

Original Research

Effectiveness of Wells Metacognitive Therapy on Reducing Anxiety, Increasing Happiness, Improving Emotional Intelligence and Modifying Strategies Cognitive Emotional Regulation Junior High

Mohsen Maroufi¹, Mohammad Mehdi Sohrabi Fard^{2*}, Hossein Hosseini³, Shahla Karati⁴

1. Psychiatrist, Associate Professor, Isfahan University of Medical Sciences

2. MSc Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch

3. Ph.D. Students in Psychology, Lorestan University

4. Master of Family Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz

Received: 2018/07/16

Revised: 2018/08/27

Accepted: 2018/09/08

Abstract

Introduction & Purpose: The aim of this study was to investigate the effectiveness of Wells metacognitive therapy on reducing anxiety, increasing happiness, improving emotional intelligence and modifying strategies cognitive emotional regulation in junior high school boys of Khomeinishahr city.

Methodology: The statistical population was composed of all junior high school boys of Khomeinishahr city. The sample consisted of 30 students who were selected randomly through multi-stage cluster sampling method. The research instrument were Beck anxiety questionnaire (1998), oxford happiness questionnaire (1998), Bar-on emotional intelligence questionnaire (1998) and Garnefski Cognitive emotion regulation questionnaire (2002). 30 of selected students were divided in experimental group (15) and control group (15). Experimental group received 7 sessions of metacognitive therapy while control group was in waiting list. In both group dependents variables were evaluated in pretest, posttest and follow-up.

Results: The result indicated that Wells' metacognitive therapy on reducing anxiety, increasing happiness, improving emotional intelligence and modifying strategies cognitive emotional regulation have been significant effects.

Conclusion: Regarding to result, Wells metacognitive therapy is effective on reducing anxiety, increasing happiness, improving emotional intelligence and modifying strategies cognitive emotional regulation in junior high school boys of Khomeinishahr city.

Keywords: Anxiety, Happiness, Emotional intelligence, Cognitive emotional regulation, Metacognitive therapy

Citation: Maroufi Mohsen, Sohrabi Fard Mohammad Mehdi, Hosseini Hossain, Karati Shahla, Effectiveness of Wells Metacognitive Therapy on Reducing Anxiety, Increasing Happiness, Improving Emotional Intelligence and Modifying Strategies Cognitive Emotional Regulation Junior High. Journal of Motor and Behavioral Sciences, Volume 1, Number 2, Autumn 2018, pp. 158-173.

* **Corresponding Author:** Mohammad Mehdi Sohrabi Fard, MSc Clinical Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch

Email: mehdisohrabi@gmail.com

اثر بخشی فراشناخت درمانی ولز بر کاهش اضطراب، افزایش شادکامی، ارتقاء سطح هوش هیجانی و اصلاح راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان

محسن معروفی^۱، محمد مهدی سهرابی فرد^{۲*}، حسین حسینی^۳، شهلا کرای^۴

۱. روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان

۳. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشگاه لرستان

۴. کارشناسی ارشد مشاوره خانواده دانشگاه شهید چمران اهواز

بازنگری مقاله: ۹۷/۰۴/۲۵ پذیرش مقاله: ۹۷/۰۶/۰۵ دریافت مقاله: ۹۷/۰۶/۱۷

چکیده

مقدمه و هدف: هدف از انجام این پژوهش بررسی اثر بخشی فراشناخت درمانی ولز بر کاهش اضطراب، افزایش شادکامی، ارتقاء سطح هوش هیجانی و اصلاح راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در دانش‌آموزان پسر دوره‌ی دوم مقطع متوسطه‌ی شهرستان خمینی شهر بود. **روش شناسی:** جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی دانش‌آموزان پسر دوره‌ی دوم مقطع متوسطه‌ی شهرستان خمینی شهر بود. نمونه‌ی آماری شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان بود که به روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه‌ی اضطراب بک (۱۹۸۸)، پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد (۱۹۹۰)، پرسشنامه‌ی هوش هیجانی بار-ان (۱۹۹۸) و پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان گارنسفکی (۲۰۰۲). ۳۰ نفر منتخب به شکل تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند؛ در حالی که اعضای گروه کنترل در لیست انتظار بودند، اعضای گروه آزمایش در معرض ۷ جلسه‌ی فراشناخت درمانی ولز قرار گرفتند. هر دو گروه در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس-آزمون و پیگیری در زمینه‌ی متغیرهای وابسته مورد ارزشیابی قرار گرفتند. **نتایج:** نتایج تحلیل آماری نشان داد که فراشناخت درمانی ولز بر کاهش اضطراب، افزایش شادکامی، ارتقاء سطح هوش هیجانی و اصلاح راهبردهای تنظیم شناختی تأثیر معناداری دارد. **نتیجه گیری:** به این ترتیب می‌توان نتیجه گرفت که فراشناخت درمانی ولز بر کاهش اضطراب، افزایش شادکامی، ارتقاء سطح هوش هیجانی و اصلاح راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان پسر دوره‌ی دوم مقطع متوسطه مؤثر است.

واژگان کلیدی: اضطراب، شادکامی، هوش هیجانی، تنظیم شناختی هیجان، فراشناخت درمانی

ارجاع: معروفی محسن، سهرابی فرد محمد مهدی، حسینی حسین، کرای شهلا، اثر بخشی فراشناخت درمانی ولز بر کاهش اضطراب، افزایش شادکامی، ارتقاء سطح هوش هیجانی و اصلاح راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان، مجله علوم حرکتی و رفتاری، دوره اول، شماره دوم، تاب: ۱۳۹۷، صفحات ۱۵۸-۱۷۳.

نویسنده مسئول: محمد مهدی سهرابی فرد، کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان
آدرس الکترونیکی: mehdisohrabi@gmail.com

مقدمه

در دوران نوجوانی، نوجوانان همزمان با تغییرات جسمانی و شناختی، تغییرات عاطفی و هیجانی زیادی را تجربه می‌کنند (حاج امینی و همکاران، ۱۳۸۷). از این رو مشکلات زیادی در حوزه سلامت روان از قبیل افسردگی، اضطراب و... این قشر را تهدید می‌کند (نریمانی، ۱۳۸۰). از سویی، در جوامع امروزی زندگی با استرس زیاد می‌تواند روی خلق و خوی اشخاص اثر سوء بگذارد و آنها را به سمت افسردگی، غمگینی و اضطراب نزدیک کند، اما خلق و خوی شاد به طرز قابل ملاحظه‌ای، سطح امید را در افراد بالا می‌برد، به طوری که افراد، بهتر می‌توانند از پس موانع اضطراب‌زای زندگی برآیند (ویلیامز^۱، ۲۰۰۰). واژه‌ی شادکامی چندین مفهوم متفاوت را به ذهن متبادر می‌کند (برای مثال شادی، خشنودی، لذت و خوشایندی و...؛ از این رو تعدادی از روانشناسان به اصطلاح بهزیستی ذهنی اشاره می‌کنند که در برگیرنده‌ی انواع ارزش‌هایی است که فرد از خود و زندگی‌اش به عمل می‌آورد (داینر، ۲۰۰۲). در صورتی که افراد از شرایط زندگی راضی بوده و عواطف مثبت بیشتر و عواطف منفی کمتری را تجربه کنند، گفته می‌شود که از بهزیستی ذهنی بالایی برخوردارند. اصطلاح بهزیستی ذهنی، اصطلاح روان‌شناختی معادل شادی است که به دلیل مفاهیم بسیاری که در خود نهفته دارد، ارجح است. اما با این وجود در ادبیات مربوطه به جای یکدیگر به کار می‌روند (ادینگتون و شومن^۲، ۲۰۰۴). آرگایل در تعریف شادکامی، به بررسی زمینه-یابی که بر روی نمونه‌های فراوان انجام شده اشاره کرد و معتقد است شادکامی حالت خوشحالی و یا سرور (هیجانان مثبت)، راضی بودن از زندگی و فقدان افسردگی و اضطراب (عواطف منفی) است (آرگایل و هیلز، ۲۰۰۱). شادکامی چندین جزء اساسی را در بر می‌گیرد؛ جزء هیجانی که فرد شادکام از نظر خلقی، شاد و خوشحال است، جزء اجتماعی، که فرد شادکام از روابط اجتماعی خوبی با دیگران برخوردار است و می‌تواند از آنها حمایت اجتماعی دریافت کند و سرانجام جزء شناختی، که باعث می‌شود فرد شادکام اطلاعات را به روش خاصی پردازش کرده، مورد تعبیر و تفسیر قرار دهد که در نهایت، باعث احساس شادی و خوش‌بینی در وی می‌گردد (داینر، ۲۰۰۰). از این رو، در شادکامی، ارزشیابی افراد از

خود و زندگی‌شان می‌تواند، جنبه‌های شناختی، مثل قضاوت در مورد خوشنودی از زندگی و یا جنبه‌های هیجانی از جمله خلق یا عواطف، در واکنش به رویدادهای زندگی را در برگرد (والویس و همکاران، ۲۰۰۴). اضطراب نیز به منزله‌ی بخشی از زندگی انسان، در همه‌ی افراد در حد اعتدال آمیز وجود دارد و در این حد به عنوان پاسخی سازش یافته تلقی می‌شود (دادستان، ۱۳۸۷). در واقع اضطراب هشدار است که فرد را گوش به زنگ می‌کند، یعنی به فرد هشدار می‌دهد که خطری در راه است و باعث می‌شود که فرد بتواند برای مقابله با خطر، اقداماتی به عمل آورد، لذا موجب حفظ حیات می‌شود. اضطراب از پایین‌ترین سطح به بالا، خطر وقوع صدمه‌ی جسمی، درد، بی‌پناهی، برآورده نشدن نیازهای اجتماعی یا جسمانی، خطر بروز مانعی در برابر ارتقای موقعیت یا منزلت فرد و سرانجام خطرانی را اعلام می‌کند که در برابر کلیت و یکپارچگی فرد وجود دارد (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷؛ ترجمه رفیعی و رضاعی، ۱۳۹۰). بالعکس اضطراب مرضی نیز وجود دارد، چرا که اگر حدی از اضطراب می‌تواند مفید و سازنده باشد و اگر اغلب مردم اضطراب را تجربه می‌کنند، اما این حالت ممکن است جنبه‌ی مزمن و مداوم بیابد که در این صورت نه تنها نمی‌توان پاسخ را سازش یافته دانست، بلکه باید آن را به منزله‌ی منبع شکست، سازش نایافتگی و استیصال گسترده تلقی کرد که فرد را از بخش عمده‌ای از امکاناتش محروم می‌کند و طیف گسترده‌ی اختلالات اضطرابی را از اختلال‌های شناختی و بدنی تا ترس‌های غیرموجه و وحشت‌زدگی گسترده به وجود می‌آورد (دادستان، ۱۳۸۷). هوش انسان متشکل از مجموعه‌ی محدودی از قابلیت‌های شناختی نیست، بلکه جنبه‌ی هیجانی نیز در آن مطرح می‌باشد. عبارت هوش هیجانی ابتدا در سال ۱۹۸۵ توسط وین پین^۳ مطرح شد و توسط دانیل کلمن در سال ۱۹۹۵ محبوبیت یافت (مایر و سالووی، ۲۰۰۲). در حوزه‌ی هوش هیجانی نظریه‌های گوناگونی مطرح شده است که به طور کلی در دو دسته قرار می‌گیرند (مایر، سالووی و کارسو، ۲۰۰۰): الگوی توانایی: این الگو، هوش هیجانی را شامل درک و فهم، بیان، کاربرد و مدیریت هیجان می‌داند که الگوی سالووی و مایر (۱۹۹۰) در این دسته قرار می‌گیرد. الگوی ترکیبی: این الگو، هوش هیجانی را ترکیبی از توانایی‌های غیر شناختی و برخی ویژگی‌های شخصیتی معرفی می‌کند و الگوی بار- آن و

^۱Williams

^۲Eddington & Shuman

^۳Vian pin

محسن معروفی، محمد مهدی سهرابی فرد، حسین حسینی، شهلا کرایه
گلمن در این دسته قرار دارند. از دیدگاه سالووی و مایر (۱۹۹۰) و
مایر (۲۰۰۱) هوش هیجانی عبارت است از توانایی نظارت بر
احساسات و هیجان‌های خود و دیگری، تمایز میان آنها و استفاده
از این اطلاعات برای هدایت فکر و عمل. آنها هوش هیجانی را
شامل چهار مهارت (الف) درک و بیان هیجان، (ب) تسهیل هیجانی
تفکر، (ج) فهم و تحلیل هیجان‌ها و (د) تنظیم واکنشی هیجانی
می‌دانند. گلمن (۱۹۹۵؛ به نقل از پارسا، ۱۳۸۳) هوش هیجانی را
توانایی درک، توصیف، دریافت و کنترل هیجان‌ها می‌داند. گلمن
هوش هیجانی را شامل پنج مؤلفه (الف) شناخت هیجان‌ها، (ب)
مدیریت هیجان‌ها، (ج) برانگیختن و به هیجان آوردن خود، (د)
شناسایی هیجان‌های دیگران و (ه) تنظیم روابط خود با دیگران
معرفی کرده است. بر اساس الگوی بار- آن (بار- آن و پاکر،
۲۰۰۰)، هوش هیجانی مجموعه‌ای از توانایی‌ها، مهارت‌های و
ظرفیت‌های غیر شناختی است که توان فرد را در مقابله با
درخواست‌ها و فشارهای محیطی تحت تأثیر قرار می‌دهد. در این
الگو هوش هیجانی شامل مهارت‌های درون فردی، مهارت‌های
بین فردی، سازگاری، مدیریت استرس و خلق عمومی است. در
مورد اینکه می‌توان هوش هیجانی را افزایش داد یا خیر، نظرات
مختلفی وجود دارد. سالووی معتقد است که بسیاری از مهارت‌هایی
که قسمتی از هوش هیجانی هستند می‌توانند یاد گرفته شوند.
روان‌درمانی، مشاوره، مربی‌گری و آماده‌سازی، راه‌هایی هستند که
به وسیله آنها می‌توان هوش هیجانی را افزایش داد (برادبری و
گریوز، به نقل از ابراهیمی، ۱۳۸۷). بنابراین با توجه به اهمیت
هوش هیجانی روش مناسبی برای ارتقاء سطح آن باید به کار
گرفته شود. هیجان یک حالت عاطفی خاص درونی است که با
تعبیر و تفسیر موقعیت به شیوه‌ای خاص شروع شده و مجموعه‌ای
از تغییرات فیزیولوژیکی درونی را ایجاد می‌کند که در نهایت به
بازگشت مجدد تعادل بین ارگانیسم و محیط منجر می‌شوند
(اتکینسون و دیگران، ۲۰۰۳). اگر چه هیجان‌ها اساس زیست
شناختی دارند، اما افراد قادرند بر هیجان‌ها و ابراز آنها تسلط داشته
باشند. تنظیم هیجانی به اعمالی اطلاق می‌شود که به منظور تغییر
با تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود و شکل حاصل از
خودتنظیمی است (آلداو، نولن هاکسیما و شووایزر، ۲۰۱۰؛
گارفنسکی و دیگران، ۲۰۰۲). افراد برای تنظیم فرایندهای
مختلف هیجانی از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند که یکی از

متداول‌ترین آنها، تنظیم هیجان با استفاده از فرایندهای شناختی
(یا تنظیم شناختی هیجان) است. فرایندهای شناختی نقش بسیار
مهمی در تنظیم هیجانی ایفا می‌کنند که اطلاع از چگونگی این
تأثیر در درمان بسیاری از مشکلات روان‌شناختی مربوط به هیجان
مفید خواهد بود (مک لود و باکس^۱، ۲۰۰۱). تنظیم شناختی
هیجان به فرایندهای شناختی‌ای اطلاق می‌شود که اطلاعات
برانگیزاننده‌ی هیجانی را مدیریت می‌کنند (گارفنسکی و دیگران،
۲۰۰۷). به سخن دیگر، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به
نحوه‌ی تفکر افراد پس از بروز یک تجربه‌ی منفی یا رخداد آسیب-
زا گفته می‌شود. تنظیم شناختی هیجان در فرایندهای مختلف
بهنجار و نابهنجار نقشی اساسی داشته و در برابر محرک‌های منفی
و تجارب هیجانی ناخوشایند یکی از فرایندهای مهم در روند مقابله
است. در مجموع، تنظیم شناختی هیجان ما را قادر می‌سازد با
انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع متنوع محیطی پاسخ دهیم
(گارفنسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). راهبردهای شناختی تنظیم هیجان،
همانند دیگر ابعاد رفتاری و اجتماعی آن در واقع با هدف مدیریت
هیجان‌ها جهت افزایش سازگاری و تطابق به کار می‌روند و بخشی
از راهبردهای تطابقی هستند که با تجربه و درمان ناراحتی‌های
هیجانی و جسمانی مرتبطاند (بوچارد^۲ و دیگران، ۲۰۰۴). پژوهش-
های پیشین، ۹ راهبرد متفاوت تنظیم شناختی را به صورت
مفهومی شناسایی کرده‌اند که عبارتند از: سرزنش خود، پذیرش،
تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد
مثبت، نشخوار فکری، فاجعه‌انگاری، سرزنش دیگری و اتخاذ
دیدگاه (گارفنسکی، کرایچ و اسپینه‌هون، ۲۰۰۱؛ گارفنسکی و
دیگران، ۲۰۰۲). این راهبردها به دو دسته‌ی راهبردهای مثبت و
منفی تقسیم می‌شوند. راهبردهای مثبت عبارتند از: تمرکز مجدد
مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه-
گیری و راهبردهای منفی عبارتند از سرزنش خود، سرزنش
دیگری، نشخوار فکری، فاجعه‌انگاری و پذیرش (سامانی و صادقی،
۱۳۸۹). باتوجه به اهمیت اضطراب، شادکامی، هوش هیجانی،
تنظیم شناختی هیجان و نقش مهم آن در سلامت روان افراد و
ضررها و هزینه‌های ناشی از اختلال در آن برای خانواده و جامعه،
می‌بایست درمان مناسبی برای اصلاح آن ایجاد گردد. در سال‌های
اخیر، اختلال در فرایند و محتوای فراشناخت به عنوان پایه‌ی

¹ MacLeod & Bucks

² Bouchard

بسیاری از اختلال‌های روانشناختی مورد بررسی قرار گرفته است (ولز و متیوز، ۱۹۹۶). فراشناخت به عنوان هر نوع دانش یا فرایند شناختی است که در ارزیابی، نظارت یا کنترل شناخت مشارکت دارد. بنابراین باورهای فراشناختی (که افراد در مورد تفکر و فرایندها و تجربه‌های شناختی خود دارند) می‌توانند نیروی پنهان برانگیزنده سبک‌های زبان‌بار اندیشیدن بوده و به ناراحتی هیجانی درازمدت منجر شوند (ولز ۲۰۰۹، ترجمه‌ی محمدخانی، ۱۳۹۲). بر اساس نظریه‌ی فراشناختی اختلالات روانی، ناسازگاری در دانش، تجربه‌ها و راهبردها به الگوی تفکر ناکارآمد منجر شده و موجب بروز اختلال روانشناختی می‌شوند (ولز، ۲۰۰۰). درمان فراشناختی شامل حیطه‌های محتوایی گسترده‌ای است. به این معنی که هر اختلال در درون این حیطه‌ها، محتوای اختصاصی خود را دارد. به عنوان مثال، باورهای فراشناختی مثبت باورهایی را در بر می‌گیرند که به درگیری سودمند در فعالیت‌های شناختی خاص مانند نگرانی، نشخوار فکری و غیره مربوط می‌شوند. از سوی دیگر، باورهای فراشناختی منفی باورهای مربوط به کنترل‌ناپذیری، معنی، اهمیت و خطرناک بودن افکار و تجربه‌های شناختی هستند (ولز ۲۰۰۹، ترجمه‌ی محمدخانی، ۱۳۹۲). رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنها به الگوی خاصی از پاسخدهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شوند که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگو نشانگان شناختی توجهی خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی و یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌شود (ولز، ۲۰۰۰؛ ولز ۲۰۰۹، ترجمه‌ی محمدخانی، ۱۳۹۲). مطالعات زیادی آثار درمان فراشناختی را مورد بررسی قرار داده‌اند. نتیجه کلی که می‌توان از این مطالعات استنباط کرد، این است که به نظر می‌رسد درمان فراشناختی رویکرد درمانی اثربخشی است (هاشمی، علیلو و هاشمی نصرت آباد، ۱۳۹۰). برای مثال شماره، دولت‌شاهی و کاهانی (۱۳۹۳) پژوهشی به منظور بررسی اثربخشی درمان گروهی فراشناختی در بهبود افسردگی، باورهای فراشناختی و پاسخ‌های نشخواری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی انجام دادند. این پژوهش از نوع آزمایشی طرح پیش‌آزمون - پس آزمون با گروه گواه (هر گروه ۱۲ نفر) بود. بیماران گروه آزمایش به مدت ۸ هفته مورد درمان قرار گرفتند و بیماران گروه گواه درمانی

دریافت نکردند. نتایج نشان داد درمان تغییرات قابل توجهی در نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در علایم افسردگی، باورهای فراشناختی و پاسخ‌های نشخواری ایجاد کرد و موجب بهبودی در علایم همه‌ی بیماران شد. همچنین خدابخش، عباسی و شاهنگیان (۱۳۹۲)، مؤمنی، رضایی و گرجی (۱۳۹۲)، اسپادا، کاسلی، منفردی، رچی و روتو^۱ و همکاران (۲۰۱۲) به نتایج مشابه‌ای دست یافتند. همچنین اسپادا، جرجیو^۲ و ولز (۲۰۱۰) در مطالعه‌ی دیگری نیز دریافتند که ابعاد فراشناختی از جمله باورهای فراشناختی مثبت در زمینه‌ی نگرانی و اعتماد شناختی پایین با اضطراب اجتماعی ارتباط معناداری دارند. هادسون و الیس^۳ (۲۰۱۰) نشان دادند که نگرانی و اضطراب یکی از مؤلفه‌های اساسی اختلالات اضطرابی، مانند اختلال اضطراب فراگیر و هراس اجتماعی است که به‌ویژه با باورهای مثبت و منفی فراشناختی ارتباط دارد. ولز و همکاران (۲۰۰۹) در یک پژوهش به صورت تک موردی بر روی ۴ نفر (مبتلا به افسردگی) و با پیگیری ۳ تا ۶ ماهه به بررسی درمان فراشناختی پرداختند. درمان با بهبود قابل توجه علایم افسردگی و کاهش نشخوار فکری همراه بود و نتایج کسب شده در دوره‌ی پیگیری نیز ادامه داشت. همچنین بانهوفر و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهشی روی دو گروه آزمایش و گواه، اثربخشی درمان فراشناختی را در افراد افسرده بررسی کرده‌اند. گروه آزمایش طی ۱۱ جلسه درمان، بهبود قابل ملاحظه‌ای را گزارش کردند. همچنین ولز و همکاران (۲۰۰۸) از طریق طرح جامع درمان فراشناختی توانستند علایم گروهی از بیماران افسرده را طی ۱۱ جلسه از طریق فنون فراشناختی بهبود دهند. جلسات پیگیری این گروه حاکی از آن است که میزان عود علایم افسردگی در این بیماران طی مدت ۶ ماه کمتر از نتایج درمانی شناختی رفتاری سنتی بوده است. ولز، ولفورد^۴ و همکاران (۲۰۰۸) در یک کارآزمایی بالینی باز، بر روی بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از آسیب مزمن، ۱۲ بیمار را به طور متوسط در ۸/۵ جلسه درمان کردند. نتایج درمان در پیگیری ۳ و ۶ ماهه پس از درمان ادامه داشت و بیش از ۸۹٪ بیماران بهبودی نسبی یا کامل یافتند. ولز و فیشر^۵ (۲۰۰۸) در مطالعه‌ی مدل رفتاری - فراشناختی

1- Spada, Caselli, Manfredi, Rebecchi & Rovetto

2- Georgiou

3- Ellis & Hudson

4- Welford

5- Fisher

محسن معروفی، محمد مهدی سهرابی فرد، حسین حسینی، شهلا کرایبی
را با استفاده از طرح A-B تک موردی (n=4) بر روی افراد مبتلا
به اختلال وسواس فکری- عملی انجام دادند. نتایج نشان داد تمام
بیماران در پس آزمون، بهبودی معناداری را در علایم وسواس
فکری- عملی نشان دادند که این نتایج در ۳ و ۶ ماه از دوره‌ی
پیگیری ثابت ماندند. ریس و وان کوئسفلد^۱ (۲۰۰۸) یک کارآزمایی
بالینی در مورد درمان فراشناختی گروهی برای بیماران مبتلا به
اختلال وسواسی- اجباری انجام دادند. در پایان درمان، بهبودی
معناداری در مقیاس‌های علایم اختلال وسواسی- اجباری مشاهده
شد. نتایج حاصل شده تا زمان پیگیری سه ماهه‌ی پس از درمان
ادامه داشت. کولبر^۲ و ولز (۲۰۰۸) در یک مطالعه‌ی تصادفی کنترل
شده، اثربخشی درمان فراشناختی را در اختلال استرس پس از
آسیب مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان دادند که ۸۰٪ بیماران در
وضعیت درمان فراشناختی، به طور کامل درمان شدند و ۱۰٪ نیز
بهبودی قابل توجهی یافتند، در حالی که در وضعیت فهرست انتظار،
تنها ۱۰٪ بیماران بهبودی نسبی یافتند و هیچ‌کس بهبودی کامل
پیدا نکرد. نوپا بودن این مدل درمانی، ناکافی بودن مطالعات انجام
شده را توجیه می‌کند، اما مطالعات متعددی در دست اجراست و با
توجه به اینکه داده‌هایی که از درمان فراشناختی حمایت می‌کنند
نسبت به داده‌هایی که از مدل نظری فراشناختی حمایت می‌کنند
کمتر هستند (ولز ۲۰۰۹، ترجمه‌ی محمدخانی، ۱۳۹۲)؛ در پژوهش
حاضر سعی شده تا کارآمدی درمان فراشناختی ولز، در قالب یک
طرح آزمایشی مورد آزمون قرار گیرد. بدیهی است یافته‌های به
دست آمده از چنین مطالعاتی می‌تواند در دو حیطة‌ی پیشگیری و
درمان، راهبردهای نوینی را در اختیار پژوهشگران، روانشناسان
بالینی و دیگر علاقه‌مندان به این حوزه قرار دهد. لذا پژوهش
حاضر به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی، بر کاهش اضطراب،
افزایش شادکامی، ارتقاء سطح هوش هیجانی و اصلاح راهبردهای
تنظیم شناختی هیجان پرداخته است.

روش شناسی

این پژوهش در دسته‌ی پژوهش‌های تجربی قرار می‌گیرد و طرح
تحقیق آن به صورت دو گروهی (گروه آزمایش و گروه گواه) و
شامل سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری (۴۰ روزه)
است. متغیر مستقل، فراشناخت درمانی ولز بود که فقط بر گروه

آزمایش اعمال گردید و تأثیر آن بر نمرات اضطراب، شادکامی،
هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان (که متغیرهای
وابسته‌ی پژوهش بودند) در پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش
نسبت به گروه گواه مورد مقایسه قرار گرفت. در مورد گروه گواه
هیچ نوع داخله‌ای صورت نگرفت. سیمای کلی طرح پژوهش در
جدول (۱) آمده است.

جامعه‌ی آماری روش نمونه‌گیری و حجم نمونه: جامعه‌ی

آماری در این پژوهش شامل تمامی دانش‌آموزان پسر دوره‌ی دوم
مقطع متوسطه شهرستان خمینی‌شهر بوده است. نمونه شامل ۳۰
دانش‌آموز پسر بود که به روش خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب
شدند؛ به این صورت که از تمامی مدارس پسرانه‌ی دوره‌ی دوم
مقطع متوسطه شهرستان خمینی‌شهر به صورت تصادفی یک
مدرسه و در مرحله‌ی بعد مجدداً به صورت تصادفی یک پایه از این
مدرسه، سپس از بین دانش‌آموزان این پایه یک کلاس به صورت
تصادفی انتخاب شد که شامل ۳۰ دانش‌آموز بود و در نهایت به-
صورت تصادفی این ۳۰ دانش‌آموز در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و
کنترل توزیع شدند. شایان ذکر است که ریزش در دو گروه وجود
نداشت.

ابزار: پرسشنامه‌ی اضطراب بک این پرسشنامه که در سال
۱۹۸۸ به وسیله‌ی بک و همکاران ساخته شده، پرسشنامه‌ی
خودسنجی ۲۱ پرسشی است که شدت کلی اضطراب را می‌سنجد.
آزمودنی شدت هریک از علائم را با استفاده از مقیاس چهار درجه-
ای (از اصلاً تا شدید، نمی‌توانم آن را تحمل کنم) درجه‌بندی می-
کند. نمره‌گذاری با جمع نمره‌های ۲۱ پرسش انجام می‌شود که
بالاترین نمره‌ای که در آن به دست می‌آید ۶۳ است. بک و
همکاران در سال ۱۹۸۸ همسانی درونی مقیاس را برابر ۰/۹۲ و
اعتبار بازآزمایی یک هفته‌ای آن را برابر با ۰/۷۵ و همبستگی ماده-
های آن را از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده‌اند (بک، اپشتاین، براون
و استیر، ۱۹۹۸). صلواتی روایی محتوای همزمان، تشخیصی و
عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را
در اندازه‌گیری شدت اضطراب مورد تأیید قرار داده است (صلواتی،
۱۳۸۳). ضریب اعتبار این پرسشنامه در ایران با روش بازآزمایی و
به فاصله‌ی دو هفته ۰/۸۰ گزارش شده است (غزایی، ۱۳۷۲). در
این پژوهش مجدداً همسانی درونی برای این پرسشنامه محاسبه
شد ($\alpha=0/823$).

^۱ Rees & Van Koesreld

^۲ Colbear

الف) پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد (OHQ) این پرسشنامه در سال ۱۹۹۰ توسط آراگیل با معکوس کردن مواد مقیاس افسردگی بک ساخته شده است که هم‌اکنون ۲۹ ماده دارد و در طیف لیکرت (اصلاً: صفر و همیشه: یک) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین حداقل نمره‌ی هر آزمودنی صفر و حداکثر نمره‌ی آن ۸۷ است. روایی این مقیاس در مطالعات مختلف از جمله مطالعه‌ی آراگیل و لو و نیز پژوهش علی‌پور و نوربالا تأیید شده است. برای تعیین پایایی این آزمون آراگیل و لو ضریب آلفای ۰/۹۰ را با ۲۴۷ آزمودنی، فارنهام و برونیک (۱۹۹۰) ضریب آلفای ۰/۸۷ را با ۱۰۱ آزمودنی و نوربالا با ۱۸۰ آزمودنی، آلفای کرونباخ ۰/۸۴ را به‌دست آورده است. فرانسیس (۱۹۹۸) آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ و در یک بررسی میان فرهنگی در چهار کشور مختلف، ضرایب ۰/۸۹، ۰/۹۰، ۰/۸۹ و ۰/۸۹ را به‌دست آورد. همچنین پرسشنامه‌ی شادکامی آکسفورد در ایران توسط علی‌پور و نوربالا در سال ۱۳۸۷ به فارسی ترجمه شد و این دو محقق با ۱۰۱ آزمودنی، آلفای کرونباخ ۰/۹۳ را به‌دست آوردند (علی‌پور و نوربالا، ۱۳۷۸). در این پژوهش مجدداً همسانی درونی برای این پرسشنامه محاسبه شد ($\alpha=0/904$).

ب) پرسشنامه‌ی هوش هیجانی بار-ان: پرسشنامه ۱۱۷ سؤالی هوش هیجانی بار-ان (۱۹۹۷) در ایران پس از هنجاریابی و انجام برخی تغییرات در متن اصلی، پرسشنامه از ۱۱۷ سؤال به ۹۰ سؤال تقلیل یافت. این آزمون با سیستم لیکرتی در پنج آیتیم «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «تا حدودی»، «مخالقم» و «کاملاً مخالفم» تنظیم شده است. سؤالات در این پرسشنامه دو دسته‌اند: سؤالات با محتوای مثبت و سؤالات با محتوای منفی. سؤالات با مضمون مثبت به ترتیب از گزینه‌ی کاملاً موافقم به کاملاً مخالفم از ۵ تا ۱ امتیاز دریافت می‌کند؛ برای سؤالات منفی روند به صورت عکس می‌باشد. میانگین این آزمون ۱۰۰ و انحراف استاندارد آن ۱۵ می‌باشد (نقل از یآوری کرمانی و همکاران، ۱۳۸۹). مطابق با نتایج متون علمی ضریب اعتبار برای آزمون‌های دارای هدف پژوهشی ۰/۷ و بالاتر و برای آزمون‌های با هدف بالینی ۰/۹ است (نقل از صدری و همکاران، ۱۳۸۷). در یک مطالعه دهشیری (۱۳۸۲) میزان پایایی با روش همسانی درونی این آزمون را محاسبه و میانگین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ را به دست آورد. این آزمون برای سنین نوجوانی و جوانی قابلیت کاربرد دارد (نقل از

یآوری کرمانی و همکاران، ۱۳۸۹). در این پژوهش مجدداً همسانی درونی برای این پرسشنامه محاسبه شد ($\alpha=0/942$).

ج) پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (CERQ) پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان یکی از معتبرترین ابزارهای ارزیابی راهبردهای گوناگون شناختی است که توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) ساخته شده است. این پرسشنامه به‌ویژه برای بررسی فرایندهای شناختی که افراد بعد از تجربه کردن حوادث منفی زندگی تمایل دارند به‌کار گیرند، ساخته شده است. پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان یک پرسشنامه‌ی ۳۶ مؤلفه‌ای خودسنجی، با شکل ۵ امتیازی بر مبنای مقیاس لیکرت می‌باشد. گارنفسکی و همکارانش (۲۰۰۲)، نه خرده مقیاس را در این پرسشنامه معرفی کردند. این راهبردها به دو دسته‌ی راهبردهای سازگارانه یا مثبت و راهبردهای کمتر سازگارانه یا منفی گروه‌بندی می‌شوند. دامنه‌ی نمره در راهبردهای مثبت (سؤال‌های ۱ تا ۱۶) بین ۱-۸۰ و در راهبردهای منفی (سؤال‌های ۱۷ تا ۳۶) بین ۱-۱۰۰ قرار می‌گیرد. راهبردهای سازگارانه عبارتند از: تمرکز مجدد مثبت، تمرکز بر طرح و نقشه، ارزیابی مجدد مثبت، تحت نظر قرار دادن؛ درحالی‌که راهبردهای کمتر سازگارانه عبارتند از: سرزنش خود، سرزنش دیگران، پذیرش، نشخوار فکری و فاجعه‌آمیز کردن (جرمن و لیندن، ۲۰۰۶). مطالعات زیادی بر روی این پرسشنامه انجام شده است که نتایج همه‌ی آنها دلالت بر روایی و اعتبار مناسب این پرسشنامه دارد. تحقیقات روی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نشان داده که تمامی زیر مقیاس‌های این آزمون از همسانی درونی خوبی برخوردارند (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱). گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) اعتبار همگرا و واگرایی آن را از طریق بررسی همستگی آن، با پرسشنامه‌های افسردگی و اضطراب (دروگاتیس، ۱۹۹۷) تأیید کرده‌اند. ضرایب آلفای کرونباخ نیز برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۷۳ تا ۰/۸۱ گزارش شده است. پیوسته‌گر و حیدری (۱۳۸۷) ضریب آلفای کرونباخ آن را برای نوجوانان غیرمراجعه‌کننده به مراکز روانپزشکی، بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۹ و برای بیماران مراجعه‌کننده به مراکز روانپزشکی، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. در این پژوهش مجدداً همسانی درونی برای این پرسشنامه محاسبه شد ($\alpha=0/960$).

روش گردآوری داده‌ها: جلسه‌ی اول: معارفه‌ی درمانگر و درمانجو/ اجرای پیش‌آزمون‌ها آماده‌سازی و معرفی درمان

فراشناختی تعریف و معرفی اضطراب، شادکامی، هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ارائه‌ی منطق درمان فراشناختی تکلیف: تا جلسه‌ی بعد با پر کردن کاربرگ روزنگار تنظیم شناختی هیجان، بررسی کنند در برخورد با رویدادهای استرس‌زا از چه راهبردهای شناختی‌ای برای تنظیم هیجانات خود استفاده می‌کنند.

جلسه‌ی دوم: مرور تکالیف جلسه‌ی قبل شناسایی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ناسازگارانه و تحلیل مزایا و معایب استفاده از آنها آشنایی با سندرم شناختی- توجهی و چگونگی تأثیر آن در تداوم اختلالات روانی بررسی مقیاس سندرم شناختی- توجهی معرفی و تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT) و تکمیل برگه‌ی خلاصه‌ی تکنیک آموزش توجه تکلیف: تمرین تکنیک آموزش توجه (دوبار در روز) و ثبت روزانه آن

جلسه‌ی سوم: مرور تکالیف جلسه‌ی قبل شناسایی و چالش با باورهای منفی مربوط به نگرانی و کنترل‌ناپذیری و تحلیل مزایا و معایب آنها اجرای آزمایش از دست دادن کنترل در جلسه‌ی درمان معرفی و تمرین ذهن‌آگاهی گسلیده (DM) تکلیف: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، به‌کارگیری ذهن‌آگاهی گسلیده (DM)

جلسه‌ی چهارم: مرور تکالیف جلسه‌ی قبل شناسایی و چالش با باورهای مثبت مربوط به نگرانی و کنترل‌ناپذیری و تحلیل مزایا و معایب آنها

اجرای آزمایش سرکوب فکر تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT) (افزایش سطح دشواری) تکلیف: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، به‌کارگیری ذهن‌آگاهی گسلیده (DM)

جلسه‌ی پنجم: مرور تکالیف جلسه‌ی قبل شناسایی و چالش با باورهای مثبت و منفی مربوط به نشخوار فکری و تحلیل مزایا و معایب آنها شناسایی برانگیزاننده‌ها و به‌کارگیری ذهن‌آگاهی گسلیده (DM) تکلیف: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT) و تکنیک ذهن‌آگاهی گسلیده (DM)

جلسه‌ی ششم: مرور تکالیف جلسه‌ی قبل معرفی به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری (مقابل با نگرانی و نشخوار فکری فعال با اجرای به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری در جلسه‌ی درمان) تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT) آموزش تکنیک تمرکز مجدد توجه بر موقعیت (SAR) تکلیف: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT) و تکنیک ذهن‌آگاهی گسلیده

(DM) و همچنین تمرین تکنیک تمرکز مجدد توجه بر موقعیت (SAR) و به تعویق انداختن نگرانی و نشخوار فکری در مورد تمام برانگیزاننده‌ها

جلسه‌ی هفتم: مرور تکالیف جلسه‌ی قبلی و بررسی مقیاس سندرم شناختی- توجهی ارائه‌ی خلاصه‌ای از تکنیک‌های ارائه شده در تمام جلسات درمانی پاسخ به سؤالات و مشکلات در به کارگیری این تکنیک‌ها تشکر و قدردانی و گرفتن بازخورد از کل جلسات اجرای پس‌آزمون‌ها

تحلیل داده ها: از آزمون شاپیرو ویلک به منظور بررسی نرمال بودن نمرات داده‌ها، آزمون لوین به منظور بررسی برابری واریانس‌های دو گروه دانش‌آموزان در متغیرهای اضطراب، شادکامی، هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی، آزمون باکس به منظور برابری کواریانس‌ها در دو گروه، آزمون ماچلی به منظور برابری کواریانس‌ها متغیرهای وابسته در سه مرحله اندازه‌گیری در کل، تحلیل واریانس اندازه-های تکراری اضطراب، شادکامی، هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی بر حسب گروه استفاده شد.

نتایج

فرضیه پژوهش: فراشناخت درمانی ولز بر کاهش اضطراب، افزایش شادکامی، ارتقاء سطح هوش هیجانی و اصلاح راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان پسر دوره‌ی دوم مقطع متوسطه شهرستان خمینی‌شهر مؤثر است. جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد اضطراب، شادکامی، هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی دانش‌آموزان را بر حسب گروه نشان می‌دهد. با توجه به مندرجات جدول (۷) فراشناخت درمانی ولز بر کاهش اضطراب، افزایش شادکامی، ارتقاء سطح هوش هیجانی و اصلاح راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان مؤثر بوده است و تعامل عامل زمان و عضویت گروهی از نظر آماری معنادار بدست آمد. یعنی روند تغییرات نمرات اضطراب، شادکامی، هوش هیجانی و راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری در بین گروه‌ها تفاوت معناداری داشته است ($p=0/000$) و با توجه به جدول (۷) معناداری گروه به تنهایی نیز معنادار بوده است بدین معنا که عضویت فرد در گروه به تنهایی اثربخش بوده و همچنین اثر گروه با قرار گرفتن در کنار عامل فراشناخت درمانی ولز و زمان موجب

شادکامی، هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری براساس این ابزار به ترتیب ۰/۸، ۰/۸، ۰/۸ و ۰/۹ را نشان می‌دهد و این بدان معناست که ۹۰٪ تغییرات در اضطراب، ۸۰٪ تغییرات در شادکامی، ۸۰٪ تغییراتی در هوش هیجانی و ۹۰٪ تغییرات در راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان مربوط به فراشناخت درمانی ولز بوده است.

معناداری شده است. این یافته به معنای این است که بین گروه آزمایش و کنترل تغییر معناداری در میانگین نمره‌ی اضطراب، شادکامی، هوش هیجانی و راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان شرکت‌کنندگان از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به وجود آمده است. توان آماری معادل ۱/۰۰ نشان‌دهنده حجم نمونه مناسب برای یک چنین نتیجه‌گیری است و میزان اثر عضویت گروهی بر تغییرات نمرات اضطراب،

جدول شماره ۱. نگاره پژوهش

گروه‌ها	گمارش تصادفی	پیش‌آزمون	اعمال متغیر مستقل	پس‌آزمون	پیگیری
آزمایش	RE	T1	#	T2	T3
گواه	RC	T2	-----	T2	T3

جدول شماره ۲. میانگین و انحراف استاندارد اضطراب، شادکامی، هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی دانش‌آموزان بر اساس گروه

متغیر	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
اضطراب پیش‌آزمون	گروه آزمایش	۶۱/۶۰	۲/۶۶	۱۵
	گروه کنترل	۴۲/۰۷	۱/۹۰	۱۵
اضطراب پس‌آزمون	گروه آزمایش	۱۵/۳۳	۲/۰۹	۱۵
	گروه کنترل	۴۲/۲۷	۲/۶۰	۱۵
اضطراب پیگیری	گروه آزمایش	۷/۸۰	۲/۲۱	۱۵
	گروه کنترل	۴۲/۸۷	۲/۶۱	۱۵
شادکامی پیش‌آزمون	گروه آزمایش	۳۳/۸۷	۱/۴۵	۱۵
	گروه کنترل	۳۳/۳۳	۱/۳۹	۱۵
شادکامی پس‌آزمون	گروه آزمایش	۴۴/۴۷	۲/۸۲	۱۵
	گروه کنترل	۳۴/۰۰	۱/۷۷	۱۵
شادکامی پیگیری	گروه آزمایش	۴۷/۹۳	۲/۴۰	۱۵
	گروه کنترل	۳۳/۰۷	۱/۴۳	۱۵
هوش هیجانی پیش‌آزمون	گروه آزمایش	۳۰۵/۰۰	۱/۹۲	۱۵
	گروه کنترل	۳۰۳/۲۷	۱/۸۷	۱۵
هوش هیجانی پس‌آزمون	گروه آزمایش	۳۱۹/۰۰	۱/۴۶	۱۵
	گروه کنترل	۳۰۳/۶۷	۱/۳۴	۱۵
هوش هیجانی پیگیری	گروه آزمایش	۳۲۵/۶۷	۱/۹۸	۱۵
	گروه کنترل	۳۰۲/۹۳	۱/۸۳	۱۵
راهبرد مثبت تنظیم شناختی هیجان پیش‌آزمون	آزمایش	۴۵/۰۰	۱/۵۵	۱۵
	کنترل	۴۵/۴۷	۲/۲۹	۱۵
راهبرد مثبت تنظیم شناختی هیجان پس‌آزمون	آزمایش	۶۴/۴۷	۲/۵۰	۱۵
	کنترل	۴۵/۴۰	۳/۲۹	۱۵

۱۵	۲/۶۸	۷۲/۰۷	آزمایش	راهبرد مثبت تنظیم شناختی
۱۵	۳/۳۴	۴۶/۲۰	کنترل	هیجان پیگیری
۱۵	۲/۶۱	۷۰/۴۷	آزمایش	راهبرد منفی تنظیم شناختی
۱۵	۱/۶۳	۶۷/۳۳	کنترل	هیجان پیش‌آزمون
۱۵	۲/۷۸	۶۳/۸۰	آزمایش	راهبرد منفی تنظیم شناختی
۱۵	۲/۳۰	۶۸/۲۰	کنترل	هیجان پس‌آزمون
۱۵	۲/۷۴	۶۱/۶۰	آزمایش	راهبرد منفی تنظیم شناختی
۱۵	۱/۸۰	۶۸/۴۰	کنترل	هیجان پیگیری

نتایج جدول (۲) نشان می‌دهد که نمرات اضطراب، شادکامی، هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییر کرده است.

جدول شماره ۳. نتایج آزمون شاپیرو ویلک به منظور بررسی نرمال بودن نمرات داده‌ها

معناداری	Df	آماره	آزمون شاپیرو ویلک		
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۲۶	آزمایش	پیش‌آزمون	اضطراب
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۷۹	کنترل		
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۷۰	آزمایش	پس‌آزمون	
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۵۳	کنترل		
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۷۵	آزمایش	پیگیری	
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۶۳	کنترل		
۰/۱۴۷	۱۵	۰/۱۹۱	آزمایش	پیش‌آزمون	شادکامی
۰/۰۶۱	۱۵	۰/۲۱۷	کنترل		
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۴۲	آزمایش	پس‌آزمون	
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۵۳	کنترل		
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۳۸	آزمایش	پیگیری	
۰/۰۷۸	۱۵	۰/۲۰۹	کنترل		
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۶۷	آزمایش	پیش‌آزمون	هوش هیجانی
۰/۱۷۳	۱۵	۰/۱۸۶	کنترل		
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۵۳	آزمایش	پس‌آزمون	
۰/۱۱۸	۱۵	۰/۱۹۸	کنترل		
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۶۷	آزمایش	پیگیری	
۰/۱۶۹	۱۵	۰/۱۸۷	کنترل		
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۶۷	آزمایش	پیش‌آزمون	راهبرد مثبت تنظیم شناختی هیجان
۰/۱۴۲	۱۵	۰/۱۹۲	کنترل		
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۱۸	آزمایش	پس‌آزمون	
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۵۳	کنترل		
۰/۰۶۸	۱۵	۰/۲۱۲	آزمایش	پیگیری	
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۳۲	کنترل		
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۵۳	آزمایش	پیش‌آزمون	راهبرد منفی تنظیم
۰/۲۰۰	۱۵	۰/۱۴۲	کنترل		

سنجشی هیجان	پس آزمون	آزمایش	کنترل	df ₁	df ₂	معناداری
		۰/۱۴۱	۰/۱۵۱	۱۵	۱۵	۰/۲۰۰
		۰/۱۷۲	۰/۲۱۲	۱۵	۱۵	۰/۲۰۰
				۱۵	۱۵	۰/۰۶۷

جدول (۳) نشان می‌دهد که داده‌های اضطراب، شادکامی، هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی در هر سه گروه نرمال است و این پیش‌فرض استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری رعایت شده است.

جدول شماره ۴. نتیجه آزمون لوین به منظور بررسی برابری واریانس‌های دو گروه دانش‌آموزان در متغیرهای

اضطراب، شادکامی، هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی

منبع تغییرات	F	df ₁	df ₂	معناداری
اضطراب پیش‌آزمون	۱/۷۶۹	۱	۲۸	۰/۱۹۴
اضطراب پس‌آزمون	۱/۷۳۴	۱	۲۸	۰/۱۹۹
اضطراب پیگیری	۰/۴۹۳	۱	۲۸	۰/۴۸۸
شادکامی پیش‌آزمون	۰/۱۲۱	۱	۲۸	۰/۷۳۱
شادکامی پس‌آزمون	۳/۹۷۷	۱	۲۸	۰/۰۵۶
شادکامی پیگیری	۳/۹۳۹	۱	۲۸	۰/۰۵۷
هوش هیجانی پیش‌آزمون	۰/۰۹۰	۱	۲۸	۰/۷۶۶
هوش هیجانی پس‌آزمون	۰/۲۲۴	۱	۲۸	۰/۶۴۰
هوش هیجانی پیگیری	۰/۰۲۹	۱	۲۸	۰/۸۶۷
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان پیش‌آزمون	۲/۴۳۳	۱	۲۸	۰/۱۳۰
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان پس‌آزمون	۱/۸۴۹	۱	۲۸	۰/۱۸۵
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان پیگیری	۱/۴۵۱	۱	۲۸	۰/۲۳۸
راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان پیش‌آزمون	۱/۹۰۷	۱	۲۸	۰/۱۷۸
راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان پس‌آزمون	۱/۱۷۴	۱	۲۸	۰/۲۸۸
راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان پیگیری	۲/۴۰۵	۱	۲۸	۰/۱۳۲

همان‌گونه که در جدول (۴) مشاهده می‌شود واریانس اضطراب، شادکامی، هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت و منفی با هم برابر است و این پیش‌فرض استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری رعایت شده است.

جدول شماره ۵. نتیجه آزمون باکس به منظور برابری کواریانس‌ها در دو گروه

منبع تغییرات	آزمون باکس	F	df ₁	df ₂	معناداری
اضطراب	۱۲/۳۷۹	۱/۸۲۱	۶	۵۶۸۰/۳۰۰	۰/۰۹۱
شادکامی	۵/۴۷۴	۰/۸۰۵	۶	۵۶۸۰/۳۰۰	۰/۵۶۵
هوش هیجانی	۸/۱۳۱	۱/۱۹۶	۶	۵۶۸۰/۳۰۰	۰/۳۰۵
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	۹/۵۰۹	۱/۳۹۹	۶	۵۶۸۰/۳۰۰	۰/۲۱۱
راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	۸/۹۲۸	۱/۳۱۴	۶	۵۶۸۰/۳۰۰	۰/۲۴۷

همان‌گونه که در جدول (۵) مشاهده می‌شود کواریانس اضطراب، شادکامی، هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

مثبت و منفی دو گروه در سه بار اندازه‌گیری غیرمعتادار است و این

پیش‌فرض استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری

جدول شماره ۶. نتایج آزمون ماچلی به منظور برابری کواریانس‌ها متغیرهای وابسته در سه مرحله اندازه‌گیری در کل

منبع تغییرات	F	df ₁	df ₂	معناداری
اضطراب	۰/۹۶۸	۰/۸۶۷	۲	۰/۶۴۸
شادکامی	۰/۸۷۲	۳/۶۹۱	۲	۰/۱۵۸
هوش هیجانی	۰/۸۵۰	۴/۳۹۵	۲	۰/۱۱۱
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	۰/۹۶۱	۱/۰۸۴	۲	۰/۵۸۱
راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	۰/۹۲۹	۱/۹۸۸	۲	۰/۳۷۰

نتایج آزمون ماچلی در جدول (۶) نشان می‌دهد که کواریانس‌های متغیرهای وابسته در سه مرحله در کل با هم برابر است و این رعایت شده است. پیش‌فرض استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری رعایت شده است.

جدول شماره ۷. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری اضطراب، شادکامی، هوش هیجانی و راهبردهای تنظیم

شناختی هیجان مثبت و منفی بر حسب گروه

منبع تغییرات	متغیرها	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
اضطراب	درون آزمودنی	عامل ۱ (زمان)	۲	۲۲۷۰/۶۷۸	۶۹۱/۷۴۴	۰/۰۰۰	۰/۹۶۱	۱/۰۰۰
	خطا	عامل ۱*گروه	۲	۲۴۵۴/۷۴۴	۷۴۷/۸۱۹	۰/۰۰۰	۰/۹۶۴	۱/۰۰۰
		خطا	۵۶	۱۸۳/۸۲۲	۳/۲۸۳			
شادکامی	بین آزمودنی	گروه	۱	۹۷۵۵/۲۱۱	۹۵۱/۳۶۰	۰/۰۰۰	۰/۹۷۱	۱/۰۰۰
	درون آزمودنی	عامل ۱ (زمان)	۲	۴۰۴/۷۴۴	۱۹۴/۵۷۴	۰/۰۰۰	۰/۸۷۴	۱/۰۰۰
		عامل ۱*گروه	۲	۸۰۸/۶۸۹	۴۰۴/۳۴۴	۱۹۴/۳۸۲	۰/۰۰۰	۰/۸۷۴
هوش هیجانی	خطا	خطا	۵۶	۱۱۶/۴۸۹	۲/۰۸۰			
		بین آزمودنی	گروه	۱	۱۶۷۲/۷۱۱	۱۶۷۲/۷۱۱	۰/۰۰۰	۰/۸۹۰
	درون آزمودنی	عامل ۱ (زمان)	۲	۸۲۰/۰۱۱	۴۱۹/۳۲۴	۰/۰۰۰	۸۳۸/۶۴۸	۱/۰۰۰
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	درون آزمودنی	عامل ۱*گروه	۲	۱۷۰/۱۸۰۰	۸۵۰/۹۰۰	۰/۰۰۰	۸۷۰/۲۳۹	۱/۰۰۰
		خطا	۵۶	۱۰۹/۵۱۱	۱/۹۵۶			
	بین آزمودنی	گروه	۱	۳۹۶۰/۱۰۰	۳۹۶۰/۱۰۰	۰/۰۰۰	۰/۹۶۴	۱/۰۰۰
راهبرد منفی	درون آزمودنی	عامل ۱ (زمان)	۲	۱۵۲۴/۷۰۰	۴۶۶/۹۷۲	۰/۰۰۰	۰/۹۴۳	۱/۰۰۰
		عامل ۱*گروه	۲	۲۸۰۳/۰۸۹	۱۴۰۱/۵۴۴	۰/۰۰۰	۰/۹۳۹	۱/۰۰۰
	بین آزمودنی	گروه	۱	۴۹۴۳/۲۱۱	۳۲۸/۳۳۱	۰/۰۰۰	۰/۹۲۱	۱/۰۰۰
خطا	خطا	۵۶	۱۸۲/۸۴۴	۳/۲۶۵				
	درون آزمودنی	عامل ۱ (زمان)	۲	۱۲۳/۱۰۰	۹۲/۱۰۶	۰/۰۰۰	۰/۷۶۷	۱/۰۰۰
درون آزمودنی	عامل ۱*گروه	۲	۴۰۲/۹۵۶	۲۰۱/۴۷۸	۰/۰۰۰	۰/۸۴۳	۱/۰۰۰	

تنظیم شناختی هیجان	خطا	۷۴/۸۴۴	۵۶	۱/۳۳۷
بین آزمودنی	گروه	۱۶۲/۶۷۸	۱	۱۶۲/۶۷۸
				۰/۹۰۸
				۰/۲۹۳
				۰/۰۰۲
				۱۱/۶۱۳

بحث

نتایج آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری تکراری در این پژوهش نشان داد که فراشناخت درمانی ولز بر کاهش اضطراب، افزایش شادکامی، ارتقاء سطح هوش هیجانی و اصلاح راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانش آموزان مؤثر بوده است. این نتایج با پژوهش‌های شاره، دولتشاهی و کاهانی (۱۳۹۳)، خدابخش، عباسی و شاهنگیان (۱۳۹۲)، مؤمنی، رضایی و گرجی (۱۳۹۲)، اسپادا، کاسلی، منفردی، ربیجی و رووتو و همکاران (۲۰۱۲)، اسپادا، جرجیو و ولز (۲۰۱۰)، هادسون و الیس (۲۰۱۰)، ولز، ولفورد و همکاران (۲۰۰۸)، ولز و فیشر (۲۰۰۸) و ریس و وان کوئسفلد (۲۰۰۸) همسو بوده است. در تبیین کاهش اضطراب بر اثر فراشناخت درمانی ولز، میتوان گفت که نگرانی خصیصه‌ی اصلی اضطراب میباشد و از طرف دیگر، مدل فراشناختی اختلال روان شناختی، نگرانی را مؤلفه‌ی اصلی سندرم شناختی-توجهی (CAS) در نظر می‌گیرد که تصور می‌شود در همه‌ی انواع آسیب شناسی روانی دخیل است. در ضمن بر طبق مدل فراشناختی، نگرانی شامل دو دسته باورهای فراشناختی مثبت و باورهای فراشناختی منفی می‌باشد. معمولاً نگرانی به عنوان نوعی راهبرد مقابله‌ای در پاسخ به یک فکر منفی مزاحم فعال می‌شود. استفاده از نگرانی به عنوان راهبرد مقابله‌ای، به باورهای فراشناختی مثبت درباره‌ی نگرانی که اکثر افراد تا حدودی دارند، مربوط می‌شود. از طرفی دیگر هنگامی که باورهای فراشناختی منفی درباره‌ی نگرانی فعال می‌شوند، فرد به ارزیابی منفی نگرانی می‌پردازد؛ یعنی دچار نگرانی درباره‌ی نگرانی (فرانگرانی) می‌شود و همین امر موجب افزایش اضطراب و احساس ناتوانی در مقابله می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد دانش آموزان مهارت‌ها و تکنیک‌های ارائه شده در جلسات درمانی را آموخته و در زندگی روزمره‌ی خود به کار گرفتند که همین امر موجبات تغییر سندرم شناختی-توجهی، تغییر باورهای فراشناختی و ایجاد شیوه‌های جایگزین تجربه کردن و مقابله با رویدادهای درونی و در نهایت کاهش اضطراب دانش آموزان را مهیا ساخت. بنابراین با توجه به هدف این پژوهش، فراشناخت درمانی ولز بر افزایش شادکامی و کاهش اضطراب دانش آموزان مؤثر بوده است. در تبیین افزایش

شادکامی بر اثر فراشناخت درمانی ولز می‌توان گفت که طبق بسیاری از نظریه‌های هیجان، شادکامی یکی از شش هیجان بزرگ است. بر همین اساس، داینر، شادکامی را نوعی ارزشیابی فرد از خود و زندگی اش می‌داند و مواردی از قبیل خشنودی از زندگی، هیجان و خلق مثبت، فقدان افسردگی و اضطراب را شامل می‌شود. پس شاد نبودن، باعث تأثیر فزاینده‌ی محرک‌های استرس‌زا در روان فرد می‌شود (مایر و داینر، ۱۹۹۵). همچنین زندگی با استرس زیاد و مشغله‌های فکری فراوان می‌تواند روی خلق‌وخوی افراد تأثیر بگذارد و آنها را به سمت غمگینی و ناشاد بودن نزدیک کند. از طرفی با توجه به مدل A-M-C در درمان فراشناختی که هیجان و اختلال در آن را فرمول بندی می‌کند (عامل پیشایند (A) یک رویداد شناختی درونی است نه یک موقعیت خاص. همچنین مؤلفه‌ی M به معنای باورهای فراشناختی و سندرم شناختی-توجهی است و بسیاری از ارزیابی‌های منفی عمومی یا باورهای معمولی B تحت تأثیر و کنترل فرایندهای فراشناختی هستند)، پس می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی با تأثیر گذاشتن بر M یعنی چالش با باورهای فراشناختی و حذف سندرم شناختی-توجهی، باعث تغییر باورهای فراشناختی و ایجاد شیوه‌های جایگزین تجربه کردن و مقابله با رویدادهای درونی و در نهایت افزایش شادکامی دانش آموزان گردید. در تبیین ارتقاء سطح هوش هیجانی بر اثر فراشناخت درمانی ولز میتوان گفت از آنجا که بر طبق نظر سالوی و مایر (۱۹۹۰)، هوش هیجانی، به عنوان یک توانایی ناظر بر ظرفیت ادراک، ابراز، شناخت، کاربرد و کنترل هیجان‌ها در خود و دیگران است، بنابراین بر اساس تحقیقات انجام گرفته در زمینه‌ی هوش هیجانی، افرادی که هوش هیجانی بالاتری دارند از سلامت روان بیشتری برخوردارند. از طرفی با توجه به مدل A-M-C در درمان فراشناختی که هیجان و اختلال در آن را فرمول بندی می‌کند (عامل پیشایند (A) یک رویداد شناختی درونی است نه یک موقعیت خاص. همچنین مؤلفه‌ی M به معنای باورهای فراشناختی و سندرم شناختی-توجهی است و بسیاری از ارزیابی‌های منفی عمومی یا باورهای معمولی B تحت تأثیر و کنترل فرایندهای فراشناختی هستند)، پس میتوان نتیجه گرفت که درمان

محسن معروفی، محمد مهدی سهرابی فرد، حسین حسینی، شهلا کرایه

فراشناختی با تأثیر گذاشتن بر M یعنی چالش با باورهای فراشناختی و حذف سندرم شناختی - توجهی می‌تواند بر ابزار، شناخت و کنترل هیجان‌ها تأثیر گذاشته و مانع ایجاد اختلال هیجانی شده و سلامت روان و در نهایت هوش هیجانی را ارتقاء دهد. در تبیین افزایش راهبردهای مثبت و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان بر اثر فراشناخت درمانی ولز میتوان گفت که مطابق نظر، کراج و اسپانیهون (۲۰۰۲) افراد در مواجهه با تجارب و موقعیت‌های استرس‌زا برای حفظ سلامت روانی هیجان خود از راهکارهای شناختی متنوعی برای تنظیم هیجان‌ات خود استفاده می‌کنند (سامانی و صادقی، ۱۳۸۹)، بنابراین هر گونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان‌ات میتواند فرد را در برابر مشکلات هیجانی چون افسردگی، اضطراب، فشار روانی و مشکلات رفتاری و شناختی آسیب‌پذیر سازد (اهرینگ، ۲۰۰۸).

راهبردهای شناختی تنظیم هیجان شامل ۹ راهبرد میباشند که راهبردهای مثبت عبارتند از: تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری و راهبردهای منفی عبارتند از سرزنش خود، سرزنش دیگری، نشخوار فکری، فاجعه‌انگاری و پذیرش (گارفنسی و دیگران، ۲۰۰۲). از طرفی با توجه به این که فراشناخت یک مفهوم چندوجهی است که شامل دانش (باورها)، فرایندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت و کنترل می‌کنند (فالول، ۱۹۷۹) و همچنین با توجه به مدل A-M-C در درمان فراشناختی که هیجان و اختلال در آن را فرمول بندی میکند (عامل پیشایند (A) یک رویداد شناختی درونی است نه یک موقعیت خاص. همچنین مؤلفه‌ی M به معنای باورهای فراشناختی و سندرم شناختی - توجهی است و بسیاری از ارزیابی‌های منفی عمومی یا باورهای معمولی B تحت تأثیر و کنترل فرایندهای فراشناختی هستند، پس میتوان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی با تأثیر گذاشتن بر M یعنی چالش با باورهای فراشناختی و حذف سندرم شناختی - توجهی، باعث تغییر باورهای فراشناختی و ایجاد شیوه‌های جایگزین تجربه کردن و مقابله با رویدادهای درونی و در نهایت افزایش راهبردهای مثبت و کاهش راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان دانش آموزان گردید.

نتیجه گیری

بنابراین با توجه به هدف این پژوهش، فراشناخت درمانی ولز بر کاهش اضطراب، افزایش شادکامی، ارتقاء سطح هوش هیجانی و اصلاح راهبردهای تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان مؤثر بوده است.

تشکر و قدردانی

این مطالعه، برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی می‌باشد که در معاونت پژوهشی دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان به تصویب رسید.

مراجع

1. Aldao, A., Nolen Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotional regulation strategies across Psychopathology, A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, (30), 217-237.
2. Argyls M, Hills P. Emotional stability as a major dimension of happiness . *personality and individual Differences* 2001; 1357-64
3. Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). *Hilgard's Introduction to Psychology*, fourteenth edition. Fort Worth, TX, Harcourt Brace, (52), 395-396.
4. Banhofer T, Crane C, Harguse E, Amrasinghe M, Winder R, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther* 2009; 47(3): 366-73.
5. Bar-On, R. & Parker, J.D.A. (2000). *The Bar-On Emotional Quotient Inventory: Youth Version (EQ-i: YV) Technical Manual*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems, Inc.
6. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Cons Clinl Psychol*, 1998, (56): 893-897.
7. Bergersen H, Foslie F, Sunnerhagen KS, Schank AK. Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years post stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2011; 23(2): 1-6.
8. Bouchard, G., Guillemette, A., & Landry-Leger, N. (2004). Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personality, cognitive appraisals, and

18. Salovey P, Mayer J. 2002. The positive psychology of emotional intelligence. Handbook of positive psychology. Oxford University Press; 159-71.
19. Salovey P, Mayer YD. 1990. Emotional intelligence. Imagination, cognition and personality; 9: 185- 211.
20. Spada MM, Caselli G, Manfredi C, Rebecchi D, Rovetto F, Ruggiero GM, Nikcevic AV, Sassaroli S. parental overprotection and metacognitions as predictors of worry and anxiety. Behav cognitive psychother; 2012, 38 (5): 629-637.
21. Spada MM, Georgiou G, Wells A. The relationship among metacognitions, intentional control and social anxiety. Cognitive behav ther; 2010, 39 (1): 64-71.
22. Valois, R.F., Zullig, K.J., Huebner, E.S., & Drane, J.W. Physical activity behaviours and perceived life satisfaction among public high school adolescents. Journal of school Health .Vol.74, 2004.
23. Wells, A. Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy. Chichester, UK: Wiley, 2000.
24. Wells, A., & Matthews, G. Modelling Cognition in Emotional Disorder: The S-REF Model. Behaviour Research Therapy, 1996; 32, 867-870.
25. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Meta cognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. Cognitive Therapy and Research; 2009; 33 (3): 291-300
26. Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J. chronic treated with metacognitive therapy: An open trial. Cogn Behav Pract 2008; 15(2): 85-92.
27. Williams JI. 2000. Reflection on assessing quality of life WHOQOL and Happiness –100 (8, 6, 9 HUVLRQ). Journal of Clinical Epidemiology, 53, 13-17.
28. Diener, E. Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index. American Psychologist, 2000; 55, 34-43.
29. Diener E. 2002. Frequently Asked question (FAQ'S) about subjective well-being (Happiness and life satisfaction). A printer for psychological distress. Eur J Pers, (18), 221–38.
9. Colbear J, Wells A. Randomized controlled trial of metacognitive therapy for posttraumatic stress disorder. Manuscript in preparation, 2008. Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire– development of a short 18-item version (CERQ-short), Personality and Individual Differences, (41)6, 1045-1053.
10. Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. Personality and Individual Differences, (30), 1311-1327.
11. Garnefski, N., Rieffe, C., Jellesma, F., Terwogt, M. M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive emotion regulation strategies and emotional problems in 9-11-year-old children, The development of an instrument. European Child Adolescent Psychiatry, (16)1, 1-9.
12. Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems, Comparison between a clinical and non-clinical sample European. J Pers, (16), 403-20.
13. German F, Linden M. 2006. Cognitive Emotional Regulation Questionnaire, European Journal of Psychological Assessment, 22, 126-131.
14. MacLeod, C., & Bucks, R. S. (2001). Emotion regulation and cognitive-experimental approaches to emotional dysfunction. Emotion Review, (3), 62-73.
15. Mayers DG, Diener E. Who is happy? Psychological Science, 1995; 6, 10-19.
16. Mayer, J.D., Salovey, P. & Caruso, D.R. (2000). Competing models of emotional intelligence. In R.J. Sternberg (Ed.). Handbook of Human Intelligence (2nd ed.), New York: Cambridge University Press (pp. 396-420).
17. Rees CS, Van Koesreld KE. An open trail of group metacognitive therapy for Obsessive-Compulsive disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 2008; 39 (4), 451-8.

- report and new comers. <http://www.s.psych.Univc.edu/-ediener/fag.Html>.
30. Eddington N, Shuman R. 2004. Subjective Well-being. Presented by continuity psychology education.
 31. Ehring, T., Fischer, S., Schnulle, J., & Bosterling, A. (2008). Characteristics Depressed in Dividuals, Personality & Individual Differences, (44), 1574-1584.
 32. Ellis DM, Hudson JL. The Metacognitive Model of Generalized Anxiety Disorder in Childrenand Adolescents. Clin Child Fam Psychol Rev; 2010, 13: 151-163.
 33. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 39,2008; 117-132.
 34. Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. Am Psychol, (34)10, 906-911.