



# The Effectiveness of "Cognitive-Behavioral Therapy" on the Difficulties of Emotional Regulation, Intolerance of Uncertainty and Thought Fusion in People Suffering From Comorbid Depression and Anxiety

Ali Nedaei<sup>1</sup>, Hosein Ghamari Givi<sup>2\*</sup>, Ali Sheykholeslami<sup>3</sup>, Esmaeil Sadri<sup>4</sup>

1- Ph.D. Student of Counseling, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2- Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

3- Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

4- Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

**Corresponding author:** Hosein Ghamari Givi, Professor, Department of Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

**Email:** [h\\_ghamarigivi@yahoo.com](mailto:h_ghamarigivi@yahoo.com)

Received: 16 Sep 2022

Accepted: 14 June 2024

## Abstract

**Introduction:** One of the reasons for patients' resistance and the poor effectiveness of treatment approaches is the comorbidity of depression and anxiety disorder. Therefore, the purpose of the present study was to determine the effectiveness of "Cognitive Behavioral Therapy" on difficulties in emotion regulation, intolerance of uncertainty and thought fusion in people suffering from comorbid depression and anxiety.

**Methods:** The present research was semi-experimental with a pre-test, post-test design with a control group. The statistical population of this research included all the people who had referred to psychological centers in Isfahan city with comorbid symptoms of depression and anxiety in 2019. The samples were selected by convenience method from the counseling center of the 5th and 7th regions of Isfahan city. After passing a clinical interview according to DSM-5 and completing the "Beck Depression Inventory, Version 2" and "Beck Anxiety Inventory", finally, 32 people were eligible for the study. The samples were randomly assigned to intervention (16 people) and control (16 people) groups. Data collection was Done with demographic questionnaire, "Difficulties in Emotion Regulation Scale", "Intolerance of Uncertainty Scale" and "Thought Fusion Instrument". Content validity and face validity were measured by qualitative method and reliability was also measured by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. "Cognitive Behavioral Therapy" was implemented for 10 sessions of 90 minutes for the intervention group and the control group was on the waiting list. The data was analyzed with SPSS .21.

**Results:** "Cognitive-Behavioral Therapy" in the intervention group caused a significant improvement in the intolerance of uncertainty, difficulties in regulating emotions and mixing thoughts in the post-exam stage. However, the effectiveness of "Cognitive-Behavioral Therapy" was stable only on the uncertainty intolerance variable until the follow-up stage ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** The effect of "Cognitive Behavioral Therapy" has shown more lasting changes on the uncertainty intolerance variable than other variables. Considering the negative prognosis and the high complexity of comorbid depression and anxiety, it is suggested that this intervention be combined and strengthened with complementary therapy for the long-term effectiveness of this intervention on other correlates of this disorder.

**Keywords:** Cognitive Behavioral Therapy, Uncertainty, Thought Fusion, Emotional Regulation, Comorbid Depression and Anxiety.



## اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» بر دشواری‌ها در تنظیم هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و آمیختگی فکر در زنان مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود

علی ندائی<sup>۱</sup>، حسین قمری گیوی<sup>۲</sup>، علی شیخ الاسلامی<sup>۳</sup>، اسماعیل صدری<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲- استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳- استاد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۴- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

نویسنده مسئول: حسین قمری گیوی، استاد گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.  
ایمیل: h\_ghamarigivi@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۳/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۶/۲۶

### چکیده

**مقدمه:** یکی از دلایل مقاومت بیماران و کارایی ضعیف رویکردهای درمانی، هم‌ابتلائی اختلال افسردگی و اضطراب است. لذا هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی "درمان شناختی رفتاری" بر دشواری‌ها در تنظیم هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و آمیختگی فکر در افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان بودند که با علائم افسردگی و اضطراب همبود به مراکز روانشناسی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹ مراجعه کرده بودند. نمونه‌ها به روش دسترس از مرکز مشاوره منطقه ۵ و ۷ شهر اصفهان انتخاب شدند. ابتدا با مصاحبه بالینی طبق DSM-5، "سیاهه افسردگی بک نسخه ۲" (Beck Depression Inventory-II) و "سیاهه اضطراب بک" (Beck Anxiety Inventory)، تعداد نمونه‌ها ۳۲ تن به شیوه دسترس انتخاب و به طور تصادفی در ۲ گروه مداخله (۱۶ تن) و کنترل (۱۶ تن) گمارده شدند.

جمع‌آوری داده‌ها با پرسشنامه جمعیت شناختی، "مقیاس دشواری‌ها در تنظیم هیجان" (Difficulties in Emotion Regulation Scale)، "مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی" (Intolerance of Uncertainty Scale) و "ابزار آمیختگی فکر" (Thought Fusion Instrument) انجام شد. روایی محتوا و روایی صوری به روش کیفی و پایایی نیز به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ اندازه‌گیری شد. "درمان شناختی-رفتاری" ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه مداخله اجرا شد و گروه کنترل در فهرست انتظار بود. ارزیابی در ۳ مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۳ ماه) انجام شد. داده‌ها با نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۱ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** "درمان شناختی-رفتاری" در گروه مداخله سبب بهبود معنادار عدم تحمل بلا تکلیفی، دشواری‌ها در تنظیم هیجان و آمیختگی فکر در مرحله پس‌آزمون شد. اما اثربخشی "درمان شناختی رفتاری" فقط بر روی متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی تا مرحله پیگیری پایدار بود ( $P < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** اثر درمان "شناختی-رفتاری" تغییرات ماندگارتری بر روی متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی نسبت به سایر متغیرها نشان داده است. با توجه به پیش‌آگهی منفی و پیچیدگی زیاد افسردگی و اضطراب همبود، پیشنهاد می‌شود برای اثربخشی درازمدت "درمان شناختی رفتاری"، این مداخله درمانی با درمان‌های مکمل تلفیق و تقویت شود.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی-رفتاری، بلا تکلیفی، آمیختگی فکر، تنظیم هیجان، اضطراب و افسردگی همبود.

## مقدمه

افسردگی و اضطراب که طیف وسیعی از اختلال های هیجانی را تشکیل می دهند، طبق پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی از شایع ترین اختلال های روانی محسوب می شوند (۱). ۵۵ درصد بیماران مبتلا به افسردگی، برخی از ملاک های یک اختلال خلقی یا اضطرابی دیگر را دارند. اگر زمان شروع ابتلای اختلال دوم (اضطراب) مدنظر باشد، این میزان به ۷۶ درصد هم می رسد (۲). میزان بالای هم ابتلایی بین اختلالات روانی خاص، به ویژه افسردگی و اضطراب، منجر به پژوهش هایی در زمینه عوامل زیربنایی و مشترک آن ها شده است که اغلب تحت عنوان عوامل فراتشخیصی از آن یاد می شود. از میان این عوامل، تنظیم هیجان (emotion regulation) به عنوان یکی از عوامل مشترک و فراتشخیصی معرفی شده است که با انواع مختلفی از آسیب های روانی از جمله افسردگی و اضطراب مرتبط است (۳). در واقع، اختلال های خلقی و اضطرابی دقیقاً با هیجان های منفی که مداوم و شدید هستند، توصیف می شوند. بنابراین، گسترش پژوهش ها بر روی عامل تنظیم هیجان در بیماران افسرده و مضطرب مورد نیاز است (۴).

از چندین سال قبل نیز نظریه پردازانی همچون Teasdale پیشنهاد کرد که افراد مستعد و غیر مستعد به افسردگی، نه تنها از نظر پاسخ اولیه شان به یک رویداد منفی، بلکه از لحاظ توانایی شان برای اصلاح و بهبود عاطفه منفی که در پی آن رویداد می آید، با یکدیگر تفاوت دارند. بنابراین، ممکن است تفاوت های فردی در استفاده عادی از برخی راهبردهای تنظیم هیجانی، نقش مهمی در وقوع و تداوم افسردگی داشته باشند (۵). در خصوص اضطراب نیز، پژوهش های اخیر نشان می دهند که مقیاس های تنظیم هیجان قادرند علائم این اختلال ها را پیش بینی کنند. جالبتر اینکه این رابطه حتی پس از کنترل عوامل مزاجی (temperamental) آسیب پذیری هیجانی، همچون واکنش-پذیری هیجانی (emotional reactivity)، حساسیت اضطراب (anxiety sensitivity) و عاطفه مندی منفی (negative affectivity) نیز همچنان به طور معنادار برقرار است (۶). مطالعات تاکید می کنند افرادی که به صورت مداوم هیجانات خود را سرکوب کرده و از آن اجتناب می کنند، در معرض خطر افسردگی، اضطراب و تنش پس از ضربه

قرار دارند (۷). آمیختگی شناختی (cognitive fusion) به عنوان یکی از متغیرهایی است که بین بی نظمی هیجان و اضطراب و افسردگی نقش واسطه ای دارد، به طوری که با کنترل آمیختگی شناختی، ارتباط بین بی-نظمی هیجانی با اضطراب و افسردگی معنادار نیست (۸).

رابطه آمیختگی شناختی و اجتناب از تجارب هیجانی یک رابطه ۲ طرفه است که هر ۲ عامل با هم افزایشی منجر به پریشانی روانشناختی می شوند و در طولانی مدت فرد را درگیر علائم افسردگی و اضطراب می کند (۹). بنابراین، می-توان آمیختگی شناختی را یک عامل مشترک در پایداری اختلالات خلقی و هیجانی بخصوص افسردگی و اضطراب در نظر گرفت. بر پایه «الگوی فراشناختی ولز» (Metacognitive Model Wells) افکار وسواسی به خاطر باورهای فراشناختی درباره معنی و یا پیامدهای خطرناک چنین افکاری، به صورت منفی تفسیر می شوند. این الگو ۳ حیطه را شامل می شود: ۱. آمیختگی فکر با عمل (thought-action fusion) اشاره به پدیده ای روانشناختی دارد که در آن افکار وسواسی و اعمال مرتبط با آن ها معادل هم در نظر گرفته می شوند (۱۰). ۲. آمیختگی فکر-رویداد (thought-event fusion) باوری است مبنی بر اینکه یک فکر مزاحم به تنهایی می تواند سبب وقوع رویداد خاصی شود یا این باور که داشتن فکر مزاحم به معنای آن است که رویدادی باید قبلاً رخ داده باشد. ۳. آمیختگی فکر-شیء (thought-object fusion)، باوری است مبنی بر اینکه افکار و احساسات می توانند به اشیاء منتقل شوند و یا موجب از بین رفتن اشیاء می شود (۱۱).

یکی دیگر از متغیرهایی که به عنوان یک عامل مشترک در تداوم علائم افسردگی و اضطراب سهم ویژه ای دارد، عدم تحمل بلاتکلیفی (intolerance of uncertainty) است که نمود اصلی آن نگرانی (worry) مفرط و غیرقابل کنترل است (۱۲). عدم تحمل بلاتکلیفی، نوعی سوگیری شناختی است که بر چگونگی دریافت، تفسیر و واکنش فرد به یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری تاثیر می گذارد (۱۳). افرادی که بلاتکلیفی را تنش برانگیز، منفی و فشارزا توصیف می کنند، سعی می کنند از این موقعیت ها اجتناب کنند و اگر در این موقعیت قرار بگیرند، عملکرد اجتماعی، بین فردی و شغلی آن ها دچار مشکل می شود (۱۴). اخیراً بر میانجیگری عدم تحمل بلاتکلیفی در جهت تجربه اضطراب، افسردگی و تنش تاکید قابل توجهی

اندکی در زمینه اثربخشی «درمان شناختی-رفتاری» بر افسردگی و اضطراب همبود انجام شده است. لذا، هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی «درمان شناختی-رفتاری» بر دشواری‌ها در تنظیم هیجان، عدم تحمل بلا تکلیفی و آمیختگی فکر در افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود می‌باشد.

## روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح آن از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنانی بود که در سال ۱۳۹۹ با علائم اضطراب و افسردگی همبود به مراکز مشاوره منطقه ۵ و ۷ شهر اصفهان مراجعه کرده بودند. انتخاب این مناطق به دلیل همکاری مسئولین این مناطق و تسریع در پژوهش بود. ابتدا مصاحبه بالینی طبق DSM-5، «سیاهه افسردگی بک - نسخه ۲» (Beck Depression Inventory-II) و «سیاهه اضطراب بک» (Beck Anxiety Inventory) توسط نویسنده اول مقاله حاضر در مرکز جان و تن اصفهان انجام شد و ۳۲ تن به شیوه در دسترس انتخاب و به طور تصادفی ساده (قرعه کشی) در ۲ گروه مداخله (۱۶ تن) و کنترل (۱۶ تن) گمارده شدند. ارزیابی‌ها در ۳ مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری (۳ ماه) انجام شد.

معیار ورود به پژوهش شامل؛ دارا بودن حداقل ۲ معیار بارز از افسردگی و اضطراب طبق پنجمین ویراست راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5) به طوری که تمام معیارهای تشخیصی اختلال افسردگی یا اضطراب را تکمیل نکند. همچنین، ۱ یا ۲ عملکرد اصلی مانند عملکرد شغلی یا ارتباطی مختل شده باشد، کسب نمره ۱۶ به بالا از ۶۳ از «سیاهه اضطراب بک» (Beck Anxiety Inventory) که نشانه اضطراب و کسب نمره ۳۶ به بالا از ۶۳ در «سیاهه افسردگی بک نسخه ۲» (Beck Depression Inventory-II) که نشانه افسردگی است، نداشتن مشکل جسمانی و طبی حاد، نداشتن اختلال سوء مصرف مواد، عدم ابتلا به اختلالات سایکوتیک که طی یک مصاحبه ساختاریافته بالینی ارزیابی شد، افراد فقط به یکی از اختلالات افسردگی و اضطرابی مبتلا نباشند، ۵ ماه در دسترس بودن از زمان اجرای طرح درمان تا مرحله پیگیری بود. معیارهای خروج از پژوهش شامل؛ غیبت بیش از ۲ جلسه، تشدید بیماری جسمانی یا روانی که نیاز به دارودرمانی داشته باشد که به

شده است (۱۵). با توجه به تایید فراتشخیص بودن این متغیرها از طرف اغلب مطالعات و نقش آن‌ها در ایجاد و تداوم افسردگی و اضطراب، هم افزایی حضور این عوامل در همبودی افسردگی و اضطراب اثربخشی هر نوع مداخله روانشناختی را به چالش می‌کشد. در چندین مطالعه همبودی افسردگی و اضطراب، با پیامدهای درمانی ضعیف مرتبط است. در سال‌های اخیر به دنبال یافتن راهبرد های درمانی بهتر برای بهبود بیماران مبتلا به همبودی این اختلالات بوده اند (۱۶).

با توجه به ادبیات پیشین، بیشترین روش درمانی اعمال شده بر افسردگی و اضطراب همبود مربوط به «درمان شناختی رفتاری»، اشکال مختلف آن است (۱۷). این نوع از درمان از طریق روش‌های بازسازی شناختی موجب توجه فرد به باورها و افکار غیرمنطقی خود می‌شود که باعث تنش و اضطراب می‌شود. برای آگاه سازی بیمار از شیوه های مختلف تفکر، همواره از روش مواجهه، تقویت مثبت و آرمیدگی استفاده می‌شود. همچنین، فنون سرمشق گیری و تعیین نقش برای مقابله با تفکر مشکل ساز و رفتار اجتنابی تداوم بخش اضطراب مورد استفاده قرار می‌گیرد (۱۸). «درمان شناختی رفتاری» با اصلاح افکار و باورهای ناکارآمد به ناکامی‌ها، اتفاقات دردناک و درماندگی‌ها به کاهش و بهبود افسردگی کمک می‌کند (۱۹).

با وجود خط اول بودن «درمان شناختی رفتاری» در درمان انواع اختلالات روانشناختی و مطالعات فراوان در مورد تاثیر «درمان شناختی رفتاری»، یافته‌های این مطالعات با یکدیگر در یک راستا نیستند و این روش نیاز به بررسی بیشتری دارد (۲۰). مقاومت بیماران نسبت به درمان، بی میلی و میزان ریزش، چالش مهمی در مسیر اثربخشی این شیوه درمانی است (۲۱). در مورد سایر اختلالات اضطرابی از جمله؛ اضطراب اجتماعی اگرچه «درمان شناختی رفتاری» کاربرد داشته است، ولی این کاربرد به اندازه کافی اثربخش نبوده یا اینکه بیماران در مرحله پیگیری، بهبودی کمی نشان داده اند (۲۲). اگرچه در سایر مطالعات اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» برای درمان اضطراب و افسردگی ثابت شده است، اما بیماران زیادی از علائم باقی مانده رنج می‌برند و برخی از آن‌ها به این درمان بی‌میل شده اند (۲۳). با این حال، مطالعاتی نیز وجود دارد که اثربخشی «درمان شناختی-رفتاری» را به اندازه درمان‌های تکامل یافته مانند درمان فراتشخیصی اثبات کرده اند (۲۴). مطالعات

صورت خودگزارشی و مشاهده تشخیص داده می شد، انجام ندادن تکالیف و عدم همکاری با گروه درمانی بود. جمع آوری داده های با ابزارهای زیر انجام شد. پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و وضعیت تاهل بود.

«مقیاس دشواری ها در تنظیم هیجان» (Emotion Regulation Scale Difficulties in Gratz & Roemer در ایالت متحده آمریکا در سال ۲۰۰۴ به منظور اندازه گیری میزان نارسایی افراد در تنظیم هیجان طراحی شد. این مقیاس دارای ۳۶ عبارت و ۶ زیر مقیاس شامل عدم پذیرش پاسخ های هیجانی (no-acceptance of emotional responses) ۶ عبارت (شامل عبارت های ۱۱، ۱۲، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۹)، دشواری های دست زدن به رفتار هدفمند (difficulties engaging in goal-directed behaviors) ۵ عبارت (شامل عبارت های ۳۳، ۲۶، ۲۰، ۱۸، ۱۳)، دشواری های کنترل تکانه (impuls control difficulties) ۶ عبارت (شامل عبارت های ۳۲، ۲۷، ۲۴، ۱۹، ۱۴، ۳)، فقدان آگاهی هیجانی (lack of emotional awareness) ۸ عبارت (شامل عبارت های ۳۶، ۳۵، ۳۱، ۳۰، ۲۸، ۲۲، ۱۶، ۱۵)، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (limited access to emotion regulation strategies) ۶ عبارت (شامل عبارت های ۲، ۶، ۸، ۱۰، ۱۷، ۳۴)، عدم شفافیت هیجانی (lack of emotional clarity) ۵ عبارت (شامل عبارت های ۹، ۷، ۵، ۴، ۱) می باشد. نحوه نمره گذاری این مقیاس به صورت طیف لیکرت ۵ درجه ای از تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۵) است. حداقل نمره ۳۶ و حداکثر نمره ۱۸۰ می باشد. نمره در دامنه ۳۶ تا ۷۲ بیانگر دشواری ها در تنظیم هیجان پایین، نمره ها از ۷۳ تا ۱۰۸ بیانگر دشواری ها در تنظیم هیجان متوسط؛ و نمره ها از ۱۰۹ به بالا بیانگر دشواری ها در تنظیم هیجان بالا می باشد. جهت بررسی ویژگی های روانسنجی «مقیاس دشواری ها در تنظیم هیجان»، ۳۵۷ دانشجو در محدوده سنی ۱۸ تا ۵۵ سال از دانشجویان کارشناسی روانشناسی در دانشگاه Massachusetts این مقیاس را تکمیل شد. برای سنجش روایی سازه از روش تحلیل عاملی تاییدی استفاده شد که ۶ زیر مقیاس شناسایی شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق در زیرمقیاس های عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری ها در انجام رفتارهای هدفمند، دشواری ها در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی،

دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین، ثبات به روش بازآزمون در دوره های ۳ تا ۴ هفته ای با نمونه های فوق، (برای زنان ۰/۷۴ و مردان ۰/۷۶) و ۸۶ تا ۸ هفته (زنان ۰/۷۸ و مردان ۰/۶۷) گزارش شد (۲۵).

در مطالعه Dan-Glauser و همکاران (۲۶) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «مقیاس دشواری ها در تنظیم هیجان» با نمونه ای متشکل از ۴۵۵ دانشجو (۴۲۳ زن و ۳۲ مرد) از دانشگاه جنوای هلند، انجام و نتایج ۶ عامل را نشان داد. ثبات به روش بازآزمون با تعداد نمونه مذکور در فاصله ۹ هفته ای، ۰/۸۸ و در زیرمقیاس ها عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری ها در انجام رفتارهای هدفمند، دشواری ها در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم شفافیت هیجانی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۸۳، ۰/۶۷، ۰/۹۰ و ۰/۷۹ نشان داده شد. در ایران بشارت و بزازیان (۲۷) «مقیاس دشواری ها در تنظیم هیجان» را با استفاده از ۶۲۱ دانشجوی (۳۹۲ زن و ۲۲۹ مرد) کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری دانشگاه های تهران ترجمه و روانسنجی کرد. روایی سازه به روش همگرا و تشخیصی (افتراقی) «مقیاس دشواری ها در تنظیم هیجان» از طریق اجرای همزمان «سیاه سلامت روانی» (Mental Healthy Inventory)، «پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان» (Cognition Emotion Regulation Questionnaire) و «برنامه عواطف مثبت و منفی» (Positive and Negative Affect Schedule) در مورد نمونه های مختلف از ۲ گروه بالینی و غیربالینی محاسبه و مورد تایید قرار گرفت (اعداد ذکر نشده است). ثبات به روش بازآزمون روی نمونه های فوق، در ۲ نوبت با فاصله ۴ تا ۶ هفته برای نمره کل ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و برای زیرمقیاس ها ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ به دست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق برای زیرمقیاس ها ۰/۷۲ تا ۰/۹۰ و برای نمره کل ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ بدست آمد. همچنین، کرمانی مازندی و طالع پسند در مطالعه خود روی ۴۳۹ تن (۱۷۷ پسر و ۲۶۲ دختر) از دانشجویان دانشگاه سمنان در مقاطع کاردانی، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری، روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «مقیاس دشواری ها در تنظیم هیجان» را بررسی و نتایج ۶ عامل را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی به محاسبه ضریب آلفا کرونباخ



بشارت و همکاران (۳۲) روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) «مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی» با «سیاهه اضطراب بک» (Beck Anxiety Inventory)، «پرسشنامه نگرانی پن» (Penn State Worry Questionnaire)، «فهرست عواطف مثبت و منفی» (Positive and Negative Affect Schedule) و «سیاهه سلامت روان» (Mental Health Inventory) (گزارشی که اعداد روایی قید کرده باشد یافت نشد) روی ۲۳۸ دانشجوی دانشگاه تهران محاسبه شد. پایایی به روش همسانی درونی به محاسبه ضریب آلفا کرونباخ نمونه های فوق، ۰/۸۹ به دست آمد. در پژوهش علمردانی و همکاران (۳۳) روایی گزارش نشده است. پایایی «مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی» به روش همسانی درونی به محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۶۰ تن از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، ۰/۸۱ به دست آمد.

«ابزار آمیختگی فکر» (Thought Fusion Instrument) توسط Wells و همکاران در کشور انگلستان در سال ۲۰۰۱ و با ۱۴ عبارت و ۳ مولفه طراحی شد (۳۴). مولفه ها شامل آمیختگی فکر-عمل (thought action fusion)، شامل ۶ عبارت (۲، ۴، ۶، ۷، ۱۰، ۱۲) آمیختگی فکر-شیء (thought object fusion)، شامل ۳ عبارت (۹، ۱۱، ۱۴) و آمیختگی فکر-رویداد (thought event fusion) شامل ۵ عبارت (۱، ۳، ۵، ۸، ۱۳) می باشد. پاسخ ها بر یک پیوستار ۱۰۰ درجه ای از صفر اصلاً اعتقادی ندارم تا ۱۰۰ کاملاً معتقدم و به صورت ۱۰ تایی نمره گذاری می شوند. دامنه نمره این ابزار از صفر تا ۱۴۰ است. (تفسیری برای نمره گزارش نشده است). Gwilliam و همکاران (۳۵) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «ابزار آمیختگی فکر» روی ۱۹۷ تن دانشجوی در منچستر در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۹ بررسی و نتایج برآزش مطلوبی برای نسخه تک عاملی را نسبت به ۳ عاملی نشان داد. روایی ملاکی به روش همزمان با «مقیاس علائم وسواس فکری عملی» (Obsessive Compulsive Symptom Scale) بررسی و ضریب همبستگی به ترتیب ۰/۵۵ و ۰/۴۷ بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۸۹ به دست آمد. Melchior و همکاران (۳۶) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «ابزار آمیختگی فکر» روی ۱۴۱ تن نمونه غیربالینی با میانگین سنی ۴۹ سال مورد بررسی قرار داد و نتایج الگوی تک عاملی را تایید کرد. روایی ملاکی به روش روایی همزمان با «سیاهه باورهای مربوط به مناسک»

روی نمونه های فوق، برای هر یک از زیرمقیاس های عدم پذیرش پاسخ های هیجانی، دشواری ها در انجام رفتارهای هدفمند، دشواری ها در کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و عدم شفافیت هیجانی به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۶۸، ۰/۶۶، ۰/۷۳ و ۰/۶۳ به دست آمد (۲۸).

«مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی» (Intolerance of Uncertainty Scale) توسط Freeston و همکاران در کشور انگلستان در سال ۱۹۹۴ برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت های نامطمئن و حاکی از بلاتکلیفی، طراحی شده است. این مقیاس از ۲۷ عبارت تشکیل شده است. که نمونه ها بر اساس طیف ۵ درجه ای (به هیچ وجه=۱، بندرت=۲، گاهی اوقات=۳، اغلب اوقات=۴ و همیشه=۵) مقیاس پاسخ می دهند. کمترین نمره کسب شده ۲۷ و بیشترین نمره ۱۳۵ است. چنانچه نمره کسب شده بین ۲۷ تا ۵۴ باشد، میزان عدم تحمل بلاتکلیفی در فرد پایین، بین ۵۵ تا ۸۱ عدم تحمل بلاتکلیفی متوسط و ۸۱ به بالا نشان دهنده عدم تحمل بلاتکلیفی بالا در فرد است. پایایی به روش همسانی درونی به محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۰/۹۱ و ثبات به روش بازآزمون (نمونه و تعداد گزارش نشده) با فاصله ۵ هفته ۰/۷۸ گزارش شده است (۲۹).

Buhr & Dugas (۳۰) نسخه اولیه فرانسوی «مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی» را به انگلیسی ترجمه و روانسنجی کردند. روایی ملاکی به روش همزمان آن را با «پرسشنامه نگرانی» (Worry Questionnaire)، «سیاهه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory) و «سیاهه اضطراب بک» (Beck Anxiety Inventory) روی ۱۹۷ دانشجوی کانادا به ترتیب ضریب همبستگی ۰/۶۰، ۰/۵۹ و ۰/۵۵ به دست آمد. پایایی به روش همسانی درونی به محاسبه ضریب آلفا کرونباخ نمونه های فوق، ۰/۹۴ و ثبات به روش بازآزمون در فاصله ۵ هفته ای روی نمونه های فوق، ۰/۷۸ گزارش شد. در پژوهش Osmanağaoğlu و همکاران (۳۱) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی «مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی» با ۲۲۷ تن نوجوان در انگلیس (۱۱۵ پسر و ۱۱۲ دختر) بررسی شد. الگوی تک عاملی از برآزش مطلوبی برای داده ها برخوردار بود. پایایی به روش همسانی درونی به محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۸۷ و پایایی به روش ضریب همبستگی درون خوشه ای (Intraclass Correlation Coefficient) ۰/۸۲ بود.

(Beliefs About Rituals Inventory) روی نمونه های فوق، برابر با ۰/۴۴ و با «پرسشنامه فراشناختی» (MetaCognitive Questionnaire) ۰/۵۳ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی به محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۷۹ به دست آمد.

پژوهش فرخی و سهرابی (۳۷) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «بزار آمیختگی فکر» را بر روی ۳۰۹ تن از دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه تهران انجام شد. نتایج ۳ عامل را شناسایی کرد. روایی ملاکی با اجرای همزمان با «پرسشنامه آمیختگی فکر-عمل» (Thought-Action Fusion Questionnaire) با نمونه های فوق، ۰/۸۷ به دست آمد. پایایی به روش همسانی درونی به محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، و ثبات به روش با فاصله زمانی ۵۰ روز، را به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۱ گزارش کردند. خرم دل و همکاران (۳۸) بررسی روایی سازه به روش روایی همگرایی «ابزار آمیختگی فکر» و «پرسشنامه آمیختگی فکر-عمل» را با ۱۳۰ تن (۶۶ پسر و ۶۴ دختر) از دانشجویان دانشگاه اصفهان بررسی و ۰/۶۵ گزارش کردند. نتایج روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی نیز ۳ عامل فوق را تایید کرد. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفاکرونباخ کل روی نمونه فوق ۰/۸۷ و برای مولفه های آمیختگی فکر عمل ۰/۷۹، آمیختگی فکر-شیء ۰/۸۰، آمیختگی فکر-رویداد و ۲ نیمه سازی با نمونه فوق به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۲، ۰/۸۰ و ۰/۷۳ به دست آمد.

«سیاهه افسردگی بک -۲» (Beck Depression Inventory-II) توسط Beck و همکاران در کشور آمریکا در سال ۱۹۹۶ طراحی شده است. ابزار ۲۱ عبارت و تک عاملی می باشد و شدت نشانه های افسردگی را در طیف لیکرت ۴ درجه ای (صفر تا ۳) در ۲ هفته گذشته در بزرگسالان و نوجوانان ۱۳ سال به بالا می سنجد. دامنه نمره بین صفر تا ۶۳ قرار دارد. نمره صفر تا ۱۸ بیانگر عدم افسردگی، ۱۹ تا ۳۵ بیانگر افسردگی خفیف، ۳۶ تا ۴۵ بیانگر افسردگی متوسط و ۴۶ و تا ۶۳ بیانگر افسردگی شدید می باشد (۳۹).

در مطالعه Aben و همکاران (۴۰) روایی محتوا به روش کیفی «سیاهه افسردگی بک -۲» با نظر خواهی از ۴ تن از متخصصین حوزه سلامت روان دانشگاه کمبریج، مطلوب گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۴۶۲ بیمار مبتلا به انفارکتوس اولیه نیمکره مغزی شهر کمبریج ۰/۸۸ گزارش شد. Kühner

و همکاران (۴۱) در بررسی روانسنجی «سیاهه افسردگی بک -۲» در ۳۹۰ دانشجوی دانشگاه مانهایم آلمان شاخص روایی محتوا و نسبت روایی محتوا را از طریق مطابقت آن با معیارهای علائم DSM-IV مطلوب گزارش کردند (نمره گزارش نشده). روایی ملاکی به روش روایی همزمان با مقیاس «سازه های شناختی ناکارآمد» (Dysfunctional Cognitive Constructs) ۰/۵۴ بود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۸۴ گزارش شد. ثبات به روش بازآزمون با فاصله ۲ هفته با نمونه های فوق، ۰/۷۷ بود.

طاهری تنجانی و همکاران (۴۲) «سیاهه افسردگی بک -۲» را روی ۲۳۳ تن از سالمندان (غیربالینی) شهر قم اجرا کردند. محاسبه روایی سازه از طریق روایی همگرا و اجرای همزمان آن با «پرسشنامه سلامت عمومی» (General Health Questionnaire) بررسی و ۰/۸۰ حاصل گردید. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، و دونیمه سازی به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۶۴ گزارش شد. دابسون و محمدخانی (۴۳) روایی سازه «سیاهه افسردگی بک -۲» به روش روایی همگرا و با «مقیاس ناامیدی بک» (Beck Hopelessness Scale)، «مقیاس افکار خودکشی» (Scale for Suicide Ideation)، «سیاهه اضطراب بک» (Beck Anxiety Inventory)، «مقیاس روانپزشکی هامیلتون برای افسردگی» (Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression)، «مقیاس درجه بندی اضطراب هامیلتون» (Hamilton Anxiety Rating Scale) را روی ۳۵۴ تن مبتلا به افسردگی اساسی در ایران را به ترتیب با ضریب همبستگی ۰/۶۸، ۰/۳۷، ۰/۶۰، ۰/۷۱ و ۰/۴۷ به دست آوردند. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، برای بیماران سرپایی ۰/۹۲ و برای دانشجویان ۰/۹۳ به دست آمد.

«سیاهه اضطراب بک» (Beck Anxiety Inventory) توسط Beck و همکاران در کشور آمریکا در سال ۱۹۸۸ روی ۱۶۰ تن از افراد مبتلا به انواع اختلالات اضطرابی طراحی شده است (۴۴). ابزار خودگزارشی است که برای اندازه گیری شدت اضطراب در نوجوان و بزرگسالان تهیه شده است. این سیاهه دارای ۲۱ عبارت است و نشانه های اضطراب را در یک لیکرت ۴ درجه ای اصلا: صفر، زیاد ناراحت کننده: ۱، خیلی ناخوشایند: ۲، اما تحمل کردم: ۳ و نمی توانم تحمل کنم: ۴ به سنجش اضطراب می پردازد. این سیاهه تک عاملی

دقیق گزارش نشده) سنجیده و مورد تایید گزارش کردند. همچنین، روایی ملاکی این سیاهه با مصاحبه بالینی در ۱۵۰ تن بیمار اضطرابی مراجعه کننده به مراکز درمان شهر تهران، ۰/۷۲ بوده است. بعلاوه، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۱۵۱۳ تن (زن و مرد) از مناطق مختلف شهر تهران بررسی و ۰/۹۲ گزارش شد. ثبات به روش بازآزمون در فاصله زمانی ۱ ماه روی ۱۱۱ تن جمعیت بهنجار ۰/۸۳ گزارش شد.

در مطالعه حاضر روایی محتوا به روش صوری ابزارهای مورد استفاده به روش کیفی با نظر خواهی از ۸ تن از متخصصان حوزه روانشناسی عمومی (۴ تن) و مشاوره (۴ تن) دانشگاه محقق اردبیلی بررسی و تایید شد. ملاک بررسی روایی محتوا سادگی، شفافیت و ارتباط عبارت های ابزار بود. همچنین، پایایی این ابزارها به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۴۶ تن از زنان که با علائم اضطراب و افسردگی شهر اصفهان (نمونه پژوهش حاضر) اندازه گیری و برای «سیاهه افسردگی بک - ۲»، «سیاهه اضطراب بک»، «مقیاس دشواری ها در تنظیم هیجان»، «مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی» و «مقیاس آمیختگی فکر» به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۷۵، ۰/۷۳، ۰/۸۱، ۰/۶۹ به دست آمد.

محتوای جلسات «درمان شناختی رفتاری» بر اساس راهنمای عملی Beck & Beck (۴۹) به کار برده شد. خیاطان و همکاران (۵۰) نیز از این روش درمانی برای بررسی اثربخشی بر افسردگی و هموگلوبین گلیکوزیله در مقایسه با بسته درمانی تلفیقی «درمان مبتنی بر شفقت و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد» به کار برده اند و روایی محتوای آن را تایید کرده اند. در مطالعه حاضر نیز روایی «درمان شناختی رفتاری» با استفاده از نظر ۴ تن از متخصصان حوزه روانشناسی و مشاوره دانشگاه محقق اردبیلی مطلوب ارزیابی شده است.

#### محتوای جلسات «درمان شناختی-رفتاری»

جلسه اول: ابتدا اتحاد درمانی با اعضای گروه ایجاد شد، قواعد جلسات گروهی و اهداف درمان با مشارکت اعضای گروه تعیین شد، و ساختار جلسات درمانی برنامه ریزی شد، مشکلات ناشی از افسردگی و اضطراب شناسایی و با الگوی شناختی و رفتاری مفهوم سازی شد. آرام سازی عضلانی برای تکلیف خانگی تمرین آرام سازی عضلانی در خانه ارائه شد.

است. دامنه نمره بین صفر تا ۶۳ قرار می گیرد بطوری که نمره صفر تا ۷ بیانگر اضطراب جزئی ۸ تا ۱۵ بیانگر اضطراب خفیف، ۱۶ تا ۲۶ بیانگر اضطراب متوسط و ۲۶ تا ۶۳ بیانگر اضطراب شدید است. ابزار تک عاملی می باشد. بررسی روایی همزمان و تفکیکی «سیاهه اضطراب بک» با سایر گروه های تشخیصی اضطراب از جمله «مقیاس درجه بندی اضطراب هامیلتون» (Hamilton Anxiety Rating Scale-Revised) ۰/۵۱، «زیر مقیاس شناختی چک لیست اضطراب» (Cognition Checklist-Anxiety subscale) ۰/۵۱ و با «سیاهه افسردگی بک» (Beck Depression Inventor) ۰/۴۸ به دست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۹۲ و ثبات به روش بازآزمون در زمان بیشتر از ۱ هفته ۰/۷۵ به دست آمد.

Quintão و همکاران (۴۵) در پژوهش خود در پرتغال با ۱۱۶۰ تن افراد عامه (۴۲۷ مرد و ۷۳۳ زن) با میانگین سنی ۳۳/۳۹ برای سنجش روایی ملاکی به روش همزمان «سیاهه اضطراب بک»، از «سیاهه حالت-صفت اضطراب» (State-Trait Anxiety Inventory) و «مقیاس خودارزیابی زانگ» (Zang Self-Assessment Scale) استفاده کردند. همبستگی بین نمره به ترتیب ۰/۵۵ و ۰/۴۲ بود. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۷۹ گزارش شد. در پژوهشی دیگر Fydrich و همکاران (۴۶) روی ۴۰ بیمار سرپایی مبتلا به اضطراب فراگیر در آمریکا انجام دادند، روایی سازه به روش روایی همگرا «سیاهه اضطراب بک» با مولفه های اضطراب صفت ۰/۵۸ و اضطراب حالت ۰/۴۷ برآورد شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۹۴ گزارش کردند.

در پژوهش رفیعی و سیفی (۴۷) روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی «سیاهه اضطراب بک» با نمونه ۶۰۰ تن از دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک مورد سنجش قرار گرفت که برخلاف نسخه اصلی که تک عاملی بوده، ۵ عامل گزارش شد. همچنین، پایایی ابزارها به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه های فوق، ۰/۹۰ حاصل شد. کاویانی و موسوی (۴۸) در پژوهش خود جهت سنجش روایی محتوا و صوری به روش کیفی، «سیاهه اضطراب بک» را به وسیله نظرات ۵ تن از مدرسین دانشگاه محقق اردبیلی در رشته روانشناسی (اطلاعات



جلسه دوم: تجربیات آرام سازی و چالش های تمرین با پاسخگویی به شناخت های ناکارآمد بررسی شد، درک اعضا از مفهوم سازی شناختی و رفتاری مشکلات، شناسایی افکار اتوماتیک کلیدی و ارتباط آن با رفتار ناسازگار، چگونگی پاسخگویی به افکار اتوماتیک به طور مشروح بررسی شد، آرام سازی عضلانی پیش رونده آموزش داده شد. ثبت افکار اتوماتیک برای انجام تکلیف خانگی ارائه شد.

جلسه سوم: تکلیف خانگی به صورت مشارکتی مورد بررسی قرار گرفت، ارتباط افکار اتوماتیک با هیجان و رفتار مورد بررسی و آموزش قرار گرفت، به چالش کشیدن افکار اتوماتیک طبق واقعیت، پاسخ به افکار اتوماتیک به روشی دیگر و تقویت پاسخ (شناختی و رفتاری) به افکار اتوماتیک آموزش داده شد. ثبت موقعیت های داغ و افکار اتوماتیک مربوط به آن به عنوان تکلیف خانگی در نظر گرفته شد. جلسه چهارم: تکلیف خانگی به صورت مشارکتی مورد بررسی قرار گرفت، باورهای میانجی (فرض ها) مربوط به افکار اتوماتیک اعضا شناسایی شد، باورهای میانجی به عنوان ریشه رفتارهای ناسازگار مورد مفهوم سازی قرار گرفت، انفعال و فقدان تسلط یا لذت از طریق مدل شناختی رفتاری مفهوم سازی شد، چارت فعالیت برای سنجش صحت پیش بینی ها طبقه بندی باورهای میانجی مورد استفاده قرار گرفت. تکلیف خانگی جهت شناسایی و ثبت فرض های میانجی در موقعیت های داغ ارائه شد.

جلسه پنجم: تکلیف خانگی به صورت مشارکتی مورد بررسی قرار گرفت، به چالش کشیدن باورهای میانجی و حل مساله آوزش داده شد، فعالسازی رفتاری و برنامه ریزی فعالیت های روزانه مورد بحث و مشارکت قرار گرفت، باورهای میانجی جایگزین تقویت شد و خودپایی چگونگی عمل باورهای میانجی و راه اندازی پاسخ های شناختی، هیجانی و رفتاری آموزش داده شد. تکلیف خانگی برای کاربرد باورهای میانجی در موقعیت های داغ ارائه شد.

جلسه ششم: تکلیف خانگی به صورت مشارکتی مورد بررسی قرار گرفت، ارتباط افکار اتوماتیک به باورهای میانجی و باورهای اصلی مورد بحث قرار گرفت، باورهای هسته ای اعضا شناسایی و ثبت شد، باورهای هسته ای طبقه بندی شد. نمونه رایجی از باورهای هسته ای در اضطراب و افسردگی معرفی شد، به بیماران در مورد کشف باورهای اصلی خود آموزش داده شد. تکلیف خانگی برای خودپایی و شناسایی باورهای اصلی در موقعیت ها داغ و

تکمیل کاربرگ باور هسته ای ارائه شد. جلسه هفتم: تکلیف خانگی به صورت مشارکتی مورد بررسی قرار گرفت، نظارت بر عملکرد باورهای اصلی، اصلاح باورهای هسته ای منفی، ایجاد یک باور هسته ای جدید، تقویت یک باور هسته ای جدید آموزش داده شد. تکلیف خانگی برای خودپایی و شناسایی باورهای اصلی در موقعیت ها داغ و تکمیل کاربرگ باور هسته ای ارائه شد. جلسه هشتم: تکلیف خانگی به صورت مشارکتی مورد بررسی قرار گرفت، شیوه حل مساله و ابراز وجود آموزش داده شد. شیوه حل مساله به عنوان روشی جهت مقابله با نگرانی مورد بحث و مشارکت قرار گرفت، سه سبک رفتاری منفعلانه، جرات ورزانه و پرخاشگرانه در موقعیت های ارتباطی برای تقویت ابراز وجود و مدیریت زمان و برنامه ریزی انجام فعالیت ها آموزش داده شد. تکلیف خانگی جهت کاربرد حل مساله و بارارزایی موقعیت های داغ پیشین ارائه شد.

جلسه نهم: تکلیف خانگی به صورت مشارکتی مورد بررسی قرار گرفت، در مورد انفعال و ایجاد ارتباط ملموس آن با افکار اتوماتیک، باورهای میانجی و اصلی مفهوم سازی مجدد انجام شد، جهت ارزیابی کارکرد باورهای جایگزین پرسشگری و بحث جمعی انجام شد، خلق و هیجانات درجه بندی شد و درجات آن با شیوه های مقابله ای پیشین مقایسه شد. ورود به موقعیت های داغ با پیش بینی از پیش همراه باورهای سازگارانه به عنوان تکلیف خانگی ارائه شد.

جلسه دهم: تکلیف خانگی به صورت مشارکتی مورد بررسی قرار گرفت، ارتباط شناخت، هیجان و رفتار مجدداً مرور شد، حل مساله و بازتمرکز بر موقعیت آموزش داده شد، پاسخ مقابله ای سازگارانه به افکار اتوماتیک و پایبندی به برنامه ریزی آموزش داده شد، برخورد با چالش های عود و بازگشت آموزش داده شد، در آخر در مورد کل جلسات و تمرینات به پرسش ها و ابهامات پاسخ داده شد.

برای جمع اوری داده ها، بعد از پذیرش پروپوزال پژوهشی در دانشگاه محقق اردبیلی کد اخلاق از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل دریافت شد. سپس برای همکاری مسئولین مراکز مشاوره، افراد طی یک فراخوان مجازی و تلفنی از تعدادی مراکز مشاوره منطقه ۵ و ۷ اصفهان به دلیل تسهیل در پژوهش و همکاری مسئولین مراکز مشاوره در سال ۱۳۹۹

داده های حاصل از پژوهش در ۲ بخش توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده ها از شاخص-های آماری توصیفی مثل میانگین، انحراف معیار و برای آزمون فرض های آماری داده ها از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر (analysis of variance with repeated measures) و آزمون تعقیبی بنفرونی (bonferroni post hoc Test) و آزمون های پیش فرض از آزمون کلموگروف-اسمیرنف (kolmogorov-smirnov test)، آزمون لوین (levene's test) و آزمون کرویت ماخلی (mauchly's sphericity test) استفاده شد. داده ها در نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۱ تحلیل شد.

### یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد سن نمونه ها در گروه «درمان شناختی رفتاری» به ترتیب ۳۱/۸۷ و ۸/۶۵ و در گروه کنترل ۳۱/۴۳ و ۷/۹۳ بود. در گروه «درمان شناختی رفتاری» ۵ تن ۱۹ تا ۲۷ سال (۳۱/۲۵ درصد)، ۹ تن ۲۷ تا ۴۵ (۵۶/۲۵ درصد) و ۲ تن بیشتر از ۴۵ سال (۱۲/۵ درصد) داشتند. در گروه ۳ تن ۱۹ تا ۲۷ سال (۱۸/۷۵ درصد)، ۱۱ تن ۲۷ تا ۴۵ (۶۸/۷۵ درصد) و ۲ تن بیشتر از ۴۵ سال (۱۲/۵ درصد) داشتند. نمونه ۲ گروه در دامنه سنی ۱۹ تا ۵۳ بودند. در گروه «درمان شناختی رفتاری» ۵ تن زیردیلیم (۳۱/۲۵ درصد)، ۵ تن دیپلم (۳۱/۲۵ درصد) و ۶ تن (۳۷/۵ درصد) کارشناسی بودند. در گروه کنترل ۴ تن زیردیلیم (۲۵ درصد)، ۷ تن (۴۳/۷۵ درصد) و ۵ تن (۳۱/۳ درصد) کارشناسی بودند. شرایط اقتصادی نمونه های گروه «درمان شناختی رفتاری» ۱۶ درصد کمتر از متوسط، ۶۸ درصد متوسط و ۱۶ درصد بالای متوسط بود. همچنین، شرایط اقتصادی گروه کنترل ۱۸ درصد کمتر از متوسط، ۷۲ درصد متوسط و ۱۰ درصد بالای متوسط بود. تاهل نمونه ها در گروه «درمان شناختی رفتاری» و گروه کنترل به ترتیب ۱۰ تن (۶۱ درصد) و ۹ تن (۵۹ درصد) بود. جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی در مراحل مختلف را به تفکیک گروه ها در ۳ مرحله پیش-آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد.

برای همکاری در مطالعه دعوت شدند. به این صورت که پس از تماس با بیماران مراجعه کننده با علائم اضطراب و افسردگی به مراکز مشاوره، از ایشان برای شرکت در یک مصاحبه بالینی ساختاریافته دعوت شدند.

طی این مصاحبه بالینی افراد واجد شرایط انتخاب و رضایت کتبی از آن ها اخذ شد. مصاحبه بالینی ساختاریافته طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی جهت تشخیص همبودی افسردگی و اضطراب در سطح نشانگان و افتراق آن از تشخیص های جداگانه اضطراب و افسردگی به تنهایی بود. همچنین، «سیاهه اضطراب بک» و «سیاهه افسردگی- نسخه ۲» همزمان با مصاحبه بالینی تکمیل شد.

نمونه گیری به صورت در دسترس انجام شد و ۴۶ زن واجد شرایط انتخاب شدند و بطور تصادفی از نوع قرعه کشی در ۲ گروه «درمان شناختی رفتاری» ۲۳ تن، و کنترل: ۲۳ تن گمارده شدند. در طی اجرای جلسات درمانی در مرکز جان و تن اصفهان توسط نویسنده اول مقاله حاضر با توجه افت چندین نمونه، در نهایت در هر گروه ۱۶ تن باقی ماندند. گروه مداخله طی ۱۰ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه مورد مداخله قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. ۲ گروه با هم دیگر مواجهه ای نداشتند و در نوبت های مختلف مورد ارزیابی قرار گرفتند. مدت جمع آوری داده ها ۱۲ هفته به طول انجامید. ۹۰ روز بعد از اتمام جلسات (برای ارزیابی پایداری اثربخشی در طولانی مدت)، ابزارها در یک جلسه پیگیری اجرا و تکمیل شدند. لازم به ذکر است برای حفظ اخلاق پژوهش، افراد خارج شده از پژوهش به دلایل حاد شدن علائم اضطراب و افسردگی بعد از شرکت در پژوهش، ناهماهنگی با گروه درمانی یا غیبت های مکرر جهت دریافت روان درمانی انفرادی یا دارو درمانی به سایر درمانگران مرکز مشاوره ارجاع شدند. (با اولین مراجعه به مرکز برای شرکت در پژوهش معرفی شده بودند) همچنین، بعد از اتمام پژوهش برای اعضای گروه کنترل ۴ جلسه «درمان شناختی رفتاری» اجرا شد. مداخله برای گروه کنترل در مرکز جان و تن اصفهان به مدت ۴ جلسه ۲ ساعته طول کشید.

جدول ۱: آماره های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

| متغیر                    | گروه                  | پیش آزمون |              | پس آزمون |              | پیگیری |
|--------------------------|-----------------------|-----------|--------------|----------|--------------|--------|
|                          |                       | میانگین   | انحراف معیار | میانگین  | انحراف معیار |        |
| عدم تحمل بالاتکلیفی      | «درمان شناختی رفتاری» | ۸۳/۹۳     | ۱۱/۴۲        | ۶۹/۱۸    | ۱۰/۲۳        | ۱۳/۲۵  |
|                          | کنترل                 | ۸۴/۲۵     | ۱۶/۴۴        | ۸۲/۷۸    | ۱۳/۲۷        | ۱۱/۴۲  |
| دشواری ها در تنظیم هیجان | «درمان شناختی رفتاری» | ۱۰۹/۸۷    | ۱۴/۱۱        | ۱۰۱/۲۵   | ۹/۲۴         | ۶/۷۸   |
|                          | کنترل                 | ۱۰۹/۴۳    | ۱۹/۵۵        | ۱۱۶/۳۱   | ۱۶/۰۸        | ۱۱۵/۱۸ |
| آمیختگی فکر              | «درمان شناختی رفتاری» | ۴۰/۶۳     | ۱۲/۸۳        | ۳۰/۰۶    | ۹/۱۹         | ۱۰/۴۸  |
|                          | کنترل                 | ۳۹/۲۵     | ۱۵/۷۷        | ۴۱/۱۲    | ۱۳/۰۴        | ۱۲/۸۳  |

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود، میانگین و انحراف استاندارد گروه های مداخله در مرحله پس آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه ای داشته است که در قسمت مربوط به یافته های استنباطی معنادار بودن این تفاوت ها مورد بررسی و آزمون قرار گرفته است.

مقدار کولموگروف-اسمیرنف برای متغیرها معنادار نبود. بنابراین، توزیع داده ها در گروه نمونه مطابق توزیع در جامعه مفروض نرمال بودند. آزمون لوین جهت برقراری

پیش فرض همگنی واریانس ها نیز با مقداری بیشتر از ۰/۰۵ به دست برقرار است. همچنین، نتایج آزمون ماحلی نشان می دهد پیش فرض کرویت در متغیر عدم تحمل بالاتکلیفی و دشواری ها در تنظیم هیجان و آمیختگی فکر برقرار است. بنابراین، کوواریانس های چند سری مشاهدات یکسان بودند.

جدول ۲ نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر در تبیین اثرات درون گروهی، بین گروهی و تعاملی متغیرهای مطالعه را نشان می دهد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه گیری مکرر در تبیین اثرات درون گروهی، بین گروهی و تعاملی

| متغیر                    | منبع       | مجموع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | F    | مقدار احتمال | اندازه اثر | توان آماری |
|--------------------------|------------|---------------|------------|-----------------|------|--------------|------------|------------|
| عدم تحمل بالاتکلیفی      | گروه       | ۱۶۷۵/۰۱۰      | ۱          | ۱۶۷۵/۰۱۰        | ۷/۱۴ | ۰/۰۱۲        | ۰/۱۹۲      | ۰/۷۳۴      |
|                          | زمان       | ۱۰۹۸/۵۸۳      | ۲          | ۵۴۹/۲۹۲         | ۴/۲۳ | ۰/۰۱۹        | ۰/۱۲۴      | ۰/۷۲۱      |
|                          | اثر تعاملی | ۸۰۳/۵۸۳       | ۲          | ۴۰۱/۷۹۲         | ۳/۰۹ | ۰/۰۵۲        | ۰/۰۹۴      | ۰/۵۷۶      |
| دشواری ها در تنظیم هیجان | گروه       | ۱۴۶۴/۸۴۴      | ۱          | ۱۴۶۴/۸۴۴        | ۵/۹۷ | ۰/۰۲۱        | ۰/۱۶۶      | ۰/۶۵۷      |
|                          | زمان       | ۶۴/۳۳۳        | ۲          | ۳۲/۱۶۷          | ۰/۱۷ | ۰/۸۴۵        | ۰/۰۰۶      | ۰/۰۷۵      |
|                          | اثر تعاملی | ۹۳۷/۰۰۰       | ۲          | ۴۸۶/۰۰۰         | ۲/۵۶ | ۰/۰۸۶        | ۰/۰۷۹      | ۰/۴۹۳      |
| آمیختگی فکر              | گروه       | ۷۵۶/۰۱۰       | ۱          | ۷۵۶/۰۱۰         | ۴/۴۵ | ۰/۰۴۳        | ۰/۱۲۹      | ۰/۵۳۳      |
|                          | زمان       | ۳۱۴/۳۹۶       | ۲          | ۱۵۷/۱۹۸         | ۱/۰۵ | ۰/۳۵۷        | ۰/۰۳۴      | ۰/۲۲۵      |
|                          | اثر تعاملی | ۶۴۹/۶۴۶       | ۲          | ۳۲۴/۸۲۳         | ۲/۶۸ | ۰/۱۲۳        | ۰/۰۶۷      | ۰/۴۲۷      |

نتایج جدول ۲ نشان می دهد اثر زمان در متغیر عدم تحمل بالاتکلیفی با میزان F مشاهده شده ۴/۲۳، اثر گروه با میزان F مشاهده شده ۷/۱۴ معنادار است اما تعامل اثر زمان و گروه با میزان F مشاهده شده ۳/۰۹ معنادار نیست. برای متغیر دشواری ها در تنظیم هیجان، اثر زمان با میزان F مشاهده شده ۰/۸۴۵، اثر تعامل زمان و گروه با F=۲/۵۶ معنادار نیست. اثر گروه در این متغیر با F مشاهده شده

۵/۹۷ معنادار است. همچنین، اثر زمان در متغیر آمیختگی فکر با میزان F مشاهده شده ۱/۰۵ و اثر تعامل زمان و گروه برابر با ۲/۶۸ معنادار نیست. اثر گروه با F برابر با ۴/۴۵ معنادار است ( $P < 0.05$ ). نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت تعیین تفاوت معنادار میانگین های ناشی از مقایسه زوجی اثر زمان ها و گروه های در متغیرهای مطالعه در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی اثر زمان ها و گروه ها

| متغیر                    | تفاوت گروه ها         | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | مقدار احتمال |
|--------------------------|-----------------------|---------------|----------------|--------------|
| عدم تحمل بالاتکلیفی      | «درمان شناختی رفتاری» | ۸/۳۵۴-        | ۳/۱۲۷          | ۰/۰۱۲        |
| دشواری ها در تنظیم هیجان | «درمان شناختی رفتاری» | ۷/۸۱۳-        | ۳/۱۹۷          | ۰/۰۲۱        |
| آمیختگی فکر              | «درمان شناختی رفتاری» | ۵/۶۴۶-        | ۲/۶۷۵          | ۰/۰۴۳        |
| متغیر                    | تفاوت زمان ها         | تفاوت میانگین | خطای استاندارد | مقدار احتمال |
| عدم تحمل بالاتکلیفی      | پیش آزمون             | ۱۴/۷۵۰        | ۴/۰۸           | ۰/۰۰۳        |
|                          | پیگیری                | ۱۱/۰۶۳        | ۴/۳۸           | ۰/۰۲۳        |
|                          | پس آزمون              | ۳/۶۸۲-        | ۱/۶۰           | ۰/۰۳۷        |

همانطور که مقادیر جدول ۳ نشان می دهد، نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی حاکی از تفاوت معنادار «درمان شناختی رفتاری» و گروه کنترل در هر سه متغیر مورد مطالعه است. تفاوت گروه ها در متغیر عدم تحمل بالاتکلیفی، دشواری ها در تنظیم هیجان و آمیختگی فکر به ترتیب ۸/۳۵، ۷/۸۱ و ۵/۶۴ بود. همچنین، مقایسه تفاوت میانگین های ۲ به ۲ در سطوح مختلف اثر زمان متغیر عدم تحمل بالاتکلیفی در گروه مداخله بین سطح پیش آزمون و پس آزمون با اختلاف ۱۴/۷۵ معنادار است. با گذشت ۳ ماه از مرحله پس آزمون در این گروه، اختلاف میانگین پیش آزمون و پیگیری به ۱۱/۰۶ کاهش یافته است. با وجود این کاهش معنادار، اثر معنادار مداخله تا مرحله پیگیری پایدار بود. در متغیر دشواری ها در تنظیم هیجان مقایسه تفاوت میانگین های ۲ به ۲ در سطوح مختلف اثر زمان در گروه مداخله، بین سطح پیش آزمون و پس آزمون با اختلاف ۸/۶۲ معنادار نیست. همچنین، مقایسه تفاوت میانگین های ۲ به ۲ در سطوح مختلف اثر زمان متغیر آمیختگی فکر در گروه مداخله بین سطح پیش آزمون و پس آزمون با اختلاف ۱۰/۵۶ معنادار است. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود، اثر مداخله «درمان شناختی رفتاری» فقط در متغیر عدم تحمل بالاتکلیفی تا مرحله پیگیری ماندگار بود ( $P < 0.05$ ).

## بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» بر دشواری ها در تنظیم هیجان، عدم تحمل بالاتکلیفی و آمیختگی فکر در مبتلایان به افسردگی و اضطراب همبود انجام شد.

یافته ها در رابطه با اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» بر دشواری ها در تنظیم هیجان نشان می دهد که این مداخله به طور معناداری بر دشواری ها در تنظیم هیجان

افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود اثربخش است. در نتیجه، افراد توانسته اند با ایجاد تغییرات شناختی-رفتاری از راهبردهای مطلوب برای تنظیم هیجانات استفاده کنند. اما این اثربخشی محدود به مرحله پس آزمون بود و مداخله اثربخشی خود را در طی ۳ ماه مرحله پیگیری از دست داده بود. مطالعات عظیمی و همکاران (۵۱) با افراد مبتلا به افسردگی همبود با بی خوابی، رحمی و همکاران (۵۲) با زنان مبتلا به اختلال خوردن، تقوی نژاد و همکاران (۵۳) با افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی، نشاط دوست و همکاران (۵۴) با زنانی که اقدام به خودکشی داشته اند، Suveg و همکاران (۵۵) با نوجوانان مضطرب، قربانی و همکاران (۵۶) با دانش آموزان دختر و پروانه و همکاران (۵۷) با دختران دبیرستانی، اثربخشی «درمان شناختی-رفتاری» را بر متغیر تنظیم هیجان در اختلالات خلقی و هیجانی در مرحله پس آزمون را تایید کرده اند. مطالعه ای که اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» را بر روی نمونه هایی مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود با مرحله پیگیری بررسی کند، وجود نداشت. در تبیین اثربخشی معنادار «درمان شناختی-رفتاری» بر بهبود دشواری های تنظیم هیجان می توان گفت با توجه به سازوکارهای شناختی و رفتاری این مداخله که مبتنی بر اصلاح باورهای ناکارآمد به عنوان عامل اصلی تجارب هیجانی ناخوشایند و شدید است، فرض ها و قواعد شناختی افراد واقع بینانه تر می شود. خطاهای شناختی متعددی وجود دارد که مشکلات هیجانی و خلقی مختلفی را موجب می شود از جمله: ذهن خوانی، تعمیم بیش از حد، استفاده از منطق شخصی، انتزاع انتخابی و فاجعه سازی (۵۸). باورهای ناکارآمد نقش اصلی را در بروز و تشدید اختلالات هیجانی و رفتاری و تضعیف سلامت روان ایفا می کنند. همبستگی منفی ای بین مهارتهای تنظیم هیجانی و باورهای ناکارآمد وجود دارد. نیرومندی و مقاومت

این باورها باعث افت مهارت های لازم هیجانی می شود و دشواری هایی را برای تنظیم و مدیریت هیجانات ایجاد می کند (۵۹). بنابراین، می توان انتظار داشت که کنترل و تعدیل این تحریف های شناختی توسط مداخلات شناختی رفتاری، تأثیر قابل توجهی بر کاهش و درمان مشکلات تنظیم هیجانی داشته باشد. در تبیین افزایش نمره دشواری ها در تنظیم هیجان در مرحله پیگیری، با توجه به ماهیت متغیر دشواری ها در تنظیم هیجان و زیرمقیاس های آن، انجام «درمان شناختی رفتاری» بدون پرداختن ویژه به نقش و پردازش احساسات و هیجانات، درمان را کامل نمی کند. افرادی که در تنظیم هیجانات خود دشواری دارند در درک، پذیرش و تاب آوری هیجانات ناخوشایند دچار مشکل می شوند و راهبردهای بسیار محدود و ناسازگارانه ای به کار می برند (۶۰). تغییر راهبردهای تنظیم هیجان مشکل ساز نیاز به بینش عمیق دارد و بینش معمولاً ناشی از تجارب اصلاحی همراه پردازش هیجان رخ می دهد. (۶۱). بنابراین، جهت پایداری طولانی مدت اثربخشی درمان شناختی رفتاری، تلفیق این مداخله با درمان هایی با محوریت هیجان و اصلاح تجارب هیجانی می تواند کارساز باشد. یافته مطالعه حاضر در رابطه با اثر «درمان شناختی رفتاری» بر عدم تحمل بلاتکلیفی نشان می دهد که «درمان شناختی رفتاری» در مقایسه با گروه کنترل، بر عدم تحمل بلاتکلیفی افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود اثربخش است. به عبارتی، این مداخله توانسته در مرحله پس آزمون به طور معناداری نمره عدم تحمل بلاتکلیفی نمونه ها را کاهش دهد. همچنین، در مرحله پیگیری، نتایج نشان داد اثر بخشی این مداخله پایدار مانده است. مطالعه ای که اثربخشی این مداخله را بر روی عدم تحمل بلاتکلیفی بیماران مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود بررسی کند، یافت نشد. بنابراین، به یافته های مشابه همسو و ناهمسو اشاره می شود. این یافته با نتایج مطالعات شادانی و همکاران (۶۲) با زنان متقاضی طلاق، مهدی و همکاران (۶۳) با دانش آموزان دختر مبتلا به اضطراب فراگیر، بهشتیان و همکاران (۶۴) دانشجویان مبتلا به اضطراب فراگیر، زمستانی و همکاران (۶۵) دانشجویان مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود، McEvoy & Mahoney (۶۶) با افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی و لشگری و همکاران (۶۷) با زنان مبتلا به اضطراب کرونا همسو هستند. فقط یک مورد از مطالعات مذکور افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود را

مورد بررسی قرار داده بودند. در مرحله پیگیری مطالعه Hui & Zhihui (۶۸) مبنی اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» بر عدم تحمل بلاتکلیفی سالمندان چینی با پیگیری ۶ ماهه با این یافته مطالعه حاضر همسو است. مطالعات با مرحله پیگیری معمولاً کمتر از ۲ ماه پیگیری داشتند. مطالعه ناهمسو با این یافته موجود نبود. در تبیین اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» می توان گفت بیمارانی که از عدم تحمل بلاتکلیفی بالایی برخوردارند، بر این باورند که فاقد مهارت های حل مسأله مؤثر در موقعیت های مبهم هستند؛ در نتیجه رویدادهای آینده را منفی و با تهدید بیشتری تفسیر می کنند. فاجعه سازی و هیجان زدگی ناشی از بیش برآورد خطر اجازه ارزیابی صحیح و واقع بینانه شرایط پیش رو را به بیمار نمی دهد. از طرفی، سوگیری نسبت به توانمندی خود احساس درماندگی و ناتوانی را تشدید می کند. طرز تلقی تهدید آمیز از رویدادهای احتمالی آینده، اجتناب تجربه ای فرد را فعال می کند که در طولانی مدت منجر به اضطراب شدید می شود (۶۹). مواجهه واقع بینانه و چالش با افکار و تصویرسازی تهدیدآمیز و فاجعه انگارانه اجتناب و گریز را به عنوان کلید اصلی چرخه اضطراب خنثی می کند. اجتناب شناختی منشاء بسیاری از اختلالات اضطرابی و به خصوص اختلال اضطراب فراگیر است، مواجهه سازی به عنوان یکی از اصلی ترین روش در «درمان شناختی رفتاری» به شمار می آید (۷۰).

بعلاوه، یافته های مطالعه حاضر نشان داد که «درمان شناختی رفتاری» به طور معناداری بر آمیختگی فکر افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود اثربخش بود. با این حال، این اثربخشی معنادار تا مرحله پیگیری پایدار نبود. به عبارتی، بهبودی آمیختگی فکری بیماران در طی ۳ ماه مرحله پیگیری بازگشت معناداری داشت. بنابراین، می توان گفت اثربخشی موقتی این مداخله در آمیختگی فکری مبتلایان به افسردگی و اضطراب همبود مصداق کارایی ناکافی و مورد ابهام است. مطالعه همسویی در این زمینه در داخل و خارج یافت نشد. در رابطه با این ناهمسویی می توان گفت؛ بیشتر مطالعات در زمینه اثربخشی این مداخله بر آمیختگی فکری به ارزیابی تا مرحله پس آزمون یا در نهایت پیگیری ۱ ماهه پرداخته اند. همچنین، هیچکدام از مطالعات مشابه نمونه های مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود را مورد مطالعه قرار ندادند. در تبیین پایدار نبودن اثربخشی این مداخله تا مرحله پیگیری می توان گفت،



مکمل مانند دیدگاه فراشناختی، هیجان محور و ذهن آگاهی را به این مداخله اضافه کرد.

### نتیجه گیری

«درمان شناختی رفتاری» در مقایسه با گروه کنترل سبب بهبود معنادار عدم تحمل بلا تکلیفی و دشواری ها در تنظیم هیجان و آمیختگی فکر در مرحله پس آزمون شد. اما اثربخشی «درمان شناختی رفتاری» فقط بر روی متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی تا مرحله پیگیری پایدار بود. پیشنهاد می شود درمانگران از «درمان شناختی رفتاری» در کنار مداخلات مکمل برای در افراد مبتلا به افسردگی و اضطراب همبود استفاده نمایند. مهمترین محدودیت های مطالعه حاضر این بود که نمونه ها تک جنسیتی و بانوان بودند و به تکمیل مقیاس های خودگزارشی اکتفا شد لذا در تعمیم نتایج جانب احتیاط را باید رعایت کرد.

### سیاسگزاری

این مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری علی ندائی با راهنمایی آقای دکتر حسین قمری گیوی و آقای دکتر علی شیخ الاسلامی می باشد. این مقاله دارای کد اخلاق IR.ARUMS.REC.1399.416 از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل و با کد ۱۱۸۶۱۷۶۲ در وبسایت ایرانداک (<https://irandoc.ac.ir/>) در تاریخ ۹۸/۲/۲۸ ثبت شده است. از همه همکاران و مسئولین مراکز مشاوره که در اجرای این پژوهش یاری کردند، به ویژه افرادی که به عنوان نمونه در تمامی مراحل پژوهش شرکت نمودند، سپاسگزاری می شود.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچ گونه تعارض منافی را ذکر نکرده اند.

با توجه به ماهیت آمیختگی و همجوشی فکر به عنوان شکل شدید افکار خودآیند منفی، «درمان شناختی رفتاری» با آموزه ها و روش های خود می تواند اطمینان طلبی و در نتیجه درگیری بیمار را به عنوان «تله درست و غلط بودن» فکر، پیش فرض یا باور تشدید کند. هر چند در ابتدا بیمار قانع می شود که افکار منفی برخاسته از باورها و پیش فرض های زیربنائی هستند و به وقوع نمی پیوندند. احتمالاً همجوشی و آمیختگی فکری به دلیل ماهیت شدید آن، بیشتر نیاز به تغییر باورهای فراشناختی و مداخلات مبتنی بر مشاهده و پذیرش دارند تا فرایند گسلش (diffusion) با اطمینان بیشتری رخ دهد. «درمان شناختی رفتاری» بیشتر محتوا محور و چالشی است و درمان های فراشناختی برای بهبود آمیختگی فکر جایگزین مطلوبی است (۷۱). برای مثال این باور که حضور یک فکر مزاحم نشانه صحت و واقعیت و عملی شدن محتوای آن است فرد به سرعت تلاش می کند با انواع راهبردهای شناختی حضور آن فکر را کاهش دهد یا حذف کند که این اقدام ممکن است آمیختگی شناختی را تشدید کند (۷۲). از دیدگاه شناختی رفتاری، وجود افکار و شناخت های منفی مشکل زا هستند و مداخله طبق این دیدگاه می تواند در طولانی مدت منجر به مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده شود. از طرفی وجود باورهای منفی مشخصاً نمی تواند درباره الگوی تفکر و پاسخ های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. آنچه در اینجا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می کنند و وضعیت ذهن را تغییر می دهند (۷۳). اکثر مطالعات مورد مقایسه، نمونه های مضطرب و افسرده را به تنهایی مورد مداخله قرار داده بودند. با توجه به ماهیت ویژه همبودی اضطراب و افسردگی، برگشت نمره آمیختگی فکر و دشواری ها در تنظیم هیجان نشان می دهد پایداری بهبودی مداخله «درمان شناختی رفتاری» تا حدودی به چالش کشیده شد. بنابراین، می توان بازوهای درمانی

### References

1. Das-Munshi J, Goldberg D, Bebbington PE, Bhugra DK, Brugha TS, Dewey ME, Jenkins R, Stewart R, Prince M. Public health significance of mixed anxiety and depression: Beyond current classification. The British Journal of Psychiatry. 2008;192(3):171-177. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.036707>
2. Kladniński N, Black M, Haffar S, Joubert A, Newby JM. Mediators of symptom improvement

- in trans diagnostic internet Cognitive Behavioral Therapy for mixed anxiety and depression. Clinical Psychologist. 2022; 26(2):167-180. <https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2057217>
3. Kring AM, Sloan DM, editors. Emotion Regulation and Psychopathology: A transdiagnostic Approach to Etiology and Treatment. Guilford Press; 2009. 4. <https://www.guilford.com/books/Emotion-Regulation-and-Psychopathology>

4. Mennin DS, Fresco DM. Emotion Regulation Therapy. Handbook of Emotion Regulation. 2014; 2:469-90. <https://www.guilford.com/excerpts/gross.pdf?t>
5. Joormann J, Gotlib IH. Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*. 2010; 24(2):281-298. <https://doi.org/10.1080/02699930903407948>
6. Cisler JM, Olatunji BO. Emotion regulation and anxiety disorders. *Current Psychiatry Reports*. 2012;14(3):182-187. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0262-2>
7. Bardeen JR, Kumpula MJ, Orcutt HK. Emotion regulation difficulties as a prospective predictor of posttraumatic stress symptoms following a mass shooting. *Journal of Anxiety Disorders*. 2013; 27(2):188-196. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.01.003>
8. Akbari M, Mohammadkhani Sh, Zarghami F. [The mediating role of cognitive fusion in explaining the relationship between emotional dysregulation and anxiety and depression: A transdiagnostic factor]. *Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015; 2(1):17-29. <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-2569-fa.html>
9. Cookson C, Luzon O, Newland J, Kingston J. Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2020;93(3):456-473. <https://doi.org/10.1111/papt.12233>
10. Malehmir B, Safarpour F, Baharvand M, Gohari F. Comparison of emotional intelligence, alexithymia, thought action fusion among Patients with Generalized Anxiety Disorder and Normal Individuals. *Preventive Counseling*. 2024; 1;5(1):28-44.
11. Wells A. Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression. Guilford Press; 2011; Mar 14. <https://books.google.com/books?hl>
12. Boelen PA, Reijntjes A, Carleton RN. Intolerance of uncertainty and adult separation anxiety. *CognitiveBehaviorTherapy*. 2014;43(2):133-144. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.888755>
13. MarshHJ, RockAJ, ClarkGI. Adult attachment and OCD symptoms: the mediating role of intolerance of uncertainty and beliefs about losing control. *Clinical Psychologist*. 2024; 28(2):155-68. <https://doi.org/10.1080/13284207.2024.2336962>
14. Buhr K, Dugas MJ. Fear of emotions, experiential avoidance, and intolerance of uncertainty in worry and generalized anxiety disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2012; 5(1):1-7. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.1.1>
15. Gullo S, Gelo OCG, Bassi G, Lo Coco G, Lagetto G, Esposito G, Pazzagli C, Salcuni S, Freda MF, Mazzeschi C, Giordano C, Di Blasi M. The role of emotion regulation and intolerance to uncertainty on the relationship between fear of COVID-19 and distress. *Current Psychology*. 2022, 25, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-03071-5>
16. Vergallito A, Gallucci A, Pisoni A, Punzi M, Caselli G, Ruggiero GM, Sassaroli S, Lauro LJ. Effectiveness of noninvasive brain stimulation in the treatment of anxiety disorders: A meta-analysis of sham or behavior-controlled studies. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*. 2021; 46(6): E592-E614. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8580831/> <https://doi.org/10.1503/jpn.210050>
17. Andrade AL, Di Girolamo Martins G, Scatena A, Lopes FM, de Oliveira WA, Kim HS, De Micheli D. The effect of psychosocial interventions for reducing co-occurring symptoms of depression and anxiety in individuals with problematic internet use: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Mental Health and Addiction*. 2022; 3:1-22. <https://link.springer.com/article/10.1007/s11469-022-00846-6>
18. Tabibzadeh F, Sepehrian Azar F. [The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on resilience and mental rumination in patients with multiple sclerosis]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2017; 7:45. [https://jdisabilstud.org/browse.php?a\\_id=674&slc\\_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1](https://jdisabilstud.org/browse.php?a_id=674&slc_lang=en&sid=1&printcase=1&hbnr=1&hmb=1)
19. Hofmann SG, Asnaani A, Vonk IJ, Sawyer AT, Fang A. The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*. 2012;36:427-440. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23459093/> <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
20. Oei TP, Dingle G. The effectiveness of group cognitive behavior therapy for unipolar depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2008; 107(1-3):5-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.07.018>
21. Naderi Y, Moradi A, Hasani J, Nouhi S. [Effectiveness of treatment based on emotional schemas on the cognitive regulation strategies of veterans suffering from post-traumatic stress disorder caused by war]. *Veteran's Medicine Quarterly*. 2014; 7(3):147-155. <https://www.sid.ir/paper/152297/fa>
22. Taylor S, Abramowitz JS, McKay D. Non-adherence and non-response in the treatment of anxiety disorders. *Journal of*

- Anxiety Disorders. 2012; 26(5):583-589. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.02.010>
23. Hamilton KE, Wershler JL, Macrodimitris SD, Backs-Dermott BJ, Ching LE, Mothersill KJ. Exploring the effectiveness of a mixed-diagnosis group Cognitive Behavioral Therapy intervention across diverse populations. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2012; 19(3):472-482. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.12.002>
24. Soleimani S, Amirfakhrai A, Karamati K, Samavi A. [Comparing the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Integrated Transdiagnostic Therapy on emotional expressiveness and fear of intimacy in children of divorce]. *Journal of Health Promotion Management*. 2019; 9(6): 95-83. <https://jhpm.ir/article-1-1183-fa.pdf>
25. 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(1):41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
26. Dan-Glauser ES, Scherer KR. The difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS). *Swiss Journal of Psychology*. 2013; 72(1):5-11. <https://doi.org/10.1024/1421-0185/a000093>
27. Basharat MA, Bazazian S. [Examining the psychometric properties of the Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian society]. *Journal of the Faculty of Nursing*. 2013; 25(84):61-70. <https://www.sid.ir/paper/496015/fa>
28. Kermani Mamazandi Z, Tale Pasand S. [Psychometric characteristics of difficulties in Emotion Regulation Scale in Semnan University students]. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2018; 11(42):117-142. <http://ensani.ir/file/download/article/1557658142-10100-97-14.pdf>
29. Dugas MJ, Freeston MH, & Ladouceur R. Intolerance of uncertainty and problem orientation in worry. *Cognitive Therapy and Research*. 1997; 21, 593-606. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
30. Buhr K, Dugas MJ. The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behavior Research and Therapy*. 2009; 47(3):215-223. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.12.004>
31. Osmanağaoğlu N, Creswell C, Snuggs S, Stuijzand S, Dodd HF. Evaluating the psychometric properties of the intolerance of uncertainty scale for children in a preadolescent sample. *Journal of Anxiety Disorders*. 2021; 77:102343. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102343>
32. Besharat MA, Mirjalili RS, Bahrami HA. The moderating role of metacognitive beliefs and cognitive emotion regulation failure in the relationship between intolerance of uncertainty and worry in patients with obsessive-compulsive disorder. *New Psychological Research Quarterly*. 2014; 10(37):1-24. <https://www.sid.ir/paper/88451/fa>
33. Almardani SS, Narimani M, Mikaeili N, Basharpour S. The role of uncertainty intolerance and emotion regulation in predicting marital satisfaction of patients with obsessive-compulsive disorder. *Development of Psychology*. 2017; 7(8):159-180. <https://ensani.ir/file/download/article/20170923170402-9999-91.pdf>
34. Wells A, Gwilliam P, Cartwright-Hatton S. *The Thought Fusion Instrument*. Manchester: University of Manchester. 2001. <https://scirp.org/reference/referencespapers.aspx?referenceid=1480992>
35. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the Metacognitive Model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2004;11(2):137-144. <https://doi.org/10.1002/cpp.402>
36. Melchior K, Franken IH, Vuijk R, Peerbooms V, van der Heiden C. The assessment of thought fusion beliefs and beliefs about rituals: Psychometric properties of the Thought Fusion Instrument and Beliefs about Rituals Inventory. *Psychological Test Adaptation and Development*. 2021; 2(1): 50-61. <https://doi.org/10.1027/2698-1866/a000011>
37. Farrokhi H, Sohrabi F. Examining the factor structure, reliability and validity of the Thought Fusion Questionnaire in students. *Journal of Clinical Personality Psychology*. 2018; 17(1): 249-255.
38. Khorramdel K, Rabiei M, Molvi H, Neshat Doost HT. [Psychometric characteristics of the test on the fusion of thoughts in students]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2010; 16(1):78-74. [https://ijpcp.iuims.ac.ir/browse.php?a\\_id=921&sid=1&slc\\_lang=fa](https://ijpcp.iuims.ac.ir/browse.php?a_id=921&sid=1&slc_lang=fa)
39. Beck AT, Steer RA, Brown G. *Beck Depression Inventory-II*. Psychological Assessment. 1996; 588-597. [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703\\_13](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13)
40. Aben I, Verhey F, Lousberg R, Lodder J, Honig A. Validity of the Beck Depression Inventory,

- Hospital Anxiety and Depression Scale, SCL-90, and Hamilton Depression Rating Scale as screening instruments for depression in stroke patients. *Psychosomatics*. 2002;43(5):386-393. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.5.386>
41. Kühner CB, Bürger C, Keller F, Hautzinger M. Reliabilität und validität des revidierten Beck-Depressions inventars (BDI-II). *Der Nervenarzt*. 2007; 78(6):651-656. <https://doi.org/10.1007/s00115-006-2098-7>
42. Taheri Tanjani P, Garmarodi GH, Azadbakht M, Fekrizadeh Z, Hamidi R, Fathizadeh S, Qaisundi A. Checking the validity and reliability of the second version of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in Iranian elderly. *Sabzevar Journal of Medical Sciences*. 22(1): 198-189. [https://jsums.medsab.ac.ir/article\\_550\\_c326338d69b115a13f8996b01613b38f.pdf](https://jsums.medsab.ac.ir/article_550_c326338d69b115a13f8996b01613b38f.pdf)
43. Dobson KS, Mohammadkhani P. [Psychometric coordinates of Beck-2 Depression Questionnaire in a large sample of patients with depressive disorders]. *Journal of Rehabilitation*. 2006; 8(29):86-80. <https://www.sid.ir/paper/404787/fa>
44. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1988; 56(6):893- 897. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
45. Quintão S, Delgado AR, Prieto G. Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale Model. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2013; 26:305-310. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200010>
46. Fydrich T, Dowdall D, Chambless DL. Reliability and validity of the Beck Anxiety Inventory. *Journal of Anxiety Disorders*. 1992;6(1):55-61. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(92\)90026-4](https://doi.org/10.1016/0887-6185(92)90026-4)
47. Rafei M, Seyfi A. Investigating the reliability and validity of Beck's Anxiety Scale in students. *Thought and Behavior Quarterly in Clinical Psychology*. 2013; 7(27):37-47. [https://jtbcp.riau.ac.ir/article\\_13.html](https://jtbcp.riau.ac.ir/article_13.html)
48. Kaviani H, Mousavi A. Psychometric characteristics of Beck's Anxiety Questionnaire in age and sex classes of the Iranian population. *Journal of the Faculty of Medicine*. 2009; 66(2): 126-140. <https://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-fa.pdf>
49. Beck JS, Beck AT. *Cognitive Behavior Therapy*. New York: Basics and Beyond. Guilford Publication. 2011 Dec 17. <https://www.abebooks.com>
50. Khayatan Sh, Aghaei A, Abedi MR, Golparori M. [Comparison of combined treatment package of Compassion-Focused Therapy and Acceptance and Commitment-Based Therapy or Cognitive Behavioral Therapy on depression and glycosylated hemoglobin in women with type 2 diabetes]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10(6):127-140. <https://jhpm.ir/article-1-1166-fa.html>
51. Azimi M, Moradi A, Hasni J. [The effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy (face-to-face and online implementation) on emotional regulation strategies of people with comorbid insomnia and depression]. *Research in Psychological Health*. 2016;11(1):49-61. <https://www.sid.ir/paper/82901/fa> <https://doi.org/10.29252/rph.11.1.49>
52. Rahmati S, Borjali A. [The effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy on body image, attachment style and emotion regulation in women with eating disorders]. *Applied Psychological Researches*. 2021; 12(4): 175-196. <https://dx.doi.org/10.22059/japr.2022.317446.643734>
53. Taghvizadeh M, Akbari B, Hosseinzadeh AA and Moshkbid M. [Comparing the effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment on emotion regulation and extreme responsibility of obsessive-compulsive personality disorder]. *Applied Psychological Research Quarterly*. 2018;10(2):119-136. <https://jdisabilstud.org/article-1-1192-fa.pdf>
54. Neshat Doost HT, Mehrabi HA, Mousavi SG. [The efficacy of Brief Cognitive-Behavioral Therapy in depression, suicidal thoughts and cognitive emotion regulation in women attempting suicide]. *Journal of Psychological Science*. 2021; 20(106): 1767-1786. <https://doi.org/10.52547/JPS.20.106.1767>
55. Suveg C, Sood E, Comer JS, Kendall PC. [Changes in emotion regulation following Cognitive-Behavioral Therapy for anxious youth]. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2009; 38(3):390-401. <https://doi.org/10.1080/15374410902851721>
56. Ghorbani S, Kameneh AS, Motahedy A, Alipour Z. [Comparative effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Dialectical Behavior Therapy on emotion regulation, positive and negative affection, aggressive and self-harm behaviors of 13-16 year old female students]. *International Journal of Multicultural and Multireligious Understanding*. 2020; 7(9):20-32. <https://doi.org/10.18415/ijmmu.v7i9.1883>
57. Parvaneh P, Khaltabari J, Saeedpour F. [Comparison of the effectiveness of Cognitive Behavior Therapy and Dialectical Behavior Therapy on impulsive behaviors, emotion regulation and irrational beliefs of high school female



- students]. *Community Health*. 2021;15(2):69-81. <https://www.sid.ir/paper/414146/fa>.
58. Ghafari Cherati R, Qanadzadegan HA, Fakhri MK. The effectiveness of cognitive behavioral therapy on self-control, difficulty in emotional regulation, resilience and psychological flexibility in clients suffering from obsessive-compulsive disorder. *Journal of Mashhad Faculty of Medicine*. 2022; 65(1): 85-71. <https://www.sid.ir/paper/1121482/fa>
59. Ravneet K. Emotional competence and self-esteem among adolescent students: role of irrational beliefs. *Voice of Research*. 2020; 4(8):1-33. <https://ideas.repec.org/p/vor/issues/2020-33-01.html>
60. Leahy R L. Emotional schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*.
61. Peck S. Corrective emotional experiences: History, functions, and applications Doctoral dissertation, The Chicago School of Professional Psychology. 2022, <https://doi.org/10.1037/13747-001>
62. Shadani B, Gurban-Shirodi Sh. [The effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on intolerance of uncertainty and dysfunctional attitudes of women applying for divorce]. *Journal of Women and Culture*. 2018;11(42):21-32. [https://jwc.ahvaz.iau.ir/article\\_670991.html](https://jwc.ahvaz.iau.ir/article_670991.html)
63. Mehdi MA, Ehtshamzadeh P, Naderi F, Iftikhar Z, Pasha R. [The effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on uncertainty intolerance and anxiety sensitivity of people with generalized anxiety disorder]. *Journal of Thought and Behavior*. 2014;10(38):77-90. [https://jtbcp.riau.ac.ir/article\\_995\\_31f6165977a02f6f3e380d75c4612dc1.pdf?lang=en](https://jtbcp.riau.ac.ir/article_995_31f6165977a02f6f3e380d75c4612dc1.pdf?lang=en)
64. Beheshtian E, Toozandehjani H, Tousi MR. [Comparison of modular Cognitive-Behavioral Therapy and behavioral activation on the intolerance of uncertainty in students with generalized anxiety disorder]. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*. 2020; 10(4):101-109. [https://japr.ut.ac.ir/article\\_78329.html](https://japr.ut.ac.ir/article_78329.html)
65. Zemeštani M, Imani M. [The effectiveness of transdiagnostic treatment on the symptoms of depression, anxiety and emotion regulation]. *Journal of Contemporary Psychology*. 2015; 11(1):21-32. <https://bjcp.ir/article-1-813-fa.pdf>
66. McEvoy PM, Mahoney AE. Achieving certainty about the structure of intolerance of uncertainty in a treatment-seeking sample with anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 2011; 25(1):112-122. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.08.010>
67. Lashagri M, Shahabizaseh F, Mansouri A. [Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy based on intolerance of uncertainty on worry and anxiety in women with corona anxiety (case study)]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2021; 19(3):23-37. <https://doi.org/10.52547/rbs.19.3.427>
68. Hui C, Zhihui Y. Group Cognitive Behavioral Therapy targeting intolerance of uncertainty: A randomized trial for older Chinese adults with generalized anxiety disorder. *Aging & Mental Health*. 2017; 21(12):1294-1302. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1222349>
69. Zemeštani M, Davoodi I, Honarmand MM, Zargar Y. [Comparative effects of group metacognitive therapy versus behavioural activation in moderately depressed students]. *Journal of Mental Health*. 2016;25(6):479-485. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057326>
70. Sexton KA, Dugas MJ. The Cognitive Avoidance Questionnaire: Validation of the English translation. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008; 22(3):355-370. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.04.005>
71. AslAlavi-Payadar SS, Khodabakhsh R, Mehrinjad SA. Comparing the effectiveness of Cognitive-Behavioral and Meta-Cognitive Therapy on the confusion of thoughts of patients with obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology and Personality*. 2017; 16(2):51-41. file:///C:/Users/Apadana/Downloads/4006313973104-2.pdf
72. 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;1;46(4):460-464. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.014>
73. Yari M, Shafiabadi A, Hasani J. [Comparing the effectiveness of emotional-oriented Cognitive Behavioral Therapy with Cognitive Therapy based on mindfulness-awareness on body image and cognitive fusion in teenage girls applying for cosmetic surgery]. *Journal of Skin and Beauty*. 2019; 11(2):118-107. <https://jdc.tums.ac.ir/article-1-5459-fa.pdf>