

# Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-based Therapy and Cognitive-Emotional Therapy on Cognitive Avoidance and Thought-Practice Integration in Autoimmune Patients

## ARTICLE INFO

### Article Type

Research Article

### Authors

Ivet Mahmood<sup>1</sup>  
Ezatolah Ghadampour<sup>2\*</sup>  
Nasrin Bagheri<sup>3</sup>  
Zahra Tanha<sup>4</sup>

### How to cite this article

Ivet Mahmood, Ezatolah Ghadampour, Nasrin Bagheri, Zahra Tanha, Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-based Therapy and Cognitive-Emotional Therapy on Cognitive Avoidance and Thought-Practice Integration in Autoimmune Patients, *Journal of Islamic Life Style Centeredon Health*, 2022:6(3): 625-636.

1. PhD student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Lorestan University, Khorramabad, Iran (Corresponding Author).
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudhen Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Khorramabad Branch, Islamic Azad University, Lorestan, Iran.

### \* Correspondence:

Address:  
Phone:  
Email: ghadampour.e@lu.ac.ir

### Article History

Received: 2022/06/23  
Accepted: 2022/09/14

## ABSTRACT

**Purpose:** The aim of this study was to compare the effectiveness of mindfulness-based therapy and emotion-oriented cognitive therapy on cognitive integration and thought control in autoimmune patients.

**Materials and Methods:** The research method was applied in terms of purpose and unbalanced in terms of experimental nature with pre-test-post-test design with control group. The statistical population included all autoimmune patients in Tehran who referred to medical centers in Tehran in 1398. Using the available sampling method, 45 autoimmune patients in Tehran were considered as the sample size. This number of samples was randomly divided into two experimental groups (15 people in experimental group 1 and 15 people in experimental group 2) and a control group (15 people). The instruments used were Gilanders' cognitive fusion questionnaire, Bowaderstone, Bond and Dempster (2010), Wells, and Davis' mind control questionnaire. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

**Findings:** Finally, the findings showed that the two therapies of mindfulness and cognitive-emotional are effective on cognitive fusion and cognitive failure. According to the means of emotion-oriented methodology more than cognitive method on cognitive fusion, Excitatory methodology was more effective on cognitive failure than mindfulness, Also, two therapies of mindfulness and emotional cognition were effective in distraction, worry, social control, punishment and re-evaluation which are the components of thought control.

**Conclusion:** Emotional methodology was more effective than mindfulness in the components of distraction and social control; while mindfulness therapy was more effective than anxiety-cognitive therapy on the components of anxiety, punishment and re-evaluation.

**Keywords:** Mindfulness, Emotional Cognitive Therapy, Cognitive Fusion, Thought Control, Autoimmune Patients

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان

## شناختی هیجان مدار بر اجتناب شناختی و آمیختگی

## فکر - عمل بیماران اتوایمن

احتمالاتی برای خود و آمیختگی فکر و عمل احتمالاتی برای دیگران مؤثر است.

واژه های کلیدی: ذهن آگاهی، درمان شناختی هیجان مدار، اجتناب شناختی، آمیختگی فکر و عمل، بیماران اتوایمن

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۴/۰۲

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۶/۲۳

\* نویسنده مسئول: ghadampour.e@lu.ac.ir

## مقدمه

آمیختگی شناختی از دیدگاه بالینی فرآیندی است که به وسیله آن انسان‌ها از تجارب درونی گذرای خود (مثل افکار، هیجان‌ها، احساس‌های بدنی و تصاویر) غیرقابل تمایز هستند. از طریق فرآیند یادگیری ارتباطی (چارچوب‌های ارتباطی)، تجارب درونی موجب تسهیل پاسخ‌های روان‌شناختی دردناکی می‌شوند که به صورت طبیعی راه‌انداز اجتناب یا گریز از خطرات بیرونی می‌باشند. به بیان دیگر، آمیختگی شناختی به اجتناب تجربه‌ای یا تمایل نداشتن به تجربه رویدادهای خصوصی و تلاش برای اجتناب، مدیریت، تغییر یا کنترل فراوانی، برمی‌گردد (۱). در واقع در آمیختگی شناختی فرد به گونه‌ای تحت تأثیر افکار خود قرار می‌گیرد که گویی افکارش کاملاً واقعی هستند و موجب می‌شود که این افکار تنظیم رفتار فرد را به عهده بگیرند و فرد نسبت به واقعیت‌های بیرونی حساسیت کمتری نشان دهد (۲). آمیختگی یک متغیر نسبتاً جدید در ادبیات مربوط به موج سوم درمان‌های متفاوت از جمله ذهن آگاهی، شناختی هیجان‌مدار، شناختی رفتاری و ... محسوب می‌شود و مفهومی شناختی-اجتماعی است، این مفهوم چنان شخص را گیج می‌کند که پس از مدتی به-عنوان تفسیر درست از تجارب شخصی تلقی شده و دیگر قابل تشخیص از تجارب واقعی نیست (۳). آمیختگی شناختی با اختلالات روان‌شناختی و آشفتگی‌های هیجانی همچون اضطراب، استرس، افسردگی و ... مرتبط است (۴).

از این‌رو، در طی دو دهه اخیر پژوهش‌های زیادی در خصوص آسیب‌زا بودن آمیختگی شناختی به‌عنوان یک فرآیند بنیادین در سبب شناسی اختلال‌های روان‌شناختی از جمله اختلال افسردگی، درد مزمن، اضطراب و ... انجام شده است. نتایج اکثر این پژوهش‌ها از نقش واسطه‌ای آمیختگی شناختی در بروز و تشدید اختلال‌های روان‌شناختی حمایت می‌کند. به عبارت دیگر، این مدل‌های روان‌شناختی، آمیختگی شناختی را یکی از متداول‌ترین متغیرهای آسیب‌شناسی می‌دانستند که تاکنون شناخته شده است (۵) و آمیختگی شناختی از راهبردهای تنظیم هیجان حمایت می‌کند. این راهبردهای هیجانی به معنای تلاش برای تغییر شکل، بسامد یا حساسیت موقعیتی یک تجربه درونی، حتی وقتی چنان تلاشی منجر به آسیب رفتاری شود، می‌باشد. به دلیل ارتباط‌های موقتی و مقایسه-ای در زبان انسان، هیجان‌های منفی به طور کلامی پیش‌بینی، ارزیابی و مورد اجتناب واقع می‌شوند. راهبردهای تنظیم هیجانی براساس فرایند کاربرد زبان طبیعی انسان شکل می‌گیرد. الگویی که بعداً توسط فرهنگ، با تأکید بر احساس خوب و دوری از درد تقویت

ایوت محمود<sup>۱</sup>

دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

عزت اله قدم پور<sup>۲\*</sup>

استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران (نویسنده مسئول).

نسرین باقری<sup>۳</sup>

استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

زهرا تنها<sup>۴</sup>

استادیار، گروه روانشناسی، واحد خرم‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، لرستان، ایران.

## چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی هیجان مدار بر اجتناب شناختی و آمیختگی فکر و عمل بیماران اتوایمن صورت گرفت.

**مواد و روش‌ها:** روش پژوهش، از نظر هدف از نوع کاربردی و از نظر ماهیت آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل نامتعادل بود. جامعه آماری کلیه بیماران اتوایمن شهر تهران که در سال ۱۳۹۸ به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه کردند، را شامل شد. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۴۵ نفر از بیماران اتوایمن شهر تهران به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شد. این تعداد نمونه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر گروه آزمایش ۱ و ۱۵ نفر گروه آزمایش ۲) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده، دو پرسشنامه اجتناب شناختی (سکستون و داگاس، ۲۰۰۴) و مقیاس تجدید نظر شده درآمیختگی فکر-عمل (فرم فارسی مقیاس تجدید نظر شده پورفرجی، محمدی و تقوی، ۲۰۰۸) بود. با استفاده از مدل تحلیل کوواریانس چندمتغیری داده‌ها، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** در نهایت، یافته‌ها نشان داد که اثربخشی دو روش درمانی ذهن آگاهی و شناختی هیجان مدار بر مؤلفه‌های اجتناب شناختی مطلوب است ولی با توجه به میانگین روش درمانی «شناختی هیجان مدار» بیشتر از روش درمانی «ذهن آگاهی» بر مؤلفه‌های اجتناب شناختی مؤثر است.

**نتیجه‌گیری:** همچنین، در هر سه مؤلفه آمیختگی فکر و عمل روش درمانی ذهن آگاهی بیشتر از روش درمانی شناختی هیجان مدار بر مؤلفه‌های آمیختگی فکر و عمل اخلاقی، آمیختگی فکر و عمل

درمان مشکلات و اختلالات روانی وجود دارد، از جمله این درمان - ها می‌توان به درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر شناختی هیجان‌مدار، اشاره نمود. ذهن آگاهی شیوه‌ای است برای متمرکز ساختن توجه که از مراقبه شرقی نشأت گرفته است. ذهن آگاهی یعنی «توجه کامل به تجارب حاصل از لحظه لحظه زندگی» (۱۰)، یا «توجه کردن به طریق خاص، معطوف به هدف، در زمان حال و بدون قضاوت (۱۱)، در این روش، افراد ترغیب می‌شوند تا به تجارب درونی خود (از قبیل حس‌های بدنی، افکار و احساسات) در هر لحظه توجه کنند. همچنین، افراد ترغیب می‌شوند تا به جنبه‌های محیطی نظیر مناظر و صداها توجه کنند. توصیه می‌شود که ذهن آگاهی باید این نگرش‌ها را در افراد به وجود آورد که نسبت به امور، پذیرش بدون قضاوت داشته باشند. یعنی آگاهی از ادراکات، شناخت هیجان‌ها یا حس‌های بدنی بدون اینکه نسبت به خوب یا بد بودن، حقیقی یا کاذب بودن، سالم یا ناسالم بودن و مهم یا بی‌اهمیت بودن آن‌ها قضاوت و ارزیابی صورت گیرد (۱۲). از این رو، می‌توان مطرح نمود، ذهن آگاهی یعنی جریان سیال محرک‌های درونی و بیرونی بدون قضاوت مشاهده شوند. همانگونه که مطرح شد یکی دیگر از مداخلات که در این زمینه کاربرد دارد، روش درمانی شناختی هیجان‌مدار می‌باشد. درمان شناختی هیجان‌مدار، درمانی نوانسانگرا و تجربی است (۱۳).

در این درمان، تمرکز درمانگر نه تنها بر به آگاهی در آوردن محتوای ذهنی است که از طرف درمانجو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است، بلکه ایجاد معنی تازه متأثر از تجربه بدنی درمانجو را نیز در نظر دارد (۱۴). از دیدگاه رویکرد شناختی هیجان‌مدار، انسان‌ها به - عنوان سیستم‌های پویایی عمل می‌کنند که فرایندهای دیالکتیکی بسیاری را در سطوح مختلف، از سطح عصب شیمیایی تا سطوح آگاهانه و مفهومی یکپارچه می‌کنند و این یکپارچه‌سازی، پیوند جدایی‌ناپذیر عاطفه و شناخت را به بار می‌آورند. نزدیک شدن به تجربیات ذهنی و عاطفی تلخ برای مراجعان غالباً فرایندی دشوار و طاقت‌فرسا است. درمانگر در این زمینه علاوه با ایجاد رابطه کارآمد، آموزش مهارت‌هایی برای تنظیم هیجان را نیز انجام می‌دهد. در نهایت، می‌توان مطرح نمود که درمان شناختی هیجان‌مدار با تأکید بر مهارت در شناسایی و تشخیص هیجان‌ها خود و دیگران (آگاهی هیجانی) به تأثیر بر هیجان‌های شدید منفی می‌پردازد. این مداخله باید از تکنیک‌های افزایش تجارب هیجانی بر اساس راهبردهای اجتنابی باشد (۱۵).

پژوهش‌های متعددی در زمینه آمیختگی شناختی و کنترل فکر انجام شده است، برادران، زارع، علی‌پور و فرزاد در مطالعه‌ای با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر همجوشی شناختی و شاخص‌های سلامت جسمانی بیماران مبتلا به فشارخون اساسی نتیجه گرفتند که بین دو گروه در همجوشی شناختی و شاخص‌های جسمانی (فشارخون سیستولیک و دیاستولیک و کورتیزول) تفاوت معناداری وجود دارد (۱۶). آقاجانی و صمدی‌فرد در پژوهش خود به تعیین نقش آمیختگی شناختی، منبع کنترل و اجتناب شناختی در

می‌شود. متأسفانه تلاش برای اجتناب از رویدادهای درونی ناراحت کننده (مانند فکر، خاطره، تصویر ذهنی)، چون چشمگیرتر می‌شوند منجر به افزایش اهمیت کارکردی آنها می‌شود. علاوه بر این، مادامی که برای کنترل آن رویدادهای درونی تلاش می‌شود، تلاش فرد به طور کلامی به پیامدهای منفی تصور شده در ذهن مرتبط می‌شود (۶).

کنترل فکر یا ذهن<sup>۱</sup> به استفاده از مجموعه روش‌ها و ابزارها با هدف خواندن فکر، کنترل و تسلط بر ذهن اطلاق می‌شود. همچنین، کنترل ذهن به عنوان دستکاری و بازسازی فکر، شستشوی مغزی، کنترل محرک‌های الکتریکی افکار، برنامه جراحی روان‌پزشکی برای کنترل افکار، کنترل ذهنی، کنترل فیزیکی افکار، متقاعدسازی و ترغیب اجباری، استفاده بدخواهانه و تسلط بر پویایی گروه<sup>۲</sup> و بسیاری دیگر تعاریف شناخته شده است. واقعیت این است که اسامی فراوانی که وجود دارد، نشان از عدم توافق بر سر تعریف کنترل فکر می‌باشد و باعث سردرگمی و تحریف آن می‌شود که این موضوع به نفع کسانی است که از این روش سود می‌برند (۷)

یکی از گروه‌های حساس که باید در زمینه آمیختگی شناختی و کنترل فکر مورد بررسی، ارزیابی و مداخله قرار گیرند، بیماران اتوایمن می‌باشند. در این بیماران، دستگاه ایمنی بدن به اشتباه، حمله به خود بدن را آغاز می‌کند. این بیماری می‌تواند اندام‌ها و بافت‌هایی از جمله گلبول‌های سرخ خون، عروق خونی، غده تیروئید، لوزالمعده، عضلات، مفاصل و پوست را درگیر کند. از جمله بیماری‌های خودایمنی شناخته‌شده‌تر می‌توان به لوپوس، آرتریت روماتوئید و اسکروز متعدد (ام اس) اشاره کرد. اغلب این بیماری‌ها مزمن هستند، اما بسته به نوع عارضه ممکن است قابل کنترل باشند. تاکنون ۸۰ نوع از بیماری‌های خودایمنی شناسایی شده است که طیف وسیعی از بافت‌ها و سلول‌های بدن را در برمی‌گیرد. این بیماری‌ها، بیماری‌های مزمن هستند که مادام‌العمر با فرد باقی‌مانده و قابلیت درمان صد در صد ندارند (۸). افراد مبتلا به بیماری‌های اتوایمنی باید بتوانند به خوبی با بیماری یا حوادث دیگری که ممکن است رخ دهد، کنار آیند. تشخیص راه‌های موثر غلبه بر استرس، اطمینان و امید، ظرفیت پذیرش حوادث نامطلوب، ویژگی‌های شخصیتی، خلق و خوی افراد در مقابله با این بیماری‌ها مؤثر هستند. داشتن روحیه‌ای سالم از مبتلا شدن به بسیاری بیماری‌ها به خصوص بیماری‌های اتوایمنی جلوگیری می‌کند. در واقع عامل تعیین‌کننده سلامتی کلی فرد، سلامت روانی است و از طرف دیگر، در صورت ابتلا به بیماری‌های مختلف به‌ویژه بیماری‌های خاصی که ویژه جوامع متمدن امروزی هستند، جنبه‌های روانشناختی فرد و در صورت لزوم مشاوره و روان‌درمانی همراه با روش‌های درمانی معمول باید مورد توجه قرار بگیرد و باعث سرعت بخشیدن به بهبودی و کاهش عود بیماری شود. لازم به ذکر است که درمان مشکلات روانی می‌تواند به درمان مشکلات جسمانی کمک کرده و حتی ممکن است عامل بیماری‌های جسمانی، مشکلات و اختلالات روانی فرد باشد (۹).

شایان ذکر است مطرح نمود که روش‌های درمانی بسیاری برای

<sup>2</sup>- Group Dynamics

<sup>1</sup>- Mind Control

علائم نوموفوبیا و کیفیت خواب با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد (۲۴)؛ در حالیکه بین سه نوع درمان شناختی رفتاری، درمان هیجان مدار و درمان ذهن آگاهی نوجوان محور در تأثیر بر علائم نوموفوبیا و کیفیت خواب تفاوت معناداری به دست نیامد. از این رو، می توان مطرح نمود که درمان های شناختی رفتاری، هیجان-مدار و ذهن آگاهی نوجوان محور بر علائم نوموفوبیا و اختلالات خواب مبتلایان به آن مؤثر است. هورث و همکاران (۱۲) در پژوهشی تحت عنوان تأثیر مداخلات مختصر مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامتی مطرح نمودند که مطالعات بیشتر بر روی نتایج روانشناختی مانند اضطراب، افسردگی، تنظیم هیجان، استرس و نتایج شناختی متمرکز بود و یافته ها نشان داد که روش درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سلامت روان مؤثر است و تنها پس از یک جلسه و با مداخلات کوتاه مدت ۵ دقیقه ای می توان گام های اولیه که منجر به سلامتی پایدار و مثبت در زمینه مسائل روان شناختی می شوند، را برداشت. با توجه به پژوهش های متعدد که در زمینه آمیختگی شناختی و کنترل فکر و همچنین روش های مداخله ذهن آگاهی و شناختی هیجان مدار، صورت گرفته است، هنوز ابهاماتی در این زمینه ها وجود دارد که باعث ایجاد خلأ نظری در حیطه های مذکور شده است. بنابراین، در پژوهش حاضر به مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی هیجان مدار بر آمیختگی شناختی و کنترل فکر بیماران اتوایمن پرداخته تا بتوان ابهامات ایجاد شده را برطرف ساخت و بتوان اطلاعات مفید در زمینه بهترین و مؤثرترین درمان برای بهبود آمیختگی شناختی و کنترل فکر را در افرادی که دارای مشکلات روان شناختی و جسمانی هستند به خصوص بیماران اتوایمن، به دست آورد. از این رو، هدف از انجام این پژوهش، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی هیجان مدار بر آمیختگی شناختی و کنترل فکر بیماران اتوایمن در هفت جلسه انجام گرفته است.

#### مواد و روش ها

با توجه به اینکه هدف پژوهش حاضر، به دست آوردن اطلاعاتی در مورد مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی هیجان مدار بر آمیختگی شناختی و کنترل فکر بیماران اتوایمن بود، روش پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع کاربردی و از نظر ماهیت آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل نامتعادل بود که به طور مقطعی در سال ۹۹-۱۳۹۸ صورت گرفت. طرح پژوهش حاضر به صورت زیر مطرح می شود:

جدول ۱: طرح پژوهش

گروه ها	مراحل	پیش آزمون	اجرای متغیر مستقل	پس آزمون
گروه ۱ (آزمایش)	T1	درمان مبتنی بر ذهن آگاهی	T2	
گروه ۲ (آزمایش)	T1	درمان شناختی هیجان مدار	T2	

پیش بینی اضطراب مرگ سالمندان پرداختند و مطرح نمودند که بین همجوشی شناختی با اضطراب مرگ رابطه مثبت معنادار و بین منبع کنترل با اضطراب مرگ سالمندان رابطه منفی معنادار وجود دارد (۱۷). مجتبیای و یاسینی در پژوهشی بیان نمودند که بین اجتناب و آمیختگی شناختی، اجتناب تجربه ای، نشانه های اضطراب اجتماعی، حمله وحشت زدگی، اضطراب جدایی، افسردگی، اضطراب فراگیر، وسواس فکری- عملی و فرونشانی تفکر، رابطه مثبت وجود دارد (۱۸). خانی پور، محمدخانی و طباطبایی به بررسی راهبردهای کنترل فکر و رگه اضطراب، پرداختند و مطرح نمودند که بین راهبردهای خودتنبیهی و کنترل اجتماعی با نگرانی بیمارگون رابطه مثبت معنی داری وجود دارد؛ در حالیکه بین حواسپرتی با نگرانی بیمارگون رابطه منفی معنی داری وجود دارد و رگه اضطراب، خودتنبیهی، کنترل اجتماعی و حواسپرتی مجموعاً ۴۵ درصد از واریانس نگرانی بیمارگون را پیش بینی می کنند (۱۹).

در پژوهش مکاوی، واتسون، واتکینز و ناتان<sup>۱</sup> مشخص گردید که افکار تکرارشونده منفی شامل نگرانی و نشخوار فکری به عنوان فرایندهایی که شبیه به آمیختگی شناختی هستند، منجر به افزایش اضطراب و خلق منفی می شوند و همچنین با دیگر اختلال های روانی نیز رابطه دارند (۲۰). فرگوس<sup>۲</sup> در مطالعه ای نشان داده است که همجوشی شناختی با میزان استرس، اضطراب و افسردگی ارتباط دارد (۲۱). گیلاندرز و همکاران در پژوهش خود بر روی بیماران سرطانی نشان دادند که همجوشی شناختی، قوی ترین پیش بینی کننده نشانگان اضطراب در افراد مبتلا به سرطان می باشد (۲). بر اساس مطالعه سیمون و وربون<sup>۳</sup> نقش اجتناب تجربه ای و آمیختگی شناختی و انعطاف ناپذیری روان شناختی در سبب شناسی و تداوم دامنه ای از اختلال های روانی شامل اضطراب و افسردگی و رابطه این فرایندها با سلامت روان و کارکرد و کیفیت زندگی به صورت مستقیم و غیرمستقیم در پژوهش های پیشین محرز شده است (۲۲).

همچنین، در زمینه روش های درمانی شناختی هیجان مدار و ذهن-آگاهی نیز تحقیقات متعددی صورت گرفته است، عطادخت، قریب بلوک، میکاییلی و صمدی فرد در پژوهش خود بیان نمودند، درمان شناختی- رفتاری هیجان مدار با تأکید بر اصلاح شناخت های تحریف شده و آموزش رفتارهای جدید، درک آگاهی هیجان، فهم هیجان و تنظیم هیجان بر افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش اجتناب تجربی در جانبازان دارای نقص عضو مؤثر است (۲۳). در پژوهش داودی، منشئی و گل پرور نیز مشخص گردید که بین سه درمان شناختی رفتاری، درمان هیجان مدار و درمان ذهن آگاهی نوجوان محور در

<sup>3</sup>- Simon & Verboon

<sup>1</sup>- McEvoy, Watson, Watkins & Nathan

<sup>2</sup>- Fergus

T2	T1	گروه کنترل
مداخلات صورت گرفته و در مرحله آخر پس آزمون صورت گرفته است. برنامه‌های مداخله‌ای که در پژوهش حاضر صورت گرفته است، در جداول زیر مطرح شده است:	در این پژوهش در ابتدا مرحله پیش‌آزمون صورت گرفته است و سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش (دو گروه) و کنترل قرار گرفتند. در مرحله بعدی بر روی گروه‌های آزمایش	

جدول ۲: مداخلات درمانی

ردیف	جلسه	محتوای جلسه	اهداف	روش درمان	روش ارزشیابی
۱	معرفی و آشنایی با اعضا	هدایت خودکار افکار	داشتن آگاهی نسبی از افکار و خود	آموزش تکنیک واریسی بدنی به شرکت‌کنندگان و دادن برگه‌های تمرینی برای انجام در منزل	مصاحبه فردی افراد و پیش‌آزمون
۲	رویارویی با موانع	آگاهی از تجارب ناخوشایند	تهیه لیستی از تجارب خوشایند و ناخوشایندی که فرد تجربه کرده سعی در تغییر آنان دارد	تمرین در لحظه زیستن و آگاهی از نیازهای فعلی	نامگذاری بر روی تجارب ناخوشایند
۳	تمرین دیدن و شنیدن	تنفس همراه با حضور ذهن، تمرین دیدن و شنیدن در ۵ دقیقه	هوشیاری در فضای حاضر	آموزش تکنیک راه رفتن با هوشیاری فراگیر و فضای تنفس ۲ دقیقه‌ای	زیستن در لحظه و آموزش مابند فولنس
۴	تکنیک ماندن در زمان حال	اجازه حضور، انجام مراقبه نشسته، صدا و افکار	اهمیت پذیرش افکار	انجام تکنیک مجسمه	تکنیک مجسمه
۵	شناسایی افکار	افکار حقایق نیستند	شناسایی و نامگذاری باتلاق‌های سمی ذهن خود که در مدت بیماری داشتند.	پخش فیلم و صحبت درباره مورچه‌های سمی که در افکار فرد می‌باشد	مورچه‌های سمی ذهن
۶	بازنگری مطالب	آگاهی از تغییرات کوچک خلق، بحث و برنامه‌ریزی در مورد چگونگی بهترین نحوه	داشتن درک منظمی از تمرین‌های انجام شده که سبب تغییر منظم و یا تغییرات کوچک نامنظم شده (واریسی تغییرات خود)	تکنیک ارزش‌گذاری افکار	پذیرش خود
۷	جمع بندی	مرور تمرین‌ها و جمع بندی آنها	تمرین تجسم خیال	دریافت فیدبک از بیماران	پس‌آزمون

پروتکل درمانی هیجان مدار (مدل درمانی گراس)

برقراری ارتباط و انعقاد قرارداد درمانی	ابلاغ قوانین و اهداف گروه و اتحاد درمانی با بیماران	ارزیابی فردی و مشترک	ایجاد رابطه حسنه، اتحاد درمانی با بیماران به گونه‌ای که بیماران احساس امنیت و پذیرش از سوی درمانگر داشته باشند، درک درمانگر از نیازهای بیماران و کمک به آنها	پیش‌آزمون
----------------------------------------	-----------------------------------------------------	----------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

۲	فراخوانی و کشف کردن	ارتقاء بازخوانی آگاهانه تجارب بیماران، تشویق به بیان هیجانات، آگاهی از حس جسمانی سرکوب شده که باعث تسریع بیماری شده.	آگاهی از احساسات و هیجانات سرکوب شده، توجه به احساسات بدنی خود	بازخوانی تجارب اولیه	ارتقاء بازخوانی تجارب
۳	ترسیم روایت و موضوعات تجربه شده	آگاهی از ترسیم موضوعاتی که سبب نشخوار فکری و یا تعارض در افراد شده	خودارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب پذیری هیجانی در فرد	خودارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی فرد	ارزیابی خود
۴	ارزیابی حالات هیجانی	متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی	ارزیابی هیجانات منفی	ایفای نقش به عنوان ارزیاب	تمرین آموزش توجه
۵	شناسایی چرخه تعاملی منفی	افزایش دانش در خصوص هیجانات و احساسات	پردازش هیجانات	آموزش راهبرد ارزیابی مجدد و زیربنای تعاملی	تمرین آموزش راهبرد ارزیابی مجدد
۶	تسهیل نیازها و خواسته‌ها	افزایش تشخیص و شناسایی نیازها و جنبه‌های خود ابراز نشده	ساختاردهی مجدد هیجانات	آموزش تکنیک آستانه تحمل و هیجانات	تمرین چرخه تعاملی (تشکیل یک دایره توسط افراد و بیان هیجانات. این دایره درونی با بیرون مدام جابه‌جا شده تا جایی که به اکنون بودن و آرمیدگی دست یابند.)
۷	تعامل براساس ادراکات جدید	چرخه در زمینه تعامل احساسات جدید و نیازهای ضروری	تعیین و ارزیابی وصول به اهداف	ارائه بازخورد نسبت به تغییرات درمانی و شخصی که داشتند و شروع به بازخورد دادن به یکدیگر می‌کنند.	پس‌آزمون

ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر، دو پرسشنامه همجوشی شناختی و کنترل فکر ولز و دیویس است. ویژگی‌های این دو پرسشنامه به شرح زیر مطرح می‌شوند:

**Thought-action fusion scale (TAFS):** This is a 19-item self-report measure of the tendency to fuse thoughts and actions. It contains 12 items that assess moral TAF (e.g., "Having a blasphemous thought is almost as sinful to me as a blasphemous action"); 3 items that assess likelihood-self TAF (e.g., "If I think of myself being in a car accident, this increases the risk that I will have a car accident"); and 4 items that assess likelihood-other TAF (e.g., "If I think of a relative/friend losing their job, this increases the risk that they will lose their job). Each item is rated on a scale from 0 (strongly disagree) to 4 (strongly agree).

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه بیماران اتوایمن شهر تهران می‌باشد که در سال ۱۳۹۸ به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه می‌کرده‌اند. در این پژوهش با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، تعداد ۴۵ نفر از بیماران اتوایمن شهر تهران به عنوان حجم نمونه در نظر گرفته شدند. این تعداد نمونه به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر گروه آزمایش ۱ و ۱۵ نفر گروه آزمایش ۲) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. لازم به ذکر است، مطرح شود که معیارهای ورود به پژوهش عبارتند از: افراد انتخاب شده به شرکت در مطالعه رضایت داشته و علاقه‌مند باشند. افراد مبتلا به یکی از اختلالات اتوایمن باشند. قادر به اختیارگذاشتن اطلاعات و تجربیات خود باشند. هیچ نوع اختلال روان‌شناختی نداشته باشند. یک سال از بیماری آنها گذشت باشد و در نهایت، در دامنه سنی ۲۰ تا ۶۰ سال بودند. همچنین، معیارهای خروج از پژوهش به قرار ذیل بود: اعلام عدم رضایت شرکت‌کنندگان جهت ادامه همکاری، کسانی که به طور ناقص به پرسش‌نامه‌ها پاسخ دادند، افرادی که دو سوم جلسه درمان را شرکت نکنند.

468-478.

URL: <http://ijpcp.iuims.ac.ir/article-1-1211-en.html>

Wells AD, Daviest IM. The thought control questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Journal of Behavior Research and Therapy*. 1994; 32(8):871-878. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90168-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90168-6)

پرسشنامه همجوشی شناختی: این پرسشنامه توسط گیلاندرز، بوادرستون، بوند و دمپسترطراحی و در ایران زارع آن را استانداردسازی کرده است (۲۵). این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال و دو مؤلفه همجوشی و گسلس شناختی می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت هفت گزینه‌ای (۱= هرگز، ۲= خیلی به ندرت، ۳= به ندرت، ۴= برخی اوقات، ۵= اغلب، ۶= تقریباً همیشه، ۷= همیشه) صورت می‌گیرد. لازم به ذکر است، مطرح شود که سوالات ۱، ۲، ۹ مربوط به مؤلفه «گسلس شناختی» و سوالات ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱ و ۱۲ مربوط به مؤلفه «همجوشی شناختی» می‌باشد. سوالات این پرسشنامه به وسیله گیلاندرز و همکاران، بر اساس تجارب شخصی و کلینیکی و پیشنهادی که مفهوم همجوشی شناختی را توصیف می‌کرد، ساخته شد. این پرسشنامه در ابتدا، ۴۴ سؤالی بوده و بر روی ۴۲۵ نفر اجرا و در نتایج تحلیل عاملی تعداد آن به ۲۸ سوال تقلیل یافت. در یک فرایند تجربی و با استفاده از تحلیل عاملی و آلفا کرانباخ، سوالات پرسشنامه مذکور به ۱۳ سوال کاهش پیدا کرد. پرسشنامه همجوشی شناختی دارای روایی محتوایی مطلوبی می‌باشد. زارع، به بررسی روایی سازه پرسشنامه ۱۳ سؤالی همجوشی شناختی گیلاندرز و همکاران، در بین دانشجویان دانشگاه‌های پیام نور استان فارس پرداخت و با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی عامل‌ها را استخراج نمود. نتایج نشان داد که بارهای عاملی مربوط به گویه‌ها به جز گویه ۱۳ بالاتر از ۰/۵۰ بود، دو عامل همجوشی و گسلس شناختی ۰/۴۹ درصد از کل واریانس را تبیین می‌کند. گویه ۱۳، به دلیل داشتن بار عاملی کمتر از ۰/۵۰ از پرسشنامه حذف شد و تعداد گویه‌ها از ۱۳ به ۱۲ گویه تقلیل یافت (۲۵).

پرسشنامه کنترل فکر ولز و دیویس: این پرسشنامه دارای ۲۹ سوال بوده و هدف آن ارزیابی توانایی کنترل تفکر در مقابل افکار مزاحم است. پرسشنامه کنترل فکر دارای مؤلفه‌های پرت کردن حواس، نگرانی، کنترل اجتماعی، تنبیه، ارزیابی دوباره می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت چهار گزینه‌ای (۱= تقریباً هرگز، ۲= گاهی اوقات، ۳= اغلب و ۴= تقریباً) می‌باشد. این پرسشنامه دارای روایی سازه بوده و اعتبار آن با استفاده از روش آلفا کرانباخ ۰/۶۸ بدست آمده است.

The instrument's psychometric properties have been described by Shafran et al. and Yorulmaz et al. between 0.85 and 0.96. After translating the questionnaire to Persian and its translation-back to the original language, a pilot study based on cultural differences was carried out on thirty students. In this study, Cronbach's alpha coefficient was obtained as 0.83.

Thought Control Questionnaire (TCQ): The questionnaire was developed by Wells and Daviest (34) to assess the individual differences in using different thought control strategies and their relationship with emotional vulnerability. The questionnaire has 30 questions which are answered based on a 4-point Likert scale ranging from 1 = never to 4 = almost always. The questions measure distraction, social control, worry, punishment, and reappraisal. Reliability coefficients for TCQ five factors were between 0.62 and 0.73, which indicated a relatively low reliability. Results of Confirmatory Factor Analysis indicated that worry and self-punishment load on one factor and reevaluation, distraction, and social strategies load on the other. Therefore, the questionnaire encompasses and evaluates both the functional and dysfunctional strategies. The Chi-square of the goodness of fit model obtained two factors (651.82), which is smaller compared with a factor model (1169.10) and therefore considered a suitable model. Other goodness of fit indices such as GFI (0.91), AGFI (0.88), AIC (445.87), CFI (0.90) and NNFI (0.95) were also closer in terms of amount to relevant standard indices.

Michaeli Manee, F. (2011). Internal consistency and confirmatory factor analysis of Wells and Davis Thought control questionnaire. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16(4),

در پژوهش حاضر در ابتدا شاخص‌های آماری میانگین و انحراف استاندارد مطرح شده است. پس از آن، با استفاده از مدل تحلیل کوواریانس چندمتغیری داده‌های جمع‌آوری شده، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

جدول ۳: شاخص‌های آماری مرتبط با متغیر «آمیختگی شناختی»

گروه	مؤلفه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
ذهن آگاهی	همجوشی شناختی	پیش‌آزمون	۱۴/۹۳	۲/۲۸
		پس‌آزمون	۱۷/۳۳	۱/۹۱
	گسلش شناختی	پیش‌آزمون	۴۴/۵۳	۴/۵۱
		پس‌آزمون	۴۸/۶۰	۵/۲۶
شناختی هیجان‌مدار	همجوشی شناختی	پیش‌آزمون	۱۴/۹۳	۲/۶۵
		پس‌آزمون	۱۷/۶۶	۱/۹۸
	گسلش شناختی	پیش‌آزمون	۴۹/۳۳	۴/۸۷
		پس‌آزمون	۵۳/۴۰	۴/۲۰
کنترل	همجوشی شناختی	پیش‌آزمون	۱۵/۶۶	۲/۶۲
		پس‌آزمون	۱۶/۲۶	۲/۳۴
	گسلش شناختی	پیش‌آزمون	۵۳/۶۰	۴/۳۰
		پس‌آزمون	۵۲/۲۶	۵/۷۲

جدول ۴: آزمون چندمتغیری مرتبط با مؤلفه‌های متغیر وابسته «آمیختگی شناختی»

منبع تغییرات	نام آزمون	میزان F	سطح معنی‌داری
همجوشی شناختی (پیش‌آزمون)	اثر پیلائی	۱۰۵/۵۷	۰/۰۰۱
	لامبدا و بلکز	۱۰۵/۵۷	۰/۰۰۱
	اثر هاتلینگ	۱۰۵/۵۷	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه خطا	۱۰۵/۵۷	۰/۰۰۱
گسلش شناختی (پیش‌آزمون)	اثر پیلائی	۱۱۸/۴۶	۰/۰۰۱
	لامبدا و بلکز	۱۱۸/۴۶	۰/۰۰۱
	اثر هاتلینگ	۱۱۸/۴۶	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه خطا	۱۱۸/۴۶	۰/۰۰۱
گروه	اثر پیلائی	۱۱/۶۱	۰/۰۰۱
	لامبدا و بلکز	۱۸/۲۲	۰/۰۰۱
	اثر هاتلینگ	۲۵/۹۷	۰/۰۰۱
	بزرگترین ریشه خطا	۵۴/۶۱	۰/۰۰۱

با تأکید بر میزان مقادیر F بدست آمده، مطرح می‌شود که ارتباط معنی‌داری بین چهار روش «اثر پیلائی»، «لامبدا و بلکز»، «اثر هاتلینگ» و «بزرگترین ریشه خطا» با مؤلفه‌های متغیر وابسته وجود دارد.  $\alpha = 0/01$

جدول ۵: تحلیل کوواریانس چندمتغیری مرتبط با بررسی

اثر بخشی «درمان ذهن آگاهی» و «درمان شناختی هیجان‌مدار» بر «آمیختگی شناختی»

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات آزادی	درجه آزادی	میانگین مجذورات	میزان F	سطح معنی‌داری	اثر شدت
همجوشی شناختی (پیش‌آزمون)	همجوشی شناختی (پس‌آزمون)	۱۵۲/۱۰	۱	۱۵۲/۱۰	۲۱۳/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴
	گسلش شناختی (پس‌آزمون)	۰/۱۳	۱	۰/۱۳	۰/۰۳	۰/۸۵۴	۰/۰۱
گسلش شناختی (پیش‌آزمون)	همجوشی شناختی (پس‌آزمون)	۱/۹۲	۱	۱/۹۲	۲/۷۰	۰/۱۰۸	۰/۰۶

گسلش شناختی (پس آزمون)	۹۳۲/۳۶	۱	۹۳۲/۳۶	۲۳۲/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۵
همجوشی شناختی (پس آزمون)	۳۱/۴۲	۲	۱۵/۷۱	۲۲/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۵۲
گسلش شناختی (پس آزمون)	۲۱۷/۱۴	۲	۱۰۸/۵۷	۲۷/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۷
همجوشی شناختی (پس آزمون)	۲۸/۴۶	۴۰	۰/۷۱			
گسلش شناختی (پس آزمون)	۱۶۰/۲۲	۴۰	۴/۰۱			

گروه

خطا

شناختی» و «گسلش شناختی» مؤثر است. همچنین، با توجه به شدت اثر در دو متغیر می‌توان عنوان نمود که اثربخشی هر دو روش درمانی «ذهن آگاهی» و «شناختی هیجانی مدار» بر «همجوشی شناختی» و «گسلش شناختی»، «متوسط» می‌باشد

با تأکید بر میزان مقادیر  $F$  بدست آمده، مطرح می‌شود که ارتباط معنی‌داری بین دو روش درمانی «ذهن آگاهی» و «شناختی هیجانی-مدار» بر مؤلفه‌های متغیر وابسته (آمیختگی شناختی)، در سطح  $\alpha = 0/01$  وجود دارد. بنابراین، می‌توان مطرح نمود که دو روش درمانی «ذهن آگاهی» و «شناختی هیجانی مدار» بر «همجوشی

جدول ۶: آزمون بنفوری جهت بررسی اثربخشی درمان‌ها بر متغیر «آمیختگی شناختی»

متغیر وابسته	درمان	تفاوت میانگین	سطح معنی‌داری
ذهن آگاهی	هیجان مدار	-۰/۱۰	۱
	کنترل	۲/۰۴	۰/۰۰۱
هیجان مدار	ذهن آگاهی	-۰/۱۰	۱
	کنترل	۲/۱۵	۰/۰۰۱
کنترل	ذهن آگاهی	-۲/۰۴	۰/۰۰۱
	هیجان مدار	-۲/۱۵	۰/۰۰۱
ذهن آگاهی	هیجان مدار	۰/۱۴	۰/۷۵۲
	کنترل	۵/۶۹	۰/۰۰۱
هیجان مدار	ذهن آگاهی	-۰/۱۴	۰/۷۵۲
	کنترل	۵/۵۴	۰/۰۰۱
کنترل	ذهن آگاهی	-۵/۶۹	۰/۰۰۱
	هیجان مدار	-۵/۵۴	۰/۰۰۱

معنی‌دار است، اما بین دو گروه آزمایش (ذهن آگاهی و شناختی هیجانی مدار) در مؤلفه‌های متغیر «آمیختگی شناختی» تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

همانگونه که در جدول فوق مشاهده می‌شود بین گروه کنترل و دو روش درمانی «ذهن آگاهی» و «شناختی هیجانی مدار» در مؤلفه‌های متغیر «آمیختگی شناختی» در سطح  $\alpha = 0/01$  تفاوت معنی‌داری مشاهده می‌شود و این تفاوت دو گروه از نظر آماری

جدول ۷: توصیف و مقایسه نمرات مؤلفه‌های متغیر «آمیختگی شناختی» در دو گروه

متغیر وابسته	گروه (درمان)	میانگین	انحراف معیار
همجوشی شناختی (پس آزمون)	ذهن آگاهی	۱۷/۳۳	۱/۹۱
	هیجان مدار	۱۷/۶۶	۱/۹۸
	کنترل	۱۶/۲۶	۲/۳۴
گسلش شناختی (پس آزمون)	ذهن آگاهی	۴۸/۶۰	۵/۲۶
	هیجان مدار	۵۳/۴۰	۴/۲۰
	کنترل	۵۲/۲۶	۵/۷۲

شناختی» مؤثر می‌باشد. همچنین، با توجه به میانگین (۵۳/۴۰) در روش درمانی «شناختی هیجان مدار» می‌توان بیان نمود که این روش درمانی بیشتر از روش درمانی ذهن آگاهی بر گسلش

با تأکید بر میزان میانگین‌های بدست آمده، می‌توان مطرح نمود که روش درمانی «شناختی هیجان مدار» با میانگین (۱۷/۶۶) نسبت به روش درمانی «ذهن آگاهی» بیشتر بر «همجوشی

شناختی مؤثر است.

### نتیجه‌گیری

با توجه به اینکه آمیختگی شناختی و کنترل فکر مشکلاتی هستند که در افراد با مشکلات ویژه به خصوص افرادی که دارای بیماری‌های خاص هستند، وجود دارد. یکی از گروه افراد که دارای بیماری‌های خاص هستند، بیماران اتوایمن می‌باشند. این افراد به دلیل داشتن مشکلاتی در سیستم ایمنی بدن خود دچار مشکلات جسمانی، روانی، عاطفی و ... می‌شوند. بنابراین، به دلیل اینکه این گروه از افراد بتوانند از نظر روانی به سطح بالایی برسند و با مشکلات جسمانی و دیگر مشکلات خود، راحت‌تر مقابله کنند، باید از روش‌های درمانی شناختی یا هیجانی استفاده نمود. دو روش درمانی ذهن‌آگاهی و درمان شناختی هیجان‌مدار، روش‌های درمانی هستند که می‌توانند تأثیرات مثبتی بر مشکلات روانی، عاطفی، شناختی و ... بگذارند. از این‌رو، در زمینه مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی و درمان شناختی هیجان‌مدار بر آمیختگی شناختی بیماران اتوایمن می‌توان مطرح نمود که ارتباط معنی‌داری بین دو روش درمانی بر مؤلفه‌های آمیختگی شناختی، وجود دارد و دو روش درمانی «ذهن‌آگاهی» و «شناختی هیجان‌مدار» بر «همجوشی شناختی» و «گسلش شناختی» مؤثر می‌باشند. با توجه به شدت اثر در دو متغیر می‌توان عنوان نمود که اثربخشی هر دو روش درمانی «ذهن‌آگاهی» و «شناختی هیجانی-مدار» بر «همجوشی شناختی» و «گسلش شناختی»، «متوسط» می‌باشد. همچنین، مشخص گردید که روش درمانی «شناختی هیجان‌مدار» با میانگین (۱۷/۶۶) نسبت به روش درمانی «ذهن‌آگاهی» بیشتر بر «همجوشی شناختی» مؤثر می‌باشد و با توجه به میانگین (۵۳/۴۰) در روش درمانی «شناختی هیجان‌مدار» می‌توان بیان نمود که این روش درمانی بیشتر از روش درمانی ذهن‌آگاهی بر گسلش شناختی مؤثر است.

یافته‌های این پژوهش با پژوهش رضوان و همکاران، هماهنگ و همسو می‌باشد؛ زیرا در هر دو پژوهش مشخص گردید که روش درمانی شناختی هیجان‌مدار بر آمیختگی شناختی مؤثر است. از این‌رو، می‌توان مطرح نمود که با آموزش رویکردهای هیجان‌مدار از بروز هیجان‌های شدید در هنگامی که فرد با یک موقعیت هیجانی روبه‌رو می‌شود، پیشگیری می‌کند و همچنین، نشخوارهای فکری فرد را پس از بروز هیجان، کمتر می‌کند. بنابراین، می‌توان عنوان نمود که روش درمانی شناختی هیجان‌مدار یک روش درمانی مؤثر در این زمینه می‌باشد. پژوهش برادران و همکاران به اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر همجوشی شناختی پرداخته است، که در آن مطرح شده که این روش درمانی می‌تواند بر همجوشی شناختی که یکی از مؤلفه‌های آمیختگی شناختی اثربخش باشد (۱۶). لازم به ذکر است که در این پژوهش شدت اثر مشخص نیست و نمی‌توان مطرح نمود که شدت اثر روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش مطلوب‌تر بوده است یا روش‌های ذهن‌آگاهی و شناختی هیجان‌مدار. از این‌رو، یافته‌های این دو پژوهش قابل مقایسه نمی‌باشند و تنها می‌توان بیان نمود که روش درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نیز می‌تواند بر همجوشی شناختی مؤثر باشد. در پژوهش‌های

آقاجانی و صمدی‌فرد (۱۷)، مجتبابی و یاسینی (۱۸)، سیمون و وربون (۲۲)، گیلاندرز و همکاران (۲)، فرگوس (۲۱) و مکاوی و همکاران (۲۰)، به اثربخشی روش درمانی بر آمیختگی شناختی پرداخته نشده است. در این پژوهش‌ها فقط مطرح شده است که آمیختگی شناختی و مؤلفه‌های آن (همجوشی شناختی و گسلش شناختی) با اضطراب، استرس، افسردگی، خلق منفی و ... در ارتباط هستند و موجب افزایش عوامل مذکور می‌شوند. بنابراین، توان مقایسه‌پذیری بین یافته‌های پژوهش حاضر با پیشینه تحقیقات انجام داد.

همچنین، در زمینه مقایسه اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی و درمان شناختی هیجان‌مدار بر کنترل فکر بیماران اتوایمن مطرح نمود که یافته‌ها نشان داد، ارتباط معنی‌داری بین دو روش درمانی بر مؤلفه‌های کنترل فکر وجود دارد. بنابراین، می‌توان عنوان نمود که دو روش درمانی «ذهن‌آگاهی» و «شناختی هیجان‌مدار» بر «پرت کردن حواس»، «نگرانی»، «کنترل اجتماعی»، «تنبیه» و «ارزیابی دوباره» مؤثر است. همچنین، با توجه به شدت اثر در مؤلفه‌های مذکور می‌توان مطرح نمود که اثربخشی هر دو روش درمانی «ذهن‌آگاهی» و «شناختی هیجان‌مدار» بر «پرت کردن حواس»، «نگرانی»، «کنترل اجتماعی»، «تنبیه» و «ارزیابی دوباره»، «بسیار مطلوب» می‌باشد. لازم به ذکر است مطرح شود، در مؤلفه‌های «پرت کردن حواس» و «کنترل اجتماعی» میانگین روش درمان «شناختی هیجان‌مدار» بالاتر از میانگین روش درمان «ذهن‌آگاهی» می‌باشد. بنابراین، می‌توان مطرح نمود که روش درمانی «شناختی هیجان‌مدار» بیشتر از روش درمانی «ذهن‌آگاهی» بر مؤلفه‌های «پرت کردن حواس» و «کنترل اجتماعی» مؤثر است. همچنین، در مؤلفه‌های «نگرانی»، «تنبیه» و «ارزیابی دوباره» میانگین روش درمان «شناختی هیجان‌مدار» پایین‌تر از میانگین روش درمان «ذهن‌آگاهی» می‌باشد. از این‌رو، می‌توان مطرح نمود که روش درمانی «ذهن‌آگاهی» بیشتر از روش درمانی «شناختی هیجان‌مدار» بر مؤلفه‌های «نگرانی»، «تنبیه» و «ارزیابی دوباره» مؤثر است. در پژوهش‌های خودتنبیهی و کنترل اجتماعی در نگرانی بیمارگون مؤثر است. در این پژوهش هیچ روش درمانی مورد استفاده قرار نگرفته است، از این‌رو، امکان مقایسه با یافته‌های پژوهش حاضر وجود ندارد و تنها می‌توان مطرح نمود که از این دو راهبرد برای کنترل فکر می‌توان استفاده نمود (۱۹).

شایان ذکر است که عنوان نمود در زمینه روش‌های درمانی ذهن‌آگاهی و شناختی هیجان‌مدار، عطادخت و همکاران (۲۳)، داودی و همکاران (۲۴) و هورت و همکاران (۱۲) در پژوهش‌های خود مطرح نمودند که این دو روش درمانی کاربردهای فراوانی برای مداخله مشکلات روان‌شناختی و سلامت روان افراد مانند جانبازان، نوجوانان که مشکلات کیفیت خواب دارند، افرادی که دارای اضطراب، افسردگی، تنظیم هیجان، استرس و ... دارند و می‌تواند باعث افزایش سازگاری اجتماعی در افراد گردد. از این‌رو، می‌توان مطرح نمود که یافته‌های پژوهش حاضر نیز با پژوهش‌های مذکور همخوانی دارد.

در نهایت می‌توان مطرح نمود، آمیختگی شناختی کنترل فکر عوامل هستند که می‌توانند باعث ایجاد اضطراب، استرس، افسردگی،

Sciences and Clinical Psychiatry, translated by Rizaeei; Farzin, (2013), Tehran: Arjmand Publications.

8. Katz U, Shoenfeld Y, Zandman-Goddard G. (2011), Update on intravenous immunoglobulins (IVIg) mechanisms of action and off- label use in autoimmune diseases, *Curr Pharm Des.* 2011;17(29): 3166-75. doi:

10.2174/138161211798157540.

9. Abul Ghasemi A, Bakhshian F, Narimani M. (2012), Thought control strategies and response inhibition in people with acute stress disorder and normal people, *Knowledge and Health Quarterly*, 7(4).

10. Marlatt G A & Kristeller J L. (1999). Mindfulness and meditation. In W. R. Miller (Ed), *Integrating spirituality into treatment* (pp.67-84). Washington < DC: American Psychological Association.

11. Kabat-Zinn J. (2000). *Indras net at work: The improves Autobiography Memory and Mood in a healthy middle aged sample.*

12. Howarth A, Smith Jared G, Perkins-Porras L, Ussher M. (2019), Effects of Brief Mindfulness-Based Interventions on Health-Related Outcomes: a Systematic Review, *Mindfulness*, 10:1957-1968

13. Greenberg, L S, Geller, S M. (2012). *Therapeutic presence: A Mindful Approach to Effective Therapy*, Washington, American Psychological Association.

14. Greenberg, L S, Watson, J. (2006). *Emotion Focused Therapu for Deprssion*, Washington, American Psychological Association.

15. Strombom Y, Karlsson J, Fredrikson M, Melin L, Magnusson P. (2018). Cognitive behavioral therapy for frequent attenders in primary care. *Health Sci Rep.* 2018; 1(9):80. <http://dx.doi.org/10.1002/hsr2.80>

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30623103](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30623103).

16. Baradaran M, Zare H, Alipour A,

وسواس و ... در فرد شوند و فرد دچار مشکلات فراوانی شود. بنابراین، باید روش‌های درمانی مناسب، صحیح و اثربخش وجود داشته باشند تا از این طریق بتواند به صورت صحیح آمیختگی شناختی و کنترل فکر را مدیریت کرده و از افزایش اضطراب، استرس، افسردگی، وسواس و ... خوداری نمود و فرد بتواند به سلامت روان مطلوب دست پیدا کند. لازم به ذکر است، استفاده از روش‌های درمان مؤثر برای افرادی که دچار بیماری‌های جسمانی هستند مانند بیماران اتوایمن نیز باعث می‌شود این افراد بتوانند اضطراب، استرس، افسردگی و ... که ناشی از بیماری جسمانی آنان است، کاهش یابد.

## References

1. Hayes S C, Gifford EV. (1997). The trouble with language: Experiential avoidance, rules, and the nature of verbal events, *Psychological Science*, 8 (3): 170-173.

2. Gillanders D, Sinclair A K, Maclean. M, Jardine K. (2015). Illness cognitions, cognitive fusion, avoidance and self-compassion as predictors of distress and quality of life in a heterogeneous sample of adults, after cancer. *Journal of Contextual Behavioral Sciences* 2015; 4(4): 300-311.

3. Reuman L, Buchholz J, Abramowitz JS. (2018). Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. *Journal Contextual Behavioral Sciences* 2018; 9: 15-20.

4. Trindade IA, Ferreira C. (2014). The impact of body image-related cognitive fusion on eating psychopathology. *Eating behaviors* 2014; 15(1): 72-75.

5. Hayes S C, Levin M, Vilardaga J, et al. (2013): *Acceptance and Commitment Therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy*, *Behavior Therapy*, 44 (2): 180-189.

6. Beck A T. (2016). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*, New York: Hoebner Medical Division, Harper & Row.

7. Sadok B J, Sdok V A, Ruiz P. (2014). *Summary of Psychiatry of Behavioral*

24. Davudi R, Monshei G, Golparvar M. (2019), comparing the effectiveness of cognitive behavioral therapy, emotion-oriented therapy and adolescent-centered mindfulness therapy on symptoms of nomophobia and sleep quality in adolescent girls with symptoms of immobile phobia, *Journal of Psychiatric Nursing*, 7(5).
25. Zare H. (2014), Normization of Gillanders cognitive fusion social scale based on Bohrenstatt model, *Social Psychology Research Quarterly*, 15th row.
- Farzad V. (2016), comparing the effectiveness of treatment based on commitment and acceptance and motivational interviewing on reducing anxiety, depression, psychological pressure and increasing hope of patients with essential blood pressure, *Journal of Clinical Psychology*, 8(4).
17. Aghajani S, Samadi Fard H. (2017). The role of cognitive fusion, locus of control and cognitive avoidance in predicting death anxiety in the elderly, *Scientific-Research Quarterly of Health and Care*, 19(1).
18. Yasini S, Mojtabei M. (2017). Normization of Cognitive Avoidance and Fusion Questionnaire for Young People in Iran, *Scientific-Research Quarterly of Contemporary Psychology*, 12(2).
19. Khanipour H, Mohammad Khani Z, Tabatabai S, (2011). Thought control strategies and anxiety streak: predictors of morbid worry in non-clinical samples, *Journal of Behavioral Sciences*, 5(2).
20. McEvoy P M, Watson H, Watkins E F, Nathan P. (2013). The relationship between worry, rumination, and commorbidity: Evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct, *Journal of Affective Disorders*, 151 (1): 313-320.
21. Fergus T A. (2015). I Really Believe I Suffer From a Health Problem: Examining an Association between Cognitive Fusion and Healthy Anxiety, *Journal of Clinical Psychology*, 71(9): 920-934.
22. Simon E, Verboon P. (2016): Psychological inflexibility and child anxiety, *Journal of child and Family Studies*, 25 (12): 3565-3573.
23. Atadokht A, Gharib Blok M, Mikayili N, Samadi Fard H, (2019), to the effectiveness of emotion-oriented cognitive-behavioral therapy on social adaptation and experiential avoidance in veterans with limb disabilities, *Journal of Military Care Sciences*, 6(3).