

مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر خودتنظیمی هیجانی در بیماران مبتلا به آلپرسی آرهاتا

رومینا تجلی^۱، مریم بهرامی هیدجی^{۲*}، بیوک تاجری^۳، مرجان حسین زاده تقوایی^۳، آزاده گودرزی^۴

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱/۱۶

خلاصه

مقدمه: بیماری آلپرسی آرهاتا، علت مراجعه ۲ الی ۳ درصد از بیماران پوستی به مراکز پوست و مو است. یافته‌ها حاکی از نقش خودتنظیمی هیجانی در سبب‌شناسی و تداوم آسیب‌های روانی به‌ویژه بیماران پوستی است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فراشناختی بر خودتنظیمی هیجانی در مبتلایان به آلپرسی آرهاتا انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری، تمامی مبتلایان به آلپرسی آرهاتا مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی پوست و مو شهر تهران سال ۱۴۰۱ بودند (تعداد ۱۷۸ نفر) که با نمونه‌گیری هدفمند، تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی در سه گروه مساوی ۱۵ نفری گمارش شدند. اطلاعات توسط چک‌لیست اطلاعات جمعیت‌شناختی و پرسش‌نامه خودتنظیمی هیجانی Mars جمع‌آوری شد. مداخلات درمانی طی ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه‌های آزمایش اعمال شد. داده‌ها توسط آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فراشناختی در مقایسه با گروه کنترل باعث بهبود مؤلفه‌های شناختی ($F=7/77$ و $\eta^2=0/256$)، رفتاری ($F=8/99$ و $\eta^2=0/295$)، تغییر موقعیت ($F=4/50$ و $\eta^2=0/173$)، تغییر عاطفی ($F=9/33$) و خلق منفی ($F=6/57$ و $\eta^2=0/234$) و خلق مثبت ($F=8/75$ و $\eta^2=0/289$) خودتنظیمی هیجانی در مبتلایان به آلپرسی آرهاتا شدند ($p<0/05$). بین اثربخشی دو درمان تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: متخصصین فعال در حوزه آلپرسی آرهاتا می‌توانند در بهبود خودتنظیمی هیجانی این افراد استفاده از روش‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان شناختی را در کنار سایر درمان‌ها مدنظر قرار دهند.

واژه‌های کلیدی: شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، درمان فراشناختی، خودتنظیمی هیجانی، آلپرسی آرهاتا

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی سلامت، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران. (نویسنده مسئول) پست الکترونیکی: bahrami_h3@yahoo.com
تلفن: ۰۹۱۲۲۳۷۰۲۷۵

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاداسلامی، کرج، ایران.

۴. دانشیار، گروه پوست و مو، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران.

مقدمه

آلوپسی آرهاتا (Alopecia areata) بیماری نسبتاً شایعی است که از مشخصات آن پیدایش یک یا چند ناحیه بیضی شکل، گرد، محدود و بدون مو است. این بیماری علت مراجعه ۲ الی ۳ درصد از بیماران پوستی است که به عنوان بیماران جدید به مراکز پوست و مو مراجعه می کنند [۱]. شواهد ارزیابی پیامد بالینی نشان می دهد که آلوپسی آرهاتا می تواند تأثیر قابل توجهی بر بهزیستی روانی و کیفیت زندگی بیماران داشته باشد [۲]. برخی یافته ها نشان می دهد که آلوپسی آرهاتا می تواند با آسیب های روانی همراه باشد و شیوع این آسیب ها به ویژه اختلالات خلقی و اضطرابی در این بیماران به طور معناداری از سایر بیماران مزمن پوستی بیشتر است [۳]. پیامدهای ابتلای به آلوپسی آرهاتا محدود به وضعیت روان شناختی نبوده و محدودیت هایی را در سایر ابعاد زندگی فردی و اجتماعی آنان به همراه دارد [۲].

از دیگر سو، یافته ها حاکی از آن است که از جمله سازه هایی که در سبب شناسی و تداوم آسیب های روانی و همچنین، مواجهه با استرس نقش مهمی دارد، خود تنظیمی هیجانی (Emotional self-regulation) می باشد [۴]. مبتلایان به بیماری مزمن، محتوای شناختی هیجانات خود را کمتر درک می کنند و به نظر می رسد اجزای اصلی بدن که در تنظیم هیجانات دخیل هستند، یک الگوی واکنش بیش از حد را نشان می دهند [۵]. در اصل، در تنظیم هیجان به تعامل بهینه ای از شناخت و هیجان جهت مقابله با شرایط منفی نیاز است، زیرا انسان ها با هر رویدادی مواجه می شوند، آن را تفسیر نموده و تفسیرهای شناختی تعیین کننده واکنش های افراد است [۴، ۵].

در راستای کشف ارتباط میان اختلال پوستی و عوامل روان شناختی مشخص شده است که روش های درمانی دارویی تأثیر قابل ملاحظه ای بر علائم روان پزشکی و کیفیت زندگی بیماران نداشته است، لذا با توجه به نقش فاکتورهای روان شناختی بر علائم آلوپسی آرهاتا، سنجش

مداخلات روانی ضروری است [۶، ۷]. برای درمان از شیوه های مختلفی استفاده می شود که یکی از آن ها درمان فراشناختی (Metacognitive therapy) است [۸، ۹].

درمان فراشناختی بیشتر مبتنی بر راهبردها و فرایندهایی است که شناخت ها را ارزیابی، کنترل و نظارت می کند و اطلاعاتی در مورد شناخت حالات درونی و راهبردهای مقابله ای مؤثر به فرد می دهد. در این شکل از درمان، به طور ویژه بر روی کاهش فراوانی نشخوار فکری و نگرانی در پاسخ تأکید می شود [۸]. رویکرد دیگری که می تواند بر بهبود عملکرد روانی-عاطفی تأثیر گذار باشد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (Mindfulness-based cognitive therapy) است [۱۰]. ذهن آگاهی به معنای آگاه بودن از افکار، رفتار، هیجانات و احساسات است و شکل خاصی از توجه محسوب می شود، توجه کردن به زمان حال به شیوه ای خاص، هدفمند و خالی از قضاوت [۱۱]. در همین راستا Strauss و همکاران، نشان دادند که شرکت در جلسات شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش دشواری تنظیم هیجان و علائم افسردگی شده است [۱۲].

علی رغم شیوع بیماری های پوستی و ارتباط قوی آن با آسیب های روان شناختی، میزان واقعی اختلالات روانی توأم با بیماری های پوستی هنوز ناشناخته است. این احتمال وجود دارد که اگر اختلالات روانی و هیجانی زیربنایی در بیماران پوستی به موقع تشخیص داده نشود و هدف درمان های روان شناختی قرار نگیرند، درمان پزشکی نیز نتیجه مطلوبی را ایجاد نکند و اختلال ایجاد شده نیز موجب تشدید روند بیماری شود [۶، ۷]. از طرفی، نارسایی در خود تنظیمی هیجانی علاوه بر اینکه تأثیر مستقیم بر سلامت روان بیمار دارد، به طور بالقوه در وخامت بیماری نیز تأثیر می گذارد. این وضعیت بر انگیزه و تبعیت از درمان بیماران تأثیر می گذارد [۴، ۵]. بنابراین، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خود تنظیمی

هیجانی در مبتلایان به آلپرسی آره آتا (ریزش موی سکه‌ای) انجام شد.

مواد و روش‌ها

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری سه ماهه بود (کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1401.084). تمامی بیماران مبتلا به آلپرسی آره آتا مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی پوست و موی نیک آفرید و انجمن آلپرسی ایران در سطح شهر تهران در سال ۱۴۰۱ (تعداد ۱۷۸ نفر) جمعیت آماری پژوهش را تشکیل دادند. برای تعیین حجم نمونه از فرمول زیر استفاده شد که بر اساس پژوهش Karimi و همکاران [۱۳]، و با توجه به مقادیر $\sigma = 3/8$ (انحراف معیار نمره خودتنظیمی هیجانی)، $d = 4/82$ (اختلاف میانگین پس‌آزمون خودتنظیمی هیجانی در گروه آزمایش و کنترل)، $\alpha = 0/05$ ، $\beta = 0/9$ توان آماری و سطح خطا یا α برابر با ۰/۰۵، حجم نمونه برابر با ۱۵ نفر برای هر گروه بدست آمد.

$$n_1 = n_2 = \frac{2\sigma^2(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2}{d^2}$$

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دامنه سنی ۲۰ الی ۴۰ سال، داشتن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، تشخیص قطعی بیماری آلپرسی آره آتا توسط پزشک متخصص و دریافت درمان دارویی متداول (از قبیل آنترالین، روفانیب، دیفن سیپرون و ماینوکسیدیل)، توانایی شرکت در جلسات تعیین شده درمانی و داشتن حداقل توانایی جسمانی برای انجام تمرینات درمانی (مانند حرکات مراقبه کشتی و ایستاده) بود. ملاک‌های عدم ورود به پژوهش شامل باردار شدن یا اقدام به بارداری در حین برگزاری جلسات درمانی و یا شیردهی برای خانم‌ها، سوءمصرف هر یک از مواد مخدر (سنتی-صنعتی) و مشروبات الکلی، ابتلا به بیماری‌های قلبی-عروقی، بیماری‌های تیروئیدی و سایر بیماری‌های اتوایمیون، ابتلا به هر یک از بیماری‌های مزمن روان‌شناختی و تجربه حادثه استرس‌زا طی شش ماه اخیر (مانند طلاق یا

شکست عاطفی، فوت همسر یا یکی از اعضای خانواده) بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از دو جلسه و انجام ندادن تکالیف هفتگی، تشدید نشانه‌های جسمانی بیماری و نیاز به درمان‌های اساسی و یا جراحی، بی‌احترامی به دیگر اعضای گروه و ورود به دوره درمانی دیگر حین مداخله بود.

محقق ابتدا با مسئولین انجمن آلپرسی ایران و کلینیک تخصصی پوست و موی نیک آفرید هماهنگی‌های لازم را جهت گردآوری اطلاعات از بین مراجعین این مراکز به‌عمل آورد. در گام بعدی محقق با حضور در مراکز مربوطه برای افرادی که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، در زمینه هدف مطالعه، نحوه اجرای آن و محرمانه ماندن اطلاعات هویتی و بالینی افرادی که در پژوهش شرکت می‌کنند و نحوه انتشار نتایج به شکل گروهی توضیحات لازم را ارائه نمود. سپس در فاصله زمانی دو ماه و با کمک کادر درمان تعداد ۶۳ بیمار واجد شرایط، ابزار خودگزارش‌دهی را تکمیل کردند. در گام بعدی با توجه به نمره اکتسابی و در نظر گرفتن مجدد معیارهای ورود، تعداد ۴۵ نفر انتخاب شدند. این افراد به شیوه تصادفی ساده یعنی پرتاب تاس در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند، به این صورت که اعداد ۱ و ۲ برای درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، اعداد ۳ و ۴ برای درمان فراشناختی و اعداد ۵ و ۶ برای گروه کنترل در نظر گرفته شد. سپس، برای شرکت‌کنندگان در جلسات درمانی، مداخلات توسط متخصص دارای تجربه در شیوه درمانی مربوطه در اتاق‌هایی مجزا در مرکز درمانی اجرا شد. گروه کنترل درمان مرسوم در زمینه پوست و مو را دریافت نمود و مداخلات روان‌شناختی را طی این مدت دریافت نکردند. در پایان جلسات و سپس با فاصله سه ماه مجدداً پس‌آزمون گرفته شد.

هر یک از گروه‌های آزمایش علاوه بر درمان دارویی متداول، تحت ۹ جلسه درمان گروهی (هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه ۱/۵ ساعت) توسط متخصص روان‌درمانی دارای تخصص در رویکرد مذکور قرار گرفتند. درمان

می‌باشد. نمره صفر تا ۸۸ نشان‌دهنده خودتنظیمی هیجانی پایین، نمره بین ۸۹ تا ۱۳۲ نشان‌دهنده خودتنظیمی هیجانی متوسط و کسب نمره بالاتر از ۱۳۲ نشان‌دهنده خودتنظیمی هیجانی بالا می‌باشد. اعتبار این پرسش‌نامه با روش دونیمه کردن ۰/۷۵ و با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ است [۱۴]. در مطالعه Porzoor و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه ۰/۸۶ [۱۴] و در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۸۱، مؤلفه شناختی ۰/۶۹، رفتاری ۰/۷۴، تغییر موقعیت ۰/۷۲، تغییر عاطفه ۰/۶۹، کاهش خلق منفی ۰/۷۵ و افزایش خلق مثبت ۰/۷۲ بدست آمد.

تحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد. روش آماری برای تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. قبل از تحلیل آماری ابتدا پیش‌فرض‌های آمار پارامتریک مربوط به تحلیل واریانس بررسی و تأیید شد. برای مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی Bonferroni و برای مقایسه اطلاعات جمعیت‌شناختی در سه گروه از آزمون مجذور کای استفاده شد. سطح معنی‌داری آزمون‌ها نیز ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

فرآشناختی با توجه به پروتکل درمانی تدوین شده توسط Moritz و همکاران [۹] و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر طبق پروتکل درمانی Segal و همکاران [۱۰] اجرا شد. در این مطالعه، ریزشی در میان افراد شرکت‌کننده روی نداد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، علاوه بر توضیح کامل فرایند پژوهش برای تمامی آزمودنی‌ها، به گروه کنترل اطمینان داده شد که پس از انجام پژوهش، یکی از پروتکل‌های درمانی را دریافت خواهند نمود. در جداول ۱ و ۲ محتوای جلسات دو رویکرد مداخلاتی به تفکیک ارائه شده است.

در این پژوهش علاوه بر چک‌لیست اطلاعات دموگرافیک (فرم محقق ساخته (سن، جنسیت، وضعیت تحصیلی، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل و طول مدت ابتلا به بیماری)، از پرسش‌نامه خودتنظیمی هیجانی استفاده شد. این ابزار با ۴۴ سؤال در سال ۲۰۰۰ توسط Mars تدوین و دارای ۶ زیرمقیاس مؤلفه شناختی، رفتاری، تغییر موقعیت، تغییر عاطفه، کاهش خلق منفی و افزایش خلق مثبت است. نمره‌گذاری سؤالات در طیف لیکرت ۷ درجه‌ای (گزینه همیشه= نمره ۶ تا هرگز= نمره صفر) انجام می‌گیرد. دامنه نمرات در این ابزار صفر تا ۲۶۴

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمان فرآشناختی در مبتلایان به آلویسی آر‌ها تا مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی پوست و مو و انجمن آلویسی ایران در سطح شهر تهران سال ۱۴۰۱

جلسه	محتوا
اول	بررسی قرارداد رفتاری بسته شده بین درمانگر و شرکت‌کنندگان، اجرای مرحله پیش‌آزمون، معرفی و آموزشی مختصر درباره فرآشناخت، خودتنظیمی هیجانی، افسردگی و عوامل مؤثر بر آن، ایجاد و گسترش ارتباط درمانی و سوابق بیماران
دوم	آشنایی با مدل فرآشناختی، طراحی و فرمول‌بندی موردی، شناسایی باورهای فرآشناختی غیرمنطقی، شناسایی همگرایی فکر-رفتار، چالش با باورهای فرآشناختی از طریق مفهوم تفکر و استدلال (۱)، پالایش ذهنی و تعمیم بیش از حد، تغییر دیدگاه، ارائه تکالیف خانگی
سوم	بازبینی جلسه قبلی درمان و مرور تکالیف خانگی، شناسایی باورهای فرآشناختی مرتبط با حافظه، چالش‌ورزی با باورهای فرآشناختی مرتبط با حافظه از طریق مفهوم حافظه و تمرکز و خطای حافظه، ارائه تکالیف خانگی
چهارم	بازبینی جلسه قبلی درمان و مرور تکالیف خانگی، شناسایی باورهای فرآشناختی غیرمنطقی که آسیب‌پذیری و فاجعه‌باری را ایجاد می‌کنند، مانند تهدید بیش از حد و بدبینی غیرواقعی. چالش با باورهای فرآشناختی مبتنی بر آسیب‌پذیری و فاجعه‌باری از طریق مفهوم تفکر و استدلال (۲)، رفع تفکر سیاه و سفید، استبداد بایدها، بی‌ارزش کردن نکات مثبت، ارائه تکالیف خانگی
پنجم	بازبینی جلسه قبلی درمان و مرور تکالیف خانگی، شناسایی ارزش‌ها و استراتژی برای زندگی کردن بر پایه ارزش‌ها، بررسی باورهای کمال‌گرایانه، شناسایی و بررسی باورهای فرآشناختی غیرمنطقی در مورد اهمیت و ارزش دادن به حالت‌های هیجانی منفی و ناخوشایند، چالش با باورهای فرآشناختی از طریق عزت نفس، ارزش قائل شدن برای خود، ارائه تکالیف خانگی
ششم	بازبینی جلسه قبلی درمان و مرور تکالیف خانگی، شناسایی و بررسی باورهای فرآشناختی غیرمنطقی در مورد بزرگ‌نمایی رویدادهای منفی و کوچک‌نمایی رویدادهای مثبت، شناسایی و چالش با باورهای فرآشناختی از طریق تفکر و استدلال (۳)، بزرگ‌نمایی و کوچک‌نمایی، سبک اسناد، ارائه تکالیف خانگی
هفتم	بازبینی جلسه قبلی درمان و مرور تکالیف خانگی، شناسایی باورهای فرآشناختی غیرمنطقی در مورد چرخه معیوب افکار، شناسایی باورهای فرآشناختی غیرمنطقی در مورد تأثیرات مثبت نشخوار فکری، شناسایی باورهای فرآشناختی در مورد افکار منفی پیرامون بیماری آلویسی آر‌ها، چالش با باورهای فرآشناختی از طریق رفتارها و راهبردها، تفکر، نشخوار ذهنی، سرکوب افکار، کنارگیری، جایگزین کردن راهبردهای کنترل فرآشناختی سودمندتر، ارائه تکالیف خانگی

هشتم	بازبینی جلسه قبلی درمان و مرور تکالیف خانگی، شناسایی باورهای فراشناختی پیرامون نتیجه‌گیری عجولانه، بررسی باورهای فراشناختی در مورد نگرش‌های ناکارآمد منفی در مورد پیشگویی نتایج افکار و رفتار و ذهن خوانی دیگران، چالش با باورهای فراشناختی از طریق تفکر و استدلال (۴). پیرامون نتیجه‌گیری عجولانه، نگرش‌های ناکارآمد منفی در مورد پیشگویی نتایج افکار و رفتار و ذهن خوانی دیگران، فاجعه‌آمیز کردن، جایگزین کردن راهبردهای کنترل فراشناختی سودمندتر، ارائه تکالیف خانگی
نهم	بازبینی جلسه قبلی درمان و مرور تکالیف خانگی، چالش با باورهای فراشناختی از طریق درک عواطف و احساسات، واری هروگونه باور باقیمانده، برنامه پیشگیری از عود، شناسایی عواملی که موجب عود خواهد شد و راه‌های مقابله با آن، مرور مقابله‌های غیرانطباقی باقیمانده، خلاصه و جمع‌بندی، معرفی اپلیکیشن COGITO (برنامه خودیاری قابل نصب روی گوشی تلفن‌های هوشمند برای افراد دارای مشکلات روانی یا آسیب‌دیده) برای ادامه تکالیف خانگی و مرور

جدول ۲- خلاصه محتوای جلسات شناخت‌درمانی ذهن آگاهانه در مبتلایان به آلپرسی آره‌اتا مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی پوست و مو و انجمن آلپرسی ایران در سطح شهر تهران سال ۱۴۰۱

جلسه	محتوا
اول	بررسی قرارداد رفتاری بسته شده بین درمانگر و شرکت‌کنندگان، مفهوم‌سازی خودتنظیمی هیجانی، افسردگی و عوامل مؤثر بر آن، ایجاد و گسترش ارتباط درمانی و سوابق بیماران، اجرای پیش‌آزمون
دوم	(فراسوی هدایت خودکار): معرفی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، طراحی و فرمول‌بندی موردی، خوردن توجه آگاهانه یک کشمش، واری بدن، آوردن آگاهی به فعالیت‌های روزانه، ارائه تمرین روزانه برای هفته پیش‌رو
سوم	(راه دیگر دانستن): بازبینی جلسه قبلی درمان و مرور تکالیف خانگی، آشنایی، واری بدن، مراقبه نشسته، نفس کشیدن توجه آگاهانه، تقویم تجربه‌های خوشایند، ارائه تمرین روزانه برای هفته پیش‌رو
چهارم	(آمدن به زمان حال - جمع کردن پراکنده): بازبینی جلسه قبلی درمان و مرور تکالیف خانگی، مرور جلسه قبل، آشنایی، ترکیب مراقبه کشش بدن ایستاده توجه آگاهانه و نفس کشیدن، مراقبه حرکت توجه آگاهانه، تنفس سه دقیقه‌ای، تقویم تجربه‌های ناخوشایند، ارائه تمرین روزانه برای هفته پیش‌رو
پنجم	(تشخیص بی‌زاری): بازبینی جلسه قبلی درمان و مرور تکالیف خانگی، مرور جلسه قبل، آشنایی، فهرست افکار منفی و مدیریت آن‌ها، مراقبه نشسته، انواع توجه، راه رفتن توجه آگاهانه، تنفس سه دقیقه‌ای، تکلیف روزانه (تکلیف: مراقبه در زندگی روزمره)
ششم	(اجازه دهید چیزها همان‌گونه که قبلاً بودند باشند): بازبینی جلسه قبلی درمان و مرور تکالیف خانگی، آشنایی، مراقبه نشسته، تنفس سه دقیقه‌ای، تنفس سه دقیقه‌ای پاسخده، ارائه تمرین روزانه برای هفته پیش‌رو
هفتم	(دیدن افکار به عنوان افکار): بازبینی جلسه قبلی درمان و مرور تکالیف خانگی، مرور جلسه قبل، آشنایی، مراقبه نشسته، لیست افکار غیرمفید، تنفس سه دقیقه‌ای، تنفس سه دقیقه‌ای پاسخده، استقرار سیستم هشدار اولیه، تمرین روزانه (روز مراقبه در فضای باز)
هشتم	(مهربانی در عمل): بازبینی جلسه قبلی درمان و مرور تکالیف خانگی، مرور جلسه قبل، برنامه هفتگی، بررسی فعالیت‌های لذت‌بخش و تسلط‌بخش، تنفس سه دقیقه‌ای، تنفس سه دقیقه‌ای پاسخده، تهیه طرح عمل، ارائه تمرین روزانه برای هفته پیش‌رو
نهم	(حالا چی؟): بازبینی جلسه قبلی درمان و مرور تکالیف خانگی، مرور جلسه قبل، مراقبه نشسته و ذهن آگاهی در زندگی روزمره، مرور بر تمامی جلسات قبلی، فیدبک و درک تغییرات، تنفس سه دقیقه‌ای، تمرین مداوم روزانه "چه" قالبی داشته باشد؟، به پایان رسیدیم.

یافته‌ها

۳۰/۷۵ سال بود، افراد سه گروه از نظر جنسیت، وضعیت

تحصیلی، وضعیت شغلی، وضعیت تأهل و طول مدت ابتلا

به بیماری، تفاوت معنی‌داری ندارند ($P > 0.05$) (جدول

۳).

میانگین و انحراف‌معیار سن آزمودنی‌ها در گروه‌های

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان فراشناختی و

کنترل به ترتیب 30.93 ± 5.95 ، 31.08 ± 6.82 و 27.27 ± 6.27

جدول ۳- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در مبتلایان به آلپرسی آره‌اتا مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی پوست و مو و انجمن آلپرسی ایران در سطح شهر تهران سال ۱۴۰۱ (تعداد در هر گروه = ۱۵ نفر)

P	گروه کنترل	گروه درمان فراشناختی	گروه درمان ذهن آگاهی	متغیر
	درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)	درصد (فراوانی)	
0.208	۶۷ (۱۰)	۶۰ (۹)	۶۷ (۱۰)	سطح تحصیلی
	۲۷ (۴)	۲۷ (۴)	۲۷ (۴)	دیپلم
	۶ (۱)	۱۳ (۲)	۶ (۱)	کاردانی
0.406	۸۰ (۱۲)	۲۷ (۴)	۲۷ (۴)	وضعیت تأهل
	۲۰ (۳)	۷۳ (۱۱)	۷۳ (۱۱)	کارشناسی و بالاتر
	۱۳ (۲)	۶ (۱)	۱۳ (۲)	متأهل
0.214	۳۳ (۵)	۳۳ (۵)	۴۰ (۶)	وضعیت شغلی
	۵۴ (۸)	۶۱ (۹)	۴۷ (۷)	بی‌کار
				شاغل-بخش دولتی
				شاغل-بخش خصوصی

مدت ابتلا به بیماری	کمتر از ۶ ماه	۷۳ (۱۱)	۸۰ (۱۲)	۷۳ (۱۱)
جنسیت	بین ۶ ماه تا یک سال	۲۷ (۴)	۲۰ (۳)	۲۷ (۴)
	مذکر	۴۰ (۶)	۵۴ (۸)	۴۰ (۶)
	مؤنث	۶۰ (۹)	۴۶ (۷)	۶۰ (۹)

آزمون: مجذور کای، * $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

هیجانی در مراحل پس آزمون و پیگیری در گروه‌های مداخله نسبت به گروه کنترل بهبود یافته است.

در جدول ۴ آماره‌های توصیفی متغیر پژوهش در آزمودنی‌ها به تفکیک گروه و مراحل سنجش گزارش شده است. نتایج نشان می‌دهد میانگین نمرات خودتنظیمی

جدول ۴- آماره‌های توصیفی متغیر خودتنظیمی هیجانی به تفکیک گروه و مراحل مختلف سنجش در مبتلایان به آلویسی آره‌اتا مراجعه کننده به مراکز تخصصی پوست و مو و انجمن آلویسی ایران در سطح شهر تهران سال ۱۴۰۱ (تعداد در هر گروه= ۱۵ نفر)

مؤلفه	مراحل سنجش	گروه درمان ذهن آگاهی انحراف معیار \pm میانگین	گروه درمان فراشناختی انحراف معیار \pm میانگین	گروه کنترل انحراف معیار \pm میانگین
شناختی	پیش آزمون	۲۴/۰۰ \pm ۴/۸۰	۲۵/۸۱ \pm ۶/۵۹	۲۵/۲۷ \pm ۶/۵۴
	پس آزمون	۳۳/۸۰ \pm ۶/۷۴	۳۵/۰۰ \pm ۵/۵۱	۲۵/۴۰ \pm ۶/۸۶
	پیگیری	۳۵/۸۷ \pm ۵/۹۵	۳۴/۰۶ \pm ۶/۹۲	۲۵/۳۰ \pm ۶/۸۹
رفتاری	پیش آزمون	۲۹/۰۰ \pm ۵/۱۴	۲۷/۰۰ \pm ۶/۳۵	۲۷/۷۳ \pm ۵/۴۸
	پس آزمون	۴۰/۳۸ \pm ۷/۸۹	۳۹/۶۲ \pm ۸/۲۴	۲۸/۱۳ \pm ۶/۴۵
	پیگیری	۴۰/۸۷ \pm ۸/۶۰	۳۹/۲۵ \pm ۸/۵۲	۲۷/۸۰ \pm ۶/۶۱
تغییر موقعیت	پیش آزمون	۱۷/۶۸ \pm ۳/۴۵	۲۰/۰۷ \pm ۴/۶۷	۱۸/۶۷ \pm ۳/۲۶
	پس آزمون	۲۴/۴۷ \pm ۴/۵۰	۲۶/۳۷ \pm ۳/۵۴	۱۸/۵۳ \pm ۳/۷۱
	پیگیری	۲۴/۶۰ \pm ۴/۲۱	۲۵/۰۶ \pm ۴/۱۲	۱۹/۵۳ \pm ۴/۹۴
تغییر عاطفه	پیش آزمون	۱۳/۸۰ \pm ۳/۵۹	۱۳/۷۵ \pm ۲/۶۲	۱۴/۴۰ \pm ۲/۹۰
	پس آزمون	۱۸/۰۰ \pm ۳/۷۰	۲۱/۱۳ \pm ۳/۵۷	۱۴/۲۷ \pm ۳/۱۵
	پیگیری	۱۸/۲۷ \pm ۳/۳۰	۲۰/۳۱ \pm ۳/۳۴	۱۳/۶۰ \pm ۲/۷۵
کاهش خلق منفی	پیش آزمون	۱۹/۸۰ \pm ۳/۹۵	۲۰/۶۸ \pm ۴/۵۳	۱۹/۲۰ \pm ۴/۰۰
	پس آزمون	۲۵/۸۷ \pm ۵/۹۴	۲۹/۵۰ \pm ۶/۷۳	۲۰/۶۰ \pm ۴/۴۴
	پیگیری	۲۷/۷۳ \pm ۵/۸۴	۲۸/۸۷ \pm ۵/۴۰	۲۰/۲۳ \pm ۴/۷۹
افزایش خلق مثبت	پیش آزمون	۲۴/۶۰ \pm ۵/۵۱	۲۱/۵۶ \pm ۴/۰۵	۲۳/۶۷ \pm ۵/۵۸
	پس آزمون	۳۳/۰۷ \pm ۶/۱۱	۳۶/۲۵ \pm ۶/۱۹	۲۵/۲۷ \pm ۵/۸۶
	پیگیری	۳۳/۹۳ \pm ۶/۴۷	۳۶/۳۸ \pm ۶/۹۴	۲۵/۴۷ \pm ۶/۳۹

بنابراین، از تصحیح آزمون گرین هاوس-گیسر برای انجام آزمون عامل نمره مؤلفه‌های خودتنظیمی هیجانی در سه بار اندازه‌گیری و برای آثار درون آزمودنی‌ها استفاده شد.

جدول ۵ نشان می‌دهد که در مورد مؤلفه‌های خودتنظیمی هیجانی، هر سه اثر درون گروهی، بین گروهی و تعاملی درون گروهی-بین گروهی معنی دار است ($p < 0.001$). مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد در مراحل پس آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله در مؤلفه‌های خودتنظیمی هیجانی نمرات بهتری کسب کرده‌اند.

جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که شرط نرمال بودن داده‌ها برقرار بود ($p > 0.05$). نتایج آزمون لوین نشان داد میزان آن در هیچ یک از متغیرهای وابسته معنی دار نشده است و می‌توان اطمینان داشت پراکندگی نمرات در گروه‌ها مشابه است ($p > 0.05$). نتایج آزمون ام‌باکس نیز حاکی از برقراری مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کواریانس بود ($F = 1.497$, Box's $M = 19.883$ و $p > 0.121$). نتایج آزمون موجلی برقراری شرط کرویت را رد کرد ($p < 0.001$).

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه گیری های مکرر برای خود تنظیمی هیجانی در سه مرحله اجرا در مبتلایان به آلویسی آرہاتا مراجعه کننده به مراکز تخصصی پوست و مو و انجمن آلویسی ایران در سطح شهر تهران سال ۱۴۰۱

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	آماره F	p	اندازه اثر
مؤلفه شناختی	گروه	۱۱۳۹/۲۴	۳۳۰۰/۰۱	۷/۴۲	*/۰۰۱	۰/۲۵۷
	زمان	۱۰۳۳/۲۳	۱۰۴۵/۳۷	۴۲/۵۰	*/۰۰۱	۰/۴۹۷
مؤلفه رفتاری	گروه×زمان	۶۹۱/۰۱	۱۹۱۲/۹۷	۷/۷۷	*/۰۰۱	۰/۲۵۶
	گروه	۲۰۴۴/۹۲	۴۱۶۱/۳۴	۱۰/۵۷	*/۰۰۱	۰/۳۲۹
مؤلفه تغییر موقعیت	زمان	۱۴۹۳/۱۹	۱۵۵۹/۸۳	۴۱/۱۶	*/۰۰۱	۰/۴۸۹
	گروه×زمان	۹۴۷/۵۱	۲۲۶۵/۸۱	۸/۹۹	*/۰۰۱	۰/۲۹۵
مؤلفه تغییر عاطفه	گروه	۵۸۲/۸۷	۹۱۸/۴۴	۱۳/۶۴	*/۰۰۱	۰/۳۸۸
	زمان	۴۱۳/۹۷	۷۹۴/۷۳	۲۲/۴۰	*/۰۰۱	۰/۲۴۲
مؤلفه افزایش خلق مثبت	گروه×زمان	۲۵۸/۰۷	۱۲۳۲/۲۵	۴/۵۰	*/۰۰۱	۰/۱۷۳
	گروه	۴۳۵/۱۵	۶۶۱/۴۴	۱۴/۱۴	*/۰۰۱	۰/۳۹۷
مؤلفه کاهش خلق منفی	زمان	۲۶۷/۱۶	۲۲۴/۰۴	۵۱/۲۸	*/۰۰۱	۰/۵۴۴
	گروه×زمان	۲۹۶/۸۱	۶۸۴/۲۲	۹/۳۳	*/۰۰۱	۰/۳۰۳
مؤلفه تغییر خلق مثبت	گروه	۹۸۰/۴۹	۲۳۵۰/۱۸	۸/۹۷	*/۰۰۱	۰/۲۹۴
	زمان	۷۴۸/۴۰	۶۵۷/۶۹	۴۸/۹۲	*/۰۰۱	۰/۵۳۲
مؤلفه افزایش خلق مثبت	گروه×زمان	۳۳۱/۷۷	۱۰۸۶/۴۸	۶/۵۷	*/۰۰۱	۰/۲۳۴
	گروه	۱۱۷۴/۹۴	۲۳۹۷/۸۸	۱۰/۵۴	*/۰۰۱	۰/۳۲۹
مؤلفه کاهش خلق منفی	زمان	۱۷۱۸/۷۷	۱۳۰۰/۰۹	۵۶/۸۵	*/۰۰۱	۰/۵۶۹
	گروه×زمان	۸۸۲/۹۷	۲۱۷۰/۲۸	۸/۷۵	*/۰۰۱	۰/۲۸۹

* نتایج براساس اصلاح گرین هاوس-گیسر ارائه شده است؛ * $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۶ برحسب مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد تفاوت میانگین دو رویکرد مداخلاتی با گروه کنترل در متغیرهای مورد پژوهش معنی دار است. علی‌رغم اثربخشی دو روش مداخلاتی بر مؤلفه‌های خود تنظیمی هیجانی در مبتلایان به آلویسی آرہاتا، بین دو روش مداخلاتی تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0.05$).

نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی در جدول ۶ برحسب مقایسه زوجی گروه‌ها نشان داد تفاوت میانگین دو رویکرد مداخلاتی با گروه کنترل در متغیرهای مورد پژوهش معنی دار است. علی‌رغم اثربخشی دو روش مداخلاتی بر مؤلفه‌های خود تنظیمی هیجانی در مبتلایان به آلویسی آرہاتا مراجعه کننده به مراکز تخصصی پوست و مو و انجمن آلویسی ایران در سطح شهر تهران سال ۱۴۰۱

متغیر	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین	p
مؤلفه شناختی	درمان ذهن آگاهی-درمان فراشناختی	۱/۸۲	۱/۰۰۰
	درمان ذهن آگاهی-گروه کنترل	۱/۸۵	*/۰۰۸
مؤلفه رفتاری	درمان ذهن آگاهی-درمان فراشناختی	۱/۸۲	*/۰۰۴
	درمان ذهن آگاهی-گروه کنترل	۲/۰۴	۱/۰۰۰
مؤلفه تغییر موقعیت	درمان ذهن آگاهی-درمان فراشناختی	۲/۰۷	*/۰۰۱
	درمان ذهن آگاهی-گروه کنترل	۲/۰۴	*/۰۰۱
مؤلفه تغییر عاطفه	درمان ذهن آگاهی-درمان فراشناختی	۰/۹۶	۰/۳۲۹
	درمان ذهن آگاهی-گروه کنترل	۰/۹۷	*/۰۰۴
مؤلفه کاهش خلق منفی	درمان ذهن آگاهی-درمان فراشناختی	۰/۹۶	*/۰۰۱
	درمان ذهن آگاهی-گروه کنترل	۰/۸۱	۰/۱۲۶
مؤلفه افزایش خلق مثبت	درمان ذهن آگاهی-درمان فراشناختی	۰/۸۳	*/۰۰۹
	درمان ذهن آگاهی-گروه کنترل	۰/۸۱	*/۰۰۱
مؤلفه کاهش خلق منفی	درمان ذهن آگاهی-درمان فراشناختی	۱/۵۳	۰/۶۷۹
	درمان ذهن آگاهی-گروه کنترل	۱/۵۳	*/۰۰۱۹
مؤلفه افزایش خلق مثبت	درمان ذهن آگاهی-درمان فراشناختی	۱/۵۳	*/۰۰۱
	درمان ذهن آگاهی-گروه کنترل	۱/۵۵	۱/۰۰۰
مؤلفه کاهش خلق منفی	درمان ذهن آگاهی-درمان فراشناختی	۱/۵۷	*/۰۰۰۲
	درمان ذهن آگاهی-گروه کنترل	۱/۵۵	*/۰۰۱

* $p < 0.05$ اختلاف معنی دار

بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر خودتنظیمی هیجانی در بیماران مبتلا به آلپرسی آرهاتا انجام شد. نخستین یافته پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی بر بهبود نمره خودتنظیمی هیجانی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون سودمند بوده است و این تأثیر در دوره پیگیری نیز پابرجا مانده است. Farzaneh و Afzali طی پژوهشی بر روی ۳۰ زن مبتلا به افسردگی پس از زایمان نشان دادند که ۹ جلسه درمان فراشناختی در افراد گروه آزمایش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری منجر به بهبود مهارت تنظیم هیجان و کاهش میزان ناامیدی و استرس شده است، که این یافته همسو با نتیجه مطالعه حاضر بود [۱۵].

Aghdami-Baher و همکاران، نیز همسو با یافته حاضر در پژوهشی در مورد بیماران زن با تشخیص فشارخون بالا نشان دادند که ۱۰ جلسه درمان فراشناختی به صورت گروهی منجر به کاهش نشخوار ذهنی و علائم روان‌تنی و بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی شده است و این تأثیر مثبت، در دوره پیگیری سه ماهه پایدار بوده است [۱۶].

همچنین، یافته Schaich و همکاران، به شکل غیرمستقیم همسو با یافته حاضر نشان داد که شرکت در جلسات درمان فراشناختی منجر به کاهش نشانگان خلقی و افزایش عملکرد روانی-اجتماعی و کیفیت زندگی در بزرگسالان مبتلا به افسردگی شده است [۱۷]. Wells و همکاران، نیز گزارش کردند که تمرینات مبتنی بر درمان فراشناختی بر بهبود مهارت خودتنظیمی و کاهش علائم افسردگی بیماران قلبی مؤثر بوده است [۱۸].

این یافته با استناد به راهبردهای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار قابل تبیین است. درمان فراشناختی به افراد کمک می‌کند راهبردهای مسئله‌مدار را جایگزین راهبردهای هیجان‌مدار یا اجتناب‌مدار سازند، زیرا راهبرد مسئله‌مدار باعث استفاده بهتر از هیجانات می‌شود و افراد

با یک ارزیابی مجدد نسبت به کشاکش‌های بیرونی که منجر به افزایش مشکلات اضطرابی می‌شود، هیجانات منفی خود را بهتر شناسایی کرده و اجازه نمی‌دهند که ناسازگاری روانی-عاطفی از سطح معیار فراتر رفته و به عملکردشان در زندگی روزمره آسیب برساند. بنابراین، درمان فراشناختی کمک می‌کند تا فرد با اعتماد به خود و آگاهی بیشتری، هیجانات را در موقعیت‌های تنش‌زای زندگی شناسایی و با راهبردهای مقابله‌ای مثبت، میزان ناسازگاری هیجانی خود را مهار کند. ظاهراً بدین سبب این درمان باعث بهبود خودتنظیمی هیجانی در مبتلایان به اختلالات پوستی می‌شود.

دیگر یافته پژوهش حاضر نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر بهبود نمره خودتنظیمی هیجانی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون سودمند بوده و این تأثیر در دوره پیگیری نیز پابرجا مانده است. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های Hamonniere و Billieux [۱۱]، Rowland و همکاران [۱۹]، Li و همکاران [۲۰]، Strauss و همکاران [۱۲] و Kahlmann و همکاران [۲۱] همسو است. در زمینه تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودتنظیمی هیجانی مبتلایان به اختلالات پوستی مطالعات اندکی انجام گرفته است، با این حال مطالعه‌ای که یافته‌های آن در این خصوص ناهمسو باشد، یافت نشد. Billieux و Hamonniere، دریافتند که هشت جلسه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش میزان مصرف مواد و بهبود خودتنظیمی هیجانی در معتادان شده است و این اثربخشی در دوره پیگیری سه ماهه پایدار بوده است [۱۱].

Li و همکاران، دریافتند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به بهبود خودتنظیمی هیجانی در برخی از بیماری‌های مزمن شده است [۲۰]. Malik و Perveen نیز نشان دادند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی در دانشجویان منجر به رشد مهارت تنظیم هیجان و کاهش شدت علائم اضطراب شده است [۲۲].

در تبیین این یافته به زعم محققان مطالعه حاضر، می توان گفت فرایند ذهن آگاهی موجب افزایش ظرفیت های درونی از جمله تحمل کردن، انتظار کشیدن و صبر کردن در موقعیت های تنش زا می شود. ذهن آگاهی در افراد موجب کاهش نگرش منفی می گردد که این مسئله می تواند منجر به کاهش بدتنظیمی هیجانی گردد. تمرینات مبتنی بر ذهن آگاهی موجب تحریک محرک های خوشایند در ذهن می گردد که این تحریکات به جذب پاداش و حذف تنبیه می انجامند و فعالیت فرد را برای رسیدن به شرایط مطلوب سوق می دهند. در واقع، مداخله شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با تأکید بر تغییر در محتوای شناختی و هیجانی بیماران دارای مشکلات پوستی و ارائه راهکارهای عملی در جهت کاهش تنش و مقابله با مشکلات پیش رو، آن ها را ترغیب کرده که در فعالیت های زندگی نقش فعال تری داشته و اداره امور زندگی شان را در دست بگیرند که این امر در عمل با کاهش مشکلات روان شناختی و عاطفی منجر به بهبود خودتنظیمی هیجانی آن ها شده است.

یافته آخر پژوهش حاضر نشان داد که با وجود اثربخشی دو روش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر بهبود خودتنظیمی هیجانی، بین میزان اثربخشی آن ها تفاوت معنی داری وجود ندارد. این نتیجه، همسو با نتایج مطالعات Javidnia و همکاران [۲۳]، Soltaninezhad و همکاران [۲۴] و Khorrami و همکاران [۲۵] است، اما با نتیجه پژوهش Capobianco و همکاران [۲۶] که نشان دادند درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تجربه هیجانات منفی و نگرانی بیماران نسبت به درمان فراشناختی سودمندتر بوده و این تفاوت در دوره پیگیری شش ماهه نیز پابرجا بوده است، ناهمسو بود.

در خصوص تبیین تفاوت یافته مطالعه حاضر با نتایج مطالعه Capobianco و همکاران، می توان به تفاوت ابزارهای مورد استفاده، تجربه درمانگران و همچنین شدت ابتلای بیماری در شرکت کنندگان در جلسات

درمانی اشاره نمود [۲۶]. در تبیین اثربخشی فراشناخت درمانی بر تنظیم هیجان می توان گفت، فراشناخت آگاهی از فرایندهای شناختی خود است که اغلب دربرگیرنده تلاشی آگاهانه برای کنترل آن ها است و به عنوان شناخت درباره وضعیت شناختی شخص تعریف می شود. همچنین، به فرد این امکان را می دهد تا عملکرد خود را در طی هر رفتاری هدفمند سازد و راهبرد تنظیم هیجانی مناسبی را بر اساس آن انتخاب نماید [۲۷]. طبق نظریه فراشناختی، راهبردهای مقابله ای ناسازگارانه ای که فرد از آن ها استفاده می کند، پاسخ های هیجانی ناسازگارانه را موجب می شوند. در این حالت، باورهای فراشناختی مثبت و منفی نادرست دخیل هستند که حالت های هیجانی را کنترل می کنند و بر آن نظارت دارند.

به باور محققان در مطالعه حاضر، تمرینات متمرکز کردن توجه غالباً مقدم بر تمرینات نظارت است که در آن محتوای روانی و همچنین، حوزه آگاهی که در این محتوا برمی خیزد، مشاهده می شود. این در حالی است که نظارت حالتی فراشناختی از آگاهی به شمار می رود، به این معنا که مستلزم نظارت بر محتوای هوشیاری است و گمان می رود که این شکل از تمرین ذهن آگاهی واکنش پذیری هیجانی را از طریق آشکار ساختن، غیرقابل اثبات بودن و زودگذر بودن محتوای خاص هوشیاری کاهش دهد. این خصوصیات آگاهانه ممکن است به عنوان پادزهر برای دشواری در سازگاری و استفاده به موقع از راهبرد هیجانی مناسب وارد عمل گردد.

محدود بودن جامعه آماری به مبتلایان به آلوپسی آرهاتا و تعداد محدود شرکت کنندگان در طرح که ناشی از محدودیت های روش شناختی این پژوهش بود، تعمیم پذیری یافته ها را با محدودیت مواجه می سازد. کوتاه بودن دوره پیگیری، در حالی که در پژوهش های خارج از ایران دوره پیگیری شش الی یک ساله اجرا شده است، محدودیت دیگر پژوهش است. یکی از مهم ترین محدودیت های پژوهش حاضر که می تواند در بخشی از نتایج آن ابهام ایجاد نماید، استفاده از ابزار

تعارض منافع

در پژوهش حاضر، هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان

این مقاله برگرفته از رساله دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، نویسنده اول مقاله (رومینا تجلی) است. دکتر مریم بهرامی هیدجی و دکتر بیوک تاجری اساتید راهنمای اول و دوم و دکتر مرجان حسین‌زاده تقوایی و دکتر آزاده گودرزی اساتید مشاور اول و دوم بودند.

تقدیر و تشکر

این پژوهش با هزینه شخصی نویسنده اول مقاله انجام گرفته است. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، مسئولین کلینیک تخصصی پوست و موی نیک آفرید و انجمن آلپوسی ایران جهت پشتیبانی و همکاری در طول دوره اجرای پژوهش تقدیر و تشکر نمایند.

خودگزارش‌دهی در گردآوری اطلاعات بود. دیگر محدودیت پژوهش حاضر روش نمونه‌گیری آن به صورت هدفمند می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی جمعیت مورد مطالعه از بین مبتلایان به سایر اختلالات پوستی و با سایر روش‌های نمونه‌گیری انجام گیرد که توان تعمیم نتایج بالا باشد و در پژوهش‌های آتی این فرضیه مورد بررسی مجدد قرار گرفته و برای سنجش متغیرهای پژوهش علاوه بر پرسش‌نامه از دیگر روش‌ها مانند مصاحبه نیز استفاده شود. همچنین، به متخصصین حوزه سلامت روان پیشنهاد می‌شود الگوهای مداخله‌ای استفاده شده در این پژوهش را برای مبتلایان به سایر اختلالات پوستی و روان-تنی استفاده کنند.

نتیجه‌گیری: هر دو روش درمان فراشناختی و

شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود نمره خودتنظیمی هیجانی در بیماران مبتلا به آلپوسی آرهاتا تأثیر مثبت داشتند. این رویکردهای مداخلاتی می‌توانند به عنوان مداخلاتی سودمند در کنار درمان دارویی برای بهبود وضعیت هیجانی مبتلایان به آلپوسی آرهاتا در مراکز درمانی مورد توجه قرار گیرند.

References

- Suchonwanit P, Kositkuljorn C, Mahasaksiri T, Leerunyakul K. A comparison of the efficacy and tolerability of three corticosteroid treatment regimens in patients with alopecia areata. *Journal of Dermatological Treatment* 2022; 33(2):756-61.
- Muntyanu A, Gabrielli S, Donovan J, Gooderham M, Guenther L, Hanna S, et al. The burden of alopecia areata: a scoping review focusing on quality of life, mental health and work productivity. *JEADV* 2023; 37(8):1490-520.
- Okhovat JP, Marks DH, Manatis-Lornell A, Hagigeorges D, Locascio JJ, Senna MM. Association between alopecia areata, anxiety, and depression: a systematic review and meta-analysis. *JAAD* 2023; 88(5):1040-50.
- Eichler J, Schmidt R, Bartl C, Benecke C, Strauss B, Brähler E, et al. Self-regulation profiles reflecting distinct levels of eating disorder and comorbid psychopathology in the adult population: A latent profile analysis. *IJED* 2023; 56(2):418-27.
- Billen E, Garofalo C, Schwabe I, Jeandarme I, Bogaerts S. Emotional, cognitive and behavioral self-regulation in forensic psychiatric patients: changes over time and associations with childhood trauma, identity and personality pathology. *Psychology, Crime & Law* 2023; 29(10):1080-106.
- Egeberg A, Linsell L, Johansson E, Durand F, Yu G, Vañó-Galván S. Treatments for moderate-to-severe alopecia areata: A systematic narrative review. *Dermatology & Therapy* 2023; 13(12):2951-91.
- Sechi A, Song J, Dell'Antonia M, Heidemeyer K, Piraccini BM, Starace M, et al. Adverse events in patients treated with Jak-inhibitors for alopecia areata: A systematic review. *JEADV* 2023; 37(8):1535-46.

8. Capobianco L, Nordahl H. A brief history of metacognitive therapy: From cognitive science to clinical practice. *Cognitive & Behavioral Practice* 2023; 30(1):45-54.
9. Moritz S, Lysaker PH, Hofmann SG, Hautzinger M. Going meta on metacognitive interventions. *Expert Review of Neurotherapeutics* 2018; 18(10):739-41.
10. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD, Kabat-Zinn J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. 2nd Edition. New York City: The Guilford Press 2012.
11. Hamonniere T, Billieux J. Individually delivered mindfulness-based cognitive therapy in concomitant problematic substance use and emotional symptoms: A process-based case study. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 2023; 30(3):714-27.
12. Strauss C, Bibby-Jones AM, Jones F, Byford S, Heslin M, Parry G, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of supported mindfulness-based cognitive therapy self-help compared with supported cognitive behavioral therapy self-help for adults experiencing depression: the Low-Intensity Guided Help Through Mindfulness (LIGHTMind) randomized clinical trial. *JAMA psychiatry* 2023; 80(5):415-24.
13. Karimi M, Beliad MR, Peymani J, Havassi Somar N, Jian Bagheri M. Comparing the effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy with mindfulness-based cognitive therapy on anxiety sensitivity and its dimensions in women with chronic pain. *CHJ* 2023; 17(3):1-13. [Persian]
14. Porzoor P, Haji-Pour M. Predicting mobile phone addictive behavior in students based on emotional self-regulation, self-compassion, and attachment styles to God. *Journal of School Psychology and Institutions* 2023; 12(2):45-58. [Persian]
15. Farzaneh F & Afzali M. Evaluation of the effectiveness of metacognitive therapy on emotion regulation, stress and frustration in patients with postpartum depression. *AFTJ* 2022; 2(4):176-91. [Persian]
16. Agdmai-Baher AR, Khademi A, Shaker-Dolag A. Determining the effectiveness of metacognitive therapy on mental rumination, emotion regulation, and psychological symptoms in female patients with high blood pressure referring to the health care clinic of north west oil industry. *MEJDS* 2023; 13:1-13. [Persian]
17. Schaich A, Outzen J, Assmann N, Gebauer C, Jauch-Chara K, Alvarez-Fischer D, et al. The effectiveness of metacognitive therapy compared to behavioral activation for severely depressed outpatients: a single-center randomized trial. *Psychotherapy & Psychosomatics* 2023; 92(1):38-48.
18. Wells A, Reeves D, Heal C, Fisher P, Doherty P, Davies L, et al. Metacognitive therapy home-based self-help for anxiety and depression in cardiovascular disease patients in the UK: A single-blind randomised controlled trial. *Plos Medicine* 2023; 20(1):e1004161.
19. Rowland G, Hindman E, Hassmen P. Do group mindfulness-based interventions improve emotion regulation in children? A systematic review. *JCFS* 2023; 32(5):1294-303.
20. Li Y, Zhang AJ, Meng Y, Hofmann SG, Zhou AY, Liu X. A randomized controlled trial of an online self-help mindfulness intervention for emotional distress: serial mediating effects of mindfulness and experiential avoidance. *Mindfulness* 2023; 14(3):510-23.
21. Kahlmann V, Moor CC, van Helmond SJ, Mostard RL, van der Lee ML, Grutters JC, et al. Online mindfulness-based cognitive therapy for fatigue in patients with sarcoidosis (TIRED): A randomised controlled trial. *Lancet Respiratory Medicine* 2023; 11(3):265-72.
22. Malik S, Perveen A. Mindfulness and anxiety among university students: Moderating role of cognitive emotion regulation. *Current Psychology* 2023; 42(3):5621-8.
23. Javidnia N, Mehrenejad SA, Moazedian A. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and metacognitive therapy on reducing rumination in depressed patients. *Political Sociology Research* 2022; 5(7):1061-76. [Persian]
24. Soltaninezhad MS, Jenabadi H, Arab A. Comparing the effects of metacognitive therapy and mindfulness-based cognitive therapy on students' test anxiety. *MEJDS* 2021; 11:217-27. [Persian]
25. Khorrami M, Atashpour SH, Arefi M. Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and metacognitive therapy on psychological well-being, mental vitality and resilience among mothers of children with cerebral palsy. *North Khorasan University of Medical Sciences* 2020; 12(1):63-72. [Persian]
26. Capobianco L, Reeves D, Morrison AP, Wells A. Group metacognitive therapy vs. mindfulness meditation therapy in a transdiagnostic patient sample: A randomised feasibility trial. *Psychiatry Research* 2018; 259:554-61.
27. Chambers R, Stoliker D, Simonsson O. Psychedelic-assisted psychotherapy and mindfulness-based cognitive therapy: Potential synergies. *Mindfulness* 2023; 14(9):2111-23.

Comparing the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Metacognitive Therapy on Emotional Self-Regulation in Patients with Alopecia Areata

Tajally R¹, Bahrami Hidaji M^{2*}, Tajeri B³, Hossein-Zadeh Taghvaie M³, Goodarzi A⁴

1-PhD Student, Dept. of Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2-Assistant Prof., Dept. of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran. (Corresponding Author) E-mail: bahrami_h3@yahoo.com, Tel: 09122370275.

3-Assistant Prof., Dept. of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

4-Associate Prof., Dept. of Dermatology, School of Medicine, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Received: 4 April 2024

Accepted: 15 December 2024

Introduction: Alopecia areata is the reason why 2-3% of skin patients refer to skin and hair centers. Also, the findings indicate the role of emotional self-regulation in the etiology and persistence of psychological injuries, especially in skin patients. Therefore, this study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and metacognitive therapy on emotional self-regulation in patients with alopecia areata.

Materials and Methods: This was a quasi-experimental study with a pre-test, post-test, and control group design with a 3-month follow-up. The statistical population included all patients with alopecia areata who referred to specialized skin and hair centers in Tehran in 2023 (178 people); out of which 45 people were selected by purposive sampling and randomly assigned into three equal groups of 15 people. In addition to the demographic information checklist, the Mars' Emotional Self-Regulation Questionnaire was used to collect information. Therapeutic interventions were applied during 9 90-minute sessions for the experimental groups. Data were analyzed by two-way repeated measures ANOVA.

Results: Mindfulness-based cognitive therapy and metacognitive therapy improved the scores of cognitive ($\eta=0.256$ & $F=7.77$), behavioral ($\eta=0.295$ & $F=8.99$), change of position ($\eta=0.173$ & $F=4.50$), emotional change ($\eta=0.303$ & $F=9.33$), negative ($\eta=0.234$ & $F=6.57$), and positive mood ($\eta=0.289$ & $F=8.75$) in patients with alopecia areata compared to the control group ($p<0.05$). Also, no statistically significant difference was observed between the effectiveness of the two intervention methods ($p>0.05$).

Conclusion: According to the results, active specialists in the field of alopecia areata can consider the use of mindfulness-based cognitive therapy and metacognitive therapy in the emotional self-regulation recovery of these people, along with other treatments.

Keywords: Mindfulness-based cognitive therapy, Metacognitive therapy, Emotional self-regulation, Alopecia areata

Please cite this article as follows:

Tajally R, Bahrami Hidaji M, Tajeri B, Hossein-Zadeh Taghvaie M, Goodarzi A. Comparing the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Metacognitive Therapy on Emotional Self-Regulation in Patients with Alopecia Areata. *Community Health Journal* 2024;18 (2):1-12.

Funding: This research was funded by the Islamic Azad University, Karaj Branch, Iran.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: The Ethics Committee of Islamic Azad University, Karaj Branch, approved the study (IR.IAU.K.REC.1401.084).