

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۸
دوره‌ی چهارم، سال ۲۶، شماره‌ی ۲
ص:ص: ۶۷-۸۸

تاریخ دریافت مقاله: ۹۸/۰۵/۲۲
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۸/۰۸/۲۸

مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور و آموزش تنظیم هیجان بر پرخاشگری و اضطراب نوجوانان دختر مبتلابه اختلال دوقطبی نوع II

بهار شایق بروجنی*

غلامرضا منشی**

ایلناز سجادیان***

چکیده

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور با آموزش تنظیم هیجان بر پرخاشگری و اضطراب نوجوانان دختر مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II بود. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی بود و در اجرای آن از طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه و پیگیری استفاده شد جهت دستیابی به اهداف پژوهش، ۴۵ دختر با اختلال دوقطبی نوع II با استفاده از روش نمونه‌گیری داوطلبانه و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. دختران مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II گروه‌های آزمایش در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در برنامه‌های مداخله‌ای درمان ذهن آگاهی نوجوان محور بوردیک و آموزش تنظیم هیجان گراس و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پرسشنامه‌های پرخاشگری آیزنگ، گلین ویلسون و اضطراب بک قبل و بعد از مداخله برای شرکت کنندگان اجرا گردید. نتایج داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغییری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد مداخله‌های آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور و آموزش تنظیم هیجان در کاهش پرخاشگری و اضطراب در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II مؤثر است، و آموزش ذهن

* دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

** دانشیار، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

smanshaee@yahoo.com

(نویسنده مسئول)

*** دانشیار، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

آگاهی نوجوان محور اثربخش‌تر از آموزش تنظیم هیجان بر اضطراب و پرخاشگری است.

کلید واژگان: پرخاشگری، اضطراب، اختلال دوقطبی نوع II، آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور، آموزش تنظیم هیجان.

مقدمه

اختلال دوقطبی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی است که در زمره ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانی طبقه‌بندی می‌شود و علاوه بر عملکرد، اختلال شدید را در تعاملات میان فردی و کیفیت زندگی فرد ایجاد می‌کند (American Psychological Association, 2013). اختلال دوقطبی شامل اختلال دوقطبی نوع I و II، اختلال ادواری خوبی است (Bucher, 2015). در اختلال دوقطبی نوع I دست کم یک دوره شیدایی وجود دارد که این دوره شیدایی می‌تواند قبل یا بعد از دوره‌های هیپومانیا یا افسردگی اساسی واقع شود. در اختلال دوقطبی نوع II فرد دستخوش دوره‌های مانیک تمام‌عیار نمی‌شود، اما دوره‌های هیپومانیک واضح به‌علاوه دوره‌های افسردگی اساسی را تجربه می‌کند (American Psychological Association, 2013). در سال‌های اخیر تشخیص اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان مورد توجه بیشتری قرار گرفته، میزان تشخیص اختلال در این گروه سنی نیز بیشتر شده است (Kowatch, Youngstorm, Danielyan & Findling, 2005). به دلیل وجود تردیدهایی در تشخیص اختلال دوقطبی در کودکان و نوجوانان، میزان شیوع دقیق آن روشن نیست. یک بررسی نشان داد که ۱ درصد نوجوانان مبتلابه اختلال دوقطبی نوع II هستند و ۵/۶ درصد آن‌ها علائم چشمگیر اما کمتر از آستانه دارند (Shaw, Egeland, Endicott & Hostetter, 2005). کسانی که خلق بالا دارند دوره مانیا: افزایش اعتماد به نفس یا خودبزرگ‌بینی، کاهش نیاز به خواب، پرحرفی، پرش افکار یا تجربه ذهنی سبقت افکار، حواس پرتی، افزایش فعالیت‌های معطوف به هدف یا فعالیت‌های بدون هدف و افرادی که خلق پایین دارند با افسردگی یا کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز و افکار مرگ و خودکشی مشخص هستند. سایر علائم عبارت‌اند از تغییر در سطح فعالیت و توانایی شناختی، تکلم و اعمال نباتی (خواب، اشتها، فعالیت جنسی و سایر ریتم‌های زیستی) (American Psychological Association, 2013).

1- Bipolar disorder

نوجوانانی که دچار اختلال دوقطبی هستند معمولاً به سرعتی از حالت شیدایی به افسردگی تغییر وضعیت می دهند این دگرگونی حالت، ممکن است در عین سرحال بودن باعث تندخویی و تحریک پذیری، پرخاشگری^۱ آنان شود. در این راستا یافته‌های پژوهشی نشان می دهند که پرخاشگری در اختلال‌های خلقی نقش دارند و در طول دوره مانیک اختلال دوقطبی افزایش می یابد (Swann, 2010) و ویژگی اصلی اختلال دوقطبی است (Swann, Lijffijt, Lane, Steinberg & Moeller, 2009). پرخاشگری آن دسته از رفتارهای ضداجتماعی و اعمال مغرضانه است که هدف آن صدمه زدن به شخص، شیء یا سیستم است که سبب اجتناب دیگران یا مقابله به مثل آنان می شود (Sakai & Yamasaki, 2004). از سوی دیگر، Bellani et al. (2012) گزارش کرده اند که افزایش پرخاشگری در بیماران دوقطبی با علائم اضطرابی همراه است. اضطراب^۲ ویژگی رایج اختلال دوقطبی است و علائم اضطراب مکرراً به آستانه همبودی اختلال اضطرابی می رسد (Kim et al., 2014). اضطراب احساس مبهم و ناخوشایندی است که غالباً منبع آن برای افراد ناشناخته است. وجود علائم اضطرابی در بیماران دوقطبی با سن شروع پایین تر بیماری همراه بوده و منجر به بروز حملات مختلط و شدیدتر با بی ثباتی در علائم، شدت علائم افسردگی، افزایش بیماری های طبی، افزایش خطر اقدام به خودکشی، اختلال عملکرد بیشتر، کیفیت زندگی پایین تر و سیر بدتر بیماری همراه بوده است (Gaudiano & Miller, 2005). تحقیقات کلر ۲۰۰۶ و گائو دیانو و میلر ۲۰۰۵ نشان می دهد وجود علائم اضطرابی در بیماران دوقطبی عملکرد و کارکرد اجرایی این بیماران را دچار اختلال می کند (Parashesh & Ziaoddin, 2010). تحقیقات نشان می دهد این اختلال تأثیر منفی بر زندگی افراد می گذارد و منجر به مشکلات شغلی، تحصیلی، مشکلات رفتاری در افراد مبتلا می شود (Rashedi, Sohrabi & Shams, 2011) همچنین از طرفی دارو درمانی به تنهایی در پیشگیری از عود اختلال دوقطبی موثر نیست و عوامل دیگری هم در آن نقش دارند بررسی ها صورت گرفته برای شناسایی عوامل مؤثر در بازگشت مجدد اختلال دوقطبی، عواملی مانند عدم پایبندی به درمان دارویی (Fialko, Garety, Kuipers, Dunn, Bebbington, Fowler & Freeman, 2008) وجود علائم خرده نشانه (Marangell, 2004) باقیمانده مانیا و افسردگی (Perlís, Ostacher, Patel, Marangell, Zhang & Wisniewski, 2006) نمود می کنند به عبارتی

1- aggression

2- anxitey

وجود درمان‌های غیر دارویی در کنار دارو درمانی ضروری به نظر می‌رسد (Frank, 2005). امروزه توجه به درمان کارآمد، سال‌هاست که دغدغه‌ی ذهنی روان‌پزشکان و روان‌شناسان می‌باشند به نظر می‌رسد که اولین هدف درمانی در اختلال دوقطبی، درمان مرحله حاد بیماری و جلوگیری از بازگشت آن است. اگرچه درمان دارویی، درمان اصلی اختلالات دوقطبی محسوب می‌شود اما مطالعات در سال‌های گذشته نشان داده است که افزودن مداخلات روانی- اجتماعی به برنامه درمان، کارآمدی آن را افزایش می‌دهد (Zaretsky, 2003). باورهای واسطه‌ای و افکار ناکارآمد که طیف گسترده‌ای از تجربیات بیماران را دربرمی‌گیرد باعث مزمن شدن مشکلات و ایجاد ساختارهای شناختی فراگیر در مورد خود و بیماری می‌شود و درمان‌های روانی در شناخت این باورها و افکار مؤثر هستند و می‌تواند بار هیجانی آن‌ها را کاهش دهند (Gonzales et al., 2004). یکی از درمان‌هایی که در کنار درمان دارویی بیماران مبتلابه اختلال دوقطبی جدیداً به کار گرفته می‌شود درمان ذهن آگاهی نوجوان محور می‌باشد. ذهن آگاهی به تجربه‌ای برمی‌گردد که در آن فرد به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان حاضر و خالی از قضاوت به درون و بیرون خود آگاهی می‌یابد (Roth & Robbins, 2004). در واقع، ذهن آگاهی یعنی بودن در لحظه با هر آنچه که اکنون هست، بدون قضاوت درباره آنچه اتفاق می‌افتد؛ یعنی تجربه واقعیت محض، که مستلزم درک کردن احساسات شخصی است و مطمئناً به‌طور ضمنی شامل ایجاد و اصلاح راهی برای نزدیک‌تر شدن به تجربیات فردی شخص از طریق مشاهده شخصی نظام‌مند است (Segal, Willoms & Teasdale, 2003). ذهن آگاهی کودک محور^۱ و نوجوان محور^۲ یکی از جدیدترین روش‌هاست که کاربرد بالینی آن برای کودکان دارای اختلال‌های نارسایی توجه/ بیش‌فعالی، افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه، وسواس فکری و عملی و پرخاش‌گری مفید بوده است (Burdick, 2014).

Ebadi Asi, Lotfi Nia and Babaei (2016) نشان دادند که آموزش ذهن آگاهی باعث کاهش پرخاش‌گری بدنی، پرخاش‌گری کلامی و خشم و خصومت می‌شود. در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است که آموزش ذهن آگاهی سبب بهبود خلق و کاهش اضطراب و خستگی (Zeidan, Johnson, Diamond, David & Goolkasian, 2010) کاهش پرخاش‌گری و عواطف (Safari, Padban, Bakhshi, Amiri Jami & Safari, 2016)،

1- Child-centered mindfulness

2- Adolescent-centered mindfulness

بهبود تندرستی (Kols, Sauer & Walach, 2009)، کاهش مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان (Perry- Parrish, Copcland- Linder, Webb & Sibinga, 2016; Sharifpour, Manshaee & Sajjadian, 2018)، سازگاری اجتماعی (Hosseini & Manshai, 2018) و کاهش اضطراب و افسردگی در بیماران دوقطبی (Chu et al., 2018) می‌گردد. همچنین در پژوهشی (Birami, Movahedi, Mohammadzadegan, Movahedi and Vakili (2013) نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و افسردگی دانش آموزان موثر است. (Garnefski, Van Den Kommer, Kraaij, Teerds, Legerstee and Onstein (2012) معتقدند، راهبردهای تنظیم هیجان^۱ اصل اساسی شروع، ارزیابی، نگهداشت و سازمان‌دهی رفتار سازش یافته و همچنین پیشگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازش یافته است. از این رو، مداخلات در زمینه تنظیم هیجان نیز در بیماران دوقطبی اثربخش است. آموزش تنظیم هیجان^۲ عبارت است از آگاهی و درک هیجان‌ها، پذیرش هیجان‌ها، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی و رفتار مطابق با اهداف مطلوب هنگام تجربه هیجان‌های منفی و توانایی استفاده متناسب از واکنش‌های هیجانی به صورت مطلوب به منظور تحقق اهداف فرد و مطالبات موقعیت است. تغییرات در سیستم زیستی و شناختی و اجتماعی در طول دوره نوجوانی، موقعیت‌های عاطفی را فراهم می‌کند که می‌تواند به افزایش تجربه‌های عاطفی منفی و بی‌ثباتی هیجانی منجر شود (McLaughlin, Hatzenbuehler, Douglas & Nolen, 2011). (Berking and Wupperman (2012) بی‌ثباتی هیجانی را از نظر زیست شناختی مشخصه اصلی اختلال دوقطبی دانسته‌اند. بی‌ثباتی هیجانی به صفاتی از قبیل زودرنجی، بی‌قراری، پرخاشگری، تحریک پذیری، تغییرگرایی، تکانشی اطلاق می‌گردد (MacKinnon & Pies, 2006). همچنین تحقیقات انجام شده به وجود بی‌ثباتی هیجانی در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی اشاره دارد (Berking & Wupperman, 2012). (Berking and Wupperman (2012) در مطالعه‌ای افراد مبتلا به اضطراب و اختلالات خلقی را با گروه گواه مورد مقایسه قرار داده و نشان دادند، گروه مبتلا به اختلال به هنگام تماشای فیلم هیجان برانگیز، بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان نظیر رفتارهای اجتنابی یا سرکوبی استفاده می‌کنند. (Berking & Wupperman (2012) معتقدند فردی که در تنظیم هیجان‌های منفی

-
- 1- emotion regulation strategies
 - 2- exercise setting training

مشکل دارد در برابر فشارهای محیطی آسیب‌پذیرتر است؛ بنابراین تنظیم هیجان سازگارانه، رفتارها و فعالیت‌های مناسب در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را بالا می‌برد و عامل کلیدی و تعیین‌کننده در کارکرد اثربخش و بهزیستی روانی است. در تحقیقات مختلف نشان داده شد آموزش تنظیم هیجان بر کاهش پرخاشگری ارتباطی و آشکار، (Gravand & Monshei, 2015)، کنترل هیجان نوجوانان (Jafari, Ghazanfarian, Aliakbari and Kamarzarin, 2017)، بر کاهش افسردگی و اضطراب (Sharifipour, Davazdah Emami, Bakhtiari, Mohammadi and Saberi, 2017)، مؤثر است. Gross (2002) بر اساس مدل کیفیت تولید هیجان، مدل فرایند تنظیم هیجان را ارائه کرده است. مدل اولیه شامل ۵ مرحله شروع، موقعیت، تجربه، ارزیابی و پاسخ است؛ به اعتقاد گراس هر مرحله از فرایند تولید هیجان، دارای یک هدف تنظیمی بالقوه است و مهارت‌های تنظیم‌کننده هیجان می‌توانند در نقاط مختلف این فرایند اعمال شوند (Gross & Thompson, 2007). تاکنون متخصصان چندین نوع درمان روان‌شناختی را به‌منظور بهبود حال بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی مانند درمان میان‌فردی (Frank, 2005)، درمان متمرکز بر خانواده (Miklowitz, 2008) آموزش روانی گروهی (Didonna, 2009)، درمان شناختی رفتاری (Jannati, Farid Hosseini, Kashani & Seifi, 2016) بکار برده‌اند. بنابراین، مشخص کردن درمانی که در کنار دارودرمانی برای کمک به بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی و حل مشکلات آن‌ها به کار گرفته شود و درعین حال مؤثر و مقرون به صرفه باشد احساس می‌شود همچنین با توجه به شیوع این اختلال و مشکلاتی که برای مبتلایان به اختلال دوقطبی به ویژه نوجوانان ایجاد می‌شود و نیز کمبود پژوهش در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف بررسی و مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی نوجوان محور با آموزش تنظیم هیجان گراس بر کاهش پرخاشگری و اضطراب نوجوانان دختر مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II انجام گرفت.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. ۴۵ دختر نوجوان مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II مراجعه‌کننده به بیمارستان الزهرا در بهار و تابستان ۱۳۹۷ به روش نمونه‌گیری داوطلبانه انتخاب و به‌طور تصادفی به سه گروه ۱۵ نفر، گواه و دو گروه آزمایشی اختصاص یافتند. شرکت‌کننده‌های گروه آزمایشی ۱، آموزش ذهن

آگاهی نوجوان محور برگرفته شده از جلسات درمانی ذهن آگاهی نوجوان محور (Burdick, 2017, Translated by: Monshei Azad et al.) را به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه دریافت نمودند، شرکت کننده‌های گروه آزمایشی ۲، آموزش تنظیم هیجان برگرفته شده از آموزش تنظیم هیجان Gross (2007) را به مدت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه دریافت کردند، و شرکت کننده‌های گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. هر سه گروه قبل از اجرای جلسات درمان و بعد از آن و همچنین بعد از ۴۵ روز در مرحله پیگیری به پرسش‌نامه‌های پژوهش پاسخ دادند. ملاک‌های ورود شرکت کنندگان به پژوهش ابتدا به اختلال دوقطبی نوع II به تشخیص روان‌پزشک، داشتن سن ۱۴ تا ۱۷ سال، مؤنث بودن و مصرف داروهای روان‌پزشکی جهت تثبیت خلق و ملاک خروج از پژوهش داشتن حداقل ۲ جلسه غیبت در فرایند مداخله و داشتن اختلالات روان‌پزشکی دیگر به تشخیص روان‌پزشک بود.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسش‌نامه پرخاشگری^۱. این پرسش‌نامه توسط Isaing, Gilin & Wilson's (1975) ساخته شده شامل ۳۰ ماده در زمینه پرخاشگری افراد است که ۲۰ ماده در قالب پاسخ مثبت و ۱۰ ماده در قالب پاسخ منفی تنظیم شده است. هر ماده این ابزار سه گزینه دارد. اگر ماده مثبت باشد آزمودنی نیز به آن سؤال پاسخ مثبت (بلی) بدهد، دو نمره دریافت خواهد کرد؛ اما اگر پاسخ منفی بدهد، نمره نخواهد گرفت. در حالت فی مابین، یک نمره خواهد گرفت؛ یعنی، اگر به پاسخی که حالت مثبت دارد، پاسخ نمی‌دهد یک نمره دریافت خواهد کرد. در مورد ماده‌هایی که هم نمره منفی دارند به همین شیوه عمل خواهد شد. دامنه ضرایب پایایی آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه از ۰/۶۹ تا ۰/۷۴ است (Dortag, 2009). روایی این آزمون را آیزنگ تایید کرد (Ising, 1975). ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر برابر ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسش‌نامه اضطراب: این پرسش‌نامه توسط Beck (1990) برای سنجش میزان اضطراب تدوین شده و شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت، چهار گزینه جهت پاسخ وجود دارد (اصلاً = ۰، خفیف = ۱، متوسط = ۲، شدید = ۳). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که این پرسش‌نامه از پایایی بالایی برخوردار است، ضرایب آلفای کرونباخ و باز آزمایی این

1- Aggression Questionnaire

پرسش‌نامه به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۷۵ و هم‌بستگی ماده‌ها از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش شده است (Kaviani & Mousavi, 2008). Rafiee and safiee (2013) پایایی پرسشنامه اضطراب بک vh ۰/۹۰۲ گزارش کردند. در پژوهش حاضر، ضریب آلفای کرنباخ این پرسش‌نامه ۰/۹۶ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

جهت اجرای پژوهش از میان نوجوانان دختر مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II مراجعه کننده به بیمارستان الزهرا اصفهان ۴۵ نفر به صورت داوطلب انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفر، یک گروه گواه و دو گروه آزمایشی جایگزین شدند. درمان در گروه اول شامل ۸ جلسه گروهی ذهن آگاهی نوجوان محور بر گرفته از جلسات درمانی (Burdick, 2017,) (Translated by: Monshei Azad et al.) و در گروه دوم شامل ۸ جلسه گروهی آموزش تنظیم هیجان گراس برگرفته از جلسات درمانی (Gross (2007) بود. گروه گواه تحت هیچ‌گونه مداخله‌ای قرار نگرفت. هر سه گروه قبل از اجرای جلسات درمان و پس از اتمام جلسات درمان و ۴۵ روز پس از اتمام درمان در مرحله پیگیری، پرسش‌نامه‌های پرخاشگری آیزینگ، گلین ویلسون و اضطراب بک را تکمیل نمودند.

خلاصه جلسات درمانی راهنمای آموزش ذهن آگاهی به کودکان و نوجوانان (Burdick, 2017,) (Translated by: Monshei Azad et al.)، به شرح زیر می‌باشد.

جلسه اول: معرفی آموزش ذهن آگاهی و تعریف آن، توضیح پیرامون علت اجرای دوره آموزشی برای شرکت‌کنندگان، توضیح پیرامون چگونگی برنامه‌ریزی برای تمرینات ذهن آگاهی و گنجاندن این تمرینات در زندگی روزانه، مشارکت والدین و یادداشت‌های روزانه درباره تمرین ذهن آگاهی، آموزش و انجام تمرینات مربوط به وضعیت‌های تمرینات مراقبه ذهن آگاهی (وضعیت نشستن روی صندلی، خوابیده، نشستن به حالت چهارزانو، حالت لوتوس کامل، وضعیت دست‌ها).

جلسه دوم: صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از ذهن آگاهی، تمرین تنفس آگاهانه و آموزش تنفس شکمی، تمرین ذهن آشفته در برابر ذهن آرام با کمک بطری اکلیلی، ارائه تمرین خانگی.

جلسه سوم: صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از ذهن آگاهی و تکرار تنفس ذهن آگاهانه و آموزش بادی اسکن، ارائه تمرین خانگی.

جلسه چهارم: تکرار تمرینات پایه تنفسی و آموزش آگاهانه نسبت به زمان حال با کمک تمرین لیوان آب-انجام حرکات ذهن آگاهانه، ارائه تمرین خانگی.

جلسه پنجم: صحبت در مورد تجربه شرکت‌کنندگان از تمرینات ذهن آگاهی و آموزش ذهن آگاهی نسبت به پنج حس (خوردن ذهن آگاهانه، گوش دادن ذهن آگاهانه، لمس کردن ذهن آگاهانه، بویدن ذهن آگاهانه، دیدن ذهن آگاهانه) به همراه تکرار تمرین تنفس ذهن آگاهانه و ارائه تمرین خانگی.

جلسه ششم: تکرار تمرینات پایه تنفسی، انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به هیجان‌ها، انجام تمرین از کنترل خارج نشو، مراقبه محبت شفقت‌آمیز، ارائه تمرین خانگی.

جلسه هفتم: مرور تمرینات جلسات قبل و انجام تمرین ذهن آگاهی نسبت به افکار «تخته سفید نانوخته» و مراقبه رهایی از افسردگی، ارائه تمرین خانگی.

جلسه هشتم: تکرار تمرینات تنفسی پایه، (تنفس آرمیدگی) و تمرین تن آرامی عضلانی تدریجی برای نوجوانان، یادداشت نویسی درباره تجربه ذهن آگاهی (ذهن آگاهی نسبت به لحظه حال)، انجام مراقبه برای خواب (مراقبه خواب)، ارائه تمرین خانگی.

خلاصه جلسات درمانی آموزش تنظیم هیجان (Gross (2007) به شرح زیر می‌باشد:

جلسه اول: معارفه و آشنایی با آزمودنی‌ها، ارائه توضیح درباره ماهیت آموزش و نحوه برگزاری جلسات و قوانین مرتبط به حضور در کلاس‌ها و انجام تکالیف در خارج از جلسه‌های آموزشی و آشنایی آزمودنی با مفهوم هیجان و تنظیم هیجان.

جلسه دوم: ارائه آموزش هیجانی، شناخت هیجان و موفقیت‌های بر انگیزنده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها، اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه‌مدت و درازمدت هیجان‌ها.

جلسه سوم: ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی، اعضا راجع به عملکرد هیجان‌ها در فرآیند سازگاری انسان و فواید آن‌ها، نقش هیجان‌ها در برقرار کردن ارتباط با دیگران و تأثیرگذاری روی آن‌ها و همچنین سازمان‌دهی و برانگیزاندن رفتار انسان بین آزمودنی گفتگو صورت خواهد گرفت.

جلسه چهارم: کاربرد هیجان‌های مثبت و منفی در روابط بین فردی.

جلسه پنجم: آموزش شیوه‌هایی مانند به تأخیر انداختن واکنش، تغییر جهت توجه، متوقف کردن نشخوارهای فکری و نگرانی و آموزش توجه.

جلسه ششم: تغییر ارزیابی‌های شناختی، ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی، آموزش راهبردهای باز-ارزیابی.

جلسه هفتم: تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان، شناسایی میزان و نحوه استفاده از راهبردهای بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن، مواجه آموزش ابراز هیجان، اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت‌کننده‌های محیطی، آموزش تخلیه هیجانی و آرمیدگی و عمل معکوس.

جلسه هشتم: ارزیابی مجدد و رفع موانع، کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در محیط‌های خارج از جلسه، بررسی و رفع موانع انجام تکالیف.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمره‌های اضطراب و پرخاشگری سه گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ نشان داده شده است. برای مقایسه سه گروه از نظر اضطراب و پرخاشگری از تحلیل کوواریانس استفاده شد. استفاده از تحلیل کوواریانس نیازمند پیش‌فرض‌هایی است که مهم‌ترین آن‌ها نرمال بودن توزیع نمره‌ها، همگنی واریانس‌ها، همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس، همبستگی متعارف بین متغیرهای کنترل و همگنی شیب رگرسیون به وسیله تعامل پیش‌آزمون و متغیر مستقل است (MacKinnon, 2008). نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف جهت بررسی پیش‌فرض نرمال بودن نمره‌های پرخاشگری و اضطراب در سه مرحله در سه گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

Table 1.
Descriptive Indicators of Aggression and Anxiety Variables of Experimental and Control Groups in the Three Stages

Variable	Group	Pretest		Posttest		Follow-up	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Anxiety	Adolescent-centered mindfulness	26.1	10.88	11.45	6.57	9.09	7.55
	Emotion regulation	24.63	11.73	20.09	10.17	16.09	9.41
	Control	29.63	13.99	28.27	13.29	25.82	12.02
Aggression	Adolescent-centered mindfulness	49.72	7.77	13.27	8.56	12.82	7.75
	Emotion regulation	43.36	10.34	22.09	9.04	17.54	7.85
	Control	30.18	12.21	29.36	12.68	26.9	12.07

Table 2.
Kolmogorov-Smirnov test on the normality assumption of aggression score distribution of the three research groups and three research stages

Variable	Group	Pretest		Posttest		Follow-up	
		Statistic	Sig.	Statistic	Sig.	Statistic	Sig.
Aggression	Adolescent-centered mindfulness	0.124	0.2	0.22	0.051	0.168	0.2
	Emotion regulation	0.181	0.198	0.218	0.054	0.208	0.081
	Control	0.142	0.2	0.212	0.068	0.217	0.055
Anxiety	Adolescent-centered mindfulness	0.136	0.2	0.218	0.054	0.217	0.056
	Emotion regulation	0.143	0.2	0.124	0.2	0.151	0.2
	Control	0.198	0.116	0.22	0.051	0.218	0.054

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف نشان می‌دهد که تفاوت‌ها معنی‌دار نیستند، بنابراین فرض نرمال بودن برقرار است. نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین جهت بررسی پیش فرض برابری واریانس گروه‌ها در سه مرحله پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

Table 3.
F-test of equality of variances of aggression and anxiety scores of three groups in the three research stages

Variable	Pretest		Posttest		Follow-up	
	F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
Aggression	5.617	0.002	2.334	0.084	1.705	0.176
Anxiety	0.062	0.979	2.005	0.124	0.203	0.894

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که آزمون لوین در مرحله پس‌آزمون و پیگیری معنی‌دار نیست و تنها در مرحله پیش‌آزمون در متغیر پرخاشگری معنی‌دار است. البته با توجه به برابر بودن تعداد ۳ گروه این معنی‌داری مشکلی ایجاد نمی‌کند. نتایج آزمون آم باکس برای بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس - کوواریانس نمره‌ها در جدول ۴ آورده شده است.

Table 4.
Results of The Box's M test for equality of covariances of aggression and anxiety scores of the three groups

Variable	The Box's M statistic	F-value	Df1	Df2	Sig.
Aggression	26.217	2.724	9	35937.955	0.004
Anxiety	55.799	5.799	9	35937.955	0.001

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد ماتریس واریانس - کوواریانس نمره‌ها همسان است. نتایج تحلیل مانکوا جهت بررسی تأثیرات آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور و آموزش تنظیم هیجان بر اضطراب و پرخاشگری نوجوانان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۵ ارائه شده است. براساس یافته‌های به دست آمده در جدول ۵، میانگین نمره‌های اضطراب و پرخاشگری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایشی و گروه گواه تفاوت معنی‌داری دارد ($p=0/001$). نتایج آزمون تحلیل تک متغیری برای مقایسه سه گروه در پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۶ ارائه شده است.

Table 5. Total results of multivariate covariance analysis comparing the effect of adolescent-centered mindfulness and emotional regulation on anxiety and aggression.

Variable	Pillai's trace	Wilks' lambda (Λ)	F	Hypothetical df	Error df	Sig.	Size effect	Statistical power
Pretest of anxiety	0.831	0.169	66.19	2	27	< 0.001	0.831	1.000
Posttest								
Pretest of aggression	0.435	0.565	10.4	2	27	< 0.001	0.435	0.978
Group	0.885	0.179	11.11	4	56	< 0.001	0.442	1.000
Follow-up								
Pretest of anxiety	0.59	0.41	19.46	2	27	< 0.001	0.59	1.000
Pretest of aggression	0.393	0.607	8.75	2	27	< 0.001	0.393	0.952
Group	0.739	0.302	11.079	4	56	< 0.001	0.451	1.000

Table 6. Results of ANCOVA aggression and anxiety variables in posttest and follow-up with pre-test pf the control group

Stage	Resource	Sum of squares	df	Mean of squares	F	p	Effect size
Posttest	Aggression	2013.41	2	1006.71	22.07	0.001 <	0.612
	Anxiety	635.021	2	317.51	27.31	0.001 <	0.661
Follow-up	Aggression	1383.79	2	691.89	20.91	0.001 <	0.599
	Anxiety	697.27	2	348.64	16.13	0.001 <	0.535

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های پرخاشگری و اضطراب در گروه‌های آزمایشی و گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری با کنترل پیش‌آزمون معنی‌دار هستند ($p < 0/001$). برای مقایسه زوجی گروه‌ها از آزمون ینفرونی استفاده شد که نتایج در جدول ۷ نشان داده شده است.

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد، در متغیر اضطراب در مرحله پس‌آزمون بین گروه گواه با گروه آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور ($p < 0/001$) و گروه گواه با گروه تنظیم هیجان تفاوت معنی‌دار است ($p < 0/05$) هم‌چنین تفاوت گروه‌های ذهن آگاهی نوجوان محور و تنظیم هیجان در این مرحله معنی‌دار است ($p < 0/001$)؛ در این متغیر در مرحله پیگیری بین گروه

Table 7.
Bonferroni follow-up test results to compare groups

Stage	Groups		Difference of means	Error of standard deviation	Sig.
Posttest of anxiety	Adolescent-centered mindfulness	Control	-15.95	2.49	0.001
	Emotion regulation training	Control	-3.77	2.15	0.032
	Adolescent-centered mindfulness	Emotion regulation training	-12.17	1.81	0.001
Posttest of aggression	Emotion regulation training	Control	-33.79	2.62	0.001
	Adolescent-centered mindfulness	Control	-22.18	2.25	0.001
	Adolescent-centered mindfulness	Emotion regulation training	-11.61	1.89	0.001
Follow-up of anxiety	Adolescent-centered mindfulness	Emotion regulation training	-19.28	2.74	0.001
	Emotion regulation training	Control	-8.65	2.36	0.001
	Adolescent-centered mindfulness	Control	-10.62	1.98	0.001
Follow-up of aggression	Adolescent-centered mindfulness	Emotion regulation training	-31.10	2.48	0.001
	Adolescent-centered mindfulness	Control	-21.89	2.14	0.001
	Emotion regulation training	Control	-9.21	1.8	0.001

گواه با گروه آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور ($p < 0/001$)، گروه گواه با گروه تنظیم هیجان ($p < 0/001$)، گروه‌های ذهن آگاهی نوجوان محور و تنظیم هیجان ($p < 0/001$) تفاوت معنی‌دار است. در متغیر پرخاشگری نیز در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بین گروه گواه با گروه آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور ($p < 0/001$)، گروه آموزش تنظیم هیجان با گواه ($p < 0/001$) معنی‌دار است، همچنین تفاوت میانگین نمره‌ها بین گروه آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور با گروه آموزش تنظیم هیجان معنی‌دار به‌دست‌آمده است ($p < 0/001$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور بر پرخاشگری نوجوانان دختر مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II موثر است. یافته‌های پژوهش با یافته‌های Burdick (2014); Ebadi

Safari, Padban, Bakhshi, Amiri Jami and Safari و Asl, Lotfi Nia and Babaei (2016) (2016) همسو است. Segal, Willoms and Teasdale (2003) معتقدند، مداخلات ذهن آگاهی در افراد پرخاشگر نه تنها به شکست چرخه‌های پردازش معیوب، افکار خود آیند منفی و نگرش‌های ناکارآمد منجر می‌شود بلکه موجب رشد دیدگاه جدید، هیجان‌های مثبت و خوشایند، کنترل رفتارهای پرخاشگرانه و روابط اجتماعی بهتر در موقعیت‌های مختلف اجتماعی می‌شود. ذهن آگاهی باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت‌های روان‌شناختی مثبت می‌شود و حتی موجب بهبود توانایی فردی در فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها می‌شود؛ بنابراین می‌تواند موجب کاهش پرخاشگری در نوجوان دختر مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II شود از طرفی جریان مداوم افکار، احساسات و هیجانات می‌تواند ذهن آرام و شفاف را مستأصل کند. درمان ذهن آگاهی نوجوان محور توانسته با مناسب‌سازی مهارت‌های ذهن آگاهی برای نوجوانان به‌عنوان یک شیوه درمانی با برخورداری از تکنیک‌هایی نظیر تن آرامی، پوشش بدن و تجزیه و تحلیل مثبت و پذیرش افکار و استفاده از تکنیک‌های ذهن آشفته در برابر ذهن آرام بر مشکلات و توانایی ضعیف در ارتباط کلامی به‌خصوص در موقعیتی که تعارض دارند به این توانایی برسند که پرخاشگری را در خویش بپذیرند بتواند جهت پرخاشگری را تغییر دهند و از طریق جایگزین کردن افکار خوشایند به جای پرخاشگری به کاهش رفتار پرخاشگرانه برسند.

همچنین نتایج نشان داد که تأثیرات آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور بر اضطراب نوجوانان دختر مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II موثر است یافته‌های پژوهش با یافته‌های Zeidan, Johnson, Diamond, David and Goolkasian (2010)، Chu et al. (2018) و Bayrami, Movahedi, Mohammadzadegan and Movahhedi (2013) هماهنگ است. در تبیین این یافته می‌توان گفت تمرین‌های ذهن آگاهی به‌روشنای مثبت مغز را تغییر می‌دهد و به پیشرفت و تثبیت خلق و تقویت تنظیم هیجان کمک می‌کند و عزت‌نفس نوجوانان را که در این دوره آسیب‌پذیر است تحکیم می‌کند. نوجوانان با تمرین ذهن آگاهی مهارت‌هایی را یاد می‌گیرند که به آن‌ها کمک می‌کند خودشان را آرام سازند، نسبت به تجربیات درونی و بیرونی خود آگاه شده و نسبت به رفتارها و روابطشان تعمق و تفکر کنند. ویژگی‌های مشخصه اضطراب عبارت‌اند از نگرانی مزمن، بی‌قراری، تحریک‌پذیری، مشکل در تمرکز، تنش

عضلانی، خستگی مفرط و اختلال خواب است. اضطراب در نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی به صورت ترس، کناره‌گیری از اجتماع و رفتارهای مقابله‌ای بروز می‌کند. ذهن آگاهی به‌طور معمول سیستم عصبی سمپاتیک را که در هنگام اضطراب بسیار برانگیخته می‌شود آرام می‌کند. تمرین‌های ذهن آگاهی، ذهن آشفته را آرام کرده و بر آن دسته از افکار و احساسات درونی تمرکز دارد. در درمان ذهن آگاهی نوجوان محور با آموزش فنون تنفس و آگاهی نسبت به تنفس به آرامی می‌تواند تمرکز را از بیرون به درون حرکت دهد. همچنین می‌توان از تکنیک‌هایی مانند ذهن آگاهی نسبت به هیجانات، ذهن آگاهی نسبت به افکار، حرکت ذهن آگاهانه به نوجوانان مبتلا به اختلال دوقطبی کمک کرد که از میزان اضطراب خود بکاهند. از طرفی نتایج نشان داد که تأثیرات آموزش تنظیم هیجان بر پرخاشگری نوجوانان دختر مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II موثر است.

یافته‌های پژوهش با یافته‌های (Gravand & Monshei, 2015) مبنی بر اینکه آموزش تنظیم هیجان بر کاهش پرخاشگری ارتباطی و آشکار و افزایش رفتار جامعه پسند نوجوانان مؤثر بوده است همسو می‌باشد. راهبردهای تنظیم هیجان یک اصل اساسی در شروع، ارزیابی، نگهداشت و سازمان‌دهی رفتار سازش یافته و همچنین پیشگیری از هیجان‌های منفی و رفتارهای سازش نایافته محسوب می‌شود (Gross, 2002). ابعاد درگیر در بروز خشم و پرخاشگری در افراد مبتلا به اختلال دوقطبی با نقص در برخی مهارت‌های تنظیم هیجان، مانند فاجعه‌بار خواندن، سرزنش دیگران و نشخوار فکری هماهنگ است تنظیم هیجان تمامی فرآیندهای بیرونی و درونی را دربرمی‌گیرد. تنظیم هیجان می‌تواند به‌طور خودکار یا کنترل‌شده، هشیار یا ناهشیار انجام گیرد در افراد عادی امکان برون‌ریزی مناسب هیجانات وجود دارد؛ بنابراین به شکل ناهشیار و خودکار صورت می‌گیرد. این در حالی است که در نوجوان مبتلا به اختلال دوقطبی پرخاشگر امکان اجرای هوشیارانه و کنترل‌شده‌ای وجود ندارد. بنابراین با استفاده از راهبردهای درمانی آموزش تنظیم هیجان با توجه به درگیری ابعاد گسترده شناختی، جسمانی، اجتماعی و رفتاری می‌توان نتایج منفی بروز نامناسب هیجانی چون پرخاشگری را جلوگیری کرد.

نتایج نشان داد که تأثیرات آموزش تنظیم هیجان بر اضطراب نوجوانان دختر مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II موثر است. یافته‌های پژوهش با یافته‌های Sharifipour, Davazdah Emami,

Bakhtiari, Mohammadi and Saberi (2017); Badan Firouz, Makvand Hosseini and Mohammadifar (2017); Salehi, Baghban, Bahrami & Ahmadi (2011)

تیین این یافته می‌توان گفت تنظیم هیجان می‌تواند با آگاه نمودن فرد، از هیجان‌های مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها نقش مهمی در کاهش علائم جسمانی اضطراب داشته باشد. همچنین مهارت‌های تنظیم هیجان به افرادی که از لحاظ هیجانی آسیب‌پذیر هستند اجازه می‌دهد که در زمان حال باشند و در نتیجه به جای آن‌که واکنش بیش‌ازحد اضطرابی به موقعیت نشان دهند درک عینی‌تری از میزان تهدید به دست آورند و از آنجایی‌که توجه عمده درمان تنظیم هیجان بر هیجان‌های مثبت و منفی و تقویت آن‌هاست و نیز فرآیندهای هیجانی نوجوانان در این سیستم ممکن است بر سیستم شناختی آن‌ها تأثیر داشته باشد لذا با شناخت آگاهی از این فرایندهای هیجانی می‌توان سیستم شناختی این افراد را تصحیح نمود و از اضطراب جلوگیری کرد.

همچنین پژوهش نشان داد که تأثیرات آموزش ذهن آگاهی نوجوان محور با آموزش تنظیم هیجان بر پرخاشگری و اضطراب نوجوانان دختر مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II متفاوت است به عبارتی درمان ذهن آگاهی نوجوان محور به کاهش اضطراب و پرخاشگری در نوجوانان دختر مبتلا به اختلال دوقطبی مؤثرتر از درمان آموزش تنظیم هیجان می‌باشد. این بیانگر این است که در درمان ذهن آگاهی نوجوان محور با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی بر اساس خصوصیات دوران نوجوانی طراحی شده است به نوجوان مبتلا به اختلال دوقطبی بیشتر کمک می‌کند که بتواند در حال و لحظه زندگی کند به آنان کمک می‌کند تمرکز کنند، فشارهای روانی‌شان را مدیریت کنند و هیجان‌هایشان را تنظیم کنند. همچنین احساس آرامش درونی را تجربه کنند و روابط معنی‌دار و عمیق‌تری را تجربه کنند. در حقیقت در درمان ذهن آگاهی نوجوان محور کلیه ابزارها و ایجاد مهارت‌ها مناسب‌سازی شده در حد نوجوان و همین امر شاید یکی از دلایل اصلی مؤثرتر بودن درمان در کاهش پرخاشگری و اضطراب بوده است.

محدودیت این پژوهش با توجه به اینکه جامعه این پژوهش نوجوانان دختر مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II است در تعمیم این نتایج به سایر گروه‌ها باید احتیاط لازم صورت گیرد. همچنین با توجه به عدم اختیار پژوهشگر مجبور به انتخاب نمونه گروه گواه از بیماران غیر بستری در بیمارستان بوده است. از طرفی پیشنهاد می‌گردد جهت کاهش پرخاشگری و اضطراب از روش درمانی ذهن آگاهی نوجوان محور در مراکز مشاوره و روان‌درمانی (محیط‌های بالینی) برای

نوجوانان دختر مبتلا به اختلال دوقطبی نوع II استفاده شود و جلسات و کارگاه‌های آموزشی جهت مشاوران و درمان‌گران با این رویکرد تشکیل گردد. پیشنهاد می‌شود این رویکرد روی گروه‌های دیگری مورد آزمون قرار گیرد تا اعتبار آن با اطمینان بالاتری برآورد شود. در پایان از مسئولین بیمارستان الزهرا جهت مساعدت در انجام این پژوهش تشکر می‌شود.

Reference

- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5 edition*, (DSM-5). In: Washington DC Publishers.
- Badan Firouz, A., Makvand Hosseini, Sh. & Mohammadifar, M. A. (2017). The relationship between emotion regulation with anxiety and depression syndrome in students: the mediating role of mindfulness. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*, 4 (2), 24-38.
- Bayrami, M., Movahedi, Y., Mohammadzadegan, R., & Movahedi, M. (2013). Effectiveness of mindfulness-based group therapy in reducing anxiety and depression in high school students. *Journal of Psychological Achievements, Shahid Chamran University of Ahvaz*, 4 (2), 1-18.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1990). *Beck Anxiety Inventory Manual*. San Anto: Psychological Corporation..
- Bellani, M., Hatch, J. P., Nicoletti, M. A., Ertola, A. E., Zunta-Soares, G., Swann, A.C., ... & Soares, J.C. (2012). Does anxiety increase impulsivity in patients with bipolar disorder or major depressive disorder? *Journal of Psychiatry Research*, 46, 616-21.
- Berking, M., & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-34.
- Bucher, M. (2015). *Psychological Pathology DSM V*. In.: Aresbaran publishing.
- Burdick, D. (2017). *A Guide to Mindfulness training for children and adolescents*. Gh. Monshei Azad et al. (Trans.). Isfahan: Islamic Azad University Press (Isfahan, Khorasgan).
- Burdick, D. E. (2014). *MindfulnessS for Kikds & Teens*. Londen: PESI Publishing & Media.
- Chu, C. S., Stubbs, B., Chen, T. Y., Tang, C. H., Li, D. J., Yang, W. C., ... & Lin, P. Y. (2018). The effectiveness of adjunct mindfulness - based intervention in tretment of bipolar disorder :Asystematic review andmeta -analysis. *Journal of Affective Disorders*, 45, 225-34.
- Didonna, F. (2009). *Clinical Handbook of Mindfulness*. New York: Springer Science and Business Media.
- Dortag, F. (2009). The effect of teaching anger on social aggression og 12-15 year old male students. *Practical Psychology Chapter*, 3 (6), 71.

- Ebadi, Asl, N., Lotfi Nia, H., & Babaei, R. (2016). Effectiveness of mindfulness-based education in reducing aggression in students of Islamic Azad University Tabriz Branch. Second International Congress on Community Empowerment in Educational Science and Social and Cultural Studies, Tehran: Center for Empowering Cultural and Social Skills of Society.
- Fialko, L., Garety, P. A., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P. E., Fowler, D., Freeman, D. (2008). A Large-Scale Validation Study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophrenia Research*, 100, 53–59.
- Frank, E. (2005). *Treating bipolar disorder: A clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy*. Guilford Press.
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a nonclinical sample. *European Journal of Personality*, 16(5), 403–20.
- Gaudiano, B. A., & Miller, I. W. (2005). Anxiety disorder comorbidity in Bipolar I Disorder: Relationship to depression severity and treatment outcome. *Depression and Anxiety*, 21(2), 70-71.
- Gonzales, P. A., Gonzalez, C., Enjuto, S., Fernandez de Corres, B., Lopez, P., Palomo, J., ... & Perez de Heredia, J. L. (2004). Psycho education and cognitive behavioral therapy in bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 109 (2), 83-90.
- Gravand, P., & Monshei Gh. (2015). Effectiveness of emotion regulation training and social skills on communication aggression, explicit and community-based behavior of aggressive adolescents in Khorramabad. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 5 (11), 199-190.
- Gross, J. J. (2007). Handbook of Emotion Regulation. New York: Guilford Press. *Individual Differences*, 30, 1311- 27.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39 (3) , 281-91.
- Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. *Handbook of emotion regulation*. (3-24). New York. NY, US: The Guilford Press.
- Hosseini, L., & Manshai, Gh. (2018). Effectiveness of child-centered mindfulness training on social adjustment and depression symptoms in children with depression disorder. *Journal of Exceptional Psychology*, 8 (29), 179-200.
- Jafari, E., Ghazanfarian, F., Aliakbari, M., Kamarzarin, H. (2017). The Effectiveness of Coping Skills' Training on Emotional Regulation in Delinquent Adolescents. *Journal of Psychological Achievements Shahid Chamran University of Ahvaz*. 24(1), 97-110.
- Jannati, Sh., Farid Hosseini, F., Kashani, A., & Seifi, H. (2016).

- Effectiveness of cognitive-behavioral group therapy on depression, anxiety and self-esteem in patients with bipolar I disorder. *Journal of Mental Health Principles*, 19 (2), 113-118.
- Kaviani, H., & Mousavi, A. S. (2008). Psychological characteristics of Beck Anxiety Inventory (BAI) in the age and sex classes of the Iranian population. *Journal of Medical University, Tehran University of Medical Sciences*, 66 (2), 136-140.
- Kim, S. W., Berk, L., Kulkarni, J., Dodd, S., De Castella, A., Fitzgerald, P. B., ... & Berk, M. (2014). Impact of comorbid anxiety disorders and obsessive-compulsive disorder on 24-month clinical outcomes of bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorder*, 166, 243-48.
- Kols, N., Sauer, S., & Walach, H. (2009). Facet of mindfulness – Results of an online study investigating the Freiburg mindfulness inventory. *Personality and Individual Differences*, 49, 1543-1555.
- Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Danielyan, A., & Findling, R. L. (2005). Review and meta-analysis of the phenomenology and clinical characteristics of mania in children and adolescents. *Bipolar Disorders*, 7(6), 483-96.
- MacKinnon, D. F., & Pies, R. (2006). Affective instability as rapid cycling: Theoretical and clinical implications for borderline personality and bipolar spectrum disorders. *Bipolar Disorder*, 1 (8), 1-14
- Marangell, L. B. (2004). The Importance of Subsyndromal Symptoms in bipolar Disorder. *J Clin Psychiatry*. 65 (suppl: 10):24-27.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M., Douglas, S. M. C., & Nolen, H. (2011). Emotion deregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 49, 544-54.
- Miklowitz, D. J. (2008). *Bipolar Disorder: A Family-Focused Treatment Approach*. New York and London: The Guilford Press.
- Parashesh, N., & Ziauddin, S. H. (2010). Anxiety, depression and general function in manic and mixed bipolar patients. *Journal of Kerman University of Medical Sciences*, 17 (2), 121-129.
- Perlis, R. H., Ostacher, M. J., Patel, J. K., Marangell, L. B., Zhang, H., & Wisniewski, S. R. (2006). Predictors of Recurrence in Bipolar Disorder: Primary Outcomes from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*, 163 (2), 217-24.
- Perry- Parrish, C., Copcland - Linder, N., Webb, L., & Sibinga, F. M. (2016). Mindfulness based Approaches for children and youth. *Curent Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 46 (6), 172-78.
- Rafiee, M., Seafiee, A. O., Reliability and Validity of Beck Anxiety Scale in Students. *Thoughts and Behavior*, 37 (7), 27-93.
- Rashedi, E., Sohrabi, F., & Shams, J. (2011). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on preventing recurrence of bipolar disorder. *Clinical Psychology and Personality*, 2 (5), 64-49.

- Roth, B., & Robbins, M. (2004). Mindfulnessbased stress reduction and health related quality of life. *Psychosomatic Medicine*, 66 (1), 113-23.
- Safari, S., Padban, E., Bakhshi, M. R., Amiri Jami, H., & Safari, B. (2016). The effect of mindfulness training on emotional control and aggression in grade ten students. Tehran: International Conference on Engineering Science in the Age of Technology.
- Sakai, A., & Yamasaki, K. (2004). Development of the proactive and reactive aggression question questionnaire for elementary school children. *The Japanese Journal of Psychology*, 75 (3), 1683-92.
- Salehi, A., Baghban, I., Bahrami, F. & Ahmadi, S. A. (2011). Relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems with regard to personal and family factors. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy*, 1 (1), 1-18.
- Segal, Z. V., Willoms, J. M., & Teasdale, J. D. (2003). *Mind fullness-based genitive therapy for depression: A new approach to preventing lapse*, New York: Guilford.
- Sharifipour, S., Davazdah Emami, M. H., Bakhtiari, M., Mohammadi, A., & Saberi, M. (2017). Effectiveness of emotion regulation therapy on severity of symptoms, anxiety, depression, stress and quality of life in people with hair loss, skin and beauty disorders. *Journal of Skin and Beauty*, 2 (8), 100-110.
- Sharifpour, Sh., Monshei, Gh., & Sajadian, I. (2018). Effectiveness of adolescent-centered mindfulness training on depression, anxiety and stress in adolescents with cancer during chemotherapy. *Jundishapur Scientific Medical Journal*, 17 (5), 545-557.
- Shaw, J. A., Egeland, J. A., Endicott, J., & Hostetter, A. M. A. (2005). 10-years prospective study of prodromal patterns of bipolar disorder among Amish youth. *Journal of Affective Disorders*, 3 (44), 1104-11.
- Swann, A. C. (2010). Mechanisms of impulsivity in bipolar disorder and related illness. *Epid Psychiatry Soc*, 19, 120-30.
- Swann, A. C., Lijffijt, M., Lane, S. D., Steinberg, J. L., & Moeller, F. G. (2009). Increased trait-like impulsivity and course of illness in bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 11(3), 280-88.
- Zaretsky, A. (2003). Targeted psychosocial intervention for bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 5, 80-7.
- Zeidan, F., Johnson, S. K., Diamond, B. J., David, Z., & Goolkasian, P. (2010). Mindfulness meditation improves cognition: Evidence of brief mental training. *Conscious Cognitive*, 19, 597-605.

