

December-January 2021, Volume 10, Issue 6

## Comparison of the Effectiveness of "Metacognitive Therapy" and "Emotion-Focused Therapy" on Ruminant Response High School Male Students

Naser Khodabandeh Lou<sup>1</sup>, Ghorban Fathi Aghdam<sup>2\*</sup>, Vahideh Babakhani<sup>3</sup>,  
Fatemeh Alijani<sup>4</sup>

1- PhD Student in Counseling, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

2-Assistant Professor, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

**Corresponding author:** Ghorban Fathi Aghdam, Assistant Professor, Department of Counseling, Abhar Branch, Islamic Azad University, Abhar, Iran.

**Email:** fathi4468@yahoo.com

Received: 12 March 2021

Accepted: 27 Oct 2021

### Abstract

**Introduction:** Ruminant response is a repetitive response that appears to be controllable through psychotherapy. The aim of this study was to compare the effectiveness of "Metacognitive Therapy" and "Emotion-Focused Therapy" on ruminant response of high school male students in the academic year 2019-2020.

**Methods:** The research method was quasi-experimental with pre-test, post-test and follow-up design for 1 month and the control group. The statistical population included all high school students in Afshar region of Khodabandeh city in the academic year 2019-2020. The sample of the study was randomly selected from 5 districts of Khodabandeh city by cluster random method. From the high school boys of the first period of Afshar region of Khodabandeh city, 3 schools were randomly selected and 60 people from each school were selected by simple random sampling. The pretest was then performed by distributing the "Ruminant Response Scale". Among the individuals whose scores above 44 were in the range of 22 to 88, 45 people were randomly replaced by a simple random lottery in 3 groups of 15 people in intervention 1, intervention 2 and control. Data collection instruments included demographic questionnaire and "Ruminative Response Scale. Content validity was assessed by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. The subjects of intervention group 1 participated in the group training sessions of "Metacognitive Therapy" in 8 sessions of 90 minutes and the group of intervention 2 participated in the sessions of "Emotion-Focused Therapy" in 8 sessions of 90 minutes once a week. For the control group, training sessions were held after the end of the sessions and taking the test. At the end of the sessions, post-test and one-month follow-up were performed for all 3 groups. Data were analyzed in SPSS. 24.

**Results:** "Metacognitive Therapy" and "Emotion-Focused Therapy" were able to reduce the students' ruminant response to the control group ( $P \leq 0.001$ ). In this reduction, both of the above methods were statistically the same.

**Conclusions:** "Metacognitive Therapy" and "Emotion-Focused Therapy" reduce students' ruminant response. Educational professionals can use these two methods to reduce students' rumination response and provide a basis for reducing psychological problems.

**Keywords:** Students, Metacognitive Therapy, Emotion-Focused Therapy, Rumination Response.

## مقایسه اثربخشی «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» بر پاسخ نشخواری دانش آموزان پسر متوسطه

ناصر خدابنده لو<sup>۱</sup>، قربان فتحی اقدم<sup>۲\*</sup>، وحیده باباخانی<sup>۳</sup>، فاطمه علیجانی<sup>۴</sup>

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، گروه مشاوره، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران.

۲- استادیار، گروه مشاوره، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران.

۳- استادیار، گروه مشاوره، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران.

۴- استادیار، گروه مشاوره، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران.

نویسنده مسئول: قربان فتحی اقدم، گروه مشاوره، واحد اهر، دانشگاه آزاد اسلامی، اهر، ایران.  
ایمیل: fathi4468@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۸/۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۲۱

### چکیده

**مقدمه:** نشخواری پاسخ، پاسخ تکرار شونده می باشد که به نظر می آید از طریق روش های روان درمانی قابل کنترل باشد. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی "فراشناخت درمانی" و "درمان هیجان مدار" بر پاسخ نشخواری دانش آموزان پسر متوسطه انجام شد.

**روش کار:** روش پژوهشی نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ۱ ماهه و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان مقطع متوسطه منطقه افشار شهرستان خدابنده در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بودند. نمونه پژوهش با روش تصادفی خوشه ای از بین ۵ منطقه شهرستان خدابنده بصورت تصادفی منطقه افشار انتخاب شد. از بین مدارس پسرانه متوسطه دوره اول منطقه افشار شهرستان خدابنده، به صورت تصادفی ساده ۳ مدرسه انتخاب و از هر مدرسه ۶۰ تن به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. سپس پیش آزمون توسط توزیع "مقیاس پاسخ نشخواری" (Ruminant Response Scale) اجرا شد. از بین افرادی که نمره مقیاس فوق بالاتر از ۴۴ در دامنه ۲۲ تا ۸۸ قرار داشتند، ۴۵ تن به صورت تصادفی ساده از نوع قرعه کشی در ۳ گروه ۱۵ تن مداخله ۱، مداخله ۲ و کنترل بطور تصادفی جایگزین شد. ابزارهای جمع آوری داده ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و "مقیاس پاسخ نشخواری" بود. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بررسی شد. آزمودنی های گروه مداخله ۱ در جلسات آموزش گروهی "فراشناخت درمانی" در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای و گروه مداخله ۲، در جلسات "درمان هیجان مدار" در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای در هفته یک بار شرکت کردند. برای افراد گروه کنترل هم بعد از پایان جلسات و اخذ آزمون پیگیری جلسات آموزشی برگزار شد. در پایان جلسات، پس آزمون و ۱ ماه بعد پیگیری برای هر ۳ گروه اجرا شد. داده ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

**یافته ها:** "فراشناخت درمانی" و "درمان هیجان مدار" توانست نمره پاسخ نشخواری دانش آموزان را نسبت به گروه کنترل کاهش دهد ( $P \geq 0/001$ ). در این کاهش، هر ۲ روش فوق از لحاظ آماری، یکسان بودند.

**نتیجه گیری:** "فراشناخت درمانی" و "درمان هیجان مدار" موجب کاهش پاسخ نشخواری دانش آموزان می شود. متخصصان آموزشی می توانند از این ۲ روش جهت کاهش پاسخ نشخواری دانش آموزان استفاده نمایند و زمینه کاهش مشکلات روانشناختی را فراهم آورند.

**کلیدواژه ها:** دانش آموزان، فراشناخت درمانی، درمان هیجان مدار، پاسخ نشخواری.

نشخوار (rumination) به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر درباره آن تعریف می شود (۱). از سوی دیگر، پاسخ نشخواری (ruminant response) یکی از راهبردهای تنظیم احساسات و هیجان ها می باشد. پاسخ نشخواری می تواند به عنوان افکار تکرار شونده و رفتارهایی تعریف شود که توجه فرد افسرده را بر علائم افسردگی، دلایل و پیامدهای آن متمرکز می کند (۲). در نظریه Nolen-Hoeksema تأکید می شود که پاسخ نشخوارگری نقطه مقابل حل مسئله مؤثر و ساختار یافته است، یعنی، مانع بروز رفتارهای مؤثری می شود که می توانند به درمان افسردگی کمک کنند (۳). مطالعات صورت گرفته بر اساس الگوهای روانشناختی افسردگی، نقش نشخوارگری پاسخ را به عنوان عامل خطر ساز افسردگی مشخص کرده اند (۴). Constantin و همکاران (۵) در مطالعه خود نشان دادند که افراد دارای اختلالات اضطرابی و افسردگی، پاسخ نشخواری و نگرانی بیشتری را تجربه می کنند؛ همچنین، نتایج حاکی از آن بود که چگونگی پاسخ افراد به خلق افسرده، طول مدت خلق افسرده را تعیین می کند. یعنی، افرادی که با پاسخ نشخواری با خلق افسرده مواجه می شوند، نسبت به افرادی که با پاسخ منحرف کننده حواس، به خلق افسرده خود واکنش نشان می دهند، خلق افسرده طولانی تری را تجربه می کنند. Ogińska-Bulik و همکاران (۶) نیز در پژوهش خود گزارش کردند که پاسخ نشخواری نقش مهمی در دشواری پردازش هیجانی وقایع آسیب زا ایفا می کند. شایان ذکر است، سبک پاسخ نشخواری، نمی تواند پیش بینی کننده مطمئنی برای طول مدت اختلال افسردگی عمده باشد. به هر حال با توجه به پیشینه قابل توجه پژوهشی (۲-۵)، این دیدگاه که پاسخ نشخواری می تواند پیش بینی کننده مهمی برای علائم افسردگی و اختلال افسردگی باشد، دیدگاه نیرومندتری است.

عبارت فراشناخت اشاره به باورهای افراد درباره فکر کردن و راهبردهای مورد استفاده برای تنظیم و کنترل تفکر دارد و برای اولین بار ابتدا توسط Flavell در حوزه روانشناسی مطرح شد (۷) و سپس به سایر حوزه های روانشناسی راه یافت. «فراشناخت درمانی» در تبیین اختلالات روانی را می توان یکی از درمان های موج سوم رفتار گرایان دانست که ابتدا توسط Wells & Matthews ارائه شد و سپس توسط Wells مورد باز بینی قرار گرفت و تکمیل شد. در این درمان عمده تمرکز بر روی محتوای فراشناختی است.

«فراشناخت درمانی» برخلاف درمان شناختی بر این فرض استوار نیست که شناخت های تحریف شده و رفتارهای مقابله ای از باورها نشات گرفته اند، بلکه تأکید می کند که الگوی فکری در نتیجه کنش فراشناخت بر روی فرآیندهای تفکر ایجاد می شود (۸).

«فراشناخت درمانی» (Metacognitive Therapy) یک چارچوب فراشناختی کلی در مفهوم سازی آسیب پذیری، ایجاد و حفظ اختلالات روانی ارائه می دهد؛ فراشناخت ناشی از دانش و باورهای فردی شخص بوده که شامل نشخوار فکری و نگرانی است که نوعی سبک تفکر درجامانده می باشد؛ این باورها ۲ نوع است: ۱- باورهای مثبت (برای مثال: اگر من درباره علائم خود نگران شوم، چیزهای مهم را نادیده نخواهم گرفت) ۲- باورهای منفی (برای مثال: کنترلی بر ذهن خود ندارم؛ یا اضطراب می تواند مرا دیوانه کند) (۹). در همین راستا، «فراشناخت درمانی» نیز تأکید بر این دارد که سبک های تفکر ناسازگارانه، منجر به تداوم هیجان های منفی می شود. در این روش درمانی تأکید بر تغییر فراشناخت ها می باشد. «درمان هیجان مدار» (Emotion-Focused Therapy) روشی است که در اوایل سال ۱۹۸۰ توسط Johnson & Greenberg طراحی شده است. در این درمان فرض بر این است که وضعیت روانی و بین شخصی که افراد در تعاملات خود دارند به واسطه تجربیات هیجانی فردی سازماندهی شود. پایه و اساس «درمان هیجان مدار»، خودسازی و رشد فردی می باشد (۱۰). «درمان هیجان مدار» به عنوان جایگزینی برای ۲ روش عمده درمان بین فردی و درمان شناختی رفتاری در درمان افسردگی و پاسخ نشخواری ارائه شده است (۱۱). «درمان هیجان مدار» بر فرآیندهای طرحواره هیجانی که زمینه ساز تعیین کننده های میان فردی و شناختی- رفتاری است، تمرکز می گذارد و پردازش عاطفی را به عنوان هدف بنیادین درمان خود می بیند (۱۲). در «درمان هیجان مدار» تمرکز درمانگر بر به آگاهی درآوردن محتوای ذهنی است که از جانب درمانجو مورد انکار یا تحریف قرار گرفته است. از نظر درمانگران «درمان هیجان مدار»، شخص مغلوب مشکلات و ناتوانی اش در حل مساله نیست و مشکل افراد از شیوه پردازش آن ها از تجربه است (۱۳).

در این راستا، نتایج پژوهش ایزانلو و همکاران (۱۴) نشان داد «درمان شناختی رفتاری مبتنی بر نشخوار» نقش موثری در کاهش تکانشگری داشته است. همچنین، نتایج پژوهش

کرمی و همکاران (۱۵) نشان داد که آموزش تنظیم هیجان بر کاهش نشخوار فکری، تاثیر معنادار داشته است. بعلاوه، پژوهش آفاگدی و همکاران (۱۶) نشان داد که بین گروه «درمان ذهن آگاهی بخشش محور» و «درمان هیجان مدار» با گروه کنترل، در نشخوار فکری و رضایت زناشویی تفاوت معناداری وجود دارد. «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» ۲ حیطه مهم در درمان وضعیت فکری، روانی و عملکردی انسان می باشد و در پژوهش های قبلی کمتر به مقایسه این ۲ روش «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» پرداخته شده است. با توجه به محروم بودن مناطق شهرستان خدابنده و عدم انجام پژوهش در جامعه دانش آموزی بویژه پسران، در جهت کنترل افکار آسیب رسان در دوره نوجوانی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی «فراشناخت درمانی» و «درمان هیجان مدار» بر پاسخ نشخواری دانش آموزان پسر در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ انجام شد.

## روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام دانش آموزان پسر متوسطه دوره اول (دامنه سنی ۱۳ الی ۱۶ سال) منطقه افشار شهرستان خدابنده بود. در پژوهش حاضر نمونه گیری با روش تصادفی خوشه ای انجام شد. لذا از بین ۵ منطقه شهرستان خدابنده بصورت تصادفی منطقه افشار انتخاب و از بین مدارس پسرانه متوسطه دوره اول منطقه افشار شهرستان خدابنده، به صورت تصادفی ساده ۳ مدرسه انتخاب و از هر مدرسه ۶۰ تن به صورت تصادفی ساده انتخاب شد. سپس «مقیاس پاسخ نشخواری» (Ruminative Response Scale) بعنوان پیش آزمون اجرا شد. از بین دانش آموزانی که نمره پاسخ نشخواری بالاتر از ۴۴ از دامنه نمره ۲۲ تا ۸۸ بود و دارای ملاک های ورودی بودند، ۴۵ تن به صورت تصادفی ساده به روش قرعه کشی انتخاب شدند. برای انتخاب نمونه ها، اسامی همه دانش آموزان نوشته و در یک ظرف ریخته شد و از فرد بی طرف خواسته شده ۳ تا گروه شامل ۱۵ تن: مداخله ۱، مداخله ۲ و کنترل، انتخاب کنند. در نهایت دانش آموزان در گروه های مداخله و کنترل بصورت تصادفی ساده جایگزین شدند.

ملاک ورود به مطالعه توانایی شرکت در جلسات و علاقمند بودن به شرکت منظم در جلسات آموزشی (مشارکت

داوطلبانه)، عدم شرکت همزمان در کلاس های آموزشی مشابه، سن ۱۶-۱۳ سال، بود. همچنین ملاک های خروج عدم تکمیل پرسشنامه ها در مراحل اجرای پژوهش، غیبت بیش از یک جلسه بود.

ابزارهای جمع آوری داده ها پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن و معدل تحصیلی بود.

«مقیاس پاسخ نشخواری» (Ruminant Response Scale) توسط Nolen-Hoeksema & Maror در سال ۱۹۹۱ طراحی شد (۱۷). این مقیاس دارای ۲۲ عبارت و تک عاملی و پاسخ دهی به صورت لیکرت ۴ تایی: ۱ (هرگز)، ۲ (گاهی اوقات)، ۳ (اغلب اوقات) و ۴ (همیشه) نمره گذاری شده است. حداقل نمره کسب شده در این مقیاس ۲۲ و حداکثر نمره ۸۸ می باشد. همچنین، تفسیر نمره بدست آمده به این ترتیب است که نمره ۴۴-۲۲: بعنوان پاسخ نشخواری پایین، ۶۶-۴۵: پاسخ نشخواری متوسط، ۶۷ و به بالا: پاسخ نشخواری بالا تفسیر می گردد (۱۸).

Treynor و همکاران (۱۸) «مقیاس پاسخ نشخواری» بر روی ۱۳۲۸ تن (۶۹۷ زن و ۶۳۱ مرد) در ایالت کالیفرنیا آمریکا انجام دادند روایی سازه به روش تحلیل عاملی اکتشافی، وجود ۲ عامل (برخلاف نسخه اصلی که تک عاملی بود) انعکاس (reflection) و پاسخ نشخواری (ruminative response) را مورد تایید قرار داد. ثبات مقیاس از طریق همبستگی باز آزمایی با فاصله ۳ ماه، ۰/۷۱ بدست آمد. Boswell و همکاران (۱۹) در پژوهش خود بر روی ۲۹۹ (۱۲۴ زن و ۱۶۲ مرد) دانشجوی شهر توکیو ژاپن، روایی سازه «مقیاس پاسخ نشخواری» از طریق تحلیل عاملی اکتشافی برخلاف نسخه اصلی که تک عاملی بود، وجود ۲ عامل انعکاس (reflection) و به فکر فرو رفتن (brooding) با تبیین ۰/۵۲ واریانس از واریانس کل روایی پرسشنامه را مورد تایید قرار داد. ثبات مقیاس به روش بازآزمایی به ترتیب برای زیرمقیاس انعکاس ۰/۷۹، زیر مقیاس به فکر فرو رفتن ۰/۷۲ و برای کل مقیاس ۰/۷۵ بدست آمد.

باقری نژاد و همکاران (۲۰) در پژوهش خود، «مقیاس پاسخ نشخواری» را ترجمه نموده و بر روی ۱۱۹ تن از دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد روایی سازه ابزار به تحلیل عاملی اکتشافی را انجام دادند. نتایج وجود یک عامل را نشان داد. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق، ۰/۸۸ گزارش نمودند. در پژوهش شاه حسینی و معنوی پور (۲۱) بر روی ۳۰۰ تن از دانشجویان دانشگاه آزاد واحد گرمسار، روایی سازه به روش

## ناصر خدابنده لو و همکاران

همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۱۸۰ تن از دانش آموزان منطقه افشار شهرستان خدابنده ۰/۷۱ به دست آمد.

بسته «فراشناخت درمانی» بر اساس نظریه فراشناختی (Metacognitive Theory) در پژوهش Ho-Wai So و همکاران (۲۲)، رحمانی و همکاران (۲۳) تهیه شده است و روایی آن در پژوهش Ho-Wai So و همکاران (۲۲)، رحمانی و همکاران (۲۳) مورد تایید قرار گرفته است.

تحلیل عاملی اکتشافی «مقیاس پاسخ نشخواری» را انجام شد. نتایج ۲ عامل به فکر فرو رفتن و انعکاس را نشان داد. بعلاوه، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق محاسبه و برای کل مقیاس ۰/۸۵ بدست آمد.

در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی برای «مقیاس پاسخ نشخواری» مورد تایید ۱۰ تن از مدرسین گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهر قرار گرفت. پایایی به روش

### خلاصه مباحث جلسات «فراشناخت درمانی»

جلسات	محتوا
اول	افراد با یکدیگر آشنا شدند. هدف کلی تشکیل گروه و قوانین گروه بیان شد، مفهوم هیجان ها و اهمیت کنترل هیجان ها و نقش آن ها در سلامت روانی و عاطفی بیان شد. تکلیف یادداشت هیجانها در طول هفته ارائه شد.
دوم	تکلیف جلسه قبل بررسی شد. اعضای گروه نسبت به عوامل هیجانها با توجه آموزش آرام سازی و منقبض منبسط کردن بعضی از اعضای بدن آگاه پیدا کردند و هیجانها سالم و ناسالم از یکدیگر مشخص نمودند.
سوم	در ابتدا اعضای گروه به بیان هیجانها پرداختند. از هیجانها خود آگاه شدند، اعضای گروه بر تجربه درونی و علائم فیزیکی و تاثیر هیجانها بر اعضای بدن تمرکز نمودند، سپس به جابه جا کردن مرکز توجه افراد پرداخته شد.
چهارم	حمایت هایی برای بیان هیجانها فراهم شد. تمرین ذهن گسیلده معرفی شد. اعضای گروه به عنوان آزمایشی برای تغییر باور کنترل ناپذیر به تعویق انداختن پاسخ نشخواری را تمرین کردند.
پنجم	از پندار یا تصور مثبت استفاده شد. از روش بوجود آوردن احساسات مخالف استفاده از پادزهر برای احساسات منفی و تاثیر آن بر روی بدنشان استفاده شد.
ششم	جهت تنظیم احساسات استفاده از فن صندلی خالی به یاد آوردن یک موقعیت که در آن یک احساس رخ داده است و با استفاده از این روش به اعضا کمک شد تا آن خاطره را در زمان حال زنده کنند.
هفتم	هیجانها بازسازی شدند، حس جدید تجربه شد و چگونگی نگرش شخص به یک وضعیت یا صحبت درباره معنای یک اتفاق حسی تغییراتی بوجود آمد.
هشتم	مهارت های آموزش داده در جلسات قبل تمرین شد، لزوم بکارگیری مهارت ها در زندگی هنگام بر خورد با موقعیت های هیجان ارائه گردید.

(۲۴) تهیه شده است و روایی این بسته آموزشی در پژوهش خیری (۲۵)، کاویان پور (۲۶) مورد تایید قرار گرفته است.

بسته "درمان هیجان مدار" براساس "درمان متمرکز بر هیجان" (Emotion Focused Therapy) توسط Johnson

### خلاصه جلسات "درمان هیجان مدار"

جلسات	محتوا
اول	افراد با یکدیگر آشنا شدند، هدف کلی تشکیل گروه و قوانین گروه بیان شد، مفهوم هیجان ها و اهمیت کنترل هیجان ها و نقش آن ها در سلامت روانی و عاطفی بیان شدند. تکلیف یادداشت هیجانها در طول هفته ارائه شد.
دوم	تکلیف جلسه قبل بررسی شد، نسبت به عوامل هیجانها با توجه آموزش آرام سازی و منقبض منبسط کردن بعضی از اعضای بدن، تشخیص هیجانها سالم و ناسالم از یکدیگر آگاهی داده شد.
سوم	اعضا به بیان هیجانها پرداختند. از هیجانها خود آگاهی بدست آوردند، بر تجربه درونی و علائم فیزیکی و تاثیر هیجانها بر اعضای بدن، جابه جا کردن مرکز توجه افراد تمرکز شد.
چهارم	بر هیجانها افراد تاکید شد، حمایت برای بیان هیجانها به وجود آوردن پندار یا تصور مثبت افراد فراهم شد. افراد یاد گرفتند که چگونه احساسات مختلف را به تصور آورند.
پنجم	از پندار یا تصور مثبت استفاده شد، بوجود آوردن احساسات مخالف استفاده شد و از پادزهر برای احساسات منفی و تاثیر آن بر روی بدنشان استفاده شد.
ششم	احساسات استفاده از فن صندلی خالی به یاد آوردن یک موقعیت که در آن یک احساس رخ داده است و با استفاده از این روش آن خاطره را در زمان حال زنده کنند تنظیم شد.
هفتم	هیجانها بازسازی شد، حس جدید تجربه شد و چگونگی نگرش شخص به یک وضعیت یا صحبت درباره معنای یک اتفاق حسی تغییراتی افتاد.
هشتم	مطالب ارائه شده در جلسات قبل جمع بندی شد، مهارت ها و فنون جلسات قبل تمرین شد، عواطف خود مجددا ارزیابی شد و نحوه بکارگیری مهارت ها در زندگی هنگام برخورد با موقعیت های هیجان زا ناسالم مورد بررسی قرار گرفت.

برای جمع آوری داده ها، ابتدا مجوزهای لازم از حراست سازمان آموزش و پرورش منطقه افشار و شهرستان خدابنده کسب و به مدارس پسرانه متوسطه دوره اول منطقه افشار در شهرستان خدابنده مراجعه گردید. نویسنده اول مقاله، اهداف پژوهش را معرفی نمود. در مرحله بعد، تمامی دانش آموزان توسط "مقیاس پاسخ نشخواری" را تکمیل کردند. در ادامه، دانش آموزانی که نمره مقیاس پاسخ نشخواری " بالاتر از ۴۴ از دامنه نمره ۲۲ تا ۸۸ بود و دارای ملاک های ورودی بودند، همانطور که قبلاً نیز به تفصیل ذکر شد، ۴۵ تن به صورت تصادفی ساده به روش قرعه کشی انتخاب شدند. سپس آن ها در ۳ گروه ۱۵ نفره در گروه های مداخله و کنترل (مداخله ۱، مداخله ۲ و کنترل) بصورت تصادفی ساده از طریق قرعه کشی انتخاب شدند. قبل از اجرای مداخله درمانی، هر ۳ گروه در مرحله پیش آزمون، "مقیاس پاسخ نشخواری" را پاسخ دادند. سپس در گروه مداخله ۱، "فراشناخت درمانی" و در گروه مداخله ۲، "درمان هیجان مدار" طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای (به صورت هر هفته یک جلسه) اجرا گردید. کلیه جلسات گروه ها، در ساعات ۱۵ الی ۱۶/۳۰ هر هفته یک جلسه، در مدارس برگزار می گردید که به طور کلی حدوداً ۶ ماه به طول انجامید. شایان ذکر است "فراشناخت درمانی" و "درمان هیجان مدار" توسط نویسنده اول مقاله حاضر، که دارای

گواهی مربوطه بود، اجرا شد. ملاحظات اخلاقی لحاظ شده بدین صورت بود که، از افراد شرکت کننده رضایت نامه کتبی برای شرکت در پژوهش گرفته شد و توضیح داده شد که نتایج بدست آمده کاملاً محرمانه بوده و صرفاً برای انجام کار پژوهشی استفاده خواهد شد. افراد گروه کنترل هم بعد از پایان جلسات و اخذ آزمون پیگیری طی یک فراخوان مجدد برای اعضای گروه کنترل جلسات آموزشی برگزار شد.

پس از جمع آوری داده ها، در ۲ سطح توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در سطح توصیفی از شاخص های گرایش مرکز و پراکنندگی برای توصیف توزیع و در سطح استنباطی برای آزمون فرض های آماری و تحلیل کواریانس ۲ متغیری داده ها با استفاده از نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

### یافته ها

میانگین و انحراف معیار سنی گروه "فراشناخت درمانی" (۳/۶۵) ۱۴/۱۸ گروه "درمان هیجان مدار" (۳/۹۶) ۱۴/۴۵ و گروه کنترل (۳/۰۸) ۱۴/۰۱ سال بود. میانگین و انحراف معیار معدل تحصیلی گروه مداخله ۱ (۲/۲۵) ۱۷/۲۵ گروه مداخله ۲ (۳/۲۳) ۱۶/۴۸ و گروه کنترل (۲/۲۲) ۱۷/۳۸ بود.

جدول ۱: شاخص های توصیفی پاسخ نشخواری در گروه های مداخله و کنترل

مراحل	گروه مداخله ۱ "فراشناخت درمانی"		گروه مداخله ۲ "درمان هیجان مدار"		کنترل	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	۵۲/۳۳	۳/۱۳	۵۱/۷۳	۳/۵۱	۵۰/۸۰	۲/۷۰
پس آزمون	۴۰/۹۳	۳/۹۱	۴۰/۷۳	۳/۵۵	۴۹/۳۳	۲/۲۲
پیگیری	۳۹/۸۶	۲/۷۴	۴۰/۷۳	۳/۵۴	۵۰/۶۰	۲/۶۹

در (جدول ۱) مشاهده می شود نمره در پاسخ نشخواری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داده شده است. جهت بررسی برقراری مفروضه نرمال بودن توزیع نمره متغیرهای پژوهش از ۲ شاخص چولگی و کشیدگی

استفاده شده است. برای همگنی واریانس گروه ها از آزمون لوین استفاده شد که محاسبات مربوط به آن در (جدول ۲) منعکس شده است.

جدول ۲: خلاصه آزمون های چولگی و کشیدگی و همگنی واریانس های نمره در گروه ها

مراحل	چولگی	کشیدگی	آزمون لوین	P value
پیش آزمون	-۱/۰۲	۰/۸۸۵	-۰/۲۹۳	۰/۵۹۰
پس آزمون	-۱/۱۷	۱/۸۹	-۰/۸۵۵	۰/۲۱۴
پیگیری	-۱/۳۴	۲/۲۱	۱/۱۳	۰/۶۱

## ناصر خدابنده لو و همکاران

معناداری مقدار F در سطح خطای کوچکتر از ۰/۰۵ باید گفت که واریانس خطای متغیرهای پژوهش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با هم برابر بوده و از این جهت تفاوتی بین آن‌ها وجود ندارد و فرض یکسانی واریانس‌های خطا برقرار است.

ضریب چولگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بین ۳- و ۳ و ضریب کشیدگی بین ۳- و ۳ قرار دارد. بنابراین، شرط اولیه برای نرمال بودن نمره متغیرهای پژوهش وجود دارد. همچنین نتایج آزمون لوین جهت سنجش برابری واریانس خطا در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را در متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد. با توجه به عدم

**جدول ۳:** نتایج آزمون تحلیل کواریانس ۲ متغیره در بین گروه‌های مداخله و کنترل در پاسخ نشخواری در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

مولفه‌ها	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	P-value	مجزور سهمی اتا (Eta)
پاسخ نشخواری	درون گروهی	۱۸۸۲/۹۴	۲	۹۴۱/۴۷	۳۵/۷۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷۰
	مداخله*	۳۴۲۰/۷۴	۱۳۰	۲۶/۳۱			
تعامل	بین گروهی	۱۰۲۸/۶۳	۲	۵۱۴/۳۱	۲۴/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸۰
	مداخله**	۳۴۲۰/۷۴	۱۳۰	۲۶/۳۱			
	مراحل*	۷۷۸/۶۰	۴	۱۹۴/۶۵	۹/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۲۲۸
	مداخله						

\*مراحل: یعنی تغییرات در بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری  
\*\*مداخله: یعنی تغییرات بین گروه‌های "فراشناخت درمانی"، "درمان هیجان مدار" و کنترل.

است ( $P \geq 0/001$ ). یعنی حداقل یک اختلاف بین مداخله "فراشناخت درمانی" و "درمان هیجان مدار" و گروه کنترل در کاهش نمره پاسخ نشخواری وجود دارد. تعامل بین زمان و مداخله و تاثیر همزمان این ۲ متغیر بر میزان نمره پاسخ نشخواری نیز به لحاظ آماری معنادار است ( $P \geq 0/001$ ). به عبارتی دیگر، میزان نمره پاسخ نشخواری شرکت کننده در هر مداخله در طی زمان‌های مختلف با همدیگر متفاوت است.

(جدول ۳) معناداری یا عدم معناداری کل الگو و همچنین تاثیرات جداگانه هر یک از متغیرهای زمان و مداخله و تعامل این ۲ بر نشخواری پاسخ را نشان می‌دهد. همان گونه که در جدول مشاهده می‌شود اثر متغیر درون گروهی زمان بر پاسخ نشخواری معنادار است ( $P \geq 0/001$ ). یعنی حداقل یک اختلاف بین میانگین‌ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود دارد. همچنین اثر متغیر بین گروهی مداخله‌ها نیز در کاهش پاسخ کننده گروه‌ها معنادار بوده

**جدول ۴:** نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه ۲ تایی گروه‌ها در "مقیاس پاسخ نشخواری"

P-value	انحراف استاندارد	میانگین تفاوت‌ها	گروه ۲	گروه ۱	مقایسه گروه‌ها
۱/۰۰	۰/۹۶۵	-۰/۰۲۲	هیجان مدار	فراشناخت	
۰/۰۱	۰/۹۶۵	۵/۸۶*	کنترل	کنترل	
۰/۰۱	۰/۹۶۵	-۵/۸۴*	کنترل	هیجان مدار	
P-value	انحراف استاندارد	میانگین تفاوت‌ها	مرحله ۲	مرحله ۱	مقایسه مراحل
۰/۰۱	۰/۹۶۵	۷/۹۵*	پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۱	۰/۹۶۵	۷/۸۸*	پیگیری	پیش آزمون	
۱/۰	۰/۹۶۵	-۰/۶۷	پیگیری	پس آزمون	

مدار" و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین مقایسه‌های دو تایی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمره استفاده در گروه‌ها نشان می‌دهد بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون و بین مراحل پیش آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. اما بین مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتایج (جدول ۴) آزمون بنفرونی برای مقایسه‌های دو تایی مداخله‌ها در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در نمره استفاده شده است. نتایج این آزمون نشان می‌دهد که بین ۲ گروه تجربی ("فراشناخت درمانی" و "درمان هیجان مدار") تفاوت معناداری وجود ندارد، اما بین گروه "فراشناخت درمانی" و گروه کنترل و گروه "درمان هیجان

**بحث**

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی "فراشناخت درمانی" و "درمان هیجان مدار" بر پاسخ نشخواری دانش آموزان پسر متوسطه در سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد "فراشناخت درمانی" موجب کاهش پاسخ نشخواری می شود. این نتیجه با نتایج پژوهش Ho-Wai So و همکاران (۲۲) و لاریجانی و همکاران (۲۷) همسو می باشد. به این ترتیب که Ho-Wai So و همکاران (۲۲) در پژوهش خود نشان دادند که "فراشناخت درمانی" موجب کاهش علامت افسردگی، پاسخ نشخواری و بهبود انعطاف پذیری در بین گروه ها می شود. بعلاوه، لاریجانی و همکاران (۲۷) نشان دادند "فراشناخت درمانی" موجب کاهش پاسخ نشخواری دانشجویان می شود. این یافته را چنین می توان تبیین نمود که کاهش پاسخ نشخواری می تواند به علت اصلاح فرآیند تغییر سبک تفکر بیمار باشد؛ چرا که با "فراشناخت درمانی"، نشخوار کاهش یافته و بدنبال آن، الگوهای فکری عادت‌ی تقویت شده، نیز کاهش می یابد. به بیان دیگر، "فراشناخت درمانی"، با آموزش سبک تفکر عینی و استفاده از سوال های چگونگی در مواجهه با افکار منفی، باعث توقف نشخوار می گردد و اشخاص از افکار کلی، ارزشی و انتزاعی که تشدید کننده پاسخ نشخواری و متعاقب آن رفتارهای آسیب زا است، به سمت افکار خاص، توصیفی و عینی هدایت می شوند (۱۴).

بعلاوه، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که "درمان هیجان مدار" موجب کاهش پاسخ نشخواری می شود. در این زمینه نتایج پژوهش حاضر با پژوهش رحمانی و همکاران (۲۳)، خیری (۲۵)، خوشنام و همکاران (۲۹) و Beckerman & Sarracco (۳۰) مطابقت داشته است. بعنوان مثال، خوشنام و همکاران (۲۶) در پژوهش خود نشان دادند "درمان هیجان مدار" در کاهش افسردگی و نشخوارگری پاسخ افسردگی اساسی موثر است. همچنین، Beckerman & Sarracco (۳۰) در پژوهش خود نشان دادند "درمان هیجان مدار"، موجب کاهش افسردگی، الگوهای فکری منفی، افزایش آگاهی و اثرگذاری ارتباط و الگوهای ارتباطی می گردد. در تبیین این یافته چنین می توان اذعان داشت که با عنایت به اینکه نشخوار به عنوان یکی از طرحواره های هیجانی می باشد؛ لذا، تنظیم هیجان به کاهش پاسخ نشخواری

منجر خواهد شد (۳۱). از سوی دیگر، پاسخ نشخواری، راهبردی اجتنابی برای مقابله با هیجان ها و افکار منفی تلقی می شود. همچنین ایجاد ارتباط بین تجارب هیجانی با ارزش های برتر و اعتباربخشی موجب می شود افراد با پاسخ نشخواری، هیجان های خود را به عنوان انعکاسی از زندگی ارزشمند در نظر بگیرند و همین امر عامل مهمی برای پذیرفتن هیجان های منفی است. همچنین، به دلیل اینکه استفاده از "درمان هیجان مدار"، توجه فرد را به سمت محرک ها و منابع درون فردی جلب می کند، توانایی کنترل فرد را نسبت به محرکات بیرونی کاهش داده و از این طریق توجه وی به سمت منابع دیگر سوق داده شده و سبب می شود میزان پاسخ نشخواری آن ها کاهش یابد (۱۵).

**نتیجه گیری**

نتایج پژوهش نشان داد "فراشناخت درمانی" و "درمان هیجان مدار" بر پاسخ نشخواری دانش آموزان موثر است. لذا پیشنهاد می شود که مراکز مشاوره و ارائه دهندگان خدمات آموزشی به دانش آموزان از روش های فوق استفاده نمایند. از جمله محدودیت پژوهش حاضر می توان گفت که جامعه آماری پژوهش حاضر از منطقه افشار شهرستان خدابنده انتخاب شده است. با توجه به تفاوت فرهنگ و آداب و رسوم بین شهرهای کشور، لذا تعمیم یافته ها با احتیاط صورت گیرد.

**سپاسگزارى**

مقاله حاضر مستخرج از پایان نامه دکتری ناصر خدابنده لو به راهنمایی آقای دکتر قربان فتحی اقدم، مصوب با کد شماره ۱۷۰۴۵۲ در سایت <http://ris.iau.ac.ir> و در تاریخ ۱۳۹۸/۱۱/۱۴ می باشد که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر انجام شده است. از مسئولین دانشگاه آزاد اسلامی واحد ابهر و بویژه افراد نمونه شرکت کننده که در اجرای این پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می شود.

**تضاد منافع**

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکرده اند.



## References

- Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptom. *Journal of Abnormal Psychology*. 2000; 109 (3): 504-511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Nolen-Hoeksema S, Aldao A. Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences*. 2011; 51 (6): 704- 708. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.06.012>
- Nolen- Hoeksema S, Jackson B. Mediators of the gender difference in rumination. *Psychology of Women Quarterly*. 1993; 25 (2): 37- 47 <https://doi.org/10.1111/1471-6402.00005>
- Lo C, Ho S, Hollon S. The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behavioral Research Therapy*. 2008; 46 (4): 487- 495. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.01.013>
- Constantin K, English MM, Mazmanian D. Anxiety, depression, and procrastination among students: Rumination plays a larger mediating role than worry. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*. 2018; 36 (1): 15- 27. <https://doi.org/10.1007/s10942-017-0271-5>
- Ogińska-Bulik N, Michalska P. The relationship between emotional processing deficits and posttraumatic stress disorder symptoms among breast cancer patients: The mediating role of rumination. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2020; 27 (1): 11- 21. <https://doi.org/10.1007/s10880-019-09606-6>
- Rees C, Anderson R. New approaches to the psychological treatment of obsessive-compulsive disorder in adults, In F. Durbano (Ed.), *New Insights into Anxiety Disorders*. New York: InTech.2013. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/https://doi.org/10.5772/53070>
- Fisher P L, Wells A. *Metacognitive Therapy: Distinctive Features*. London: Routledge. 2018. <https://www.routledge.com>.
- Wells, A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York: 2009. <https://www.guilford.com>
- Johnson S M. *The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy Creating Connection* New York: Brunner/Routledge.2004. <https://www.amazon.com>
- Elliott R, Greenberg L S. The essence of process-experiential/Emotion Focused Therapy. *American Journal of Psychotherapy*. 2007; 61 (3): 241- 254. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2007.61.3.241>
- Greenberg L S, Paivio SC. *Working with Emotions in Psychotherapy*. New York: Guilford Press.2017. <https://www.apa.org/pubs/books/Emotion-Focused>
- Greenberg L, Watson J. *Emotion Focused Therapy for Depression*. Washington: American Psychological Association. 2006. <https://www.apa.org/pubs/books/4317081https://doi.org/10.1037/11286-000>
- Izanloo H, Shahhabzadeh F, Hojjat S K, Bahrainian S A. [The effectiveness of “Rumination -Focused Cognitive Behavioral Therapy” and “Mindfulness-Based Cognitive Therapy” on impulsivity and hopelessness of depressed teenage girls attempting suicide]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10 (5): 54- 70. <http://jhpm.ir/article-1-1278-fa.html>
- Karami R, Sharifi T, Nikkiah M, Ghazanfari A. [Effectiveness of Emotion Regulation Training Based on Grass Model on reducing rumination and social anxiety in female students with 60-day follow-up]. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2019; 7 (1): 1-9. <http://journal.ihepsa.ir/article-1-933-fa.htmlhttps://doi.org/10.30699/ijhehp.7.1.1>
- Aghagedi P, Golparvar M, Khayatan F, Aghaei A. [Forgiveness Based Mindfulness and Emotionally Focused Therapy on rumination and marital satisfaction of women Injured by husband’s infidelity]. *Journal of Disability Studies*. 2019; 9 (?):102-102. <http://jdisabilstud.org/article-1-1188-fa.html>
- Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991; 61 (1): 115-121. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Ruminative reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 2003; 27 (3): 247- 259. <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1023910315561>
- Boswell DL, White JK, Sims WD, Harrist S, Romans JS.C. Reliability and validity of the

- Outcome Questionnaire-45.2 Psychological Reports. 2013; 112 (3): 689- 693. <https://doi.org/10.2466/02.08.PR0.112.3.689-693>
20. Bagheri Nejad M, Salehi Fedredi J, Tabatabai M. [The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian students]. Journal of Educational and Psychological Studies. 2011; 11 (1): 21-38. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=114192>
  21. Shahhoseini A, Manavipour D. [Presentation of causal model for rumination based on negative and positive psychological variables]. Journal of Shefaye Khatam. 2015; 4 (3): 51-65. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=282895> <https://doi.org/10.18869/acadpub.shefa.4.3.51>
  22. Ho-Wai So S, Hoi-Kei Chan G, Kit-Wa Wong CH, Wing-Ka Ching E, Sze-Wai Lee S, Chi-Wing Wong B, et al. A randomized controlled trial of metacognitive training for psychosis, depression, and belief flexibility. Journal of Affective Disorders. 2020; 279(15): 388-397. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.126>
  23. Rahmani S, Zeinali M, Nabati M, Seifi A. [The effectiveness of Group Metacognitive Therapy on depression, rumination of patients with MS]. 1st International Conference on Culture, Psychopathology and Education, Tehran. Al-Zahra University. 2017. <https://civilica.com/1/8040/>
  24. Johnson S M. Emotionally Focused Couple Therapy. In A. S. Gurman (Ed.). Clinical Handbook of Couple Therapy. New York: The Guildford Press. 2008.
  25. Kheiri B. [Comparison of the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Emotion-Focused Therapy on obsessive-compulsive disorder, rumination and cognitive avoidance in female patients with obsessive-compulsive disorder]. Ph.D. thesis in Counseling. Islamic Azad University. Khomeini Shahr Branch. 2019. <http://graduates.iaukhsh.ac.ir/>
  26. Kavianpour M. [The effectiveness of group-based emotion-based counseling on cognitive emotion regulation of couples in Shiraz]. Master thesis. Islamic Azad University of Marvdasht. 2015. <http://lib.miau.ac.ir>
  27. Larijani Z S, Mohammadkhani P, Hasani F, Sepah Mansour M, Mahmoudi G R. [Comparison of the effectiveness of Cognitive-Based Therapy Presence of mind and Metacognitive Therapy in students with symptoms of depression, positive metacognitive beliefs and negative about rumination and avoiding experiences]. Quarterly Journal of Psychological Studies. 2013; 10 (2): 27- 52.
  28. Khoshnam S, Borjali A, Amiri H. [The effectiveness of Emotion-Based Therapy on the severity of depression in patients with major depression]. Quarterly Journal of Contemporary Psychology. 2015; 9 (1): 106-95. [www. bjcp.ir/ browse.php](http://www.bjcp.ir/browse.php)
  29. Beckerman N L, Sarracco M. Enhancing Emotionally Focused Couple Therapy through the practice of mindfulness: A case analysis. Journal of Family Psychotherapy. 2018; 22(2): 1-15. <https://www.tandfonline.com/https://doi.org/10.1080/08975353.2011.551082>
  30. Leahy RL, Tirsch DD, Melwani PS. Processes underlying depression: risk aversion, emotional schemas, and psychological flexibility. International Journal of Cognitive Therapy. 2012; 5(4): 362-79. <https://doi.org/10.1521/ijct.2012.5.4.362>