳، نقل از گلدمن، گرینبرگ و آنگوس، ۲۰۰۵). با توجه به نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر به نظر می‌رسد آموزش فنون مبتنی بر ذهن‌آگاهی با ترغیب افراد به تمرین مکرر توجه متمرکز روی محرک‌های خنثی و آگاهی قصدمندانه روی جسم و ذهن، افراد اضطرابی را از اشتغال ذهنی با افکار تهدیدی و نگرانی در مورد عملکردشان در زندگی رها کنند و ذهن آنها را از هدایت خودکار خارج کنند. ذهن‌آگاهی فرایندی است که از طریق آن فرد ثبات کارکردی خود را حفظ کرده و امکان انعطاف‌پذیری در موقعیت‌های جدید را فراهم می‌آورد (کاردا سیوتو، ۲۰۰۵). آموزش ذهن‌آگاهی مستلزم یادگیری فراشناختی و استراتژیهای رفتاری جدید برای متمرکز شدن روی توجه، جلوگیری از نشخوارهای فکری و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده است و باعث گسترش افکار جدید و کاهش هیجانات ناخوشایند است. در سطح نظری یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند به غنای یافته‌های علمی مبنی بر نقش مفید مداخله ۸ جلسه‌ای آموزش شناخت-درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان کمک کند و منجر به ارتقای زندگی هدفمند در افراد، عدم تمرکز و توجه تنها بر نکات منفی یک پدیده، تجربه زندگی آسان تر و بی‌دغدغه تر، لذت بردن از زندگی و غبطه نخوردن به نداشته‌ها و ناتوانایی‌های خود گردد. براساس نتایج بدست آمده می‌توان به تهیه برنامه‌های آموزشی - مداخله‌ای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی جهت افزایش راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران وسواسی جبری اقدام نمود شناخت.

به مثابه محدودیت پژوهش، نظر به اینکه نتایج پژوهش حاضر مختص جامعه مورد پژوهش بوده لازم است در تعمیم نتایج جانب احتیاط رعایت گردد. این پژوهش تنها در مورد بیماران وسواسی جبری انجام گرفته است. استفاده از پرسشنامه خودسنجی جهت اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم هیجان قدرت تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت روبرو می‌سازد. مطالعه پیگیری در این پژوهش انجام نگرفته است تا ماندگاری اثر گذار بودن این روش در طول زمان مورد ارزیابی قرار گیرد.

شناخت-درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، در حوزه روان‌شناسی مداخله - درمان - جدیدی است که نیازمند پژوهش‌های گسترده در همه زمینه‌ها می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود که این مداخله روی گروه‌های سنی مختلف و سایر اختلالات و با مراحل گوناگون اختلال انجام گیرد و نتایج حاصل مقایسه گردد. پیشنهاد می‌شود در کنار پرسشنامه خودسنجی جهت اندازه‌گیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از

روش‌های دیگر از جمله مصاحبه بالینی، مشاهده، آزمونهای فرافکن و... نیز استفاده شود. پژوهش‌های آتی همراه با مطالعه پیگیری باشد تا میزان ماندگاری اثر این روش درمانی هم مورد ارزیابی قرار گیرد.

منابع

- آذرگون، حسن (۱۳۸۶). **اثر بخشی آموزش ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار فکری دانشجویان افسرده دانشگاه اصفهان**، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد، اصفهان، دانشگاه اصفهان.
- بیرامی، منصور و عبدی، رضا (۱۳۸۸). اثر بخشی تأثیر آموزش فنون مبتنی بر ذهن آگاهی در کاهش اضطراب امتحان دانش‌آموزان. **مجله علوم تربیتی**، ۲، (۶)، ۵۴-۳۵.
- زارع، حسین و سلگی، زهرا (۱۳۹۱). بررسی رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با افسردگی، اضطراب و استرس در دانشجویان. **فصلنامه علمی- پژوهشی پژوهش در سلامت روانشناختی**. ۳۶، (۳)، ۱۹-۲۹.
- سادوک، ب و سادوک، و. (۱۳۸۸). **خلاصه روانپزشکی**. ترجمه نصرت ا... پورافکاری (۲۰۰۷). تهران: شهرآب.
- طالع بکتاش، سهیلا؛ یعقوبی، حسن و یوسفی، رحیم (۱۳۹۲). مقایسه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری با افراد عادی. **دو ماهنامه علمی- پژوهشی فیض**، ۷، (۵)، ۴۷۲-۴۸۱.
- عبدی، سلمان؛ باباپورخیرالدین، جلیل و فتحی، حیدر (۱۳۸۹). رابطه سبکهای تنظیم هیجان شناختی و سلامت عمومی دانشجویان. **مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران**، ۸، (۴)، ۲۵۸-۲۶۳.
- قاسم‌زاده نساجی، سوگند؛ پیوسته‌گر، مهرانگیز؛ حسینیان، سیمین؛ موتابی، فرشته و بنی‌هاشمی، سارا (۱۳۸۹). اثر بخشی مداخله شناختی - رفتاری بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم شناختی هیجانان زنان. **مجله علوم رفتاری**، ۴، (۱)، ۳۵-۴۳.
- کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان و بحیرایی، هادی (۱۳۸۴). اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب. پیگیری ۶۰ روزه. **تازه‌های علوم شناختی**، ۷، (۱)، ۴۹-۵۹.
- واحدی، شهرام؛ هاشمی، تورج و عینی‌پور، جواد (۱۳۹۲). بررسی رابطه کنترل هیجانی و تنظیم شناختی هیجان با باورهای وسواسی دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه شهر رشت. **فصلنامه تازه‌های علوم شناختی**، ۱۵، (۲)، ۶۳-۷۱.

- Abdi, S., Babapoor, J., & Fathi, H. (2011), The relationship between Cognitive Emotion Regulation Styles and General Health among University Students. *Ann Mil Health Sci Res*, 8(4), 258-264 [In Persian].
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Averett, C., & Heise, D. (1987). Modified social identities: Amalgamations, attributions and emotions. *Journal of Mathematical Sociology*, 13, 103-132.
- Azargoon, H., Kajbaf, M., Maulavi, H., & Abedi, M. R. (2006). The effectiveness of mindfulness training on Rumination and Depression of University Students. *Journal of Behavior*, 16(34), 13-21 [In Persian].
- Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Bargh, J. A., & Williams, L. E. (2007). On the non-conscious of emotion regulation. In J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 429-445). New York: Guilford Press.
- Beirami, M., & Abdi, R. (2008). Part of the influence of arts education based on the mind awareness in reducing students' test anxiety. *Journal of Educational science*, (2)6, 35-54 [In Persian].
- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., & Cuijpers, P. (2010). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis *Journal Psychosom Res*, 68, 539-544.
- Brackett, M. A., & Salovey, P. (2004). Measuring emotional intelligence as a mental ability with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test. In G. Geher (Ed.), *Measurement of emotional intelligence*, (pp. 179-194).
- Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation*, (pp. 542- 559). New York: Guilford Press.
- Cardaciotto L. A. (2005). *Assessing mindfulness: the development of a bi-dimensional measure of awareness and acceptance*. [Unpublished Doctoral dissertation]. University of Drexel, USA.
- Carlson, L. E., Speca, m., Patel, K. D., & Goodey, E. (2003). Mindfulness based stress reduction in relation to quality of life mood, symptoms of stress and immune parameters in breast and prostate cancer outpatients. *Psychosomatics medicine*, 65, 571-581.
- Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: Methodological challenges and directions for child development research. *Child Development*, 75, 317-333.
- Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the lifespan: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*, 27, 125- 156.

- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). Negative life events, cognitive emotion regulation, and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30(8), 131-1327.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669.
- Garnefski, N., Baan, S., & Kraaij, V. (2003). Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 401-408.
- Garnefski, N., Kraaij, V. & Spinhoven, P. (2002) CERQ: *Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire*. Datec, Leiderdorp, The Netherlands.
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*, 10, 83-91.
- Goldman, R., Greenberg, L., & Angus, L. (2005). The effects of adding specific emotion-focused interventions to the therapeutic relationship in the treatment of depression *Psychotherapy Research*, 16, 537-549.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gross, J.J., & Munoz, R.F. (1995). Emotion regulation and mental health *Clinical Psychology: Science & Practice*, 2(2), 151-64.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive and social consequences. *Psychophysiology*, 39, 191-281.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- John, O. P., & Gross, J.J. (2004) Healthy and unhealthy emotion regulation Personality processes, individual differences, and lifespan development. *Journal of Personality*, 72, 1301-1334.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A.O., Kristeller, J., Peterson, L.G., Fletcher, K.E., Pbert, L., enderking, W. R., & Santorelli, SF. (1992). Effectiveness of a meditation based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am J Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kaplan, H. I., Sadock, V. A., & Sadock, B. J. (2007). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry*. Williams and Wilkins Co.
- Kaviani, H., Javaheri, F., & Bahirayi, H. (2005). Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy on decreasing negative thoughts, dysfunctional attitudes depression and anxiety: 60-day follow-up. *Journal of Cognitive Science*, 1, 49-95 [In Persian].
- Khosravi, M., Mehrabi, H., & Azizi-Moghadam M. A. (2008). comparative study of obsessiv rumination component on obsessive-compulsive and depressive patients. *Journal of Semnan University of Medical Sciences*, 10(1), 65-70 [In Persian].

- Kraaij, V., Garnefski, N., Wilde, E. J., Dijkstra, A., Gebhardt, W., Maes, S., & T, Doest, L. (2003). Negative life events and depressive symptoms in late adolescence: Bonding and cognitive coping as vulnerability factors? *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 185-193.
- Kraaij, V., Pruymboom, E., & Garnefski, N. (2002). Cognitive coping and depressive symptoms in the elderly: A longitudinal study. *Aging Mental Health*, 4(6), 275-81.
- McLaughlin, K. A., Mennin, D. S., & Farach, F. G. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1735-1752.
- Mennin, D., Holaway, R., Fresco, D., Moore, M., & Heimberg, R. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38, 284-302
- Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 329-352.
- Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2005). The cognitive control of emotion. *Trends in Cognitive Sciences*, May, 9(5), 242-249.
- Rachman, S. (2007). A cognitive theory of compulsive checking. *Behavior Research and Therapy*, 40, 625-639.
- Ro, ttenberg, J., Gross, J. J., & Gotlib, I. H. (2005). Emotion context insensitivity in major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 627-639.
- Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidence based strategies, tools and techniques*. New York: Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, M. G., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Talee-Baktash, S., Yaghoubi, H., & Yousefi, R. (2014) 2013. Comparing the early maladaptive schemas and cognitive emotion regulation strategies in obsessive-compulsive disorder patients and healthy people. *Feyz Scientific-Research Bimountly Journal*, 1 (17), 471-481 [In Persian].
- Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy*, 33, 25-39.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation and dysregulation: Biological and behavior aspects. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59 (2-3), 25- (Serial no. 240) [In Persian].
- Vahedi, Sh., Hashemi, T., & Einipuor, J. (2013). Investigation the relationship among emotional control, cognitive emotional regulation and obsessive beliefs in high school female students of Rasht. *Advances in Cognitive Science*, 15, 2(58), 63-71 [In Persian].
- Zare, H., & Solgui, Z. (2012). Investigating the relationship between cognitive emotion regulation strategies with depression, anxiety and stress among students. *Journal of Psychological Health*, 4, (3), 29-19 [In Persian].