

# The Spiritual Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Therapy on Spontaneous Negative Thoughts and Irritability in People with Social Anxiety

## ARTICLE INFO

### Article Type

Research Article

### Authors

Mina MahmoudiTabar<sup>1</sup>  
Ashkan Alimohammadi<sup>2\*</sup>  
Leila Kordi Borujen<sup>3</sup>  
Fateme Pirzadeh<sup>4</sup>  
Feraidoon AhmadiPour<sup>5</sup>  
Mehrab Jafari<sup>6</sup>  
Farzaneh Salehi<sup>7</sup>

### How to cite this article

Mina MahmoudiTabar, Ashkan Alimohammadi, Leila Kordi Borujen, Fateme Pirzadeh, Feraidoon AhmadiPour, Mehrab Jafari, Farzaneh Salehi. Presenting a Structural Model of Predicting Resilience based on Enneagram Personality Types with the Mediation of Adaptive Motivational Structure in Students. *Islamic Life Style*. 2022; 6(3):120-130

## ABSTRACT

**Purpose:** The aim of this study was to determine the "effectiveness of mindfulness-based stress therapy on spontaneous negative thoughts and irritability in people with social anxiety. This research is a quasi-experimental pre-test post-test with a control group.

**Materials and Methods:** The statistical population of this study included all patients with social anxiety and was about 300 people who referred to Masih, Behravan and Panah counseling centers located in Ahwaz and Izeh in the first six months of 1400 and were referred for group treatment. Based on previous research, 40 patients with social anxiety were selected by available sampling method and randomly assigned to two groups of control and experimental (20 in the experimental group and 20 in the control group). The research instruments include Holon and Kendall (1980) Negative Spontaneous Thoughts Questionnaire and Crick, Heitan, Markova and Brius (2006) Irritability Questionnaire. Multivariate analysis of covariance (MANCOVA) was used to analyze the data. Based on the comparison of pre-test and post-test between the two groups.

**Findings:** Findings showed that mindfulness-based stress therapy has a significant effect on spontaneous negative thoughts and irritability in people with social anxiety with  $P \leq 0/05$ .

**Conclusion:** We conclude that the therapeutic agent has made this difference, in other words, the mindfulness-based stress therapy has improved spontaneous negative thoughts and irritability.

**Keywords:** Mindfulness-Based Stress therapy, Spontaneous Negative Thoughts, Irritability, Social

### \* Correspondence:

Address:

Phone:

Email:

alimohammadi.ashkan@gmail.com

### Article History

Received: 2022/07/08

Accepted: 2022/08/09

## اثربخشی معنوی درمان استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار منفی خودآیند و تحریک پذیری در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی

مینا محمودی تبار<sup>۱</sup>،  
اشکان عالی محمدی<sup>۲\*</sup>،  
لیلا کردی بروجن<sup>۳</sup>،  
فاطمه پیرزاده<sup>۴</sup>،  
فریدون احمدی پور<sup>۵</sup>،  
مهراب جعفری<sup>۶</sup>،  
فرزانه صالحی<sup>۷</sup>

### چکیده

**هدف:** هدف از پژوهش حاضر تعیین «اثربخشی درمان استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار منفی خودآیند و تحریک پذیری در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی» بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۳ ماهه بوده است. **مواد و روش‌ها:** جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراجعین مبتلا به اضطراب اجتماعی و حدود ۳۰۰ نفر بودند که در شش ماه اول سال ۱۴۰۰ به مراکز مشاوره‌ای مسیح، بهروان و پناه واقع در شهرستان‌های اهواز و ایذه مراجعه کرده و برای درمان گروهی ارجاع داده شدند. از این میان نمونه مورد بررسی بر اساس پژوهش‌های قبلی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ فرد مبتلا به اضطراب اجتماعی انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه گواه) گمارده شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه افکار خودآیند منفی هولون و کندال (۱۹۸۰) و پرسشنامه تحریک‌پذیری کریک، هیتان، مارکووا و بریوس (۲۰۰۶) می‌باشد. جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) استفاده شد.

**یافته‌ها:** بر اساس مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه یافته‌ها نشان داد که درمان استرس مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر معناداری بر افکار منفی خودآیند و تحریک‌پذیری در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی با  $P \leq 0/05$  دارد و این تأثیر در مرحله پیگیری پایدار بود.

**نتیجه‌گیری:** نتیجه می‌گیریم که عامل درمان باعث ایجاد این تفاوت شده و به عبارتی درمان استرس مبتنی بر ذهن آگاهی باعث بهبود افکار منفی خودآیند و تحریک‌پذیری شده است.

**کلیدواژه‌ها:** درمان استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، افکار منفی خودآیند، تحریک‌پذیری، اضطراب اجتماعی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۱۷

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۱۸

\*نویسنده مسئول: alimohammadi.ashkan@gmail.com

### مقدمه

اختلال اضطراب اجتماعی یک اختلال اضطرابی مزمن است که با ترس شدید از موقعیت‌های عملکردی و اجتماعی از این موقعیت‌ها مشخص می‌گردد (۱). همچنین یک حرکت هیجانی است که با نگرانی و ترس‌های مشخص و ثابت از مورد ارزیابی منفی قرار گرفتن در موقعیت‌های اجتماعی مشخص می‌شود (۲). انجمن روان‌شناسی آمریکا در سال ۲۰۱۳، اختلال اضطراب اجتماعی را اختلالی فراگیر می‌داند و زمانی که فرد در جمع دیگران قرار می‌گیرد و یا باید جلوی آن‌ها کاری را انجام دهد (برای مثال: سخنرانی کند) دچار ترس شدید و فراگیر می‌شود. افراد مبتلا به این اختلال از هر گونه موقعیت اجتماعی که تصور می‌کنند ممکن است در آن، خجالت‌آوری داشته باشد می‌ترسند و یا از هر گونه وضعیتی که امکان دارد دیگران آن‌ها را به طور منفی ارزیابی کنند، اجتناب می‌کنند. این افراد انتظار دارند از سوی دیگران طرد یا به طور منفی قضاوت شوند (۳). نتایج پژوهش همه‌گیر شناسی ۱۲ ماهه در آمریکا در سال ۲۰۰۸ نشان دادند که اختلال اضطراب اجتماعی بین ۷/۱ تا ۱۲/۱ درصد شیوع دارد و موجب آسیب‌هایی در عملکرد فرد می‌شود. شیوع و همبودی اختلال اضطراب اجتماعی و اختلالات روانپزشکی در ایران کمی بالاتر از کشورهای غربی است (۴).

از آنجایی که اضطراب اجتماعی می‌تواند افکار افراد را تحت تأثیر قرار دهد، به نظر می‌رسد یکی از عواملی که در ارتباط با جنبه‌های روان‌شناختی مبتلایان به اضطراب اجتماعی کمتر به آن پرداخته شده، افکار منفی خودآیند می‌باشد (۵). افکار خودآیند منفی، اظهارات منفی خودآیند درباره خود است؛ عقاید و باورهای که بدون تلاش عمدی و بدون انتخاب به ذهن فرد خطور کرده و منجر به پاسخ‌های هیجانی نامتناسب می‌شوند. این افکار می‌توانند به صورت نگرش‌های بنیادی یا طرحواره‌های شناختی درونی سازمان‌یابند (۶). از دیگر مواردی که در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بررسی می‌شود تحریک‌پذیری است. تحریک‌پذیری را ویژگی شخصیتی و مرتبط با پرخاشگری دانسته‌اند که از فرضیه پرخاشگری-ناکامی میلر ۲ ناشی می‌شود. تحریک‌پذیری به عنوان تمایل به واکنش به احساسات پرخاشگرانه، تکانشگری، خصومت طلبی و رفتارهای ناکامی در عدم توافق تعریف شده است (۷). اخیراً خلق تحریک‌پذیر علایق وسیعی را به خود جلب کرده است. با وجود اینکه تحریک‌پذیری به عنوان یک علامت برای اختلالات متعدد تعیین شده است، اما این اصطلاح در DSM-IV تعریف نشده و اجماعی در این زمینه وجود نداشته است (۸). این سازه به طرز قابل ملاحظه‌ای به ظرفیت تحمل ناکامی فرد و تسلط بر هیجانات و واکنش فرد هم در موقعیت‌های واقعی و هم ظاهری از خطر، تجاوز و حمله اشاره دارد و به طرز قابل توجهی به درک تأثیر هر دو فرایند تهییج و کنترل معیوب بر هیجانات در موقعیت‌های تحریک‌آمیز و خشونت‌طلبانه مرتبط است. یافته‌ها به روشنی نشان می‌دهد که تحریک‌پذیری می‌تواند تأثیر

### 3. Excitatory

1. Irritability
2. Miller

توانایی حل آن‌ها را ندارند، فرد توانمند دیگری را وکیل خود قرار می‌دهد. بر اساس آموزه‌های دینی، چنین انسانی برای جبران ضعف خود، درعین استفاده از عامل‌های طبیعی و اسباب مادی، باید به نیروی غیبی و قدرت بی‌پایان خدا تکیه کند و از او یاری جوید. استفاده از راهبرد های معنوی، عامل تقویت‌کننده ی روانی و یکی از مؤثرترین مقابله‌های مذهبی است در پژوهش های روان- شناختی نیز تجربه‌های معنوی، یکی از مقابله‌های مذهبی دانسته شده است. افرادی که از خدا یاری نمی‌جویند و خود را به نیروی بی‌پایان الهی متصل نمی‌دانند، نیروها و توانمندی‌هایشان محدود است. بدین علت، در رویارویی با مشکل‌ها، خود را ناتوان می‌بینند و نیرویی در خود احساس نمی‌کنند که به آن اعتماد کنند (۱۵). با توجه به این موضوع و اینکه مداخلات در مانی مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از درمان‌های شناختی رفتاری مورد استفاده قرار می‌گیرد، و اینکه یافته‌های مربوط به تحقیقات نشان داده‌اند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاه علائم مربوط به اضطراب را بهبود می‌بخشد (۱۶). تاثیر مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی در پژوهش روزنویگ ۳ و همکاران (۱۷) نشان می‌دهد که این مداخله سبب قطع یا کاهش واکنش روانی فرد به محرک‌های استرس‌زا شده و با تنظیم تاثیر استرس بر فیزیولوژی بدن موثر بوده است. با توجه به پژوهش‌های مورد اشاره و با عطف به اینکه در موج سوم درمان‌های رفتاری شناختی از جمله شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، عقیده بر این است که شناخت‌ها و هیجانات را باید در بافت مفهومی پدیده‌ها در نظر گرفت. می‌توان اظهار داشت که با توجه به اینکه شرایط و ویژگی‌های بیماری و نحوه زندگی افراد دارای اختلال اضطراب اجتماعی متفاوت از سایر بیماری‌های مزمن پزشکی بوده، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته است به این بیماری در تغییر شناخت‌ها و افکار منفی کمک نماید تا بتواند از راهبردهای سازگاران شناختی بهره‌برند. با توجه به مطالب عنوان شده این پژوهش بدنبال پاسخگویی به این سوال اساسی است که آیا درمان معنوی استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار منفی خودآیند و تحریک‌پذیری در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی تاثیر دارد؟

#### مواد و روش‌ها

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۳ ماهه است. برای تشکیل گروه آزمایش و گواه، با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی، نیمی از آزمودنی‌ها در گروه اول و نیمی از آن‌ها در گروه دوم جایگزین شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه مراجعین مبتلا به اضطراب اجتماعی و حدود ۳۰۰ نفر بودند که در شش ماه اول سال ۱۴۰۰ به مراکز درمانی و مشاوره‌ای مسیح، بهروان و پناه واقع در شهرهای اهواز و ایذه مراجعه کرده و برای درمان گروهی ارجاع داده شدند. از این میان

برانگیختگی توسط بازداری تحریکات مضر را با افزایش پردازش شناختی-هیجانی یا با تقویت فقدان کنترل شخصی نسبت به منبع هیجان، تقویت نماید. به این ترتیب تحریک‌پذیری می‌تواند احساس خشم و پاسخ‌های پرخاشگرانه را به عنوان نتیجه ناکامی افزایش دهد که این احتمالاً به دلیل فعالیت نیمه اتوماتیک از یک توالی خاص رفتاری یعنی (تحریک-هیجان-پرخاشگری) است که واکنش‌های پرخاشگرانه را نسبت به موقعیت‌های تحریک‌کننده تسهیل می‌کند (۹). تاکنون روش‌های درمانی مختلفی برای افراد با اختلال اضطراب اجتماعی، به کار گرفته شده است. یکی از این روش‌های درمانی، درمان استرس مبتنی بر ذهن آگاهی است.

مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی به عنوان یکی از در مان‌های شناختی رفتاری موج سوم قلمداد می‌شود (۱۰). ذهن آگاهی به عنوان حالتی از آگاهی بدون قضاوت تمرکز از خود مشخص شده است. این حالت در تقابل با متمرکز بر گذشته به خصوص در بیماران مبتلا به افسردگی و متمرکز بر آینده در مبتلایان به اضطراب می‌باشد که شامل آموزش افراد برای یک نگرش جدید، بدون قضاوت نزدیک شدن به احساسات افکار و حس‌های بدنی، برای خلاص شدن از حالات خلقی منفی است (۱۱). آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی شامل مراقبه‌های مختلف، یوگای کشیدگی، آموزش مقدماتی در مورد افسردگی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. آموزش شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نوعی مداخله گروهی کوتاه مدت است که به عنوان درمانی برای پیشگیری از عود انواع بیماری‌ها در میان افراد مبتلا ابداع شده است که در آن سه هدف اصلی دنبال می‌شود:

الف) تنظیم توجه ب) ایجاد آگاهی فراشناختی ج) تمرکززدایی و ایجاد پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی (لی ۲ و همکاران، ۲۰۰۵). پژوهش در زمینه ذهن آگاهی در سال‌های اخیر افزایش یافته است و شواهد روز افزون حاکی از مفید بودن ذهن آگاهی در موقعیت‌های بالینی، به ویژه در روانپزشکی است (۱۲). تحقیقات بسیاری حکایت از مفید بودن ذهن آگاهی در مواردی همچون استرس، اضطراب و افسردگی و درد مزمن، تعدیل اضطراب اجتماعی (۱۳)، کاهش نشخوار فکری و افسردگی (۱۴) می‌باشد. اضطراب اجتماعی ممکن است تحت تاثیر متغیرهای مختلفی قرار گیرد. هم‌اکنون این دیدگاه مطرح است که اختلالات اضطرابی از اختلال در شناخت نشات می‌گیرد. مهم‌ترین مسئله‌ای که از مطالعات اضطراب اجتماعی برداشت می‌شود اهمیت قابل توجه تشخیص و درمان زود هنگام است. چرا که با گذر زمان جنبه‌های شناختی، اجتماعی برداشت می‌شود و غلبه بر آن به مراتب سخت‌تر خواهد بود. از جمله عامل‌هایی که نقش آن در سلامت روان، توجه روانشناسان را به خود جلب کرده، معنویت درمانی و مفاهیم مرتبط با آن است هنگامی که انسان با مشکل‌ها و دشواری‌ها روبه‌رو می‌شود و احساس می‌کند به تنهایی

1. Mindfulness-based Stress Reduction
2. Leigh

### 3. Rosenzweig

۲۱ آیتم بوده و بر اساس طیف لیکرتی از اصلاً (۰) تا زیاد (۳) نمره گذاری می‌شود. این پرسشنامه در ایران توسط برهمند و حاجی هنجاریایی شده است. پایایی آن به روش ضریب آلفای کرونباخ در نسخه اصلی برای کل آزمون برابر با ۰/۹۰، بین دو نیمه آزمون برابر با ۰/۷۸ می‌باشد که اعتبار آن پس از گذشت دو هفته ۰/۸۲ به دست آمد. پایایی نسخه ترجمه شده نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمده است که این میزان نشانگر اعتبار این مقیاس و قابلیت استفاده علمی آن می‌باشد. نمرات پاسخ‌های داده شده به این پرسشنامه به صورت گروه‌های سه تایی از ماده آزمون‌ها جمع بندی می‌شوند. ابتدا پاسخ‌های داده شده به سوالات ۱، ۷ و ۱۱ جمع بندی می‌شوند. این جمع منعکس کننده سطح جامعه پذیری است. سپس پاسخ‌های داده شده را به سوالات ۲، ۶ و ۱۲ جمع بسته می‌شوند. این جمع بیانگر سطح فعالیت فرد خواهند بود. سه مقیاس دیگر از نظر مفهومی به هم وابسته هستند، هر چند جداگانه سنجیده می‌شوند. حاصل جمع پاسخ‌های شما به ماده آزمون‌های ۴، ۸ و ۱۴ بازتابی از گرایش کلی شما نسبت به تجربه کردن یک واکنش درماندگی است. ماده آزمون‌های ۳، ۱۰ و ۱۵ اختصاصی ترند. این سه ماده آزمون اضطراب را اندازه گیری می‌کنند. ماده آزمون‌های ۵، ۹ و ۱۳ نیز بسیار اختصاصی اند. آن‌ها خصیصه خشم را می‌سنجند. این سه مقیاس آخر «درماندگی، ترس و خشم» همگی مقیاس‌های مولفه‌های تهییج پذیری هستند. این ماده آزمون‌ها از بررسی آماری خلق و خوی EAS خاص بزرگسالان اقتباس شده است. خصیصه‌های شخصیتی‌ای که با این آزمون سنجیده می‌شود خلق و خوا هستند. که از نظر زیست شناختی مبتنی بر گرایش های خلق و خوی موروثی می‌باشند. سه خصوصیت اساس که با این مقیاس‌ها سنجیده می‌شوند -جامعه پذیری، سطح فعالیت، و هیجان پذیری- ویژگی‌هایی هستند که تأثیری بسیار نافذ دارند. آن‌ها بر آنچه افراد انجام می‌دهند تأثیر می‌گذارند (مثلاً، اشتغال به فعالیت‌های انفرادی در مقابل فعالیت‌های گروهی). آن‌ها همچنین بر چگونگی انجام هر کاری که افراد عملاً انجام می‌دهند تأثیر می‌گذارند (مثلاً، سریع و با تقلای زیاد، در مقابل به آرامی و با فراغت بال). در واقع این خصوصیات خلق و خو ممکن است در هسته اصلی تمامی شخصیت قرار داشته باشد، به این مفهوم که سایر گرایش‌های شخصیت ممکن است بر مبنای آن‌ها ساخته شده باشند.

نمونه مورد بررسی بر اساس پژوهش‌های قبلی به شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ فرد مبتلا اضطراب اجتماعی انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه گواه و آزمایش (۲۰ نفر در گروه آزمایش و ۲۰ نفر در گروه گواه) گمارده شدند. شرایط ورود به پژوهش عبارت بود از مراجعه به مرکز درمانی و مشاوره‌ای، گرفتن تشخیص اختلال اضطراب اجتماعی از روانپزشک، قرار گرفتن در گروه سنی مورد نظر (۲۵-۴۵ سال) و داشتن رضایت برای حضور در پژوهش. همچنین ابتلا به بیماری‌های همراه و یا مشکلات خانوادگی، مصرف کردن داروی خاص (اعتیاد و روانگردان)، داشتن معلولیت جسمی و حسی و نیز غیبت بیش از دو جلسه منجر به کنار گذاشتن افراد از گروه آزمایشی پژوهش می‌شد. دو گروه از نظر عواملی چون سن، تحصیلات و متغیرهای اقتصادی - اجتماعی تا حد امکان همتا شدند. به منظور رعایت عدالت پس از اجرای هشت جلسه درمان و اجرای پس‌آزمون و گردآوری اطلاعات لازم، گروه کنترل نیز همانند گروه آزمایش تحت هشت جلسه درمان استرس مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند.

#### (ب) ابزار

پرسشنامه افکار خودآیند منفی هولون و کندال (۱۸): این پرسشنامه آزمون‌ی است برای ارزیابی فراوان اظهارات منفی خودآیند درباره خود که به وسیله هولون و کندال (۱۸) به منظور ارزیابی شناختی خودافشایی در افسردگی ساخته شده است. ثبات درونی این پرسشنامه با ضریب آلفای ۰/۹۷ محاسبه گردید. برای دستیابی به معیار برای روایی این مقیاس ضریب همبستگی بین نمرات این مقیاس و میزان افسردگی در نمونه اولیه شرکت کنندگان در تحقیق حاضر محاسبه شد که به ترتیب ضرایب ۰/۶۷ و ۰/۷۴ را برای باور به افکار خودآیند و فراوانی آن نشان داد. این ارقام می‌تواند به عنوان روایی همگرا در نظر گرفته شوند. همچنین همبستگی بین نمرات گروه کنترل در مراحل اول و دوم ضرایب ۰/۷۶ و ۰/۸۸ را به ترتیب برای باور به افکار خودآیند و فراوانی آن نشان داد که می‌تواند معیاری برای پایایی در نظر گرفته شود. این پرسشنامه ۳۰ گویه دارد؛ نمره هرگز (۱) تا صد درصد (۵) که مجموع آنها نمره فرد می‌باشد. این نمره در مرحله پس‌آزمون با نمره پیش‌آزمون مورد مقایسه قرار می‌گیرد. حداقل نمره در این آزمون ۳۰ و حداکثر نمره ۱۵۰ می‌باشد (۱۹).

پرسشنامه تحریک‌پذیری کریک، هیتان، مارکوا و بریوس: پرسشنامه تحریک‌پذیری کریک، هیتان، مارکوا و بریوس شامل

## جدول ۱. محتوای جلسات درمان ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس

جلسات	محتوا و هدف
جلسه اول	مراقبه معنوی و تمرین آگاهی، تکنیک خوردن کشمش ۴۵ دقیقه واری بدن و صحبت در مورد احساسات ناشی از آن و تکلیف خانگی حضور ذهن در لحظه و بست دادن تکنیک خوردن کشمش به سایر فعالیتها
جلسه دوم	بحث در مورد تکالیف خانگی موانع تمرین و راه حل های ذهن آگاهی برای آن مراقبه معنوی و تمرین آگاهی تمرین حضور ذهن، ۴۵ دقیقه واری بدن مراقبه معنوی نشسته، تنفس در طول روز، تکلیف خانه، انجام واری بدن به مدت ۴۵ دقیقه و افزایش سطح آگاهی در فعالیت های روزانه مانند غذا خوردن، حمام کردن، نشستن و مسواک زدن.
جلسه سوم	بحث در مورد تکلیف خانه تکلیف مراقبه ۴۵ دقیقه و واری بدن افسانه های در مورد مراقبه معنوی و تکمیل تقویم وقایع خوشایند تمرین فضای تنفسی ۳ دقیقه ای تکلیف خانه، ثبت تقویم خوشایند تداوم فعالیت های روزانه همراه با آگاهی.
جلسه چهارم	مرور تکالیف خانه، مراقبه معنوی ۴۵ دقیقه و واری بدن، واکنش به استرس، تمرین فضای تنفسی ۱ دقیقه ای تکمیل تقویم وقایع ناخوشایند و تمرین ۳ دقیقه ای فضای تنفسی.
جلسه پنجم	بررسی تکالیف خانه، تمرین مراقبه معنوی ۴۵ دقیقه و واری بدن، گزارش فضای تنفسی ۳ دقیقه ای، تکمیل کار برگ ارتباطی جهت تمرکز بر تعاملاتی که طی هفته با افراد مهم زندگیتان دارد، تکلیف خانه، تکمیل برگه کار برگ ارتباط و فعالیت های روزانه همراه با آگاهی.
جلسه ششم	بررسی تکالیف خانه، تمرین مراقبه معنوی ۴۵ دقیقه و واری بدن، سبک های مدیریت تعارض، بحث در مورد پاسخ های استرس و واکنش فرد به موقعیت های دشوار و نگرش ها و رفتارهای جایگزین تکلیف خانه، تمرین مراقبه معنوی ۴۵ دقیقه و واری بدن و تداوم فعالیت های روزانه.
جلسه هفتم	مرور تکالیف خانه، تمرین مراقبه معنوی ۴۵ دقیقه و واری بدن، بحث در مورد فرآیند درد رهایی از درد و فرآیندهای خشم، گزارش درد، تکلیف، خانه مراقبه معنوی ۴۵ دقیقه و واری بدن، تداوم روزانه و گزارش درد.
جلسه هشتم	مرور تکالیف خانه، تمرین مراقبه معنوی ۴۵ دقیقه و واری بدن، فضای تنفسی ۴ دقیقه ای و صحبت درباره آنچه تا کنون یاد گرفته اند. مطرح کردن سوالات در مورد کل جلسه از این قبیل که آیا شرکت کنندگان به انتظارات خود دست یافته اند؟ آیا احساس می کنند احساساتشان رشد کرده است؟ آیا احساس می کنند مهارت های مقابل شان افزایش یافته و آیا دوست دارند مراقبه ادامه یابد؟

## یافته ها

در این قسمت به ارائه ی میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین نمره های آزمودنی ها در نمره ی افکار منفی خود آیند و تحریک پذیری می پردازیم.

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین نمره افکار منفی خودآیند را در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	شاخص / گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
پیش‌آزمون	آزمایش	۹۶/۷۰	۴/۷۹	۱۰۵	۸۷
	کنترل	۹۶/۲۵	۵/۲۲	۱۰۵	۹۲
پس‌آزمون	آزمایش	۷۸/۸۵	۶/۳۱	۸۸	۶۷
	کنترل	۹۴/۹۵	۴/۹۹	۹۲	۷۲
پیگیری	آزمایش	۷۸/۸۵	۶/۴۲	۹۰	۶۸
	کنترل	۹۵/۵۶	۵/۲۳	۹۲	۷۲

همان‌طور که جدول ۲ نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین نمره‌های افکار منفی خودآیند در مرحله پیش‌آزمون (۹۶/۷۰)، در مرحله پس‌آزمون (۷۸/۸۵) و در مرحله پیگیری (۷۸/۸۵) می‌باشد. همچنین در گروه کنترل، میانگین نمره‌های افکار منفی خودآیند در مرحله پیش‌آزمون (۹۶/۲۵)، در مرحله پس‌آزمون (۹۴/۹۵) و در مرحله پیگیری (۹۵/۵۶) می‌باشد.

جدول ۳. میانگین، انحراف معیار، بیشترین و کمترین نمره تحریک پذیری را در گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	شاخص / گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	بیشترین	کمترین
پیش‌آزمون	آزمایش	۳۷/۲۵	۴/۴۴	۴۴	۲۷
	کنترل	۳۷/۰۵	۴/۶۶	۴۴	۲۶
پس‌آزمون	آزمایش	۲۸/۶۰	۲/۸۹	۳۴	۲۲
	کنترل	۳۳/۶۰	۴/۹۹	۴۱	۲۴
پیگیری	آزمایش	۲۷/۶۵	۲/۴۵	۳۵	۲۳
	کنترل	۳۳/۲۶	۴/۷۹	۳۶	۲۴

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد در گروه آزمایش میانگین نمره‌های تحریک پذیری در مرحله پیش‌آزمون (۳۷/۲۵)، در مرحله پس‌آزمون (۲۸/۶۰) و در مرحله پیگیری (۲۷/۶۵) می‌باشد. همچنین در گروه کنترل، میانگین نمره‌های تحریک پذیری در مرحله پیش‌آزمون (۳۷/۰۵)، در مرحله پس‌آزمون (۳۳/۶۰) و در مرحله پیگیری (۳۳/۲۶) می‌باشد.

یافته‌های مربوط به فرضیه‌های پژوهش: در پژوهش حاضر جهت آزمون فرضیه‌ها و تعیین معنی‌داری تفاوت بین نمره‌های گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای افکار منفی خودآیند و تحریک پذیری از روش تجزیه و تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد. این امر به دلیل وجود بیش از یک متغیر وابسته بود که لزوم استفاده از روش‌های چندمتغیری را ایجاب می‌کند. بیش از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های زیربنایی کواریانس را برآورده می‌کند، به بررسی آن‌ها پرداخته شد.

جدول ۴. نتایج آزمون همگنی واریانس‌های لوین بین متغیرهای کمکی پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل

اثر	متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	سطح معنی‌داری
گروه	افکار منفی خودآیند	۱	۳۸	۰/۱۵	۰/۶۹
	تحریک پذیری	۱	۳۸	۰/۰۴	۰/۸۲

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهند که آزمون لوین در متغیر افکار منفی خودآیند ( $F=0/15$  و  $P=0/69$ ) و تحریک پذیری ( $F=0/04$  و  $P=0/82$ ) معنی‌دار نمی‌باشد. بنابراین واریانس دو گروه آزمایش و گواه در افکار منفی خودآیند و تحریک پذیری به طور معنی‌داری متفاوت نیستند و فرض همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود. بنابراین آزمون همگنی واریانس‌ها بر روی چهار متغیر وابسته معنی‌دار نمی‌باشد و به محقق اجازه می‌دهد که فرض کند واریانس‌ها مساوی هستند.

همگنی شیب رگرسیون:

جدول ۵. نتایج حاصل از آزمون شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل)

سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	پس‌آزمون‌ها
تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطوح عامل	۵۲/۸۹	۱	۵۲/۸۹	۲/۱۹	۰/۱۴
تحریک پذیری	۳۹/۸۴	۱	۳۹/۸۴	۱/۶۳	۰/۲۱

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود تعامل متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطوح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) معنی‌دار نیست. بنابراین فرض همگنی رگرسیون‌ها رعایت شده است.

جدول ۶. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین‌های نمره‌های پس‌آزمون افکار خودآیند منفی و تحریک پذیری در گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df خطا	Df فرضیه	اندازه اثر	سطح معنی‌داری
اثر پیلائی	۰/۴۸	۱۶/۲۱	۳۵	۲	۰/۴۸	۰/۰۰۱
لامبدای ویکلز	۰/۰۰۱	۱۶/۲۱	۳۵	۲	۰/۴۸	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۰/۵۱	۱۶/۲۱	۳۵	۲	۰/۴۸	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۹۲	۱۶/۲۱	۳۵	۲	۰/۴۸	۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۶ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $p < 0.01$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (افکار منفی خودآیند و تحریک پذیری) بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۷ درج شده است. اندازه اثربخشی مداخله در کل پژوهش حاضر ۰/۴۸ می‌باشد.

جدول ۷. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون افکار منفی خودآیند و تحریک پذیری در گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معنی‌داری
افکار منفی خودآیند	۳۹۶/۹۷	۱	۳۹۶/۹۷	۱۳/۶۵	۰/۲۷	۰/۰۰۱
تحریک پذیری آمدی	۲۵۶/۲۸	۱	۲۵۶/۲۸	۱۶/۶۱	۰/۳۱	۰/۰۰۱

متغیر تحریک پذیری در سطح  $p < 0.01$  معنی‌دار است. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۳۱ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر تحریک پذیری مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است. بنابراین هر دو فرضیه فرعی تحقیق نیز تأیید شدند.

با توجه به مندرجات جدول ۷ مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون از لحاظ متغیر افکار منفی خودآیند در سطح  $p < 0.01$  معنی‌دار است. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۲۷ درصد تفاوت دو گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون از نظر متغیر افکار منفی خودآیند مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است و تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ

جدول ۸. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس چند متغیری بر روی میانگین‌های نمره‌های پیگیری افکار خودآیند منفی و تحریک پذیری در گروه‌های آزمایش و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	df خطا	Df فرضیه	اندازه اثر	سطح معنی داری
اثر پیلائی	۰/۵۶	۱۴/۲۶	۳۵	۲	۰/۵۲	۰/۰۰۱
لامبدائی ویکلز	۰/۶۲	۱۴/۲۶	۳۵	۲	۰/۵۲	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۰/۸۹	۱۴/۲۶	۳۵	۲	۰/۵۲	۰/۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۸۹	۱۴/۲۶	۳۵	۲	۰/۵۲	۰/۰۰۱

پذیری) بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت دو تحلیل کواریانس در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل از آن در جدول ۹ درج شده است. اندازه اثر بخشی مداخله در کل پژوهش حاضر ۰/۵۲ می‌باشد.

مندرجات جدول ۸ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح  $p < 0.01$  تفاوت معنی داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (افکار منفی خودآیند و تحریک

جدول ۹. نتایج حاصل از تحلیل آنکوا در متن مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پیگیری افکار منفی خودآیند و تحریک پذیری در گروه‌های در آزمایش و کنترل

نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر	سطح معنی داری
افکار منفی خودآیند	۳۶۷/۵۶	۱	۳۶۷/۵۶	۱۴/۲۱	۰/۲۹	۰/۰۰۱
تحریک پذیری آمدی	۲۴۵/۳۲	۱	۲۴۵/۳۲	۱۵/۱۳	۰/۳۲	۰/۰۰۱

ضرورتاً بیان می‌شوند، ثانیاً موجب انتساب‌های بسیار نامعقول و تعمیم مفرط و فاجعه‌آمیز می‌شوند. امروزه از فن‌ها و روش‌های روان‌درمانی جهت کاهش این نگرش‌ها استفاده می‌شود. درمان معنوی استرس مبتنی بر ذهن آگاهی یکی از شیوه‌های مرسوم جهت کاهش نگرش‌های ناکارآمد است. در این شیوه درمانی بدون آنکه در مانگر مستقیماً با تغییر نگرش ناکارآمد آزمودنی‌ها درگیر شود نوعی بازسازی شناختی انجام می‌دهد (۲۵). هرچند هدف اصلی ذهن آگاهی آرام‌سازی نیست اما مشاهده غیرقصداتی رویدادهای منفی درونی یا برانگیختگی فیزیولوژی باعث بروز این حالت می‌شود و به ما اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت کننده‌اند دریافت کنیم. وقتی ما نسبت به زمان حال آگاه هستیم دیگر توجه ما روی گذشته یا آینده درگیر نیست درحالی‌که بیشتر مشکلات روانی ناشی از تمرکز بر گذشته خود است و این مسئله می‌تواند نگرش‌های ناکارآمد را در بیماران کاهش دهد. از این رو به نظر می‌رسد تمرین‌های درمان معنوی استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد از لحظه‌های حال از طریق فونونی مثل توجه به تنفس و بدن و توجه دادن آگاهی به اینجا و اکنون، بر نظام شناختی و پردازش اطلاعات اثر می‌گذارد. در واقع این شیوه درمانی یک ارتباط متفاوت با افکار ارائه می‌دهد، تأکید این روش بر این نیست که رویدادهای موافق و مخالف با افکار جمع‌آوری یا به آن‌ها پاسخ داده شود بلکه تأکید این است که فرد در مقابل افکار

با توجه به مندرجات جدول ۹ مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل در پیگیری از لحاظ متغیر افکار منفی خودآیند در سطح  $p < 0.01$  معنی دار است. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۲۹ درصد تفاوت دو گروه در مرحله پیگیری از نظر متغیر افکار منفی خودآیند مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است و تفاوت گروه آزمایش و گروه کنترل از لحاظ متغیر تحریک پذیری در سطح  $p < 0.01$  معنی دار است. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۳۲ درصد تفاوت دو گروه در مرحله پیگیری از نظر متغیر تحریک پذیری مربوط به مداخله‌ی آزمایشی است. بنابراین هر دو فرضیه فرعی تحقیق نیز تأیید شدند.

#### نتیجه گیری

هدف اصلی این پژوهش، بررسی اثر بخشی درمان معنوی استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار منفی خودآیند و تحریک پذیری در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی بود. نتایج نشان داد که درمان معنوی استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار منفی خودآیند در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های ویلیامز (۲۰)، آذرگون و کجباف (۲۱)، خسروی و همکاران (۲۲)، کاویانی و همکاران (۲۳) و کاظمی و همکاران (۲۴) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت افکار منفی خودآیند ابتدا در درون خود توقعات خشک، جزئی و قدرتمندی دارند که معمولاً در قالب کلماتی چون باید، حتماً، الزاماً و

## References

1. Bögels SM, Perotti EC. Does father know best? A formal model of the paternal influence on childhood social anxiety. *Journal of child and family studies*. 2011 Apr;20(2):171-81.
2. Kingsbury M, Coplan RJ. RU mad@me? Social anxiety and interpretation of ambiguous text messages. *Computers in Human Behavior*. 2016 Jan 1; 54:368-79.
3. Whooley O. Diagnostic ambivalence: psychiatric workarounds and the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. *Sociology of Health & Illness*. 2010 Mar;32(3):452-69.
4. Bahreini Z, Sanagouye-Moharer GH. The Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction on Emotion Regulation and Executive Functions of Pregnant Women with Social Anxiety Disorder. *Social health*. 2019 Oct;1(53):18-9.
5. Naderi F. Application of choice theory on negative spontaneous thoughts, intentional harm and quality of life of people with depression. *Journal of Psychological Achievements*, 2017 Dec;25(2):55-72.
6. Clarke D, Goosen T. The mediating effects of coping strategies in the relationship between automatic negative thoughts and depression in a clinical sample of diabetes patients. *Personality and individual differences*. 2009 Mar 1;46(4):460-4.
7. Fida R, Paciello M, Barbaranelli C, Tramontano C, Fontaine RG. The role of irritability in the relation between job stressors, emotional reactivity, and counterproductive work behaviour. *European Journal of work and organizational psychology*. 2014 Jan 2;23(1):31-47.
8. Stringaris A, Goodman R, Ferdinando S, Razdan V, Muhrer E, Leibenluft E, Brotman MA. The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *Journal of*

منفی خود مقاومت کند و با ذهن متمایز و با توجه بیشتر بر جنبه‌های مثبت تمرکز نماید.

همچنین نتایج نشان داد که درمان معنوی استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحریک پذیری در افراد مبتلا به اضطراب اجتماعی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های لینک و همکاران (۲۶) و گرابل و همکاران (۲۷) همسو می‌باشد. برای تبیین این یافته می‌توان چنین مطرح کرد که ممکن است کنترل شناخت‌های معیوب به خاطر افزایش ناکامی در پاسخ به موقعیت‌های غیر پاداش دهنده باشد و یا ممکن است پایین بودن آستانه تحمل رویکرد تهاجمی در هنگام تهدید باشد بنابراین ممکن است درمانی که باعث افزایش کنترل پروفرونتال پاسخ‌های آمیگدال در هنگام ناکامی است در درمان تحریک پذیری مؤثر باشد. به همین خاطر تمرین‌های درمان معنوی استرس مبتنی بر ذهن آگاهی با افزایش آگاهی افراد از لحظه‌های حال و توجه دادن آگاهی به اینجا و اکنون می‌تواند تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر کاهش تحریک پذیری داشته باشد (۲۷).

از آنجا که رویدادها یا حوادث نیستند کنه اضطراب یا فشار روانی را موجب می‌شوند، بلکه بیشتر تعبیر این رویدادهاست که ممکن است به این مشکلات بینجامد اشتغال ذهنی فرد مضطرب به خطر به صورت خطور کردن غیرارادی و مداوم افکار خودکار به شکل تجسم یا خودگویی‌های کلامی ظاهر می‌شود. بنابراین درمان معنوی استرس مبتنی بر ذهن آگاهی سعی می‌کند با تکنیک‌های خود و با افزایش آگاهی افراد از لحظه‌های حال و توجه دادن آگاهی به اینجا و اکنون، نقش مهمی را در کاهش اضطراب این افراد داشته باشد. برای تبیین این یافته می‌توان چنین مطرح کرد که از آنجا که ذهن آگاهی تأثیر بسزایی در فرآیندهای هیجانی فرد دارد باعث می‌گردد که افرادی که از لحاظ هیجانی آسیب پذیر هستند اجازه دهد که در زمان و مکان کنونی باشند و در نتیجه به جای آن که واکنشی بیش از حد و اضطرابی به موقعیت نشان دهد، درک عینی‌تری از میزان تهدید به دست آورند و در نتیجه تحریک پذیری آن‌ها کاهش پیدا می‌کند.

پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های بعدی مطالعات پیگیرانه نیز انجام شود تا پایداری اثربخشی درمان ذهن آگاهی مشخص گردد. این شیوه درمانی بر روی نمونه‌های مختلف بیماران و گروه‌های سنی دیگر نیز مورد بررسی و ارزیابی قرار گیرد تا اثربخشی آن به طور واضح‌تری مشخص گردد. لزوم انجام پژوهش در ارتباط با متغیرهایی افکار خودآیند منفی و تحریک پذیری با استفاده از شیوه‌های دیگر درمانی و مقایسه با این شیوه (کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی) بیشتر احساس می‌گردد. به علاوه با توجه به اثربخشی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر تحریک پذیری، نگرش ناکارآمد و افکار خودآیند منفی پیشنهاد می‌شود با برگزاری جلسات آموزشی و کارگاهی برای مشاوران و درمان‌گران، متصدیان مشاوره بیشتر با این شیوه درمانی مؤثر آشنا شوند. با توجه به اثربخشی درمان معنوی کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افکار منفی خودآیند و تحریک پذیری پیشنهاد می‌شود با تهیه بروشور و کتابچه‌های تمرینی این فن برای عموم به زبان ساده معرفی و آموزش داده شود تا راهگشایی در شرایط زندگی روزمره باشد.

- functional MRI investigation. *Journal of affective disorders*. 2013 Sep 25;150(3):1152-7.
17. Rosenzweig S, Reibel DK, Greeson JM, Edman JS. Mindfulness-based stress reduction is associated with improved glycemic control in type 2 diabetes mellitus: a pilot study. *Alternative therapies in health and medicine*. 2007 Sep 1;13(5):36.
  18. Hollon SD, Kendall PC. Cognitive self-statements in depression: Development of an automatic thought's questionnaire. *Cognitive therapy and research*. 1980 Dec;4(4):383-95.
  19. Moghtader L. The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy in reducing rumination, dysfunction attitude and negative automatic thoughts in patients with generalized anxiety disorder. *Stud Med Sci*. 2016 Nov; 27(9):825-835.
  20. Williams JM, Russell I, Russell D. Mindfulness-based cognitive therapy: further issues in current evidence and future research.
  21. Azarگون, H., Kajbaf, M. B. (2010). The Effect of Mindfulness Training on the Dysfunctional Attitude and Automatic Thinking of Depressed. Students of Isfahan University. 2010 Apr;1(53):94-97.
  22. Khosravi, M., Ali Mehrabi, H., Azizimoghadam, M. (2008). A comparative study of obsessive- rumination component on obsessive-compulsive and depressive patients. 65-72, 10.(۱)
  23. Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reducing Automatic Thoughts, Dysfunctional Attitude, Depression and Anxiety: A Sixty-Day Follow-Up. *Advances in Cognitive Sciences*. 2005 Apr;7(1):49-59.
  24. Kazemi AS. (2012). The effectiveness of training mindfulness-based cognitive strategies in secondary post-traumatic stress disorder and psychological problems spouses of patients with post-Child Psychology and Psychiatry. 2012 Nov;53(11):1109-17.
  9. Sheybani H, Mikaeili N, Narimani M. The Efficacy of Emotion Regulation Training on Stress, Anxiety, Depression and Irritability of the Students with Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *IJPN*. 2018 Feb;5(6) :37.
  10. Piet J, Würtzen H, Zachariae R. The effect of mindfulness-based therapy on symptoms of anxiety and depression in adult cancer patients and survivors: a systematic review and meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2012 Dec;80(6):1007.
  11. O'Connell O. Introducing mindfulness as an adjunct treatment in an established residential drug and alcohol facility. *The Humanistic Psychologist*. 2009 Apr;37(2):178.
  12. Garland EL, Schwarz NR, Kelly A, Whitt A, Howard MO. Mindfulness-oriented recovery enhancement for alcohol dependence: Therapeutic mechanisms and intervention acceptability. *Journal of social work practice in the addictions*. 2012 Jul 1;12(3):242-63.
  13. Vøllestad J, Sivertsen B, Nielsen GH. Mindfulness-based stress reduction for patients with anxiety disorders: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*. 2011 Apr 1;49(4):281-8.
  14. Leigh J, Bowen S, Marlatt GA. Spirituality, mindfulness and substance abuse. *Addictive behaviors*. 2005 Aug 1;30(7):1335-41.
  15. Bahreinian AM, Radmehr H, Mohammadi H, Bavadi B, Mousavi MR. Effectiveness of spiritual group therapy on improving quality of life and mental health in women with breast cancer. *Research in religion and health*. 2015 Jan;3(1):67-78.
  16. Ives-Deliperi VL, Howells F, Stein DJ, Meintjes EM, Horn N. The effects of mindfulness-based cognitive therapy in patients with bipolar disorder: a controlled

- traumatic stress disorder. *Journal of Thought and Behavior*; 6(22): 54-66.
25. Kabat-Zinn J. *Coming to our senses: Healing ourselves and the world through mindfulness*. Hachette UK; 2005.
26. Linke J, Kircanski K, Brooks J, Perhamus G, Gold AL, Brotman MA. Exposure-based cognitive-behavioral therapy for disruptive mood dysregulation disorder: An evidence-based case study. *Behavior Therapy*. 2020 Mar 1;51(2):320-33.
27. Grabel AS, Li Y, Barker JW, Wakschlag LS, Huppert TJ, Perlman SB. Evidence of non-linear associations between frustration-related prefrontal cortex activation and the normal: abnormal spectrum of irritability in young children. *Journal of abnormal child psychology*. 2018 Jan;46(1):137-47.