

اثربخشی درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرائی بر سندرم شناختی-توجهی و حس انسجام خود در مبتلایان به اضطراب

پروین احتشام زاده^۱ / زهرا افتخارصعادی^۲ / سعید بختیارپور^۳ / احمدعلی پور^۴ /
سهیلا باباخان زاده^۵

تاریخ پذیرش: ۹۸/۳/۱۲

تاریخ دریافت: ۹۷/۱۱/۱۵

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرائی بر دو متغیر سندرم شناختی - توجهی و حس انسجام خود در دانش‌آموزان دارای اضطراب انجام شد. جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر تهران بود که در سال ۹۶-۹۵ مشغول به تحصیل بودند. نمونه شامل ۲۰ دانش‌آموز دارای اضطراب بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب بک (BAI; 1990)، پرسشنامه حس انسجام خود آنتونوسکی (SOC-13; 1993)، مقیاس سندرم شناختی توجهی (CAS; 2009) و پرسشنامه ۳۰ سؤالی فراشناخت برای نوجوانان (MCQ-A; 2004) بود. دانش‌آموزان طی سه مرحله به آزمون‌ها پاسخ دادند. مداخله درمان فراشناختی (آدریان ولز _ ۲۰۰۹) طی هفت جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای و تکلیف منزل با استفاده از نرم‌افزار بهسازی حافظه فعال _ روان تجهیز سینا (۱۳۸۹) برای گروه آزمایش انجام شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون پارامتریک، تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA)، صورت گرفت. نتایج نشان داد درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرائی، سندرم شناختی - توجهی را کاهش و حس انسجام خود دانش‌آموزان را بهبود بخشیده است.

کلیدواژه‌ها: حس انسجام خود، سندرم شناختی-توجهی، درمان فراشناختی، کارکرد اجرائی.

۱- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. P-ehtesham85@yahoo.com

۲- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. Eftekhar saadi@yahoo.com

۳- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. Saeedb81(a)yahoo.com

۴- استاد تمام دانشگاه پیام نور تهران. Alipor@pnu.ac.ir

۵- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی اهواز. s.babakhan.z@gmail.com

مقدمه

سلامت روان از مهم‌ترین نیازهای فردی و اجتماعی است که تحت تأثیر روابط متقابل اشخاص و جامعه قرار دارد؛ عملکرد مطلوب جامعه مستلزم برخورداری از افرادی است که از نظر سلامت روان در وضعیت مطلوبی قرار داشته باشند (شریفی، شکرکن، احدی و مظاهری، ۱۳۸۸) و عملکرد صحیح افراد نیز در گرو فراهم بودن شرایط اجتماعی مناسب برای برقراری سلامت روان است. "حس انسجام"^۱ از مفاهیم مرتبط با سلامت روان است؛ در سال‌های اخیر توجه فزاینده‌ای به مفهوم انسجام روان به عنوان یک مدل سلامتی زا شده است (گروهولت^۲، استیگوم^۳، نوردهگن^۴، کوگلر^۵، ۲۰۰۳). در پژوهش حاضر مفهوم حس انسجام از دو دیدگاه روان - اجتماعی آنتونوسکی^۶ (۱۹۸۷) و روان - عصبی گراو^۷ (۱۳۹۶) مطرح شده است. هدف پژوهش بررسی تأثیر کاهش یافتن احساس تهدید شدگی همراه با بهبود کارکردهای اجرایی بر اختلالات روانی می‌باشد.

در نظریه روان - اجتماعی حس انسجام با سه مؤلفه معرفی شده است: قابل درک بودن وقایع، قابل مدیریت بودن وقایع و معنی‌دار بودن وقایع. حس انسجام یعنی تمایل افراد به اینکه دنیای خودشان را درک کردنی، اداره شدنی و با معنا ببینند. آنتونوسکی بر این باور است که از طریق حس انسجام می‌توان توجه کرد که چرا فردی می‌تواند با میزان بالایی از تنش مقابله کرده و سالم بماند (علی پور، شریف، ۱۳۹۱). حس انسجام به معنای توانایی فرد در تشخیص عوامل تنش‌زای زندگی و سپس بهره‌برداری کارآمد از منابع مقابله‌ای و نگهداری سلامت می‌باشد (پیدمنت^۸ و همکاران، ۲۰۱۴). حس انسجام از مفاهیمی است که به درک و کنترل محیط برای داشتن یک رفتار یا عمل معنادار و مناسب اشاره دارد (لیندبلاد^۹، ساندلین^{۱۰}، پترسون^{۱۱}، روحانی^{۱۲} و لنگوییز-اکلوف^{۱۳}، ۲۰۱۶).

1. sense of coherence
2. Groholt EK
3. Stigum H
4. Nordhagen R
5. Kogler L
6. Antonovsky. A
7. Grawe. K
8. Piedmont I
9. Lindblad C
10. Sandelin K
11. Petersson L. M
12. Rohani C
13. Langius - Eklof A

امروزه شاهد افزایش انواع اختلالات روانی می‌باشیم. وجود افراد زیادی با انواع اختلالات روانی نشان می‌دهد نیازهای اساسی زیستی و روانی آنان به خوبی ارضاء نشده است (گراو، ۱۳۹۶)؛ برای نمونه، افسردگی رایج‌ترین اختلال روانی در قرن ۲۱ است؛ سازمان بهداشت جهانی، شعار سال ۲۰۱۷ میلادی را "افسردگی: بیا حرف بزنیم" ^۱ اعلام کرده است؛ طبق گزارش این سازمان بیش از ۳۵۰ میلیون نفر در سراسر دنیا از افسردگی رنج می‌برند. اختلالات اضطرابی نیز جزو رایج‌ترین بیماری‌های روان‌پزشکی است که در دوران کودکی، نوجوانی و بزرگسالی با فراوانی زیادی تجربه می‌شود (ایسا،^۲ لوینسون^۳، لیم^۴، هومر^۵، رهاد^۶، ۲۰۱۸). اختلالات اضطرابی منجر به اثرات منفی اساسی بر کیفیت زندگی می‌شود (اولاتونجی^۷، کسلر^۸، تولهن^۹، ۲۰۰۷) شواهدی مبنی بر بدکارکردی در تحصیل، روابط بین فردی، بهزیستی پایین، بیکاری بالا، میزان بالای طلاق و کیفیت پایین زندگی در افراد مبتلا به انواع اختلالات اضطرابی وجود دارد (مولایی، حاجلو، صادقی هاشجین، میکائیلی و حیدری، ۱۳۹۷).

در اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب، فرد در معرض خطر فرو پاشیدگی روانی^{۱۰} قرار می‌گیرد و انسجام روانی وی تهدید می‌گردد. در اختلال‌های افسردگی و اضطراب، آشفتگی در حس خود یا در رابطه میان بخش‌های مختلف خود شایع است. احساس‌های بی‌ارزشی در افسردگی و آسیب‌پذیری خود در اضطراب قابل مشاهده‌اند. نحوه تعریف خود، احساس فرد نسبت به خود و حفظ بازنمایی‌های خود نقش مؤثری در ایجاد، حفظ و درمان اختلالات دارد. فرایند شکل‌گیری خود محدود به دوران کودکی نمی‌باشد و ارضاء متعادل نیازهای زیستی و نیازهای روان‌شناختی ویژه هر دوره‌ی زندگی بر احساس فردیت، انسجام، حس یکپارچگی، تقویت و نیرومندی من تأثیرگذار است (استوپا^{۱۱}، ۱۳۹۲).

1. Depression Let's talk
2. Essau CA
3. Lewinsohn PM
4. Lim JX
5. HoMR
6. Rohde P
7. Olatunji BO
8. Cisler JM
9. Tolhn DF
10. Mental breakdown
11. Stopa L

شواهد پژوهشی سال‌های اخیر نشان می‌دهند علاوه بر "احساس فرد نسبت به خود" و هماهنگی "فرایندهای عصب - روانی درونی"؛ عوامل دیگری مانند "تحولات و تغییرات اجتماعی" نیز تأثیر فراوانی بر ایجاد، حفظ و تداوم انسجام روان یا عدم انسجام آن دارند. تحقیقات اخیر در حوزه جامعه‌شناسی؛ درباره وضعیت خانواده‌ها و فرایندهای جدید هویت‌یابی^۱ نشان می‌دهند تغییر و تحولات جوامع از سنتی به صنعتی و فرا صنعتی، افراد جامعه را مواجه با موقعیت‌هایی می‌کند که احتمال بروز رفتارهای ناهمخوان و ناهماهنگ در محیط‌های اجتماعی، خانوادگی و شخصی را افزایش می‌دهد؛ اینگلهارت^۲ (۱۳۷۳) در نظریه تحول ارزش‌های بین نسلی، وقوع تحولات ارزشی بین نسلی را فرایندی می‌داند که بعد از افزایش احساس امنیت افراد جامعه در پی برآورده شدن نیازهای اساسی مادی‌شان، اتفاق می‌افتند. بر اساس این نظریه، تغییر ارزش‌ها و نگرش‌ها سبب تغییرات رفتاری نسل‌های جدیدتر می‌شود. نسل جوان تحصیل کرده بیشتر به دنبال کیفیت زندگی و وجهه اجتماعی می‌باشند و نگرش آنان به هنجارهای سنتی مانند ازدواج، روابط جنسی و سقط‌جنین تغییر می‌یابد. پذیرش طلاق، سقط‌جنین و هم‌جنس‌گرایی به‌طور گسترده‌ای در جوامع ثروتمند فرا صنعتی در حال گسترش است. در سایر جوامع کم‌درآمد نیز تغییرات در نسل‌های جوان‌تر به شکل وسیعی در حال گسترش است و نسل‌های پیشین در مقابل آن مقاومت نشان می‌دهند؛ این تغییرات می‌توانند ناهمخوان با ارزش‌های قبلی فرد و اطرافیان وی بوده و کشمکش‌هایی را به وجود آورند؛ پیامد این تغییرات آسیب رساندن به انسجام روانی افراد و جامعه می‌باشد (اینگلهارت، ۱۳۸۹؛ به نقل از مدیری و مهدوی، ۱۳۹۶).

خانواده به‌ویژه نسل‌های جوان‌تر در تطابق خود با دگرگونی‌های اقتصادی اجتماعی با تناقضاتی مواجه شده‌اند؛ ژرفای بعضی از مشکلات موجب شده برخی از صاحب‌نظران، وضعیت خانواده ایرانی را نابسامان، بحرانی و دچار خستگی مفرط اعلام کنند. افزایش طلاق، کاهش ازدواج، افزایش تجرد قطعی، کاهش تمایل به فرزند آوری؛ روابط جنسی پیش از ازدواج، کاهش اعتماد بین فردی در خانواده، خانواده‌های تک‌والد، همخانگی به‌عنوان شکلی از ازدواج، تفاوت نسلی و تضاد نسلی از جمله نتایج اعلام شده در برخی تحقیقات می‌باشد (مشیدی، ۱۳۹۰).

1. Identity
2. Inglehart, R

موقعیت دیگر از بروز رفتارهای ناهمخوان ناشی از تغییر ارزش‌ها؛ کیفیت ارتباطات دختران و پسران است. نیازی و پرنیان (۱۳۹۳) در بررسی انواع دوستی بین دو جنس دختر و پسر، نتیجه گرفتند همه سنخ‌های ارتباطی (به‌استثنای روابط ناب) از گفتمان پسامدرن متأثر بوده‌اند. این روابط دارای ویژگی‌هایی همچون شکنندگی، مقطعی بودن، سیالیت، عدم تعهد و تکثرگرایی در دوستی می‌باشند؛ این ویژگی‌ها می‌تواند آسیب‌های عاطفی، رفتاری، احساس فروپاشیدگی، افسردگی و اضطراب را در دختران و پسران افزایش دهد و انسجام روانی آنان را تهدید کند.

گرایش به تغییر و تحول ارزش‌ها نیاز به ساخت‌های متناسب با آن تحولات دارد؛ در غیر این صورت، باعث آسیب در حوزه‌های اجتماعی شده و مقدمات ستیز، گسست و فروپاشی را فراهم می‌آورد. مدیری و مهدوی (۱۳۹۶) نشان داده‌اند علیرغم مهیا نبودن ساختارهای اجتماعی مناسب، گرایش به سمت ارزش‌های نوپدید اتفاق افتاده است. این محققان هشدار داده‌اند شیوع ارزش‌های نوپدید با وجود فراهم نبودن بستر اجتماعی مناسب، نوعی تجزیه و انشقاق خانواده را به همراه خواهد داشت.

از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت روان و انسجام خود، کیفیت جامعه‌پذیری است. با توجه به نظریه تحول ارزش‌های اینگلهارت، نظریه ساختار شبکه‌ای کاستلز^۱ و مطابق با مطالعات هانس گسر^۲ (به نقل از موسوی و جمالی، ۱۳۹۰)؛ فناوری موبایل توانسته است بر نقش آموزش و پرورش در جامعه‌پذیر کردن دانش‌آموزان تأثیر منفی بگذارد. جذابیت گستردگی کارآیی موبایل، موجب کاهش اقتدار نهادهای سنتی جامعه‌پذیری (خانواده و مدرسه) و پیدایش نوعی روند "خود جامعه‌پذیری شخصی" بین جوانان شده است؛ موبایل می‌تواند با ایجاد فضایی کاملاً شخصی و به دور از هر نوع روابط قدرت مدرسه و خانواده، حوزه‌ای مبتنی بر روابط آزاد و صمیمی برای دانش‌آموزان فراهم کند؛ به گونه‌ای که مکان‌ها و موقعیت‌های عمومی روزبه‌روز خصوصی‌تر و فردی‌تر می‌شود و احساس هویت‌های فردی و جمعی خاص در مردم به‌ویژه جوانان به وجود می‌آید. شکل‌گیری هویت‌های فردی و جمعی خاص و کاهش جامعه‌پذیری مدرسه‌ای، زمینه برای بروز گسستگی، تضاد، تناقض و مشکلات رفتاری را به وجود می‌آورد.

1. Castells, M.

2. Geser. H

نگرانی‌های درازمدت نیز بر میزان سلامت روان و حس انسجام افراد تأثیرگذار است. رفیعی (۱۳۹۷) پس از تحقیق بر روی ۶۰۰۰ هزار نفر از ساکنان مناطق ۲۲ گانه شهر تهران که بالای ۱۸ سال داشتند، عنوان کرد بیشترین نگرانی شهروندان تهرانی از «آینده فردی و خانوادگی»، «آینده مالی و اقتصادی» و «نگرانی مایحتاج اولیه» بود. وی آشکار ساخت استرس ناشی از نگرانی‌های آینده در تهرانی‌ها بیشتر از استرس‌های پس از رخ دادن وقایع ناخوشایند می‌باشد. نگرانی‌های طولانی‌مدت منجر به فعالیت و هشدار دهی زیاد بادامه می‌شود. نقش تهدیدات، نگرانی‌ها و بیش‌فعالی بادامه به مدت طولانی در اختلالات اضطراب و افسردگی ثابت شده است (کالات^۱، ۱۳۹۲).

آنتونوسکی معتقد است فردی که حس انسجام خوبی دارد صفات شخصیتی سلامت‌زا از خود ظاهر می‌سازد که منجر به خوش‌بینی و سازگاری در حوزه‌های رفتاری می‌شود. شخصی که حس انسجام قوی دارد زندگی را با معنا می‌بیند و حس قوی هدفمند بودن در زندگی دارد (سلاجقه، امامی پور، نعمت‌الله زاده ماهانی، ۱۳۹۷).

نمازی، اصغری ابراهیم‌آباد و کیمیایی (۱۳۹۵) تأکید کرده‌اند کودکان و نوجوانان خانواده‌های آشفته، فرزندان طلاق و به‌ویژه دختران بی‌سرپرست یا بد سرپرست در حس انسجام مشکل دارند؛ این تحقیق بیانگر اهمیت و تأثیر سرمایه‌های روان‌شناختی (امید، تاب‌آوری، خوش‌بینی و کارآمدی) در تبیین حس انسجام می‌باشد.

بر اساس نظریه آنتونوسکی افرادی که حس انسجام بالایی دارند دارای اطلاعات مربوط به مؤلفه‌های شناختی مرتب، جامع، ساختارمند و روشن می‌باشند؛ اطلاعاتی که مغشوش، آسیب‌دیده، تصادفی و انعطاف‌ناپذیر نیستند (آقایوسفی، شریف، ۱۳۸۹).

آنتونوسکی تأکید می‌کند که یک حلقه ارتباطی بین حس انسجام و سلامت جسمانی وجود دارد (مادسن^۲، وتگوت^۳، مریک^۴، ۲۰۰۶). حسین پور، سمیعی و نعمت‌اللهی (۱۳۹۵) نشان داده‌اند بین حس انسجام و اضطراب در بیماران عروقی کرونری قلبی رابطه منفی و معناداری وجود دارد.

1. Kalat JW
2. Madsen TF
3. Vetegodt S
4. Merrick J

"نظریه انسجام" بیانگر حالتی از ارگانیزم است که به سازگاری و تطابق فرایندهای روان-عصبی اشاره می‌کند (گراو، ۱۳۹۶). انسجام به روابط درونی بین فرایندهای عصبی، رخ دادن هم‌زمان فرایندهای عصبی سازگار و هماهنگ با سایر فرایندهای روان-عصبی آشکار و ضمنی ارتباط دارد؛ انسجام هنگامی به وجود می‌آید که در هنگام مقابله با مشکلات، شکل‌گیری الگوهای عصبی جدید، همخوان با الگوهای عصبی قبلی موجود در سیستم عصبی باشند؛ و علاوه بر آن، تلاش و فرصت کافی برای تسهیل فعال‌سازی الگوهای عصبی جدید، به‌طور مکرر و ثابت تا پایدار شدن الگوهای عصبی جدید، وجود داشته باشد (گراو، ۱۳۹۶).

گراو اعتقاد دارد علاوه بر نیازهای اساسی زیستی مانند گرسنگی و تشنگی، نیازهای خاص روان‌شناختی نیز در انسان وجود دارند؛ یعنی به همان صورت که تکلم یک توانایی مخصوص بشر است و نیاز به ساختار عصبی دارد که فقط در مغز انسان وجود دارد، نیاز به اعتماد به نفس و حمایت از عزت نفس نیز نیاز ویژه بشری است که به یک ساختار عصبی احتیاج دارد؛ این نیازهای ویژه بر اساس مکانیسم‌های ارثی و تحت تأثیر تجارب زندگی، بعد از تشکیل ساختار عصبی پیچیده به نام "خود" و "تصویر از خود"، شکل می‌گیرند. این نیازها در هر انسانی رشد می‌کنند و بین همه انسان‌ها مشترک‌اند؛ برآورده شدن این نیازهای خاص برای درک احساس بهتر و سلامت روانی ضروری هستند و نقص در آن‌ها یا عدم تحمل ارضاء نشدن آن‌ها منجر به صدماتی در سلامت روان و بهزیستی می‌شود. طبق این دیدگاه، نیاز به انسجام نیازی در ردیف سایر نیازها به شمار نمی‌آید بلکه توجه به انسجام به‌عنوان اصل مرکزی عملکرد روانی تلقی می‌شود؛ انسجام یک ضرورت و یک شرط برای عملکرد روانی خوب محسوب می‌شود و شرط اصلی برای ارضای نیازهای اساسی دیگر است (گراو، ۱۳۹۶). از این رو تلاش برای ایجاد، تداوم و حفظ انسجام، نیروی محرکه نهایی در کارکرد عصب-روانی است؛ اصل انسجام برترین و نافذترین اصل تنظیم‌کننده کارکرد روانی است. در نظریه انسجام، اختلالات روانی در طی تنظیم ناموفق انسجام پدید می‌آیند (گراو، ۱۳۹۶). عدم انسجام می‌تواند هسته مرکزی آسیب‌های شناختی

روانی باشد. برخی از محققان اعتقاد دارند گسستگی ویژگی قابل توجه در بسیاری از اختلالات روانی است (فیدلر^۱، ۲۰۰۱).

ارگانسیم انسانی به وضوح وضعیت انسجام را ترجیح می دهد و مکانیسم های بسیاری را برای دوری از عدم انسجام ایجاد کرده است، ضرورت برقراری انسجام به گونه ای است که در روند تکاملی رشد روانی، در سیستم عصبی انسان ساختارهایی پدید آمده است تا تداوم و انسجام فعالیت روانی را تضمین کنند. جسم پینه ای یکی از اساسی ترین مکانیسم های تضمین کننده انسجام در مغز است که هماهنگی بین دو نیمکره را بر عهده دارد (کولب^۲، ویشاو^۳، ۱۳۹۶). یکی از مکانیسم های دیگر برای تضمین انسجام، فعالیت بازداری^۴ است. بازداری در همانند فعال سازی^۵، فعالیت مغز محسوب می گردد (گراو، ۱۳۹۶) توانایی بازداری، برای ایجاد نظم در فعالیت های مغز ضروری است. محور اصلی کارکردهای اجرایی^۶، اعمال بازداری و برانگیختگی است؛ محققان معتقد هستند بازداری مهم ترین مؤلفه کارکردهای اجرایی است که در مبتلایان به اختلالات روانی دچار شده نقص است (ربیعی، دولتشاهی، باقری، ۱۳۹۰). کارکردهای اجرایی نظیر تمرکز، اراده، توجه انتخابی، جهت دهی مجدد توجه و انعطاف پذیری از سایر مکانیسم های عصبی برای جلوگیری از فعال سازی هم زمان سلسله مراتب سلولی ناسازگار و تضمین تداوم انسجام؛ می باشند (اسکووارتز^۷، ۱۹۹۰).

ویژگی انسان در توانایی بازداری از سیگنال های عصبی که در دستور کار حافظه کاری قرار ندارند، انسان را قادر می سازد حتی در شرایط تهدید کننده، باز هم در جهت مسیر هدف زندگی عمل کند. مانند سربازی که علی رغم خطرات و تهدیدات فراوان، باز به انجام مأموریتش ادامه می دهد (گراو، ۱۳۹۶). مانند در مسیر اهداف زندگی به این ترتیب است که نشانه های تهدید کننده می توانند تحریک شدیدی در بادامه ایجاد کنند. اگر در لحظه خطر، توجه کاملاً به یک هدف مهم معطوف شود که به طور آگاهانه با باور قوی و اراده کامل دنبال می شود، سیگنال هایی را که بادامه به طور مستمر به قشر پیش پیشانی می فرستد،

1. Fiedler P
2. Kolb B
3. Whishaw I. Q
4. Inhibition
5. Activating
6. Executive functions
7. Schwartz c

مناطق مغزی را که در مدیریت توجه درگیر هستند، متوقف می‌کند. و از این طریق از فعال شدن سلسله مراتب سلولی ناسازگار بازداری می‌شود.

تجارب ناهمخوان، ناهماهنگ و ناموزون در سطح بالا، با بهزیستی و سلامت روان پایین همراه است. هیگینز^۱ (۱۹۸۷) در نظریه "ناماهنگی خود"^۲ به مطالعه ناهماهنگی‌ها بین انواع تجلی‌های خود^۳ مانند "خود واقعی"^۴، "خود آرمانی"^۵ و "خود اخلاقی"^۶ پرداخت.

در نظریه ناهمخوانی خود هیگینز، ناهمخوانی ادراک شده بین جنبه‌های مختلف خود اخلاقی، خود واقعی و خود آرمانی با آشفتگی‌هایی متعددی (مانند احساس ترس، تهدید شدگی، بی‌قراری، احساس طردشدگی، افسردگی و اضطراب) همراه است (هیگینز، بوند^۷، کلین^۸، استرومن^۹، ۱۹۸۶). ناهماهنگی و ناهمخوانی دو نوع مهم عدم انسجام در عملکرد روانی را نشان می‌دهند که در هر دو مورد، الگوهای عصبی که با یکدیگر سازگار نیستند، به‌طور هم‌زمان فعال می‌شوند، فعالیت هم‌زمان سلسله مراتب‌های سلولی ناسازگار منجر به فشار، تعارض و تضاد می‌شود و در صورت ادامه یافتن منجر به عدم انسجام می‌شود.

شلدون^{۱۰} و الیوت^{۱۱} (۱۹۹۹) هماهنگی بین اهداف مطلوب و ابعاد مرکزی خود (نظیر ارزش‌های مهم، علائق، نیازها و انطباق اهداف رفتاری با اهداف سطح بالاتر) را مطالعه کردند؛ آنان دریافتند که هماهنگی و ارتباط، منجر به دستیابی بهتر به هدف و بهزیستی می‌شود.

برنستین، چلتیس و مایر (۱۹۹۹) بر سازش‌پذیری اهداف آشکار جاری و انگیزه‌های ضمنی درونی و تأثیر آن برای دستیابی به هدف و بهزیستی تأکید کرده‌اند. بلود^{۱۲}، زاتورره^{۱۳}، برمودز^۱ و ایوانز^۲ (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای بر روی تعدادی از نوازندگان نشان دادند

1. Higgins E.T
2. Higgin's self- discrepancy theory
3. self- representstion
4. Actual self
5. Ideal self
6. Ought self
7. Bond R.N
- 8.Klein R
9. Strauman T
10. Sheldon, K. M
11. Elliott, A. J
12. Blood, A. J
13. Zatorre, R. J

دادند محرک‌های ناموزون مانند موسیقی‌های غیر کلاسیک با فراخواندن احساسات منفی سبب می‌شوند شکل‌هایی از عدم انسجام از طریق بادامه به وجود آید؛ و فور رخ دادن محرک‌های ناموزون و ادامه یافتن عدم انسجام می‌تواند عواقب آسیب‌زایی برای بهزیستی و سلامت جسمانی داشته باشد (گراو، ۱۳۹۶).

از مهم‌ترین عوامل پیدایش و تداوم نگرانی‌ها، سبک تفکری است که تحت عنوان سندرم شناختی - توجهی شناخته شده است، ولز آن را سبک تفکر مشترک در همه اختلالات روانی می‌داند. سندرم شناختی توجهی به شکل نگران‌اندیشی یا اندیشناکی، توجه معطوف به تهدید و مکانیسم‌های مقابله‌ای ناکارآمد بروز می‌کند. این سندرم منجر به تداوم هیجان‌های منفی و تقویت افکار منفی می‌شود. سندرم شناختی - توجهی سبب ماندگاری احساس تهدید، حفظ پردازش مبتنی بر تهدید، توجه به منابع تهدید می‌شود (ولز،^۳ ۱۳۹۴). نتایج پژوهش‌های زیادی بر نقش مؤلفه‌های سندرم شناختی - توجهی در ایجاد اختلال‌های روان‌شناختی صحنه می‌گذارند (فرگوس^۴، بردین^۵، اورکات^۶، ۲۰۱۲).

توجه روان‌درمانگران به ضرورت ایجاد، حفظ و تداوم انسجام روان، موجب شده است که در دهه‌های اخیر روش‌های کل‌نگر مورد توجه آنان قرار گیرد. آنان در جستجوی روش‌های نوینی برآمده‌اند که بتواند کل وجود فرد را به صورت یکپارچه تحت تأثیر قرار دهد و همه شناخت‌ها، باورها، عواطف، هیجان‌ها و رفتارهای وی را به‌طور منسجم و هماهنگ تغییر داده و در مسیر رشد و تکامل اندازد (شریفی‌نیا، ۱۳۹۲). از این رو ابداع نظریه‌های چند فرهنگی، معنویت‌گرا و انسجام بخش در کانون توجه بسیاری از نظریه‌پردازان و درمانگران یکپارچه‌نگر قرار گرفته است. ونس^۷ (۱۹۹۰) تأکید دارد درمانگران عمدتاً بر رشد و یکپارچگی روان‌شناختی مراجع تأکید دارند. محور مشترک درمان در رویکردهای یکپارچه‌نگر تأکید بر مفهوم خود، تقویت خود؛ خودشکوفایی، تنظیم عواطف، پذیرش خود، رها کردن خود برای کشف خود (سیاروچی^۸، پی‌لی^۹،

1. Bermudes, P.
2. Evans, A. C
- 3 Wells A
- 4.Fergus TA
- 5.Bardeen JR
- 6.Orcutt HK
7. Veness D
8. Ciarrochi J
- 9.Bailey A

(۱۳۹۷) درک همدلانه، شفقت و دلسوزی با خود پیوستگی و جامعیت مراجع (مولایی و همکاران، ۱۳۹۷) و استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی می‌باشد (سیاروچی، پی‌لی، ۱۳۹۷). درمان فراشناختی از جمله رویکردهایی است که درصدد به وجود آوردن یکپارچگی، ذهن آگاهی و انسجام درونی مراجع می‌باشد. درمان فراشناخت فرایندهای درگیر با ایجاد و اصلاح خود پنداره را حمایت می‌کند؛ در این رویکرد از روش‌های "توجه آگاهی انفصالی"، "آموزش تکنیک توجه" و "بازسازی تصاویر ذهنی" استفاده می‌شود. نتیجه درمان فراشناختی، تعلیق و توقف در تلاش برای تحلیل، مقابله و اعمال کنترل در پاسخ به تجربه‌های درونی می‌باشد؛ پیامد رویکرد درمانی فراشناختی، گسترش تجربه‌های هشیارناپ می‌باشد. در این روش، افراد به خودآگاهی و خودتنظیمی دست می‌یابند (ولز، ۱۳۹۴). هم‌چنین در درمان فراشناختی برای بهبود اختلالات روانی بر کاهش توجه معطوف به خود، کاهش احساس تهدید شدگی و کاهش نشخوارهای ذهنی، کاهش سندرم شناختی - توجهی (سلمانی، حسنی، کرمی و محمدخانی، ۱۳۹۲) و آرام بخشی به فعالیت بادامه (ولز، ۱۳۹۲) تأکید شده است؛ درواقع، دستاورد درمان فراشناختی افزایش تجربه‌های هشیاری و رشد "خود" و بهره‌مندی از حس انسجام خود (ولز، ۱۳۹۲) می‌باشد. ما در این پژوهش به دنبال برجسته‌سازی اهمیت فراهم بودن شرایط فردی و اجتماعی جهت ایجاد، حفظ و تداوم انسجام روانی افراد جامعه بوده‌ایم؛ اهمیت دادن به ارزیابی عصب-روان شناختی و استفاده از نرم‌افزارهای توان بخشی کارکردهای اجرایی در طراحی برنامه درمان از دیگر اهداف تحقیق حاضر بوده است. اثربخشی مداخلات عصب شناختی مبتنی بر حافظه کاری در کاهش نشانه‌های افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، بهبود تنظیم هیجان مورد تأیید واقع شده است (ون ماکر، گریرت، فرانکن، ۲۰۱۵). تحقیقات انجام شده در زمینه نقش قشر پیشانی در رفتار انسانی نشان داده‌اند که این قسمت به‌عنوان مرکز کنترل عمل می‌کند؛ درواقع، کارکردهای اجرایی به کارکردهای "کنترلی و فرماندهی" کورتکس پیش پیشانی منتسب می‌شود که در رفتارهای سازگارانه، رفتار اجتماعی، انعطاف پذیری افکار و اعمال و دستیابی به هدف نقش دارد. شهیدی، گرانوند و سیانی (۱۳۹۴) نشان دادند آموزش کارکردهای اجرایی و دانش فراشناختی برای کاهش

1. Wenmaker S
2. Geraerts E
3. Franken I. H. A

میزان نافرمانی مقابله‌ای کودکان مؤثر بوده است. بنابراین، عملکرد مناسب ناحیه پیش پیشانی و کارکردهای اجرایی مغز از ابزار مهم حفظ انسجام درونی فرد (گراو، ۱۳۹۶) بشمار می‌آیند.

با توجه به اهمیت تأمین انسجام روان، افزایش دانش آسیب‌شناسی انسجام روان همراه با یافتن راهکارهای بهبود انسجام روان و تقویت خود، فرضیه اصلی پژوهش بررسی اثربخشی درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرایی مغز بر سندرم شناختی-توجهی و حس انسجام خود در مبتلایان به اضطراب می‌باشد.

روش

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دانش‌آموزان دختر دبیرستانی پایه سوم و چهارم شهر تهران در سال تحصیلی ۹۶-۹۵ تشکیل می‌دهند. برای نمونه‌گیری، از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای هدفمند استفاده شد. ابتدا از بین ۲۲ منطقه آموزش و پرورش شهر تهران، آموزش و پرورش منطقه ۴؛ و از بین دبیرستان‌های دخترانه منطقه چهار، یک دبیرستان مقطع دوم با شیوه در دسترس انتخاب گردید. بعد از اجرای سه مرحله آزمون، در نهایت ۲۰ دانش‌آموز که نمرات ۲۶ به بالا را در پرسشنامه اضطراب بک کسب کردند، برای شرکت در پروژه در نظر گرفته شدند. آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند.

طرح پژوهش حاضر از نظر هدف، از نوع پژوهش‌های کاربردی و برحسب نحوه گردآوری داده‌ها و برنامه درمانی در قالب یک پژوهش نیمه آزمایشی و گمارش تصادفی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه اضطراب بک (BAI): آبرون بک^۱، استیر^۲، براون^۳ و اپستین^۴ (۱۹۹۰) پرسشنامه اضطراب بک را معرفی کردند. این پرسشنامه باهدف سنجش شدت نشانه‌های اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان و هم‌چنین کاهش همپوشی با نشانه‌های افسردگی

1. Beck A
2. Steer R
3. Brown G
4. Epstein N

ابداع شده است. پرسشنامه اضطراب بک دارای ۲۱ ماده است نقاط برش پیشنهاد شده برای این پرسشنامه بدین قرار است: ۰ تا ۷: هیچ یا کمترین حد، ۸ تا ۱۵: خفیف، ۱۶ تا ۲۵: متوسط، ۲۶ تا ۶۳: شدید. بک و همکارانش (۱۹۸۸) ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۹۳ و ضریب پایایی باز آزمایی را در فاصله ۵ هفته‌ای ۰/۸۳ گزارش کردند. در پژوهش بشارت (۱۳۹۴) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس اضطراب بک ۰/۸۸ محاسبه شده است.

پرسشنامه حس انسجام آنتونوسکی^۱ (SOC-13) (۱۹۹۳): نسخه اولیه پرسشنامه حس انسجام را آرون آنتونوسکی (۱۹۹۳) در سان فرانسیسکو ارائه کرد. وی اعتقاد دارد پرسشنامه حس انسجام توانایی اداره کردن تنش را ارزیابی می‌کند. پرسشنامه حس انسجام دارای دو فرم ۲۹ ماده‌ای و ۱۳ ماده‌ای می‌باشد. در این پژوهش از فرم ۱۳ ماده‌ای استفاده شد. نقاط برش بدین ترتیب است: نمره بین ۱۳ تا ۲۶ حس انسجام پایین، نمره ۲۶ تا ۵۲ حس انسجام متوسط و نمره بالاتر از ۵۲ حس انسجام بالا است. اریکسون^۲، لینداستروم^۳ (۲۰۰۷) نتیجه‌گیری کردند که پرسشنامه‌های حس انسجام (۲۹ و ۱۳ سؤالی) پایا و معتبر هستند و قابلیت کاربرد فرهنگی را دارند. در ایران فرم ۱۳ ماده‌ای توسط (محمدزاده، ۲۰۱۰) اعتبار یابی شده که با ضریب آلفای ۰/۷۷ پایا بوده است. در پژوهش حاضر پایایی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۶۶ و از طریق تنصیف ۰/۷۸ محاسبه شده است که با پژوهش محمدزاده هماهنگی دارد.

پرسشنامه فراشناخت برای نوجوانان^۴ (MCQ-30) یکی از مفیدترین پرسشنامه‌های فراشناخت است که به ارزیابی باورهای مثبت در مورد نگرانی باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل ناپذیری نیاز به کنترل افکار، اطمینان شناختی و خود-هشیاری شناختی می‌پردازد (فیشر^۵، ولز، ۱۳۹۴). نمره کل پرسشنامه فراشناختی از جمع کل نمرات خرده مقیاس‌ها حاصل می‌شود (ولز، ۱۳۹۴ ب). در نسخه اصلی پرسشنامه همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای زیر مقیاس‌های مهارت‌ناپذیری و خطر ۰/۹۱، باورهای مثبت درباره نگرانی ۰/۹۲، وقوف شناختی یا خودآگاهی شناختی ۰/۹۲، اطمینان

1. Antonovsky's sense of coherence inventory.
2. Erikson M
3. Lindsstrom B
4. Adolescent Meta – cognition Questionnaire
5. Fisher P

به حافظه یا اطمینان شناختی ۰/۹۳ و نیاز به مهار افکار ۰/۷۲ به دست آمد (ولز، کاترایت-هاتون^۱، ۲۰۰۴). خرم دل، سجادیان، بهرامی و زنگنه (۱۳۹۱) در پژوهش خود با هدف رواسازی مقیاس اصلاح شده فراشناخت برای نوجوانان در یک نمونه ایرانی، این مقیاس را آزمونی پایا و معتبر دانسته‌اند.

مقیاس سندرم شناختی-توجهی CAS_1 (ولز، ۲۰۰۹) مقیاسی ۱۶ ماده‌ای است که به منظور ارزیابی فعال شدن نشانگان شناختی-توجهی ایجاد شده است. مقیاس سندرم شناختی - توجهی همچنین وسیله‌ای برای ارزیابی تغییرات ایجاد شده در نگرانی، پایش تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است. دو سؤال اول این مقیاس به ترتیب، میزان فراوانی نگرانی بیمار و میزان توجه وی را بر موارد تهدیدکننده می‌سنجد. شش ماده‌ی بعدی با فراوانی راهبردهایی که افراد برای مقابله با احساسات و افکار منفی به کار می‌برند ارتباط دارد. پاسخ به این ۸ ماده بر اساس مقیاس ۹ درجه‌ای لیکرتی از صفر تا ۸ صورت می‌گیرد. هشت ماده بعدی میزان اعتقاد فرد به هر یک از باورهای فراشناختی درباره نشانگان شناختی-توجهی را بر اساس مقیاس صفر تا ۱۰۰ درجه‌بندی می‌کند (توماس و همکاران، ۲۰۱۲). اعتبار این مقیاس در پژوهش سلمانی، حسنی، کرمی، محمدخانی (۱۳۹۲) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ و در پژوهش سندی نیز ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمده است. در پژوهش حاضر اعتبار مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۵۳ و با استفاده از تنصیف ۰/۴۵ محاسبه شده است.

جدول ۱: برنامه مداخلات فراشناختی

جلسات درمان	اهداف	محتوا	تکالیف
جلسه اول	مشخص کردن مشکل اصلی	بررسی روابط با اعضای خانواده، وضعیت تحصیلی، مشخص کردن مشکل اصلی، آموزش مفهوم فراشناخت	شناسایی افکار نگران کننده
جلسه دوم	آشنایی با مفهوم "توجه معطوف به خود"	بررسی مشکلات دانش آموز و افکار نگران کننده‌اش به شیوه‌ی فراشناختی	آموزش "توجه معطوف به خود" و تعیین میزان "توجه معطوف به خود" توسط دانش آموز بر روی نمودار

جلسه سوم	بهسازی حافظه فعال	تحویل CD بهسازی حافظه فعال. آموزش عملی بخش‌های مختلف CD	تمرین روزانه CD بهسازی حافظه فعال
جلسه چهارم	آشنا کردن دانش آموز با تکنیک آموزش توجه	تحویل فرم ثبت دفعات انجام تکنیک آموزش توجه به دانش آموز و تمرین بهسازی حافظه فعال	انجام تکنیک آموزش توجه دو بار در روز و ثبت در فرم مربوطه
جلسه پنجم	آشنا سازی دانش آموز با مفاهیم ذهن آگاهی انفصالی	استفاده از مثال‌های ایستگاه قطار، حرکت ابرها، حرکت برگ‌های درختان بر روی آب، اجازه دادن به افکار که بیایند و بروند	تمرین بهسازی حافظه فعال ادامه‌ی تمرین تکنیک آموزش توجه تمرین ذهن آگاهی انفصالی
جلسه ششم	آشنا کردن دانش آموز با تکنیک بازسازی تصاویر ذهنی	پیگیری انجام تکالیف داده شده در جلسات قبلی، بررسی تغییرات به وجود آمده	انجام و تمرین تکنیک بازسازی تصاویر ذهنی در جلسه و توصیه به دانش آموز برای انجام تکنیک بازسازی تصاویر ذهنی در خانه
جلسه هفتم	آشنایی با خود شفقت ورزی	بررسی و گفت‌وگو پیرامون نامه‌ی دلسوزانه به خود شفقت و مهربانی	نوشتن نامه‌ی دلسوزانه به خود با شفقت و مهربانی

یافته‌ها

در بخش توصیفی به شاخص‌های آماری میانگین و انحراف استاندارد در دو گروه آزمایش، گواه پرداخته شد؛ سپس در بخش آمار استنباطی به بررسی فرضیه پژوهش، از آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس چند متغیری، یک متغیری و آزمون T همبسته مورد استفاده قرار گرفت.

بخش اول: تحلیل توصیفی

جدول شماره (۲): شاخص‌های توصیفی برای گروه گواه (دانش‌آموزان اضطرابی) در دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون (n₁=n₂=10)

شاخص		تعداد حداقل حداکثر میانگین انحراف معیار			متغیر	
شناختی - توجهی	پیش‌آزمون	۱۰	۶۳	۸۵	۷۳/۸۰	۷/۶۸۵
	پس‌آزمون	۱۰	۶۶	۸۹	۷۲/۸۰	۶/۹۷۳
حس انسجام خود	پس‌آزمون	۱۰	۳۵	۵۰	۴۱	۴/۵۹۵
	پس‌آزمون	۱۰	۲۵	۵۵	۳۹/۲۰	۱۰/۰۹۷

در جدول شماره (۲) میانگین و انحراف استاندارد " شاخص‌های سندرم شناختی - توجهی و حس انسجام خود در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه گواه نشان داده شده است. در شاخص‌ها تفاوت بین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون جزئی می‌باشد.

جدول شماره (۳): شاخص‌های توصیفی برای گروه آزمایشی (دانش‌آموزان اضطرابی) در دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون (n₁=n₂=10)

شاخص		تعداد حداقل حداکثر میانگین انحراف معیار			متغیر	
شناختی - توجهی	پس‌آزمون	۱۰	۶۵	۹۱	۷۸/۷۰	۸/۶۱۶
	پس‌آزمون	۱۰	۴۵	۸۱	۶۵/۸۰	۱۰/۹۷۳
حس انسجام خود	پس‌آزمون	۱۰	۲۹	۵۵	۴۲/۸۰	۸/۹۹۱
	پس‌آزمون	۱۰	۲۵	۶۸	۵۲/۲۰	۸/۰۲۵

در جدول شماره (۳) میانگین و انحراف استاندارد " شاخص‌های شناختی - توجهی و حس انسجام خود در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه آزمایشی نشان داده شده است. در شاخص‌ها تفاوت بین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیاد می‌باشد.

بخش دوم: تحلیل استنباطی

برای بررسی معناداری فرضیه‌های پژوهش تحلیل کوواریانس چند متغیری (مانکوا) انجام شد. نتایج نشان داد، درمان فراشناختی با تأکید بر عملکرد اجرایی مغز توانسته است، حداقل در یکی از عملکردهای سندرم شناختی- توجهی و حس انسجام خود در دانش‌آموزان اضطرابی را بهبود بخشد. بنابراین تحلیل کوواریانس یک متغیری انجام شد.

جدول شماره (۴): خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری برای متغیر سندرم شناختی- توجهی دانش‌آموزان اضطرابی

متغیر منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب ای‌تا
شناختی- توجهی پیش‌آزمون	۱۹۶/۰۷۰	۱	۱۹۶/۰۷۰	۲/۵۱۵	۰/۱۳۱	۰/۱۲۹
	۳۶۶/۵۹۹	۱	۳۶۶/۵۹۹	۴/۷۰۳	۰/۰۴۵	۰/۲۱۷
	۱۳۲۵/۱۳۰	۱۷	۷۷/۹۴۹			
اثر درمان خطا						

کل ۱۷۶۶/۲۰۰ ۱۹

با توجه به نتایج جدول (۴) در سطح ($F=4/703, P=0/05$) نتیجه گرفته می‌شود در این پژوهش، درمان فراشناختی با تأکید بر عملکرد اجرایی مغز توانسته است بر سندرم شناختی- توجهی افراد اضطرابی را بهبود بخشد.

جدول شماره (۵): خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس یک متغیری متغیر حس انسجام خود دانش‌آموزان اضطرابی

متغیر منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب ای‌تا
حس انسجام خود همپراش	۱۸۹/۸۶۸	۱	۱۸۹/۸۶۸	۲/۴۶۹	۰/۱۳۵	۰/۱۲۷
	۷۲۹/۰۳۹	۱	۷۲۹/۰۳۹	۹/۴۸۰	۰/۰۰۷	۰/۳۵۸
	۱۳۰۷/۳۳۲	۱۷	۷۶/۹۰۲			
اثر درمان خطا						

کل ۲۳۴۲/۲۰۰ ۱۹

با توجه به نتایج جدول (۵) در سطح ($F=9/480$ ، $P=0/05$) نتیجه گرفته می شود در این پژوهش، درمان فراشناختی با تأکید بر عملکرد اجرایی مغز توانسته است عملکرد حس انسجام خود، دانش آموزان اضطرابی را بهبود بخشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر آزمون تأثیر درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرایی بر سندرم شناختی- توجهی و حس انسجام خود دانش آموزان اضطرابی می باشد. نتایج کلی حاکی از آن بود که این درمان، نشانه های سندرم شناختی- توجهی و حس انسجام خود دانش آموزان اضطرابی را بهبود بخشیده است. نتایج کلی پژوهش با نتایج بسیاری از تحقیقات که از کارآیی درمان فراشناختی در درمان اختلالات اضطرابی حمایت کرده اند (موسوی مقدم، بیرامی، بخشی پور رودسری، حمیدپور، ۱۳۹۶) همسویی دارد.

یافته ها نشان می دهد مداخله توانسته است سندرم شناختی- توجهی دانش آموزان اضطرابی را بهبود بخشد. فونونی که در این درمان مورد استفاده قرار می گیرند (به عنوان مثال تکنیک آموزش توجه، ذهن آگاهی گسلیده، به تأخیر انداختن نگرانی و خنثی کردن باورهای مثبت و باورهای منفی)، مؤلفه های سندرم شناختی- توجهی را مورد هدف قرار می دهند. این یافته با مبانی نظری درمان فراشناختی ولز هماهنگ است (ولز، ۱۳۹۲ الف). تحقیقات سال های اخیر نشان داده است سوگیری توجه نقش مهمی در سبب شناسی و تداوم اختلال اضطرابی ایفا می کند (کووارت^۱، الندیسک^۲، ۲۰۱۱) و کنترل توجه عامل مهمی در اختلالات عاطفی است. در سندرم شناختی- توجهی، توجه به سوی خود معطوف می شود و ظرفیت شناختی و توجهی کاهش می یابد؛ اثر توجه افراطی معطوف به خود، محروم شدن افراد از توجه به سایر منابع اطلاعاتی که موجب تسهیل باورهای تعدیل کننده و مقابله سازگارانه با مشکل می گردند، می باشد (مک وی^۳، پرینی^۴، ۲۰۰۹). این امر سبب تداوم و باقی ماندن آشفتگی های روانی می شود. تکنیک آموزش توجه از طریق: (۱) تضعیف توجه معطوف به خود، (۲) رفع نشخوارهای پردازشی مبتنی بر نگرانی، (۳) افزایش کنترل بر توجه (۴) تقویت مدل فراشناختی پردازش اطلاعات؛ کاهش سندرم شناختی-

1. Cowart M. J. w
2. Ollendick H
3. McEvoy P.M
4. Perini S. J

توجهی را در پی دارد (ولز، ۲۰۰۹). عادت‌های پردازش ناکارآمد با استفاده از تمرین‌های کنترل توجه غیرفعال شده و برنامه‌های جدید برای پردازش جایگزین آن‌ها می‌شود. این تمرین‌ها تمرکز بر خود را کاهش داده، فرا نگرانی‌ها را برطرف کرده و کنترل منعطف پردازش را بالا می‌برد (ولز، وایت، کارتر، ۱۹۷۷). سلمانی، حسنی، کرمی، محمدخانی (۱۳۹۲) نیز در پژوهش خود نشان دادند نمرات بیماران در سندرم شناختی - توجهی بعد از دریافت درمان فراشناخت، کاهش یافته است.

هم‌چنین نتایج نشان داده است مداخله توانسته است عملکرد حس انسجام خود دانش‌آموزان اضطرابی را بهبود بخشد. نظریه مقایسه زمانی (آلبرت^۱، ۱۹۷۷) بر این مفهوم دلالت دارد که افراد هویت خود را با ارتباط دادن خودهای مختلف زمانی به یک حس خود اصلی حفظ می‌کنند، در کل، افراد برانگیخته می‌شوند تا خود را ارتقاء دهند (سدیکس گرین، ۲۰۰۸)؛ روش ارتقاء خود، مبتنی بر مقایسه خودهای گذشته با خود فعلی و خود آینده است. به‌طور طبیعی افراد معمولاً خودهای گذشته‌شان را در مقایسه با خود فعلی منفی‌تر یا درهم‌ریخته‌تر یادآوری می‌کنند و خود آینده‌شان را نسبت به خود فعلی مثبت‌تر تلقی می‌کنند (رأس^۲ و بوهرلر^۳، ۲۰۰۴). این امر مسیری را برای ارتقاء خود مهیا می‌سازد. چراکه به افراد امکان می‌دهد خود را در طول زمان در حال بهبود و رشد درک کنند (رأس و ویلسون^۴، ۲۰۰۳). زولنر^۵ و مارکر^۶ (۲۰۰۶) دریافتند ادراک رشد فردی در طول زمان می‌تواند در مقابله با رویدادهای آسیب‌زا به افراد کمک کند؛ ولیکن افراد مضطرب یا افسرده گذشته و حال خود را منفی‌تر از افراد سالم یادآوری می‌کنند. این ادراک باعث ایجاد احساسات درماندگی در آن‌ها شده و باور آن‌ها بر ناتوانی در سازگاری را افزایش می‌دهد. این نوع بازنمایی طرح‌واره‌ای، دیدگاه منفی مداوم نسبت به خود در این افراد را شکل می‌دهد (استوپا، ۱۳۹۲). بنابراین، مسیر ارتقاء خود که در اثر تأیید خود، ارزیابی خود و پیشرفت خود حاصل می‌شود در این بیماران مختل می‌گردد؛ در درمان فراشناختی با استفاده از فنون ذهن آگاهی گسلیده و تغییر سبک تفکر از عینی به

1. Albert S
2. Ross M
3. Buehler R
4. Wilson A.E
5. Zoellner T
6. Maercker A

فراشناختی، این چرخه ناکارآمد متوقف می‌شود و مسیر ارتقاء خود، هشیاری، انسجام و یکپارچگی هموار می‌گردد. در درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرایی و استفاده از تمرینات بهسازی حافظه فعال، تغییرات در دو جهت روی می‌دهند: اصلاح باورهای مثبت و منفی فراشناختی و از سوی دیگر بهبود کارکردهای اجرایی مانند استدلال، دقت و توجه. نمونه‌ای از عملکرد بهتر آزمودنی‌ها به وجود آمدن توانایی تکمیل برگه‌های " خلاصه‌ی برنامه‌ی جدید " می‌باشد؛ تکمیل این فرم نیاز به بهبود کارکردهای اجرایی مانند پردازش مجدد اطلاعات، توجه، انعطاف‌پذیری، بازداری، ارزیابی مجدد و طراحی رفتارهای مقابله‌ای جدید دارد (ولز، ۱۳۹۴ ب).

درمان فراشناختی هم‌چنین از فرآیندهای دخیل در ایجاد و تصحیح خودانگاره حمایت می‌کند. تکنیک‌های این درمان سبب می‌شود تا فرد به‌عنوان یک ناظر، افکارش را مشاهده کند. تکنیک ذهن آگاهی گسلیده، لحظه‌های ذهن آگاهی را ایجاد می‌کند که به‌واسطه آن فرد به محدوده هشیاری درونی می‌رسد و در لحظه‌ای که نظاره‌گر شناخت خودش است به تجربه " حس کردن خود " دست می‌یابد. این تجربیات راه‌هایی برای تجربه کردن رسیدن به یک احساس انعطاف‌پذیر و کل‌نگر از خویشتن را فراهم می‌سازد (ولز، ۱۳۹۲ الف) در نتیجه، کسب دیدگاه کل‌نگر از خویشتن به برقراری هر چه بهتر حس انسجام خود کمک می‌نماید.

با قرار دادن یافته‌های پژوهش حاضر در کنار یکدیگر می‌توان بیان کرد که درمان فراشناختی با تأکید بر کارکردهای اجرایی توانسته است علاوه بر کاهش استفاده دانش‌آموزان از مؤلفه‌های سندرم شناختی- توجهی و ارتقاء خود، احساس انسجام دانش‌آموزان مضطرب را بهبود بخشد. این یافته با نظر جونگ (۲۰۰۷)، به نقل از رضاپور و نصوحی، (۱۳۹۷) همخوانی دارد؛ او معتقد است که تجربه‌های زندگی که قابل پیش‌بینی و کنترل باشند منجر به احساس انسجام در افراد می‌شود و با تعیین اهداف قابل دسترس و امید رسیدن به آن‌ها احساس انسجام افزایش می‌یابد.

منابع فارسی

- استوپا، لوسیا (۱۳۹۲) تصویرسازی ذهنی و خود تهدید شهید: نظریه‌های نوین خود و کاربرد تصویرسازی ذهنی در شناخت درمانی. ترجمه احمد برجعلی، بیتا آجیل چی، محمد سلیمی. تهران، انتشارات کتاب ارجمند. چاپ اول. مهر ۱۳۹۲
- اینگلهارت، رونالد (۱۳۷۳) تحول فرهنگی در جامعه پیشرفته صنعتی. ترجمه مریم وتر. تهران: انتشارات کویر
- اینگلهارت، رونالد؛ ولزل، کریستین (۱۳۸۹) *نوسازی، تغییر فرهنگی و دموکراسی*. ترجمه یعقوب احمدی. تهران: انتشارات کویر.
- آقا یوسفی، علیرضا؛ شریف، نسیم (۱۳۸۹) بررسی همبستگی بین بهزیستی روانی و حس انسجام در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی - واحد تهران مرکز. پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی). سال پانزدهم. شماره ۶، پی‌درپی (۷۸) صفحات ۲۷۳ تا ۲۷۹ بهمن و اسفند ۱۳۸۹.
- بشارت، محمدعلی؛ باقری، سمیه؛ رستمی، رضا؛ فهیمه، تولاییان (۱۳۹۴) نقش واسطه‌ای نشخوار و نگرانی در رابطه بین منبع کنترل با افسردگی و اضطراب در افراد مبتلا به اختلال‌های افسردگی مهاد و اضطرابی. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، دانشگاه فردوسی مشهد- دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- حسین پور، محمدرضا؛ سمیعی، لاله؛ نعمت‌اللهی، مریم (۱۳۹۵) بررسی رابطه بین حس انسجام و اضطراب در بیماران عروق کرونر قلبی در شهر تبریز. نشریه پژوهشی - تحلیلی دانشکده پرستاری الیگودرز. مجله توسعه پرستاری در سلامت، دوره‌ی هفتم، شماره ۲، پاییز و زمستان ۱۳۹۵
- خرم دل، کاظم؛ سجادیان، پرنیاز؛ بهرامی، فاطمه؛ زنگنه، صادق (۱۳۹۰) *رواسازی مقیاس اصلاح شده فراشناخت برای نوجوانان*. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان. دوره‌ی ۱۴. شماره ۱، ۱۳۹۱.
- ربیعی، نازین؛ دولتشاهی، بهروز؛ باقری، فریبرز (۱۳۹۰) مقایسه بازداری در کودکان دبستانی دارای علائم و نشانه‌های اختلال سلوک با کودکان بهنجار. مجله روانشناسی بالینی، سال سوم، شماره ۱ (پیاپی ۹) بهار ۹۰

- رضاپور، یاسر؛ نصوحی، مینا (۱۳۹۷) اثربخشی مداخله تلفیقی امید‌درمانی و درمان مبتنی بر سبک زندگی آدلری بر خودکارآمدی، حس انسجام و شفقت خود در زنان معلول جسمی-حرکتی. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی دانشگاه علامه طباطبائی. سال نهم، شماره ۳۳، بهار ۹۷، ص ۱۶۳ تا ۱۸۵
- رفیعی، حسین (۱۳۹۷) گک‌زارش خبری: تهرانی‌ها با استرس زندگی می‌کنند. خبرگزاری مهر: کد خبر ۴۳۰۶۴۹۳، خرداد سال ۹۷، ساعت ۰۸:۰۴:۶
- سلاجقه، سوزان؛ امامی پور، سوزان؛ نعمت‌الله زاده ماهانی، کاظم (۱۳۹۷) تبیین مدل ساختاری روابط بین خود‌انسجامی و بهزیستی روان‌شناختی بر اساس راهبردهای تنظیم شناختی در زنان مبتلا به سرطان پستان. مجله اندیشه و رفتار. دوره‌ی دوازدهم، شماره‌ی ۴۶، پاییز ۱۳۹۶
- سلمانی، بهزاد؛ حسنی، جعفر؛ کرمی، غلامرضا؛ محمدخانی، شهرام (۱۳۹۲) اثربخشی درمان فراشناختی در سندرم شناختی - توجهی (CAS) و راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان (CER) بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر (GAD). مجله علوم رفتاری. دوره‌ی ۷، شماره ۲، پاییز ۱۳۹۲، صفحات ۲۵۴-۲۴۵.
- سیاروچی، جوزف؛ پی‌لی، آن (۱۳۹۷) یکپارچه‌سازی درمان شناختی - رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (راهنمای کاربردی). مترجمان: شهرام محمدخانی، حامد عبدالله پور. تهران: انتشارات ابن‌سینا، چاپ اول، فروردین ۱۳۹۷.
- شریفی‌نیا، محمدحسین (۱۳۹۲) الگوهای روان‌درمانی یکپارچه با معرفی درمان یکپارچه توحیدی. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه (شماره انتشار: ۲۰۳؛ روان‌شناسی ۲۱)، چاپ دوم، بهار ۱۳۹۲
- شریفی، طیبیه؛ شکرکن، حسین؛ احدی، حسن، مظاهری، محمد مهدی (۱۳۸۸) بررسی رابطه بین هویت‌های دینی و ملی با سلامت روان دانشجویان. یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۴(۱۱)، ص ص ۱۴۲-۱۲۵
- شهیدی، لاله؛ گرانوند، پریش؛ قاسمی سیانی، محمد (۱۳۹۴) مقاله پژوهشی: اثربخشی کارکردهای اجرایی و دانش فراشناختی بر میزان نافرمانی مقابله‌ای کودکان پسر دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دوره دبستان. مجله مطالعات ناتوانی، دوره‌ی ۵، پیاپی ۱۱، ۱۳۹۴، ۴۹-۵۷

- علی پور، احمد؛ شریف، نسیم (۱۳۹۱) پژوهنده (مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی). سال هفدهم. شماره ۱. پی در پی ۸۵ صفحات ۵۰ تا ۵۶
- فیشر، پیتر؛ ولز، آدرین (۱۳۹۴) تند آموز درمانگری فراشناختی. ترجمه مژگان آگاه هریس، مسعود جان بزرگی. چاپ اول. تهران. کتاب ارجمند.
- کالات، جیمز (۱۳۹۲) روان‌شناسی فیزیولوژیکی، ویراست نهم. ترجمه یحیی سید محمدی. چاپ هفتم. تهران. نشر روان.
- کولب، برایان؛ ویشاوی، یان ک (۱۳۹۶) مبانی نوروسایکولوژی انسان، جلد دوم. مترجمان احمد علی پور، مژگان هریس آگاه، عبدالرضا منصوری راد، عطاءاله محمدی. ویراست ششم. انتشارات ارجمند، چاپ سوم، ۱۳۹۶
- گراو، کلاوس (۱۳۹۶) روان عصب درمانی: چگونه علوم اعصاب، روان‌درمانی اثر بخش را پی‌ریزی می‌کند. مترجمان ابوالقاسم خوش کنش، زهرا حضرتی؛. تهران؛ آوای نور، چاپ اول،
- مدیری، فاطمه؛ مهدوی، محمد صادق (۱۳۹۶) بررسی نسلی ارزش‌های پست مدرن خانوادگی و عوامل اثرگذار بر آن با تأکید بر نقش دین‌داری. مجله جامعه‌شناسی نهادهای اجتماعی / دوره ۴ (۹)، ۱۸۷-۱۵۵
- مشیدی، شهرزاد (۱۳۹۰) تحول معیارهای همسرگزینی جوانان نسبت به والدینشان به تفکیک خاستگاه طبقاتی (پایان‌نامه دکتری جامعه‌شناسی، واحد علوم تحقیقات تهران).
- موسوی مقدم، سیده آیدا؛ بیرامی، منصور؛ بخشی پور رودسری، عباس؛ حمیدپور، حسن (۱۳۹۶) عنوان تحقیق: کارآیی درمان فراشناختی بر کاهش علائم و شدت اضطراب صفت در افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. فصلنامه مطالعات روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، سال هفتم، شماره بیست و هفتم، تابستان ۹۶، ص ۲۳ تا ۴۵.
- موسوی، سید کمال الدین؛ جمالی، فرشاد (۱۳۹۰) تجزیه و تحلیل رابطه میان استفاده از مویایل و جامعه‌پذیری مدرسه‌ای با تأکید بر دانش‌آموزان دبیرستانی شهرستان کوه‌دشت لرستان. مجله مطالعات فرهنگ - ارتباطات، سال دوازدهم، شماره پانزدهم، پاییز ۱۳۹۰.

مولایی، مهري؛ حاجلو، نادر؛ صادقی هاشجین، گودرز؛ میکائیلی، نیلوفر؛ حیدری، شیما (۱۳۹۷) مقاله پژوهشی: اثربخشی درمان پویشی کوتاه مدت با رویکرد همدلانه و تعدیل کننده اضطراب بر ابراز گری هیجانی و خودانگاره دانشجویان دارای علائم اختلال اضطراب جدایی بزرگ سالی.. نشریه روان پرستاری، دوره ۶، شماره ۲، خرداد و تیر ۹۷.

نمازی، آرزو؛ اصغری ابراهیم آباد، محمد جواد؛ کیمیایی، سید علی (۱۳۹۵) نقش سرمایه های روان شناختی در پیش بینی احساس انسجام روانی دختران نوجوان بی سرپرست و بد سرپرست. اولین کنفرانس ملی پژوهش های نوین در روان شناسی، مشاوره، اهواز

نیازی، محسن؛ پرنیان، لیلا (۱۳۹۳) سنخ بندی دوستی های بین دو جنس (مورد مطالعه: دختران جوان شهر کرمانشاه). زن در توسعه و سیاست، ۱۲(۴)، ۵۷۶-۵۵۹
ولز، آدریان (۱۳۹۲ الف) راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. ترجمه محمد خانی، شهرام، چاپ سوم، تهران. انتشارات وراى دانش.

ولز، آدریان (۱۳۹۴ ب) فراشناخت درمانی برای اضطراب و افسردگی. ترجمه مهدی اکبری، ابوالفضل محمدی، زهرا اندوز. کتاب ارجمند. تهران ۱۳۹۴

منابع خارجی

- Albert, S (1977). *Temporal comparison theory*. Psychological Review, 84, 485-503
- Antonovsky A. *The structure and properties of the sens of coherence scale*. Soc Sci Med 1993; 36 (6): 725-33.
- Antonovsky A. *Unraveling the mystery of health-how people manage stress and stay well (Jossey Bass Social and Behavioral Science Series)*. 1st ed. San Francisco: Jossey- Bass; 1987.
- Beck AT, Epstein, N., Brown, G., Steer, R. *An inventoty for measuring clinical anxiety: Psychometric properties*. J Consult Clin psycho. 1988; 56(6):893-7.
- Beck, A. T., Steer, R., Brown, G., & Epstein, N (1990). *The Beck Self-Concept Test*. Archives of General Psychiatry, 2, 191-197.
- Blood, A. J., Zatorre, R. J., Bermudes, P., & Evans, A.C (1999). *Emotional responses to pleasant and unpleasant music correlate with activity in paralimbic brain regions*. Nature Neuroscience, 2, 382 – 385.
- Brunstein, J. C., Schultheiss, O. C., & Maier, G. W (1999). *The pursuit of personal goals: a motivational approach to well-being and life adjustment*. In J. Brandtstaedter & R. M. Lerner (Eds). Action and self

- developmenth: Theory and research through the life span. (PP. 169-196). Thousand Oaks, CA: Sage
- Cowart, M. J. W. Ollendick, H (2011). *Attention training in socially anxious children: A multiple baseline design analysis*. Journal of Anxiety Disorders, 25, 972 – 977.
- Erikson M, Lindsstrom B, Liliya J. *A sense of coherence and health. Salutogenesis in a social context: Aland, a special case*. J Epidemiol Community Healt 2007;61(8):684-88.
- Essau CA, Lewinsohn PM, Lim JX, HoMR, Rohde P. *Incidence, recurrence and comorbidity of anxiety disorders in four major developmental stages*. J Affect Disord. 2018;228:248-53. DOI: 10.1016/j.jad.2017.12.014 PMID: 29304469
- Fergus TA, Bardeen JR, Orcutt HK. *Attentional control moderates the relationship between activation of the cognitive attentional syndrome and symptoms of psychopathology*. Pers Individ Diff. 2012; 53(3): 213-17.
- Fiedler, P(2001). *Dissoziative Störungen und Konversion [Dissociative disorders and conversion]*. Weinheim, Germany: Beltz.
- Groholt EK, Stigum H, Nordhagen R, Kogler L. *Is parental sense of Coherence associated with child health?* Eur J public health 2003;13(3):195-201.
- Higgins, E. T., Bond, R. N., Klein, r., & Strauman, T(1986). *Self-discrepancies and emotional vulnerability: How magnitude, accessibility, and type of discrepancy influence affect*. Journal of Personality and Social Psychology, 51, 5-15.
- Higgins, E, T (1987). *Self – discrepancy: A theory relating self and affect*. Psychological Rrview, 94, 309-340
- Lindblad, C., Sandelin, K., Petersson, L. M., Rohani, C., & Langius-Eklöf, A. (2016). *Stability of item sense of coherence (SOC) scale: a longitudinal prospective study in women for breast cancer*. Quality of Life Research, 25(3), 753-760.
- Mohammad Zadeh A. *Validation of sense of coherence inventory-(SOC)13 scale (Disseration)*. Tehran: Payam-e-Noor University; 2010 (Text in Persian).
- Madsen TF, Vetegodt S, Merrick J. *Sense of Coherence and Physical Health. A Corss – Sectional Study Using a New Scale(SOC II)*. Sci World J 2006;6(1): 2200-11
- McEvoy, P. M. & Perini, S. J (2009). *Cognitive behavioral group therapy for social phobia with or without attention training: A controlled trial*. Journal of Anxiety Disorder, 23, 519- 528.
- Olatunji BO, Cisler JM, Tolhn DF. *Quality of life in the anxiety disorders: a meta- analytic review*. Clin Psychol Rev. 2007; 27(5):572-81. DOI: 10.1016/j.cpr. 2007. 01.015 PMID: 17343963
- Piedmont, I. Ralph.,gina Magyar-Russell, nicolie Dilella, & Sondra Matter (2014). *Sense of coherence: big five correlates, spirituality, and incremental*. Journal of Personality Psychology, v0l 3, No1.

- Ross, M., & Buehler, R (2004). *Identity through time: Constructing personal pasts and futures*. In M. B. Brewer & M. Hewstone (Eds), *Self and social identity*(PP. 25-51). Malden, MA: Blacawell Publishing.
- Ross, M., & Wilson, A.E (2003). *Autobiographical memory and conceptions of self: Getting better all the time*. *Current Directions in Psychological Science*, 12,66-69.
- Schwartz, G (1990). *P sychobiology of repression and health. A systrms approach*. In J. L. Singer(ED), *Repression and dissociation*. Chicago; The University of Chicago Press.
- Sedikides, c. & Gregg, A (2008). *Self-enhancement: Food for thought*. *Perspectives on Psychological Science*, 3,102-116.
- Sheldon, K. M., & Elliott, A. J (1999). *Goal striving, need satisfaction, and longitudinal well-being. The self – concordance model*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 6, 482 – 497.
- Thomas A. Fergus, Joseph R. Bardeen*, Holly K. Orcutt (2012). *Attentional control moderates the relationship between activation of the cognitive attentional syndrome and symptoms of psychopathology*. *Personality and Individual Differences* 53 (2012)213-217. <http://dx.doi.org/10.1016/J.paid.2012.03.017>
- Veness, D (1990). *Spirituality in counseling: A view from the other side*. *British Journal of guidance and Counselling*. 18(3). 250-60.
- Wanmaker, S., Geraerts, E., & Franken I. H. A (2015). *A working memoty training to decrease rumination in depressed and anxious individuals: A double – blind randomized controlled trial*. *Journal of affective Disorder*, 175, 310 – 319.
- Wells, Adrian (2009) “ *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, The Guilford press.
- Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: A practice manualguide*. UK: Wiiey: 1977.
- Wells, A., White, J. & Carter, K (1977). *Attention Training: Effects on Anxiety and Beliefs in Panic and Social Phobia*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226- 232.
- Wells,A and Cartwright – Hatton, S (2004). *Ashort form of metacognitions questionnaire: Properties of the MCQ-30 Behaviour Research and Threapy*, 385-396
- Zoellner, T., & Maercker, A (2006). *Posttraumatic growth in clinical psychology – a critical review and introduction of a two component model*. *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.