



Effectiveness of Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy on Rumination in Individuals with Generalized Anxiety Symptoms

Mohammad Reza Khodabakhsh^{1*} , Samaneh Zavvar² 

Article Info	Abstract
<p>Article type: Science Article</p> <p>Received: 2025/11/23 Accepted: 2026/01/28</p>	<p>This study aimed to investigate the effectiveness of transdiagnostic cognitive behavioral therapy on rumination in individuals with generalized anxiety symptoms. This study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a follow-up phase. The statistical population of this study included all residents of Mashhad (in regions 1 and 2) with generalized anxiety symptoms aged 20 to 50 years and with an anxiety score above 10, of whom 30 were selected through purposive sampling. In this regard, 15 people were placed in the experimental group and 15 people in the control group (randomly). The research tools were the Spitzer Generalized Anxiety Inventory (2006) and the Hoeksma and Maro Rumination Inventory (1991). Barlow's transdiagnostic cognitive behavioral therapy (2011) was implemented for 3 months in 12 sessions (one 90-minute session per week). The results of the study using repeated measures analysis of covariance showed that the aforementioned treatment was able to significantly improve rumination in the experimental group. While there was no change in the control group. Therefore, it can be concluded that transdiagnostic cognitive behavioral therapy is an effective treatment for improving rumination in people with social anxiety symptoms that should be given more attention.</p>
Keywords	ansdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy, Rumination, generalized anxiety

Publisher: Shiraz University

Corresponding Author: Mohammad Reza Khodabakhsh

Email: mr_khodabakhsh@yahoo.com

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Ne. C., Islamic Azad University, Neyshabur, Iran. (Corresponding Author)

2. Masters in Clinical Psychology, Hakim Toos Institute of Higher Education, Mashhad, Iran.



COPYRIGHTS ©2025 The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the Original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publisher

Doi: <https://doi.org/10.22099/ebd.2026.8557>

Extended Abstract

Introduction

Anxiety disorders are currently recognized as the most prevalent mental health challenges globally, consistently associated with functional impairment, diminished quality of life, and increased healthcare costs. Among the twelve anxiety disorders listed in the DSM-5, Generalized Anxiety Disorder (GAD) stands out as one of the most common. Research indicates that the manner in which events are analyzed and interpreted, intolerance of uncertainty, and metacognitive beliefs can predict the onset of this disorder (Shekhpur & Mostafaei., 2024). According to the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, GAD is defined as excessive and uncontrollable worry concerning a wide range of issues, persisting for more days than not for at least six months. This disorder holds the highest rate of comorbidity with other psychiatric conditions and is recognized as a major challenge to public health (Han et al., 2025). It is noteworthy that individuals suffering from GAD often experience "rumination." Rumination typically involves passive and repetitive focus on negative past experiences, failures, and regrets. This thought process, which occurs consciously and repeatedly, often even in the absence of environmental triggers, hinders adaptive problem-solving, disrupts emotional processing, and exacerbates negative emotions. Recent studies in recent years have introduced rumination not merely as a symptom but as a transdiagnostic mechanism playing a fundamental role in maintaining and perpetuating a wide spectrum of psychiatric disorders (Misaki et al., 2026).

A closer examination of this phenomenon reveals that rumination is characterized by compulsive and repetitive focus on negative thoughts and over-analysis of past events. Often accompanied by negative emotions such as sadness, anxiety, and hopelessness, this process traps the individual in a repetitive cycle of negative thinking rather than finding practical solutions. Individuals prone to rumination typically cling to the past and continuously scrutinize the reasons for their failures instead of focusing on the future and new strategies. This excessive focus prevents the individual from enjoying the present moment and directs energy toward positive activities. Furthermore, rumination is associated with reduced concentration, sleep disturbances, decreased motivation, and chronic fatigue. In summary, this phenomenon is characterized by features such as extreme focus on negative thoughts, continuous analysis of the past, feelings of helplessness in controlling thoughts, and reduced enjoyment of life (Hitchcock & Frank., 2024).

One of the primary reasons individuals turn to rumination is the effort to reduce the intensity of negative emotions. When faced with an unpleasant event, instead of confronting their feelings directly, an individual may resort to rumination. Although focusing on negative details can temporarily alleviate the intensity of painful emotions, this reduction is temporary and leads to the reinforcement of negative emotions and the creation of a vicious cycle in the long run (Zhang et al., 2025). In addition to psychological aspects, advancements in neuroimaging technology have established that rumination is associated with abnormal activity in specific brain regions. Individuals with rumination typically exhibit heightened activity in areas associated with processing negative information and self-criticism, and reduced activity in regions responsible for attentional control and inhibiting emotional responses. This pattern makes it difficult for the individual to easily shift attention away from negative thoughts and regulate their emotions (Tan & Chia., 2025).

Given the consequences of rumination among individuals with GAD, it is essential to implement interventions for their improvement. One such intervention, which has been the subject of limited studies to date, is "Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy" (T-CBT). This comprehensive therapeutic approach, inspired by the core principles of CBT and integrating various techniques, addresses a wide range of psychological disorders. The distinctive feature of T-CBT is that instead of focusing on a specific disorder, it concentrates on teaching coping skills to individuals to manage unhealthy thoughts, emotions, and behaviors (Martinez et al., 2023). These skills include identifying and challenging distorted thoughts, emotion regulation, behavior change, and increasing distress tolerance. As an evidence-based approach, this therapy can be delivered in individual or group sessions, alone or in conjunction with pharmacotherapy (Topooco et al., 2026).

Therefore, considering the prevalence of GAD and the destructive impact of rumination on individual functioning, finding effective therapeutic interventions is of high importance. Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy, by focusing on changing maladaptive cognitive and behavioral patterns, can be proposed as an effective treatment option. However, despite theoretical advancements, empirical studies specifically examining the efficacy of this treatment on "rumination" in the Iranian population are limited. Most previous studies have focused on reducing general anxiety symptoms and have paid less attention to mediating mechanisms such as rumination. Furthermore, given the specific socio-cultural characteristics of Iranian society, the direct generalization of Western findings without re-

testing in the country's cultural context faces challenges. Consequently, conducting a study that specifically examines the efficacy of Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy on rumination in individuals with GAD in Iranian society holds high scientific and clinical significance. The results of such research can contribute to expanding knowledge regarding therapeutic change mechanisms and offering more efficient solutions. Accordingly, the main objective of this study is to answer the question of whether Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy can influence the reduction of rumination in individuals with symptoms of Generalized Anxiety Disorder.

Research Questions

The primary question guiding this research is: Does Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy have a significant effect on reducing rumination in individuals with symptoms of Generalized Anxiety Disorder?

Methods

The present study employed a quasi-experimental design with a pre-test, post-test, follow-up, and a control group. The statistical population included all residents of Mashhad (Districts 1 and 2) aged 20 to 50 years who exhibited symptoms of Generalized Anxiety Disorder and scored above 10 on the anxiety scale. A total of 30 individuals were selected through purposive sampling. Participants were randomly assigned to two groups: an experimental group (n=15) and a control group (n=15). The research instruments utilized were the Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) by Spitzer et al. (2006) and the Ruminative Responses Scale (RRS) by Nolen-Hoeksema and Morrow (1991). The intervention implemented was Barlow's Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders (2011), which was conducted over a period of three months, comprising 12 weekly sessions, each lasting 90 minutes. The control group received no intervention during this period. Data analysis was performed using Repeated Measures Analysis of Covariance (ANCOVA) to examine the differences between the groups across the three time points (pre-test, post-test, and follow-up).

Results

The findings of the study, analyzed through Repeated Measures ANCOVA, indicated that Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy had a statistically significant effect on improving rumination in the experimental group. Specifically, the mean scores of rumination in the experimental group decreased significantly from pre-test to post-test, and this improvement was maintained at the follow-up stage. In contrast, the control group showed no significant changes in rumination scores across the three time points. The results confirmed that the intervention effectively reduced the levels of rumination in individuals suffering from Generalized Anxiety Disorder symptoms, whereas the absence of treatment in the control group resulted in the persistence of symptoms.

Discussion

The results of this study demonstrated that Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy is an effective intervention for reducing rumination in individuals with Generalized Anxiety Disorder. This finding is consistent with the theoretical underpinnings of T-CBT, which posits that targeting transdiagnostic processes—such as cognitive reactivity, emotional avoidance, and maladaptive attentional focus—can alleviate symptoms across various diagnostic categories. The therapy likely reduced rumination by enhancing metacognitive awareness, allowing participants to identify negative thought patterns as mental events rather than objective facts. Furthermore, the emphasis on cognitive restructuring and the development of adaptive coping skills (e.g., problem-solving and emotion regulation) equipped participants with the tools to break the cycle of repetitive negative thinking. The significant improvement in the experimental group compared to the control group underscores the importance of integrated treatment protocols that address the underlying mechanisms of comorbidity, such as rumination, rather than solely focusing on disorder-specific symptoms. These findings suggest that T-CBT can be a valuable addition to clinical practice for treating GAD, particularly in cultural contexts like Iran, where rumination may be a prominent maintaining factor.

Keywords: Transdiagnostic Cognitive Behavioral Therapy, Rumination, Generalized Anxiety Disorder



اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری فراتشخیصی بر نشخوار فکری در افراد با علائم اضطراب تعمیم یافته

محمد رضا خدابخش^{۱*}، سمانه زوار^۲

اطلاعات مقاله	چکیده
<p>نوع مقاله: مقاله علمی</p> <p>تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۰۲</p> <p>تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۱/۰۸</p>	<p>این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری فراتشخیصی بر نشخوار فکری در افراد با علائم اضطراب تعمیم یافته است. این پژوهش از نوع شبه-آزمایشی با طرح پیش-آزمون-پس-آزمون همراه با گروه کنترل و یک مرحله پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش نیز شامل همه افراد ساکن مشهد (در منطقه ۱ و ۲) با علائم اضطراب تعمیم یافته در سطح سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و با نمره اضطرابی بالای ۱۰ بودند که تعداد ۳۰ نفر از آنان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. در این راستا، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل (به صورت تصادفی) جای گرفتند. ابزارهای پژوهش نیز پرسش‌نامه اضطراب فراگیر اسپیتزر (۲۰۰۶) و پرسش‌نامه نشخوار فکری هوکسما و مارو (۱۹۹۱) بود. درمان‌شناختی رفتاری فرا تشخیصی بارلو (۲۰۱۱) به مدت ۳ ماه در طی ۱۲ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) اجرا شد. نتایج پژوهش با استفاده از آزمون تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان مذکور توانسته به گونه‌ای معنادار بر بهبود نشخوار فکری گروه آزمایش نقش داشته باشد. در حالی که در گروه کنترل تغییری ایجاد نشد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که درمان‌شناختی رفتاری فرا تشخیصی یک درمان موثر برای بهبود نشخوار فکری افراد با علائم اضطراب اجتماعی است که می‌بایست به آن بیش‌تر توجه شود.</p>
کلیدواژه‌ها	درمان‌شناختی رفتاری فرا تشخیصی، نشخوار فکری، اضطراب تعمیم یافته

ناشر: دانشگاه شیراز

ایمیل: r_khodabakhsh@yahoo.com

* نویسنده مسئول: محمدرضا خدابخش

۱. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور، نیشابور، ایران (نویسنده مسئول).

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، موسسه آموزش عالی حکیم طوس، مشهد، ایران.



COPYRIGHTS ©2025 The author(s). This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, as long as the Original authors and source are cited. No permission is required from the authors or the publisher

Doi: <https://doi.org/10.22099/ebd.2026.8557>

مقدمه

امروزه اختلالات اضطرابی رایج‌ترین مشکلات سلامت روان در سراسر جهان هستند که همواره با اختلال در عملکرد، کیفیت پایین زندگی و افزایش هزینه‌های بهداشت و سلامتی همراه بوده‌اند. در میان دوازده اختلال اضطرابی فهرست شده در-DSM 5، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته جزء شایع‌ترین آن‌ها به شمار می‌رود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که چگونگی تحلیل و تفسیر رویدادها، تحمل یا عدم تحمل موقعیت مبهم و باورهای فراشناختی می‌تواند بروز این اختلال را پیش‌بینی کند (Shekhar & Mostafaei, 2024). بر اساس پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال اضطراب تعمیم‌یافته به نوعی نگرانی مفرط و غیرقابل کنترل در مورد گستره‌ای از مسائل تعریف می‌شود که در بیش‌تر روزها و حداقل به مدت شش ماه تداوم می‌یابد. این اختلال بالاترین نرخ همبودی را با سایر اختلالات روانپزشکی دارد و به عنوان یکی از چالش‌های اصلی سلامت روان شناخته می‌شود (Han et al., 2025).

گفتنی است که اشخاصی که از اختلال اضطراب تعمیم‌یافته رنج می‌برند، اغلب دچار «نشخوار فکری» نیز می‌شوند. نشخوار فکری معمولاً شامل تمرکز و ارزیابی منفعلانه بر تجارب منفی گذشته، شکست‌ها و پشیمانی‌هاست. این فرآیند تفکری که به صورت آگاهانه، مکرر و اغلب حتی در نبود محرک‌های محیطی ظاهر می‌شود، با ممانعت از حل مسئله به صورت سازگارانه، منجر به مختل شدن پردازش هیجانی و افزایش هیجانات منفی می‌شود. پژوهش‌های نوین در سال‌های اخیر، نشخوار فکری را نه تنها به عنوان یک علامت بلکه به عنوان یک مکانیسم فراتشخیصی معرفی کرده‌اند که در حفظ و تداوم طیفی وسیع از اختلالات روان‌پزشکی نقش اساسی دارد (Misaki et al., 2026).

بررسی دقیق‌تر این پدیده نشان می‌دهد که نشخوار فکری با تمرکز مکرر و اجباری بر روی افکار منفی و تجزیه و تحلیل بیش از حد رویدادهای گذشته مشخص می‌شود. این فرآیند که اغلب با احساسات منفی مانند غم، اضطراب و ناامیدی همراه است، به جای یافتن راه حل‌های عملی، فرد را در یک چرخه تکراری از تفکر منفی گرفتار می‌کند. افرادی که به نشخوار فکری مبتلا هستند، معمولاً به جای تمرکز بر آینده و راهکارهای جدید، به گذشته چسبیده و مداوم دلایل شکست‌ها را بررسی می‌کنند. این تمرکز بیش از حد باعث می‌شود فرد نتواند از لحظه حال لذت ببرد و انرژی خود را صرف فعالیت‌های مثبت کند. همچنین، نشخوار فکری با کاهش توانایی تمرکز، اختلال در خواب، کاهش انگیزه و احساس خستگی مزمن همراه است. به طور خلاصه، این پدیده با ویژگی‌هایی مانند تمرکز افراطی بر افکار منفی، تجزیه و تحلیل مداوم گذشته، احساس ناتوانی در کنترل افکار و کاهش لذت از زندگی مشخص می‌شود (Hitchcock & Frank., 2024).

یکی از دلایل اصلی روی آوردن افراد به نشخوار فکری، تلاش برای کاهش شدت احساسات منفی است. زمانی که فردی با یک رویداد ناخوشایند مواجه می‌شود، به جای مواجهه مستقیم با احساسات، ممکن است به نشخوار فکری پناه ببرد. اگرچه تمرکز بر جزئیات منفی می‌تواند به طور موقت از شدت احساسات دردناک بکاهد، اما این کاهش موقتی است و در درازمدت به تقویت احساسات منفی و ایجاد یک چرخه معیوب منجر می‌شود (Zhang et al., 2025). افزون بر جنبه‌های روان‌شناختی، با پیشرفت تکنولوژی تصویربرداری مغزی، مشخص شده است که نشخوار فکری با فعالیت‌های غیرعادی در مناطق خاصی از مغز مرتبط است. افرادی که به نشخوار فکری مبتلا هستند، معمولاً فعالیت بیش‌تری در مناطقی دارند که با پردازش اطلاعات منفی و خودانتقادی مرتبط هستند و فعالیت کم‌تری در مناطق مسئول کنترل توجه و مهار پاسخ‌های هیجانی دارند. این الگو

1. Anxiety Disorders

2. Generalized anxiety disorder

3. Rumination

باعث می‌شود فرد نتواند به راحتی توجه خود را از افکار منفی دور کند و احساسات خود را تنظیم کند (Tan & Chia, 2025).

با توجه به پیامدهای نشخوار فکری در بین افراد مبتلا به اضطراب تعمیم‌یافته، ضروری است که برای بهبود آن‌ها مداخلاتی صورت گیرد. یکی از این مداخلات که تاکنون مطالعاتی محدود در رابطه با آن صورت گرفته است، «درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی» است. این رویکرد درمانی جامع، با الهام از اصول اصلی درمان شناختی رفتاری و تلفیق روش‌های گوناگون، به درمان طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی می‌پردازد. ویژگی بارز درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی این است که به جای تمرکز بر یک اختلال خاص، بر آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به افراد برای مدیریت افکار، احساسات و رفتارهای ناسالم تمرکز می‌کند (Martínez et al., 2023). این مهارت‌ها شامل شناسایی و به چالش کشیدن افکار تحریف‌شده، تنظیم هیجانات، تغییر رفتار و افزایش تحمل پریشانی است. این درمان به عنوان یک رویکرد مبتنی بر شواهد، می‌تواند در جلسات فردی یا گروهی و به تنهایی یا همراه با درمان دارویی ارائه شود (Topooco et al., 2026).

بنابراین، با توجه به گستردگی اختلال اضطراب تعمیم‌یافته و تأثیر مخرب نشخوار فکری بر عملکرد افراد، یافتن مداخلات درمانی مؤثر از اهمیت بالایی برخوردار است. درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی با تمرکز بر تغییر الگوهای شناختی و رفتاری ناکارآمد، می‌تواند به عنوان یک گزینه درمانی مؤثر مطرح شود. با این حال، با وجود پیشرفت‌های نظری، مطالعات تجربی که به طور خاص اثربخشی این درمان را بر «نشخوار فکری» در جمعیت ایرانی بررسی کرده باشند، محدود است. اکثر پژوهش‌های قبلی بر کاهش علائم کلی اضطراب تمرکز داشته‌اند و کم‌تر به مکانیسم‌های واسطه‌ای مانند نشخوار فکری پرداخته‌اند. از سوی دیگر، با توجه به ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی خاص جامعه ایران، تعمیم مستقیم یافته‌های غربی بدون آزمون مجدد در بافت فرهنگی کشور، با چالش‌هایی روبه‌رو است. بنابراین، انجام پژوهشی که به طور اختصاصی به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی بر نشخوار فکری در افراد مبتلا به اضطراب تعمیم‌یافته در جامعه ایران بپردازد، از نظر علمی و بالینی دارای اهمیت بالایی است. نتایج این پژوهش می‌تواند به گسترش دانش در مورد مکانیسم‌های تغییر درمانی و ارائه راهکارهای کارآمدتر کمک کند. بر این اساس، هدف اصلی این پژوهش، پاسخ به این پرسش است که آیا درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی می‌تواند بر کاهش نشخوار فکری در افراد با علائم اضطراب تعمیم‌یافته تأثیر بگذارد یا خیر؟

روش پژوهش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با مرحله پیگیری می‌باشد.

جامعه آماری

جامعه آماری شامل همه افراد ساکن مشهد (در منطقه ۱ و ۲) با علائم اضطراب تعمیم‌یافته در سطح سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و با نمره اضطرابی بالای ۱۰ بودند که علائم نشخوار فکری را از خود بروز می‌دادند. این اشخاص بعد از مشاهده گواهی مربوط به شرکت داوطلبانه در پژوهش، در این مطالعه شرکت کردند. از این میان این اشخاص، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل (به صورت تصادفی) جای گرفتند. مداخله روی گروه آزمایش اجرا شد در حالی که گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. با این حال به شرکت‌کنندگان گروه کنترل اطمینان داده شد که بعد از اتمام پژوهش، می‌توانند از گروه درمانی استفاده کنند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت‌اند از: ۱) کسب نمره بالای ۱۰ در پرسش‌نامه اختلال اضطراب فراگیر، ۲) داشتن سن حداقل ۲۰ سال و حداکثر ۵۰ سال، ۳) داشتن مدرک تحصیلی دیپلم و بالاتر جهت همکاری با پژوهشگر، ۴) عدم مصرف داروهای ضداضطراب، ضدافسردگی و روان‌درمانی در ۶ ماه اخیر: این اطلاعات به واسطه مشاهده بالینی و سوال پرسیدن از شرکت‌کنندگان حاصل شد، ۵) تمایل آگاهانه و انگیزه کافی جهت شرکت و ادامه درمان، ۶) عدم شرکت در مداخله درمانی مربوط به پژوهش‌های دیگر و ۷) عدم اعتیاد به داروهای روان‌گردان، مخدر و محرک که همکاری با پژوهشگر را با مشکل روبه‌رو سازد. این اطلاعات به واسطه مشاهده بالینی و سوال پرسیدن از شرکت‌کنندگان حاصل شد.

در این راستا، ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت‌اند از: ۱) وجود هرگونه اختلال محور ۱ به جز اختلال اضطراب تعمیم‌یافته: این اطلاعات به واسطه مشاهده و مصاحبه بالینی با شرکت‌کنندگان حاصل شد. ۲) وجود نشانگان روان‌پریشی یا بیماری‌های جسمی ویژه: این اطلاعات به واسطه مشاهده و مصاحبه بالینی با شرکت‌کنندگان حاصل شد. ۳) گزارش هرگونه تلاش و حتی تفکر برای اقدام به خودکشی در هر زمان از پژوهش: این اطلاعات به واسطه مشاهده و مصاحبه بالینی با شرکت‌کنندگان حاصل شد و ۴) غیبت در جلسات درمانی.

ابزار پژوهش

پرسش‌نامه اضطراب تعمیم‌یافته (GAD-7)

برای تشخیص اضطراب تعمیم‌یافته از پرسش‌نامه اضطراب فراگیر اسپیتزر^۱ استفاده شد. این پرسش‌نامه توسط اسپیتزر و همکاران در سال ۲۰۰۶ ساخته شده است و ۷ سوال دارد که به صورت لیکرتی ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. بدین صورت که گزینه اصلاً=نمره ۰، گزینه چند روز=نمره ۱، گزینه بیش از نصف روز=نمره ۲ و گزینه تقریباً هر روز=نمره ۳ را به خود اختصاص می‌دهد. بر اساس این نمره‌دهی، دامنه نمره بین ۰ تا ۲۱ است و کسب نمره ۱۱ نشانگر وجود اضطراب تعمیم‌یافته در اشخاص می‌باشد. (Spitzer et al (2006 با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و ضریب بازآزمایی مقیاس را به تربیت ۰/۹۲ و ۰/۸۳ گزارش نمودند. درستی همگرایی این مقیاس با پرسش‌نامه‌های اضطراب بک، چک لیست نشانگان روانی ۹۰ سوالی، پرسش‌نامه زمینه‌یابی سلامت مورد ارزیابی و بررسی قرار گرفته است. در این راستا، ضریب همبستگی نمره مقیاس اضطراب فراگیر با مقیاس اضطراب بک ۰/۷۲، چک لیست نشانگان روانی ۹۰ گویه‌ای ۰/۷۴ و پرسش‌نامه زمینه‌یابی سلامت و زیرمقیاس‌های آن بین ۰/۳۰ (برای بعد کارکرد جسمی) تا ۰/۷۵ (برای بعد سلامت روانی) بدست آمده است. در پژوهشی بر روی دانشجویان و فراگیران ایرانی و همچنین، نمونه‌های بالینی نتایج تحلیل عاملی اکتشافی، حاکی از وجود یک عامل با درصد تبیین ۵۳ درصد بود. در این بین، ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر با مقیاس اضطراب - صفت اسپیلبرگر ۰/۷۱ (برای بعد حالت) و ۰/۵۲ (برای بعد صفت) و با خرده مقیاس اضطراب ۱۲ سوالی از چک لیست نشانه‌های بالینی ۰/۶۳ بدست آمده است. همچنین، ضریب همبستگی مقیاس کوتاه اختلال اضطراب فراگیر و بعد سلامت روان شناختی پرسش‌نامه زمینه‌یابی سلامت عمومی ۰/۲۸ - بدست آمد (Nainian et al., 2011).

پرسش‌نامه نشخوار فکری

۱. Spitzer

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۱ توسط نالن هوکسما و مارو^۱ ساخته شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۲ سوال است که جواب هر سوال به شکل یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای از هرگز تا همیشه می‌باشد (هرگز=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب اوقات=۳ و همیشه=۴). نمره بین ۲۲ تا ۳۳ نشانگر میزان افسردگی و اضطراب پایین، نمره بین ۳۳ تا ۵۵ نشانه میزان افسردگی و اضطراب متوسط و نمره بالاتر از ۵۵ نشانه میزان افسردگی و اضطراب بالا است. همچنین، این پرسش‌نامه دارای سه زیرمقیاس و مولفه می‌باشد که عبارتند از: بروز دادن (بازتاب دادن)، در فکر فرو رفتن و افسردگی. سوالات ۷، ۱۱، ۱۲، ۲۰ و ۲۱ مربوط به زیرمقیاس بازتاب، سوالات ۵، ۱۰، ۱۳، ۱۵ و ۱۶ مربوط به بعد در فکر فرو رفتن و سوالات ۱ تا ۴ و ۶، ۸، ۹، ۱۴، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۲ مربوط به افسردگی می‌باشد. بر اساس مطالعات صورت گرفته، ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه ۰/۸۸ است (Bagheri Nezhad, Salehi Fadardi & Tabatabai., 2011).

مداخله درمانی

در این مطالعه پژوهشگر آزمودنی‌ها را به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم‌بندی نمود. گروه آزمایش تحت درمان فراشخصی به مدت ۳ ماه در طی ۱۲ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) قرار گرفتند. در حالی که گروه کنترل هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. با این حال کوشش شد تا بعد از اتمام پژوهش، برای گروه کنترل نیز درمان برگزار شود. محقق به شرکت‌کنندگان اطمینان خاطر داد که اطلاعات شخصی آنان محرمانه می‌ماند و اسمشان در پژوهش ذکر نمی‌شود. همچنین، در این پژوهش هیچ گونه آسیبی از نظر روانی و جسمی به شرکت‌کنندگان وارد نخواهد شد. پروتکل مربوط به جلسات نیز به قرار زیر است:

جدول ۱. خلاصه پروتکل درمان فرا تشخیصی (Barlow (2011)

جلسه	کلیات	محتوا
جلسه اول	افزایش انگیزه	مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان
جلسه دوم	ارائه آموزش روانی	بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه‌ای تجارب هیجانی و مدل IRC
جلسه سوم و چهارم	آموزش آگاهی هیجانی	یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به آنها با استفاده از روش‌های ذهن آگاهی)
جلسه پنجم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی	ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر
جلسه ششم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان	آشنایی با راهبردهای گوناگون اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی‌یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان

^۱. Nalan Hoksma & Maru

جلسه هفتم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان ADBS	آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی، شناسایی ADBS ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارویی با رفتارها
جلسه هشتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی	افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم
جلسه نهم و دهم	رویارویی با هیجان‌ها مبتنی بر موقعیت	آگاهی یافتن از منطق رویارویی هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله‌مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب
جلسه یازدهم و دوازدهم	پیشگیری از عود	مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی بیمار، پس از آزمون

داده‌های به دست آمده به دو صورت توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. در آمار توصیفی، فراوانی و درصد اطلاعات جمعیت شناختی و میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروهها (به تفکیک) بررسی شدند. در آمار استنباطی نیز فرضیه‌های پژوهش مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند و از آزمون آماری تحلیل کوواریانس با روش اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نرم افزار آماری نیز SPSS-22 بود.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات نشخوار فکری به تفکیک برای افراد گروههای کنترل و آزمایش، در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. توصیف آماری نمرات نشخوار فکری در سه مرحله اندازه‌گیری به تفکیک گروه

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد
نشخوار فکری	کنترل	پیش‌آزمون	۳۸/۷۵	۱۰/۵۸
		پس‌آزمون	۴۰/۰۸	۸/۳۶
آزمایش	پیش‌آزمون	پیش‌آزمون	۴۶/۶۷	۸/۷۸
		پس‌آزمون	۲۲	۱۴/۱۵
	پیگیری	پس‌آزمون	۱۵/۹۰	۸/۶۷
		پیگیری		۸/۲۶

در جدول ۲ آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات متغیر نشخوار فکری به تفکیک برای افراد گروههای کنترل و آزمایش در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود، در گروه کنترل میانگین نمرات در پیش‌آزمون نسبت به مراحل پس‌آزمون و پیگیری تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد،

ولی در گروه آزمایش، شاهد کاهش نمرات در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون هستیم. به منظور بررسی اثربخشی درمان‌شناختی رفتاری فرا تشخیصی بر نشخوار فکری در افراد با علائم اضطراب تعمیم‌یافته، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی استفاده شد. نتایج مربوط به اجرای این آزمون و بررسی پیش فرض‌های آن در ادامه ارائه شده است.

جدول ۳. نتیجه آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس‌ها

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
پیش‌آزمون نشخوار فکری	۰/۶۰	۱	۲۰	۰/۴۴
پس‌آزمون نشخوار فکری	۰/۰۳	۱	۲۰	۰/۸۶
پیگیری نشخوار فکری	۰/۲۶	۱	۲۰	۰/۶۱

همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است، نتایج آزمون لوین معنادار نمی‌باشد. از این رو، فرض صفر مبنی بر همگنی واریانس متغیرها مورد تایید قرار می‌گیرد.

جدول ۴. نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
	Z کالموگروف	سطح معنی داری	Z کالموگروف	سطح معنی داری	
نشخوار فکری	۰/۱۰۹	۰/۹۳۳	۰/۰۷۸	۰/۹۹۸	۰/۸۶۳

در جدول ۴ نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آورده شده است. بر اساس نتایج مندرج در جدول، سطح معناداری آماره محاسبه شده برای تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ می‌باشد. بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته می‌شود.

جدول ۵. نتیجه آزمون کرویت ماچلی

متغیر	آماره مخلی	خی دو	df	سطح معناداری
نشخوار فکری	۰/۹۷۷	۰/۴۴۳	۲	۰/۸۰۱

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، آزمون کرویت مخلی به لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد که نشان‌دهنده برقراری مفروضه کرویت می‌باشد.

جدول ۶. نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی چند متغیری برای مقایسه نشخوار فکری گروههای کنترل و آزمایش

اثر	مقادیر	F	درجه آزادی اثر	درجه آزادی	معناداری	اندازه اثر
تکرار	۰/۲۰۱	۲/۳۸۵	۲	۱۹	۰/۱۱۹	خطا
اثر پیلاهی	۰/۲۰۱	۲/۳۸۵	۲	۱۹	۰/۱۱۹	
لامبدای ویلکز	۰/۷۹۹	۲/۳۸۵	۲	۱۹	۰/۱۱۹	
اثر هتلینگ	۰/۲۵۱	۲/۳۸۵	۲	۱۹	۰/۱۱۹	
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۵۱	۲/۳۸۵	۲	۱۹	۰/۱۱۹	
تکرار * گروه	۰/۵۶۲	۱۲/۱۶۹	۲	۱۹	۰/۰۰۱	
اثر پیلاهی	۰/۵۶۲	۱۲/۱۶۹	۲	۱۹	۰/۰۰۱	
لامبدای ویلکز	۰/۴۳۸	۱۲/۱۶۹	۲	۱۹	۰/۰۰۱	
اثر هتلینگ	۱/۲۸۱	۱۲/۱۶۹	۲	۱۹	۰/۰۰۱	
بزرگترین ریشه روی	۱/۲۸۱	۱۲/۱۶۹	۲	۱۹	۰/۰۰۱	

در جدول ۶ نتایج آزمون‌های چند متغیری جهت بررسی تفاوت میانگین نمرات نشخوار فکری گروههای کنترل و آزمایش در طی مراحل درمان، ارائه شده است. اطلاعات مندرج در جدول بالا نشان می‌دهد که آزمون‌های چندمتغیری مربوط به اثر تعاملی معنی‌دار هستند که این موضوع بیانگر وجود اثر تعاملی بین گروهها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروهها در طی مراحل اندازه‌گیری) است.

جدول ۷. نتایج آزمون اثرات درون آزمودنی تک متغیری برای مقایسه نشخوار فکری گروههای کنترل و آزمایش

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
تکرار	به فرض کرویت	۲	۲۲۱/۳۲۰	۲/۷۴۵	۰/۰۷۶	۰/۱۲۱
	گرین هوس-گیزر	۱/۹۵۵	۲۲۶/۴۱۶	۲/۷۴۵	۰/۰۷۸	۰/۱۲۱
	هین-فلت	۲	۲۲۱/۳۲۰	۲/۷۴۵	۰/۰۷۶	۰/۱۲۱
	کران پایین	۱	۴۴۲/۶۳۹	۲/۷۴۵	۰/۱۱۳	۰/۱۲۱
تکرار * گروه	به فرض کرویت	۲	۹۶۶/۷۷۴	۱۱/۹۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷۵
	گرین هوس-گیزر	۱/۹۵۵	۹۸۹/۰۳۴	۱۱/۹۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷۵
	هین-فلت	۲	۹۶۶/۷۷۴	۱۱/۹۹۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷۵
	کران پایین	۱	۹۳۳/۵۴۸	۱۱/۹۹۰	۰/۰۰۲	۰/۳۷۵
خطا	به فرض کرویت	۴۰	۸۰/۶۳۲			
	گرین هوس-گیزر	۳۹/۱۰۰	۸۲/۴۸۹			
	هین-فلت	۴۰	۸۰/۶۳۲			
	کران پایین	۲۰	۱۶۱/۲۶۵			

در جدول ۷ نتایج آزمون اثرات درون‌آزمودنی تک متغیری برای مقایسه نشخوار فکری در گروه‌های کنترل و آزمایش، نشان داده شده است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۷، مقادیر F مربوط به اثرات تعاملی بین گروه‌ها و تکرار (یعنی وجود تفاوت بین گروه‌ها در طی مراحل اندازه‌گیری)، در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/01$). معنی‌داری اثرات تعاملی نشان‌دهنده وجود تفاوت بین روند تغییرات نمرات نشخوار فکری گروه‌های کنترل و درمان‌شناختی رفتاری فراتشخیصی در طی مراحل اندازه‌گیری است.

جدول ۸. آزمون تعقیبی بن‌فرونی

متغیر وابسته	گروه	مرحله	مرحله	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
نشخوار فکری	کنترل	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۳۳۳	۳/۹۳۰	۱
		پیگیری		-۷/۹۱۷	۳/۵۷۰	۰/۱۱۵
آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	-۶/۵۸۳	۳/۴۸۲	۰/۲۲۰
		پس آزمون	پیگیری	۱۲/۶۰۰	۴/۳۰۵	۰/۰۲۵
	پس آزمون	پیگیری		۱۸/۷۰۰	۳/۹۱۱	۰/۰۰۱
		پیگیری		۶/۱۰۰	۳/۸۱۴	۰/۳۷۶

در جدول ۸ مقایسه‌های زوجی جهت بررسی تفاوت بین نمرات نشخوار فکری در طی مراحل درمان، برای هر یک از گروه‌های کنترل و درمان‌شناختی رفتاری فراتشخیصی آورده شده است. براساس نتایج بدست آمده در گروه درمان‌شناختی رفتاری فراتشخیصی تفاوت بین میانگین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری معنی‌دار می‌باشد ($p < 0/05$) با مقایسه میانگین نمرات در سه مرحله مشاهده می‌شود که میانگین نمرات نشخوار فکری در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون به طور معنی‌داری کاهش یافته است. تفاوت بین نمرات مرحله پس آزمون با نمرات مرحله پیگیری معنی‌دار نیست ($p > 0/05$) که نشان‌دهنده ثبات اثرات درمان با گذشت زمان می‌باشد. در گروه کنترل نیز تفاوت بین نمرات مرحله پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری و همچنین، تفاوت بین نمرات مرحله پس آزمون با نمرات پیگیری معنی‌دار نیست ($p > 0/05$).

جدول ۹. نتایج آزمون اثرات بین‌آزمودنی برای مقایسه میانگین نگرانی گروه‌ها

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری
نشخوار فکری	گروه	۵۱۰۷/۲۷۳	۱	۵۱۰۷/۲۷۳	۳۷/۵۵۶	۰/۰۰۱
	خطا	۲۷۱۹/۸۳۳	۲۰	۱۳۵/۹۹۲		

در جدول ۹ نتایج آزمون اثرات بین‌آزمودنی جهت بررسی میانگین نمرات نشخوار فکری گروه‌های کنترل و آزمایش، ارائه شده است. بر اساس نتایج بدست آمده مقدار F مربوط به متغیر نشخوار فکری معنی‌دار است ($P < 0/01$).

جدول ۱۰. آزمون تعقیبی بن فرونی

متغیر وابسته	گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	معنی داری
نشخوار فکری	کنترل	درمان شناختی رفتاری	۱۷/۶۶۷	۲/۸۸۳	۰/۰۰۱

فراتشخیصی

در جدول ۱۰ مقایسه های زوجی جهت بررسی میانگین نمرات نشخوار فکری گروه های کنترل و درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی آورده شده است. براساس نتایج بدست آمده میانگین نمرات نشخوار فکری گروه درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی به طور معنی داری کم تر از افراد گروه کنترل است ($p < 0/01$) که نشان دهنده اثربخشی درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی بر کاهش نشخوار فکری افراد با علائم اضطراب تعمیم یافته می باشد.

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی بر نشخوار فکری افراد با علائم اضطراب تعمیم یافته بود. نتایج پژوهش نیز نشان داد که درمان مذکور توانسته به صورت معناداری بر کاهش نشخوار فکری در افراد با علائم اضطراب تعمیم یافته اثربخش باشد. نتایج این پژوهش با پژوهش های (García-Escalera et al (2016), Dalglish et al (2020) & Richter et al (2024), De la Rosa Gómez et al(2026), Liu et al (2025), Esteller-Collado et al(2025), Lindenbach et al(2024), George et al (2024) و Felton et al(2025), Liu et al (2025), Schaeuffele et al(2024) همسو و همخوان می باشد. روندهای فعلی در جامعه علمی در حال دور شدن از رویکردهای علامت محور و اختلال ویژه هستند که مداخلات درمانی متفاوتی را برای اختلالات جداگانه تجویز می کنند. در عوض، علاقه و حمایت فزاینده ای به رویکردهای فراتشخیصی وجود دارد که بر فرایندهای روانی عمده زیربنای توصیف های توپوگرافیک اختلالات گوناگون و دخیل در سبب شناسی یا حفظ آسیب شناسی روانی تمرکز می کنند. درمان فراتشخیصی در پرداختن به همبودی های روان پزشکی برجسته است و به جای ایجاد مدل های درمانی جدید و مجزا، بر عصاره گیری از اصول درمان های موجود استوار است. در تبیین چرایی و چگونگی اثرگذاری این درمان، می توان گفت که درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی با هدف تغییر الگوهای تفکری منفی و ناکارآمد و جایگزینی آنها با باورهای واقع بینانه تر و سازگارتر طراحی شده است. این درمان با تمرکز بر باورهای اساسی و بنیادینی که به حفظ و تداوم اختلال اضطراب تعمیم یافته کمک می کنند، به طور مؤثر در کاهش این باورها و بهبود علائم اضطراب عمل می کند (De la Rosa Gómez et al., 2026). یکی از مهم ترین مکانیسم های اثرگذاری این درمان، افزایش آگاهی فرد از افکار و باورهای خود است. در این درمان، افراد یاد می گیرند که افکار خود را به عنوان محصولی از ذهن خود در نظر بگیرند و نه واقعیت های عینی. با این آگاهی، آنها قادر می شوند تا افکار منفی را شناسایی کرده و آنها را به عنوان باورهایی که لزوماً درست نیستند، مورد تردید قرار دهند که در این شرایط میزان نشخوار فکری اشخاص کاهش پیدا می کند (Esteller-Collado et al., 2025).

یکی دیگر از ویژگی های متمایز درمان شناختی- رفتاری فراتشخیصی، توجه ویژه آن به عوامل بین فردی و اجتماعی است. در واقع، این درمان معتقد است که بسیاری از مشکلات روان شناختی ریشه در مشکلات ارتباطی، تعارضات بین فردی و الگوهای ناسالم تعامل با دیگران دارند و به بیمار کمک می کند تا الگوهای ارتباطی ناسالم خود را شناسایی کند و مهارت های جدیدی برای برقراری ارتباط مؤثرتر با دیگران بیاموزد. این مهارت ها شامل بیان احساسات به روش مؤثر، گوش دادن فعال، حل تعارضات به شیوه ای سازنده و ایجاد روابط سالم تر می شود (Lindenbach et al., 2025). افزون بر این، این درمان به نقش حمایت اجتماعی

در بهبودی بیمار نیز توجه دارد. درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا شبکه حمایت اجتماعی خود را تقویت کند و روابط معناداری با دیگران برقرار کند. این امر می‌تواند به بیمار کمک کند تا احساس تنهایی و انزوای کم‌تری کند و در نتیجه، احساس بهتری داشته باشد. به طور خلاصه، درمان مذکور با توجه به نقش کلیدی روابط بین‌فردی در سلامت روان، به فرد کمک می‌کند تا الگوهای تعامل ناسالم خود را تغییر دهد و روابط سالم‌تری برقرار کند (Felton et al., 2025).

افزون بر این، درمان‌شناختی-رفتاری فراتشخیصی به افراد کمک می‌کند تا مهارت‌های چالش‌کشی افکار را بیاموزند. این مهارت‌ها شامل ارزیابی شواهد موجود برای و علیه یک باور، جستجوی تفاسیر جایگزین برای یک رویداد، و مقایسه باورهای فعلی با باورهای قبلی می‌شود. با تمرین این مهارت‌ها، افراد می‌توانند به تدریج باورهای ناکارآمد خود را تغییر داده و باورهای واقع‌بینانه‌تری را جایگزین آن‌ها کنند. این مورد نیز سبب کاهش نشخوار فکری می‌شود (Muñoz-Navarro et al., 2025).

یکی دیگر از مکانیسم‌های مهم درمان‌شناختی-رفتاری فراتشخیصی، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای است. این مهارت‌ها به افراد کمک می‌کنند تا با موقعیت‌های اضطراب‌زا به صورت مؤثرتر مقابله کنند و از بروز واکنش‌های هیجانی شدید جلوگیری کنند. برخی از این مهارت‌ها عبارتند از: آموزش روش‌های آرام‌سازی، مدیریت استرس، حل مسئله و مهارت‌های ارتباطی. یادگیری و تمرین این مهارت‌ها، افراد قادر خواهند بود تا در رویارویی با موقعیت‌های چالش‌برانگیز، آرامش خود را حفظ کرده و از واکنش‌های خودکار و ناکارآمد جلوگیری کنند. این مطلب می‌تواند زمینه‌ساز کاهش نشخوار فکری در افراد شود (Liu et al., 2025). در درمان‌شناختی-رفتاری فراتشخیصی، درمانگر به جای ایفای نقش یک درمانگر منفعل، به عنوان یک مربی عمل می‌کند و به بیمار آموزش می‌دهد که چگونه افکار، احساسات و رفتارهای خود را شناسایی و مدیریت کند. با یادگیری این مهارت‌ها، بیمار یک جعبه ابزار شناختی-رفتاری برای خود می‌سازد که در مواجهه با چالش‌های زندگی به او کمک می‌کند. این امر به بیمار کمک می‌کند تا به تدریج به استقلال بیش‌تری دست یابد و کم‌تر به درمانگر وابسته شود (Schaeuffele et al., 2024). افزون بر موارد بالا، یکی از ویژگی‌های برجسته درمان‌شناختی-رفتاری فراتشخیصی، تأکید ویژه‌ای است که بر توانمندسازی بیمار دارد. در این رویکرد، هدف صرفاً کاهش علائم فعلی نیست، بلکه تجهیز فرد به ابزار و مهارت‌هایی است که به او امکان می‌دهد تا در بلندمدت بتواند به تنهایی با چالش‌های زندگی روبه‌رو شود و از بازگشت مجدد علائم پیشگیری کند. درمان‌شناختی-رفتاری فراتشخیصی با تقویت احساس کنترل فرد بر افکار و احساسات خود، به افزایش عزت نفس و اعتماد به نفس افراد کمک می‌کند. با احساس کنترل بیش‌تر بر زندگی خود، افراد کم‌تر احساس آسیب‌پذیری و ناامیدی می‌کنند و در نتیجه، اضطراب و نشخوار فکری آن‌ها کاهش می‌یابد (George et al., 2024). در نهایت، درمان مذکور با ایجاد یک رابطه درمانی قوی و حمایتی، به افراد کمک می‌کند تا به تغییرات مثبت باور داشته باشند و در طول فرایند درمان، انگیزه خود را حفظ کنند. حمایت درمانگر و ایجاد یک فضای امن برای بیان احساسات و افکار، به افراد کمک می‌کند تا به طور مؤثرتر با چالش‌های خود مقابله کنند.

به طور خلاصه، درمان‌شناختی-رفتاری فراتشخیصی، رویکردی جامع و منعطف در روان‌درمانی است که از ترکیب هوشمندانه اصول درمان‌شناختی رفتاری با سایر رویکردهای درمانی پدید آمده است. این رویکرد، برخلاف رویکردهای سنتی که بر یک مدل خاص از اختلال تمرکز دارند، به صورت پویا و انعطاف‌پذیر به نیازهای منحصر به فرد هر فرد پاسخ می‌دهد. درمان مذکور به جای اینکه صرفاً به علائم سطحی بپردازد، به ریشه‌های شناختی، رفتاری و عاطفی مشکلات می‌پردازد. این رویکرد، با شناسایی الگوهای ناکارآمد فکری، رفتاری و عاطفی که منجر به بروز مشکل شده‌اند، به فرد کمک می‌کند تا این الگوها را تغییر داده و به الگوهای سازگارانه‌تری دست یابد. این درمان با ماهیت یکپارچه خود از روش‌ها و ابزارهای گوناگونی از جمله روش‌های شناختی رفتاری، ذهن‌آگاهی، پذیرش و تعهد درمانی، و رویکردهای مبتنی بر شفقت استفاده

می‌کند. البته انتخاب روش‌ها و ابزارهای درمانی در درمان شناختی-رفتاری فراتشخیصی، بر اساس نیازهای خاص هر فرد و ماهیت مشکل او صورت می‌گیرد. در مجموع، درمان شناختی-رفتاری فراتشخیصی، یک رویکرد درمانی منعطف و مؤثر است که به نیازهای متنوع افراد پاسخ می‌دهد. این رویکرد، با تمرکز بر ریشه‌های مشکلات، آموزش مهارت‌های جدید و ایجاد تغییرات پایدار، به افراد کمک می‌کند تا کیفیت زندگی خود را بهبود بخشند.

گفتنی است که این مطالعه دارای محدودیت‌هایی نیز می‌باشد. بدین صورت که سطح سنی مورد مطالعه، بین ۲۰ تا ۵۰ سال بود. بنابراین، برای تعمیم نتایج به دیگر سطح سنی لازم است که احتیاط صورت گیرد. در راستای کاهش نشخوار فکری در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر، پیشنهاد می‌شود که روش‌های مقابله با نشخوار فکری به طور جدی در برنامه‌های درمانی شناختی رفتاری فراتشخیصی گنجانده شود. این روش‌ها می‌توانند شامل آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی و پذیرش، روش‌های منحرف کردن توجه و مشغول کردن ذهن به فعالیت‌های مثبت و سازنده در زمان بروز نشخوار فکری باشند. هم‌چنین، تشکیل گروه‌های حمایتی برای افراد مبتلا به اضطراب فراگیر می‌تواند فرصتی را برای به اشتراک گذاری تجربیات و یادگیری راهبردهای مقابله با نشخوار فکری فراهم کند. در این گروه‌ها، افراد می‌توانند با یکدیگر در مورد تجربیات خود صحبت کنند، راهبردهای مقابله‌ای مؤثر را از یکدیگر بیاموزند و از حمایت عاطفی یکدیگر بهره‌مند شوند. افزون بر این، آموزش مهارت‌های ذهن آگاهی و پذیرش به افراد کمک می‌کند تا با افکار و احساسات خود به صورت غیرقضاوتی برخورد کنند و از درگیر شدن در چرخه نشخوار فکری جلوگیری کنند. هم‌چنین، پیشنهاد می‌شود که مطالعه مشابهی در دیگر سطوح سنی نیز صورت گیرد. در نهایت، پیشنهاد می‌شود که مطالعه دیگری بر سطح اضطرابی دیگر همچون اضطراب اجتماعی و فوبیا نیز صورت گیرد و تأثیر درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی بر آن‌ها بررسی شود.

تعارض منافع

پژوهشگران این مطالعه را بدون تعارض منافع به انجام رسانده‌اند.

سپاسگزاری

پژوهشگران این مطالعه بر خود لازم می‌دانند بدینوسیله کمال تشکر و سپاس خود را از کلیه افرادی که در این پژوهش شرکت نمودند ابراز نمایند.

موازین اخلاقی

این پژوهش مبتنی بر موازین اخلاقی و علمی با کد IRCT20240709062376N1 در مرکز کارآزمایی بالینی ایران (IRCT) و با کد IR.MUMS.REC.1403.111 در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد ثبت شده است.

References

- Bagheri Nezhad, M., Salehi Fadardi, J., & Tabatabai, S. M. (2011). The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students. *Educational and Psychological Studies, 11* (1), 21-38. [Persian]
- Barrio-Martínez, S., Cano-Vindel, A., Priede, A., Medrano, L. A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., & González-Blanch, C. (2023). Worry, rumination and negative metacognitive beliefs as moderators of outcomes of

- Transdiagnostic group cognitive-behavioural therapy in emotional disorders. *Journal of Affective Disorders*, 338, 349-357.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press
- Dalgleish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of consulting and clinical psychology*, 88(3), 179-195.
- Dehshiri, GH. R., Golzari, M., Borjali, A., & Sohrabi, F. (2010). Psychometrics Particularity of Farsi Version of Pennsylvania State Worry Questionnaire for College Students. *Journal of Clinical Psychology*, 1 (4), 67-75. [Persian]
- De la Rosa Gómez, A., Valencia, P. D., Sosa, D. M. D., Plata, L. A. F., Flores, R. G., Torija, C. S. T., & Ruiz, E. B. (2026). Efficacy of a transdiagnostic guided internet-delivered intervention for anxiety, depression, trauma and stress-related symptoms: A randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 108229.
- Esteller-Collado, G., Prieto-Vila, M., Carpallo-González, M., Antuña-Cambor, C., Ruiz-Rodríguez, P., González-Blanch, C., & Muñoz-Navarro, R. (2025). Mechanisms of change in long-term transdiagnostic cognitive behavioural therapy: the sequential effect of rumination and worry on symptoms and quality of life. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1-15.
- Enrique, A; Eilert, N; Wogan, R; Earley, C; Duffy, D; Palacios, J; Timulak, L; & Richards, D. (2021). Are Changes in Beliefs about Rumination and in Emotion Regulation Skills Mediators of the Effects of Internet-Delivered Cognitive-Behavioral Therapy for Depression and Anxiety? Results from a Randomized Controlled Trial. *Cogn Ther Res*, 45, 805-816.
- Felton, L., Mahalingappa, S. S., Husain, M., & Chalder, T. (2025). Transdiagnostic approach to understanding persistent physical symptoms. *BJPsych Advances*, 1-11.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M., & Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147-175.
- George, M. G., Roberge, P., Provencher, M. D., & Norton, P. J. (2024). The effectiveness of transdiagnostic cognitive behavioural therapy for anxiety disorders: the role of and impact of comorbid depression. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(1), 105-118.
- Han, Z. R., Fang, H., Ahemaitijiang, N., & Wang, H. (2025). Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). In *Handbook of Assessment in Mindfulness Research* (pp. 1745-1760). Cham: Springer Nature Switzerland.
- Hitchcock, P. F; & Frank, M. J. (2024). From tripping and falling to ruminating and worrying: a meta-control account of repetitive negative thinking. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 56, 1-10.
- Liu, J., Li, C., Qiu, Y., Yu, Y., Zeng, L., Wu, M., ... & Yang, F. (2025). Efficacy of internet-delivered universal and tailored transdiagnostic interventions for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research*, 344, 116324.
- Lindenbach, D., Anderson, A., Wang, E., Heintz, M., Rowbotham, M., Ehrenreich-May, J., ... & Dimitropoulos, G. (2025). Feasibility and acceptability of implementing a transdiagnostic cognitive behavioral therapy for children impacted by trauma within a residential treatment facility. *Child & Youth Services*, 46(2), 299-324.
- Misaki, M., Tsuchiyagaito, A., Guinjoan, S. M., & Paulus, M. P. (2026). Age differences in neural discriminability of rumination and worry. *Communications Biology*.
- Muñoz-Navarro, R., Pérez-Jover, V., Esteller-Collado, G., Van-der Hofstadt Román, C., Salgueiro, M., Llorca-Mestre, A., ... & Cano-Vindel, A. (2025). Protocol to evaluate the effectiveness of the implementation of transdiagnostic cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care and its mechanisms of change: a randomized step-wedge clinical trial (PsicAP-CV). *PloS one*, 20(4), e0320857.
- Naeinian, M.R., Shaeiri, M.R., Sharif, M., & Hadian, M. (2011). To Study Reliability and Validity for A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder (GAD-7). *Scientific-Research Journal Of Shahed University*, 3 (4), 41-50. [Persian]
- Richter, T., Stahi, S., Mirovsky, G., Hel-Or, H., & Okon-Singer, H. (2024). Disorder-specific versus transdiagnostic cognitive mechanisms in anxiety and depression: Machine-learning-based prediction of symptom severity. *Journal of Affective Disorders*, 354, 473-482.
- Schaeuffele, C., Meine, L. E., Schulz, A., Weber, M. C., Moser, A., Paersch, C., ... & Kleim, B. (2024). A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapies for emotional disorders. *Nature Human Behaviour*, 8(3), 493-509.
- Shekhpapur, A., & Mostafaei, A. (2024). The role of emotional processing, ambiguity tolerance and metacognitive beliefs in predicting Generalized Anxiety Disorder (GAD) in nurses of Sardasht Health Network. *IJNR*, 19 (1), 33-43. [Persian]

- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166(10), 1092-1097.
- Tan, M. K., & Chia, K. H. (2025). Brain Network Dysfunction and Rumination in Psychiatric Disorders: Integrative Insights into Educational Therapy as a Targeted Intervention. *Asian Journal of Research and Reports in Neurology*, 8(1), 203-222.
- Topooco, N., Lindner, P., Andersson, C., Lindfors, P., Molander, O., Kraepelien, M., ... & Berman, A. H. (2026). Personalized Transdiagnostic Cognitive Behavior Therapy With Midtreatment Stepped Care to Improve Mental Health Among University Students in Sweden: Feasibility Study for a Randomized Controlled Trial. *JMIR Formative Research*, 10, e68698.
- Zhang, S. S., Yong, S. H., & Chen, J. T. (2025). Network analysis of interactions of rumination and anxiety on smartphone dependence symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1506721.

