

Research Paper

The efficacy of metacognitive therapy based on detached mindfulness on meta-worry and interpersonal cognitive distortion in women with postpartum depression

Seyed Javad Daryadel¹, Niloufar Mikaeili², Akbar Atadokht², Parviz Molavi³

1. Ph.D Student of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

2. Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

3. Professor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran.

Citation: Daryadel S.J, Mikaeili N, Atadokht A, Molavi P. The efficacy of metacognitive therapy based on detached mindfulness on meta-worry and interpersonal cognitive distortion in women with postpartum depression. J of Psychological Science. 2022; 21(110): 349-365.

URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1364-fa.html>



ORCID



doi [10.52547/JPS.21.110.349](https://doi.org/10.52547/JPS.21.110.349)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Postpartum Depression,
Metacognition,
Detached,
Mindfulness Meta-worry,
Cognitive Distortion

Background: Postpartum Depression (PPD) may affect mother-infant attachment and other family relationships, and may even threaten the safety and health of mother, infant and other children. Despite the relative efficacy of most cognitive therapy methods in controlling or reducing the symptoms of PPD, their application has faced many shortcomings due to a lack of explanation of the main cause of the disorder and deficiency in providing appropriate treatment strategies. Also, less research has been done on the effect of detached mindfulness-based metacognitive therapy on meta-worry, cognitive distortion, and other symptoms of PPD.

Aims: The present study aimed to determine the efficacy of metacognitive therapy based on detached mindfulness on reducing meta-worry and interpersonal cognitive distortion in women with PPD.

Methods: This research was conducted by quasi-experimental method using a two-group pretest-posttest design. The statistical population of the study was all women referred to Golestan Urban Health Center in Ardabil City from 2018 to 2019. Sampling method was convenience sampling. Using Beck Depression Inventory (BDI) (1996) and the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) (1987), 40 people were selected (20 in experimental group and 20 in control group). Then, for the experimental group, the protocol of detached mindfulness-based metacognitive therapy was performed during 8 sessions in Golestan Urban Health Center in Ardabil City, and the results were analyzed based on meta-worry and interpersonal cognitive distortion scales by analysis of covariance (ANCOVA).

Results: The results showed that in the experimental group the average posttest scores of meta-worry and interpersonal cognitive distortion were significantly different from the control group. In other words, after therapeutic intervention meta-worry ($F = 317.62$; $P = 0.001 < 0.05$) and interpersonal cognitive distortion ($F = 331.39$; $P = 0.001 < 0.05$) meaningfully decreased in the experimental group.

Conclusion: The results of this study indicated that detached mindfulness-based metacognitive therapy, by improving the thinking process, identifying negative metacognitive and correcting beliefs, and providing appropriate cognitive responses, is an effective therapeutic approach in treating PPD symptoms and reducing meta-worry and interpersonal cognitive distortion.

Received: 06 Aug 2021

Accepted: 08 Sep 2021

Available: 21 Apr 2022

* **Corresponding Author:** Niloufar Mikaeili, Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.

E-mail: nmikaeili@uma.ac.ir

Tel: (+98) 9141972250

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

PPD is one of the most common postpartum mental disorders that begins no later than two to six weeks after delivery and its symptoms include crying, discouragement, mood changes, and feelings of inadequacy and inability to play the role of mother (Freitas, William, Distelberg, and Foxr, 2016). The emotional changes of this period can range from intense happiness to great sadness (O'Hara and Wisner, 2013). The quality of the emotional relationship between mother and infant is changed by PPD. In addition, it affects the relationships within the family, the mental health of the family, and various aspects of the relationship with the spouse, and creates many problems (Hawes, McGowan, O'Donnel, Tucker, and Vohr, 2016). For instance, children of mothers with PPD have more cognitive and behavioral problems compared to other children. The main cause of PPD is not clearly defined, but a combination of biological and psycho-social factors seems to be involved (Andersson, Deepti. Bathula, Iliadis, Walter and Alkistis Skalkidou, 2021). In Iranian women, the prevalence of PPD is reported to be 28.7% (Mahdavy and Kheirabadi, 2020). A negative assessment of worry or worry about worry is called meta-worry, which involves the catastrophizing of worry and is difficult to mentally control. This structure exacerbates and perpetuates worry (Behjat, Mirshamsi, Karbalaei Saleh, and Dasht Bozorgi, 2020). Anxiety and conflicting emotional cues are increased by Meta-worry (Nigar, Khawaja, and Strodl, 2011). Based on the metacognitive perspective, meta-worry leads to avoidance behaviors (situational avoidance, reassurance seeking, distraction) and attempts to control anxious thoughts, and failure in this process reinforces one's beliefs about the uncontrollability of worry (Salmani, Hasani, Mohammad-Khani, and Karami, 2014). Cognitive distortion is defined as very exaggerated, rigid, irrational, and absolute beliefs; whenever a person thinks irrationally, s/he perceives life events differently from what they really are. Cognitive distortion means cognitive errors and biases, i.e. the way in which the patient evaluates

situations and mental pressures and her/his view of herself/himself, the world and the future become negative (Ashori, Ebrahimi, and Ghasemipour, 2019). Beck believes that at all times depression, anxiety, and other disorders are the result of cognitive distortion of the mind, which when depressed, thoughts are always irrational, distorted, unrealistic, and wrong (Bridges and Harnish, 2010). The results of studies indicate that cognitive distortions are the strongest predictors of depression, obsessive-compulsive disorder (OCD), and anxiety disorders (Riskind, Rector, and Taylor, 2012). Metacognitive therapy is generally based on strategies and processes that evaluate, control and monitor cognitions, and for the most part provide information to the person about recognizing her/his inner states and effective strategies. In metacognitive therapy, special emphasis is placed on reducing mental rumination and worry through detached mindfulness, which is a kind of passive awareness of negative thoughts in responding. Metacognitions control, modify, and interpret the thinking process (Asadi, Bahreinian, and Asgharnezhad, 2019). The metacognitive approach believes that people fall into the trap of emotional distress because their metacognitions lead to a particular pattern of responding to inner experiences that perpetuates negative emotions and strengthens negative beliefs (Veiskarami, Khodaei, and Ghazanfari, 2020). Since PPD influences the quality of relationships with spouse and infant, and poor mother-infant interaction seriously damages the growth and cognitive development of the child, and on the other hand, this disorder increases the risk of severe depression in the future and causes mood disorders to return after other deliveries, psychological treatment and timely education, considering the structures associated with this disorder, can help to reduce the dangerous consequences and complications of this disorder and be the beginning of basic studies in this field. The purpose of this study is to investigate and answer the following question: Does detached mindfulness-based metacognitive therapy have an effect on meta-worry and interpersonal cognitive distortion in women with PPD?

Method

In terms of implementation, the present research is an interventional quasi-experimental study with two-group pretest-posttest design. The statistical population of this study included all women referred to Golestan Urban Health Center in Ardabil City under the supervision of Ardabil University of Medical Sciences from 2018 to 2019, for screening mental and physical health after childbirth. After conducting clinical interviews according to the DSM-5 (Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) criteria, and performing Beck's Depression Inventory with a cut-off score of 20 or higher and the Edinburgh Postpartum Depression Test (EPDS) based on a cut-off score of 12 or higher, the mental health specialist identified women with PPD. By obtaining the informed consent of the patients to participate in the therapeutic intervention sessions in the next stage, the registration was performed. Then, the researcher, by examining the patients based on the patients' condition, the researcher invited the people qualified to participate in therapeutic workshops to attend therapeutic sessions. After inviting and explaining to the people about the intervention method, the way of implementing ethical considerations, and the confidentiality of all information received, finally 40 women with PPD were selected by convenience sampling so that 20 people were placed in the experimental group and 20 people in the control group by convenience sampling. By the researcher, group therapy sessions were held in 8 sessions and each session for 90 minutes at Golestan Urban Health Center, as follows, and pretest and posttest results (based on meta-worry and interpersonal cognitive distortion scales) were compared with the control group who did not receive any treatment by ANCOVA and then were analyzed using SPSS version 18 software. The summary of the educational content is as follows: training of the techniques of attention control, selective attention, attention transfer, and attention sharing; training and practicing the techniques of metacognitive guidance, metaconsciousness, and loss of concentration and distraction strengthening; training and practicing suppression counter-suppression experiment; training

and practicing the techniques of free association task, separation of attention, and descending conceptual processing; training and practicing prescriptive mind-wandering; training and practice of the technique of verbal loop; training and practicing the technique of recalcitrant child analogy; training and practicing the method of cloud imaging; and training and practicing passenger train analogy.. Homework was presented after each session, and at the next session its feedback was evaluated.

Results

The mean age of the experimental group of 20 people was 24.5 and the mean age of the control group of 20 people was 23.6. In terms of education level, 22 people had a high school diploma, 7 had an associate's degree, and 11 had a bachelor's degree or higher. Before performing multivariate analysis of covariance (MANOVA), its assumptions were tested. The results of Kolmogorov-Smirnov test to investigate the normality of the distribution of scores in the dependent variable for meta-worry and interpersonal cognitive distortion variables were $Z = 0.49$ and $Z = 0.67$, respectively, which were not significant ($p = 0.71$) at the level of $p = 0.05$. The results of MBox test were equal to $f = 0.81$, which was not meaningful ($p = 0.487$) at the level $p = 0.05$. Also, Levene's test was used to evaluate the similarity of variances between dependent variables, and the results indicated that the level of statistic f was not significant for any of the variables ($p \geq 0.05$) and this shows that the error variance of these variables are not different between the subjects, and the variances are equal. The Kruskal-Wallis test was used to evaluate the applicability of MANOVA. The Kruskal-Wallis value is equal to 0.04, which is significant ($p = 0.001$) at the level of $p < 0.05$. The results indicated that there is a meaningful difference between at least one of the studied variables between the groups. As a matter of fact, based on these results, one could argue that the significance levels of this test allow the use of MANOVA. The following table shows the results of ANCOVA of meta-worry and interpersonal cognitive distortion variables to evaluate the efficacy of the intervention method.

Table 1. Analysis of covariance to compare the mean of variables in pretest and posttest of experimental and control groups

Source of changes	Dependent variable	Mean	SS	df	Ms	F	P	Eta ²
Pretest	Meta-worry	23.20	160.52	1	160.52	62.003	0.001	0.63
	Cognitive distortion	75.25	1023.99	1	1023.99	112.32	0.001	0.75
Posttest	Meta-worry	12.80	822.315	1	822.315	317.62	0.001	0.89
	Cognitive distortion	54.95	3021.27	1	3021.27	331.39	0.001	0.90
Error rate	Meta-worry	-	93.20	36	2.58	-	-	-
	Cognitive distortion	-	328.20	36	9.11	-	-	-

The results of the table indicate that there is a significant difference between the mean scores of meta-worry ($F = 317.62$; $P = 0.001 < 0.05$) and the mean scores of cognition distortion ($F = 331.39$; $P = 0.001 < 0.05$) between the statistical samples in pretest and posttest. In other words, the mean scores of meta-worry and cognitive distortion in the experimental group in the posttest stage were meaningfully lower than in the control group, which shows that the intervention method was effective.

Conclusion

The aim of this study was to determine the efficacy of metacognitive therapy based on detached mindfulness on reducing meta-worry and interpersonal cognitive distortion in women with PPD. The results of the study showed that detached mindfulness-based metacognitive therapy is effective in reducing meta-worry. In explaining the mechanism of meta-worry, Wells (2005) believes that meta-worry is of special importance not only as a symptom of anxiety, but also as a motivational and active style for evaluating and coping with failure, and meta-worry seems to exacerbate anxiety, but because one sees the need to worry as a form of coping, s/he does not break the chain of worry (Shirani, Ghomrani, Arab Baferani, and Fatemi, 2016). An essential level of psychological explanation that is necessary to help people to change their thoughts is the level that enables the therapist to conceptualize the factors influencing the control, correction, evaluation, and regulation of thinking. Metacognitive therapy is described as focusing on correcting negative metacognitive beliefs and reducing the use of worry to deal with negative thoughts. Inconsistent metacognitive control strategies (such as mental rumination, inflexibility in information processing, worried thinking, extreme awareness of one's thoughts) are the responses that people use to control

and change their thinking and regulate their emotion (Shaker, Hosseinnazhd, and Nabizadeh, 2019). The results also indicated that metacognitive therapy based on detached mindfulness is effective in reducing interpersonal cognitive distortion in women with PPD.

Metacognitive therapy reduces negative cognitive distortions and increases positive metacognitive beliefs through strategies such as practicing mindfulness, practicing postponement of mental rumination, examining positive beliefs, continuing to challenge positive beliefs, identifying negative beliefs, identifying negative metacognitive beliefs and the way to deal with them, providing appropriate cognitive responses to disturbing thoughts, keeping oneself busy, and daydreaming. Also, this treatment deals with how a person perceives the ability to change behavior, level of mental arousal, thought patterns, and emotional reactions, and uses metacognitive beliefs as an effective factor in accepting, maintaining an changing cognition. In fact, using educational components and replacing negative, inefficient and incompatible metacognitive beliefs with positive, logical and purposeful metacognitive beliefs helps to reduce one's cognitive distortions and consequently reduce her/his level of depression (Gholamrezaei, Yousefvand, Ghazanfari, and Farokhzadian, 2018). With respect to the efficacy of metacognitive therapy based on detached mindfulness, it can be explained that by using techniques such as verbal loop and positive thinking, the patients learn to think to positive things and understand the effect of good or bad thoughts on the mental state (Bakhtiyari and Abedi, 2014.). In explaining the efficacy of metacognitive therapy, it can be added that increasing metacognitive control allows patients to establish a new relationship with their thoughts and correct and change negative metacognitions or cognitive distortions, which in turn

reduce the cognitive distortions of depressed people. Detached mindfulness-based metacognitive therapy training allows people to go back and analyze their living conditions and react in new ways (Veiskarami et al., 2020). Overall, what can be deduced from these studies is that metacognitive therapy based on detached mindfulness is an effective therapeutic approach in reducing depressive symptoms, meta-worry, and interpersonal cognitive distortions in women with PPD.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: The authors extracted this article from the first author's PhD dissertation, approved by

Deputy for Research of University of Mohaghegh Ardabili (UMA), with ethical code IR.ARUMS.REC.1397.184 adopted by Ardabil University of Medical Sciences.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second was the supervisor, and the third and fourth were the advisors.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: We would like to thank all the colleagues of Family Health Unit and Mental Health Department of Ardabil Health Center, authorities and staff of Golestan Urban Health Center and other health centers affiliated to Ardabil City, and Deputy for Research and Technology of UMA who helped us in this research.

اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی بر فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان

سید جواد دریادل^۱، نیلوفر میکائیلی^{۲*}، اکبر عطادخت^۳، پرویز مولوی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. استاد، گروه روان پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه: افسردگی پس از زایمان ممکن است بر میزان دل بستگی مادر و نوزاد و سایر روابط خانوادگی تأثیر گذاشته و حتی تهدیدی برای امنیت و سلامت مادر، نوزاد و سایر فرزندان باشد. با وجود کارآمدی نسبی اغلب شیوه‌های شناخت درمانی در کنترل یا کاهش علائم افسردگی بعد از زایمان، کاربرد آن به دلیل نقص در تبیین عامل اصلی اختلال و ارائه راهکارهای درمانی مناسب، با کاستی‌های فراوانی روبرو بوده است. همچنین در زمینه تأثیر درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی، بر فرانگرانی، تحریف شناختی و سایر علائم افسردگی بعد از زایمان، تحقیقات کمتری انجام شده است.

هدف: این پژوهش با هدف تعیین میزان اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی بر فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان انجام گرفت.

روش: پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی و به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروهی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مراجعه کننده به مرکز سلامت گلستان شهر اردبیل در سال‌های ۹۸-۱۳۹۷ بودند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود. با استفاده از مقیاس‌های افسردگی بک (۱۹۹۶) و مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (۱۹۸۷)، ۴۰ نفر (۲۰ نفر گروه آزمایش و ۲۰ نفر گروه گواه) انتخاب شدند سپس برای گروه آزمایشی، پروتکل درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی در طول ۸ جلسه در مرکز سلامت گلستان اردبیل، اجرا شده و نتایج براساس مقیاس‌های فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی، به روش آماری کوواریانس تحلیل شده است.

یافته‌ها: نتایج نشان داد میانگین نمرات پس‌آزمون فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی در گروه آزمایشی و گروه گواه به طور معناداری متفاوت است. به بیان دیگر فرانگرانی ($F=3.17/62$; $P=0.001 < 0.05$) و تحریف شناختی بین فردی ($F=3.31/39$; $P=0.001 < 0.05$) بعد از مداخله درمانی در گروه آزمایشی به طور معناداری نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است.

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق نشان داد درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی، از طریق بهبود فرآیند تفکر، شناسایی و اصلاح باورهای فراشناختی منفی و ارائه پاسخ‌های شناختی مناسب، رویکرد درمانی اثربخشی در درمان نشانه‌های افسردگی پس از زایمان و کاهش فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی است.

کلیدواژه‌ها:

افسردگی پس از زایمان
فراشناخت
ذهن آگاهی انفصالی
فرانگرانی
تحریف شناختی

دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۵/۱۵

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۶/۱۷

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۲/۰۱

* نویسنده مسئول: نیلوفر میکائیلی، استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

رایانامه: nmikaeili@uma.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۴۱۹۷۲۲۵۰

مقدمه

یکی از اختلال‌های روانی نسبتاً شایع بعد از زایمان، افسردگی پس از زایمان^۱ است که حداکثر بین دو تا شش هفته بعد از زایمان شروع می‌شود و علائم آن شامل گریستن، دل‌سردی، خلق ناپایدار، احساس عدم کفایت و ناتوانی در ایفای نقش مادری است (فریتز، ولیامز، دیستلبرگ و فاکس گالیستر، ۲۰۱۶). تغییرات عاطفی این دوران می‌تواند در دامنه‌ای از خوشحالی شدید تا غمگینی بسیار قرار گیرد (اوهارا، ویسنر، ۲۰۱۳). افسردگی پس از زایمان با خلق افسرده، تحریک‌پذیری، احساس عدم لذت از زندگی ناامیدی، اضطراب، خستگی مفرط، احساس گناه یا احساس بی‌کفایتی خصوصاً در ارتباط با توانایی مراقبت از نوزاد مشخص می‌گردد (قراچه، رنجبر و آزادی، ۱۳۹۶). افسردگی پس از زایمان کیفیت ارتباط عاطفی مادر و کودک را تغییر می‌دهد و علاوه بر آن روابط درون خانواده، بهداشت روان خانواده و جنبه‌های مختلف رابطه با همسر را تحت تأثیر قرار داده و مشکلات فراوانی بوجود می‌آورد (هاوز، مکگان، دونل، توکر و ووهر، ۲۰۱۶). برای مثال فرزندان مادران دچار افسردگی پس از زایمان، مشکلات شناختی و رفتاری بیشتری نسبت به سایر کودکان دارند. علت اصلی اختلال افسردگی پس از زایمان به وضوح تعیین نشده است اما به نظر می‌رسد ترکیبی از عوامل زیستی و روانی اجتماعی در آن دخیل باشد (آندرسون، باتولا، الیادیس، والتر و اسکایدو، ۲۰۲۱).

میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در جوامع مختلف بین ۵ تا ۴۰ درصد می‌باشد (ویسانی و سایه میری، ۱۳۹۱). همچنین میزان شیوع این اختلال در کشورهای آسیایی بین ۳/۳_۳/۵ گزارش شده و میزان شیوع افسردگی پس از زایمان در زنان ایرانی، ۲۸/۷ درصد گزارش شده است (مهدوی و خیرآبادی، ۱۳۹۹).

یکی از سازه‌های مرتبط با افسردگی، مفهوم نگرانی است. نگرانی معمولاً به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای در پاسخ به افکار مزاحم فعال می‌شود. زمانی که باورهای منفی فعال می‌شود، فرد نگران‌اندیشی را به صورت عمل منفی ارزیابی می‌کند یعنی درباره نگرانی، نگران می‌شود و همین امر موجب افزایش اضطراب و افسردگی و احساس ناتوانی برای مقابله می‌شود (میرکوهی، بالداران، بقرآبادی، ۱۳۹۶). ارزیابی منفی از نگرانی یا نگرانی درباره نگرانی را فرانگرانی^۲ می‌گویند که منجر به فاجعه‌سازی نگرانی می

شود و کنترل ذهنی آن دشوار است. این سازه نیز باعث تشدید و پایداری نگرانی می‌شود (بهجت، میرشمسی، کربلایی صالح، دشت بزرگی، ۱۳۹۹). فرانگرانی باعث افزایش اضطراب و نشانه‌های هیجانی متضاد می‌شود (نیجار، خواجا و استوردی، ۲۰۱۱). ولز براساس نظریه فراشناخت بین دو نوع نگرانی تمایز قائل می‌شود که نوع اول شامل نگرانی‌های عمومی درباره‌ی رویدادهای خارجی و نگرانی‌های اجتماعی و سلامت جسمانی است. این نوع نگرانی در پاسخ به یک فکر مزاحم، فعال می‌شود و بیماران و افراد بهنجار آن را به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای سودمند می‌دانند. نگرانی نوع دو، یا فرانگرانی، از نظر مدل فراشناختی، در گذار به اختلال اضطراب فراگیر اهمیت بیشتری داشته و شامل باورهای منفی در مورد کنترل‌ناپذیری نگرانی و پیامدهای آسیب‌زا و خطرناک آن است.

طبق دیدگاه فراشناخت، فرانگرانی منجر به رفتارهای اجتنابی (اجتناب از موقعیت‌ها، اطمینان‌خواهی، منحرف کردن حواس) و تلاش برای کنترل افکار برانگیزاننده‌ی نگرانی می‌شود و شکست در این فرآیند باورهای فرد را مبنی بر کنترل‌ناپذیری نگرانی تقویت می‌کند (سلمانی، حسنی، محمدخانی و کرمی، ۱۳۹۳). کاواجانا و مک ماهون (۲۰۱۱)، در پژوهش خود، اثر باورهای فرانگرانی بر اضطراب و افسردگی را مورد تأیید قرار داده‌اند. ابعاد فراشناختی و باورهای منفی به نگرانی، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار، نقش مهمی در ارتباط میان استرس ادراک شده و هیجان‌های منفی دارند. این فرض وجود دارد که افراد دارای باورهای منفی بر کنترل‌ناپذیری بودن نگرانی، به راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار مانند الگوهای بازگردانی تفکر، اجتناب، سرکوب افکار و نظارتگری تهدید می‌پردازند (زارع و ساسان‌نژاد، ۱۳۹۸). همچنین سلمانی و همکاران (۱۳۹۳) در تحقیقی با عنوان ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی در باورهای فراشناختی، فرانگرانی و علائم و نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر به این نتیجه رسیدند که درمان‌های فراشناختی و ترکیبی توانستند طی مراحل پس از درمان و پیگیری ۴۵ روزه، اعتقاد بیماران به باورهای فراشناختی و فرانگرانی را به طور معنی‌داری کاهش داده و علائم و نشانه‌های اضطرابی و افسردگی آن‌ها را به خوبی کنترل کنند.

¹. Postpartum Depression

². meta-worry

یکی دیگر از متغیرهای مرتبط با افسردگی پس از زایمان، تحریف شناختی بین فردی^۱ است. تحریف شناختی به باورهای بسیار اغراق آمیز، سفت و سخت، غیرمنطقی و مطلق گفته می شود، هر گاه انسان به گونه ای غیرمنطقی فکر کند، رویدادهای زندگی را به شکلی متفاوت از آنچه که واقعاً هستند درک می کند. تحریف شناختی به معنای اشتباهات و سوگیری های شناختی است یعنی نحوه ای که بیمار موقعیت ها و فشارهای روانی را ارزیابی می کند و دیدگاهش نسبت به خود، دنیا و آینده منفی می شود (عاشوری، ابراهیمی و قاسمی پور، ۱۳۹۸) بک معتقد است افسردگی، اضطراب و سایر اختلالات روانی در اکثر مواقع حاصل تحریف شناختی ذهن بوده و در هنگام بروز افسردگی، افکار همیشه غیرمنطقی، مخدوش، غیر واقعینانه و اشتباه است (بریدجز و هارنیش^۲، ۲۰۱۰). نتایج مطالعات نشان می دهد که تحریف های شناختی، قوی ترین پیش بینی کننده افسردگی، وسواس فکری - عملی و اختلال های اضطرابی هستند (ریسکیند، رکتور و تیلور، ۲۰۱۲). پاپاجورجیو و ولز دو دسته باورهای مثبت و منفی فراشناختی در مورد افکار منفی مکرر را که رابطه مثبت و معناداری با نشخوار فکری دارند، معرفی کرده اند. باورهای مثبت افراد را تحریک می کنند که برای مقابله با افت خلق و تنظیم آن از نشخوار فکری استفاده کنند و در نتیجه موجب شروع افسردگی می شوند. زمانی که افت خلق به افسردگی تبدیل می شود، نوع دوم باورهای منفی در زمینه غیرقابل کنترل بودن و نتایج اجتماعی منفی حاصل از نشخوار فکری بروز می کند که منجر به احساس درماندگی می شود (در گاهیان، محمدخانی و حسنی، ۱۳۹۳). فراشناخت ها به کنترل، تعدیل و تفسیر فرآیند تفکر می پردازند (اسدی، بحرینیان و اصغرنژاد، ۱۳۹۸).

پژوهش ولز (۲۰۰۵)، نشان داده است که فنون مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی تأثیر به سزایی بر اختلال های هیجانی مخصوصاً اضطراب و افسردگی داشته است. یکی از مهم ترین و تأثیرگذارترین الگوهای تبیین اختلال های روانی در سال های اخیر، الگوی عملکرد اجرایی خودتنظیمی ولز و میتوز (۱۹۹۶) بوده است. در الگوی عملکرد اجرایی خودتنظیمی، همه اختلال های روانی می توانند با فعالیت الگوی ناکارآمد از شناخت مرتبط باشند که نشانگان توجهی - شناختی نامیده می شوند. این نشانگان الگویی از فعالیت پردازش راهبردی است که به وسیله دانش

فراشناختی ذخیره شده در حافظه درازمدت، راه اندازی می شود. ولز و میتوز ذهن آگاهی انفصالی را حالتی خوشایند برای بیماران تحت درمان روانشناختی و نقطه مقابل و ناسازگار با نشانگان توجهی - شناختی می دانند. به طور کلی ذهن آگاهی انفصالی شامل حالتی است که در آن با وجود آگاهی عینی از افکار و وقایع درونی، هیچ گونه پاسخ دهی تلاش گرانه شناختی (ارزیابی تأییدی، تحلیل مفهومی، تلاش برای کنترل یا سرکوب) و یا رفتاری صورت نمی گیرد. سطوح الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی شامل موارد زیر است: سطح اول: سطح پایین تر است که براساس محرک ها برانگیخته می شود و خارج از دانش آگاهانه است؛ اما تولیدهای آن ممکن است به آگاهی راه پیدا کنند. پردازش این سطح، خیلی وابسته به منابع شناختی نبوده و به مقدار قابل توجهی، انعکاسی است. سطح دوم: یک سطح پردازشی کنترل شده پیوسته است که شامل ارزیابی آگاهانه از وقایع، کنترل فکر و عمل است. سطح سوم: منبع دانش خود (باور ها) در حافظه بلند مدت است. این باورها عوامل فراشناختی هستند و حداقل شامل بخشی از طرح های پردازش هستند (قدم پور، عزیزی و محمدی، ۱۳۹۵). ولز و همکاران (۲۰۰۷) در تحقیقی با عنوان درمان فراشناختی در افسردگی مکرر و مداوم به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی با بهبود قابل توجه علائم افسردگی و کاهش نشخوار فکری همراه بوده است همچنین نتایج کسب شده طی ۳ تا ۶ ماه ثابت مانده است. درمان فراشناختی بیشتر مبتنی بر راهبردها و فرآیندهایی است که شناخت ها را ارزیابی، کنترل و نظارت می کند و به طور کلی اطلاعاتی در مورد شناخت حالات درونی خود و راهبردهای مؤثر به فرد می دهد. در درمان فراشناختی به طور ویژه بر کاهش نشخوار فکری و نگرانی از طریق ذهن آگاهی انفصالی که نوعی آگاهی منفعلانه از افکار منفی در پاسخ دهی هست، تأکید می شود. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می شوند که فراشناخت های آن ها به الگوی خاصی از پاسخ دهی به تجربه های درونی منجر می شوند که موجب تداوم هیجان های منفی و تقویت باورهای منفی می شود (ویسکرمی، خدایی و غضنفری، ۱۳۹۸).

علی رغم کارآمدی نسبی اغلب شیوه های شناخت درمانی در کنترل یا کاهش افسردگی، کاربرد بیشتر آن در برخورد با مسائل روزافزون روانی و رفتاری و نابسندگی بودن صورت بندی های نظری کلاسیک (عمدتاً مدل های

¹. interpersonal cognitive distortion

². Bridges & Harnish

خطی) در تبیین مسائل روانی و ارائه‌ی مداخلات درمانی مناسب، با کاستی‌های فراوانی مواجه بوده است و به تبع آن مدل‌های نظری جایگزین در حال شکل‌گیری هستند. به نظر می‌رسد درمان فراشناختی افسردگی پس از زایمان با توجه به تأکیدش بر فرآیند تفکر و تعدیل شناختی، در مقایسه با سایر مدل‌های نظری در موقعیت بهتری قرار دارد که این مسأله، در پژوهش‌های بختیاری و عابدی (۱۳۹۱)، قدم‌پور، عزیزی و محمدی (۱۳۹۵)، در مورد افسردگی پس از زایمان، بررسی و تأیید شده است. با مروری که بر ادبیات پژوهشی صورت گرفت، پژوهشی که به صورت مستقیم اثربخشی درمان فراشناختی بر سازه‌های فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان را بررسی نماید، یافت نشد، از آنجایی که افسردگی پس از زایمان بر کیفیت ارتباط با همسر و کودک تأثیرگذار است و تعامل ضعیف بین مادر و کودک به رشد و تکامل شناختی کودک آسیب جدی وارد می‌کند و از سویی دیگر این اختلال باعث افزایش حملات افسردگی شدید در آینده و بازگشت اختلالات خلقی پس از زایمان‌های دیگر می‌شود (قراچه، رنجبر و آزادی، ۱۳۹۶)، درمان روانشناختی و آموزش به موقع با در نظر گرفتن سازه‌های مهم و مرتبط با این اختلال، می‌تواند به کاهش تبعات و عوارض خطرناک این اختلال کمک کرده و سرآغاز مطالعات پایه در این زمینه باشد. لذا هدف از اجرای این پژوهش بررسی و پاسخ به این سؤال است که آیا درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی بر فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تأثیر دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: این تحقیق به دنبال بررسی اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی بر کاهش فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان بود. بنابراین تحقیق حاضر از نظر هدف کاربردی، از نظر نوع داده‌ها از نوع مطالعات پارامتریک، از نظر نحوه اجرا مطالعات (مداخله‌ای)، شبه آزمایشی و به شیوه پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروهی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به مرکز سلامت شهری

گلستان شهرستان اردبیل تحت نظارت دانشگاه علوم پزشکی اردبیل در سال ۱۳۹۷-۹۸، جهت غربالگری سلامت روانی و جسمانی بعد از زایمان بود. کلیه زنان مراجعه‌کننده، پس از بررسی وضعیت جسمانی و غربالگری اولیه سلامت روان توسط مراقبین سلامت بهداشتی، که در صورت وجود مشکل از نظر سلامت روانشناختی، فرد مورد نظر به پزشک مرکز ارجاع داده شده و پزشک مرکز پس از انجام معاینه دقیق جسمانی و بررسی نتایج آزمایش‌های بالینی با تشخیص احتمالی اختلال خلقی روانی، بیمار را به کارشناس بهداشت روان مرکز سلامت ارجاع داده است. کارشناس بهداشت روان پس از انجام مصاحبه بالینی براساس معیارهای DSM-5³ و اجرای تست افسردگی بک^۲ با نمره برش ۲۰ به بالا و تست افسردگی پس از زایمان ادینبورگ^۳ براساس نمره برش ۱۲ به بالا، زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان را شناسایی کرده است. در مرحله بعد با کسب رضایت آگاهانه از بیمار جهت شرکت در جلسات مداخله درمانی ثبت‌نام انجام داده است. سپس با بررسی پژوهشگر براساس وضعیت بیماران، افراد حائز شرایط با توجه به معیارهای ورود: سن ۱۸ تا ۳۵، دریافت نکردن درمان‌های روانشناختی حداقل شش ماه قبل از مداخله، عدم دریافت داروهای روان پزشکی در طول مداخله و نبود اختلال‌های روانی دیگر مثل وسواس فکری - عملی و سایر اختلالات روانی و معیارهای خروج: غیبت بیش از دو جلسه، عدم انجام تکالیف مربوط به منزل و ابتلاء به یک بیماری جسمانی در طول جلسات آموزشی، برای شرکت در کارگاه‌های درمانی، به جلسات درمانی مرکز دعوت کرده است. بعد از دعوت و توضیح به افراد در مورد شیوه مداخله و نحوه اجرای ملاحظات اخلاقی و محرمانه بودن تمام اطلاعات دریافتی از مراجعین و رعایت اصل رازداری در طول جلسات مداخله و عدم انتشار اسامی شرکت‌کنندگان، در نهایت ۴۰ زن مبتلا به افسردگی پس از زایمان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. با توجه به اینکه برای تحقیقات آزمایشی حداقل برای هر گروه ۱۵ نفر مورد نیاز است، به منظور افزایش اعتبار بیرونی و با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی، در پژوهش حاضر ۲۰ نفر برای گروه آزمایشی و ۲۰ نفر برای گروه گواه به روش تصادفی ساده در هر گروه جایگزین شده است جلسات درمانی گروهی در ۸ جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه، توسط پژوهشگر

³. Diagnostic & Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

¹. Beck

². Edinburgh

دریافت نکرده بود به روش تحلیلی کوواریانس مقایسه و با استفاده از نرم افزار SPSS-18 تحلیل شده است.

در مرکز سلامت گلستان اردبیل در اتاق جلسات بهداشت روان با، به شرح زیر برگزار گردید و نتایج پیش آزمون و پس آزمون (براساس مقیاس های فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی) با گروه گواه که هیچ درمانی

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمان گروهی مبنی بر الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی

جلسات	محتوای جلسات
۱	معرفه و آشنایی اعضای گروه، بحث راجع به تعداد جلسات، طول دوره و مدت زمان هر جلسه، ارائه خلاصه از روش درمان و بیان هدف جلسات، انجام پیش آزمون با در نظر گرفتن متغیرهای مورد مطالعه در این پژوهش
۲	بیان خلاصه محتوای جلسه قبل، توضیح در مورد الگوی فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی، ارائه نمودار و بحث راجع به الگو، آموزش فن کنترل توجه (توجه انتخابی، انتقال توجه، تقسیم توجه) و تمرین آن، ارائه تکلیف و تأکید بر انجام آن، دریافت بازخورد
۳	دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تمرین و تکلیف جلسه قبل، آموزش و تمرین فن هدایت فراشناختی (فرا آگاهی، تقویت قطع تمرکز و رهایی از توجه)، آموزش و تمرین آزمایش کنترل بازداری، ارائه تکلیف خانگی و دریافت بازخورد
۴	دریافت بازخورد از جلسه قبل، بحث در مورد تکالیف خانگی، آموزش و تمرین فن تداعی آزاد (جدایی توجه و پردازش مفهومی پایین)، ارائه تکلیف خانگی و دریافت بازخورد
۵	دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین تجویز ذهن سرگردان (عدم کنترل ذهن)، آموزش تمرین تکلیف ببر، ارائه تکلیف خانگی و دریافت بازخورد
۶	دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین فن حلقه کلامی، آموزش و تمرین فن کودک متمرکز، ارائه تکلیف خانگی و دریافت بازخورد
۷	دریافت بازخورد از جلسه قبل، مرور تکلیف خانگی، آموزش و تمرین روش تصویرسازی ابرها، آموزش و تمرین تمثیل ایستگاه قطار، ارائه تکلیف خانگی و دریافت بازخورد
۸	دریافت بازخورد از جلسات درمانی و تأثیر آن‌ها بر آزمودنی‌ها، مرور تکالیف و پاسخگویی به سؤالات و اشکالات، تمرین تکنیک‌های آموخته شده در جلسات قبل با مشارکت آزمودنی‌ها، بیان ضرورت و لزوم به کارگیری فنون آموخته شده جهت کاهش نشانه‌های بیماری و افزایش بهبودی کلی، بحث راجع به وضعیت روانی فعلی آزمودنی‌های و اجرای پس آزمون (با در نظر گرفتن متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش حاضر)

۰/۷۳، مقیاس خودسنجی افسردگی بک (BDI-II): مقیاس افسردگی بک (بک، استیر و گاربین، ۱۹۸۸).^۱

مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (EPDS):^۲ مقیاس افسردگی پس از زایمان ادینبورگ (۱۹۸۷) یکی از ابزارهای معتبر و قابل قبول در سراسر جهان برای تشخیص افسردگی پس از زایمان است (دنيس، ۲۰۰۵). این مقیاس ۱۰ گویه دارد. نمره این مقیاس، بین صفر تا ۳۰ می باشد. کسب نمره ۱۲ تا ۶ به عنوان افسردگی متوسط و کسب نمره ۱۳ و بیشتر به نشان دهنده خطر بالای افسردگی پس از زایمان در نظر گرفته می شود (سالرنو والز، سابو، باتلر، کامپلین، سیمپسون و کاسترو، ۲۰۱۹). پایایی این مقیاس در مطالعه منتظری، ترکان و امیدوار (۱۳۸۶) با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ و با روش باز آزمایی ۰/۸ تعیین شد. احمدی کانی و قلی زاده (۱۳۹۴)، مقدار آلفای کرونباخ برای آزمون ادینبورگ برابر ۰/۷۰ و روایی آزمون ادینبورگ

(ب) ابزار

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): مقیاس افسردگی بک (۱۹۹۶)، یک پرسشنامه ۲۱ سؤالی خودگزارشی است که برای ارزیابی میزان شدت افسردگی طراحی شده است (بک، وارد، مندلسون، ماک و ارباگ، ۱۹۶۱). و آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ گزارش شده است. نمره کلی از صفر تا ۶۳ است. ۲۱ آیت به ترتیب شامل غمگینی، بدبینی، ناکامی و احساس شکست، نارضایتی، احساس گناه، انتظار تنبیه، خودبیزاری، خودسرزنی، افکار خودکشی، گریه، بی‌قراری، بی‌علاقگی، کاهش قدرت تصمیم گیری، احساس بی‌ارزش بودن، تحلیل رفتن انرژی، تغییر الگوی خواب، تحریک پذیری، تغییر اشتها، اشکال در تمرکز، احساس خستگی و کاهش میل جنسی است. همبستگی این آزمون با مقیاس همیلتون برای افسردگی

¹. Beck depression inventory

². Edinburgh Postpartum Depression Scale

آن از طریق همسانی درونی توسط آلفای کرونباخ و همچنین از طریق آزمون مجدد پس از دو هفته برای کل مقیاس به ترتیب (۰/۶۷، ۰/۷۴) به دست آمده است. روایی آن از طریق همبستگی با مقیاس باورهای غیرمنطقی، مقیاس افکار خودکار، و مقیاس گرایش به تعارض در روابط بین فردی به ترتیب ۰/۴۵، ۰/۵۳، و ۰/۵۳ به دست آمده است (حمام چی و اوزتورک، ۲۰۰۴).

یافته‌ها

با استناد به یافته‌های توصیفی دو گروه آزمایشی و گروه گواه که هر گروه از نظر تعداد ۲۰ نفر با میانگین سنی گروه آزمایشی ۲۴/۵ و میانگین سنی گروه گواه ۲۳/۶ بود. از نظر تحصیلات ۲۲ نفر دیپلم، ۷ نفر فوق‌دیپلم و ۱۱ نفر لیسانس و بالاتر بود. قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، پیش‌فرض‌های آن آزمون شد. نتایج آزمون کولموگراف اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات در متغیر وابسته برای متغیرهای فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی به ترتیب: $Z = ۰/۴۹$ و $Z = ۰/۶۷$ بود این مقدار ($p = ۰/۷۱$) در سطح ($p = ۰/۰۵$) معنی‌دار نبود. نتایج آزمون ام‌باکس برابر بود با $f = ۰/۸۱$ که این مقدار ($p = ۰/۴۸۷$) در سطح ($p = ۰/۰۵$) معنی‌دار نبود. همچنین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها بین متغیرهای وابسته از آزمون لوین استفاده شد و نتایج نشان داد که سطح آماره (f) برای هیچ یک از متغیرها معنی‌دار نبود ($p \geq ۰/۰۵$) و این نشان دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین آزمودنی‌ها متفاوت نیست و واریانس‌ها باهم برابرند.

با مقیاس بک، برابر با ۰/۴۴ تعیین کرده‌اند. در خارج از کشور برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای ۰/۸۷ بدست آمده است (نیاموکو، منگزی، ماریه، ورهی و چیاندا، ۲۰۱۹).

مقیاس فرانگرانی (MWQ)^۱: ولز (۲۰۰۵) پس از جداسازی ماده‌های مربوط به فرانگرانی در پرسشنامه‌ی افکار اضطرابی آن‌ها را در پرسشنامه‌ی مستقلی تحت عنوان پرسشنامه‌ی فرانگرانی گردآوری کرد. هدف از ایجاد این پرسشنامه از یکسو ارزیابی مستقل فرانگرانی و از سوی دیگر بررسی میزان فراوانی فرانگرانی می‌باشد. این پرسشنامه شامل ۷ ماده است که به خطرات نگرانی مربوط می‌شوند. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس فراوانی فرانگرانی ۰/۸۸ و مقیاس باور به فرانگرانی ۰/۹۵ به دست آمده است. از لحاظ روایی سازه، پرسشنامه فرانگرانی می‌تواند بیماران سرپایی دارای ملاک‌های اختلال اضطراب فراگیر را از افراد دچار اضطراب جسمانی یا بدون اضطراب متمایز سازد (ولز، ۲۰۰۵). اعتبار پرسشنامه فرانگرانی در ایران توسط سلمانی، حسنی، محمدخانی و کرمی (۱۳۹۳) ۰/۷۱ گزارش شده است و در پژوهش قدرتی میرکوهی، بالداران و عبداللهی بقرآبادی (۱۳۹۶) نیز اعتبار این ابزار با کمک آلفای کرونباخ ۰/۷۴ بدست آمد.

مقیاس تحریف شناختی بین فردی (ICDS)^۲: این مقیاس توسط حمام‌چی و اوزتورک در سال ۲۰۰۴، جهت ارزیابی تحریف‌های شناختی در روابط بین فردی بر مبنای نظریه شناختی آرون تی بک، طراحی شد. این مقیاس ۱۹ سؤال دارد و شامل سه خرده مقیاس طرد در روابط بین فردی، انتظارات غیر واقع‌بینانه در روابط و سوء ادراک در روابط بین فردی می‌شود. پایایی

جدول ۲. توصیف میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی در پیش‌آزمون - پس‌آزمون برای گروه آزمایشی و گروه گواه

گروه‌ها	مقیاس	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایشی	فرانگرانی	۲۳/۲۰	۲/۰۱	۱۲/۸۰	۲/۱۱
	تحریف شناختی	۷۵/۲۵	۵/۲۱	۵۴/۹۵	۶/۷۸
گروه گواه	فرانگرانی	۲۳/۶۰	۲/۵۴	۲۲/۷۵	۳/۶۵
	تحریف شناختی	۷۹/۴۰	۴/۴۶	۷۸/۳۵	۵/۰۱

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین نمرات فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی در گروه آزمایشی به ترتیب در پس‌آزمون

(۱۲/۸۰)، (۵۴/۹۵) می‌باشد که نسبت به میانگین نمرات پیش‌آزمون (۲۳/۲۰)، (۷۵/۲۵) کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. ولی در نمرات

2. The interpersonal cognitive distortions scale

1. Meta-Worry Questionnaire

پیش‌آزمون - پس‌آزمون گروه گواه تفاوت چندانی مشاهده نمی‌شود. جهت بررسی قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیره از آزمون لامبدای ولکیز استفاده شد. مقدار لامبدای ولکیز برابر با ۰/۰۴ است که این مقدار (p= ۰/۰۰۱) در سطح (p< ۰/۰۵) معنی دار است نتایج نشان داده که حداقل بین یکی از متغیرهای مورد بررسی در بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. هر چقدر لامبدای ولکیز کوچکتر باشد بیانگر این است که

بین دو گروه تفاوت معناداری وجود دارد در واقع طبق این نتایج می‌توان گفت که سطوح معناداری این آزمون قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری را مجاز می‌شمارد. در جدول زیر نتایج تحلیل کورایانس متغیرهای فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی برای بررسی اثربخشی روش مداخله گزارش شده است.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین متغیرها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه مداخله و گواه

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجدورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجدورات	F	sig	اندازه ی اثر
پیش‌آزمون	فرانگرانی	۱۶۰/۵۲	۱	۱۶۰/۵۲	۶۲/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	تحریف شناختی	۱۰۲۳/۹۹	۱	۱۰۲۳/۹۹	۱۱۲/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵
پس‌آزمون	فرانگرانی	۸۲۲/۳۱۵	۱	۸۲۲/۳۱۵	۳۱۷/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹
	تحریف شناختی	۳۰۲۱/۲۷	۱	۳۰۲۱/۲۷	۳۳۱/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰
میزان خطا	فرانگرانی	۹۳/۲۰	۳۶	۲/۵۸	-	-	-
	تحریف شناختی	۳۲۸/۲۰	۳۶	۹/۱۱	-	-	-

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که بین میانگین نمرات فرانگرانی (F= ۳۱۷/۶۲)؛ (P= ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵) و میانگین نمرات تحریف شناختی (F= ۳۳۱/۳۹)؛ (P= ۰/۰۰۱ < ۰/۰۵) در بین نمونه‌های آماری در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، میانگین نمرات فرانگرانی و تحریف شناختی در بین گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون بصورت معناداری پایین‌تر از گروه گواه می‌باشد که نشان می‌دهد روش مداخله، اثربخش بوده است.

افراد می‌گردد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۸). رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها در برابر پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی، به الگویی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می‌گردد. مدل فراشناختی بیان می‌دارد که حالت افسردگی، با شکست در ارزیابی تحقق اهداف شخصی ارتباط دارد. باورهای فراشناختی، افکار نشخوارگونه را به عنوان شیوه‌ای برای مقابله و خودتنظیمی در نظر می‌گیرند. با اینکه این افکار همیشه به طور داوطلبانه به وجود نمی‌آیند، ادامه آن‌ها تابع کنترل داوطلبانه است و با باورهای مثبت درباره مفید بودن این راهبردها ارتباط دارد. خودتمرکزی و نشخوار فکری، نه تنها باعث منحرف کردن توجه از اشکال سازگار مقابله، مثل حل مسئله می‌گردند، بلکه در عدم کارآمدی فراشناختی نیز سهیم هستند و باعث می‌شوند که افراد انعطاف خود را در پردازش مؤثر و کارآمد از دست بدهند (حاتمی و همکاران، ۱۳۹۵). در تبیین مکانیسم عمل فرانگرانی، ولز (۲۰۰۵) معتقد است که فرانگرانی نه تنها به عنوان یک علامت ناشی از اضطراب، بلکه به عنوان یک سبک انگیزشی و فعال برای ارزیابی و مقابله با ناکامی، اهمیت ویژه‌ای دارد و به نظر می‌رسد فرانگرانی منجر به تشدید اضطراب می‌شود ولی چون فرد نیاز به نگرانی را نوعی مقابله تصور می‌کند، در جهت پاره کردن زنجیره نگرانی برنمی‌آید (شیرانی، قمرانی، بافرانی و فاطمی، ۱۳۹۵).

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی بر کاهش فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان انجام گرفت. نتایج این تحقیق نشان داد درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی بر کاهش فرانگرانی مؤثر است. این یافته با نتایج تحقیقات شاکر و همکاران (۱۳۹۷)، سلمانی و همکاران (۱۳۹۳)، مامی، شریفی و مهدوی (۱۳۹۴) و بختیاری و عابدی (۱۳۹۱) و اسدی و همکاران (۱۳۹۸) همسو می‌باشد. رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها در برابر پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی، به الگویی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این

فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است و به دانش و باورهای مربوط به فکر کردن و راهبردهایی که افراد از آن‌ها برای تنظیم و کنترل فرآیندهای تفکر استفاده می‌کنند، اشاره دارد (تعجبی و مرادی، ۱۳۹۵).

یک سطح اساسی در تبیین روانشناختی که برای کمک به افراد جهت تغییر افکارشان ضروری می‌باشد، سطحی است که درمانگر را قادر به مفهوم سازی عوامل تأثیرگذار بر کنترل، اصلاح، ارزیابی و تنظیم تفکر نماید. درمان فراشناختی با تمرکز بر اصلاح باورهای فراشناختی منفی و کاهش بهره‌گیری از نگرانی برای مقابله با افکار منفی توصیف می‌گردد. راهبردهای کنترل فراشناختی ناسازگارانه (مثل نشخوار فکری، انعطاف ناپذیری در پردازش اطلاعات، نگران اندیشی، هوشیاری افراطی در مورد افکار خود) پاسخ‌هایی هستند که افراد برای کنترل و تغییر تفکر و تنظیم شناختی و هیجانی به کار می‌گیرند (شاکر، حسین‌نژاد و نبی‌زاده، ۱۳۹۷). هدف اصلی درمان فراشناختی توانا کردن بیماران به گونه‌ای است که با افکارشان به صورت متفاوتی ارتباط برقرار کنند و کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطافی را گسترش دهند و از انجام پردازش به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری تهدید، جلوگیری نمایند. به عبارتی دیگر، رویکرد فراشناختی، راهبردهایی را به بیمار می‌دهد تا خودش را از مکانیزم‌هایی که موجب قفل شدن در پردازش به صورت نگرانی، نظارت بر تهدید و خودکنترلی ناسازگارانه می‌شود، رها کند و با آموزش پردازش انعطاف‌پذیر هیجانی، طرح و برنامه‌ای را در آینده برای راهنمایی تفکر و رفتار در مواجهه با تهدید و آسیب‌پذیری کند (خانجانی، علیلو، فخاری و عبدل‌پور، ۱۳۹۵).

به طوری که مطالعه مامی و همکاران (۱۳۹۴) با عنوان اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش نشانه‌های فرانگرانی و آمیختگی فکر در مبتلایان به اختلال اضطراب فراگیر مراجعه کننده به یک بیمارستان نظامی نشان داد که تکنیک‌های فراشناختی، موجب کاهش افکار منفی خودکار نگرش‌های ناکارآمد گردیده که زمینه‌ی کاهش فرانگرانی را فراهم می‌کند.

در تبیین دیگر از اثربخشی الگوی فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی بر فرانگرانی زنان افسرده می‌توان گفت در این روش به جای چالش با افکار مزاحم و اضطراب‌زا، شامل ارتباط با افکار که مانع ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده می‌شود، زن افسرده را به این سمت هدایت می‌کند که افکار مزاحم، الزاماً به عمل ختم نمی‌شود و صرفاً یک فکر مزاحم است که باید

به حال خودش رها کرد و درگیر آن نشد، که در نتیجه کمتر به نشخوار فکری و نگرانی روی بیاورند. به عبارت دیگر، زنان می‌آموزند که رویدادهای استرس‌زای زندگی را فاجعه‌آمیز تلقی نکنند و در مقابل آن‌ها هیچ‌گونه پاسخ‌دهی تلاش‌گرانه شناختی یا رفتاری نشان ندهند که این خود باعث کاهش افسردگی در این افراد گردید که این آموزه‌ها با استفاده از تکنیک‌های تکلیف ببر، تصویرسازی ابرها، تمثیل ایستگاه قطار، تمثیل کودک نافرمان و تجویز ذهن سرگردان فراهم شد.

همچنین نتایج نشان داد درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی، بر کاهش تحریف شناختی بین فردی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان تأثیر گذار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های جانسون و همکاران (۲۰۱۷)، قدم‌پور، عزیزی و محمدی (۱۳۹۵) کاویانی، جواهری و بحرایی (۱۳۸۴)، حسینی غفاری و همکاران (۱۳۹۰)، زارع و شریفی (۱۳۹۳)، و ویسکرمی، خدایی و غضنفری (۱۳۹۸)، به صورت غیرمستقیم همخوان می‌باشد. در توجیه و تبیین این یافته می‌توان گفت تحریفات شناختی زمانی ظاهر می‌شود که پردازش اطلاعات غلط یا غیر مؤثر است. به عبارتی دیگر گاهی تجزیه و تحلیل اطلاعات در ذهن افراد تحریف می‌شود. فراشناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی با تأکید بر سطح پردازشی کنترل شده پیوسته در زنان افسرده به آن‌ها کمک می‌کند ارزیابی آگاهانه‌ای از وقایع داشته و فکر و عمل‌شان را کنترل کنند. هدف مدل فراشناختی کاهش ناهماهنگی توسط راهبردهایی همچون جذب اطلاعات به درون باورها، سرکول فکر، نشخوار فکری و نگرانی له منظور جلوگیری از ورود محرک‌های ناراحت کننده به هشیاری است (صادق‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸). درمان فراشناختی از طریق راهبردهای چون تمرین ذهن آگاهی، تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی، بررسی عقاید مثبت، ادامه دادن به چالش با عقاید مثبت، شناسایی عقاید منفی، شناسایی باورهای فراشناختی منفی و نحوه مقابله با آن‌ها و ارائه پاسخ‌های شناختی مناسب در برابر افکار مزاحم، خوداشتغالی و خیال‌پردازی، موجب کاهش تحریف‌های شناختی منفی و افزایش باورهای فراشناختی مثبت می‌شود. همچنین در این روش درمانی به چگونگی ادراکات فرد از توانایی تغییر رفتار، سطح انگیزتگی، الگوهای فکری و واکنش‌های احساسی پرداخته می‌شود و از باورهای فراشناختی به عنوان عامل اثرگذار بر پذیرش، حفظ و تغییر شناخت، استفاده می‌شود. در واقع با استفاده از مؤلفه‌های آموزشی و جایگزینی باورهای فراشناختی

منفی، ناکارآمد و ناسازگارانه با باورهای فراشناختی مثبت، منطقی و هدفمند، به کاهش تحریف‌های شناختی و به تبع آن کاهش سطح افسردگی فرد، کمک می‌شود (غلامرضایی، یوسف‌وند، غضنفری و فرخ‌زادیان، ۱۳۹۶).

در مورد اثربخشی درمان مبتنی بر الگوی فراشناختی ذهن آگاهی را می‌توان این گونه تبیین نمود که بیماران با استفاده از فن‌هایی مثل حلقه کلامی، مثبت اندیشی و فکر کردن به مسائل مثبت را می‌آموزند و تأثیر افکار خوب یا بد را در وضعیت روانی خود درک می‌کنند (بختیاری و عابدی، ۱۳۹۱).
فراشناخت درمانی موجب اصلاح سوگیری‌های شناختی گردیده و فرد را در نحوه تأثیر افکار مزاحم و احساس‌های اضطراب و نگرانی ناشی از آن آگاه می‌کند و منجر به کاهش آمیختگی فکر بیمار می‌گردد. فنون فراشناخت درمانی با تأکید بر توجه به لحظه‌ی حال و شیوه‌ی غیر قضاوتی و متمرکز بر هدف مرزهای بین فکر و احساس و فکر و رویداد و عمل را مشخص کرده و مانع از آمیختگی آن‌ها می‌شوند. در تبیین اثربخشی درمان فراشناختی می‌توان افزود افزایش کنترل فراشناختی این امکان را به بیماران می‌دهد که رابطه جدیدی با افکار خود برقرار نموده و فراشناخت‌های منفی یا تحریف‌های شناختی را اصلاح کرده و تغییر دهند در نتیجه تحریف‌های شناختی افراد افسرده کاهش پیدا می‌کند. آموزش درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی اجازه می‌دهد افراد به عقب برگردند و شرایط زندگی‌شان را تحلیل کرده و به شیوه‌ای جدید، واکنش نشان دهند (ویسکرمی، خدایی و غضنفری، ۱۳۹۸).

در مجموع آنچه می‌توان از این مطالعات استنباط کرد این است که درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی، از طریق شناسایی و اصلاح باورهای فراشناختی منفی، رویکرد درمانی اثربخشی در کاهش نشانه‌های افسردگی، فرانگرانی و تحریف‌های شناختی بین فردی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان است. از محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری دردسترس و عدم پیگیری بعد از درمان اولیه بود که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی به منظور تعیین میزان پایداری اثربخشی درمان، از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی در جامعه آماری بزرگتری استفاده گردد و پیگیری بعد از درمان نیز جهت بررسی میزان پایداری روش مداخله و قابلیت تعمیم آن به جامعه، انجام شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله مستخرج از رساله دکتری مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه محقق اردبیلی، با کد اخلاق: IR.ARUMS.REC.1397.184 از دانشگاه علوم پزشکی اردبیل می‌باشد.

حامی مالی: این مقاله مستخرج از رساله دکتری می‌باشد و حامی مالی ندارد.

نقش هر یک از نویسندگان: در این مقاله نفر اول پژوهشگر اصلی، نفر دوم استاد راهنما و نفر سوم و چهارم استادان مشاور هستند.

تضاد منافع: نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از کلیه همکاران واحد بهداشت خانواده و گروه سلامت روان مرکز بهداشت اردبیل، مسئولین و پرسنل مرکز سلامت گلستان و پایگاه‌های سلامت تابعه شهرستان اردبیل و معاونت پژوهش و فناوری دانشگاه محقق اردبیلی که در اجرای این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

- Abbasi A, Aghaei A, Ebrahimi Moghadam H. (2019). Effectiveness of metacognitive therapy on resiliency in the people with generalized anxiety. 698_691, (78) 18. (Persian). [\[link\]](#)
- Ahmadi kani Golzar A, GoliZadeh Z. (2015). Validation of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for screening postpartum depression in Iran. Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 3(3), 1-10. (Persian). [\[link\]](#)
- asadi S, bahrinian A, AsgharNejaFarid A. (2019). The effectiveness of meta - cognitive therapy on thought control strategies in women heading household ١٨ (80) 949-956. (Persian). [\[link\]](#)
- Ashori, A., Ebrahimi, M., Ghasemipour, Y. (2019). Comparison the level of cognitive distortion and life quality in the people with chronic pain, people with non-chronic pain and the habitual. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(5), 1723-1732. (Persian). [\[link\]](#)
- Behjat A, Mirshamsi Z, Karbalaie Saleh S, DashtBozorgi Z. (2020). The Effectiveness of Rehabilitation Program of Dohsa-hou on Perceived Stress, Meta-worry and Quality of Life of Hemodialysis Patients. IJRN. 7 (1), 44-54. (Persian). [\[link\]](#)
- Bakhtiyari, A, abedi, A. (2014). The effectiveness of group therapy based on the metacognitive model of disconnected mindfulness on postpartum depression. *Applied Psychology*. 2(22), 9-24. (Persian). [\[link\]](#)
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8(1), 77-100. [\[link\]](#)
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571. [\[link\]](#)
- Bridges K. R., & Harnish R. J. (2010). Role of irrational beliefs in depression and anxiety: a review. *Health*, 2 (8): 862-877. [\[link\]](#)
- Dennis C.L. (2005). Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *British Medical Journal*, 331: 7507, 15-18. [\[link\]](#)
- Dargahian R, Mohammadkhani S, Hasani J. (2014). The Efficacy of Metacognitive Therapy on Depression Symptoms Reduction, Cognitive Attentional Syndrome Components and Maladaptive Coping Styles in Patients with Major Depression. *Shefaye Khatam*. 2 (3), 45-52. (Persian). [\[link\]](#)
- Freitas CJ, Williams-Reade J, Distelberg B, Fox CA, Lister Z (2016). Paternal depression during pregnancy and postpartum: An international Delphi study. *J Affec Disord*, 202(4), 128-136. [\[link\]](#)
- Gharacheh M, Ranjbar F, Azadi S. (2018). Women's Quality of Life and Postpartum Depression. *IJN*. 30 (110), 68-77. (Persian). [\[link\]](#)
- Ghodrati Mirkoohi M, Baldaran N, Abdollahi G. (2017). Prediction of Cognitive Flexibility in Methadone-Treated Patients based on Meta-Worry, Anxiety, and Duration and Amount of Methadone Use. *Etiadpajohi*. 11 (42), 196-181 (Persian). [\[link\]](#)
- Ghadam Pour E, Azizi A, Mohamadi J. (2017). The Efficacy of Detached Mindfulness in Meta-Cognitive Therapy on Postpartum Depression. 3 *JNE*.: 5 (5): 17-22. (Persian). [\[link\]](#)
- Gholamrezaei, S., Yousefvand, M., Ghazanfari, F., Farokhzadian, A. (2018). The Effectiveness of Meta Cognitive Therapy in Meta Cognitive Beliefs Change and Body Image Concern (BICI) of Depressed Female High School Students. *Journal of Instruction and Evaluation*, 10(40), 105-127.. (Persian). [\[link\]](#)
- Hamamci Z. & Büyüköztürk, Ş (2004). The interpersonal cognitive distortions scale: development and psychometric characteristics. [\[link\]](#)
- Hawes K, McGowan E, O'Donnell M, Tucker R, Vohr B. (2016). Social emotional factors increase risk of postpartum depression in mothers of preterm infants. *J Pediat.*, 179(8), 61-67. [\[link\]](#)
- Hatami, S., Rezaei, M., Hojjat, S., Einbeigi, E., Monadi Ziarat, H. (2016). Effectiveness of Meta-cognitive Therapy on Suicidal Ideation of Depressive Patients under Medical Treatment. *Clinical Psychology Studies*, 6(22), 1-13. (Persian). [\[link\]](#)
- Hoseini Ghafari, F., Mohammadkhani, P., Pourshahbaz, A., Dolatshahi, B. (2013). The Effectiveness of Group Metacognitive Therapy on Metacognitive Beliefs, Worry and Worry Domains in patients with

- Generalized. *Journal of Clinical Psychology*, 5(1), 11-20. (Persian). [link]
- Johnson SU, Hoffart A, Nordah HM, Wampold BE. (2017). Metacognitive therapy versus disorder-specific CBT for comorbid anxiety disorders: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 50, 103-112. [link]
- Kaviani H, Javaheri F, Bahiray H. (2005). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Reducing Automatic Thoughts, Dysfunctional Attitude, Depression And Anxiety: A Sixty Day Follow-Up. *Advances in Cognitive Sciences*. 7 (1),49-59. [link]
- khanjani Z, Aliloo M M, fakhari A, Abdolpour G. (2016) the Effectiveness of Meta-Cognitive Therapy on Anxiety and Depression in Patients With Post-Traumatic Stress Disorder. *Stud Med Sci*. 27 (3), 222-230.. (Persian). [link]
- Mahdavy M, Kheirabadi G. (2020).The Prevalence of Postpartum Depression and Its Related Factors among Women in Natanz City in 2018(Iran). *Qom University of Medical Sciences Journal*, 14(2),78-85. (Persian). [link]
- Montazeri A, Torkan B, Omidvar S. (2007). The Edinburgh postnatal depression scale (EPDS): translation and validation study of the Iranian version. *BMC Psychiatry*,7(1) 11-19. (Persian). [link]
- Mami SH, Sharifi M, Mahdavi A (2015).The effectiveness of meta-cognitive therapy on reducing metaworry symptoms and thought fusion in people with generalized anxiety disorder referred to a Military Hospital. *NPWJM*. 3(7), 18-25. (Persian). [link]
- Nyamukoho E, Mangezi W, Marimbe B, Verhey R & Chibanda D. (2019). Depression among HIV positive pregnant women in Zimbabwe: a primary health care based crosssectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 19(1), 53-62. [link]
- Nigar G, Khawaja JM, Strodl E. (2011). Intolerance of uncertainty and metaworry: Relative importance in discriminating GAD. *Queensland University of Technology*. [link]
- O'Hara M W and Wisner K L. (2013). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 28 (1). 3-12. [link]
- Riskind JH, Rector NA, Taylor S. (2012). Loomingcognitive vulnerability to anxiety and its reduction in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*. 22(2), 137-62. [link]
- Salmani B, Hasani J, Mohammad-Khani Sh, Karami GhR. (2014). The efficacy of metacognitive therapy on metacognitive beliefs, metaworry and the signs and symptoms of patients with generalized anxiety disorder. *Feyz*,18(5), 428-39. (Persian). [link]
- Salerno Valdez E, Sabo S, Butler M, Camplain R, Simpson R & Castro, Y. (2019). Perinatal depression symptom prevalence on the US-Mexico border. *Journal of Rural Mental Health*, 43(1), 38-48. [link]
- Sadeghzadeh R, Ahadi H, Dortaj F, Manshaee G. (2019). The effectiveness of cognitive - behavioral therapy and metacognition based learning combination on reducing social network dependency. 18(78), 659 - 666. (Persian). [link]
- Sam Andersson, Deepti R. Bathula, Stavros I. Iliadis, MartinWalter& Alkistis Skalkidou(2021). Predicting women with depressive symptoms postpartum with machine learning methods, 11, 7877. [link]
- shaker dioulagh A, hoseinnezhad S, nabizade D. (2019) the Efficacy of Metacognitive Therapy on Metacognitive Beliefs, Meta Worry And Anxiety of Pregnant Women. *Nurs Midwifery J*,16 (11), 798-787. (Persian). [link]
- Shirani, M., Ghomrani, A., Arab Baferani, H., Fatemi, A. (2016). The Relationship between Meta-Worry and Religious Doubt among Students. *Studies in Islam and Psychology*, 10(18), 87-104. (Persian). [link]
- Taajobi.M, Moradi.O. (2016). Comparing metacognition beliefs and emotional regulation and Smoking among adolescents ordinary in Sanandaj., 3(3):40-48. (Persian). [link]
- Veiskarami H, KHodaei S, GHazanfari F. (2020). A Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Group Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Cognitive Distortions of Students with Social Anxiety Disorder. *yaft*. 21 (4),86-105. (Persian). [link]
- Veisani Y, Sayehmiri K. (2012). Prevalence of postpartum depression in Iran-a systematic review and meta-analysis. *Iran J Obstet Gynecol Infertil*.15(14), 21-99. (Persian). [link]

- Veiskarami H, KHodaei S, GHazanfari F. (2020).)A Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Group Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Cognitive Distortions of Students with Social Anxiety Disorder. yafte. 21 (4), 86-105.. (Persian). [\[link\]](#)
- Wells, A. (2005). Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. Journal of Rational- Emotional & Cognitive Behavioral Therapy, 23(4), 337-355. [\[link\]](#)
- Wells A, Matthews G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: the S-REF model. Behav Res Ther,34(11-12), 881-888. [\[link\]](#)
- Wells A. (2007). Cognition About Cognition: Metacognitive Therapy and Change in Generalized Anxiety Disorder and Social Phobia. Cogn BehavPract, 14(1), 18-25. [\[link\]](#).
- zare H, Sasannejad R. (2019). The Relationship between Meta-Worry Beliefs and Symptoms of Menopause with the Sense of Coherence among Postmenopausal Women. Quarterly Journal of Health Psychology, 8(29), 68-81(Persian). [\[link\]](#)
- Zare H, Sharifi S. (2014)The Effect of Wells' Metacognitive Therapy on thought control strategies Addicts of with Drug Abuse. JCP2 (3), 49-58. (Persian). [\[link\]](#)