

## آموزش شناختی و رفتاری به دانش آموزان جهت ارتباط موثر

علی بایرامی

کارشناس ارشد

چکیده

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش همجوشی شناختی و طرحواره های ناسازگار اولیه در سازگاری عاطفی دانش آموزان میباشد. در این راستا، از جامعه آماری دانش آموزان مقطع متوسطه شهر تهران، تعداد ۱۰۰ دانش آموز (۵۰ دختر و ۵۰ پسر) با دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال به روش تصادفی انتخاب شدند و پرسشنامه فراشناخت حالتی دانش آموزان (اونیل و عابدی، ۱۹۹۶) و پرسشنامه طرحواره های یانگ (فرم ۲۰۵ ماده ای، ۲۰۰۷) راتکمیل نمودند. تحلیل یافته ها نشان داد که نمره کل طرحواره های ناسازگار اولیه رابطه منفی و معناداری ( $P < 0.05$ ,  $R = -0.22$ ) با نمره کل مؤلفه های فراشناختی دانش آموزان دارد. تحلیل رگرسیون چند متغیره به تفکیک خرده مقیاس های طرحواره ها نشان داد که از بین ۱۶ طرحواره موجود، طرحواره های شکست ( $P < 0.04$ ,  $R = -0.40$ ) در دختران و بازداری هیجانی ( $P < 0.02$ ,  $R = -0.42$ ) در پسران، همبستگی معناداری با نمره کل فراشناخت دارد. بر اساس یافته های فوق به نظر می رسد که دانش آموزان دختر با فعال شدن طرحواره ی شکست که منجر به باور فرد به شکست خورده بودن و گریز ناپذیر بودن شکست در فرد منجر می شود و نیز پسرانی که از فعال شدن طرحواره بازداری هیجانی که به موجب آن فرد به بازداری افراطی از اعمال و احساسات به منظور اجتناب از طرد و احساس شرمندگی می پردازد، رنج می برند، با نقص بیشتر در فرایندهای فراشناختی روبه رو خواهند بود.

واژگان کلیدی: دانش آموز، روانشناسی، طرحواره ناسازگار.

مقدمه

طرحواره ای ناسازگار اولیه برای بسیاری از بیماران بنیاد خود پنداره آن ها محسوب می شوند. طرحواره های ناسازگار اولیه، مرکز سازماندهی شخصیت بشمار می روند. تداوم طرحواره هابه فرایندی اشاره دارد که از طریق آن طرحواره های ناسازگار اولیه تقویت می شوند.

این فرآیندها به دودسته تقسیم می شوند: (۱) تحریف های شناختی (۲) الگوهای رفتاری خود آسیب رسان. در سطح شناختی، تداوم طرحواره ها معمولاً با برجسته سازی واغراق در اطلاعات همخوان با طرحواره ونفی یا کمینه سازی اطلاعات مخالف با طرحواره صورت می گیرد.

هنگامی که درمانگر تلاش می کند طرحواره ها را مورد چالش قرار دهد یا آنها را زیر سوال ببرد، اغلب با مقاومت بیماران روبرو می شود. بیمار اغلب تلاش های فعالانه ای انجام می دهد تا به درمانگر ثابت کند که طرحواره های او با واقعیت تطابق دارند. برای اینکه طرحواره ها سالم بمانند اطلاعات باید تحریف شوند. در سطح رفتاری، تداوم طرحواره ها از طریق الگوی رفتاری خود آسیب رسان به دست می آید. این الگوهای رفتاری طرحواره خاست ممکن است در محیط اولیه خانوادگی انطباق و کار آمد بوده باشند. به مرور زمان و خارج از محیط خانواده این رفتارها اغلب خود آسیب رسان می شوند و نهایتاً طرحواره بیمار را تقویت می کنند.

برای مثال زنی که طرحواره اطاعت دارد ممکن است مردانی را برای ازدواج انتخاب کند که سلطه گر باشند. با انجام این کار اون نقش یک مطیع و پیرو را بازی می کند و احساس آرامش پیدا می کند.

بنابراین دیدگاه او در مورد خودش یعنی مطیع، تقویت می شود. انتخاب شریک زندگی ناسازگاریکی از معمول ترین سازوکارهایی است که از طریق آن طرحواره ها تداوم می یابند.

اصول و مبانی طرحواره درمانی

تعریف طرحواره:

شاید بتوان گفت طرحواره یک بسته حافظه ایست که محتوای آن را آموزه های فرد در طول زمان شکل می دهد.

باید توجه داشت که در روند پدیدایی طرحواره ها عواملی مثل بنیادهای زیستی فرد و عوامل مربوط به محیط تربیتی او مثل محیط خانواده، فرهنگ، تجارب وی در فرایند رشد، رخدادهای بزرگ و . . . تاثیر می گذارند.

این بسته حافظه ای مثل یک فیلتر بزرگ و پیچیده بر سر راه اطلاعات ورودی به حافظه و همچنین اطلاعات موجود در حافظه عمل کرده و با سرند، دسته بندی، و سازمان دهی، شکل گیری معانی جدید را در ذهن ممکن می سازد.

طرحواره ها فراتر از یک باورند آنها ما را برای مقوله بندی اطلاعات و پیش بینی رخدادهای توانا می سازند.

یک طرحواره در برگیرنده مجموعه ای از خاطرات، هیجانها، حسهای بدنی و شناختارهاست.

ویژگی مقاوم بودن و سخت جانی طرحواره ها آنها را در صدر فهرست چالشهای کسانی می گذارد که در حرفه شان با " تغییر " سر و کار دارند.

تاریخچه :

\* واژه طرحواره از نخستین دهه های قرن بیستم به متون روانشناسی راه یافت و روانشناسان بسیاری آن را با تعاریف خاص خود شان در چهارچوب نظری ویژه ای بکار بستند.

\* به نظر می رسد بارتلت اولین کسی بود که مفهوم طرحواره را در روانشناسی و در گستره حافظه مطرح کرد.

\* بعدها کم کم در روانشناسی جایگاه ویژه ای یافت و در نظریات پیازه مدلهای باز نمایی ذهنی را بخوبی توضیح داد.

\* در چند دهه اخیر نظریه پردازان شناختی - رفتاری مثل بک، باور، تیزدیل، متیوز و کلارک برای تبیین ناهنجاریهای روانی

\* و نظریه پردازان روانشناسی اجتماعی مثل نیس بت برای تبیین سازه های ذهنی در پیوند با درون دادهای اجتماعی از واژه طرحواره بهره بردند.

طرحواره درمانی :

طرحواره درمانی درمانی است ابتکاری و تلفیقی که توسط یانگ و همکارانش پایه گذاری شده است او در این درمان کوشیده است تا با بکارگیری مبانی و راهبردهای روشهای درمان شناختی - رفتاری (CBT) و مولفه هایی از سایر نظریه ها مثل دلبستگی، روابط شیء ای، ساختار گرایی و روان تحلیلی و تلفیق یکپارچه و منسجم آنها با یکدیگر یک مدل درمانی جدید را برای درمان اختلالات دیرپایی مثل اختلالات شخصیت و اختلالات مزمن محور یک ارائه دهد.

سه دهه پیش بک مطرح ساخت که هرچند کاربرد اطلاعات مربوط به دوران کودکی برای درمان دوره حاد افسردگی و اضطراب لازم نیست اما برای درمان مشکلات مزمن شخصیتی ضروری به نظر می رسد.

طرحواره درمانی به درک پایه های مشکلات روانشناختی فرد در دوران کودکی، ارتباط مراجع - درمانگر و نشان دادن فرمول بندی مشکل بر زمینه تاریخچه فردی گسترده تری پای می فشارد.

این درمان برای چه کسانی بکار می رود ؟

وقتی که رفته رفته درمانگران از درمان اختلالهای محور یک مثل اضطراب به سمت کار بر روی اختلالات عمیقتر مثل اختلالات شخصیتی محور دو حرکت کردند با محدودیت های مدل شناخت درمانگری بک رو به رو شدند. بیماران مبتلا به اختلالات شخصیتی مجموعه ای از مشکلات پیچیده و مقاومی را دارند که در بسیاری از موارد روند درمان را متوقف می سازد. بنابراین یانگ تحت تاثیر ساختار گرایی طرحواره درمانی را بنا نهاد که اختلالات شخصیتی و دیگر اختلالهای دیرپا را نشانه رفته است.

تجربه نشان داده است که طرحواره درمانی در درمان افسردگی و اضطراب دیرپا، اختلالهای خورد و خوراک، مسایل زناشویی و مشکلات پایدار در حفظ روابط صمیمانه سازگار، اثربخش بوده است همچنین این روش در مورد مجرمان و در پیشگیری از عود در میان سوء مصرف کنندگان مواد مخدر کارایی دارد.

محدودیت های شناخت درمانی :

طبق نظر یانگ بیماران برای این که به شناخت درمانی پاسخ مطلوب بدهند باید چندین ویژگی را داشته باشند اما بیماران مبتلا به اختلالات خصیصه ای چند ویژگی زیر را دارند که آنها را برای درمان شناختی - رفتاری نامناسب می سازد:

۱. مشکلات مبهم و آشفته فراوان : برای شناخت درمانی فرد باید مشکلات مشخص و قابل تعریفی داشته باشد تا بتوانیم آنها را کانون و هدف درمان قرار بدهیم .
  ۲. مشکلات در روابط بین فردی : در شناخت درمانی انتظار می رود که بیمار رابطه ای مشارکتی با درمانگر خود برقرار سازد اما بیماران مبتلا به اختلالات خصیصه ای یا اصلا رابطه ای با درمانگر برقرار نمی سازند یا به نحوی افراطی به وی وابسته می شوند.
  ۳. انعطاف ناپذیری : انعطاف پذیری در شناخت درمانی لازم است تا بیمار بتواند افکار و رفتارهای خود را با تجزیه و تحلیل شناختی تغییر دهد ولی از مولفه های مشخص اختلالات شخصی وجود رگه هایی از انعطاف ناپذیری است.
  ۴. اجتناب : چون بیماران مبتلا به اختلالات خصیصه ای بطور دیرپایی از تجربه احساسهای ناخوشایند خود می گریزند (اجتناب هیجانی) و در عین حال از افکار دردناک خود روی گردانند (اجتناب شناختی) بنابراین تکنیک های شناختی غالباً در دستیابی به افکار و احساسات غیر انطباقی این افراد ناموفق هستند.
- ترمینولوژی طرحواره درمانی :
- شش سازه اصلی در طرحواره درمان عبارتند از :
۱. طرحواره های ناسازگار اولیه
  ۲. نیازهای بنیادین
  ۳. حیطه های طرحواره
  ۴. راهبردهای مقابله ای
  ۵. سبکهای طرحواره
  ۶. کنشهای طرحواره
- طرحواره های ناسازگار اولیه :
- \* بک طرحواره های ناسازگار اولیه از جمله فقدان، شکست و مورد علاقه نبودن را معرفی کرد. این طرحواره ها در سالهای اولیه کودکی پدید می آیند.
- \* بالبی معتقد است اختلالهایی که در مرحله اولیه زندگی روی می دهند بر پردازش اطلاعات در سالهای اثر می گذارند.
- \* یانگ نیز فرض کرد برخی از طرحواره ها بویژه طرحواره هایی که در طی دوران اولیه زندگی در نتیجه تجربه های ناخوشایند و نامطلوب کودکی شکل می گیرند ممکن است هسته مرکزی اختلالات شخصیت، مشکلات خصیصه ای خفیف تر و بسیاری از اختلالات دیرپای محور یک را تشکیل دهند. وی این مجموعه از طرحواره ها را طرحواره های ناسازگار اولیه نامگذاری کرد.
- \* بطور خلاصه طرحواره های ناسازگار اولیه، الگوهای شناختی، هیجانی و واکنشهای جسمی خود ویرانگری هستند که در دوره های اولیه کودکی شکل می گیرند و در طول زندگی وی تکرار می شوند.
- نیازهای بنیادین (منشاء طرحواره های ناسازگار اولیه) :
- ۵ نیاز هیجانی بنیادین در انسان وجود دارد که باید برآورده شوند و ناکامی در برآورده شدن این نیازها در فرد، موجب شکل گیری طرحواره های ناسازگار اولیه می شوند. این ۵ نیاز اولیه عبارتند از :
۱. دلبستگی های ایمن به دیگران ( شامل امنیت، ثبات، پرورش و پذیرش )
  ۲. استقلال، کارآمدی و حس هویت
  ۳. بیان آزادانه نیازها و هیجانهای پذیرفتنی
  ۴. خودانگیختگی
  ۵. محدودیت های واقع گرایانه و خود - بازاری (خود - کنترلی)
- \* در طرحواره درمانی هدف این است که به بیمار کمک کنیم تا با روشهای سازگارانه تری برای ارضای این نیازهای بنیادین خود بکوشد.
- حیطه های طرحواره های ناسازگار اولیه :

یانگ مبتنی بر این ۵ نیاز بنیادین ۱۸ طرحواره ناسازگار اولیه را در قالب ۵ حیطه اصلی طبقه بندی کرده است :

۱. حیطه جدایی و طرد : این افراد به این دلیل که نیاز به دل بستگی ایمن در آنها ناکام شده است قادر به برقراری دل بستگی های ایمن و ارضا کننده با دیگران نیستند چرا که خانواده های این افراد معمولا ناپایدار، آزار دهنده پ، طرد کننده و منزوی از دنیای اطراف خود هستند. طرحواره هایی که در این حیطه قرار می گیرند عبارتند از :

• طرد شدن - بی ثباتی

• محرومیت هیجانی

• بی اعتمادی - آزار دیدن

• نقص داشتن - شرم

• انزوای اجتماعی - بیگانگی

۲. حیطه خودگردانی و عملکرد مختل : افراد دارای طرحواره های این حیطه در فاصله گرفتن از خانواده و نمادهای پدری یا مادری و عملکرد مستقل مشکل دارند چرا که در کودکی اعضای خانواده آنقدر در کارهای وی دخالت کرده اند و به گونه ای افراطی حمایتگر بوده اند که این افراد نتوانسته اند هویتی مستقل را در خود شکل دهند. طرحواره های این حیطه عبارتند از :

• آسیب پذیری در برابر صدمه یا بیماری

• به هم ریختگی - خود رشد نیافته

• شکست

۳. حیطه مرزهای مختل : نقص در حد و مرزهای درونی، بی مسئولیتی در قبال دیگران و بی هدفی دراز مدت از ویژگی های این حیطه است. این مشکلات منجر به عدم رعایت حقوق دیگران، عدم همکاری با آنان، اقدام به رفتارهای مغایر با قانون و عدم برنامه ریزی شخصی واقع گرایانه می شود. خانواده های این افراد غالبا بسیار دخالت کننده، سهل گیر و القا کننده حس برتری در کودک هستند در برخی موارد ممکن است کودک به دلیل عدم رعایت قانون مورد تنبیه قرار نگیرد و ذاهنمایی و هدایت مناسب و کافی دریافت نکند. طرحواره های این حیطه عبارتند از :

• استحقاق داشتن - بزرگ منشی

• خود انضباطی ناکافی

۴. حیطه هدایت شدن توسط دیگران : افراد این حیطه تاکید ویژه ای بر ارضای نیازهای دیگران دارند نه خودشان و این کار برای کسب تایید، حفظ ارتباط عاطفی و اجتناب از تنبیه است. خانواده این افراد همیشه این فرد را بصورت مشروط پذیرفته اند و محیط باذیرش بدون قید و شرط در خانواده وجود نداشته است بنابراین این کودکان یاد گرفته اند نیازهای خود را سرکوب نمایند. طرحواره های این حیطه عبارتند از :

• فدا کردن

• قربانی کردن خویشتن

• تایید جویی - پذیرش جویی

۵. حیطه هوشیاری افراطی و بازداری :

در این حیطه بر سرکوبی احساسهای خود انگیزه، تکانه ها، اولویت ها و پیروی از قوانین انعطاف ناپذیر و تدوین شده تاکید افراطی می شود تا حدی که ممکن است به از دست دادن شادی، لذت، خود ابرازی، آرامش و رابطه های بین فردی نزدیک و سلامتی منجر شود. خانواده این افراد معمولا تنبیه گر، پر توقع، کمال گرا، پیرو قانون، سرکوب کننده هیجان و اجتناب کننده از هر گونه خطا، شادی و آرامش بوده است. طرحواره های این حیطه عبارتند از :

• منفی گرایی - بدبینی

• بازداری هیجانی

• استانداردهای ناعادلانه - عیب جویی افراطی

• تنبیه

راهبردهای مقابله ای ناسازگار:

همانطور که گفته شد رفتار فرد قسمتی از طرحواره او نیست بلکه رفتارهای ناسازگار به عنوان پاسخی در برابر طرحواره های ناسازگار اولیه شکل می گیرند به این رفتارها که توسط طرحواره ها بر انگیخته می شوند ولی جزئی از طرحواره ها نیستند اصطلاحاً " راهبردهای مقابله ای " می گویند. اگر چه بخش عمده ای از راهبردهای مقابله ای رفتاری هستند اما بیمار از راهبردهای شناختی و هیجانی نیز برای مقابله با طرحواره ها استفاده می کند. سه راهبرد مقابله ای طرحواره عبارتند از :

۱. جبران افراطی طرحواره

۲. اجتناب از طرحواره

۳. تسلیم طرحواره شدن

\* دو عامل تعیین کننده در این باره که هر فرد چه نوع شیوه مقابله ای را بر می گزیند عبارتند از : (۱) سرشت فرد و (۲) درونی سازی سرمشق گیری

سبکهای طرحواره:

باید توجه داشت که غالب بیماران ترکیبی از طرحواره های مختلف و پاسخهای مقابله ای دارند یعنی گاه اجتناب، گاه تسلیم و برخی اوقات نیز جبران افراطی را بکار می گیرند.

بنابر این می توان گفت سبک طرحواره شبکه ای منسجم و یکپارچه از مولفه های شناختی، هیجانی، انگیزشی و رفتاری یک یا چند طرحواره ناسازگار اولیه و راهبردهای مقابله ای مختلفی است که فرد در پاسخ به این طرحواره ها برمی گزیند.

آنچه مهم است آنست که درمانگر درصدد چرخش بر می آید یعنی حرکت بین سبکها و خروج از یک سبک ناکارآمد به سمت یک سبک طرحواره ای کارآمدتر و سالمتر تا بدین وسیله در مسیر فرآیند ترمیم طرحواره گام بر دارد.

انواع سبکهای طرحواره ای :

یانگ و همکاران سبک های طرحواره ای را در قالب ۴ طبقه عمده مطرح کرده اند:

۱. سبکهای کودک که عبارتند از: کودک آسیب پذیر، کودک عصبانی، کودک تکانشی - بی انضباط و کودک خوشحال

۲. سبکهای مقابله ای ناسازگار : تسلیم شونده فروتن، محافظ جدا افتاده، وجبران کننده افراطی

۳. سبکهای پدر و مادری ناسازگار : پدر و مادر تنبیه گر، و پدر و مادر متوقع

۴. سبک بزرگسال سالم

کنش های طرحواره :

طرحواره ها دو کنش متفاوت دارند که عبارتند از : تداوم طرحواره و ترمیم آن

۱. تداوم طرحواره :

هر فکر، احساس، رفتار و خاطره ای می تواند منجر به تداوم و تقویت طرحواره شود. طرحواره ها توسط سه مکانیزم اولیه تداوم می یابند :

الف ( تحریف های شناختی : فرد از طریق تحریف های شناختی محیط را بگونه ای سوء تعبیر می کند که بتواند طرحواره را تقویت کند یعنی اطلاعاتی را از محیط می گیرد که با طرحواره وی هماهنگ باشد و از نظر هیجانی هم فرد هیجانهای مرتبط با طرحواره دردناک را بازدارد کرده و از حیطة خودآگاه می راند.

ب) الگوهای خود آسیب رسان زندگی : از نظر رفتاری فرد خود را در الگوهای آسیب رسان درگیر می سازد و موقعیت ها و رابطه هایی را بر می گزیند و حفظ می کند که تداوم طرحواره مورد نظر را در پی داشته باشد.

ج ( سبک مقابله ای طرحواره : فرد همچنین با سبک مقابله ای ناسازگاری که در برابر طرحواره می گزیند موجبات تداوم طرحواره را فراهم می آورد.

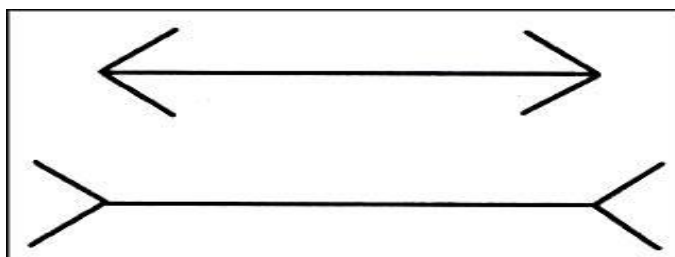


۲. ترمیم طرحواره : هر خاطره، فکر یا احساسی می تواند طرحواره را ترمیم کند اما از آنجا که طرحواره ها نسبت به تغییر مقاومتند ترمیم طرحواره نیاز به انگیزه و تمایل برای رو به روشن شدن و مبارزه با طرحواره و قانونمندی ها و تمرین های مستمر دارد. ترمیم طرحواره هدف اصلی طرحواره درمانی است و چون یک طرحواره در برگیرنده مجموعه ای از خاطرات، هیجانها، حسهای بدنی و شناختارهاست بنابراین در ترمیم طرحواره باید تمامی این عناصر را تعدیل نمود. تغییر طرحواره شامل تغییر رفتار هم می شود و به بیمار می آموزد الگوهای رفتاری سالمتر و سازگارتری را جایگزین سبکهای مقابله ای ناسازگار کند.

#### درمان های مبتنی بر نظریات شناختی

این درمان برگرفته از نظریه پیمانهای بودن ذهن جری فودورو در دهه ۱۹۸۰ و تحت تاثیر ایده دستگاه فراگیری زبان چامسکی<sup>۱</sup> و سایر کارها در زبانشناسی و در حوزه فلسفه ذهن و نتایج تلویحی خطاهای بصری<sup>۲</sup> مطرح شد. فودورو با چاپ کتاب «پیمانهای بودن ذهن»، در سال ۱۹۸۳، مدافع اصلی این ایده شد. پیمانهای بودن ذهن ایده ای است که می گوید، ذهن انسان برخلاف تصور رایج، یک سیستم کاملاً یکپارچه نیست، بلکه مجموعه ای است از بخش هایی مجزا و جدا از هم که با نام پیمانها شناخته می شوند و ارتباط بین این پیمانها با یکدیگر، با محدودیت هایی مواجه است، محدودیت هایی بیشتر از آن چیزی که در نگاه اول ممکن است به نظر آید. این نظریه بیان می دارد ذهن دست کم تا حدی از ساختارهای عصبی ذاتی یا پیمانها (مدولها) تالیف یافته است این پیمانها کارکردهای متمایزی دارند که بنحو تکاملی تحول یافته اند. ذهن انسان از دستگاه های شناختی مختلفی تشکیل شده است. بعضی از این دستگاهها، وظیفه پردازش اطلاعات بیرونی را برعهده دارند. مثلاً دستگاه بینایی یکی از این دستگاهها است که با توجه به طول موج هایی که از محیط اطراف به آن رسیده، نقاشی روی دیوار را تشخیص می دهد و یا دستگاه شنوایی، دستگاهی دیگر است که با توجه به نوع نوسان های هوای رسیده به گوش، صداها را تشخیص می دهد. برخی دیگر از این دستگاهها، در سطحی انتزاعی تر عمل می کنند. مثلاً دستگاه زبان، وظیفه این را برعهده دارد که صداهایی را که دستگاه شنوایی تشخیص داده، از لحاظ گرامری و معنایی بررسی کند و در نهایت معنای جمله ای را که به فرد گفته شده، از دل آن استخراج کند. برخی از این دستگاه های شناختی تشکیل یک پیمانۀ فودوری را می دهند و برخی از آنها تشکیل پیمانۀ فودوری نمی دهند (چیو و مک لنود، ۲۰۱۳).

از نظر فودورو، بخش های مهمی از ذهن نظیر فرآیندهای ادراکی و زبانی، بر اساس «پیمانها» یا ارگان هایی ساختار بندی شده اند که بر اساس نقش های علی و کارکردی خود تعریف می شوند. این پیمانها از یکدیگر و از بخش «پردازش مرکزی» ذهن که خصلتی بیشتر عمومی و کم تر مکان ویژه دارد، نسبتاً مستقل هستند. فودورو می گوید که ویژگی این پیمانها امکان روابط علی را با اشیاء بیرونی فراهم می آورد. این امر، به نوبه خود، به حالت های ذهنی امکان می دهد تا محتویاتی داشته باشند که در مورد اشیاء جهان هستند. از سوی دیگر، بخش پردازش مرکزی مسئول روابط منطقی میان محتویات گوناگون و ورودی ها و خروجی هاست (به نقل از عباسی و همکاران، ۱۳۹۵).



برای مثال از نظر اکثر افراد خط پائین کمی بلند تر از خط بالا است. اما در واقع اینجا یک خطای بینایی به نام مولر-لایر رخ می دهد در صورتی که طول دو خط واقعا مساوی است. مثال دیگر از محدودیت اطلاعاتی را می شود در فوبی های بیمارگونه انسان مشاهده کرد. به عنوان نمونه ترس از مار: حتی اگر بدانیم که فلان مار خاص هیچ خطری برای ما ندارد باز هم به احتمال خیلی زیاد با

1 language acquisition device  
2 optical illusions

دیدن آن احساس ترس و وحشت می‌کنیم. این موضوع نشان می‌دهد که شاید در ذهن هر یک از ما انسانها پیمانه "ترس از مار" با اطلاعات محدود و به صورت غریزی وجود داشته باشد (چورپیتا، ۲۰۰۷).

فودور مشخص کرد که سیستم‌های مدولار (پیمانه‌ای) باید، دست کم به میزان قابل توجه‌ای، ویژگی‌های معین زیر را شامل باشند (به نقل از آدابی، ۱۳۹۲):

۱- اختصاصی بودن حوزه<sup>۳</sup>، پیمانه‌ها تنها بر انواع معینی از دروندادها عمل می‌کنند- آنها تخصص یافته‌اند.

۲- پیله بندی اطلاعاتی<sup>۴</sup>، پیمانه‌ها نیاز ندارند به سیستم‌های روانشناختی دیگر برای عمل کردن رجوع کنند.

۳- شلیک اجباری<sup>۵</sup>، پیمانه‌ها به شیوه اجباری و غیرارادی به جریان می‌افتند.

۴- سرعت سریع<sup>۶</sup>، احتمالاً به دلیل اینکه پیله بندی و غیر ارادی اند؛ در نتیجه تنها به اطلاعات پایه محدود، نیازمندند و به زمان چندانی جهت عمل روی دروندادها وارده نیاز ندارند.

۵- برونادهای سطحی<sup>۷</sup>، برونادهای پیمانه‌ها، بسیار ساده‌اند.

۶- دسترس پذیری محدود<sup>۸</sup>.

۷- فردپدیده‌آیی مشخص<sup>۹</sup>، ظهورشان تابع روال و نظم تحولی ثابت است.

۸- معماری عصبی ثابت<sup>۱۰</sup>.

بطور خلاصه معماری ذهن از نظر فودور به این گونه است که داده‌های خام در اختیار پیمانه‌ها (قوای پیرامونی) قرار می‌گیرند که واحدهای پردازنده اطلاعات تک ظرفیتی و پیله بندی شده‌اند. در این واحدها داده‌ها به سرعت پردازش می‌شوند و در اختیار قوای مرکزی شناختی قرار می‌گیرند که چند ظرفیتی هستند یعنی به برونادهای حواس مختلف دسترسی دارند، انعطاف پذیر و تغییر پذیرند، در نتیجه غیر پیمانه‌ای هستند و این قوا در خدمت حل مسئله، تصمیم‌گیری و طرح‌ریزی رفتاری‌اند. نتیجه نهایی این بخش شکل‌گیری نظام باورها و دیدگاه‌های نظری فرد درباره خود، جهان و آینده است (هاواتا و وانگ، ۲۰۱۵).

روش‌های درمانی در پروتکل شناختی رفتاری واحد پردازنده‌ای، غالباً در بزرگسالان با کارهای بارلو در سال ۱۹۹۸ و بک، راش، شاو و وامری در سال ۱۹۷۹ و ادامه‌ی آن برای کودکان توسط کندال، کین، هووارد و سیکلند در سال ۱۹۹۰ و همچنین درمانگری رفتاری برای کودکان فوبیک در اوایل قرن بیستم تهیه شده است، که ادامه و گسترش آن در ۳۰ سال اخیر بوده است. تکنیک‌های مورد استفاده در پروتکل واحدی برگرفته از یک مجموعه‌ی تا حد زیادی همگن از تکنیک‌های شناختی رفتاری می‌باشد که این تکنیک‌ها در بیش از ۴۰ سال تحقیقات تجربی بررسی شده و مورد تایید قرار گرفته است. (چورپیتا، تیلور، فرانسیس، مفیت و آستین<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۴).

هدف از این پروتکل درمانی (واحد پردازنده‌ای)، اصلاح ادراکات و تصورات نادرست کودک از تهدید است، بطوری که اضطرابش کاهش یابد. که این تغییرات از طریق آموزش و تمرین عملی مواجهه‌ی طراحی شده برای آموزش کودک، و از طریق استدلال و تجربه‌ی این

3 Domain specificity

4 Informational encapsulation

5 Obligatory firing

6 Fast speed

7 Shallow outputs

8 Limited accessibility

9 Characteristic ontogeny

10 Fixed neural architecture

11 Chorpita, Taylor, Francis, Moffitt, & Austin

امر است که اضطرابش ضروری نیست و یا این اضطراب خارج از تناسب نسبت به خطر درک شده است (بیش برآورد تهدید)، صورت می گیرد (ناکامورا، شیفمن، لم، بکر<sup>۱۲</sup> و چورپیتا، ۲۰۰۶؛ چورپیتا و همکاران، ۲۰۰۴).

#### واحدپردازه‌ای

درمان واحدی کاملاً جدید نبوده جاکوبسن و همکاران، ۱۹۸۹؛ لازاروس، ۱۹۷۴؛ لیبرمن، ماوزر و گلین، ۱۹۸۸ (به نقل از شهیدی، ۱۳۹۵) و واحدهایی جهت کاربرد در حالت‌های روان‌شناختی گوناگون موجود می‌باشند. البته اخیراً اصول طرح روان‌درمانی واحدی به رسمیت شناخته شده تا بدین وسیله دسته‌ای از اصول محوری را معرفی نموده و مزایای بالقوه آن را مشخص نماید. مهمترین مزیت در بین آنها نیز در شرایط کاربردی همین مفهوم انعطاف‌پذیری نظام‌دار است. از آنجا که واحدها می‌توانند به اشکال گوناگونی انتخاب شده و آرایش گردند، دارای پتانسیل انعطاف‌پذیری بیشتری نسبت به دستورالعمل‌های متحدالشکل هستند. آنها می‌توانند برحسب نیاز و براساس خصوصیات کودک، خانواده، بافت و زمینه اجرا شوند. از طرف دیگر علیرغم بسیاری از رویکردهای درمانی با انعطاف‌پذیری بالا، استفاده از واحدها به ما این اطمینان را می‌دهد که محتوای درمان برای هر روند کاملاً اختصاصی بوده و لذا پس از انتخاب روندهای آشکار و واضح می‌توان آنها را با میزان بالایی از یکپارچگی بکاربرد (چورپیتا، دالیدن و ویس، ۲۰۰۵).

در این پروتکل، واحدها بر مبنای نمودار راهنمای جامع، موردبندی شده‌اند که نه تنها محور برنامه درمانی را معرفی می‌کند بلکه برحسب نیاز، استفاده‌های مشروط از سایر روندها را در بر می‌گیرد. همانطور که اشاره شد علت وجودی این پروتکل، پاسخ به چالش‌هایی است که هنگام استفاده از رویکردهای نظام‌دار CBT در مراکز سلامت روان عمومی با آنها روبرو می‌شدیم.

#### مفاهیم پایه در درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای

در هر رویکرد درمانی موفق، کلید موفقیت در هدف قرار دادن روند‌های محوری زیر بنایی است، این اصل در واقع علت شکل گرفتن درمان شناختی رفتاری با رویکرد واحد پردازه‌ای است. در صورت تمرکز بر عوامل محوری در تمام اختلالات اضطرابی، می‌توان یک گروه استراتژی درمانی یافت که در همه آنها کاربرد داشته باشد (چورپیتا، ۲۰۰۷). تاکنون مشخص شده که اختلالات اضطرابی دارای عوامل و خصوصیات مشترکی هستند که به شکل هیجانات منفی، سوء تعبیر خطر (هشدارهای کاذب)، اجتناب‌های رفتاری مربوط به آنها دیده می‌شود. در واقع این پروتکی همین عوامل محوری را مدنظر قرار داده است (چیو و مک لئود، ۲۰۱۳).

در حقیقت هدف از این درمان حفظ مزایای استاندارد شده پروتکل‌های شناختی رفتاری با بوجود آوردن سطح انعطاف‌پذیری بالا در درمان از طریق استفاده از دستورالعمل‌های کاربردی فردی (راهبردهای فردی‌سازی) است (ناکامورا و همکاران، ۲۰۰۶). در این پروتکل، تعادل ظریف بین انعطاف‌پذیری و حفظ ساختار (طرح محوری درمان)، با استفاده از واحدها (توصیف‌های مستقل و کامل از تکنیک‌های درمانی خاص مورد استفاده) ایجاد می‌شود. از آنجا که واحدها می‌توانند به اشکال گوناگونی انتخاب شده و آرایش گردند، دارای پتانسیل انعطاف‌پذیری بیشتری نسبت به دستورالعمل‌های متحدالشکل هستند. آنها می‌توانند برحسب نیاز و براساس خصوصیات کودک، خانواده، بافت و زمینه اجرا شوند (گالا و همکاران، ۲۰۱۲).

با این حال زمانی که ما انعطاف‌پذیری در درمان را می‌پذیریم، در حقیقت احتمالات نامحدودی را وارد میدان می‌کنیم که بعضی خوب و بعضی نامناسب هستند بعبارتی تهیه خطوط راهنما جهت انطباق و فردی‌سازی یک پروتکل درمانی بدون روبرو شدن با مواردی که ایجاد پیچش و دشواری می‌کنند تقریباً غیرممکن و مانند شعبده بازی است. پروتکل درمان شناختی-رفتاری واحد پردازه ای شامل ۱۳ تکنیک درمانی (پردازنده ای)، خودپایشی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، بازسازی شناختی، پاداش، استراتژی‌های تقویت



کننده، حفظ و تقویت نقاط قوت، پیشگیری و توجه به زمان است. استفاده از این موارد به نیاز فرد، مشکل مراجعه کننده و وضعیت خانواده بستگی دارد (بکر، بکر و گینسبرگ<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۲).

#### طرح محوری درمان (چهار واحد اصلی)

بخش مرکزی در پروتکل درمانی شناختی رفتاری واحد پردازش‌های، مواجهه است اما برای اجرای مواجهه نیاز به آماده‌سازی است که این کار ابتدا شامل مشخص نمودن این است که بایستی در مواجهه چه چیزهایی یا چه موقعیت‌های ترس‌آوری مطرح شوند. سپس کودک را برای مشارکت موفقیت‌آمیز در آن آماده می‌سازند و نیز با پیشرفت درمان و رسیدن به انتهای آن لازم است که بر نحوه عملکرد مواجهه مروری داشته باشیم. لذا به عنوان بخشی از محور درمان توصیه می‌شود که تمام کودکان حداقل چهار روند اصلی را دریافت نمایند که تحت عنوان "چهار محور عناصر اصلی درمان" را فراهم می‌سازند که شامل (۱) تهیه‌ی فهرستی از ترس‌ها (نردبان ترس<sup>۱۴</sup>)، (۲) آموزش در رابطه با اضطراب<sup>۱۵</sup> (یادگیری در مورد اضطراب)، (۳) تمرین موقعیت‌های ترس‌آور (تمرین زنده یا خیالی) و (۴) آموزش چگونگی حفظ دستاوردها و مهارت‌ها (نگهداری). دو مرحله‌ی اول اساساً صحنه را برای مواجهه (مرحله سوم) آماده می‌سازند. بدین شکل که فهرستی از اهداف و روندهایی جهت بررسی و ارزیابی آن اهداف و نیز برای فراهم نمودن منطق مواجهه، تهیه می‌شود. روند چهارم اساساً جهت تشویق کودک به ادامه‌ی این شیوه‌ی زندگی شامل عادت به نزدیک شدن و مواجهه در زمان‌هایی است که اضطراب مشکل‌ساز است. بنابراین تمام موضوع این است که "طرح محور درمان (نردبان ترس، آموزش درباره اضطراب، مواجهه و پیشگیری از عود)" برنامه‌ای است که به عقیده ما بایستی در مورد تمام کودکانی که این پروتکل را دریافت می‌کنند اجرا شود (چیو و مک لئود، ۲۰۱۳).

**واحد نردبان ترس** اصطلاحی است برای توصیف یک سلسله مراتب از ترس، که با مشارکت کودک و درمانگر با یک درجه بندی با استفاده از دماسنج ترس، ده تا دروازه موقعیت یا محرک ترس‌آور تهیه می‌شود. در واقع نردبان ترس تنها به عنوان وسیله‌ای برای اندازه‌گیری اضطراب یا ترس تعریف می‌شود که اساس تمرین مواجهه را تشکیل می‌دهد. در این واحد دماسنج ترس روشی کلاسیک جهت انجام نمره‌گذاری ترس با استفاده از سیستم‌های واحد ذهنی رنج و ناراحتی است و بمنظور بیان ترس در طیفی از بدون ترس تا حداکثر ترس طراحی گردیده است که مقیاسی بین صفر تا است است، بدین معنی که صفر نماینده عدم ترس (هیچ) و ۱۰ نماینده حداکثر ترسی که فرد می‌تواند تصور کند می‌باشد (راتر و همکاران، ۲۰۱۱).

**واحد آموزش درباره اضطراب** برای معرفی یک زبان مشترک به کودک که با آن در مورد افکار و احساساتش صحبت کند طراحی شده است و برای شروع کار در این واحد، آموزش درباره این مفهوم که احساس اضطراب می‌تواند یک زنگ هشدار غلط باشد، مناسب است. به این ترتیب این واحد یک چهارچوب شناختی را برای واحد بعدی یعنی مواجهه فراهم می‌کند. در حقیقت هدف از این واحد آموزش نحوه عملکرد اضطراب برای بنا کردن مبنای منطقی جهت انجام تمرینات مواجهه و همچنین القای خوش‌بینی در مورد وضعیت فرد و تشویق به مشارکت در درمان می‌باشد (هاواتا و وانگ، ۲۰۱۵).

**واحد مواجهه<sup>۱۶</sup>** شامل انتخاب از سلسله مراتب نردبان ترس برای تمرین مواجهه است که در آن برای خوگیری نسبت به الگو یا محرک ارائه شده، سلسله مرتبه‌ی ترس، تناوبی گرفته شده است (یعنی محرک ترس‌آور آنقدر بصورت تناوبی ارائه می‌گردد تا در برابر آن خاموشی صورت گیرد). این تمرین برای تکلیف منزل نیز اختصاص داده شده است. بدین صورت که از فرد خواسته می‌شود یک

13 Becker, Becker, & Ginsburg

14. Fear Ladder

15. Learning About Anxiety

16. Module

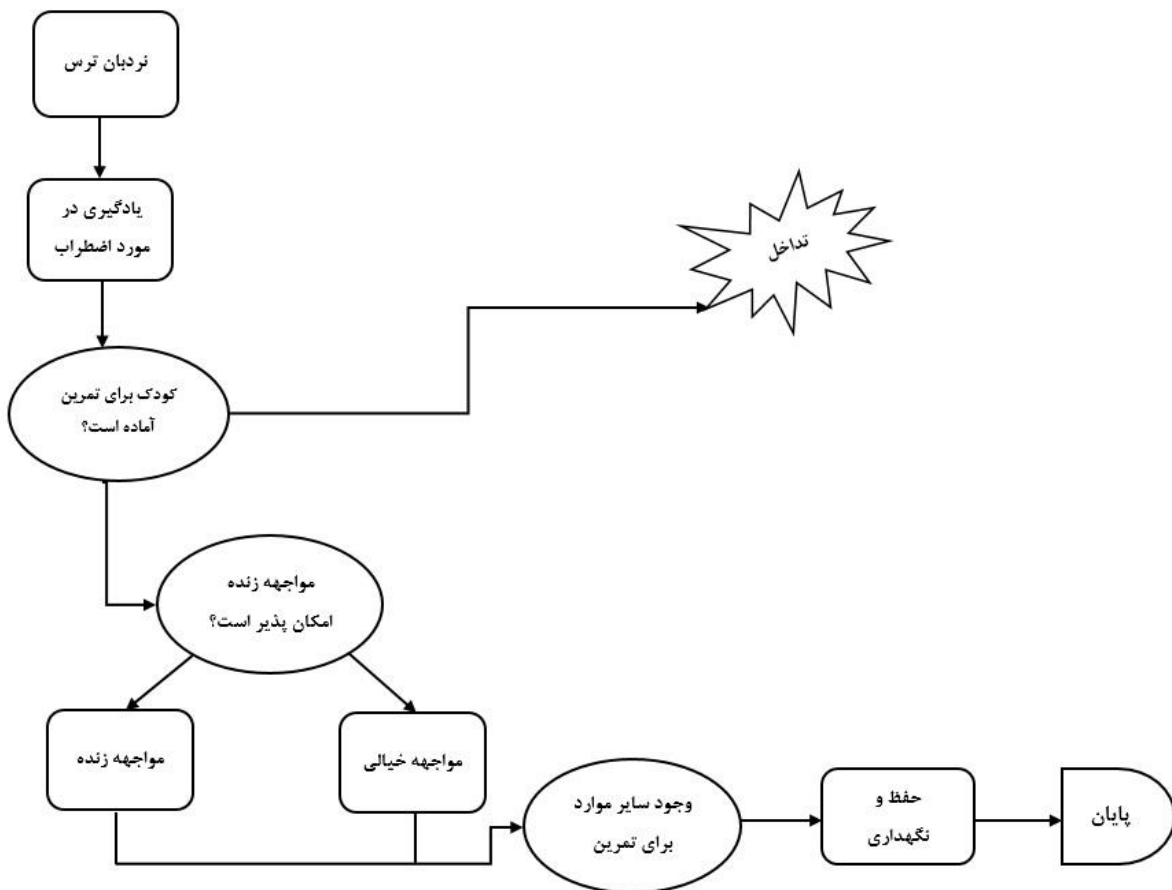
17. Exposure

موقعیت ترس آور یا محرک ناراحت کننده را در نظر گرفته و تمرین مواجهه با آن را انجام دهد و تمرین باید به ترتیبی صورت گیرد که خوگیری شکل گیرد و این می تواند معرف حالتی از موفقیت باشد.

و در نهایت واحد نگهداری و پیشگیری از عود<sup>۱۸</sup> برای بررسی مهارت های آموخته شده و تقویت و پرورش اسناد<sup>۱۹</sup> کودک از دستاوردهای رفتارهای آموخته شده و عملکرد وی در درمان طراحی شده است. اهداف این واحد عبارتند از نشان دادن موفقیت ها به فرد و بررسی مهارت هایی که بیشترین تاثیر را داشته اند و همچنین در این واحد درمانگر باید از این که تمرینات بعد از پایان یافتن ملاقات ها با درمانگر نیز ادامه خواهند یافت اطمینان حاصل نماید (چورپیتا و همکاران، ۲۰۰۹؛ چورپیتا، ۱۳۹۰؛ عباسی و همکاران، ۱۳۹۵).

(چورپیتا، ۲۰۰۷) برنامه ی محوری درمان را که پیش تر توضیح داده شد و عوامل مداخله گر ممکنه را که می توانند ارائه موفقیت آمیز درمانگر را به چالش بکشند نشان می دهد. بنابراین در صورتی که تصور کنیم که باید "چهار روند محوری درمان" انجام گیرد، در این صورت دسته ای از روش های درمانی و فنون دیگری جهت کنار آمدن با موقعیت های مداخله گر ضرورت می یابند.

#### طرح محوری درمان واحد پردازهای



18. Maintenance and Relapse Prevention

19. Attribution

بدین ترتیب اتخاذ دسته‌ای از فنون و روش‌های درمانی جدید با توجه به شرایط بخشی از پاسخ هستند. برای مثال اگر زمانی که انجام روش مواجهه، ممکن نیست از روش‌های مدیریت رفتار یا آموزش مهارت‌های اجتماعی استفاده شود چالش جدید این خواهد بود که چگونه این انعطاف‌پذیری را اعمال نموده درحالی که اطمینان نیز داشته باشیم که روندهای درمانی تماماً و بطور کامل و یکپارچه اجرا شده و درضمن پایه‌های بنیادی نیز می‌گردند. بعبارت دیگر، باید مطمئن شویم که چنانچه پروتکل طبق نقشه عمل نکرد، ناگاه به "بدیهه‌سرایی بالینی"<sup>۲۰</sup> رویاورییم.

#### روش

مطالعه انجام شده از نوع مطالعات توصیفی و همبستگی است. جامعه پژوهش حاضر دانش‌آموزان مقاطع متوسطه شهر شاهین دژ با رده سنی ۱۴ تا ۱۸ سال بودند. نمونه اولیه شامل ۳۰۰ دانش‌آموز بود که به روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و در نهایت ۱۰۰ نفر (۵۰ نفر دختر و ۵۰ نفر پسر) به تکمیل پرسشنامه اقدام کردند (۲۰۰ نفر ریزش). هر دانش‌آموز دو پرسشنامه حالت‌های فراشناختی (فرم ۲۰- ماده‌ای) و طرحواره‌های ناسازگار اولیه (فرم ۲۰۵ ماده‌ای) که ۱۶ طرحواره از ۱۸ طرحواره مطرح شده توسط یانگ را می‌سنجد، تکمیل کرد.

#### ابزار پژوهش

در این مطالعه از دو پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه و حالت فراشناختی دانش‌آموزان استفاده شد.

۱- پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه یانگ (فرم بلند، ۲۰۵ ماده‌ای): این پرسشنامه شامل ۲۰۵ گویه به منظور سنجش طرحواره‌های ناسازگار اولیه است که ۱۶ طرحواره معیوب (محرومیت عاطفی، رها شدگی، بی‌اعتمادی، انزوای اجتماعی، شرم/نقص، ناخوشایندی اجتماعی، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری، گرفتاری، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه، استحقاق، خویش‌داری) از ۱۸ طرحواره مطرح شده توسط یانگ را ارزیابی می‌کند.

آزمودنی‌ها میزان درستی یا نادرستی هر گویه در مورد خویش‌داری را بر اساس طیف ۶ گزینه‌ای (کاملاً غلط، تقریباً غلط، بیشتر درست تا غلط، اندکی درست، تقریباً درست، کاملاً درست) مشخص می‌کنند.

ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه در مطالعه اسمیت و همکاران در سال ۱۹۹۵ ارائه شد. در این مطالعه، ضریب آلفا از ۰/۸۳ تا ۰/۹۶ برای هر طرحواره ناسازگار اولیه به‌دست آمد و ضریب آزمون-بازآزمون در جمعیت غیر بالینی بین ۰/۵۰ تا ۰/۸۲ به‌دست آمد. این پرسشنامه با مقیاس‌های ناراحتی روان‌شناختی، احساس ارزشمندی، آسیب‌پذیری شناختی نسبت به افسردگی و نشانه‌شناسی اختلالات شخصیت، روایی همگرا و افتراقی خوبی نشان داد. پایایی داخلی آزمون از طریق محاسبه ضریب همسانی درونی پرسشنامه و آلفای کرونباخ برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۴ گزارش شده (ذوالفقاری، ۱۳۸۷) و براتی و ثنایی در سال ۱۳۷۹ روایی همزمان آزمون را با آزمون تعارض زناشویی مطلوب گزارش کرده‌اند (همان).

۲- پرسشنامه حالت فراشناختی (فرم ۲۰ ماده‌ای): این پرسشنامه شامل ۲۰ گویه است که توسط انیل و عابدی (۱۹۹۶) به منظور اندازه‌گیری تفکر سطوح بالاتر یا مهارت‌های فراشناختی در دانش‌آموزان تدوین شد که به عنوان ابزاری برای ارزیابی برتری دانش‌آموزان استفاده می‌شود. این پرسشنامه شامل چهار مؤلفه (آگاهی راهبرد شناختی، خودبازبینی، برنامه‌ریزی) است و آزمودنی میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر عبارت بر اساس طیف ۴ درجه‌ای (کاملاً مخالفم، مخالفم، موافقم، کاملاً موافقم) مشخص می‌کند.

ضرایب پایایی ابزار حاضر از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳ گزارش شده که بیانگر پایایی مناسب این ابزار است. همچنین، برای بررسی روایی سازه، رابطه اندازه‌های حالت فراشناختی با پیشرفت تحصیلی ملاک قرار گرفت که با توجه به همبستگی دو متغیر ذکر شده، این پرسشنامه

دارای روایی کافی نیز هست (اونیل و عابدی، ۱۹۹۶). در مطالعه‌ای که ابافت در سال ۱۳۸۷ انجام داد، پایایی پرسشنامه از طریق دو روش آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی به ترتیب ۰/۷۵ و ۰/۷۵ و اعتبار آن نیز از طریق معنادار بودن همبستگی آن با پرسشنامه راهبردهای یادگیری خود گردان به دست آمد و مشخص شد که پرسشنامه حالت فراشناختی از اعتبار لازم ( $P=0/0001, r=0/54$ ) برخوردار است. در جدول ۱، میانگین و انحراف معیار حالات فراشناخت و نمره کل ارائه شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های فراشناختی

گروه مولفه‌ها حالت فراشناخت	دختر		پسر		کل	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آگاهی	۱۴/۸	۲	۱۴/۶	۲/۷	۱۴/۷	۲/۴
راهبردشناختی	۱۴/۱	۲/۶	۱۴	۳/۵	۱۴	۳/۱
برنامه‌ریزی	۱۴/۵	۲/۸	۱۴/۷	۳/۲	۱۴/۶	۳
خودبازبینی	۱۴/۹	۲/۴۵	۱۵/۲	۲/۶	۱۵/۱	۲/۵
کل	۵۸/۲	۷/۸	۵۸/۶	۹/۶	۵۸/۴	۸/۷

جدول ۲. ضرایب همبستگی مؤلفه‌های طرحواره‌های ناسازگار و مؤلفه‌های فراشناخت

مؤلفه‌های حالت فراشناخت طرحواره‌های ناسازگارانه	آگاهی	راهبرد شناختی	برنامه‌ریزی	خودبازبینی	کل
محرومیت هیجانی	(۰/۱۵۹) - (۰/۰۵۷)	(۰) - (۰/۳۵۱)	(۰/۰۰۱) - (۰/۳۰۰)	(۰/۰۵۵) - (۰/۱۶۱)	(۰/۰۰۱) - (۰/۳۱۸)*
رهاشدگی	(۰/۱۳۶) - (۰/۰۸۸)	(۰/۲۴۲) - (۰/۰۷۱)	(۰/۰۷۲) - (۰/۱۴۷)	(۰/۳۶۸) - (۰/۰۳۴)	(۰/۱۱۱) - (۰/۱۲۳)
بی‌اعتمادی	(۰/۰۵۱) - (۰/۳۰۸)	(۰/۱۹۹) - (۰/۰۸۵)	(۰/۳۷۶) - (۰/۰۳۲)	(۰/۱۶۸) - (۰/۰۹۷)	(۰/۳۷۰) - (۰/۰۳۴)
انزوای اجتماعی	(۰/۱۵۴) - (۰/۰۶۳)	(۰/۰۳۶) - (۰/۱۸۱)	(۰/۰۰۹) - (۰/۲۳۶)	(۰/۰۴۲) - (۰/۱۷۴)	(۰/۰۰۹) - (۰/۲۳۸)
شرم / نقص	(۰) - (۰/۳۵۱)	(۰/۰۵۲) - (۰/۱۶۴)	(۰/۰۰۳) - (۰/۲۷۴)	(۰) - (۰/۳۲۵)	(۰) - (۰/۳۴۳)
ناخوشایندی اجتماعی (پذیرش/جلب توجه)	(۰/۱۸۳) - (۰/۰۹۱)	(۰/۱۱۰) - (۰/۱۲۴)	(۰/۰۸۹) - (۰/۱۳۶)	(۰/۰۹۱) - (۰/۱۳۴)	(۰/۰۶۲) - (۰/۱۵۵)
شکست	(۰/۰۲۶۶) - (۰/۰۰۴)	(۰/۰۲۴) - (۰/۱۹۸)	(۰/۰۰۸) - (۰/۲۳۹)	(۰/۰۴۳) - (۰/۱۷۳)	(۰/۰۰۳) - (۰/۲۷۵)
وابستگی / بی‌کفایتی	(۰/۰۰۱) - (۰/۳۰۵)	(۰/۰۸۲) - (۰/۱۴۰)	(۰/۰۰۵) - (۰/۲۵۴)	(۰/۰۱۰) - (۰/۲۳۴)	(۰/۰۰۲) - (۰/۲۸۹)
آسیب‌پذیری نسبت به بیماری	(۰/۱۱۱) - (۰/۱۲۳)	(۰/۱۷۸) - (۰/۰۹۳)	(۰/۱۳۸) - (۰/۱۱۰)	(۰/۲۰۶) - (۰/۰۸۳)	(۰/۱۰۱) - (۰/۱۲۹)
خودتحول نیافتگی (گرفتاری)	(۰/۲۳۵) - (۰/۰۷۳)	(۰/۳۱۹) - (۰/۰۴۸)	(۰/۳۸۸) - (۰/۰۲۹)	۰/۵۰	(۰/۳۲۲) - (۰/۰۴۷)

(۰/۰۰۵) - ۰/۲۵۷	(۰/۰۱۲) - ۰/۲۲۶	(۰/۰۱۲) - ۰/۲۲۶	(۰/۱۱۰) - ۰/۱۲۴	(۰/۰۰۵) - ۰/۲۵۵	طاعت
(۰/۰۸۰) - ۰/۱۴۱	(۰/۴۶۸) - ۰/۰۰۸	(۰/۱۲۱) - ۰/۱۱۸	(۰/۰۵۲) - ۰/۱۶۴	(۰/۰۶۹) - ۰/۱۴۹	ایثار
(۰/۰۰۲) - ۰/۲۸۹	(۰/۰۲۵) - ۰/۱۹۷	(۰/۰۰۷) - ۰/۲۴۷	(۰/۰۱۷) - ۰/۲۱۲	(۰/۰۰۴) - ۰/۲۶۱	بازداری هیجانی
(۰/۱۲۰) - ۰/۱۱۸	(۰/۰۲۱) - ۰/۲۰۴	(۰/۲۱۳) - ۰/۰۸۰	(۰/۲۲۲) - ۰/۰۷۷	(۰/۴۴۴) - ۰/۰۱۴	معیارهای سرسختانه
(۰/۱۶۰) - ۰/۱۰۱	(۰/۴۴۹) - ۰/۰۱۳	(۰/۱۳۳) - ۰/۱۱۲	(۰/۰۹۲) - ۰/۱۳۴	(۰/۳۴۸) - ۰/۰۴۰	استحقاق
(۰/۰۲۰) - ۰/۲۰۵	(۰/۱۲۵) - ۰/۱۱۶	(۰/۰۲۱) - ۰/۲۰۳	(۰/۰۷۲) - ۰/۱۴۷	(۰/۰۳۶) - ۰/۱۸۰	خویشتر داری
(۰/۰۰۸) - ۰/۲۴۰	(۰/۰۹۷) - ۰/۱۳۱	(۰/۰۱۱) - ۰/۲۲۸	(۰/۰۴۳) - ۰/۱۷۲	(۰/۰۱۲) - ۰/۲۲۷	کل

\*ارقام داخل پرانتز، سطح معناداری هر ضریب را نشان می دهد.

ناسازگار اولیه با مؤلفه های حالت فراشناختی دانش آموزان ارتباط دارد، نتایج جدول ۲، ضرایب همبستگی و سطح معناداری آنها را نشان می دهد که بیانگر رابطه منفی و معنادار بین نمره کل متغیر طرحواره ها و حالت فراشناختی ( $p < 0.008, r = -0.24$ ) است. با توجه به داده های این جدول، طرحواره شرم/ نقص ( $p < 0.001, r = -0.34$ ) بیشترین ارتباط معنادار را با نمره کل حالت فراشناختی دارد.

جدول ۳. تحلیل رگرسیون گام به گام و ضرایب تبیین به تفکیک جنسیت

متغیر ملاک	جنسیت	متغیر پیش بین	R	R <sup>2</sup>	B	Beta	P
فراشناخت	دختر	شکست	۰/۴۰	۰/۱۶	-۰/۳۵	-۰/۴۰	۰/۰۰۴
فراشناخت	پسر	بازداری هیجانی	۰/۴۲	۰/۱۸	-۰/۴۴	۰/۴۲	۰/۰۰۲

در پاسخ به سؤال دوم پژوهش مبنی بر اینکه ارتباط طرحواره های ناسازگار با ابعاد حالت فراشناختی در دانش آموزان دختر و پسر چگونه است، مجموع مجذورات و مقادیر  $F$  مؤلفه های طرحواره ها و نمره کل فراشناخت به تفکیک جنسیت نشان داد که از بین ۱۶ طرحواره ناسازگار مؤلفه شکست در دخترها و مؤلفه بازداری هیجانی در پسرها، بیشترین میزان تبیین کنندگی را برای متغیر حالت فراشناخت دارد.

همچنین، تحلیل رگرسیون گام به گام طرحواره های شانزده گانه بر روی مؤلفه های حالات فراشناختی مشخص کرد که طرحواره های شکست در دختران و شرم/ نقص و ناخوشایندی اجتماعی برای مؤلفه آگاهی فراشناخت، طرحواره های محرومیت عاطفی هم در دختران و هم در پسران برای مؤلفه راهبرد شناختی فراشناخت، طرحواره های شرم/ نقص در دختران و محرومیت عاطفی در پسران برای مؤلفه برنامه ریزی فراشناخت و طرحواره های شرم/ نقص و معیارهای سرسختانه در دختران و بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه و شرم/ نقص در پسران برای مؤلفه خودبازبینی فراشناخت بیشترین میزان تبیین کنندگی را نشان داد.

در جدول ۳، تحلیل رگرسیون گام به گام به تفکیک خرده مقیاس های طرحواره ها نشان داد که از بین ۱۶ طرحواره موجود، شکست ( $p < 0.004, R = 0.40$ ) در دختران و بازداری هیجانی ( $p < 0.002, R = 0.42$ ) در پسران با نمره کل حالت فراشناختی رابطه منفی معناداری دارد.



در ادامه، تحلیل تفکیکی بر روی مؤلفه‌های حالت فراشناختی نشان می‌دهد که طرحواره‌های شکست ( $R = 0.34, P < 0.016$ ) در دختران و شرم/نقص ( $R = 0.40, P < 0.004$ )، ناخوشایندی اجتماعی ( $R = 0.54, P < 0.006$ ) و انزوای اجتماعی ( $R = 0.59, P < 0.047$ ) در پسران با مؤلفه آگاهی فراشناخت رابطه منفی، طرحواره محرومیت عاطفی ( $R = 0.30, P < 0.029$ ) به طور منفی و معیارهای سرسختانه ( $R = 0.42, P < 0.036$ ) به طور مثبت در دختران و همچنین، در پسران محرومیت عاطفی ( $R = 0.38, P < 0.006$ ) و ایثار ( $R = 0.56, P < 0.027$ ) به طور منفی و بی‌اعتمادی ( $R = 0.48, P < 0.030$ ) به طور مثبت با مؤلفه راهبردهای شناختی در ارتباط بوده، طرحواره‌های شرم/نقص ( $R = 0.34, P < 0.015$ ) در دختران و محرومیت عاطفی در پسران ( $R = 0.35, P < 0.013$ ) با مؤلفه برنامه‌ریزی فراشناخت رابطه منفی و طرحواره‌های شرم/نقص به طور منفی ( $R = 0.40, P < 0.003$ ) و معیارهای سرسختانه به طور مثبت ( $R = 0.53, P < 0.008$ ) در دختران و بازداری هیجانی ( $R = 0.35, P < 0.010$ ) و شرم/نقص ( $R = 0.65, P < 0.010$ ) به طور منفی و معیارهای سرسختانه ( $R = 0.50, P < 0.006$ ) و بی‌اعتمادی ( $R = 0.57, P < 0.032$ ) به طور مثبت با مؤلفه خودبازبینی فراشناخت در ارتباط معنادار قرار دارند.

#### بحث و نتیجه‌گیری

توجه به درگیر بودن دانش‌آموز در فرایند یادگیری مستمر، از جمله اهداف اساسی نظام آموزش در تمام کشورهای پیشرفته جهان است. تحقیقات نشان می‌دهند که دانش‌آموزان و دانشجویان نیازمند دریافت آموزش‌های لازم برای کسب مهارت‌های مربوط به یادگیری بوده، توجه به حالات فراشناختی و تقویت آن سبب افزایش خودنظارتی و خودتنظیمی فرد در طی فرایند یادگیری شده و به افزایش انگیزش و پیشرفت تحصیلی منجر خواهد شد (تایلور، ۲۰۰۱). پردازش هیجانی فرد یادگیرنده، از جمله عوامل اثرگذار دیگری است که در مطالعات گوناگون شده است. طرحواره‌های ناسازگار اولیه با ماهیت هیجانی می‌تواند سبب بروز مشکلات هیجانی در فرد شده و به همین علت، در طی فرایند یادگیری بر پردازش شناختی فرد اثرگذار باشد. البته، در این زمینه، یعنی ارتباط خلق و شناخت دو دیدگاه متفاوت وجود دارد: در دیدگاه اول محققان بر این باورند که مشکلات هیجانی عموماً بر پایه پردازش شناختی اطلاعات هیجانی شکل می‌گیرند (برای نمونه، کلارک و همکاران، ۱۹۹۹) و در دیگر سو، محققان مطرح می‌سازند که عنصر اصلی در پردازش شناختی، حالات هیجانی فرد است. در این طیف می‌توان به مدل شبکه تداعی (پیوندی) باور (۱۹۸۱) اشاره کرد که در آن تأکید می‌شود حالات هیجانی نقش اساسی در پردازش اطلاعات، یادگیری و حافظه دارد.

بر این اساس و در امتداد رویکرد دوم که اساس پردازش شناختی را مبنای هیجانی فرد می‌داند، پژوهش حاضر نیز به دنبال بررسی ارتباط بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان یک عامل مداخله‌گر هیجانی و مؤلفه‌های حالت فراشناختی به عنوان یک عامل اثرگذار در فرایند یادگیری مقایسه آن در دانش‌آموزان دختر و پسر بود.

به دنبال بررسی رابطه بین طرحواره‌های ناسازگار و حالات فراشناختی بود، یافته‌های جدول ۲ نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار با حالات فراشناختی رابطه منفی معناداری دارند. طرحواره شرم/نقص مربوط به حوزه بریدگی و طرد بیشترین رابطه منفی معنادار و طرحواره خود تحول نیافتگی از حوزه گوش به زنگی بیش از حد و بازداری، کمترین رابطه منفی معنادار را با حالات فراشناختی نشان می‌دهد. در تأیید مطالعات قبلی (برای نمونه، ولز و پاپاچرجیو، ۱۹۹۸؛ کورکوران و سگال، ۲۰۰۸) این یافته مطرح می‌سازد که فعال شدن طرحواره‌های حوزه بریدگی و طرد مانند طرحواره شرم/نقص با کاهش توانمندی فراشناختی دانش‌آموز مرتبط است؛ به این معنا که حساسیت تشدید یافته دانش‌آموز نسبت به موضوع‌های راه انداز نیازهای ارضا نشده امنیت، محبت، احساس همدلی و پذیرش با کاهش مهارت‌های فراشناختی مرتبط است. این یافته لزوم توجه خاص به نیازهای اساسی "امنیت" و "پذیرش" دانش‌آموز را از سوی اولیای تعلیم و تربیت و معلمان محرز می‌سازد. در کنار اجرای روش‌های نوین آموزشی توسط معلمان به منظور انتقال دانش به یادگیرنده، این دو نیاز پایه، یعنی "امنیت" و "پذیرش" تسهیل کننده انتقال مطالب به یادگیرنده است، زیرا افزایش احساس همدلی و اشتراک دانش‌آموز با محیط تحصیل و معلمان، با کاهش حساسیت طرحواره بریدگی و طرد و افزایش توانمندی‌های فراشناختی در فرد رابطه دارد.

در مقایسه با دختران، در دانش آموزان پسران طرحواره شرم و ناخوشایندی اجتماعی با مؤلفه آگاهی فراشناختی، طرحواره محرومیت با مؤلفه های راهبرد فراشناختی و برنامه ریزی / خودبازبینی و طرحواره های بازداری هیجانی، معیارهای سرسختانه و شرم / نقص با مؤلفه برنامه ریزی / خودبازبینی رابطه منفی معناداری نشان می دهد.

تفاوت های جنسیتی، تجربیات متفاوت محیطی و شیوه های برخورد و تعامل متفاوت والدین با فرزندان دختر و پسر، و نیز نگاه جنسیتی حاکم بر نظام ارزشی خانواده، جامعه و به تبع آن نظام آموزشی می تواند به فعال سازی طرحواره های متفاوتی در دو جنس منجر شود.

در این بخش از تحقیق، نتایج نشان می دهد که دختران دانش آموز حساسیت بیشتری نسبت به طرحواره های خودگردانی و عملکرد مختل دارند؛ یعنی حساسیت نسبت به شکست و بی کفایتی در گام اول و سپس حساسیت نسبت به محرومیت و تحقیرشدگی قرار دارد. در تبیین این یافته می توان مطرح ساخت که سوگیری ها و ارزش های جنسیتی حاکم بر خانواده و جامعه دختران را بیشتر در معرض واکنش نسبت به بی کفایتی در توانمندی های خویشتن قرار می دهد. تمایل روز افزون دختران در جهت اثبات کفایت و نقش جنسیتی خویش به عنوان عضو جامعه می تواند در فعال سازی طرحواره های خودگردانی ریشه داشته باشد. در فرایند تعلیم و تربیت و یادگیری نیز توجه به انتظارات دختران از خویشتن و فراهم ساختن زمینه های لازم برای عملکرد مستقل و موفقیت آمیز آنان توسط معلمان، با افزایش مهارت های فراشناختی، مخصوصاً آگاهی از سبک پردازش شناختی خویش در آنان همراه است. در مقابل، پسران حساسیت بیشتری نسبت به طرحواره های بریدگی / طرد و همچنین طرحواره های دیگر جهت مندی نشان می دهند. نیاز به امنیت، محبت و همدلی و پذیرش دیگری و همچنین، تمرکز افراطی بر احساسات و تمایلات دیگران نسبت به خود و نادیده گرفتن نیازهای خویشتن رابطه بیشتری با حالات فراشناختی نشان می دهد. به بیان دیگر، اگر در دختران سوءگیری های تربیتی با حساسیت نسبت به بی کفایتی همراه است، در پسران حساسیت نسبت به احساس بی کفایتی و تحقیر نه در سطح کنش و عملکرد فردی، بلکه در سطح اجتماعی و روابط بین فردی خود را نشان می دهد. پذیرش دیگران و تأیید اجتماعی از طرف افرادی که برای فرد مهم تلقی می شوند، با پردازش بهتر فراشناختی همراه است. این تبیین در تأیید یافته های مارتین و همکاران (۲۰۰۲) و احمدوند (۱۳۸۳) در خصوص اثرگذاری متفاوت طرحواره های جنسیتی بر روی زنان و مردان است. اگر چه تغییر و اصلاح طرحواره ها با افزایش آگاهی امکان پذیر است، ولی در مطالعه حاضر نشان داده شد که مریبان و معلمان تعلیم و تربیت برای بهتر شدن فضای روان شناختی آموزش و انتقال دانش به دانش آموزان، با دو پیش نیاز متفاوت در دختران و پسران مواجه هستند که به دو رویکرد متفاوت نیاز دارد. در دختران جهت افزایش توانمندی های فراشناختی، متغیری که تاثیر بسزایی در فرایند یادگیری دارد، باید به هیجان های مرتبط با احساس بی کفایتی نسبت به توانمندی های خویشتن توجه خاص شود، در حالی که در پسران دانش آموز فراهم کردن فضای روان شناختی برای عملکرد مستقل و موفقیت آمیز در درجه دوم اهمیت قرار داشته، ضرورت پذیرش اجتماعی و عدم تجربه تحقیر و نقص در جنبه های شخصیتی، مخصوصاً در بعد ارتباط بین فرد توجه ویژه ای را مطرح می سازد.

در تأیید یافته های سالاری فر و پاکدامن (۱۳۸۸) این احتمال مطرح است که در دانش آموزان دختر مؤلفه آگاهی فراشناختی و حساسیت آن نسبت به شکست، موجب این سبک پردازشی در فرد شده که: "شخصی شکست خورده در زندگی است" و "در آینده نیز شکست خواهد خورد" و این که "شکست امری گریزناپذیر برای اوست"، فرد در مقایسه با افراد دیگر در زمینه های پیشرفت، همچون تحصیل احساس بی کفایتی بیشتر و موفقیت کمتری می کند و با کاهش آگاهی فراشناختی فرد نسبت به احساسات و تجارب خود، قوتها و ضعف های شناختی اش و همچنین، شناخت شخص درباره توانایی هایش موجب کاهش عملکرد تحصیلی وی می شود. همچنین، احساس فرد در مورد ناقص بودن، نامطلوب و حقیر بودن، در مهمترین جنبه های شخصیتش با اثرگذاری بر راهبردهای فراشناختی که او را در انتخاب کارآمدترین راهبردها در برخورد با هر تکلیف توانمند می سازد، موجب نقص در یادگیری و عملکرد تحصیلی شده، وی را در انتخاب راهبردهای مناسب، تضعیف می سازد.

در پایان، از جمله محدودیت های مطالعه حاضر می توان به محدود بودن نمونه مورد مطالعه به لحاظ پایه تحصیلی محدود بودن به دوره سنی خاص (۱۴ تا ۱۸ سال)، عدم ارزیابی حالت هیجانی فرد در طی تکمیل پرسشنامه و عدم ارزیابی ویژگی های شخصیتی دانش آموز

اشاره کرد زیرا موارد فوق به لحاظ ادبیات پژوهش در این زمینه می تواند تأثیر گذار باشد. لذا پیشنهاد می شود که در مطالعات بعدی به بررسی نقش عوامل فوق پرداخته شود.

#### منابع

- ایافت، ح. (۱۳۸۷). رابطه راهبردهای فراشناختی، خود اثربخشی و شیوه های فرزند پروری با خود ناتوان سازی تحصیلی در دانش آموزان دبیرستان های اهواز، *یافته های نو در روان شناسی*، ۲ (۷) ۱۰۸-۱۲۲.
- احمدوند، م. ع. (۱۳۸۸). تأثیر تحصیلات بر تغییر ساختار طرحواره های تبعیضی جنسیتی، *دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد*، ۴، ۱۱، ۱۵-۲۴.
- ذوالفقاری، م، فاتحی زاده، م، و عابدی، م. (۱۳۸۷). تعیین رابطه بین طرحواره های ناسازگار اولیه با ابعاد صمیمیت زناشویی زوجین شهر اصفهان، *خانواده پژوهی*، ۴، ۱۵، ۲۶-۲۷۴.
- سالاری فر، م، و پاکدامن، ش. (۱۳۸۸). نقش مؤلفه های حالت فراشناختی در عملکرد تحصیلی، *فصلنامه روان شناسی کاربردی*، ۳ (۴)، ۱۱۲-۱۰۲.
- یانگ، ج.، کلووسکو، ژ، و ویشار، م. (۱۳۸۹). *طرحواره درمانی* (ترجمه ج. حمیدپور و ز. اندوز). تهران: انتشارات ارجمند، (انتشار به زبان اصلی: ۲۰۰۳).
- , Y, Crane, C, Williams, J.M.G, & Goodwin, G.M. (2009). Dysfunctional beliefs in bipolar disorder: Hypomanic Alatiq vs. depressive attitudes. *Journal of Affective Disorders*, 122 (3), 294-300
- Baker, L. (2010). Metacognition. *International Encyclopedia of Education (Third Edition)*, 204-210.
- Blair, K. S, Smith, B.W, Mitchell, D. G. V, Morton, J, Vythilingam, M, Pessoa, L, Fridberg D, Zametkin A, Sturman D, Nelson EE, Drevets WC, Pine DS, Martin A, Blair RJ.** (2006). Modulation of emotion by cognition and cognition by emotion. *NeuroImage*, 35 (1), 430-440
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Clark, D. A., Beck, A. T. & Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. New York, NY: John Wiley & Sons.
- Corcoran, K. M., & Segal, Z. V. (2008). Metacognition in Depressive and Anxiety Disorders: Current Directions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1 (1), 33-44
- , A, Jourda, B, Laros, C, Walburg, V, & Callahan, S. (2010). Influence between early maladaptive schemas and Cormier depression. *L'Encéphale*, Article in Press, Corrected Proof
- Cubukcu, F. (2009). Metacognition in the classroom. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 1 (1), 559-563
- Dalgleish & Power (1999). *Handbook of Cognition and Emotion* Dalgleish & Power (1999). *Handbook of Cognition and Emotion* Beck, A.T, Butler, A. C, Brown, G. K, Dahlsgaard, K. K, Newman, C. F, & Beck J. S. (2000). Dysfunctional beliefs discriminate personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39 (10), 1213-1225
- De Silva, P. (2001). *Handbook of Emotion and Cognition: Tim Dalgleish and Mick Power (Eds.)*. Wiley, Chichester, 1999, xxii+843 pp. £90.00. *Behaviour Research and Therapy*, 39 (1), 125-127
- , Denys, D.A, Sitskoorn, M.M, & Westenberg, H.G. (2007). Attention and cognition in patients with De Geus, F obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Clin Neurosci*, 61 (1), 45-53
- , A, & Saiz-Ruiz J. (2002). Audioverbal Garcia-Toro, M, Talavera, J. A, Gonzalez, E. I, Tejada, P, Blanco, C, Gonzalez cognitive dysfunction in depression. Factors involved. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 27 (1), 37-42.
- Janeck, A. S, Calamari, J. E, Riemann, B. C, & Heffelfinger, S. K. (2001). Too much thinking about thinking?: metacognitive differences in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 2, 181-195.
- , 469-476. **LaBar, K. S.** (2010). Emotion- Cognition Interactions. *Encyclopedia of Behavioral Neuroscience*
- Martin, C. L, Ruble, D. N. & Szkrybalo, J. (2002). Cognitive theories of early gender development. *Psychological Bulletin*, 128 (6), 903- 933.
- Onil, H, & Abedi, J. (1996). Reliability and Validity of a State Metacognitive Inventory: Potential for Alternative Assessment. *Journal of Educational Research*, 89 (4), 234- 45
- Sánchez- Alonso, S. & Vovides, Y. (2006). Integration of metacognitive skills in the design of learning objects. *Computers in Human Behavior*, 23 (6), 2585-2595.

Sica, C, Steketee, G, Ghisi, M, Chiri, L. R, & Franceschini, S.)2007). Metacognitive Beliefs and Strategies Predict Worry, Obsessive-Compulsive Symptoms and Coping Styles: A Preliminary Prospective Study on an Italian Non-Clinical Sample. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14 (4), 258- 268.

Taylor H. J. (2001). Self directed learning: views of teachers and students. *J Adv Nurs*, 36 (4): 496- 504.

Teasdale, J. D, Moore, R. G, Hayhurst, H, Pope, M, Williams, S, & Segal, Z. V. (2002). Metacognitive Awareness and Prevention of Relapse in Depression: Empirical Evidence. *Journal of Consulting and Clinical*, 70 (2), 275- 287.

Thimm, J. C. (2010). Personality and early maladaptive schemas: A five-factor model perspective. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41 (4), 373-380.

Wells, A, & Cartwright- Hatton, S, (2003). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (4), 385- 396.

, N. B. Joiner T. E. Young, J. E, & Telch, M. J. (1995). The schema questionnaire: Investigation of Schmidt psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19 (3) , 295-321

Wells, A, & Papageorgiou, C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (9), 899- 913.

, A, Sharp, I. R, Brown, G. K, Greenberg, R. L, & Beck, A. T. (2005). Dysfunctional beliefs in panic disorder: Wenzel The Panic Belief Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 44(6), 819- 833.

Young, J. E. (1999). *Cognitive Therapy for Personality Disorders: A Schema-Focused Approach* (3rd ed). Professional Resource Press