

اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر اضطراب و نشخوار فکری زنان مطلقه
دارای علائم افسردگی

**The Effectiveness of Schema Mode Therapy on Rumination and Anxiety
in Divorced Women with Symptoms of Depression**

Younes Nosrati

Master of Clinical Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Kermanshah, Iran.

Mohammad Yousefvand

Master of Clinical Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Kurdistan, Iran.

Ayat Jafari

Master of Clinical Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

Saber Hosseini Nehad

Master of Clinical Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Kurdistan, Iran.

Email: s.hosaininahad65@gmail.com

یونس نصرتی

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمانشاه، ایران.

محمد یوسفوند

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، کردستان، ایران.

آیت جعفری

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

صابر حسینی نهاد*

کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، کردستان، ایران.

Abstract

The present study aimed to investigate the effectiveness of schema mood therapy on anxiety and rumination in divorced women with depressive symptoms. The present study was a quasi-experimental design with a pre-test-post-test and two-month follow-up with a control group. The statistical population of the study included divorced women covered by social service centers in Kermanshah in 2024. The sample of the study was 30 female heads of households with depressive symptoms who were selected through convenience sampling and based on the inclusion and exclusion criteria and randomly assigned to two experimental groups and a control group (15 people in each group). The instruments used in the present study were Beck Depression and Anxiety Questionnaires and the Ruminative Response

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر اضطراب و نشخوار فکری زنان مطلقه دارای علائم افسردگی انجام شد. تحقیق حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری دوماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مطلقه تحت پوشش پایگاه های خدمات اجتماعی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ تشکیل داد. نمونه پژوهش ۳۰ زن سرپرست خانوار دارای علائم افسردگی بودند که به شیوه نمونه گیری در دسترس و بر اساس ملاک های ورود و خروج به پژوهش انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزارهای گردآوری مطالعه حاضر پرسشنامه های افسردگی و اضطراب بک و پرسشنامه سبک پاسخدهی نشخواری بود. گروه آزمایش ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای پروتکل طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت

Style Questionnaire. The experimental group received 12 90-minute sessions of schema mood therapy protocol, and the control group did not receive any intervention. Data analysis was performed using the mixed analysis of variance method and based on its assumptions. The results showed that the Mindfulness-Based Schema Therapy protocol was effective in reducing anxiety and rumination in divorced women with depressive symptoms ($p < 0.01$). Accordingly, it can be concluded that the findings of this study support the effectiveness of the Mindfulness-Based Schema Therapy protocol.

Keywords: Schema Mood Therapy, Anxiety, Rumination, Divorced Women, Depressive Symptoms.

را دریافت کرد و گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکرد. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته و براساس رعایت مفروضه های آن صورت گرفت. نتایج نشان داد که پروتکل طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر کاهش اضطراب و نشخوار فکری زنان مطلقه دارای علائم افسردگی اثربخش ($p < 0.01$) است. بر این اساس می توان نتیجه گرفت که یافته های این مطالعه از اثربخشی پروتکل طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت، حمایت می کند.

واژه های کلیدی: طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت، اضطراب، نشخوار فکری، زنان مطلقه، علائم افسردگی.

پذیرش: بهمن ۱۴۰۳

دریافت: آذر ۱۴۰۳

نوع مقاله: پژوهشی

مقدمه

افزایش آمارهای طلاق در سال های اخیر در ایران (توکلیان و همکاران، ۲۰۲۳) و سایر نقاط جهان (جیونگ^۱ و همکاران، ۲۰۲۴) به یک چالش جدی برای جامعه، خانواده و فرد مطلقه تبدیل شده است. در این میان بنظر می رسد زنان آسیب بیشتر و دردهای شدیدتری را نسبت به مردان در مورد طلاق تجربه می کنند و از علائم شدید افسردگی رنج می برند که نتیجه انگ اجتماعی، تعصب و تبعیض مرتبط با طلاق است (هالد^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر طلاق، به دلیل تغییرات فیزیکی مانند یائسگی، زنان اغلب نسبت به مردان به احتمال بیشتری ابتلا به افسردگی شدید را تجربه می کنند (روترومان^۳، ۲۰۰۷). بنابراین، مطالعه بر مولفه هایی که با افسردگی ناشی از طلاق همبودی دارد، بسیار ضروری بنظر می رسد. یکی از این مولفه ها، نشخوار فکری^۴ است (ولز^۵ و همکاران، ۲۰۲۴). به عبارت دیگر، یکی از ویژگی های شناختی مرتبط با افسردگی، نشخوار فکری است (بارتوسکوا^۶، ۲۰۱۸).

نشخوار فکری یک روش ناکارآمد برای تنظیم هیجانات و افکار است که به عنوان توجه مداوم به ایده های منفی، مانند نشخوار خاطرات ناخوشایند و ارزیابی موقعیت ها بدون عمل به آنها تعریف می شود (چو^۷ و همکاران، ۲۰۲۳). افکار نشخوارکننده شامل دو جزء است. اولین عنصر انعکاس^۸ است که به عنوان یک نوع سازگارتر از نشخوار فکری توصیف می شود. این عنصر، راهبردهای مقابله ای انطباقی را در نظر می گیرد و تلاشی عمدی برای حل مشکلات شناختی برای بهبود خلق و خوی است (علی^۹ و

1. Jeong
2. Hald
3. Rotermann
4. Rumination
5. Vélez
6. Bartoskova
7. Chu
8. reflection
9. Ali

همکاران، ۲۰۲۴). عنصر دوم، که به عنوان پرورش فکری^{۱۰} شناخته می شود، شکل ناسازگاری از نشخوار فکری است که سبک های مقابله ناسازگار را در نظر می گیرد (علی و همکاران، ۲۰۲۴). این بعد شامل مقایسه غیرفعال شرایط فعلی با برخی از اهداف محقق نشده است (به عنوان مثال، فرد در مورد موقعیت اخیر ناخوشایند مانند طلاق فکر می کند و نشخوار می کند ای کاش ادامه رابطه بهتر می شد (آکپینار^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۰). بین نشخوار فکری و افسردگی یک همبستگی قوی یافت می شود، که در آن نشخوار فکری می تواند خلق و خوی افسرده را بدتر کند، دوره ها افسردگی را گسترش دهد و احتمال عود به این بیماری را افزایش دهد (واتکینز و رابرتز^{۱۲}، ۲۰۲۰).

مطالعات طولی آینده نگر نشان داد که نشخوار فکری علاوه بر افسردگی، اضطراب را نیز پیش بینی می کند (ویلیکینسون^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۳)، مولفه ای که زنان مطلقه را نیز تحت تاثیر قرار می دهد و سازگاری پس از طلاق را به تعویق می اندازد (آویچی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۱). به دلیل ماهیت بالقوه مخرب طلاق، ممکن است سطح اضطراب در میان زنان مطلقه بیشتر از جمعیت عادی جامعه باشد. این امر احتمالاً به دلیل تغییرات بالقوه در محل زندگی، روابط اجتماعی، وضعیت مالی، شبکه های اجتماعی و والدین است (هالد و همکاران، ۲۰۲۲). اضطراب حالتی است که هر انسانی در شرایط استرس زا تجربه می کند، اما گاهی اضطراب با رویدادهای مکانی و زمانی تناسبی ندارد و منجر به بروز علائم مخرب و هشداردهنده در انسان می شود. این احساس ناخوشایند می تواند با علائم عاطفی و روانی بسیاری از زنان مطلقه همراه باشد (ساویولا^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۰). لذا، بنظر می رسد مداخلات و درمان هایی هم برای تعدیل این هیجانات از یک سو و هم برای کاهش اضطراب و نشخوار فکری، از دیگر سو مورد نیاز است.

یکی از مداخلاتی که احتمالاً می تواند در این حوزه موثر باشد؛ طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت^{۱۶} است که به عنوان دومین ساختار اصلی طرحواره درمانی^{۱۷} از نظریه جفری یانگ^{۱۸} وام گرفته شده است (آرنترز^{۱۹} و همکاران، ۲۰۲۱؛ ۲۰۲۲). ذهنیت های طرحواره ای مفهومی است که موقعیت های شناختی، عاطفی و لحظه ای فرد را نشان می دهد این ذهنیت ها در یک نقطه مشخص از زمان فعال هستند و پاسخ های مقابله ای مشخصی را نیز فعال می سازند (لوبستیل^{۲۰}، ۲۰۱۲). ذهنیت های طرحواره ای زمانی فعال می شوند که افراد سعی می کنند با طرحواره های ناسازگار اولیه^{۲۱} مقابله کنند (جاکوب، ون گردن و سباپور^{۲۲}، ۲۰۱۵). بنظر می رسد که رویکرد ذهنیت های طرحواره ای عملی تر و مفیدتر از کار با طرحواره های اصلی در نظر گرفته می شود (جاکوب و همکاران، ۲۰۱۵). در همین راستا، یانگ و همکارانش (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳) ۱۰ ذهنیت طرحواره ای مختلف را در چهار دسته تعریف کردند: (۱) ذهنیت های کودک^{۲۳}، (۲) ذهنیت های مقابله ناسازگار^{۲۴}، (۳) ذهنیت های ناسازگار والد^{۲۵} و (۴) ذهنیت های بزرگسال سالم^{۲۶}. طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت قبلاً در مطالعات مختلف (جاکوب و همکاران، ۲۰۱۵؛ باسیل و

10 . brooding

11 . Akpınar

12 . Watkins & Roberts

13 . Wilkinson

14 . Avci

15 . Saviola

16 . schema mode therapy

17 . Schema Therapy

18 . Jeffrey Young

19 . Arntz

20 . Lobbstaal

21 . Early Maladaptive Schemas

22 . Jacob, Van Genderen & Seebauer

23 . Child modes

24 . Maladaptive Coping modes

25 . Maladaptive Parent modes

26 . Healthy Adult mode

همکاران، ۲۰۱۷؛ ادواردز^{۲۷}، ۲۰۲۲؛ ستاوروپولوس^{۲۸}، ۲۰۲۰؛ فسببندر^{۲۹} و همکاران، ۲۰۲۱؛ پنی و نورث^{۳۰}، ۲۰۲۲؛ فلیپس^{۳۱} و همکاران، ۲۰۲۰؛ پوشتیری^{۳۲} و همکاران، ۲۰۲۳؛ عباسی‌راد و همکاران، ۲۰۲۳) کاربردپذیری خود را تایید کرده است. با این حال جای خالی آن در مطالعات روانشناسی داخلی بشدت حس می‌شود. لذا با توجه به آنچه گفته شد و با عنایت به اینکه علیرغم شیوع طلاق (توکلیمان و همکاران، ۲۰۲۳؛ جیونگ و همکاران، ۲۰۲۴) و تأثیر بالقوه آن بر سلامت و رفاه روانی خانواده (جیونگ و همکاران، ۲۰۲۴)، تحقیقات تجربی که اثربخشی مداخله طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت را برای نیازهای زنان مطلقه، بررسی کنند، وجود ندارد.

بنابراین، با توجه به آنچه بیان شد و با توجه به افزایش شیوع طلاق و تأثیرات مخرب آن بر سلامت و رفاه روانی افراد به ویژه زنان مطلقه، نیاز مبرمی به تحقیقات تجربی وجود دارد که اثربخشی مداخله طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت را برای نیازهای این گروه از افراد بررسی کند. مطالعه حاضر، با هدف ارزیابی اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت در کاهش اضطراب و نشخوار فکری در زنان مطلقه با علائم افسردگی انجام شد. نتایج این تحقیق می‌تواند به توسعه مداخلات تخصصی در حوزه سلامت روان کمک کند و به بهبود کیفیت زندگی زنان مطلقه منجر شود. همچنین، این پژوهش می‌تواند خلأهای موجود در ادبیات روانشناسی داخلی را پر کند و بستری برای تحقیقات آینده فراهم آورد. با توجه به شیوع بالای طلاق و پیامدهای منفی روانی آن، چنین مداخلاتی ضروری است تا به ارتقاء سلامت روانی و اجتماعی این گروه از افراد کمک شود.

روش

تحقیق حاضر یک طرح نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان مطلقه تحت پوشش پایگاه‌های خدمات اجتماعی شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ تشکیل داد. نمونه پژوهش ۳۰ زن سرپرست خانوار بودند که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت کنندگان به پژوهش شامل تشخیص افسردگی بر اساس پرسشنامه افسردگی بک، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، باسواد (دست کم داشتن مدرک سیکل)، سابقه ازدواج رسمی دائم و زندگی مشترک با همسر حداقل به مدت یک سال، طلاق رسمی، سرپرست خانواده بودن (سرپرستی حداقل یک فرزند)، گذشت یک سال از مدت طلاق بود. اعتیاد به موادمخدر و مصرف الکل و مواد روانگردان، سابقه بستری در بیمارستان‌های روانپزشکی و مصرف داروهای روانپزشکی، غیبت بیش از دو جلسه، وجود اختلالات شخصیتی و روانی به غیر از افسردگی و دریافت خدمات مشاوره فردی خارج از جلسات گروه درمانی، درگیری در یک رابطه عاطفی جدید نیز به عنوان معیارهای خروج افراد از مطالعه در نظر گرفته شد.

پس از مراجعه به پایگاه‌های خدمات اجتماعی انتخاب شده با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین ذی‌ربط در آن پایگاه‌ها و کسب اجازه برای انجام پژوهش با همکاری مدیران اجرایی مراکز، لیست زنان مطلقه مراجعه کننده به پایگاه‌ها خدمات اجتماعی تهیه و شماره تماس و آدرس آنان جهت انجام هماهنگی‌های لازم و جلب همکاری‌شان برای شرکت در پژوهش، ثبت شد. ابتدا با استفاده از تماس تلفنی و توضیح اهداف پژوهشی و اطمینان به آنان در مورد محرمانه

27 . Edwards

28 . Stavropoulos

29 . Fassbinder

30 . Penney & Norton

31 . Phillips

32 . Poshtiri

ماندن تمامی اطلاعات‌شان، اطمینان به آنان در مورد اختیاری بودن شرکت در پژوهش و امکان اعلام انصراف در هر مرحله از پژوهش، اطمینان به آنان که در صورت تمایل نتایج مطالعه در اختیار آنها قرار داده خواهد شد و خودداری از درج نام آنان در کلیه مدارک مربوط به پژوهش که از شروط اخلاق در پژوهش است، رضایت آنان برای شرکت در پژوهش فراهم گردید. از ۸۶ زن مطلقه‌ای که با آنان برای شرکت در پژوهش تماس گرفته شده بود، حدود ۴۹ نفر برای شرکت در پژوهش اعلام آمادگی کردند، سپس پرسشنامه افسردگی بک جهت غربالگری در میان آنها پخش شد ۴۶ نفر از آنها بر اساس نقطه برش افسردگی بک (۱۴ تا ۲۸) علائم افسردگی را داشتند. در ادامه و از این تعداد، ۳۰ نفر از زنان مطلقه‌ای که سایر معیارهای ورود به پژوهش را نیز داشتند انتخاب شده و برای شرکت در پژوهش از آنها دعوت به عمل آمد. پس از توضیح اهداف پژوهش و جلب رضایت آنان، در مرحله بعدی زنان مطلقه‌ی انتخاب شده به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند؛ بدین ترتیب که در ابتدا بر روی برگه‌هایی کاغذ که همسان و هم شکل بودند اسم گروه مداخله و گروه کنترل درج شد و هریک از افراد ملزم بودند که یکی از کاغذها را بردارند و به پژوهشگر پژوهش حاضر بدهند. سپس پژوهشگر کاغذها را باز نمود و در جعبه‌هایی دیگر که روی آنها گروه ۱ (مداخله)، گروه ۲ (کنترل) درج شده بودند، قرار داد. سپس، پرسشنامه‌های مد نظر بر روی آنان به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. در ادامه‌ی پژوهش، افراد گروه آزمایش طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت را طی ۳ مرحله و ده جلسه هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. بعد از اتمام جلسات درمان، مجدداً پرسشنامه‌ها جهت بررسی پس از آزمون و پیگیری (دو ماهه) بر روی گروه‌های آزمایش و کنترل اجرا شد و نتایج مورد مقایسه قرار گرفتند. لازم به ذکر است که بعد از اتمام جلسات درمانی و از آنجایی که اثربخشی مثبت برای گروه آزمایش مشاهده شد برای رعایت اصول اخلاقی پژوهش گروه کنترل نیز مداخله‌ی مذکور را به صورت کارگاه آموزشی با همان محتوا دریافت نمود. از آماره‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد، و از آماره‌های استنباطی شامل روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی، با استفاده از SPSS26 استفاده شد. شرح ساختار جلسات مداخله‌های آزمایشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر اساس منوال آرنتز و یاکوب (۲۰۲۲) در جدول ۱ آمده است.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم

این مقیاس، شکل بازنگری‌شده پرسش‌نامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این پرسش‌نامه از ۲۱ گویه تشکیل شده است که از پاسخ‌دهندگان خواسته می‌شود، شدت نشانه‌ها را براساس مقیاس از (۰) تا (۳) درجه‌بندی کنند. براین اساس نمره ۰-۱۳ نشانه افسردگی هیچ یا کمترین حد، نمره ۱۴-۱۹ نشانه افسردگی خفیف، نمره ۲۰-۲۸ نشانه افسردگی متوسط و نمره ۲۹-۶۳ نشانه افسردگی شدید است. پایایی این مقیاس در جمعیت ایرانی، ۹۱/۰ به روش آلفای کرونباخ به دست آمد. همچنین به روش تحلیل عاملی نیز روایی مناسبی برای این پرسش‌نامه گزارش شده است (استفان-دابسون، محمدخانی و چولابی^{۳۳}، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر شدت افسردگی افراد افسرده نمره‌ای بین ۱۴ تا ۲۸ (افسردگی خفیف و شدید) در نظر گرفته شده است.

پرسش‌نامه سبک پاسخدهی نشخواری

این مقیاس دارای ۲۲ سؤال ۴ گزینه‌ای لیکرت است. براین اساس، نمره بین ۲۲ تا ۴۴ نشانه نشخوار فکری پایین، نمره ۴۴ تا ۶۶ نشانه نشخوار فکری متوسط و نمره بین ۶۶ تا ۸۸ نشانه نشخوار فکری بالا است (نولان-هوکسما و مائورو^{۳۴}، ۱۹۹۱). ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۰ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۶۸ گزارش شده است (یوک^{۳۵} و همکاران، ۲۰۱۰). در ایران این پرسش‌نامه توسط باقری‌نژاد، صالحی‌فرددی و طباطبایی به فارسی ترجمه و روایی شده است و در پژوهش آن‌ها همبستگی این پرسش‌نامه با نمرات افسردگی و اضطراب در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی ۰/۶۳ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ ایرانی ۰/۸۸ گزارش شده است (باقری‌نژاد و همکاران، ۲۰۱۰).

پرسش‌نامه اضطراب بک

پرسشنامه سنجش اضطراب بک برای سنجش میزان اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ گویه است که در برابر هر گویه، چهار گزینه جهت پاسخ وجود دارد. هر گویه بیانگر یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب انگیز قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند (بک و استیر^{۳۶}، ۱۹۹۰). شرکت کنندگان میزان رنجش خود از علائم اضطراب را در هفته گذشته در ستون مقابل آن علامت می‌زنند. نحوه امتیازدهی به صورت، اصلاً امتیاز صفر، خفیف امتیاز یک، متوسط دو و شدید امتیاز سه می‌باشد. بنابراین، دامنه نمرات اضطراب از صفر تا ۶۳ می‌باشد. اگر نمره بدست آمده در دامنه صفر تا ۷ باشد شرکت کننده هیچ اضطرابی ندارد، اگر بین ۱۵-۸ باشد اضطراب خفیف، اگر بین ۱۶-۲۵ باشد اضطراب متوسط و اگر بین ۲۶-۶۳ باشد، بیانگر اضطراب شدید است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). پایایی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۲، پایایی آن با روش بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن به طور متغیر از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). همچنین این آزمون در جمعیت ایرانی دارای روایی ارزیابی ۰/۷۲ و پایایی آزمون - باز آزمون ۰/۸۳ و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است (کاوایی و موسوی، ۲۰۰۸).

خلاصه محتوای جلسات طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت

جدول ۱. محتوای جلسات طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت (آرنتز و یاکوب، ۲۰۲۲)

عنوان	هدف	محتوا
جلسه اول	ارزیابی بیمار، ایجاد رابطه درمانی و آموزش رویکرد طرحواره محور	همدلی و پذیرش جهت تسهیل پیوند بازوالدینی بیمار؛ آموزش درمان طرحواره محور
جلسه دوم	شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه؛ ارزیابی ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها؛ شناسایی سبک-های مقابله‌ای بیمار	تعیین و شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه مرتبط با مشکلات فعلی؛ اجرای تکنیک‌های تجربی برای آشنایی با ریشه‌های تحولی طرح‌واره‌ها و ذهنیت‌های طرحواره‌ای
جلسه سوم	آموزش اهمیت نیازهای هیجانی و شناسایی سبک‌های مقابله‌ای مختلف به بیمار	تعیین و شناسایی مستمر یادگیری‌ها و تجارب اولیه مرتبط با نیازهای هیجانی، تعیین و شناسایی الگوهای تکراری بیمار در روابط بین فردی و عاطفی

³⁴ . Nolen-Hoeksema & Morrow

³⁵ . Yook

³⁶ . Beck and Steer

اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر اضطراب و نشخوار فکری زنان مطلقه دارای علائم افسردگی

شناسایی و نام گذاری ذهنیت ها (کودک آسیب پذیر، کودک پرخاشگر، کودک عصبانی، کودک، تکانشی، کودک شاد، والد های ناکارآمد، سبک- های مقابله ای ناکارآمد و بزرگسال سالم) و ردیابی مستمر آنها، بحث درباره فواید و مضرات ذهنیت ها و سبک های مقابله ای ناکارآمد	مفهوم سازی مشکل مراجع بر اساس رویکرد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت	جلسه چهارم
استفاده از شکایت های فعلی به عنوان اهرم برای ادامه درمان؛ تشویق بیمار به ادامه درمان، و تاکید بر پیامدهای چالش برانگیز طلاق و سازگاری پس از آن، تاکید بر نشخوار فکری، اضطراب و مولفه های آن برای ادامه زندگی	آگاه کردن بیمار از رنج هیجانی، و ارزیابی پیامدهای منفی، سازگاری پس از طلاق، نشخوار فکری و پریشانی روانشناختی	جلسه پنجم
بکارگیری تکنیک تصویرسازی ذهنی؛ پیوند درمانگر با ذهنیت "کودک تنها و کودک آسیب پذیر"؛ بازوالدینی حدودمرزدار در ارتباط با بیمار	آشناسازی بیمار با ذهنیت، "کودک تنها" و کاوش ریشه های، تحولی ذهنیت ها	جلسه ششم
استفاده از تکنیک های شناختی جهت بی اعتبارسازی طرحواره های غالب، استفاده از تکنیک صندلی خالی، تدوین فلش کارت های مرتبط با طرحواره های بیمار؛ ایجاد فضای توجه مثبت بی قید و شرط همراه بی توجهی به کمالگرایی، بی ثباتی، هنجار شکنی و خاص بودن بیمار متناسب با نوع اختلال وی	آموزش مذاکره بین ذهنیت ها	جلسه هفتم
بکارگیری تکنیک بازوالدینی حدود مرزدار به صورت مستمر در برابر طرحواره های نقص؛ بدرفتاری- بی اعتمادی و محرومیت هیجانی	ارتباط با ذهنیت کودک آسیب پذیر، و ماندن با ذهنیت کودک تنها	جلسه هشتم
بکارگیری تکنیک های هیجانی؛ بازسازی تصاویر آسیب زای گذشته با استفاده از تمرینات بازنویسی تصویر و همچنین بازوالدینی حدود مرز دار؛ آرام کردن ذهنیت های کودک تنها و کودک آسیب پذیر با سایر تکنیک- های متمرکز بر هیجان	ارتباط با ذهنیت کودک آسیب پذیر، و ماندن با ذهنیت کودک تنها	جلسه نهم
استفاده از رویکرد جراتمندانانه؛ بکارگیری محتاطانه تکنیک رویاروسازی همدلانه در مقابل استحقاق طلبی، بی ثباتی و هنجار شکنی فرد بیمار؛ بازگو کردن حقوق به صورت مودبانه و جراتمندانانه از طرف درمانگر	رویاروسازی بیمار با سبک، چالش زا و فخر فروشانه	جلسه دهم
تاکید بر مهارت های آموخته بیمار؛ ترغیب آزمودنی ها در جهت رها کردن سبک های مقابله ای ناسازگار و تمرین رفتارهای مقابله ای سازگارانه	کمک به بیمار برای تعمیم، دستاوردهای درمان به محیط واقعی، و پیشگیری از عود	جلسه یازدهم
مرور بر جلسات قبلی، تاکید بر مهارت های آموخته بیمار؛ و اجرای پس آزمون	اتمام جلسات	جلسه دوازدهم

یافته ها

در هر دو گروه طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و گروه کنترل درصد بیشتری از زنان مطلقه در دامنه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند، ۱ سال و بیشتر از زمان طلاق اکثریت آنان گذشته بود و بیشتر آنها دارای فقط ۱ فرزند بودند. به علاوه، از نظر وضعیت اشتغال، در دو گروه طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت و گروه کنترل درصد بیشتری از زنان مطلقه شاغل بودند. از نظر تحصیلات در هر دو گروه درصد بیشتری از زنان مطلقه دارای تحصیلات لیسانس بودند. در نهایت، از نظر وضعیت اقتصادی در هر دو گروه وضعیت اقتصادی درصد بیشتری از زنان مطلقه در حد متوسط بود.

در ادامه شاخص‌های توفیقی مرتبط با مولفه‌های پژوهش آمده است.

جدول ۲- توصیف شاخص‌های آماری نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اضطراب و نشخوار فکری در دو گروه آزمایش و گواه (n=۳۰)

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اضطراب	آزمایش	۴۵/۱۰	۸/۵۳	۴۵/۴۳	۸/۳۲	۴۶/۳۴	۷/۹۶
	گواه	۴۵/۱۸	۷/۴۰	۲۳/۲۱	۳/۶۶	۲۳/۵۱	۳/۱۹
نشخوار فکری	آزمایش	۶۰/۳۹	۴/۴۷	۴۳/۸۰	۴/۲۸	۴۴/۵۱	۵/۹۰
	گواه	۶۲/۳۱	۵/۷۹	۶۱/۲۹	۶/۱۶	۶۱/۶۰	۵/۷۲

میانگین و انحراف استاندارد نمرات شرکت‌کننده‌ها در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای اضطراب و نشخوار فکری در جدول ۲ گزارش شده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، میانگین نمره کل متغیرهای اضطراب و نشخوار فکری در پس‌آزمون گروه آزمایش کاهش یافته است و این مقدار در مرحله پیگیری نیز ثابت مانده است.

به منظور بررسی تأثیر طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر اضطراب و نشخوار فکری زنان مطلقه دارای علائم افسردگی از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. از این آزمون زمانی استفاده می‌کنیم که هم عامل بین‌گروهی (حداقل دو گروه) و هم عامل درون‌گروهی (هر گروه دارای چند مشاهده باشد) وجود داشته باشد. لذا با توجه به اینکه در این پژوهش دو گروه داشتیم (آزمایش و کنترل) و برای هر گروه، سه مشاهده (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) وجود داشت، این آزمون، آزمون مناسبی است زیرا علاوه بر بررسی اثر عامل‌ها (اثر گروه و اثر زمان) تعامل آنها را نیز بررسی می‌کند. قبل از انجام این آزمون لازم است که پیش‌فرض‌های آن شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، برابری واریانس‌های خطا و برابری ماتریس‌های کوواریانس بین گروهی بررسی شود.

نتایج آزمون شاپیرو-ویلک نشان داد که شاخص‌های محاسبه شده برای اضطراب ($sig = 0/441$) و برای نشخوار فکری ($sig = 0/331$) می‌باشد که نشان دهنده نرمال بودن توزیع داده‌هاست. به‌منظور بررسی فرض برابری واریانس‌های خطا از آزمون لوین استفاده شد. هنگامی که سطح معنی‌داری این آزمون، بیشتر از $0/05$ باشد فرض برابری واریانس گروه‌ها مورد تأیید است؛ که برای اضطراب ($F=0/432$ ، $sig = 0/756$)، و برای نشخوار فکری ($F=0/451$ ، $sig = 0/721$) بدست آمد، لذا این پیش‌فرض نیز برقرار می‌باشد. همچنین نتایج آزمون همسانی ماتریس کوواریانس‌های M باکس برای اضطراب ($sig = 0/821$) و برای نشخوار فکری ($F=18/30$ ، $sig = 0/521$) بدست آمد، لذا پیش‌فرض همسانی نیز برقرار است. بنابراین، برای انجام تحلیل واریانس آمیخته مانعی وجود ندارد. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته رعایت شده است، در جدول (۳) آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تأثیر زمان و همچنین تعامل زمان و گروه ارائه شده است.

جدول ۳- آزمون لامبدای ویلکز برای بررسی تأثیر زمان و تعامل زمان و گروه

متغیر	اثر	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	sig	مجذوراتا	توان آماری
اضطراب	زمان	۰/۴۲۸	۱۹/۴۱۶	۲	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۵۷۲	۱/۰۰۰
	زمان و گروه	۰/۲۵۴	۴۲/۵۷۸	۲	۲۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۶	۱/۰۰۰
نشخوار فکری	زمان	۰/۷۴۵	۳۹/۴۶۷	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۵	۱/۰۰۰

اثربخشی طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر اضطراب و نشخوار فکری زنان مطلقه دارای علائم افسردگی

۱/۰۰	۰/۷۴۳	۰/۰۰۱	۲۷	۲	۳۹/۰۷۷	۰/۷۴۳	زمان و گروه
------	-------	-------	----	---	--------	-------	-------------

همانگونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، اثر زمان و اثر تعامل زمان و گروه در مولفه‌های اضطراب و نشخوار فکری در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است؛ بنابراین نتایج حاکی از آن است که نمرات در طول زمان و همچنین تعامل زمان و گروه معنادار هستند. در جدول (۴) نتایج آزمون تحلیل واریانس بین گروهی ارائه شده است.

جدول ۴- تحلیل واریانس بین گروهی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	sig	اثر اتا	توان آماری
اضطراب	زمان و گروه	۱۲۳۶/۱۰۸	۲	۱۲۳۶/۱۰۸	۳۶/۰۴۴	۰/۰۰۱	۰/۶۴۶	۱/۰۰۰
	گروه	۲۸۸۸/۰۶۳	۲	۲۸۸۸/۰۶۳	۸۴/۲۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷	۱/۰۰۰
نشخوار فکری	زمان و گروه	۱۰۰۸/۶۰۰	۱	۱۰۰۸/۶۰۰	۶۷/۸۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۰۸	۱/۰۰
	گروه	۱۱۴۴/۰۶۷	۱	۱۱۴۴/۰۶۷	۷۶/۹۴۳	۰/۰۰۱	۰/۷۳۳	۰/۹۹۲

همانگونه که در جدول ۴ نشان داده شده، اثر گروه در متغیر اضطراب (۸۴/۲۱۴) و نشخوار فکری (۷۶/۹۴۳)، در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است و این مقدار و یعنی اثر تعامل زمان و گروه برای اضطراب (۳۶/۰۴۴) و نشخوار فکری (۶۷/۸۳۲) نیز در سطح ۰/۰۰۱ معنادار شده است. در ادامه و در جدول ۵ نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها آورده شده است.

جدول ۵- آزمون مقایسه زوجی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌های متغیرهای پژوهش در سه مرحله

متغیر	مرحله (I)	مرحله (J)	مقایسه سه مرحله
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	تفاضل میانگین‌ها (I-J)
اضطراب	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱/۳۴۴
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۱۰/۴۶۹
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۸۷۵
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۷۳۳
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۸/۷۳
	پس‌آزمون	پیگیری	-۸/۷۳

همانگونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود نتایج مقایسه‌های زوجی اضطراب و نشخوار فکری در سه مرحله ارزیابی در گروه مداخله معنادار است ($P < ۰/۰۱$). بدین معنا که مداخله انجام گرفته موجب کاهش معنادار نمرات متغیرهای مذکور در گروه آزمایش شده است. لازم به ذکر است که بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری در متغیرهای پژوهش مشاهده نمی‌شود ($P > ۰/۰۵$) که نشان دهنده ثبات و ماندگاری اثر مداخله در طول زمان می‌باشد. با توجه به جداول بالا می‌توان گفت که پروتکل طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر اضطراب و نشخوار فکری زنان مطلقه دارای علائم افسردگی اثربخش بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر اضطراب و نشخوار فکری زنان مطلقه دارای علائم افسردگی انجام شد. اولین یافته پژوهش حاضر حاکی از آن بود که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر اضطراب زنان مطلقه

دارای علائم افسردگی تاثیر مثبت دارد این یافته با مطالعات داخلی و خارجی (جاکوب و همکاران، ۲۰۱۵؛ باسیل و همکاران، ۲۰۱۷؛ ادواردز، ۲۰۲۲؛ ستاوروپولوس، ۲۰۲۰؛ فسبندر و همکاران، ۲۰۲۱؛ پنی و نورث، ۲۰۲۲؛ فلیپس و همکاران، ۲۰۲۰؛ پوشتیری و همکاران، ۲۰۲۳؛ عباسی‌راد و همکاران، ۲۰۲۳) بصورت مستقیم و غیر مستقیم همسو است. این یافته که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر اضطراب زنان مطلقه دارای علائم افسردگی تاثیر دارد، به دلایل متعددی قابل تبیین است. در وهله اول می‌توان گفت که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت به دلیل رویکرد جامعی که با هدف قرار دادن عوامل شناختی، عاطفی، رفتاری و اجتماعی در کاهش اضطراب زنان مطلقه مبتلا به علائم افسردگی موثر است. طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر شناسایی و اصلاح ذهنیت‌ها و طرحواره‌های ناسازگار عمیقی که اغلب در دوران کودکی و نوجوانی شکل می‌گیرند، تمرکز دارد (باسیل و همکاران، ۲۰۱۷). این طرحواره‌ها و ذهنیت‌های ناکارآمد می‌توانند به اضطراب و افسردگی مزمن کمک کنند. با پرداختن به این ساختارهای شناختی، این درمان به کاهش علائم اضطراب در زنان مطلقه کمک می‌کند. علاوه بر این، درمان مذکور ابزارها و تکنیک‌هایی را برای مدیریت و تنظیم بهتر هیجانات ارائه می‌دهد که می‌تواند منجر به کاهش سطح اضطراب شود. بهبود تنظیم هیجانی به افراد کمک می‌کند تا به عوامل استرس‌زا به طور موثرتری پاسخ دهند و احتمال تجربه اضطراب را کاهش می‌دهد (جاکوب و همکاران، ۲۰۱۵). تقویت مکانیسم‌های مقابله‌ای با آموزش روش‌های سازگارانه‌تر به بیماران برای مقابله با استرس و هیجانات منفی یکی دیگر از مزایای کلیدی این درمان است. زنان مطلقه ممکن است با استرس‌های متعدد مرتبط با روابط گذشته و شرایط فعلی زندگی‌شان مواجه شوند، و طرحواره‌درمانی مبتنی بر ذهنیت آنها را با راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تری مجهز می‌کند و اضطراب آنها را کاهش می‌دهد. از سوی دیگر، زنان مطلقه با علائم افسردگی اغلب دارای باورهای منفی و افکار فاجعه‌آمیز هستند که به اضطراب آنها کمک می‌کند (ویلیکینسون و همکاران، ۲۰۱۳). با تغییر این الگوهای فکری، طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت می‌تواند اضطراب را کاهش دهد. این درمان با کمک به افراد در شناخت و تقویت نقاط قوت خود، خودکارآمدی و توانمندسازی را افزایش می‌دهد. افزایش خودکارآمدی می‌تواند احساس درماندگی و اضطراب را کاهش دهد، زیرا افراد احساس می‌کنند توانایی بیشتری در مدیریت زندگی و چالش‌های خود دارند.

دومین یافته پژوهش حاضر حاکی از آن بود که رویکرد طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر سر بر نشخوار فکری زنان مطلقه دارای علائم افسردگی تاثیر مثبت دارد. این یافته با مطالعات داخلی و خارجی (جاکوب و همکاران، ۲۰۱۵؛ باسیل و همکاران، ۲۰۱۷؛ ادواردز، ۲۰۲۲؛ ستاوروپولوس، ۲۰۲۰؛ فسبندر و همکاران، ۲۰۲۱؛ پنی و نورث، ۲۰۲۲؛ فلیپس و همکاران، ۲۰۲۰؛ پوشتیری و همکاران، ۲۰۲۳؛ عباسی‌راد و همکاران، ۲۰۲۳) بصورت مستقیم و غیر مستقیم همسو است. این یافته که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر نشخوار فکری زنان مطلقه دارای علائم افسردگی تاثیر دارد، به دلایل متعددی قابل تبیین است. اولاً، طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت به دلیل رویکرد چندوجهی، تأثیر مثبتی بر کاهش نشخوار فکری در زنان مطلقه مبتلا به علائم افسردگی دارد. نشخوار فکری، که با افکار تکراری و مداوم در مورد تجربیات ناراحت‌کننده مشخص می‌شود (ولز و همکاران، ۲۰۲۴)، اغلب علائم افسردگی را تشدید می‌کند و مانع از بهبودی می‌شود (بارتوسکووا، ۲۰۱۸). طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت این الگوهای فکری ناسازگار را با کمک به افراد در شناسایی و اصلاح طرحواره‌های عمیقی که به نشخوار فکری کمک می‌کنند، هدف قرار می‌دهد. درمان با پرداختن به این ساختارهای شناختی به شکستن چرخه تفکر منفی کمک می‌کند. همچنین، این درمان مشارکت در فعالیت‌های معنادار و با ارزش را تشویق می‌کند، که می‌تواند با ارائه نقاط تمرکز جایگزین و ترویج تجربیات مثبت، چرخه نشخوار فکری را مختل کند. این مؤلفه فعال‌سازی رفتاری به‌ویژه برای زنان مطلقه که ممکن است به دلیل علائم افسردگی از فعالیت‌هایی که قبلاً از آنها لذت می‌بردند کناره‌گیری کرده باشند، مفید است. علاوه بر این، طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت شامل تکنیک‌هایی برای بازسازی شناختی است که شامل چالش برانگیز و تغییر الگوهای فکری منفی است که به نشخوار فکری دامن می‌زند (ادواردز، ۲۰۲۲). در واقع، این درمان با آموزش افراد به قالب‌بندی مجدد افکار و اتخاذ دیدگاه متعادل‌تر، شدت و فراوانی تفکر نشخوارکننده را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، طرحواره درمانی

مبتنی بر ذهنیت اغلب شامل مؤلفه‌هایی از ذهن آگاهی و پذیرش است که به افراد می‌آموزد تا افکار خود را بدون گرفتار شدن در آنها مشاهده کنند. این جنبه ذهن‌آگاهی به افراد کمک می‌کند تا نگرش جداتر و پذیرنده‌تری نسبت به افکار خود ایجاد کنند و تمایل به نشخوار فکری را کاهش دهد.

در نهایت، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را نیز به همراه داشت از جمله اینکه انجام پژوهش فوق بر روی جمعیت خاصی از زنان مطلقه شهر کرمانشاه انجام شد که ممکن است تعمیم‌پذیری یافته‌های ما را به سایر جمعیت‌ها یا محیط‌ها محدود کند. همچنین، حجم نمونه ۳۰ شرکت‌کننده نسبتاً کوچک است، به همین دلیل قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج به سایر زنان آسیب‌دیده در محیط‌های متفاوت و فرهنگ‌های مختلف را با محدودیت مواجه می‌کند. بدیهی است که این پژوهش، مقطعی بوده و مختص به زمان محدود چند هفته‌ای و نتایج حاصل‌شده، تنها نمایانگر معنی‌دار بودن آن در بین گروه‌های تحت بررسی است. با توجه به محدودیت‌های پژوهشی و نتایج حاصل‌شده در مطالعه‌ی حاضر پیشنهادهای زیر مطرح می‌شود: پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی مطالعه مشابهی را در زمینه متفاوت و با حجم نمونه بزرگتر و در سایر موقعیت‌ها و بافت‌های فرهنگی و در میان دیگر اقشار انجام دهند تا تعمیم‌پذیری یافته‌های مطالعه حاضر را بررسی کنند و نتایج آن را با مطالعه ما مقایسه کنند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با انجام یک مطالعه طولی بررسی اثرات بلندمدت طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت بر اضطراب و نشخوار فکری و مولفه‌های دیگری مانند سلامت روان، انعطاف‌پذیری شناختی که زنان مطلقه را تحت تأثیر قرار می‌دهد، بررسی کنند. نهایتاً، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده یک مطالعه کیفی برای کشف تجربیات و ادراکات زنان مطلقه که طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت دریافت کرده‌اند و اینکه چگونه بر اضطراب و نشخوار فکری آنها تأثیر گذاشته است، انجام دهند. با توجه به نتایج بدست آمده پیشنهاد می‌گردد که برنامه‌ای مبتنی بر طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت با تمرکز بر کاهش اضطراب و نشخوار فکری زنان مطلقه توسط پایگاه‌های خدمات اجتماعی در سراسر کشور تدوین و اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در ادارات ذی‌ربط (کمیت‌ه امداد، بهزیستی و ادارات بازپروری زنان آسیب‌دیده)، مواد اطلاعاتی (مانند بروشورها، کاربرگ‌ها) برای افزایش آگاهی زنان مطلقه در مورد مزیت‌های طرحواره درمانی مبتنی بر ذهنیت تهیه و انتشار کنند.

منابع

- [1] Abasi Rad, A., Bahrami Hidaji, M., Tajeri, B., Mohamadi Shirmahaleh, F., & Ranjbari Poor, T. (2023). The effectiveness of schema therapy based on the mindset model based on emotional dysregulation and coherent self-knowledge in self-harming delinquent teenagers. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 12(7), 93-102.
- [2] Akpınar Aslan, E., Batmaz, S., Yildiz, M., & Songur, E. (2020). Suicide attempts in Turkish university students: The role of cognitive style, hopelessness, cognitive reactivity, rumination, self-esteem, and personality traits. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 38(4), 579-601.
- [3] Ali, N. M., Eletrby, R. R., & El-Bilsha, M. (2024). Correlation between Ruminative Thoughts and Anxiety among Depressed Patients. *International journal of Nursing Didactics*, 14(03), 14-20.
- [4] Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P., ... & Farrell, J. M. (2022). Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: a randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 79(4), 287-299.
- [5] Arntz, A., Rijkeboer, M., Chan, E., Fassbinder, E., Karaosmanoglu, A., Lee, C. W., & Panzeri, M. (2021). Towards a reformulated theory underlying schema therapy: Position paper of an international workgroup. *Cognitive Therapy and Research*, 1-14.
- [6] Avcı, R., Adıgüzel, A., Zeybek, S. U., & Çolakradioğlu, O. (2021). The role of post-divorce parental conflict in predicting aggression, anger, and symptoms of anxiety and depression among university students. *Journal of Divorce & Remarriage*, 62(3), 199-215.
- [7] Bagherinezhad, M., Salehi Fadardi, J., & Tabatabayi, S. M. (2010). The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 11(1).
- [8] Basile, B., Tenore, K., Luppino, O. I., & Mancini, F. (2017). SCHEMA THERAPY MODE MODEL APPLIED TO OCD. *Clinical Neuropsychiatry*, 14(6).
- [9] Beck, A. T., & Steer, R. A. (1990). Manual for the Beck anxiety inventory. *San Antonio, TX: Psychological Corporation*.
- [10] Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- [11] Edwards, D. J. A. (2022). Using schema modes for case conceptualization in schema therapy: an applied clinical approach. *Frontiers in Psychology*, 12, 763670.
- [12] Fassbinder, E., Schweiger, U., Jacob, G., & Arntz, A. (2014). The schema mode model for personality disorders. *Die Psychiatrie*, 11(02), 78-86.
- [13] Hald, G. M., Ciprić, A., Sander, S., & Strizzi, J. M. (2022). Anxiety, depression and associated factors among recently divorced individuals. *Journal of Mental Health*, 31(4), 462-470.
- [14] Jacob, G., Van Genderen, H., & Seebauer, L. (2015). *Breaking negative thinking patterns: A schema therapy self-help and support book*. John Wiley & Sons.
- [15] Jeong, K. H., Lee, S., Kim, C., Im, J. H., & Jung, H. (2024). Patterns of depression among women post-divorce and the influential factors: Latent growth modeling. *Journal of Affective Disorders Reports*, 17, 100789.
- [16] Kaviani, H., & Mousavi, A. S. (2008). Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran University medical journal*.
- [17] Lobbstaël, J. (2012). Validation of the schema mode inventory. *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: Theory, research, and practice*, 541-551.
- [18] Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). Response styles questionnaire. *Psychological Assessment*.
- [19] Penney, E. S., & Norton, A. R. (2022). A novel application of the schema therapy mode model for social anxiety disorder: A naturalistic case study. *Clinical Case Studies*, 21(1), 34-47.

- [20] Phillips, K., Brockman, R., Bailey, P. E., & Kneebone, I. I. (2020). Schema in older adults: does the schema mode model apply?. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 48(3), 341-349.
- [21] Poshtiri, S. N., Hasanzadeh, R., & Emadian, S. O. (2023). The effectiveness of mindfulness-based schema therapy on cognitive distortions and causal attributions in nursing and midwifery students with health anxiety. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*, 4(4), 581-593.
- [22] Rotermann, M. (2007). Marital breakdown. *Health Reports*, 18(2), 33-44.
- [23] Saviola, F., Pappaianni, E., Monti, A., Grecucci, A., Jovicich, J., & De Pisapia, N. (2020). Trait and state anxiety are mapped differently in the human brain. *Scientific reports*, 10(1), 1-11.
- [24] Stavropoulos, A., Haire, M., Brockman, R., & Meade, T. (2020). A schema mode model of repetitive negative thinking. *Clinical Psychologist*, 24(2), 99-113.
- [25] Stefan-Dabson, K., Mohammadkhani, P., & Massah-Choulabi, O. (2007). Psychometrics characteristic of Beck Depression Inventory-II in patients with major depressive disorder. *Archives of Rehabilitation*, 8, 82-0.
- [26] Tavakolian, N., Lotfi, M. H., Soodejani, M. T., Madadzadeh, F., & Kalantari, F. (2023). The trend of marriage, childbearing, and divorce and its determinants of socio-economic factors on divorce in Yazd province 2016-2021: A cross-sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine*, 21(8), 657.
- [27] Vélez, C. E., Hoang, K. N., Krause, E. D., & Gillham, J. E. (2024). The Rumination on Problems Questionnaire: Broadening our Understanding of Rumination and its Links to Depression, Anxiety, and Stress in Young Adults. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 46(1), 191-204.
- [28] Watkins, E. R., & Roberts, H. (2020). Reflecting on rumination: Consequences, causes, mechanisms and treatment of rumination. *Behaviour research and therapy*, 127, 103573.
- [29] Wilkinson, P. O., Croudace, T. J., & Goodyer, I. M. (2013). Rumination, anxiety, depressive symptoms and subsequent depression in adolescents at risk for psychopathology: a longitudinal cohort study. *BMC psychiatry*, 13, 1-9.
- [30] Yook, K., Kim, K. H., Suh, S. Y., & Lee, K. S. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, 24(6), 623-628.
- [31] Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy. *New York: Guilford*, 254, 653-658.