

Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Behavioral Activation Therapy on Cognitive Avoidance and Emotion Regulation in People with Generalized Anxiety Disorder

Jafar Asvadi Ghoshegonbadi¹, Abolfazl Bakhshipour^{2*}, Hosein Akbari Amarghan³

1. Phd student of general psychology, Department of Psychology, Bojnord branch, Islamic Azad University, North Khorasan, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Humanities, Bojnord Branch, Islamic Azad University, North Khorasan, Iran
3. Assistant Professor of Counseling Department, Qouchan Branch, Islamic Azad University, Razavi Khorasan, Iran

Received: 11/6/2022

Accepted: 7/6/2023

Abstract

Background: The purpose of this study was to compare the effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness and behavioral activation therapy on cognitive avoidance and emotion regulation in people with generalized anxiety disorder.

Materials and Methods: The research was of an applied type, with a semi-experimental method with a pre-test-post-test design with a control group. The statistical population included all the people suffering from generalized anxiety disorder in Mashhad in 2019, out of which 45 samples were selected from the Pulse of Life Psychotherapy Clinic and divided into 3 groups of 15 people (2 experimental groups and 1 control group). Randomly replaced and in three stages of pre-test, post-test and follow-up, they responded to the general anxiety disorder scale of Spitzer et al. (2006), cognitive avoidance by Sexton and Dugas (2008) and emotional regulation difficulty by Gertz and Romes (2004). The first group received 8 sessions of mindfulness-based cognitive therapy by Kabat-Zinn et al. (1992) and the second group received 8 sessions of behavioral activation therapy by Dimigian et al. (2008) and the control group did not receive any treatment. The data was analyzed using Spss statistical software.

Results: The results of analysis of variance with repeated measurement showed that both treatments were effective on cognitive avoidance and emotion regulation of the sample ($p < 0.05$), but there is no significant difference in the effect of the two methods ($p < 0.227$).

Conclusion: Both treatments can be used to reduce the psychological problems of people with generalized anxiety disorder

***Corresponding Author:** Abolfazl Bakhshipour
Address: Bojnord, Islamic Azad University, Faculty of Humanities
Tel: 09155840103
E-mail: ab8boj@gmail.com

Keywords: Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Behavioral Activation, Cognitive Avoidance, Emotion Regulation, Generalized Anxiety Disorder

How to cite this article: Asvadi Ghoshegonbadi J, Bakhshipour A, Akbari Amarghan H., Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Behavioral Activation Therapy on Cognitive Avoidance and Emotion Regulation in People with Generalized Anxiety Disorder, Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2023; 30(4):428-441.

Introduction

Anxiety, as a part of every human being, has a moderate and existential degree in all people, and this limit is considered as a compromised response, but as long as it does not become morbid anxiety. General Anxiety Disorder is one of the most common psychiatric disorders.

One of the main characteristics associated with anxiety disorders is the difficulty in regulating emotion. Emotion regulation involves monitoring, evaluating, and correcting emotional reactions, especially intense and transient emotional states, in order to achieve goals. Avoidance plays a very important role in emotional disorders both in terms of diagnostic criteria and as a persistent factor in pathological conditions. A variety of cognitive avoidance strategies such as thought retreat, thought substitution, distraction, avoidance of threatening stimuli, and the transformation of perception into thought have been reported by various researchers. Since generalized anxiety disorder has been recognized as an independent disorder in the Third Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, many cognitive models and approaches have been designed to understand and improve the problem. Today we are facing the third generation of treatments, which can be called general acceptance-based models; Such as mindfulness-based cognitive therapy (MBCT). In these therapies, instead of changing cognitions, they try to increase the psychological connection of the person with his thoughts and feelings. This treatment is a short, eight-session, structured intervention whose important feature is practical training. In this treatment program, participants first experience the exercise and then try to understand its meaning. In fact, practice is the core of therapy. In line with the therapies used, one of the integrated therapies whose effectiveness has been studied in clinical and non-clinical populations is behavioral activation therapy. Behavioral activation therapy has been developed for the treatment of depression but has also shown its therapeutic potential in the field of other disorders. Behavioral activation therapy is a therapeutic process that structurally enhances behaviors that increase a person's exposure to enhanced environmental attachments. This treatment increases the feeling of pleasure and success by increasing valuable activities, one of the benefits of which is simplicity and no side

effects. The effectiveness of this treatment on anxiety disorders has been confirmed in previous studies. Most studies in the treatment of this disorder have only reduced or eliminated the signs and symptoms and have not examined the effectiveness of the treatment on the important factors and components mentioned above. Therefore, more complete treatment should be considered to improve this disorder, which covers more components, and in addition, the effectiveness of psychological therapies on each of these factors should be investigated in future research. Therefore, one of the relatively new branches of therapy that has attracted much attention in recent years is behavioral activation therapy, in which the effectiveness of research variables will be examined in this study to its effectiveness with mind-based cognitive therapy. Knowledge has been compared to use research results in the future to treat patients with generalized anxiety disorder.

Methodology

According to its purpose, this research was a quasi-experimental applied research with pre-test and post-test with two experimental groups and a control group. The statistical population of the study included all people with generalized anxiety disorder who referred to psychotherapy clinics in Mashhad in 1399. In this study, 45 people from pulse life psychotherapy clinics in Mashhad were selected by available sampling method and selected in 3 A group of 15 people (2 experimental groups and one control group) were randomly assigned. The research instruments included the Spitzer et al. (2006) Anxiety Disorder Scale (2006), the Sexton and Dagas (CAQ) Cognitive Avoidance Questionnaire (2008) and the Gretz and Rooms (2004) Emotional Difficulty Questionnaire (DERS). The researcher first selected the Pulse of Life Clinic located in Mashhad to select the subjects. Relevant questionnaires were provided to the center and people who referred to the center first completed the Spitzer Anxiety Disorder Questionnaire and those who received the minimum score for the diagnosis of generalized anxiety disorder through this questionnaire and the relevant clinical interview entered the study. Once the list of people referring to the center was determined, 45 people were selected as available according to the existing criteria and were placed in 3 groups (2 experimental groups (15 people) and

one control group (15 people). The subjects were asked to answer the questionnaires mentioned in the research (pre-test). Due to the coronary pandemic conditions and the need to observe social distance, the sessions were delayed and finally the mindfulness-based cognitive therapy sessions were scheduled. Therapy presented by Kabat Zayn et al. (1992) during 8 weeks and 1 session per week and 90 minutes per session and Behavioral Activation Therapy Program according to the group practical guide of BA Galen, Atlis and Marlvaukaner (2003) in 8 sessions with spacing Social observance and observance of health protocols (use of masks and gloves and disinfection of patients on the spot) were performed. After the treatment sessions, patients were asked to answer these questionnaires again (post-test) in order to observe ethical principles.. In this study, descriptive data analysis was used to describe the collected data and the results were analyzed using SPSS 26 statistical software.

Results

The results showed that the mean of cognitive avoidance in the cognitive group based on mindfulness decreased by 20.04 points and in the behavioral activation group by 13.80 points and in the control group by only 0.53 points. Findings on emotion regulation showed that the mean in the cognitive group based on mindfulness decreased by 32.00 points, in the behavioral activation group decreased by 21.87 points and in the control group decreased by only 0.20 points. Box test results showed that the same hypothesis of covariance matrices is established ($P = 0.350$). The results of Leven test showed that the same assumption of error variance is valid for cognitive avoidance ($F = 0.246$, $P = 0.783$) and for emotion regulation ($F = 0.724$, $P = 0.491$). The null hypothesis for the normality of the distribution of scores of all 3 groups in the variables of cognitive avoidance and emotion regulation was also confirmed. The results showed that the mean of cognitive avoidance and emotion regulation in the post-test and follow-up stages in the cognitive group based on mindfulness and behavioral activation therapy had a significant change. The main effect of mindfulness-based cognitive group was significant for the cognitive avoidance variable ($F = 0.731$, $\text{sig}7,000$) and for the emotion regulation variable ($F = 0.85$, $\text{sig} = 0.000$), which according to the square It can be said that in the intergroup section, 95.7% of the changes

in cognitive avoidance and 72.1% of the changes in emotion regulation were due to the effect of mental intervention based on mindfulness. Also, the main effect of the behavioral activation group was significant for the cognitive avoidance variable ($F = 0.015$, $\text{sig} = 1.358$) and for the emotion regulation variable ($F = 0.028$, $\text{sig} = 0.803$), which can be considered according to the ETA squared. He said that in the intergroup section, 46.0% of cognitive avoidance changes and 37.8% of emotion regulation changes are due to the effect of behavioral activation intervention. According to the results of mean cognitive avoidance and emotion regulation between mindfulness-based cognitive therapy and behavioral activation in post-test and follow-up were not significant and both treatments were similarly based on cognitive avoidance ($p < 0.148$) and adjustment. Excitement is impressive. ($994/0 > p$). Accordingly, there was no significant difference in post-test and follow-up scores between mindfulness-based cognitive therapy and behavioral activation on cognitive avoidance and emotion regulation.

Discussion

The first finding of the study showed that the effect of mindfulness-based cognitive therapy intervention on cognitive avoidance and emotion regulation in people with anxiety disorder has been significant. In discussing the effect of mindfulness-based cognitive therapy on cognitive avoidance, changes in dysfunctional coping strategies are of particular importance. Adaptive coping strategies such as repetitive thinking, threat control and avoidance and suppression of unpleasant thoughts and emotions lead to failure in dealing with threatening situations. The second finding showed that the effect of behavioral activation intervention on cognitive avoidance and emotion regulation in people with generalized anxiety disorder was significant. In this regard, it can be said that cognitive or behavioral or situational avoidance plays a very important role in emotional disorders both in terms of diagnostic criteria and as a persistent factor in pathological conditions. Therefore, avoidance patterns are generally one of the important therapeutic targets in behavioral activation. Behavioral activation helps clients to fight avoidance through structured activation and effective problem solving. In this treatment, therapists learn to identify their avoidance patterns, and use alternative coping strategies to approach

and engage with issues. Behavioral activation emphasizes the effect of behaviors on mood and symptoms. The therapist guides clients to re-engage with potential sources of positive reinforcement, set task-oriented goals, reduce negative reinforcement patterns, and reduce avoidance.

Conclusions

According to the results, both treatments can be used to reduce psychological problems in people with generalized anxiety disorder.

Conflict of Interest

There is no conflict of interest in this study.

مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر اجتناب شناختی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

جعفر اسودی قوشه گنبدی^۱، ابوالفضل بخشی پور^{۲*}، حسین اکبری امرغان^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، خراسان شمالی، ایران
۲. استادیار گروه روان‌شناسی، علوم انسانی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، خراسان شمالی، ایران
۳. استادیار گروه مشاوره، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، خراسان رضوی، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۳/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۳/۲۱

چکیده

زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر اجتناب شناختی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش از نوع کاربردی، با روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر مشهد در سال ۱۳۹۹ بود که از بین آنها ۴۵ نفر نمونه به شیوه در دسترس از کلینیک روان‌درمانی نبض زندگی انتخاب و در ۳ گروه ۱۵ نفره (۲ گروه آزمایش و ۱ گروه کنترل) به صورت تصادفی جایگزین می‌شود و در سه مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری به مقیاس اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر و همکاران (۲۰۰۶)، اجتناب شناختی سکستون و داگاس (۲۰۰۸) و دشواری تنظیم هیجانی گرتز و رومز (۲۰۰۴) پاسخ دادند. گروه اول ۸ جلسه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کابات زین و همکاران (۱۹۹۲) و گروه دوم ۸ جلسه درمان فعال‌سازی رفتاری دیمیجیان و همکاران (۲۰۰۸) را دریافت کردند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری Spss تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد هر دو درمان بر اجتناب شناختی و تنظیم هیجان افراد نمونه اثربخش بودند ($p < 0/05$) اما در میزان تأثیر دو روش، اختلاف معناداری وجود ندارد ($p < 0/227$).

نتیجه‌گیری: می‌توان از هر دو درمان در کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر استفاده کرد.

* نویسنده مسئول: ابوالفضل

بخشی پور

نشانی: بجنورد، دانشگاه آزاد

اسلامی، دانشکده علوم انسانی

تلفن: ۰۹۳۰۶۶۸۱۱۷۳

رایانامه:

ab8boj@gmail.com

شناسه ORCID:

۰۰۰۰-۰۰۰۳-۰۸۲۰-۹۲۷۴

0000-0001-8385-4797

شناسه ORCID نویسنده اول:

۰۰۰۰-۰۰۰۳-۰۹۶۴-۶۷۱۶

کلیدواژه‌ها:

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، فعال‌سازی رفتاری، اجتناب شناختی، تنظیم هیجان، اختلال اضطراب فراگیر

مقدمه

بودن، خستگی، مشکل در تمرکز را تجربه می‌کند (۳). میزان شیوع اختلال حدود ۰/۴ تا ۳/۶ درصد است (۲). از ویژگی‌های اصلی این اختلال، دشواری در تنظیم هیجان است (۴-۵). افراد از طریق این فرایند، واکنش‌های خود را به موقعیت‌های هیجانی تغییر می‌دهند (۶) و انعطاف‌پذیری در

اختلال اضطراب فراگیر^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است (۱) که ویژگی اساسی آن نگرانی درباره رویدادهای زندگی است (۲). در این اختلال، فرد نشانه‌هایی از جمله بی‌قراری، عصبی

1. Generalized Anxiety Disorder

Copyright © 2023 Sabzevar University of Medical Sciences. This work is licensed under a Creative Commons Attribution- Non Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.

Published by Sabzevar University of Medical Sciences.

مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، دوره ۳۰، شماره ۴، مهر و آبان ۱۴۰۲، ص ۴۴۱-۴۲۸

آدرس سایت: <http://jsums.medsab.ac.ir> رایانامه: journal@medsab.ac.ir

شاپای چاپی: ۱۶۰۶-۷۴۸۷

افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر متفاوت است؟

۲. مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود که در سال ۱۳۹۹ به کلینیک‌های روان‌درمانی سطح شهر مشهد مراجعه کرده‌اند. در این پژوهش با روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۵ نفر از کلینیک روان‌درمانی نبض زندگی در شهر مشهد انتخاب و در ۳ گروه ۱۵ نفری (۲ گروه آزمایش و یک گروه کنترل) به صورت تصادفی قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال اضطراب فراگیر با استفاده از پرسش‌نامه مربوطه و انجام مصاحبه تشخیصی، گذشتن حداقل ۱ سال از تشخیص اضطراب فراگیر، عدم همایندی با سایر اختلالات، شرایط سنی ۲۰ تا ۵۰ و داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه بود. معیارهای خروج شامل دریافت مداخلات روان‌شناختی در یک سال گذشته، افکار جدی خودکشی که از طریق مصاحبه بالینی سنجیده شد و غیبت بیش از ۲ جلسه بود. روش اجرا بدین صورت بود که ابتدا کلینیک نبض زندگی واقع در شهر مشهد برای انتخاب آزمودنی‌ها برگزیده شد. پرسش‌نامه‌های مربوطه در اختیار مرکز قرار گرفت و مراجعه‌کنندگان به مرکز ابتدا پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر اسپیتزر را تکمیل کردند و افرادی که حداقل نمره برش ۱۰ را به‌وسیله این پرسش‌نامه و مصاحبه بالینی مربوطه را دریافت کردند وارد پژوهش شدند. با مشخص شدن لیست مراجعه‌کنندگان به مرکز، به تعداد ۵۵ نفر، ۴۵ نفر به صورت دسترس و بر اساس جدول مورگان و کرجسی و در ۳ گروه (۲ گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جای‌گذاری شدند. پیش از اجرای پژوهش، از آزمودنی‌ها خواسته شد که به پرسش‌نامه‌های ذکر شده در پژوهش پاسخ دهند (پیش‌آزمون). به سبب شرایط پاندمیک کرونا و لزوم رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی، جلسات با تأخیر زیاد همراه شد و در نهایت جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی طبق برنامه درمانی ارائه شده توسط کابات زین و همکاران (۲۶) طی ۸ هفته و هفته‌ای ۱ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه و برنامه درمان فعال‌سازی رفتاری طبق راهنمای عملی گروهی طراحی شده توسط دیمیچیان، مارتل، آدیس و هرمان دان (۲۷) و نیز اصول مطرح شده در کتاب درمان فعال‌سازی رفتاری برای افسردگی (۲۸) در ۸ جلسه با رعایت

موقعیت‌های تحریک‌کننده هیجان را امکان‌پذیر می‌سازند (۷). تنظیم هیجان در توانایی مدیریت یا تنظیم احساسات و حفظ کنترل بر هیجان‌ها اهمیت دارد (۸-۹). این مؤلفه با اختلال اضطراب فراگیر (۱۰) و فقدان کنترل ادراک شده (۱۱) رابطه معنی‌دار دارد.

از دیگر مؤلفه‌های مرتبط با این اختلال، اجتناب شناختی^۱ است (۱۲). در این فرایند، توجه از موضوع نگران‌کننده به‌سوی موضوعاتی که می‌تواند نسبت به موضوع اولیه نگرانی کمتری ایجاد کند منحرف می‌شود (۱۳). انواع آن شامل واپس‌زنی فکر^۲، جانشینی فکر^۳، حواس‌پرتی^۴، اجتناب از محرک تهدیدکننده^۵ و تبدیل تصور به فکر^۶ می‌باشد (۱۴).

یکی از درمان‌های مورد استفاده در این پژوهش برای کاهش مشکلات مرتبط با اختلال اضطراب فراگیر، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌باشد. هدف این درمان، مانند شناخت‌درمانی سنتی، تغییر محتوای افکار نیست بلکه هدف، ایجاد رابطه‌ای متفاوت با افکار، احساسات و عواطف است که شامل حفظ توجه کامل و لحظه به لحظه و نیز داشتن نگرش همراه با پذیرش و بدون قضاوت است (۱۵). نتایج مطالعات، بیانگر آن است که آموزش شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تأثیر چشمگیری در اختلال اضطراب فراگیر (۱۶) و اضطراب و نگرش‌های ناکارآمد (۱۷) دارد. دیگر درمان مورد استفاده در پژوهش درمان فعال‌سازی رفتاری می‌باشد که از موج سوم روان‌درمانی نشأت گرفته است (۱۸) و یکی از درمان‌ها راه‌حل‌محور و ساختاریافته‌ای است که باعث افزایش رفتارهایی می‌شود که تقویت را در پی دارند (۱۹). هدف از فعال‌سازی رفتاری، افزایش دستیابی فرد به منابع تقویتی برای شناسایی تداخل‌های روزانه، الگوهای اجتنابی افسرده‌ساز و تغییر کمبودهای مهارتی است (۲۰-۲۱). این رویکرد درمانی با ایجاد احساس دستاورد یا لذت، وضعیت زندگی بیمار را بهبود می‌بخشد (۲۲). برخی مطالعات اخیر، اثربخشی این روش را بر اضطراب فراگیر (۲۳)، اجتناب شناختی (۲۴) و تنظیم هیجان (۲۵)، مثبت ارزیابی کرده‌اند.

با وجود آنکه درباره اثربخشی هر دو روش درمانی مورد بحث در زمینه افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، شواهدی وجود دارد اما پژوهشی در مورد مقایسه کارآمدی این دو شیوه در خصوص این بیماران صورت نگرفته است. بر این اساس سؤال اصلی این پژوهش این است که آیا میزان اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر اجتناب شناختی و تنظیم هیجان در

4. Distractions
5. Avoid threatening stimuli
6. Turn imagination into thought

1. Cognitive avoidance
2. Thought retreat
3. Substitution of thought

آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی تفاوت‌های بین گروهی و از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با در نظر گرفتن عامل درون‌گروهی (آزمون) و بین‌گروهی (عضویت گروهی) استفاده شد. پژوهش حاضر با اخذ شناسه اخلاق IR.IAU.BOJNOURD.REC.1399.038 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد به انجام رسید. خلاصه جلسات درمانی به شرح ذیل بود:

فاصله‌گذاری اجتماعی و رعایت پروتکل‌های بهداشتی (استفاده از ماسک و دستکش و ضدعفونی شدن بیماران در محل اجرا) انجام شد. پس از اتمام جلسات درمانی، از بیماران خواسته شد مجدداً به این پرسش‌نامه‌ها پاسخ دهند (پس‌آزمون). در این تحقیق نتایج با استفاده از نرم‌افزار آماری spss ۲۶ تجزیه و تحلیل شد. از شاخص‌های آمار توصیفی (مانند میانگین و انحراف استاندارد) برای توصیف اطلاعات استفاده شد. در بخش آمار استنباطی، از

جدول ۱. پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کابات زین (۱۹۹۲)

جلسات	خلاصه جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی
اول (هدایت خودکار)	معرفی اعضای گروه، دعوت افراد به معرفی خود با یکدیگر، توضیح در مورد اختلال اضطراب فراگیر، گرفتن پیش‌آزمون، ارائه تکلیف خانگی
دوم (مقابله با موانع)	مرور تکلیف، بیان احساسات مراجعان در مورد هفته‌ای که گذشت و اضطرابی که در هفته گذشته تجربه کردند، آموزش تن‌آرامی برای ۱۴ گروه از عضلات، ارائه تکلیف خانگی
سوم (تنفس ذهن آگاهانه)	مرور تکلیف، آموزش تکنیک دم و بازدم همراه آرامش و بدون تفکر در مورد چیز دیگر و آموزش تکنیک تماشای تنفس، ذهن آگاهی تنفس قبل از خواب، تکلیف خانگی
چهارم (بودن در لحظه حال)	مرور تکلیف، پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، آموزش تکنیک توجه به حرکت بدن هنگام تنفس و ارائه تکلیف خانگی
پنجم (پذیرفتن/اجازه ماندن)	مرور تکلیف، آموزش توجه به ذهن، افکار مثبت و منفی، اجازه دادن به ورود افکار به ذهن و به‌آسانی خارج کردن آنها از ذهن بدون قضاوت و توجه عمیق به آن‌ها، ارائه تکلیف خانگی
ششم (افکار واقعیت نیستند)	مرور تکلیف، چند دقیقه انجام تمرین روزانه، تمرین مشاهده ارتباط بین فعالیت و خلق، ارائه تکلیف خانگی
هفتم (مراقبت از خود)	مرور تکلیف، مراقبه نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و احساسات، پی بردن به روابط بین فعالیت و خلق، تکلیف شامل گزینش الگویی از تمامی انواع مختلف تمرین‌های دوره برای پیاده‌سازی بعد از دوره، آماده‌سازی برای اتمام درمان و جمع‌بندی
هشتم (استفاده از آموخته‌ها)	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده، به پایان رساندن مراقبه، اتمام دوره با آخرین مراقبه، اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲. پروتکل درمان فعال‌سازی رفتاری طبق راهنمای درمانی

جلسات	مداخلات درمانی فعال‌سازی رفتاری
اول	معرفه، بیان مقررات گروه، ارائه برگه الگوی بافتاری اضطراب، معرفی مدل و درمان فعال‌سازی رفتاری، ارائه فرم ۱، انجام پیش‌آزمون، ارائه تکلیف خانگی
دوم	مرور تکلیف، ارائه مدل درمان فعال‌سازی رفتاری، شروع ثبت فعالیت‌های روزانه، انتخاب دو فعالیت لذت‌بخش و دو فعالیت تسلط‌بخش و تعهد در مورد انجام آنها تا هفته آینده
سوم	مرور تکلیف، انتخاب فعالیت و رتبه‌بندی آن، ارزش‌ها و فعالیت‌ها (فرم ۲)، بررسی و اولویت‌بندی ارزش‌ها در زندگی، مهارت عمل کردن از بیرون به درون، ارائه تکلیف خانگی
چهارم	مرور تکلیف، ادامه بررسی سیاهه حوزه‌های زندگی، انتخاب دو نوع فعالیت در راستای هریک از ارزش‌ها (به‌صورت عملیاتی، دقیق و ملموس)، ارائه تکلیف خانگی
پنجم	مرور تکلیف، انتخاب و رتبه‌بندی فعالیت‌ها (فرم ۳)، انتخاب سه تا چهار فعالیت ارزشمند آسان (براساس فرم ۳) در طول هفته، ارائه تکلیف خانگی
ششم	مرور تکلیف، ارائه برگه استرس، نقش استرسورهای شخصی در اضطراب، انتخاب چند فعالیت ارزشمند براساس سطح دشواری، تدوین فرم قراردادها (فرم ۴)، ارائه تکلیف خانگی
هفتم	مرور تکلیف، ارزیابی ارزش‌ها و فعالیت‌های زندگی، آموزش مهارت‌های خودمراقبتی، سنجش کارکردی و ارائه تکنیک‌های لازم برای راه‌اندازی مجدد فعالیت‌ها، آمادگی برای خاتمه، ارائه تکلیف خانگی
هشتم	مرور تکلیف، مباحثه در مورد کارگاه آموزشی طی شده و تغییرات ایجادشده و ... رتبه‌بندی فعالیت، تعیین فعالیت جدید با سطح دشواری بیشتر و تعیین قرارداد جدید (فرم ۴) برای همکاری و اجرایی شدن فعالیت، ارائه برگه راهنمایی تحت عنوان راهنمای فعال ماندن و اجرای پس‌آزمون

منبع: (دیمیچیان، مارتل، آدیس و هرمان دان، ۲۰۰۸)

ابزار پژوهش نیز شامل ۳ مقیاس بود :

۱. مقیاس اختلال اضطراب فراگیر: این مقیاس را اسپیتزر و همکاران (۲۹) طراحی کرده‌اند و ۷ سؤال اصلی دارد و یک سؤال اضافی که میزان دخالت اختلال در کارکردهای فردی، اجتماعی، خانوادگی و شغلی فرد را می‌سنجد. بالاترین نمره مقیاس ۲۱ می‌باشد. در ایران نائینیان و همکاران (۳۰) مطالعه‌ای را با هدف بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس GAD-۷ صورت گرفت که آلفای کرونباخ مقیاس برابر ۰/۸۵ و پایایی آزمون-بازآزمون برابر ۰/۴۸ به‌دست آمد. اسپیتزر و همکاران (۲۹) همسانی درونی این مقیاس را فوق‌العاده (آلفای کرونباخ ۰/۹۲) و پایایی آزمون-بازآزمون آن را خوب (۰/۸۳) گزارش کرده‌اند. در این پژوهش، پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمد.

۲. پرسش‌نامه اجتناب شناختی (CAQ^۱): این پرسش‌نامه را سکستون و داگاس (۳۱) تهیه کرده‌اند و شامل ۲۵ سؤال است که ۵ راهبرد اجتناب شناختی را می‌سنجد. این ۵ راهبرد عبارتند از: ۱- واپس‌زنی افکار نگران‌کننده ۲- جاننشینی افکار مثبت به‌جای افکار نگران‌کننده ۳- استفاده از توجه برگردانی برای قطع روند نگران‌اندیشی ۴- اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعالساز افکار نگران‌کننده و ۵- تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی برای به‌دست آوردن امتیازهای مقیاس، مجموع امتیازهای همه سؤالات با هم جمع می‌شود. دامنه نمره بین ۲۵ تا ۱۲۵ خواهد بود. در ایران ضریب پایایی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ برای نمره کل اجتناب شناختی برابر ۰/۹۱ است. ضریب روایی مقیاس از طریق ضریب همبستگی با سیاهه فرونشانی فکر خرس سفید^۲ برابر با ۰/۴۸ به‌دست آمد (۳۲). نتایج پژوهش سکستون و داگاس (۳۱) نشان داد که همسانی درونی CAQ در کل مقیاس ۰/۹۵ و پایایی

آزمون بازآزمون آن به فاصله ۴ تا ۶ هفته ۰/۸۵ بود. در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۷ و روایی آن ۰/۶۶ به‌دست آمد. در این پژوهش، پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمد.

۳. پرسش‌نامه دشواری تنظیم هیجانی (DERS): یک ابزار ۳۶ گویه‌ای است که گرتز و رومز (۳۳) تهیه کرده‌اند و سطوح نقص و نارسایی تنظیم هیجانی فرد را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است. از مجموع نمره شش زیرمقیاس آزمون، نمره کل فرد برای دشواری تنظیم هیجان محاسبه می‌شود. نمره بیشتر در کل مقیاس، نشانه دشواری بیشتر در تنظیم هیجان است. بشارت و همکاران (۳۴) ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس را از ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به‌دست آوردند. نتایج پژوهش گرتز و رومز (۳۳) حاکی از این است که این مقیاس از همسانی درونی ۰/۹۳ برخوردار می‌باشد. در این پژوهش، پایایی ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به‌دست آمد.

۳. یافته‌ها

میانگین سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش در گروه شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی ۳۲/۹۳ با انحراف معیار ۷/۳۵، گروه فعال‌سازی رفتاری ۲۹/۸۶ با انحراف معیار ۶/۵۲ و در گروه کنترل ۳۴/۳۳ با انحراف معیار ۱۰/۴۶ بود. در زمینه تحصیلات نیز ۱۵/۵ درصد از شرکت‌کنندگان زیر دیپلم بودند، ۳۸ درصد دیپلم تا لیسانس بودند، ۳۴/۵ درصد لیسانس تا فوق‌لیسانس و ۱۲ درصد مدرک فوق‌لیسانس به بالا داشتند.

جدول ۲. توصیف متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع گروه و مرحله آزمون

گروه					
کنترل	فعالسازی رفتاری		شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی		
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۱۵/۱۱	۸۲/۷۳	۱۷/۷۴	۸۴/۰۰	۱۸/۶۰	۷۸/۳۳
۱۴/۷۵	۸۲/۲۰	۱۸/۱۳	۷۰/۲۰	۱۶/۹۳	۵۷/۹۳

اجتناب شناختی

پیش آزمون

پس آزمون

۱۴/۷۸	۸۲/۶۶	۱۷/۷۷	۷۲/۴۶	۱۷/۲۴	۶۱/۹۳	پیگیری	
۲۰/۷۲	۱۰۵/۰۰	۲۶/۲۶	۱۱۱/۱۳	۲۱/۱۳	۱۰۹/۹۳	پیش آزمون	
۲۰/۶۸	۱۰۴/۸۰	۲۲/۵۲	۸۹/۲۶	۱۸/۶۶	۷۷/۹۳	پس آزمون	تنظیم هیجان
۲۰/۷۶	۱۰۵/۲۰	۲۱/۹۶	۹۲/۸۶	۲۰/۰۹	۸۲/۴۰	پیگیری	

اجتناب شناختی ($F = ۰/۲۴۶$ ، $P = ۰/۷۸۳$) و برای تنظیم هیجان ($F = ۰/۷۲۴$ ، $P = ۰/۴۹۱$) برقرار می‌باشد. فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات هر ۳ گروه در متغیرهای اجتناب شناختی و تنظیم هیجان نیز تأیید شد. در ادامه با استفاده از آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر، آزمون تحلیل کوواریانس به آزمون فرضیه‌ها پرداخته شد.

یافته‌ها نشان داد میانگین اجتناب شناختی و تنظیم هیجان در گروه شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و فعالسازی رفتاری کاهش داشته است اما این کاهش در گروه کنترل بسیار ناچیز بود. نتایج آزمون باکس نشان داد که فرضیه یکسانی ماتریس‌های کواریانس برقرار می‌باشد ($P=۰/۳۵۰$). نتایج آزمون لون نشان داد که مفروضه یکسانی واریانس خطا برای

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر درون گروهی برای بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان

فعالسازی رفتاری بر اجتناب شناختی و تنظیم هیجان

مقدار p	مقدار F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تأثیر	درمان (متغیر)
۰/۰۰۰	۳۱۸/۴۹۲	۱۰۱۶/۸۱۷	۱	۱۰۱۶/۸۱۷	زمان	
۰/۰۰۰	۳۱۳/۷۹۸	۱۰۰۰/۴۱۷	۱	۱۰۰۰/۴۱۷	زمان * گروه	شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (اجتناب شناختی)
		۳/۱۸۸	۴۲	۸۹/۲۶۷	خطا	
۰/۰۰۰	۲۰۰/۵۹۷	۲۸۰۱/۶۶	۱	۲۸۰۱/۶۶	زمان	
۰/۰۰۰	۲۰۶/۵۱۱	۲۸۸۴/۲۶	۱	۲۸۸۴/۲۶	زمان * گروه	شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (تنظیم هیجان)
		۱۳/۹۶۷	۴۲	۳۹۱/۰۶۷	خطا	
۰/۰۰۰	۱۳۱/۶۳۵	۵۰۴/۶۰	۱	۵۰۴/۶۰	زمان	
۰/۰۰۰	۱۲۸/۶۲۶	۴۹۳/۰۶	۱	۴۹۳/۰۶	زمان * گروه	فعالسازی رفتاری (اجتناب شناختی)
		۳/۸۳۳	۴۲	۱۰۷/۳۳	خطا	
۰/۰۰۰	۱۱۷/۵۰۶	۱۲۲۴/۰۱	۱	۱۲۲۴/۰۱	زمان	
۰/۰۰۰	۱۲۲/۷۶۶	۱۲۷۸/۸۱	۱	۱۲۷۸/۸۱	زمان * گروه	فعالسازی رفتاری (تنظیم هیجان)
		۱۰/۴۱۷	۴۲	۲۹۱/۶۶۷	خطا	

تنظیم هیجان، معنی دار شده است ($p < ۰/۰۵$).

یافته‌های جدول ۳ نشان داد اثر مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فعالسازی رفتاری بر اجتناب شناختی و

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر بین گروهی برای بررسی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و فعالسازی رفتاری بر اجتناب شناختی و تنظیم هیجان

درمان (متغیرها)	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	مجذور اتا	توان آماری
شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (اجتناب شناختی)	گروه	۶۱۰۰/۹۰۰	۱	۶۱۰۰/۹۰۰	۷/۷۳۱	۰/۰۱۰	۰/۹۵۷	۰/۷۶۵
	خطا	۷۷۷۶/۴۳	۴۲	۲۷۷۰/۷۳۰				
شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (تنظیم هیجان)	گروه	۵۰۰۲/۶۷	۱	۵۰۰۲/۶۷	۴/۰۸۵	۰/۰۳۵	۰/۷۲۱	۰/۴۹۷
	خطا	۳۴۲۸۹/۶۴	۴۲	۱۲۲۴/۶۳۰				
فعالسازی رفتاری (اجتناب شناختی)	گروه	۱۰۹۵/۵۱۱	۱	۱۰۹۵/۵۱۱	۱/۳۵۸	۰/۰۱۵	۰/۴۶۰	۰/۲۰۳
	خطا	۳۰۰۵/۹	۲۶	۱۱۵۴/۱				
فعالسازی رفتاری (تنظیم هیجان)	گروه	۱۱۸۰/۸۴	۱	۱۱۸۰/۸۴	۰/۸۰۳	۰/۰۲۸	۰/۳۷۸	۰/۱۳۹
	خطا	۴۱۱۸۴/۹	۲۶	۱۴۷۰/۸۹۲				

بوده است. همچنین اثر اصلی گروه فعالسازی رفتاری برای متغیر اجتناب شناختی ($F=۱/۳۵۸$, $sig \leq ۰/۰۱۵$) و برای متغیر تنظیم هیجان ($F=۰/۸۰۳$, $sig \leq ۰/۰۲۸$)، معنادار بود که در بخش بین گروهی ۴۶ درصد تغییرات اجتناب شناختی و ۳۷/۸ درصد تغییرات تنظیم هیجان ناشی از اثر مداخله فعالسازی رفتاری است.

با توجه به نتایج جدول ۴ اثر اصلی گروه شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای متغیر اجتناب شناختی ($K < ۰/۰۰۰$)، و برای متغیر تنظیم هیجان ($F=۷/۷۳۱$, $sig \leq ۰/۰۰۰$)، معنادار بود که در بخش بین گروهی ۹۵/۷ درصد تغییرات، اجتناب شناختی و ۷۲/۱ درصد تغییرات، تنظیم هیجان ناشی از اثر مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین اجتناب شناختی و تنظیم هیجان برحسب رویکردهای درمان

مقدار p	خطای استاندارد	اختلاف میانگین‌ها	مقایسه	گروه
۰/۱۴۸	۶/۰۶	-۱۲/۲۶	فعالسازی رفتاری	شناختی ذهن آگاهی
۰/۰۰۱	۶/۰۶	-۲۴/۲۶	کنترل	
۰/۱۴۸	۶/۰۶	۱۲/۲۶	شناختی ذهن آگاهی	فعالسازی رفتاری
۰/۰۳۷	۶/۰۶	-۱۲/۰۰	کنترل	اجتناب شناختی
۰/۰۰۱	۶/۰۶	۲۴/۲۶	شناختی ذهن آگاهی	
۰/۰۳۷	۶/۰۶	۱۲/۰۰	فعالسازی رفتاری	کنترل
۰/۹۹۴	۷/۸۰	-۷/۶۶	فعالسازی رفتاری	شناختی ذهن آگاهی
۰/۰۲۲	۷/۸۰	-۱۴/۹۱	کنترل	
۰/۹۹۴	۷/۸۰	۷/۶۶	شناختی ذهن آگاهی	فعالسازی رفتاری
۰/۰۱۷	۷/۸۰	-۷/۲۴	کنترل	تنظیم هیجان
۰/۰۲۲	۷/۸۰	۱۴/۹۱	شناختی ذهن آگاهی	
۰/۰۱۷	۷/۸۰	۷/۲۴	فعالسازی رفتاری	

پژوهش‌های گذشته است (۲۵-۲۲). در این خصوص می‌توان گفت که اجتناب شناختی یا رفتاری یا موقعیتی هم به لحاظ ملاک‌های تشخیصی و هم به‌عنوان یک عامل تداوم‌بخش در شرایط آسیب‌شناختی، نقش بسیار مهمی در اختلالات هیجانی ایفا می‌کند (۳۷). بنابراین الگوهای اجتنابی به‌طور کلی یکی از آماج مهم درمانی در فعالسازی رفتاری هستند. فعالسازی رفتاری به درمانجویان کمک می‌کند با فعالسازی ساختاریافته و مسئله‌گشایی مؤثر، به جنگ با اجتناب بروند. درمانجویان در این درمان یاد می‌گیرند الگوهای اجتنابی خود را شناسایی کنند و برای نزدیک شدن و درگیر شدن با مسائل، راهبردهای مقابله‌ای جایگزین را به کار گیرند (۳۸). فعالسازی رفتاری با برنامه‌ریزی هدفمند و پایش فعالیت‌ها و ارائه فعالیت‌های جدید به‌عنوان جایگزینی برای فعالیت‌های اجتنابی، آن هم توسط خود مراجع، موجب رشد و تعالی ویژگی‌هایی در افراد می‌شود و این، تأثیر مستقیمی بر رشد هویت شخصی، خودمختاری و تسلط بر محیط را ایجاد می‌کند (۳۹). در تبیین اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری بر تنظیم هیجان نیز می‌توان این‌گونه اظهار کرد که درمان فعالسازی رفتاری، مداخله‌ای را عرضه می‌کند که بر معضل محتوای تفکر و باورهای مثبت و منفی که در مداخله‌های سنتی شناختی بر آن تأکید می‌شود، تأکید نمی‌کند بلکه سعی می‌کند که فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده و باورهای مثبت درباره نگرانی را زیاد می‌کند یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند را تغییر دهد. گروه درمانی فعالسازی رفتاری از طریق راهبردهایی چون ارائه اصول خاموشی، شکل‌دهی، حذف، مرور ذهنی، حواس‌پرتی دوره‌ای، آموزش مهارت‌های رویه‌ای و تفکر نظارهای، شناسایی هیجانات مثبت و منفی و آموزش راهبردهای مقابله با هیجانات ناخوشایند از قبیل ارائه پاسخ‌های شناختی مناسب در برابر افسردگی، سرزنش خود، تضاد شناختی، افکار مزاحم، خوداشتغالی و خیال‌پردازی که برای تعدیل موقعیت استفاده می‌شود، موجب کاهش دشواری در تنظیم هیجان می‌گردد.

اما در خصوص تفاوت‌های اثربخشی این درمان‌ها در پیشینه پژوهش در مقایسه با پژوهش حاضر، کمی ناهمسویی وجود دارد. برای مثال سادات حسینی و همکاران (۴۰) در یک مطالعه فراتحلیل، به بررسی نظام‌مند پژوهش‌های مربوط به اثربخشی مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اضطراب پرداخته‌اند که نتایج

با توجه به جدول ۵ تفاوت میانگین اجتناب شناختی و تنظیم هیجان بین روش درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و فعالسازی رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، معنی‌دار نبوده است و هر دو درمان به میزان مشابهی بر اجتناب شناختی ($p < 0/148$) و تنظیم هیجان، تأثیرگذار هستند ($p < 0/994$).

۴. بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فعالسازی رفتاری بر اجتناب شناختی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بود. نتایج نشان داد مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی و تنظیم هیجان بر اختلال اضطراب فراگیر، مؤثر است. نتیجه این قسمت از پژوهش نیز مؤید پژوهش‌های گذشته است (۱۶-۱۷). در بحث از نحوه تأثیرگذاری شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر اجتناب شناختی، تغییر در راهبردهای مقابله ناکارآمد افراد، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. این راهبردهای مقابله‌ای غیرانطباقی، در ذهن فرد، یک راهبرد مقابله‌ای مثبت تلقی می‌شوند اما در حقیقت ممکن است نظارت لازم برای کسب آرامش روانی را دچار اختلال سازد و باعث افزایش استرس در مواجهه با موقعیت‌های تهدیدکننده گردند. شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با ارائه راهبردهای مقابله مبتنی بر ذهن‌آگاهی و تحمل پریشانی و همچنین راهبردهایی از قبیل ارزیابی مجدد، تفکر درباره نکات مثبت موضوع و اجازه عبور به فکر، نظارت بهتری را بر موقعیت برای فرد به ارمغان می‌آورد و استرس و اجتناب شناختی او را کاهش می‌دهد (۳۵). در تبیین تأثیر ذهن‌آگاهی در افزایش هیجان‌های انطباقی و کاهش هیجان‌های منفی می‌توان گفت مفهوم ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا بپذیرند که هیجان‌های منفی در زندگی همه انسان‌ها وجود دارد اما بخش ثابتی از شخصیت و روند زندگی نیستند. پذیرش این مسئله فرد را قادر می‌سازد که به جای واکنش غیرعادی به هیجان‌ها و رویدادهای برانگیزاننده آنها، آگاهانه واکنش نشان دهد و به شیوه‌های کارآمدتر با زندگی، رابطه برقرار کند (۳۶).

نتایج نشان داد اثر مداخله فعالسازی رفتاری بر اجتناب شناختی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، معنی‌دار شده است. نتیجه این قسمت از پژوهش نیز مؤید

فراگیر در تحلیل‌ها وارد شوند تا تصویر دقیق‌تری از برتری درمان‌ها مشخص شود و مطالعات با نادیده گرفتن سایر درمان‌های مؤثر مخدوش نشوند.

در این پژوهش عواملی مانند طبقه اجتماعی، سطح اقتصادی، مصرف دارو و عوامل استرس‌زای دیگر که ممکن است در عملکرد آزمودنی مؤثر باشد و بر نتایج پژوهش تأثیر داشته باشد، در نظر گرفته نشده است.

تشکر و قدردانی

از همکاری تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین مسئولین محترم دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد تشکر می‌گردد.

حاکمی از اثربخشی متعدد و بسیار درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی در اضطراب بود در حالی که چنین مقداری از پیشینه در مورد درمان فعالسازی رفتاری، صدق نمی‌کند. این در حالی است که یافته‌های ما برتری معنادار درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی را در مقایسه با درمان فعالسازی رفتاری نشان نداد و این مسئله باعث می‌شود تا نتایج مطالعه حسینی و همکاران (۴۰) تا حدی با چالش روبه‌رو شود؛ به همین دلیل شاید در نظر گرفتن درمان‌های شناختی از جمله درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، مؤثرترین درمان در حوزه اختلالات اضطرابی و به‌ویژه شناخت‌درمانی مبنی بر ذهن‌آگاهی مقداری عجولانه و فاقد وجاهت تجربی باشد بر همین اساس پیشنهاد می‌شود در مطالعات بعدی، پژوهش‌هایی که اثربخشی درمان فعالسازی رفتاری را بر مؤلفه‌های اختلال اضطراب

References

- [1]. Amir N ,Taboas W, Montero M. Feasibility and dissemination of a computerized home-based treatment for Generalized Anxiety Disorder: A randomized clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2019; 120(4): 103-109. DOI: 10.1016/j.brat.2019.103446
- [2]. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders:DSM-5. Arlington ,VA. American Psychiatric Association ;2013.
- [3]. McDowell, C. P., Dishman, R. K., Vancampfort, D., Hallgren, M., Stubbs, B., MacDonncha, C., & Herring, M. P. Physical activity and generalized anxiety disorder: Results from The Irish Longitudinal Study on Ageing (TILDA). *International Journal of Epidemiology*. 2018 ; 47(5):1443-1453. DOI: 10.1093/ije/dyy141
- [4]. Karaer Y, Akdemir D. Parenting styles, perceived social support and emotion regulation in adolescents with internet addiction. *Compr Psychiatry*. 2019; 92(5): 22-27. DOI: 10.1016/j.comppsy.2019.03.003
- [5]. Taghipour B, Bashrpour S, Esmaili M. The effectiveness of emotion regulation training on emotion processing and panic symptoms of women with panic disorder. *Clinical Psychology*.2021;13(3) :79-88.(Persian). DOI:961716/en
- [6]. Gross JJ. Emoti on Regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry* .2015; 26(1): 1-26 DOI:10.1080/1047840X.2014.940781
- [7]. Yang K S, Sandman CF, Craske MG.Positive and Negative Emotion Regulation in Adolescence: Links to Anxiety and Depression. *Brain Sciences*. 2019; 9(4) :76- 87 DOI: 10.3390/brainsci9040076
- [8]. Garnefski N , Kraaij V. The Behavioral Emotion Regulation Questionnaire: Development, psychometric properties and relationships with emotional problems and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Personality and Individual Differences*. 2019;137 (2): 56-61 DOI:10.1016/j.paid.2018.07.036
- [9]. Buff C, Brinkmann L, Neumeister P, Feldker K, Heitmann C, Gathmann B, Straube T. Specifically altered brain responses to threat in generalized anxiety disorder relative to social anxiety disorder and panic disorder. *Neuroimage Clin*. 2016 ; 12(3): 698-706. DOI: 10.1016/j.nicl.2016.09.02
- [10]. Mennin DS, Fresco DM. Emotion regulation therapy. New York: Guilford Press.2014; 27(2): 469-490. DOI: 10.1016/j.cbpra.2013.02.001
- [11]. Bourgeois ML, Brown TA. Perceived Emotion Control Moderates the Relationship between Neuroticism and Generalized Anxiety Disorder. *Cognit Ther Res*. 2015; 39(4) :531-541. DOI: 10.1007/s10608-015-9677-5
- [12]. Levin ME , Kraft J , Pierce B , Potts S. when is Experiential Avoidance Harmfull in the mment ? Examining global experiential avoidance as a moderator. *Journal od behavior therapy and experimental psychiatry*.2018 ;4(61) :158-163 DOI: 10.1016/j.jbtep.2018.07.005
- [13]. Mihailova, S., & Jobson, L. The impact of depression and culture onresponses to intrusive autobiographical memories: Cognitive appraisals, cognitive avoidance, and brooding rumination. *British Journal of Clinical Psychology*.2020; 59(1): 66-79 DOI: 10.1111/bjc.12232
- [14]. Ataie Sh, Fata L, Ahmadi Abhari A. Rumination and Cognitive Behavioral Avoidance in Depressive and Social Anxiety Disorders: Comparison between Dimensional and Categorical Approaches. *Iranian J Psychiatry Clin Psychol* .2014; 19(4): 283-95. (Persian).DOI: article-1-2088-
- [15]. Segal, Z., Williams, M., & Teasdale, J. Mindfulness-based cognitive therapy for depression. *Guilford Publications*.2018; 14(3): 238-254. DOI: 10.1037/0022-006X.76.3.524
- [16]. Porfaraj M, Milady Z. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction treatment on the severity of symptoms and anxiety in patients with generalized anxiety disorder. *Journal of Torbat Heydarieh University of Medical Sciences*.2022; 10 (1): 75-85(Persian) DOI:10.13698/obm.icm.20220309
- [17]. Hazlett-Stevens H. Clinical Significance of Stress, Depression, Anxiety, and Worry Symptom Improvement Following Mindfulness-based Stress Reduction.*OBM Integrative and Complementary Medicine*. 2022 ; 7(2):5-14.DOI:10.21926/obm.icm.2202022
- [18]. Russo GB, Tirrell E, Busch A, Carpenter LL. Behavioral activation therapy during transcranial magnetic stimulation for major depressive disorder. *Journal of*

- Affective Disorders.2018; 236(35): 101-104. DOI: 10.1016/j.jad.2018.04.108.
- [19]. Balan IC, Lejuez CW, Hoffer M, Blanco C. Integrating motivational interviewing and brief behavioral activation therapy: Theoretical and practical considerations. *Cognitive and Behavioral Practice*.2016 ; 23(2): 205-220. DOI: 10.1016/j.cbpra.2015.07.001
- [20]. Walsh EC, Eisenlohr-Moul TA, Minkel J, Bizzell J, Petty C, Crowther A, et al. Pretreatment brain connectivity during positive emotion upregulation predicts decreased anhedonia following behavioral activation therapy for depression. *Journal of Affective Disorders*. 2019 ; 243(51) : 188-192. DOI: 10.1016/j.jad.2018.09.065
- [21]. Boswell J F , Iles BR , Gallagher M W, Farchione, T.J.Behavioral activation strategies in cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Psychotherapy*.2017 ; 54(3): 231-236 DOI: 10.1037/pst0000119
- [22]. Hopko DR, Lejuez CW, Ryba MM, Shorter RL, Bell JL. Support for the efficacy of behavioural activation in treating anxiety in breast cancer patients. *Clin Psychologist*.2016 ; 20(1): 17-26. DOI:10.1111/cp.12083
- [23]. Dahne, J., Lejuez, C. W., Kustanowitz, J., Felton, J. W., Diaz, V. A., Player, M. S., & Carpenter, M. J. Moodivate: A self-help behavioral activation mobile app for utilization in primary care-Development and clinical considerations. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*.2017; 52(2): 160-175. DOI: 10.1177/0091217417720899
- [24]. Asl Sotoudeh N, Askari S, Sabahi P, Ghorbani R. Comparing the effectiveness of behavioral activation therapy with cognitive-behavioral therapy based on mindfulness on cognitive regulation of emotion and cognitive-behavioral avoidance in people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*.2022;29(4) :549-562(Persian).DOI: 10.22070/CPAP.2020.2891
- [25]. Kiaeian-Mousavi F, Mafakheri A, Mohammadzadeh A. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy with behavioral activation therapy on learned helplessness and cognitive emotion regulation in individuals with depressive symptoms. *Feyz*. 2022; 26 (2) :156-165(Persian).DOI: /paper/1021027/en
- [26]. Kabat- zinn, J. Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everybody life. New York: Hyperion.1994 .DOI:10.4236/eng 1112054
- [27]. Dimidjian S, Martell CR, Addis ME, Herman-dunn, R. Behavioral activation for depression. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* . New York: Guilford Press . 2008 ; 52(3) : 328-364 DOI: 23.1098/0075612358468
- [28]. Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dann R.. Behavioral activation for depression: a clinician"s guide. New York: The Guildford press.2010 ; 23 (7) : 121-139 DOI: 45.3145/0249963215873
- [29]. Spitzer R L, Kroenke K ,Williams J BW, Bernd L. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder The GAD-7. *ARCH INTERN MED*. 2006;166 (4); 239-257 DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092
- [30]. Nayinian MR, Shoori MR ,Sharifi M , Hadiyan M. Reliability and Reliability of the Scale of Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Daneshvar Behavior*. 2011; 3(4): 41-50.(Persian).DOI : 20.1001.1.23452188.1390.9.1.5.7
- [31]. Sexton KA, Dugas MJ. An Investigation of Factors Associated with Cognitive Avoidance in Worry. *Cognitive Therapy and Research*. 2009; 33(1): 150-162. DOI:10.1007/s10608-007-9177-3
- [32]. Barghiirani Z, Mohammadi O, Bagian Koulemarz MJ, Bakhti M. The role of cognitive avoidance and decisional procrastination in predicting social anxiety among students. *Social Psychology Research* .2015 ; 4(16): 431-438 (Persian) DOI: 10.2036/j.jad.2015.04.19
- [33]. Gratz KL , Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004; 26 (8) : 41-54 DOI:10.1007/s10862-008-9102-4
- [34]. Besharat M A, Bazazian S .A study of psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian society. *Journal of the School of Nursing and Midwifery*.2014; 84 (24) , 61-70 .(Persian). DOI: 10.13692/ssu.v23i9/2469
- [35]. Baer RA. Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications. Netherlands: Elsevier.2015 ; 7(2): 29-44 DOI:22.3009/s2985-3256-6548-96541
- [36]. Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive Behavior Therapy*.2005; 23(4): 55-337. DOI:10.1007/s10942-005-0018-6
- [37]. Barlow DH. *Clinical handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press.2008 ; 37(2) : 143-153 DOI: 10.1092/j.cbpra.2008.06.09
- [38]. Dimidjian S , Barrera M ,Martell CR , Munoz RF, Lewinsohn, P. M. The origins and current status of behavioral activation treatment for depression: Annual Review of Clinical Psychology.2011; 7 (2), 1-38. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104535
- [39]. Jacobson NS, Martell CR, Dimidjian S. (2001). Behavioral activation treatment for depression: Returning to contextual roots. *Clinical Psychology: Science and Practice*.2001 ; 8(3): 255-270 DOI:10.3268/cp.15398
- [40]. Hossein,Z, Yousefi Afrashteh M , Maruti Z. Meta-analysis of the effectiveness of mindfulness-based treatments on depression and anxiety (studies published in Iran between 1380 and 1395). *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services*. 2017;26(8): 646-660 (Persian). DOI: 10.18502/ssu.v26i8.237