

اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علایم افسردگی: مطالعه تک آزمودنی

ریحانه درگاهیان^۱

شهرام محمدخانی^۲

جعفر حسینی^۳

جمال شمس^۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۸/۲۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۰/۲/۱۹

چکیده

درمان فراشناختی رویکرد نو ظهوری است که به جای تمرکز بر محتوای تفکر بیمار بر کاهش فرآیندهای شناختی غیرمفید و تسهیل پردازش فراشناختی تأکید می‌کند. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علایم افسردگی انجام شده است.

پژوهش حاضر از نوع طرح‌های تک آزمودنی چند خط پایه‌ی همراه با کنترل بود. دو مورد بیمار زن مبتلا به افسردگی اساسی براساس مصاحبه تشخیصی مبتنی بر DSM-IV انتخاب

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تربیت معلم تهران

۲- استادیار دانشگاه تربیت معلم تهران

۳- استادیار دانشگاه تربیت معلم تهران

۴- استادیار مرکز تحقیقات علوم رفتاری و گروه روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

شدند. یکی از بیماران فقط درمان دارویی و بیمار دیگر علاوه بر درمان دارویی طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای برنامه‌ی درمانی فراشناختی را نیز دریافت کرد. هر دو آزمودنی در مرحله پیش از درمان (خط پایه) و بعد از پایان درمان (پس‌آزمون) مقیاس‌های اختلال افسردگی اساسی (MDD-S)، نسخه دوم افسردگی بک (BDI-II)، سبک پاسخ نشخوارینولن-هیکسما و مورو (RRS) و پرسش‌نامه فراشناخت‌های ولز و کاترایت‌هاتن (MCQ-30) را تکمیل نمودند. علاوه بر این بیمار تحت درمان فراشناختی، مقیاس افسردگی MDD-S و مقیاس سندرم شناختی-توجهی را در طی جلسات درمانی تکمیل نمود.

نتایج نشان داد که نمره بیمار تحت درمان فراشناختی در مقیاس افسردگی بک، از ۳۵ در مرحله‌ی پیش از مداخله به ۶ در مرحله پس از مداخله و پیگیری کاهش یافت، در حالی که نمره بیمار کنترل از ۲۳ به ۵ در پس‌آزمون و ۳۲ در مرحله پیگیری تغییر یافت. هم‌چنین نمره بیمار تحت درمان فراشناختی در مقیاس تجدید نظر شده افسردگی اساسی (MDD-S)، سبک پاسخ نشخواری، توجه معطوف به خود و فراشناخت‌ها کاهش معناداری نشان داد. در حالی که نمرات این مقیاس‌ها در بیمار تحت درمان دارویی تغییرات معناداری مبنی بر بهبودی را نشان نداد.

درمان فراشناختی با کاهش میزان نشخوار فکری، توجه معطوف به خود، باورهای فراشناختی منفی و مثبت در کاهش علایم افسردگی اساسی مؤثر است و تغییرات درمانی ایجاد شده در پیگیری دو ماهه پایدار باقی می‌ماند.

واژگان کلیدی: افسردگی اساسی، نشخوار فکری، باورهای فراشناختی، توجه معطوف به خود و درمان فراشناختی.

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی^۱ یک بیماری عود کننده^۲ با پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی بسیار است (سگال و همکاران، ۲۰۰۷). این بیماری با رنج طولانی مدت، اختلال در شغل، تحصیل، روابط بین فردی، خانوادگی و حتی خودکشی تا حد قابل توجهی بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (کالتنالر و همکاران، ۲۰۰۲؛ مؤسسه بهداشت، ۲۰۰۴) و به علت ناتوانی و غیبت‌های مکرر منجر به زیان اقتصادی بالایی می‌شود (اشپیتز، ۲۰۰۹).

اختلال افسردگی اساسی از نظر میزان شیوع در میان بیماری‌ها جایگاه ویژه‌ای دارد. بین ۱۰-۱۲/۵٪ مردان و ۲۵٪ زنان حداقل یک بار در طی زندگی خود دچار افسردگی می‌شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). به همین دلیل تاکنون روش‌های درمانی متعددی نظیر درمان دارویی، روان‌درمانی بین فردی، تحلیلی، شناختی و خانواده درمانی برای این اختلال مورد استفاده قرار گرفته است. در سال‌های اخیر الگوهای جدیدی مانند رویکرد فراشناختی^۳ شکل گرفته و تحول بزرگی در روش‌های درمانی این اختلال ایجاد کرده است.

رویکرد فراشناختی بر اساس نظریه‌ی بنیادی «الگوی کارکرد اجرایی خود نظم بخش^۴» استوار است. این مدل دلیل آسیب‌پذیری به اختلالات هیجانی را الگوی توجه معطوف به خود افراطی، فعالیت باورهای فراشناختی ناسازگارانه و فرآیندهای بازتابی خاص می‌داند (ولز و کاترایت-هاتن، ۲۰۰۴). این فرآیند هنگامی فعال می‌شود که فرد بین اهداف درونی خود و شرایط بیرونی احساس ناهماهنگی کند. در این شرایط راهبردهای خاصی چون جذب اطلاعات به درون باورها، سرکوب فکر، نشخوار فکری^۵ و نگرانی^۶ به منظور جلوگیری از ورود محرک‌های ناراحت کننده به هشیاری یا حل مشکلات ناشی از ناهماهنگی، نظارت بر

-
1. Major Depression Disorder (MDD)
 2. recurrent
 3. Metacognition
 4. self regulatory executive function model
 5. Rumination
 6. worry

حالت‌های جسمی- روانی و آمادگی در برابر خطر، به منظور کاهش این ناهماهنگی توسط کارکرد اجرایی خود نظم بخش به کار گرفته می‌شوند (ولز، ۲۰۰۹).

درمان فراشناختی اختلال افسردگی اساسی بیشتر بر درک علل نشخوار فکری و حذف این فرآیند ناسازگارانه تأکید می‌کند. چرا که نشخوار فکری، خصیصه‌ی اصلی سندرم شناختی- توجهی و یکی از راهکارهای کارکرد اجرایی خودنظم بخش است که برای کاهش ناهماهنگی شناختی در پاسخ به افکار منفی و احساس غمگینی فعال می‌شود و در واقع نوعی سبک مقابله با خلق افسرده به شمار می‌آید (بارنهوفر و همکاران، ۲۰۰۹؛ روالوفس و همکاران، ۲۰۰۶). سندرم شناختی- توجهی^۱ شامل نشخوار فکری، پایش تهدید^۲ و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است. این سندرم موجب تداوم غمگینی و باورهای منفی شده و به دوره‌های افسرده ساز منجر می‌شود (ولز، ۲۰۰۹).

نشخوار فکری یک سبک پاسخ‌دهی به خلق افسرده است که با فکر مکرر در مورد نشانه‌های بیماری، علل و پیامدهای ممکن مشخصی شود (دی جونگ میر و همکاران، ۲۰۰۹). مطالعات انجام شده در زمینه‌ی فراشناخت نشان می‌دهند که نشخوار فکری با آسیب‌پذیری به خلق افسرده و سایر نشانه‌ها، شروع دوره‌ها یا افسردگی، تشدید و طولانی شدن آن‌ها مرتبط است (دی جونگ میر و همکاران، ۲۰۰۹؛ روالوفس و همکاران، ۲۰۰۶).

براساس مدل فراشناختی افسردگی (شکل ۱)، یک عامل برانگیزاننده موجب فعال شدن سطح دوم سیستم فراشناختی یعنی سیستم کارکرد اجرایی وابسته به نظارت می‌شود. این سیستم با ارزیابی افکار درونی با توجه به اهداف فردی و محدودیت‌های اجتماعی، شیوه‌ی مقابله با خلق افسرده را مشخص می‌کند (ولز، ۲۰۰۹). باورهای فراشناختی مثبت^۳ در مورد نشخوار فکری در سطح سوم قرار دارند. این باورها نیاز به درگیر شدن در نشخوار فکری درباره‌ی معنی و علل رویداد را مطرح می‌کنند. این فرآیند موجب تشدید علائم افسرده ساز می‌شود. در

1. cognitive attentional syndrome

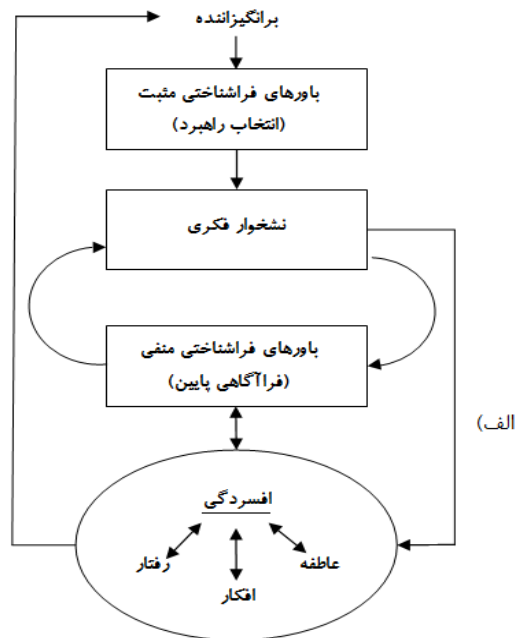
2. threat monitoring

3. Positive metacognitive beliefs

نتیجه‌ی تداوم علائم و شکست در کاهش این تفاوت شناختی، باورهای فراشناختی منفی فعال می‌شود (روالوفس و همکاران، ۲۰۰۶). باورهای فراشناختی منفی نقش مهمی در افسردگی دارند. این باورها در مورد غیرقابل کنترل بودن، زیان‌ها و پیامدهای فردی و اجتماعی نشخوار فکری هستند و ارزیابی منفی از افکار یا احساسات را در بر می‌گیرند، مانند اینکه افسردگی خطرناک است (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۱؛ کرکران^۲ و سگال، ۲۰۰۸). ماریسون و ولز (۲۰۰۵) در مطالعات خود شواهدی یافته‌اند مبنی بر این که باورهای فراشناختی یک عامل آسیب‌پذیری عمومی هستند و در نتیجه بر رشد علائم روان‌پریشی و روان رنجوری اثر می‌گذارند. در این پژوهش‌ها افسردگی و باورهای منفی و مثبت فراشناختی با یکدیگر رابطه مثبت و معنادار داشته‌اند (روالوفس و همکاران، ۲۰۰۶).

مطالعات نشان داده‌اند که آگاهی فراشناختی^۳ کاهش یافته از این افکار و باورها با آسیب‌پذیری به افسردگی مرتبط است (تیزدل و همکاران، ۲۰۰۲)، به طوری که تغییرات در آگاهی فراشناختی و توانایی دریافت فکار و احساسات از طریق یک جایگاه غیرمرکزی و یادگیری روش متفاوت تعامل با افکار و احساسات با کاهش در خلق ملال‌آور و افکارمنفی، تغییر در نگرش به افکار منفی و نرخ پایین عود افسردگی همراه است (کرکران و سگال، ۲۰۰۸).

1. negative metacognitive beliefs
2. Corcoran, K
3. metacognitive awareness



شکل ۱. مدل فراشناختی افسردگی (ولز، ۲۰۰۹)

در درمان فراشناختی از طریق آموزش توجه، به بیمار کمک می‌کند تا فرایند نشخوار فکری را قطع کند. سپس باورهای فراشناختی منفی و مثبت بیمار درباره نشخوار فکری را به چالش می‌کشد. این درمان به جای افکار خودآیند منفی، فرایند نشخوار فکری را هدف مداخله قرار می‌دهد و به این ترتیب احتمال ورود به دوره‌های افسردگی اساسی کاهش می‌یابد (ولز، ۲۰۰۹).

درمان فراشناختی بر نقش باورها در سبک پردازش، فرایندهای توجهی مانند سوگیری توجهی، کنترل شناخت و محدودیت‌های ناپایدار در پردازش تمرکز می‌کند و با کاهش نشخوار فکری، باورهای مثبت و منفی فراشناختی به درمان افسردگی منجر می‌شود (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۰؛ ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۴).

درمان و ۶۶٪ آن‌ها در پی‌گیری ۶ ماهه بهبودی کامل یافته بودند و بهبودی چشم‌گیری در افسردگی، اضطراب و فراشناخت‌ها مشاهده شد (ولز، فیشر و همکاران، ۲۰۰۸). با این حال این پژوهش‌ها برانجام مطالعات ارزشیابی بیش‌تر تأکید می‌کنند. با توجه به این که پژوهش‌های اندکی در زمینه اثر بخشی درمان فراشناختی در مورد اختلال افسردگی در دنیا و به ویژه در جمعیت ایرانی انجام شده است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علائم افسردگی در افراد مبتلا به افسردگی اساسی انجام شده است.

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعه تجربی با روش تک آزمودنی چند خط پایه‌ای^۱ است که به منظور بررسی اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علائم افسردگی انجام شده است. نمونه این پژوهش شامل دو خانم دچار اختلال افسردگی اساسی بودند که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. هر دو نفر تحت درمان دارویی قرار گرفتند، ولی یک نفر از آن‌ها به علاوه بر درمان دارویی درمان فراشناختی را دریافت را نیز دریافت کرد. ملاک‌های ورود در مورد نمونه مورد نظر داشتن ملاک‌های اختلال افسردگی اساسی و فقدان ملاک‌های سایر اختلال‌های محور I و II بر اساس نظر روان‌پزشک، مصاحبه بالینی ساخت یافته بر پایه DSM-IV-TR توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، نداشتن سابقه اقدام به خودکشی و سایر مداخلات روان‌شناختی دیگر، محدوده سنی ۱۸-۴۰ سال و تحصیلات بالاتر از دیپلم بود.

بیماران تحت درمان از میان بیماران افسرده مراجعه کننده به بیمارستان امام حسین تهران انتخاب شدند. مورد آزمایش زنی ۲۵ ساله، متأهل، خانه دار و با تحصیلات دیپلم بود که ۶ سال از آغاز علائم بیماری وی می‌گذشت. شکایت عمده ویدر اولین مراجعه سردرد شدید و

1. multiple based-across-subjects design

پرخاشگری گزارش شد. علایم ایشان از ۱۹ سالگی پس از این که به اعتیاد همسرش شک کرده شروع شده است. پس از آن با وجود این که همسرش دو سال است که مصرف مواد را ترک کرده، علایم همچنان ادامه داشته است. تابلوی بالینی در زمان اخذ خط پایه مراجع عبارت بود از علایمی همچون بی‌علاقگی و بی‌تفاوتی، تحریک‌پذیری و پرخاشگری، افکار مداوم منفی، احساس ناامیدی و درماندگی، فکر مرگ و گاه صدمه به خود.

مورد کنترل زنی ۴۰ ساله، متأهل، خانه‌دار و دارای تحصیلات دیپلم است که علایم بیماری ایشان حدود یک سال قبل در پی عود سوء مصرف همسر ایشان آغاز شد. شکایت عمده ایشان در اولین مراجعه پرش عضلانی، خلق پایین، اضطراب، علاقه به انزوا و عدم خروج از منزل بوده است. در زمان اخذ مصاحبه بالینی علایمی همچون علاقه به انزوا، اشتغال فکری، بی‌تفاوتی، اشتها و خواب پایین، ناامیدی و احساس غمگینی در مراجع مشهود بود.

بیمار آزمایشی طی ۸ جلسه (هر هفته یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) تحت درمان فراشناختی براساس راهنمای درمان فراشناختی افسردگی (ولز ۲۰۰۹، ترجمه محمدخانی؛ ۱۳۸۸)، قرار گرفت. برنامه جلسه به جلسه درمان فراشناختی افسردگی در جدول زیر ارائه شده است.

در جلسه اول مقیاس‌های افسردگی بک، افسردگی اساسی ولز، سندرم شناختی توجهی و پرسشنامه فراشناخت توسط مراجع تکمیل شد. سپس مصاحبه شرح حال کاملی از بیمار اخذ شد. در این جلسه فرمول بندی موردی براساس برهه اخیر نشخوار فکری انجام شد. هدف این بود که آگاهی فراشناختی بیمار افزایش یابد و بیمار برای ادامه‌ی درمان آمادگی لازم را پیدا کند. عوامل تداوم بخش افسردگی (نشخوار فکری و کاهش فعالیت) بررسی شد. سپس تمرین توجه به بیمار آموزش داده شد. تمرین توجه باعث کسب آگاهی و کنترل انعطاف‌پذیر بر تفکر نشخواری است. از بیمار خواسته شد این تکنیک را هر روز ۲ بار و هر بار به مدت ۱۰-۱۲ دقیقه انجام دهد. در پایان تمرین توجه و ثبت فعالیت‌های روزانه به عنوان تکلیف خانگی به بیمار داده شد.

در جلسه دوم تکنیک‌های ذهن آگاهی گسلیده، تعویق فکری و کاربرد آن‌ها به بیمار آموزش داده شد. هدف تکنیک ذهن آگاهی این است که بیمار از برانگیزاننده‌های نشخوار فکری بدون انجام تحلیل مفهومی آن آگاه باشد و هدف تعویق فکری اینکه بیمار کنترل‌پذیر بودن نشخوار فکری را مورد آزمون قرار دهد. سپس برخی عقاید و باورهای بیمار در مورد میزان آمیختگی با نشخوار فکری و اعتقاد به کنترل‌پذیر بودن آن بررسی شد. در پایان این جلسه تمرین توجه، ثبت فعالیت‌های روزانه، ذهن آگاهی گسلیده و تعویق فکری به عنوان تکلیف خانگی توصیه شد.

در جلسه سوم برانگیزاننده‌های نشخوار فکری بیمار مورد بررسی قرار گرفت. بیمار اظهار داشت که تکنیک ذهن آگاهی را در ۷۰٪ موارد استفاده کرده است و بسیار نتیجه بخش بوده است. در این جلسه تمرین توجه و آزمون تعدیل برای چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل‌ناپذیری انجام شد. در پایان این جلسه معنای علائم از دید بیمار بررسی شد. تکلیف خانگی این جلسه انجام فن آموزش توجه، روش ذهن آگاهی و به تعویق انداختن فکر، ثبت فعالیت‌های روزانه و تلاش در جهت کاهش میزان خواب و افزایش فعالیت‌های مفید، زمینه یابی از چند نفر از اطرافیان در مورد تجربه نوسان خلق بوده است.

در جلسه چهارم زمینه یابی بیمار از اطرافیان در مورد تجربه نوسان خلق مورد بررسی قرار گرفت. باورهای مثبت در مورد نشخوار فکری به چالش کشیده شد و تمرین توجه انجام شد. در پایان جلسه تمرین توجه، افزایش کاربرد ذهن آگاهی و تعویق نشخوار فکری، تغییر در برنامه‌ریزی و جایگزینی پیاده‌روی به عنوان یک فعالیت لذت‌بخش، بررسی باورهای فراشناختی در مورد غمگینی به عنوان تکلیف خانگی جلسه بعد ارائه شد.

در جلسه پنجم سطح فعالیت، مقابله‌های ناسازگارانه و اجتناب‌های بیمار بررسی شد. سپس باورهای فراشناختی مثبت مورد چالش قرار گرفت و در آخر تمرین توجه انجام شد. تمرین توجه، تلاش برای کاهش خواب و افزایش فعالیت‌ها، استفاده از تکنیک ذهن آگاهی تکلیف خانگی مراجع برای جلسه بعد بود.

طبق مقیاس‌های تکمیل شده در جلسه ششم، سطح نشخوار فکری مراجع کاهش قابل توجهی داشت. در این جلسه باورهای فراشناختی منفی به چالش کشیده شد. تمرین توجه نیز انجام شد. در آخر تکلیف خانگی - تمرین فن آموزش توجه، به تعویق انداختن نشخوار فکری، انجام فعالیت‌های لذت بخش - به بیمار یادآوری شد.

در جلسه هفتم تمرکز بر تدوین برنامه‌ی جدید بود تا بیمار بتواند پس از درمان با عوامل مرتبط با عود به خوبی مقابله کند. ضمناً ترس بیمار از عود مجدد مورد توجه قرار گرفت و توضیحات لازم در این بهاره ارائه شد. در تدوین برنامه‌ی جدید برانگیزاننده‌های نشخوار فکری لیست شد، سبک رفتار و مقابله‌های قدیم و جدید (جایگزین) نیز مکتوب شد. تمرین آموزش توجه، اجرای برنامه‌ی جدید و افزودن موارد احتمالی به آن، طرح یک فرمول‌بندی موردی، یافتن نمونه‌هایی از باورهای مثبت و منفی فراشناختی و شواهد نفی کننده آن به عنوان تکلیف خانگی جلسه هفتم توصیه شد.

در جلسه‌ی آخر برنامه‌ی جدید درمان تکمیل شد. رخدادهای برانگیزاننده‌ی احتمالی و واکنش مناسب بیمار در برابر آن‌ها پیش بینی شد. در انتها مقیاس‌های افسردگی بک، افسردگی اساسی و سندرم شناختی توجهی و فراشناخت‌ها توسط مراجع تکمیل شد. استفاده از طرح کلی درمان در شرایط برانگیزاننده، انجام مداوم تمرین توجه و افزایش فعالیت لذت بخش توصیه شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه باورهای فراشناختی (MCQ-30)

این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی صفتی که برخی از آن‌ها نقش محوری در مدل فراشناختی اختلال روان‌شناختی دارند، طراحی شده است. پرسش‌نامه فراشناختی (MCQ) یک مقیاس ۳۰ سؤالی خود گزارشی است که حیطه‌های فراشناختی زیر را در پنج مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند: (۱) باورهای مثبت درباره نگرانی، (۲) باورهای منفی درباره‌ی

نگرانی که با کنترل ناپذیری و خطر مرتبط هستند، (۳) اطمینان شناختی ضعیف (۴) لزوم کنترل افکار (۵) خودآگاهی شناختی (ولز، ۲۰۰۰). این مقیاس بر پایه مدل کارکرد اجرایی خودنظم بخش (ولز و میتوز، ۱۹۹۶) درباره‌ی اختلال‌های هیجانی ساخته شده است. سؤالات بر روی یک مقیاس لیکرتی از موافق نیستم=۱ تا کاملاً موافقم=۴ پاسخ داده می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس‌های آن از ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ گسترده است. همبستگی بازآزمایی در فاصله زمانی ۲۲ تا ۱۱۸ روز به شرح زیر بود: نمره‌ی کلی برابر با ۰/۷۵، مقیاس باورهای مثبت برابر با ۰/۷۹، کنترل ناپذیری / خطر برابر با ۰/۵۹، اطمینان شناختی برابر با ۰/۶۹، لزوم کنترل افکار برابر با ۰/۷۴ و خودآگاهی شناختی برابر با ۰/۸۷ (ولز و کاترایت-هاتن، ۲۰۰۴). شیرین زاده دستگیری (۱۳۸۷)، ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱؛ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷؛ و اعتبار بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳؛ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرد. محمدخانی و فرجاد (۱۳۸۸) میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه MCQ-30، ۰/۸۰ و برای خرده مقیاس‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، کنترل ناپذیر و خطر، اطمینان شناختی، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب ۰/۵۲، ۰/۷۱، ۰/۸۳، ۰/۶۰ و ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند.

آزمون افسردگی بک (BDI-II)

این مقیاس نشانگان افسردگی را طبق ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی که انجمن روان‌پزشکی آمریکا در راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی چاپ چهارم ارائه داده ارزیابی می‌کند (بک و همکاران، ۱۹۹۶). این پرسشنامه دارای ۲۱ آیتم چهارگزینه‌ای از ۰-۳ است و نمره کلی بین صفر تا ۶۳ متغیر می‌باشد. همبستگی درونی این مقیاس (آلفای کرونباخ: ۰/۹۳) و پایایی بازآزمایی ($r=0/93$) می‌باشد (دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶).

پرسشنامه سبک پاسخ‌دهی نشخواری (RRS)

مقیاس سبک پاسخ نشخواری زیر مقیاسی از پرسشنامه سبک‌های پاسخ نولنهیکسما و مورو است (۱۹۹۱) است. این مقیاس خودگزارشی توسط نولن-هیگسما و مورو (۱۹۹۱) ساخته شده، دارای ۲۲ سؤال ۴ گزینه ایلیکرت است که برای دست‌یابی به نشخوار فکری طراحی شده است (آدلر، ۲۰۰۸). این مقیاس نشان می‌دهد که وقتی آزمودنی افسرده می‌شود چقدر در هر فکر یا رفتار نشخواری درگیر می‌شود. نمرات می‌تواند بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر باشد (بارو، ۲۰۰۷). ترینور^۱ و همکاران (۲۰۰۳)، ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۹۰، اعتبار بازآزمایی را ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند (به نقل از بوک و همکاران، ۲۰۱۰؛ جورجیو، ۲۰۱۰). آلفای کرونباخ به دست آمده در نمونه ایرانی ۰/۹۰ گزارش شده است (منصوری، ۱۳۸۸).

مقیاس افسردگی اساسی (MDD-S)

درمانگر با اجرای این مقیاس تکمیلی به درک اولیه‌ای از انواع باورهای مثبت و منفی و سبک‌های تفکر که باید مورد بررسی قرار گیرد، می‌رسد. هم‌چنین این مقیاس یک برداشت کلی از انواع رفتارهایی که فرد در جریان خلق پایین درگیر آن‌ها می‌شود را در اختیار درمانگر قرار می‌دهد. این مقیاس بر اساس مدل فراشناختی افسردگی ساخته شده است (ولز، ۲۰۰۹) و مؤلفه‌های فراشناختی دخیل در تداوم افسردگی را ارزیابی می‌کند.

برای تحلیل داده‌های این پژوهش از روش تحلیل اندازه‌گیری مکرر و تحلیل داده‌ها به کمک رسم نمودار استفاده شد. فراز و فرود متغیر وابسته پایه داوری میزان تغییر به شمار رفت. افزون بر این از ملاک معناداری بالینی هم برای تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد. برای عینی‌سازی میزان بهبودی از فرمول برای تعیین درصد بهبودی استفاده شد. A0 مشکل آماجی در جلسه اول، A1 مشکل آماجی در جلسه آخر و ۰٪ میزان بهبودی را نشان می‌دهد.

یافته‌ها

در جدول ۱ نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مراجع در مقیاس‌های افسردگی، باورهای فراشناختی و زیرمقیاس‌های آن مورد مقایسه قرار گرفته است و در پایان میزان اثر بخشی درمان در هر یک از متغیرها بررسی شده است.

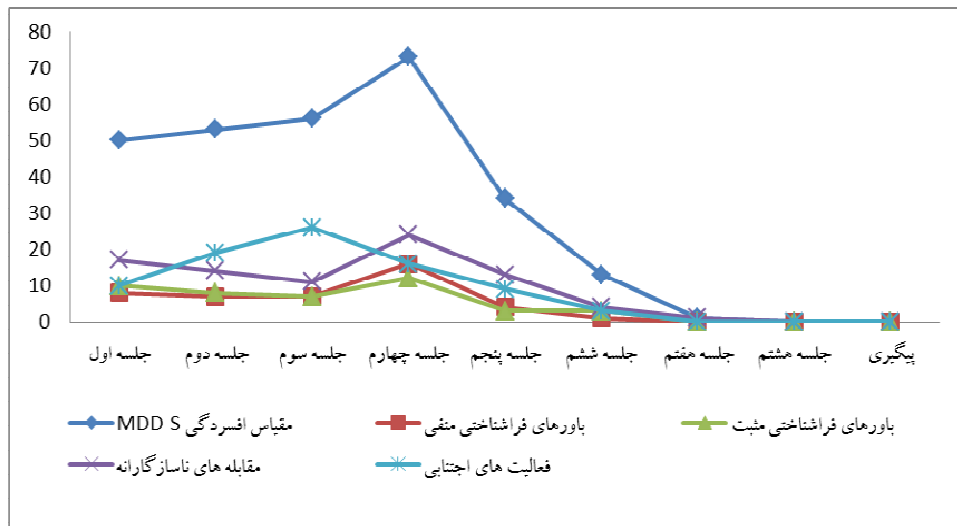
جدول ۱. مقایسه‌ی نمرات بیمار تحت درمان فراشناختی در مقیاس‌های افسردگی، سبک پاسخ نشخواری، باورهای فراشناختی و زیرمقیاس‌های آن در پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری و میزان اثربخشی درمان

| متغیرها | پیش آزمون | پس آزمون | میزان اثربخشی | پیگیری | میزان اثربخشی پس از پیگیری |
|---------------------------------|--------------|-------------|------------------|--------|-------------------------------|
| افسردگی بک | ۳۴ | ۶ | ۰/۸۲ | ۶ | ۰/۸۲ |
| باورهای فراشناختی | ۸۲ | ۳۴ | ۰/۵۸ | ۳۰ | ۰/۶۳ |
| خودآگاهی فراشناختی | ۲۱ | ۶ | ۰/۷۱ | ۶ | ۰/۷۱ |
| کنترل فکر | ۱۳ | ۶ | ۰/۵۳ | ۶ | ۰/۵۳ |
| اطمینان جویی شناختی | ۲۰ | ۱۰ | ۰/۵ | ۶ | ۰/۷ |
| غیرقابل کنترل بودن | ۱۸ | ۶ | ۰/۶۶ | ۶ | ۰/۶۶ |
| باورهای مثبت درباره‌ی نگرانی | ۱۰ | ۶ | ۰/۴ | ۶ | ۰/۴ |
| سبک پاسخ نشخواری | ۸۸ | ۳۶ | ۰/۵۹ | ۴۰ | ۰/۵۴ |

نمودار ۱ تغییرات نمرات به دست آمده از مقیاس‌های افسردگی اساسی (MDD-S)، باورهای فراشناختی مثبت و منفی، فعالیت‌های اجتنابی و مقابله‌های ناسازگارانه است. همان‌طور که مشاهده می‌شود نمره‌ی آزمودنی در مقیاس افسردگی اساسی از ۵۰ در جلسه‌ی اول به صفر در جلسه‌ی آخر کاهش داشته است. لازم به ذکر است که نمرات جلسه‌ی پایان تا جلسه‌ی پیگیری تغییری نشان نداده است. مراجع در جلسات اول باورهای فراشناختی مثبت و منفی داشته است که پس از جلسات پنجم که چالش فکری با باورهای فراشناختی مثبت و منفی آغاز می‌شود، به

۹۵ اثر بخشی درمان فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی

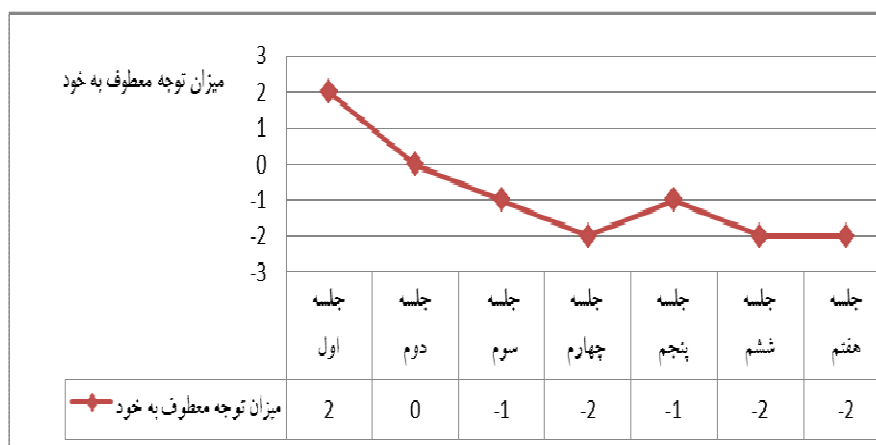
ترتیب از ۱۰ و ۸ به صفر رسیده است و تا جلسه ی پیگیری بدون تغییر باقی مانده است. اجتناب آزمودنی از فعالیت های روزانه و لذت بخش، مقابله های ناسازگار (خواهیدن، درگیر شدن با افکار منفی، خشم به خود، تنبیه خود و ...) نیز طی جلسات درمانی کاهش داشته است. لازم به یادآوری است که نمرات بیمار در جلسات چهارم و پنجم به علت بروز یک مشکل خانوادگی دارای یک افزایش مقطعی است که در جلسات بعد کاهش داشته است.



نمودار ۱. تغییرات باورهای مثبت و منفی فراشناختی، مقیاس افسردگی MDD-S، فعالیت های اجتنابی و مقابله های ناسازگارانه در طی جلسات درمانی

همان طور که گفته شد تمرین توجه یکی از تکالیف مداوم مراجع بود که منجر به تغییر تمرکز معطوف به خود به توجه به بیرون در طول جلسات می شود. در هر جلسه درمانی میزان توجه معطوف به خود مراجع در هفته ی قبل در طی یک مقیاس خود گزارشی ارزیابی می شد. نمودار ۲ میزان توجه معطوف به خود را در طی جلسات نشان می دهد. همان طور که مشاهده

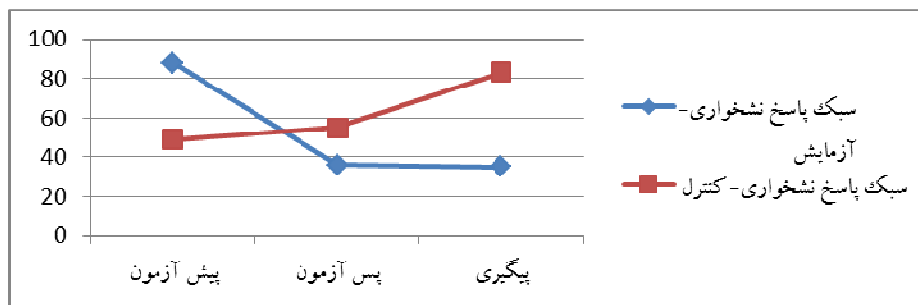
می‌شود در جلسات اول مراجع توجه معطوف به خود بالایی را گزارش کرده است که به تدریج در طی جلسات درمانی تا حد زیادی معطوف به بیرون شده است.



نمودار ۲. تغییرات میزان توجه معطوف به خود در طول جلسات



نمودار ۳. مقایسه نمرات مورد آزمایش و کنترل مقیاس‌های افسردگی و باورهای فراشناختی و سبک پاسخ نشخواری



همان‌طور که ملاحظه می‌شود نمره بیمار تحت درمان فراشناختی در هر سه مقیاس افسردگی بک، باورهای فراشناختی و سبک پاسخ نشخواری در طی جلسات کاهش نشان داد و این نتیجه در مرحله‌ی پیگیری نیز حفظ شده بوده است. در حالی که مورد کنترل که فقط تحت درمان دارویی بود، به دلیل مصرف دارو در مرحله‌ی پس‌آزمون کاهش موقتی در مقیاس افسردگی بک نشان داد ولی این کاهش نمرات افسردگی در مرحله‌ی پیگیری حفظ نشد و میزان نمره افسردگی بیمار افزایش نیز پیدا کرده بود. اما در مقیاس‌های باورهای فراشناختی و نشخوار فکری در بیمار تحت درمان دارویی هیچ کاهشی دیده نشده است. بلکه افزایش در نمرات نیز مشهود است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علائم افسردگی، با استفاده از طرح تک آزمودنی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که روش درمانی فراشناختی ولز در درمان اختلال افسردگی اساسی مؤثر است. کاهش نمره‌های آزمودنی در مقیاس افسردگی بک از مرحله‌ی خط پایه تا پایان جلسه هشتم، گویای تأثیر شیوه‌ی درمان فراشناختی بوده است. این نتیجه با حمایت از مدل فراشناختی افسردگی (۲۰۰۹) با نتایج سایر مطالعات نیز هماهنگ است (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴؛ ولز، فیشر و همکاران، ۲۰۰۸). در همین راستا ولز و همکاران (۲۰۰۸) نشان دادند که ۷۵٪ بیماران افسرده پس از درمان فراشناختی و ۶۶٪ آن‌ها پس از پیگیری ۶ ماهه بهبودی کامل یافته‌اند (ولز، ۲۰۰۹).

در تبیین اثر درمان فراشناختی پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۴) معتقدند درمان فراشناختی باید مقدمه درمان شناختی باشد و در آن باورهای منفی و مثبت پیرامون نشخوار فکری مورد چالش قرار گیرد. سپس از طریق تمرین توجه به بیمار آموزش داده می‌شود که نشخوار فکری را قطع کند و به دنبال آن درمان‌های رایج شناختی اجرا گردد. به این ترتیب S-REF از کار می‌افتد و حتی در صورت وقوع مجدد افت خلق، احتمال ورود به دوره‌های افسردگی اساسی کاهش می‌یابد. آن‌ها طی پژوهشی آزمایشی نشان داده‌اند که کاهش نشخوار فکری، باورهای مثبت و منفی فراشناختی بر درمان افسردگی مؤثر است (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۱). باورهای فراشناختی مثبت و منفی لزوم درگیر شدن در نشخوار فکری درباره‌ی معنی و علل رویداد و از طرفی احساس بد در مورد آن را مطرح می‌کنند (ولز، ۲۰۰۹) و موجب تشدید علائم افسرده‌ساز می‌شوند (کرکران و سگال، ۲۰۰۸؛ تیزدل و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که بین باورهای فراشناختی منفی و مثبت و اضطراب و افسردگی رابطه مثبت و معنادار داشته‌اند (روالوفس و همکاران، ۲۰۰۶؛ محمدخانی و فرجاد، ۱۳۸۸؛ محمدخانی و مظلوم، ۱۳۸۹). با توجه به این که در این پژوهش باورهای فراشناختی در ۴ جلسه آخر مورد چالش قرار گرفتند و

طبق نمودار شماره ۱ میزان آن‌ها تا صفر کاهش یافت و در نتیجه نشخوار فکری و دیگر علائم افسردگی کاهش پیدا کرد و این نتیجه نیز با یافته‌های مدل فراشناختی هماهنگ است.

مطالعات انجام شده در زمینه فراشناخت نشان می‌دهند که نشخوار فکری با آسیب‌پذیری به خلق افسرده و بقیه نشانه‌ها، شروع حملات دوره‌های افسردگی، شدت و طولانی شدن آن‌ها مرتبط است (جونگ میر و همکاران، ۲۰۰۹؛ روالوفس و همکاران، ۲۰۰۶). هدف این درمان شناختی کاهش علائم افسردگی با تغییر تفکر نشخواری و منفی است و معتقد است که دستیابی مجدد به مهارت‌های درست مقابله با استرس‌های زندگی مانع ابتلا مجدد فرد به افسردگی می‌شود (ناگاس و همکاران، ۲۰۰۹). در روش درمانی استفاده شده نیز هدف کاهش میزان مقابله‌های ناسازگارانه از جمله نشخوار فکری بوده است. همان‌طور که در نمودار شماره ۳ نشان داده شده است، تغییرات قابل توجهی در این زمینه ایجاد شده است.

ولز و متیوز پیشنهاد کردند که راهبردهای فراشناختی مانند تمرین توجه و آموزش ذهن آگاهی، برای درمان سندرم شناختی توجهی که با آسیب‌پذیری به اختلالات هیجانی مرتبط است باید گسترش یابد (ولز، ۱۹۹۹). تمرین توجه باعث توجه برگردانی می‌شود که به خودی خود میزان افکار منفی یا خلق افسرده را کاهش می‌دهد. این روش هم در درمان و هم در پیشگیری از عود اختلال مفید است (پاچورجیو، ۲۰۰۰). در نتیجه‌ی استفاده از این تکنیک میزان توجه معطوف به خود به میزان قابل ملاحظه‌ای کاهش پیدا کرده است که در نمودار شماره ۲ قابل مشاهده است.

با توجه به نتایج این پژوهش و مطالعات پیشین به نظر می‌رسد این رویکرد می‌تواند نقص‌ها و کاستی‌های نظریه‌های شناختی را جبران کند و تا حد زیادی مانع عود این بیماری پس از درمان افسردگی گردد. همچنین نقش بسزایی در تمهیدات پیشگیرانه داشته باشد (روالوفس و همکاران، ۲۰۰۶). با وجود این که در ایران تاکنون پژوهش بالینی چندانی در این زمینه انجام نشده است، به نظر می‌رسد این رویکرد به لحاظ بالینی می‌تواند چشم‌انداز نوید بخشی را در اختیار متخصصین قرار دهد. نتایج پژوهش حاضر نیز بر اثربخشی این روش درمانی

صححه می‌گذارد. مدل فراشناختی اختلالات هیجانی، رویکرد نوظهوری است که در سال‌های اخیر مطرح شده است (ولز، ۲۰۰۹). اثربخشی این درمان در بررسی موردی نشان داده شده است با این حال، هنوز مطالعات زیادی باید در خصوص اثرات این نوع درمان و مکانیزم‌های دخیل در تغییرات درمانی انجام شود.

اجرای این پژوهش با محدودیت‌های چندی روبرو بوده است. از جمله، وجود محدودیت‌هایی در انتخاب بیماران، عدم تمایل بیماران به همکاری، عدم تطابق با ملاک‌های ورود در پژوهش را می‌توان ذکر کرد. به دلایل وجود موانعی در جهت اجرای گسترده‌تر پژوهش پیشنهاد می‌شود این روش درمانی بر نمونه‌ی گسترده‌تری از بیماران افسرده اجرا شود. علاوه بر این به دلیل مغایرت با مسایل اخلاقی امکان اجرای درمان فراشناختی بدون دارودرمانی وجود نداشت، پیشنهاد می‌شود همین روش درمانی بر نمونه‌ای بدون مصرف داوطلبانه‌ی دارو انجام شود تا نتایج دقیق‌تری به دست آید. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان فراشناختی با استفاده از طرح‌های گروهی همراه با کنترل مورد بررسی بیشتر قرار گیرد.

منابع فارسی

- استفان دابسون، کیت، محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۶). *مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک* - ۲ در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. ویژه نامه توان‌بخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی
- شیرین زاده دستگیری صمد، گودرزی محمدعلی، غنی زاده احمد و تقوی محمدرضا. (۱۳۸۷). *بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت-۳۰*. مجله روان‌شناسی، ۴۸، ۴۶۱-۴۴۵.
- منصوری، احمد. (۱۳۸۸). *بررسی مقایسه‌ای نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و افراد به هنجار*، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تبریز.

محمدخانی، شهرام و فرجاد، مریم. (۱۳۸۸). رابطه باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با علائم وسواسی در جمعیت غیر بالینی. فصلنامه روان‌شناسی بالینی، ۳، ۳۵-۵۱.

محمدخانی، شهرام و مظلوم، مریم. بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با اضطراب صفت. دو فصلنامه روان‌شناسی معاصر انجمن روان‌شناسی ایران، ۲، ۲۳-۳۲.

ولز، آدریان. (۲۰۰۹). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. (ترجمه شهرام محمدخانی، ۱۳۸۸). تهران: انتشارات و رای دانش.

منابع لاتین

- Adler, A. D. (2008). *Manipulation Of Cognitive Biases and Rumination: An Examination of Single and Combined Correction Conditions*. Presented In Partial Fulfillment Of The Requirements. The Degree Master of Arts in the Graduate School of the Ohio State University.
- Barnhofer, T. Crane, C. Hargus, E. Amarasinghe, M. Winder, R. Williams, M. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior Research and Therapy*, 4, 366-373.
- Beck, A. T. Steer, R. A. Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. The Psychological Corporation arcourt: Brace & Company San Antonio.
- Barrow, B. A. (2007). *Assessing Emotional Evaluation: A Validation Study of the Reactions to Emotions Questionnaire*. The University of Texas at Austin.
- Corcoran, K. Segal, Z. (2008). Metacognition in Depressive and Anxiety Disorders: Current Directions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 33-44.
- Giorgio, J.M. Sanfilippo, J. Kleiman, E. Reilly, D. Bender, R.E. Wagner, C. A. Liu, R. T. Alloy, L. B. (2010). *An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: Three tests of the model*. *Behavior Research and Therapy* 48, 1021-1031.
- Jong-Meyer, R., Beck, B., Riede, K. (2009). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, 46, 547-551.
- Kaltenthaler, E., Shackley, P., Stevens, K., Beverley, C., Parry, G. and Chilcott, J. (2002) *A systematic review and economic evaluation of computerised cognitive behavior therapy for depression and anxiety*. Technical Report. Core Research, Alton.
- Kaplan, H. Sadock, B. (2003). *Synopsis of psychiatry, 9th ed*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Morrison, A. Wells, A. Nothard, S. (2002). Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations in non-patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 259-270.

- Morrison, A. Wells, A. and Nothard, S. (2002). Cognitive and emotional predictors of predisposition to hallucinations in non-patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 259-270.
- Ministry of Health. (2004). *Clinical practice guidelines*. Singapore.
- Nagase, Y. Uchiyama, M. Kaneit, Y. Li, L.Kaji, T. Takahashi, S. Konno, M. Mishima, K. Nishikawa, T.Ohida, T. (2009). Coping strategies and their correlates with depression in the Japanese general population. *Psychiatry Research*.168, 57–66.
- Papageorgiou, C. Wells, A. (2000). Treatment of Recurrent Major Depression with Attention Training. *Cognitive and Behavioral Practice*.7, 407-413.
- Papageorgiou, C. Wells, A. (2001). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*.8, 160-164.
- Papageorgiou, C. & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261–273.
- Papageorgiou, C. Wells, A. (2004). *Depressive rumination: Nature, Theory and Treatment*. England: John Wiley & Sons Inc.
- Papageorgiou, C. Wells, A. & Meina, L. J. (2008). *Development and Preliminary Validation of the Negative Beliefs about Rumination Scale*. Manuscript in Preparation.
- Roelofs, J. Papageorgiou, C. Gerbera, R. Huibersa, M. Peeters, F. Arntza, A. (2006). On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1295–1305.
- Segal, ZV. Williams, JMG. Teasdale, JD. (2007). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse. *Cognitive Behavioral Therapy Book Reviews*, 3, 351.
- Siegle, G. Ghinassi, F. & Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral Therapies in the 21st Century: Summary of an Emerging Feld and an Extended Example of Cognitive Control Training for Depression. *Cognitive Therapy and Research*, 31, 235-262.
- Spitzer, M. (2009). *Thought suppression as a cognitive vulnerability factor for depression– an fMRI study*. Heilbronn: Hanna Lo.
- Teasdale, J. D. Scott, J. Moore, R. G. Hayhurst, H. Pope, M. Paykel, E.S. (2001). How Does Cognitive Therapy Prevent Relapse in Residual Depression? Evidence from a Controlled Trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 3, 347-357.
- Teasdale, J. Moore, R. Hay Hurst, H. Pope, M. Williams, S. Segal, Z. (2002). Metacognitive Awareness and Prevention of Relapse in Depression: Empirical Evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.70, 275-287.
- Wells, A. (1999). A Metacognitive Model and Therapy for Generalized Anxiety Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 6, 86-95.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorder and metacognition*. New York: John Wiley & sons
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press
- Wells, A. Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behavior Research and Therapy*, 42, 385–396.

- Wells, A. Fisher, P.L., Myers, S. Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. (2008). *An open trial of metacognitive therapy in the treatment of major depressive disorder*. Manuscript in preparation.
- Wells, A. & Matthews, G. (1996). Modeling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behavior Research and therapy*, 32, 867-870.
- Wells, A. White, J. & Carter, K. (1997). Attention Training: Effects on Anxiety and Beliefs in Panic and Social Phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4, 226-232.
- Yook, K. Kim, K. Young Suh, S. Lee, K. (2010). Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 623-628.