

Research Paper



The Effectiveness of Group Schema Therapy on Metacognitive Beliefs, the Fusion of Action Thinking and Female Ruminants with Generalized Anxiety Disorder



Mahsa Dehghanisoltani*¹, Fereshte Rezainasab²

1. MA of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Sirjan Branch, Sirjan, Iran

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Islamic Azad University, Sirjan Branch, Sirjan, Iran.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.21.1](https://doi.org/10.1001.1.27173852.1401.17.66.21.1)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15282.html



ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:
Inclusive anxiety, cognitive beliefs, thought Mixing, intellectual ruminant, group therapy.

Received:
Accepted:
Available:

The aim of this study was to determine the effectiveness of group schema therapy on metacognitive beliefs, fusion of thinking and rumination of women with generalized anxiety disorder in Kerman. The research method was semi-experimental with pre-test and post-test design with control group. The sample was purposefully selected from the clients of Kerman Counseling and Psychology Centers and in order to conduct the research after the implementation of the metacognitive belief's questionnaires, the combination of thinking and mental rumination, 40 of the clients were selected purposefully and in two groups. Twenty people were randomly selected for testing and control. The experimental group underwent a 60-minute schema therapy for 10 sessions. The measurement tool for Wales et al.'s metacognitive belief questionnaires was a fusion of Thordson's and Rachman's thinking and Huxma and Maro's ruminants, completed by pre-test and post-test participants. Data were analyzed using descriptive statistics and multivariate analysis of covariance. The results showed that group schema therapy has an effect on metacognitive beliefs, thought mixing and thought rumination in women with generalized disorder. So that group schema therapy reduces metacognitive beliefs, thought-action intertwining and rumination in women. Schema therapy is an appropriate method to modify the dimensions of metacognitive beliefs, thought-action mixing and rumination in women with generalized disorder.



* Corresponding Author: Mahsa Dehghanisoltani

E-mail: mdehghanisoltani@gmail.com



اثر بخشی طرحواره درمانی بر باورهای فراشناختی، آمیختگی فکر کنش و نشخوار فکری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر



مهسا دهقانی سلطانی^۱، فرشته رضایی نسب^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان، سیرجان، ایران.
۲. دانشیار گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان، سیرجان، ایران.



DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.66.21.1](https://doi.org/10.27173/852.1401.17.66.21.1)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15282.html



چکیده

مشخصات مقاله

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر باورهای فراشناخت، آمیختگی فکر کنش و نشخوار فکری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر کرمان انجام شد. روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه به صورت هدفمند از مراجعہ کنندگان به مراکز مشاوره و روان شناسی شهر کرمان انتخاب شدند و به منظور اجرای پژوهش بعد از اجرای پرسشنامه های باورهای فراشناختی، آمیختگی فکر کنش و نشخوار فکری تعداد ۴۰ نفر از مراجعہ کنندگان به صورت هدفمند انتخاب شدند و در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل به طور تصادفی جایگزین شدند. گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای تحت طرحواره درمانی قرار گرفتند. ابزار اندازه گیری پرسشنامه های باور فراشناخت ولز و همکاران، آمیختگی فکر کنش تورداسون و راجمن و نشخوار فکری هوکسما و مارو بود که توسط شرکت کنندگان در مرحله پیش آزمون و پس آزمون تکمیل شد. داده ها با روش های آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس چند متغیری تجزیه و تحلیل شد. نتایج پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی گروهی بر باورهای فراشناخت، آمیختگی فکر کنش و نشخوار فکری در زنان مبتلا به اختلال فراگیر تأثیر دارد. به طوری که طرحواره درمانی گروهی باعث کاهش باورهای فراشناخت، آمیختگی فکر کنش و نشخوار فکری در زنان می شود. طرحواره درمانی شیوه مناسبی جهت تعدیل ابعاد باورهای فراشناخت، آمیختگی فکر کنش و نشخوار فکری در زنان مبتلا به اختلال فراگیر است.

کلیدواژه‌ها:

آمیختگی فکر کنش اضطراب فراگیر، باورهای شناختی، درمان گروهی، نشخوار فکری

دریافت شده:

پذیرفته شده:

منتشر شده:

* نویسنده مسئول: مهسا دهقانی سلطانی

رایانامه: mdehghanisoltani@gmail.com

مقدمه

اختلال اضطرابی عبارت است از یک حالت روانی یا برانگیختگی شدید که از ویژگی‌های اصلی آن می‌توان ترس، تردید، نگرانی مفرط را نام برد (گارسیا-لوپز، الیور، بیدل، آلبانو، ترنر و روسا، ۲۰۰۶). این اختلالات به طور شایع و جدی در سراسر جهان رخ می‌دهند. بر طبق شواهد گروه کثیری از افراد در آمریکا و اروپا اختلالات روانی را در طول زندگی تجربه می‌نمایند (ویچین، جکوبی، رحم، گوستوسون، سونسون، جانسون^۱ و همکاران، ۲۰۱۱). شیوع اختلالات روانی در ایران نیز ۱۰ تا ۲۰ درصد گزارش شده است (علیزاده، رجالی، فیضی، افشار، حسن‌زاده و ادیبی، ۱۳۹۴).

یکی از انواع اختلالات اضطرابی، اختلال اضطراب فراگیر^۲ است. اضطراب فراگیر یکی از اختلال‌های اساسی در آسیب‌شناسی روانی است. بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، این اختلال به واسطه اضطراب و نگرانی بیش از حد، دشواری در کنترل نگرانی و همچنین شکایت‌های روان‌شناختی و جسمانی، مشکلات تمرکز، تحریک‌پذیری و مشکلات خواب مشخص می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). در واقع اختلال اضطراب فراگیر دربرگیرنده اضطراب، نگرانی و تنش مفرطی است که در بیشتر روزها دیده می‌شود، حداقل به مدت شش ماه ادامه دارد و محور نگرانی فرد، رویدادهای معمول زندگی است. اضطراب مزبور به سختی مهار می‌شود، رنج و عذاب درون ذهنی برای فرد ایجاد می‌کند و حوزه‌های مهم زندگی فرد را مختل می‌کند (رومرونوونگ، کنچانتاوان، سیروویچیکول و ماس^۳، ۲۰۱۶).

یکی از زمینه‌های مهم در زمینه شناختی افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، باورهای فراشناختی است. حالت فراشناختی به عنوان یک حالت انتقالی از موقعیت‌های فکری یا عقلانی شخص تعریف می‌شود که در شدت، دارای نوسان است و در طول زمان تغییر می‌کند (موریسون و جوی^۴، ۲۰۱۶). به کمک تقویت راهبردهای فراشناختی، افراد سیستم جایگزینی خود را بسط داده، بنابراین می‌توانند تجارب را به روش جدیدی ارزیابی و پردازش کنند. درمان فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام اختلال اضطرابی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها به الگوی خاصی از پاسخ دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شود که موجب تداوم و تقویت آن اختلال می‌شود (بانیر^۵ و همکاران، ۲۰۱۸).

ولز^۶ (۱۹۹۵) بیان می‌کند که باورهای فراشناختی نقش مرکزی را در ایجاد و تداوم اختلال اضطراب فراگیر ایفا می‌کنند و بیماران مبتلا به این اختلال، نسبت به گروه بدون تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، که از نظر میزان شدت نگرانی با گروه آزمایشی قابل مقایسه بودند، پس از نگرانی، برانگیختگی مفرط بیشتری را تجربه می‌کنند. به علاوه، بیماران مبتلا در

مقایسه با شرکت‌کنندگان بدون تشخیص اختلال اضطراب فراگیر، نگرانی را خطرناک‌تر، مضرت‌تر و غیر قابل کنترل‌تر ارزیابی می‌کردند (روسیکو و بوکویک^۸، ۲۰۰۴). همچنین سلمانی، حسنی، محمدخانی و کرمی (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان داد که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر، باورهای منفی بیشتری در مورد کنترل ناپذیری و خطر نگرانی نسبت به بیماران مبتلا به افسردگی دارند؛ در حالی که این تفاوت بین بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر و وسواس فکری/اجباری به دست نیامد.

بیماران با تشخیص اختلال اضطراب فراگیر از مشغولیت ذهنی بیمارگونه رنج می‌برند و در مورد پیامدهای منفی بالقوه که می‌توانست رخ دهد، اما اتفاق نیفتاده، نشخوار فکری می‌کنند (احمدی بجق، بخشی پور و فرامرزی، ۱۳۹۴). نشخوار فکری، یکی از مشکلات افرادی است که دارای باورهای فراشناختی منفی هستند و اصطلاحی است که به طبقه‌ای کامل از افکار اشاره می‌کند که تمایل به تکرار دارند و مجموعه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک موضوع مهم می‌گردد و می‌تواند بدون وجود تقاضاهای محیطی ایجاد شود (اسبجورن، نورمن، کریستیانسن و رینهولدت دانته^۹، ۲۰۱۸). همچنین نشخوار فکری می‌تواند با آمیختگی فکرکنش در ارتباط باشد. آمیختگی فکرکنش به صورت اعتقاد به این که افکار شخصی می‌تواند به طور مستقیم بر رویدادهای بیرونی تاثیر بگذارند، تعریف شده است (مارچتی، مور، چپورتی و کوستر^{۱۰}، ۲۰۱۸). آمیختگی فکرکنش، یک سوگیری شناختی است که دارنده آن بر این باور است که داشتن افکار ناخوشایند و نامقبول دال بر غیراخلاقی بودن منش وی است و یا احتمال وقوع رویدادهای فاجعه‌انگیز را می‌تواند افزایش دهد (برل و استارسوویچ^{۱۱}، ۲۰۱۵). آمیختگی فکرکنش می‌تواند احتمالی یا اخلاقی باشد در آمیختگی فکرکنش احتمالی، با داشتن یک فکر ناخواسته و غیرقابل پذیرش احتمال وقوع آن حادثه خاص بالا می‌رود و در فکرکنش اخلاقی، داشتن یک فکر مزاحم غیرقابل قبول، تقریباً معادل اخلاق آن عمل خاص است (راچمن^{۱۲}، ۲۰۱۶). تحقیقات اسمیث و آلوی^{۱۳} (۲۰۰۹) در مطالعه خود نشان دادند که نشخوار فکری می‌تواند به دلیل هدف ناکام ایجاد شود و راهی برای دستیابی به هدف محسوب گردد. همچنین نشخوار فکری می‌تواند دلیلی برای آسیب‌پذیری نسبت به خلق و خوی افسرده و اختلال اضطراب باشد. مطالعات متعددی از همپوشی نشخوار فکری با اضطراب و اختلالات اضطرابی خبر می‌دهند (موریزون و کنر^{۱۴}، ۲۰۱۹). بنابراین با توجه به سیر مزمن، شیوع بالا و همراهی با سایر اختلالات روان‌شناختی در زنان، این اختلال را به عنوان یکی از مهمترین اختلال‌های ناتوان‌کننده برای بزرگسالان مطرح کرده است و نیازمند مداخلات بیشتری در این زمینه است.

9. Esbjörn, Normann, Christiansen & Reinholdt-Dunne
10. Marchetti, Mor, Chiorri & Koster
11. Berle & Starcevic
12. Rachman
13. Martin
14. Morrison, R & conner

1. Garcia-Lopez, Olivare, Beidel, Albano, Turner & Rosa
2. Wittchen, Jacobi, Rehm, Gustavsson, Svensson & Jönsson
3. anxiety reduction
4. Roomruangwong, Kanchanatawan, Sirivichayakul & Maes
5. Morrison & Joy
6. Banneyer
7. Wells
8. Ruscio & Borkovec

- طرحواره درمانی گروهی بر آمیختگی فکر کنش زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر شهرستان کرمان تأثیر دارد.

- طرحواره درمانی گروهی بر نشخوار فکری زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر شهرستان کرمان تأثیر دارد.

روش

طرح پژوهش نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان شناسی شهر کرمان (رهنما، شادزی و آتیه) در سال ۱۳۹۸ بود. برای انتخاب نمونه از بین مراجعان پس از مصاحبه بالینی، به روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۴۰ نفر از زنان انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری آزمایش و کنترل گمارده شدند. ملاک های ورود به تحقیق شامل محدوده سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، فقدان سابقه مصرف مواد؛ سلامت ظاهری جسمانی و عدم دریافت هر گونه درمان و مشاوره ای دیگر به صورت همزمان با اجرای این پژوهش و ملاک های خروج از تحقیق نیز شرکت در برنامه آموزشی دیگر و غیبت در دو جلسه آموزشی بود.

ابزارهای اندازه گیری پژوهش حاضر شامل پرسشنامه های ذیل بود:

پرسشنامه باورهای فراشناخت ولز و همکاران: در این پژوهش برای سنجش باورهای فراشناخت از پرسشنامه باورهای فراشناخت ولز و همکاران (۲۰۰۴) استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۳۰ گویه خودگزارشی می باشد که سنجش باورهای افراد درباره تفکراتشان را انجام می دهد (زمانزاده، ۲۰۱۳). این پرسشنامه دارای ۵ خرده مقیاس از قبیل باورهای مثبت درباره نگرانی، باورهای منفی درباره کنترل پذیری افکار، عدم اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی می باشد (دهقانی، باباپور خیرالدین و اسماعیل پور، ۱۳۹۵). ضریب آلفای کرونباخ این آزمون برای خرده مقیاسها در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گزارش گردیده و ضریب پایایی باز آزمایی برای نمره کل دوره ۸۱ تا ۲۲ روزه ۰/۷۵ بوده است و برای خرده مقیاس ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش شده است (ولز، ۲۰۰۹).

پرسشنامه آمیختگی فکر کنش تورداسون و راچمن: این مقیاس شفران، تورداسون و راچمن (۱۹۹۶) ارائه شد. دارای ۱۹ سؤال ۵ گزینه ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) می باشد که نمره گزینه ها به ترتیب ۴، ۳، ۲، ۱ و صفر می باشد. در سه مقیاس ۱- آمیختگی فکر - عمل احتمالاتی برای خود (۳ آیتم)، ۲- آمیختگی فکر- عمل احتمالاتی برای دیگران (۴ آیتم) و ۳- آمیختگی فکر- عمل اخلاقی (۱۲ آیتم) تدارک دیده شده است. اما در مقیاس اغتشاش فکر- عمل تجدید نظر شده، هشت خرده مقیاس به مقیاس اولیه افزوده شده است، که دو خرده مقیاس به طور کامل جدید و شش خرده مقیاس در واقع به نحوی حاصل ویرایش مقیاس قبلی اند. مجموع گویه های این مقیاس جدید ۲۷ گویه است،

طرحواره درمانی به عنوان یک روش درمانی به میزان زیادی برای درمان اختلال کمبود توجه- بیش فعالی (پودار، سینها و اوربی^۱، ۲۰۱۵)، افسردگی (شاهار، بلات، زارووف، کوپرمینک و لیدباتر^۲، ۲۰۰۴)، اختلالات تغذیه ای (کالورت و اسمیت^۳ (۲۰۱۸) و اختلالات اضطرابی (لیهی^۴، ۲۰۱۵) مورد توجه قرار گرفته است. طرح واره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که به طور عمده بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش های درمان شناختی رفتاری سنتی بنا شده است. این مدل اگر چه مولفه های شناختی و رفتاری را برای درمان ضروری می داند، اما به تغییر هیجانی، تکنیک های تجربی و رابطه درمانی نیز اهمیت می دهد (یانگ، کلسکو و ویشار^۵، ۲۰۱۶). طرحواره درمانی بر تغییر و تعدیل طرحواره های ناسازگار اولیه تأکید می کند و به باور یانگ، طرحواره های غیرانطباقی اولیه، ساختارهای شناختی عمیقی شامل باورهایی درباره خود، دیگران و محیط هستند که از ارضاء نشدن نیازهای اولیه به ویژه نیازهای هیجانی در دوران کودکی سرچشمه می گیرند. این طرحواره ها اطلاعات مربوط به رابطه بین فرد و محیط را تحریف و افکار خودکار منفی را فعال می کنند و در نهایت نگرش ها و پردازش شناختی ناپهنجار را در پی دارند (داروویچ و ریدل باوئر^۶، ۲۰۱۸). کارتر، مک اینتوچ، جوردن، پورتر، دوگلاس و فرامپتون^۷ (۲۰۱۹) در مقاله خود به اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر روی اختلال اضطراب فراگیر، پرداختند. از ۳۲ شرکت کننده واجد شرایط در این مطالعه، ۶۵/۳ درصد از بیماران بهبود نسبی یافتند. در پیگیری ۳ ماهه، میزان بهبودی به ۷۸/۳ درصد افزایش یافت. علاوه بر این، نرخ بهبودی برای بیماران با و بدون همبودی قابل مقایسه بود. نتایج همچنین نشان داد طرحواره درمانی یک روش مقرون به صرفه برای درمان اختلال اضطراب فراگیر محسوب می شود. هولدنز^۸ (۲۰۱۳) به بررسی ویژگی های درمان و اثرات آن بر آمیختگی فکر کنش در طی اختلالات اضطرابی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بعد از طرحواره درمانی، میزان آمیختگی فکر کنش کاهش پیدا می کند و این کاهش آمیختگی فکر می تواند، میزان اضطراب فراگیر در نیز کمتر کند. همچنین نتایج حاکی از آن بود که آمیختگی فکر کنش در اثر طرحواره درمانی بهبود می یابد و باید مورد ارزیابی و شاید درمان در اختلالات وسواسی جبری عمل قرار گیرد.

در مطالعات گذشته نقش باورهای فراشناخت و آمیختگی فکر کنش در اختلال اضطراب فراگیر چندان مورد توجه نبوده و از طرفی کمتر پژوهشی به بررسی طرحواره درمانی بر باورهای فراشناخت، آمیختگی فکر کنش و نشخوار فکری در زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر پرداخته است. هدف این پژوهش تعیین اثر بخشی طرحواره درمانی گروهی بر باورهای فراشناختی، آمیختگی فکر کنش و نشخوار فکری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر بوده است؛ بنابراین، فرضیه های پژوهش به این شرح است:

- طرحواره درمانی گروهی بر باورهای فراشناختی زنان مبتلابه اختلال اضطراب فراگیر شهرستان کرمان تأثیر دارد.

5. Young & Klosko & weishaar
6. Darewych and Riedel Bowers
7. Carter, McIntosh, Jordan, Porter, Douglas & Frampton
8. Holdens

1. Poddar, Sinha & Urbi
2. Shahar, Blatt, Zuroff, Kuperminc & Leadbeater
3. Calvert and Smith
4. Leahy

ثابت هیجان‌ها، مشاهده و توصیف هیجان	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، به کارگیری تکنیک شناسایی و برچسب‌زنی هیجان‌ها	سوم
آزمایش رفتاری در مورد اینکه هیجان‌های احتمالی که سایر افراد ممکن است در چنین شرایطی داشته باشند.	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، استفاده از تکنیک عادی‌سازی هیجان، تکنیک کاهش استرس	چهارم
باورهای غلط، مطالعه‌ی حقایق پایه در مورد هیجان‌ها، مزایا و معایب پذیرش هیجان‌ها	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، چالش با باورهای غلط هیجانی، تکنیک پذیرش هیجان	پنجم
تحمل احساسات آمیخته، ذهن آگاهی	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، چالش با بیمار برای رها ساختن راهبردهای دردسرساز، شناسایی راهبردهای مفید و معرفی ذهن آگاهی به منظور دست کشیدن از نگرانی و نشخوار و راهبردهای رفتاری	ششم
ذهن آگاهی و متناسب با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان) کنترل، پذیرش، توافق، طول مدت و...	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، ادامه‌ی چالش با راهبردهای دردسرساز، کار بر روی باورها و تفسیرهای منفی از هیجان	هفتم
متناسب با باورها و تفسیرهای منفی از هیجان (دیدگاه ساده‌انگارانه در مورد هیجان‌ها، احساس گناه، شرم و...)	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی بیمار از هیجان	هشتم
متناسب با باورها و تفسیرهای منفی مادر از هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر.	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، ادامه چالش با باورهای و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر، تکنیک فضاسازی برای هیجان، گفتگو در مورد هرگونه مسئله باقی مانده	نهم
ارائه نسخه‌ای مکتوب از تکنیک‌ها و جلسات	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به هیجان‌های مادر، ادامه چالش با باورها و تفسیرهای منفی در مورد هیجان، پیوند با ارزش‌های والاتر، تکنیک فضاسازی برای هیجان، گفتگو در مورد هرگونه مسئله باقی مانده	دهم

اما از گویه ۱۶ تا ۲۷ هر گویه به دو قسمت تبدیل می‌شود و برای هر قسمت نمره جداگانه لحاظ می‌شود. در مطالعه بخشی پور و همکاران (۱۳۹۰) همسانی درونی ضرایب آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۷۹ تا ۰/۹۵ بودند. ضرایب پایایی حاصل از بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۱ و برای خرده مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۶۳ به دست آمد (میکائیلی، عینی و تقوی، ۱۳۹۵).

پرسشنامه نشخوار فکری هوکسما و مارو: این مقیاس توسط نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) به منظور بررسی تمایل برای نشخوار نشانه‌های هیجانات منفی شان طراحی شده است که ۲۲ آیتم دارد و پاسخ دهندگان باید به هر سؤال بر اساس مقیاس لیکرت از یک (هرگز) تا چهار (اغلب اوقات) پاسخ دهند (نصری و همکاران، ۱۳۹۷). این پرسشنامه در ایران توسط منصوری و همکاران (۲۰۱۱) مورد بررسی قرار گرفته و روایی آن مورد تأیید واقع شده است. نمره کل نشخوار فکری از طریق جمع داده‌ها محاسبه می‌گردد. شواهد مربوط به روایی محتوا توسط اساتید و کارشناسان مربوط معتبر شناخته شده است. دامنه نمرات در این مقیاس بین ۲۲ تا ۱۱ قرار دارد و این مقیاس از سه خرده مقیاس بازتاب، در فکر فرو رفتن و افسردگی تشکیل شده است. پایایی این پرسش نامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار گرفته است (محسنی و یزدخواستی، ۱۳۹۶) که نشان دهنده پایایی درونی بالای آن می‌باشد و همبستگی درون طبقه‌ای آن با پنج بار اندازه‌گیری (همبستگی ۰/۷۵) نیز بالا بوده است. همچنین همبستگی بازآزمایی در مدت بالاتر از ۱۲ ماه ۰/۶۷ گزارش گردیده و در بررسی اولیه آلفای کرونباخ ۰/۹۰ حاصل شده است (نولن هوکسما و همکاران، ۲۰۰۸).

معرفی برنامه مداخله‌ای طرحواره درمانی: سرفصل جلسات آموزش طرحواره درمانی بر اساس طرح پیشنهادی یانگ (۲۰۰۳) توسط محقق تنظیم شد. سپس گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت، هیچ آموزشی دریافت نکرد. شرح مختصر جلسات در جدول (۱) آمده است.

جدول ۱: چهارچوب جلسات آموزشی طرحواره درمانی بر اساس مدل یانگ (۲۰۰۳)

جلسه	شرح جلسات	تکلیف خانگی
اول	تدوین فرمول‌بندی موردی؛ آماده‌سازی و معرفی مدل طرحواره هیجانی، اعتبار بخشیدن به مادران و هیجان‌ها، آموزش روانی در مورد اختلال نگرانی و خودانتقادی و هیجان.	تمایز میان افکار، احساس و رفتار- کارکرد هیجان‌ها (نگرانی و اضطراب)
دوم	مرور تکلیف خانگی، اعتبار بخشیدن به مادر و هیجان‌ها، مرور فرمول‌بندی موردی، شناسایی راهبردهای دردسرساز مادر و طرحواره‌های هیجانی	ترسیم مدل در شرایط هیجانی و شناسایی راهبردهای دردسرساز

1. Nolan Huxma and Maru

برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و تحلیل کوواریانس در نرم افزار SPSS.21 استفاده شد.

نتایج

به لحاظ توزیع جمعیت شناختی، میانگین سن آزمودنی‌ها در گروه آزمایش بین ۳۶ تا ۴۵ سال (۴۰٪) و در گروه کنترل نیز بین ۳۶ تا ۴۵ سال (۴۵٪) بود. پراکنش پایه تحصیلی نشان داد که در گروه آزمایش ۳۵ درصد دارای تحصیلات دیپلم و در گروه کنترل ۳۵ درصد دارای تحصیلات کارشناسی و

و لذا یکسانی واریانس‌ها برقرار است. بنابراین بر اساس این مفروضه‌ها و پیش-شرط‌های آزمون تحلیل کواریانس که محقق شده‌اند، برای فرضیه‌های پژوهشی از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس روی نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون باورهای

فراشناختی گروه آزمایش و کنترل

گروه	منبع تغییرات	مجدورانه	مجموع	درجه آزادی	میانگین	خطا	میانگین	مجدورانه	سطح	مجدور اتا
باورهای فراشناختی	پیش-آزمون	۲۰۲/۱۷	۱	۲۰۲/۱۷	۲۹/۵۰	۰/۰۴	۰/۰۷	۰/۰۴	۰/۰۷	۰/۰۴
	گروه	۳۰۵/۳۸	۱	۳۰۵/۳۸	۴/۴۵	۰/۵۶	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۰۳	۰/۵۶
	خطا	۵۴/۸۲	۱۷	۳/۲۲						
	کل	۲۱۶۲۲/۰۰۰	۲۰							

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که بین زنان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ نمرات طرحواره درمانی در متغیر باورهای فراشناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/03$) و ($F=4/45$). به این معنی که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، در متغیر وابسته باورهای فراشناختی، بین گروه‌ها تفاوت وجود دارد و طرحواره درمانی بر باورهای فراشناختی تأثیر دارد. در واقع طرحواره درمانی باعث کاهش باورهای فراشناختی زنان شده، اما این آموزش در گروه کنترلی تغییری ایجاد نکرده است. شاخص دیگر که باید به آن توجه شود، اندازه اثر است که در جدول با عنوان مجدور اتا مشخص شده است. مجدور اتا نشان دهنده درصدی از واریانس نمرات باورهای فراشناختی می‌باشد که در اثر اجرای عمل آزمایشی به وجود آمده است. مقدار مجدور اتا برابر با ۰/۵۶ است که اگر آن را تبدیل به درصد کنیم ۵۶ درصد می‌شود. بدین معنا که ۵۶ درصد از تغییرات نمرات باورهای فراشناختی ناشی از اجرای روش آموزشی می‌باشد. به عبارت دیگر طرحواره درمانی ۵۶ درصد تغییر در نمره‌های باورهای فراشناختی گردیده است. بنابراین فرضیه اول پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد.

کارشناسی ارشد هستند. در جدول (۲) شاخص‌های توصیفی نمرات در زیرمقیاس‌های باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و آمیختگی فکر به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و آمیختگی فکر

متغیر	مؤلفه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آمیختگی فکر کنش	اخلاقی	۲۸/۲	۳/۱۵	۱۷/۳۳	۳/۳۱
	احتمالاتی برای دیگران	۲۹/۴	۲/۲۳	۲۳/۰۶	۴/۲۹
نشخوار فکری	احتمالاتی برای خود	۲۴/۴۶	۱/۶۸	۲۱/۰۶	۱/۵۵
	بازتاب	۲۷/۸	۱/۴۱	۱۵/۹۳	۲/۶۲
باورهای فراشناختی	در فکر فرورفتن	۲۲/۴	۳/۲۶	۱۳/۴۶	۲/۳۱
	افسردگی	۲۷/۷۳	۱/۳۹	۲۱/۰۶	۲/۰۱
مهارت‌پذیری و خطر	بازتاب	۱۷/۲	۱/۴۰	۸/۵۳	۱/۳۴
	کنترل	۱۷/۳۳	۱/۲۲	۹/۷۳	۲
باورهای مثبت درباره نگرانی	در فکر فرورفتن	۱۷/۸۶	۱/۶۰	۸/۹۳	۱/۳۱
	افسردگی	۱۷/۱۳	۱/۳۹	۹/۵۳	۱/۹۰
باورهای خودآگاهی شناختی	افسردگی	۳۵/۶	۲/۸۲	۲۳/۹۳	۲/۵۶
	کنترل	۳۷/۶۶	۱/۳۹	۲۸/۲	۱/۸۶
اطمینان به حافظه	مهارت‌پذیری و خطر	۲۰/۸	۲/۲۵	۲۲/۵۳	۲/۹۸
	کنترل	۲۳/۱۳	۱/۰۲	۲۵	۱/۸۸
نیاز به مهار افکار	باورهای مثبت درباره نگرانی	۱۶/۹۳	۲/۴۱	۱۲/۲۶	۱/۶۳
	کنترل	۲۱/۹۳	۱/۳۹	۱۴/۷۳	۱/۲۲
نیاز به مهار افکار	خودآگاهی شناختی	۲۱/۲۶	۳/۳۴	۱۱/۵۳	۳/۸۴
	کنترل	۲۵/۵۳	۱/۱۴	۱۶/۶	۱/۰۸
نیاز به مهار افکار	اطمینان به حافظه	۱۶/۲۶	۱/۷۵	۸	۱۹/۴۲
	کنترل	۱۶/۳۳	۱/۴۸	۱۰/۶	۱/۶۶
نیاز به مهار افکار	نیاز به مهار افکار	۱۲/۳۳	۱/۶۶	۷/۷۳	۱/۵۷
	کنترل	۱۵	۱/۵۵	۹/۲۶	۰/۷۱

قبل از آزمون تحلیل کواریانس، جهت رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس باکس برای همگنی ماتریس‌ها، لامبدای ویلکز و آزمون لوین برای یکسانی واریانس‌ها به عمل آمد. بر اساس نتایج آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس برقرار است. بر اساس آزمون لامبدای ویلکز که در سطح ۰/۰۲ معنی‌دار بود. همچنین بر اساس آزمون لوین نشان داد که متغیرهای آمیختگی فکر کنش، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری معنی‌دار نیستند

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس روی نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون آمیختگی

گروه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا
آمیختگی فکر	پیش-آزمون	۲۱۷/۶۶	۱	۲۱۷/۶۶	۲/۷۰	۰/۰۹	۰/۰۴
	گروه	۱۹۹/۱۴	۱	۱۹۹/۱۴	۳/۵۱	۰/۰۴	۰/۲۳
کنش	خطا	۷۲/۷۰	۱۷	۴/۲۷			
	کل	۲۶۷۵۶/۰۰۰	۲۰				

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که بین زنان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ نمرات طرحواره درمانی در متغیر آمیختگی فکر کنش تفاوت معناداری وجود دارد ($P=0/04$) و ($F=3/51$). به این معنی که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، در متغیر وابسته آمیختگی فکر کنش، بین گروه‌ها تفاوت وجود دارد و طرحواره درمانی بر آمیختگی فکر کنش تأثیر دارد. در واقع طرحواره درمانی باعث کاهش آمیختگی فکر کنش زنان شده، اما این آموزش در گروه کنترلی تغییری ایجاد نکرده است. شاخص دیگر که باید به آن توجه شود، اندازه اثر است که در جدول با عنوان مجذور اتا مشخص شده است. مجذور اتا نشان دهنده درصدی از واریانس نمرات آمیختگی فکر کنش می‌باشد که در اثر اجرای عمل آزمایشی به وجود آمده است. مقدار مجذور اتا برابر با ۰/۲۳ است که اگر آن را تبدیل به درصد کنیم ۲۳ درصد می‌شود. بدین معنا که ۲۳ درصد از تغییرات نمرات آمیختگی فکر کنش ناشی از اجرای روش آموزشی می‌باشد. به عبارت دیگر طرحواره درمانی ۲۳ درصد تغییر در نمره‌های آمیختگی فکر کنش گردیده است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس روی نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون نشخوار

گروه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا
نشخوار فکری	پیش-آزمون	۲/۰۱	۱	۲/۰۱	۰/۸۰	۰/۳۷	۰/۰۲
	گروه	۹۱/۳۵	۱	۹۱/۳۵	۳۶/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷
خطا	خطا	۶۷/۳۲	۱۷	۳/۹۶			
	کل	۶۱۲۷۰/۰۱	۲۷				

نتایج حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که بین زنان گروه آزمایش و کنترل از لحاظ نمرات طرحواره درمانی در متغیر نشخوار فکری تفاوت

معناداری وجود دارد ($P=0/01$) و ($F=36/63$). به این معنی که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، در متغیر وابسته نشخوار فکری، بین گروه‌ها تفاوت وجود دارد و طرحواره درمانی بر نشخوار فکری تأثیر دارد. در واقع طرحواره درمانی باعث کاهش نشخوار فکری زنان شده، اما این آموزش در گروه کنترلی تغییری ایجاد نکرده است. شاخص دیگر که باید به آن توجه شود، اندازه اثر است که در جدول با عنوان مجذور اتا مشخص شده است. مجذور اتا نشان دهنده درصدی از واریانس نمرات نشخوار فکری می‌باشد که در اثر اجرای عمل آزمایشی به وجود آمده است. مقدار مجذور اتا برابر با ۰/۵۷ است که اگر آن را تبدیل به درصد کنیم ۵۷ درصد می‌شود. بدین معنا که ۵۷ درصد از تغییرات نمرات نشخوار فکری ناشی از اجرای روش آموزشی می‌باشد. بنابراین فرضیه سوم پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که طرحواره درمانی گروهی بر باورهای فراشناختی، آمیختگی فکر کنش و نشخوار فکری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر شهر کرمان موثر بوده است.

یافته پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر باورهای فراشناختی زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد و باعث کاهش باورهای فراشناختی می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های موریزون و کتر (۲۰۱۹) و دارویچ و ریادل باوئر (۲۰۱۸) مطابقت دارد. به طوری که در تبیین این یافته مشخص گردید که این طرحواره‌ها اطلاعات مربوط به رابطه بین فرد و محیط را تحریف و افکار خودکار منفی را فعال می‌کنند و در نهایت نگرش‌ها و پردازش شناختی ناپه‌نچار را در پی دارند که در این زمینه طرحواره درمانی باعث کاهش باورهای فراشناختی می‌شود. کارتر و همکاران (۲۰۱۹) در مقاله خود به اثربخشی طرحواره درمانی گروهی بر روی اختلال اضطراب فراگیر، پرداختند. از ۳۲ شرکت کننده واجد شرایط در این مطالعه، ۶۵/۳ درصد از بیماران بهبود نسبی یافتند. در پیگیری ۳ ماهه، میزان بهبودی به ۷۸/۳ درصد افزایش یافت. علاوه بر این، نرخ بهبودی برای بیماران با و بدون بهبودی قابل مقایسه بود. نتایج همچنین نشان داد طرحواره درمانی یک روش مقرون به صرفه برای درمان اختلال اضطراب فراگیر محسوب می‌شود. باورهای فراشناختی مختل، عوامل زیربنایی هستند که در تحول و پریشانی روانشناختی به ویژه اختلال اضطراب فراگیر درگیر هستند. به علاوه می‌توان بیان کرد که باورهای فراشناخت به عنوان عاملی برای تشدید اضطراب فراگیر می‌باشند. یکی از مزیت‌های طرحواره درمانی کار بر روی شناخت‌های گرم یا شناخت‌هایی با بار هیجانی می‌باشد. در جلسات طرحواره درمانی در بعد هیجانی و عاطفی با استفاده از راهبردهای تجربی، باور فراشناختی که به باور هیجانی گره خورده است به چالش کشیده می‌شود تا فرد علاوه بر سطح شناخت در سطح عاطفی نیز با طرحواره‌های خود مواجه شود. از طرفی در بعد شناختی، طرحواره درمانی با کارکردن بر صدای درونی شده والدین و عمیق‌ترین سطح شناخت یعنی طرحواره‌ها کمک می‌کنند

موقعیت که اخیراً تجربه کرده اند، به کار می‌برند نشخوار فکری وقایع مربوط به آن می‌باشد. در حین نشخوار فکری افراد دائماً از تجربیات منفی و تحریف شده در موقعیت‌های مختلف تصاویر ذهنی منفی می‌سازند و اضطراب آنها در موقعیت‌های مختلف بالا می‌رود. درمانگر در طرحواره درمانی ابتدا سبک‌های مقابله‌ای ناکارآمد مانند درگیر شدن در فرایند پردازش پس رویدادی و راهبردهای اجتناب شناختی را شناسایی می‌کند و سپس با به کارگیری رویکرد پذیرش هیجان‌ها و ذهن آگاهی و همچنین اعتبار بخشیدن به هیجان‌های بیمار موجب کاهش تلاش فرد برای کنترل افکار، حواس جسمی و هیجان‌های اضطرابی می‌شود و با آموزش به بیمار برای اتخاذ موضعی به دور از قضاوت کردن هیجان‌ها و مشاهده آنها به کاهش علائم و نشانه‌های اضطراب فراگیر منجر می‌شود (موریزون و کتر، ۲۰۱۹).

بنابراین توجه به طرحواره درمانی نقش مهمی در کاهش باورهای فراشناختی، آمیختگی فکر کنش و نشخوار فکری دارد و طرحواره درمانی با توجه به جنبه‌های درمانی خود باعث کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش جنبه‌های مثبت در زندگی زنان می‌گردد. این پژوهش با محدودیت‌هایی مواجه بود. از آنجایی که یافته‌های پژوهش حاصل از گزارش شخصی و پرسشنامه در مورد متغیرهای موجود بود، لذا برای تعمیم نتایج پژوهش باید احتیاط نمود. با توجه به اینکه نمونه آماری کلیه زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر کرمان بودند؛ لذا در تعمیم نتایج به سایر مراکز باید توجه گردد. از سویی در پژوهش حاضر زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به روش نمونه‌گیری دردسترس بررسی شدند که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد بر روی سایر اختلالات و روش‌های نمونه‌گیری تصادفی نیز استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در جلسات درمان واقعی صرف-نظر از دیدگاه نظری یا سبک مشاوره‌ای و درمانی اتخاذ شده به منظور بهینه-سازی درمان این اختلال، طرحی برای افزایش پذیرش و زندگی مبتنی بر ارزش زنان مدنظر قرار گیرد و از این طریق میزان نگرانی اضطراب فراگیر و نشخوار فکری‌شان کاهش یابد. همچنین پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و مددکاری برنامه‌های آموزشی مناسبی در جهت توانمندسازی، افزایش مهارت‌های زندگی و قدرت تطابق زنان برای بهبود باورهای فراشناختی تدارک بینند تا ضمن افزایش سطح تحمل زنان در برابر مشکلات، قدرت مقابله‌ی موثر آنان در برابر تنش‌ها و فشارهای روانی بهبود یابد و میزان اضطراب‌شان کاهش یابد.

تا افراد ناراضی از روابط بین فردی به ریشه افکار و تحریف‌های شناختی خود آگاهی یابند و با استفاده از تکنیک‌های شناختی از قبیل شواهد تعیین‌کننده و ردکننده و تکنیک‌های تجربی از قبیل تصویرسازی، ریشه تحریف‌های شناختی را دچار تغییر و تعدیل نمایند و بدین سان باورهای فراشناختی نیز دچار دگرگونی می‌شود (موریزون و کتر، ۲۰۱۹).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر آمیختگی فکر کنش زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد و باعث کاهش آمیختگی فکر کنش در زنان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های هولدنز (۲۰۱۳) و اسمیت و آلوی (۲۰۰۹) مطابقت دارد. به طوری که هولدنز (۲۰۱۳) به بررسی ویژگی‌های درمان و اثرات آن بر آمیختگی فکر کنش در طی اختلالات اضطرابی پرداختند و به این نتیجه رسیدند که بعد از طرحواره درمانی، میزان آمیختگی فکر کنش کاهش پیدا می‌کند و این کاهش آمیختگی فکر می‌تواند، میزان اضطراب فراگیر در نیز کمتر کند. همچنین نتایج حاکی از آن بود که آمیختگی فکر کنش در اثر طرحواره درمانی بهبود می‌یابد.

در تبیین یافته‌های به دست آمده می‌توان بیان کرد که اختلال اضطراب فراگیر حاصل باورهای ناکارآمد فرد می‌باشد. پیامد چنین باورهایی سبب می‌شود که فرد بدون آزمایش کردن اعتبار این باورها در واقعیت آنها را بی‌چون و چرا بپذیرد. به بیان دیگر ترس از به وجود آمدن اضطراب، باعث ایجاد نگرانی پاتولوژیک در فرد می‌شود. وقتی که درمورد دلایل نگرانی از بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر سوال می‌گردد به این باور خرافی اشاره می‌کنند که نگرانی در مورد چیزی باعث می‌شود که به احتمال کمتری اتفاق بدی رخ دهد. این جنبه تفکر جادویی در این اختلال تا حدودی مشابه با ساختار آمیختگی فکر کنش است. در طرحواره درمانی می‌توان با استفاده از تکنیک‌های شناختی از قبیل آزمون اعتبار طرحواره که در آن شواهد زندگی گذشته و فعلی بیمار که از طرحواره حمایت و یا آن را رد می‌کند توسط درمانگر و بیمار جمع‌آوری می‌شود و با توجه به شواهد موجود در واقعیت با پذیرفتن یا رد کردن طرحواره، آمیختگی فکر کنش را در فرد کاهش می‌یابد (هولدنز، ۲۰۱۳).

یافته دیگر پژوهش نشان داد که طرحواره درمانی بر نشخوار فکری زنان مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر تأثیر دارد و باعث کاهش نشخوار فکری در زنان می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های اسبجورن و همکاران (۲۰۱۸) و موریزون و کتر (۲۰۱۹) مطابقت دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که نشخوار فکری، یکی از مشکلات افرادی است که دارای باورهای فراشناختی منفی هستند و اصطلاحی است که به طبقه‌ای کامل از افکار اشاره می‌کند که تمایل به تکرار دارند و مجموعه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک موضوع مهم می‌گردد و می‌تواند بدون وجود تقاضاهای محیطی ایجاد شود (اسبجورن و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین نشخوار فکری می‌تواند با آمیختگی فکر کنش در ارتباط باشد. آمیختگی فکر کنش به صورت اعتقاد به این که افکار شخصی می‌تواند به طور مستقیم بر رویدادهای بیرونی تأثیر بگذارد، تعریف شده است (مارچتی و همکاران، ۲۰۱۸).

با توجه به این که، یکی از راهبردهای تنظیم هیجان که افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر برای مقابله با یک تجربه هیجان‌مربوط به یک

منابع

- Banneyer, K.N., Bonin, L., Price, K., Goodman, W. & Storch, E. A. (2018). Cognitive-Behavioral Therapy for Childhood Anxiety Disorders: A Review of Recent Advances. *Current Psychiatry Reports* 20(8), 65.
- Berle, D., & Starcevic, V. (2015). Thought – action fusion: Review of literature and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25, 263-284.
- Carter JD, McIntosh VV, Jordan J, Porter RJ, Douglas K, Frampton CM, et al. (2019) Patient predictors of response to cognitive behavior therapy and schema therapy for depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(9), 887-97.
- Calvert, F., & Smith, E., (2018). Group schema therapy for eating disorders: study protocol. *Journal of Eating Disorders*, 6(1), 10-18.
- Darewych, O. H., & Riedel Bowers, N. (2018). Positive arts interventions: Creative clinical tools promoting psychological well-being. *International Journal of Art Therapy*, 23(2), 62–69.
- Esbjörn, B.H., Normann, N., Christiansen, B.M., Reinholdt-Dunne, M. L. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal Anxiety Disord*, 53, 16-21.
- Kearney, D.J., Simpson, T.L., Malte, C.A., Felleman, B., Martinez, M.E., Hunt, S. C. (2016). Mindfulnessbased stress reduction in addition to usual care is associated with improvements in pain, fatigue, and cognitive failures among veterans with gulf war illness. *The American journal Ofmedicine*, 14(2)129-214
- Leahy, R. L. (2015). *Emotional Schema Therapy*. New York: Guilford Press.
- Marchetti, I., Mor, N., Chiorri, C., & Koster, E. H. (2018). The brief state rumination inventory (BSRI): Validation and psychometric evaluation. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 1–14.
- Morrison, R & conner, R.C. (2019). Asys tematic review of the relationship between rumination and suicidality. *Suicide life threat Behav*, (5)38, 45-67.
- Mikaeli, Niloufar; Yahya, Sanaz and Taghavi, Ramin (2016). The role of self-compassion and the sense of coherence and fusion of thought, action in predicting the psychological well-being of veterans with post-traumatic stress disorder, *Veteran Medicine*, 3(1), 76-87.
- Noguchi, K. (2017). Mindfulness as an End-State: Construction of a Trait Measure of Mindfulness. *Personality and Individual Differences*, 106, 298-307.
- Poddar, S., Sinha, V. K., & Urbi, M. (2015). Acceptance and commitment therapy on parents of children and adolescents with autism spectrum disorders. *International Journal of Educational and Psychological Researches*, 1(3), 221.
- Rachman, S. (2016). *The Treatment of Obsessions*. Oxford: Oxford University Press.
- Roomruangwong, C., Kanchanatawan, B., Sirivichayakul, S., Maes, M. (2016). Antenatal depression and hematocrit levels as predictors of postpartum depression and anxiety symptoms. *Psychiatry Res*, 238, 211-7.
- Ruscio, A. M. and Borkovec, T. D. (2004). Experience and appraisal of worry among high worriers with and without generalized anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 42(12), 1469-1482.
- احمدی بجق، سودابه؛ بخشی پور، باب اله و فرامرزی، محبوبه (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر وسواس فکری عملی، باورهای فراشناخت و نشخوار فکری، *مطالعات روان شناسی بالینی*، ۵(۲)، ۷۹-۱۰۹.
- دهاقانی سمیه؛ باباپور خیرالدین، جلیل و اسماعیل پور، خلیل (۱۳۹۵). نقش فراشناخت در پیشبینی احساس خستگی شناختی، جسمانی و اجتماعی براساس مدل براون، *فصلنامه روانشناسی شناختی*، ۲(۱)، ۳۳-۴۰.
- سلمانی، بهزاد؛ حسنی، جعفر؛ محمدخانی، شهرام؛ کرمی، غلامرضا (۱۳۹۳). ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی در باورهای فراشناختی، فراتگرانی، و علایم و نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD). *دوماه نامه علمی - پژوهشی فیض*، ۱۸(۵)، ۴۲۸-۴۳۹.
- شوشتری، آزاده؛ محمد رضایی، علی و طاهری، الهام (۱۳۹۵). اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر تنظیم هیجانی، باورهای فراشناختی و نشخوار فکری زنان مطلقه، *اصول بهداشت روانی*، ۸۱(۶)، ۳۲۱-۳۲۸.
- علیزاده، زینب؛ رجالی، مهتری؛ فیضی، آوات؛ افشار، حمید؛ حسن‌زاده، عمار؛ و ادیبی، پیمان (۱۳۹۴). بررسی وضعیت اختلالات روانی (اضطراب، افسردگی و پریشانی روانی) در جمعیت بزرگسال استان اصفهان سال ۱۳۸۹. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*، ۴۳(۴)، ۴۸-۴۲.
- محمود علیلو، مجید؛ موحدی، یزدان و خرازی نوتاش، هانیه (۱۳۹۴). نقش باورهای فراشناختی در پیش بینی نگرانی آسیب شناختی(مرضی) دانش آموزان مبتلا به اضطراب امتحان، *روان شناسی مدرسه*، ۴(۳)، ۸۶-۱۰۱.
- میکائیلی، نیلوفر؛ یحیی، ساناز و تقوی، رامین (۱۳۹۵). نقش دلسوزی به خود و حس انسجام و آمیختگی فکر، عمل در پیش بینی بهزیستی روان شناختی جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه، *طب جانباز*، ۳(۱)، ۳۴-۴۹.
- محسنی، اعظم و یزدخواستی، فریبا (۱۳۹۶). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش سوگیری توجه و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری شهر اصفهان، *سلامت جامعه*، ۸۸(۲)، ۴۸-۵۷.
- نصری، مریم؛ احدی، حسن و درتاج، فریبرز (۱۳۹۷). اثربخشی درمان فراتشخیص بر نشخوار فکری و اجتناب شناختی در بیماران دیابت، *مطالعات روانشناختی*، ۸۴(۲)، ۴۱-۵۶.

- Shahar, G., Blatt, S. J., Zuroff, D. C., Kuperminc, G. P., & Leadbeater, B. J. (2004). Reciprocal relations between depressive symptoms and self-criticism (but not dependency) among early adolescent girls (but not boys). *Cognitive Therapy and Research*, 28, 85–103.
- Smith, J.M., Alloy, L. B. (2009). A roadmap to rumination: A review of the definition, assessment, and conceptualization of this multifaceted construct. *Clinical Psychology Review*, 29(2), 116–28.
- Wells, A., McNicol, K., Reeves, D., Salmon, P., Davies, L., Heagerty, A., Gaffney, H., Heal, C., Shields, G., & Capobianco, L. (2018). Metacognitive therapy home-based self-help for cardiac rehabilitation patients experiencing anxiety and depressive symptoms: study protocol for a feasibility randomised controlled trial (PATHWAY Home-MCT). *Trials*, 19(1), 444.
- Wells, A. (1995). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Cogn Psychother*, 23, 301–20.
- Wittchen, H-U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B, et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-79
- Young, J.E, Klosko, J.S., & weishaar, M. E. (2016). schematherapy: A practiiners guide. N: Guilford press.

