The Efficacy of Metacognitive Therapy on Depression Symptoms Reduction, Cognitive Attentional Syndrome Components and Maladaptive Coping Styles in Patients with Major Depression

Reihaneh Dargahian*, Shahram Mohammadkhani, Jafar Hasani

Psychology Group, School of Educational Science, Kharazmi University, Tehran, Iran.

Article Info:

Received: **10 May 2014** *Accepted* **: 15 Jun 2014**

ABSTRACT

Introduction: The aim of this study was to investigate the efficacy of metacognitive therapy (MCT) on improvement of symptoms of major depression, cognitive attentional syndrome, and maladaptive copings in two patients with major depression. ***Case Description:*** In a single case experiment with multiple baseline design 2 women suffering from major depressive disorder (MDD) were treated with eighth weekly sessions of MCT and antidepressant medications. Instruments used in this research were included Beck depression inventory, major depressive disorder scale (MDD-S), metacognitive beliefs, metacognitions questionnaires, ruminative response style (RRS), and cognitive attentional syndrome (CAS) scale. ***Results:*** Data indicated that metacognitive treatment resulted in reduction of subject's scores in metacognitive scale and RRS scale in post-test and 2 months follow up. The CAS and MDD-S scores showed remarkable reduction. ***Conclusion:*** Metacognitive therapy as a new emerging approach appears to be an effective treatment approach for patients suffering from MDD. The effect of MCT can be due to decrease in rumination and/or positive and negative metacognitive beliefs.

Key words:

1. Depression
2. Mood Disorders
3. Cognitive Therapy

* ***Corresponding Author:*** Reihaneh Dargahian

E-mail: *R_dargahian@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.2.3.45]

اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش علایم افسردگی، مؤلفه‌های سندرم شناختی توجهی و راهبردهای مقابله‌ای ناسازگارانه در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی

ریحانه درگاهیان*، **شهرام محمدخانی**، **جعفر حسنی**

گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران.

اطلاعات مقاله:

تاریخ دریافت: ۲۰ اردیبهشت ۱۳۹۳

تاریخ پذیرش: ۲۵ خرداد ۱۳۹۳

چکیده

مقدمه: هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود علایم افسردگی اساسی، سندرم شناختی توجهی و مقابله‌های ناسازگارانه در دو بیمار مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. **توصیف بیمار:** در یک طرح تک موردی تجربی با خط پایهٔ چندگانه، ۲ زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با هشت جلسه به صورت هفتگی تحت درمان فراشناختی و دارودرمانی با داروهای ضدافسردگی قرار گرفتند. ابزارهای مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامهٔ افسردگی بک، مقیاس اختلال افسردگی اساسی، باورهای فراشناختی، پرسشنامهٔ فراشناخت‌ها، سبک پاسخ دهی نشخواری و مقیاس سندرم شناختی توجهی بود. **یافته‌ها:** داده‌ها نشان داد که درمان فراشناختی منجر به کاهش نمره‌های آزمودنی‌ها در مقیاس فراشناختی و مقیاس سبک پاسخ دهی نشخواری در پس آزمون و پیگیری ۲ ماههٔ پس از آن می‌شود. نمره‌های سندرم شناختی توجهی و مقیاس اختلال افسردگی اساسی کاهش قابل ملاحظه‌ای نشان دادند. **نتیجه گیری:** درمان فراشناختی به عنوان یک رویکرد جدید درمانی، روشی مؤثر برای بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی است. اثر درمان فراشناختی می‌تواند به علت کاهش در نشخوار فکری و باورهای فراشناختی مثبت و منفی باشد.

کلید واژه‌ها:

۱. افسردگی
۲. اختلالات خلقی
۳. درمان شناختی

* **نویسنده مسئول:** ریحانه درگاهیان

آدرس الکترونیکی: *R_dargahian@yahoo.com*

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.2.3.45]

مقدمه

افسردگی به عنوان حالت خلقی بهنجار، تجربه‌ای متداول است (۱). اما در حالت نابهنجار، از جملهٔ اختلالات روان‌پزشکی است که طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO)[1] در دههٔ اخیر رتبهٔ چهارم را در میان ۱۰ علت اصلی بیماری‌ها به خود اختصاص می‌دهد و پیش بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ به دومین علت بیماری در جهان تبدیل شود (۲).

در حال حاضر افسردگی، ۱ نفر از ۵ بزرگسال را درگیر می‌کند (۳). با توجه به شیوع زیاد و مخرب و پرهزینه بودن اختلال افسردگی، توجه خاص به پژوهش‌های نظری و کاربردی در زمینهٔ روش‌های پیشگیری و درمان این اختلال ضروری است (۴). در سه دههٔ گذشته پس از نقدهای نظری، مدل‌های خطی به تدریج جای خود را به مدل‌های پیچیده‌تر و چند لایه داده‌اند (۵). یکی از این درمان‌های پیچیده، درمان فراشناختی است.

رویکرد فراشناختی به افسردگی بر فرایند تفکر بیشتر از محتوای آن توجه دارد. در این مدل، افسردگی با رخداد یک برانگیزانندهٔ فردی و فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه موسوم به سندرم شناختی توجهی (CAS)[2] مرتبط است. این سندرم شامل نوعی سبک تفکر تکرار شونده، به صورت نگرانی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است (۹-۶). در واقع نشخوار فکری به عنوان یک سبک مقابله با خلق افسرده یا راهی برای خود تنظیمی هیجانی، تداوم یافته و تشدید می‌گردد (۱۰، ۶).

پاپاجورجیو و ولز[3] دو دسته باورهای مثبت و منفی فراشناختی در مورد افکار منفی مکرر را که رابطهٔ مثبت و معناداری با نشخوار فکری دارند، معرفی کرده‌اند (۱۱). باورهای مثبت افراد را تحریک می‌کنند که برای مقابله با افت خلق و تنظیم آن از نشخوار فکری استفاده کنند (۱۲، ۱۰) و در نتیجه موجب شروع افسردگی می‌شوند (۱۳). زمانی که افت خلق به افسردگی تبدیل می‌شود، نوع دوم باورهای منفی در زمینهٔ غیرقابل کنترل بودن و نتایج اجتماعی منفی حاصل از نشخوار فکری بروز می‌کند که منجر به احساس درماندگی می‌شود (۱۴).

مداخلاتی همچون درمان فراشناختی که بر تغییر ارتباط بیمار با افکار و احساسات ناکارآمد تمرکز می‌کند، به مراتب مفیدتر از تلاش برای تغییر محتوای فکر و باور است (۱۵). این درمان 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 و باورهای مثبت و منفی فراشناختی به درمان افسردگی منجر می‌شود (۱۷، ۱۶، ۱۳، ۱۰).

به طور کلی پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی بر میزان علایم افسردگی، سندرم شناختی توجهی و مقابله‌های ناسازگارانه در دو مورد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شده است.

توصیف بیمار

پژوهش حاضر از نوع مطالعهٔ تجربی با طرح تک آزمودنی چند خط پایه است. جامعهٔ پژوهش تمامی مراجعه کنندگان بیمارستان امام حسین (ع) تهران با اختلال افسردگی اساسی بوده‌اند. نمونهٔ این پژوهش شامل ۲ خانم دچار اختلال افسردگی اساسی بود که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. آزمودنی‌ها علاوه بر درمان دارویی تحت درمان فراشناختی (MCT)[4] نیز قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن ملاک‌های اختلال افسردگی اساسی، نداشتن ملاک‌های سایر اختلال‌های محور I و II بر اساس نظر روان‌پزشک طبق مصاحبهٔ بالینی ساخت یافتهٔ DSM-IV-TR[5]، نداشتن سابقهٔ اقدام به خودکشی و دریافت مداخله‌های روان درمانی دیگر، محدودهٔ سنی ۵۰-۱۸ سال، حداقل تحصیلات دیپلم. نمونه‌ها خانم‌هایی ۲۵ و ۳۰ ساله، خانه دار و متأهل با تحصیلات دیپلم بودند که علایم افسردگی اساسی را گزارش می‌کردند و داروی ضدافسردگی از دسته SSRI[6] برای آن‌ها تجویز شده بود. پس از جلب رضایت آگاهانه، آزمودنی‌ها تحت درمان فراشناختی (بر اساس راهنمای درمان فراشناختی افسردگی اساسی) قرار گرفتند (۶).

در جلسهٔ اول مقیاس‌های پیش آزمون توسط بیمار تکمیل شد. پس از اخذ شرح حال، فرمول بندی موردی بر اساس برههٔ اخیر نشخوار فکری انجام شد تا آگاهی فراشناختی بیمار افزایش یابد و آمادگی لازم را برای ادامهٔ درمان پیدا کند. عوامل تداوم بخش افسردگی (نشخوار فکری و کاهش فعالیت) بررسی و سپس به منظور کسب آگاهی و کنترل انعطاف پذیر بر تفکر نشخواری، تمرین توجه به بیمار آموزش داده شد. در جلسهٔ دوم روش‌های ذهن آگاهی گسلیده (انفصالی) و تعویق فکری آموزش داده شد.

روش ذهن آگاهی باعث می‌شود که بیمار از برانگیزاننده‌های نشخوار فکری بدون انجام تحلیل مفهومی آن آگاه باشد. هدف تعویق فکری نیز این است که بیمار کنترل پذیر بودن نشخوار فکری را مورد آزمون قرار دهد. در جلسهٔ سوم برانگیزاننده‌های نشخوار فکری بیمار مورد بررسی قرار گرفت. در این جلسه تمرین توجه و آزمون تعدیل برای چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل ناپذیری انجام و در پایان این جلسه معنای علایم از دید بیمار بررسی شد. در جلسهٔ چهارم زمینه یابی بیمار از اطرافیان در مورد تجربهٔ نوسان خلق مورد بررسی قرار گرفت. باورهای مثبت در مورد نشخوار فکری به چالش کشیده شد و تمرین توجه انجام شد. در جلسهٔ 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. در جلسهٔ ششم بیشترین تمرکز بر به چالش کشیدن باورهای فراشناختی منفی بوده است. در جلسهٔ هفتم تمرکز بر تدوین برنامهٔ 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 باره ارائه شد. در جلسهٔ آخر برنامهٔ جدید

[1] World Health Organization
[2] Cognitive Attentional Syndrome
[3] Papageorgiou and Wells
[4] Meta Cognitive Therapy
[5] Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
[6] Selective Serotonin Reuptake Inhibitor

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.2.3.45]

درمان تکمیل شد. رخدادهای برانگیزانندهٔ احتمالی و واکنش مناسب بیمار در برابر آن‌ها پیش بینی شد. در انتها مقیاس‌های پس آزمون توسط بیمار تکمیل شد.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامهٔ باورهای فراشناختی (MCQ-30)[7]: یک مقیاس ۳۰ سؤالی خود گزارشی است که حیطه‌های فراشناختی را در پنج مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌کند: ۱) باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی ۲) باورهای منفی دربارهٔ نگرانی ۳) اطمینان شناختی ضعیف ۴) لزوم کنترل افکار ۵) خودآگاهی شناختی (۱۸). سؤالات بر روی یک مقیاس لیکرتی پاسخ داده می‌شود. ضریب همسانی درونی آن به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنهٔ ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و اعتبار بازآزمایی این آزمون در فاصلهٔ چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنهٔ ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش شده است (۱۹).

محمدخانی و فرجاد میزان آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه MCQ-30 را، ۰/۸۰ و برای خرده مقیاس‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، کنترل ناپذیری 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 (۲۰).

آزمون افسردگی بک (BDI- II)[8] : این مقیاس سندرم افسردگی را طبق ملاک‌های تشخیصی اختلال افسردگی که انجمن روان‌پزشکی امریکا -در راهنمای تشخیصی آماری اختلال‌های روانی چاپ چهارم- ارائه داده، ارزیابی می‌کند (۲۱). این پرسشنامه دارای ۲۱ آیتم چهار گزینه‌ای می‌باشد که دارای نمره‌های ۰ تا ۳ است و نمرهٔ کلی بین صفر تا ۶۳ متغیر می‌باشد. همبستگی درونی این مقیاس دارای آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و پایایی بازآزمایی (r=۰/۹۳) می‌باشد (۲۲).

مقیاس افسردگی اساسی (MDD-S)[9]: این مقیاس تکمیلی درک اولیه‌ای از انواع باورهای مثبت و منفی، سبک‌های تفکر و برداشت کلی از انواع رفتارهایی که فرد در جریان خلق پایین درگیر آن‌ها می‌شود را در اختیار درمانگر قرار می‌دهد (۶).

مقیاس سندرم شناختی توجهی (CAS-1)[10]: وسیله‌ای برای ارزیابی تغییرات نگرانی، پایش تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است.

پرسشنامهٔ سبک پاسخ دهی نشخواری (RRS)[11]: این مقیاس خودگزارشی توسط نولن هوکسما (۷) ساخته شده، دارای ۲۲ سؤال ۴ گزینه‌ای لیکرت است که برای دستیابی به نشخوار فکری طراحی شده است (۱۲). نمرات می‌تواند بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر باشند (۲۳). ترینور و همکاران، ضریب آلفای این مقیاس را ۰/۹۰ و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند (۲۴). آلفای کرونباخ به دست آمده در نمونهٔ ایرانی ۰/۹۰ گزارش شده است (۲۵).

برای تحلیل داده‌های این پژوهش از روش تحلیل اندازه‌گیری مکرر و تحلیل داده‌ها به کمک رسم نمودار استفاده شد. فراز و فرود متغیر وابسته، پایهٔ داوری میزان تغییر به شمار رفت. افزون بر این از ملاک معناداری بالینی هم برای تحلیل داده‌ها بهره گرفته شد. برای عینی سازی میزان بهبودی از فرمول $\triangle A\% = \frac{A0-A1}{A0}$ جهت تعیین درصد بهبودی استفاده شد. A0 مشکل آماجی در جلسهٔ اول، A1 مشکل آماجی در جلسهٔ آخر و ΔA درصد میزان بهبودی را نشان می‌دهد.

یافته‌ها

جدول ۱ تغییرات نمرهٔ نمونه‌ها را در نمره‌های مربوط به زیرمقیاس‌های باورهای فراشناختی، پیش و پس از دورهٔ درمان نشان می‌دهد. نرخ بهبودی بیماران گروه آزمایش در مرحلهٔ پس آزمون اغلب در حدود و یا بالاتر از ۰/۵ گزارش شده است. نتایج در طول زمان و در مرحلهٔ پیگیری در اغلب موارد پایا بوده است. تنها نمرهٔ زیرمقیاس "باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی" در آزمودنی ۲ بی تغییر باقی مانده است.

جدول ۱- تغییرات نمرهٔ آزمودنی‌ها در نمره‌های مربوط به زیر مقیاس‌های باورهای فراشناختی.

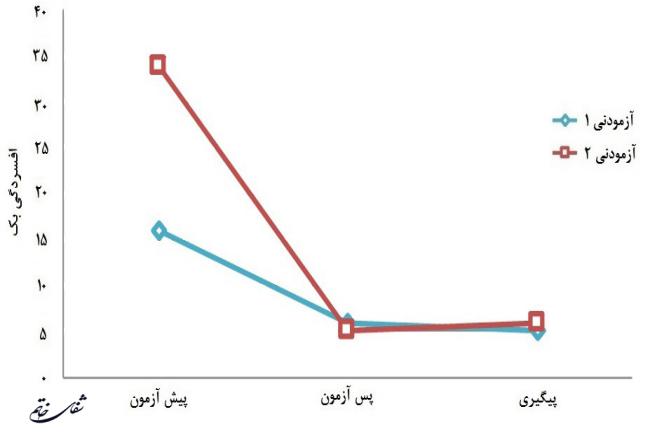
متغیرها	آزمودنی ۱					آزمودنی ۲				
	نرخ بهبودی پیگیری	پیگیری	نرخ بهبودی	پس آزمون	پیش آزمون	نرخ بهبودی پیگیری	پیگیری	نرخ بهبودی	پس آزمون	پیش آزمون
آگاهی فراشناختی	۰/۷۱	۶	۰/۷۱	۶	۲۱	۰/۵۸	۷	۰/۳۵	۱۱	۱۷
کنترل فکر	۰/۵۳	۶	۰/۵۳	۶	۱۳	۰/۵۴	۱۰	۰/۵	۱۱	۲۲
اطمینان جویی شناختی	۰/۷	۶	۰/۵	۱۰	۲۰	۰/۰۷	۱۲	۰/۴۶	۷	۱۳
غیرقابل کنترل بودن	۰/۴	۶	۰/۴	۶	۱۸	۰/۶۱	۷	۰/۶۱	۷	۱۸
باور مثبت دربارهٔ نگرانی	۰/۴	۶	۰/۴	۶	۱۰	۰	۶	۰	۶	۶

شفای خاتم

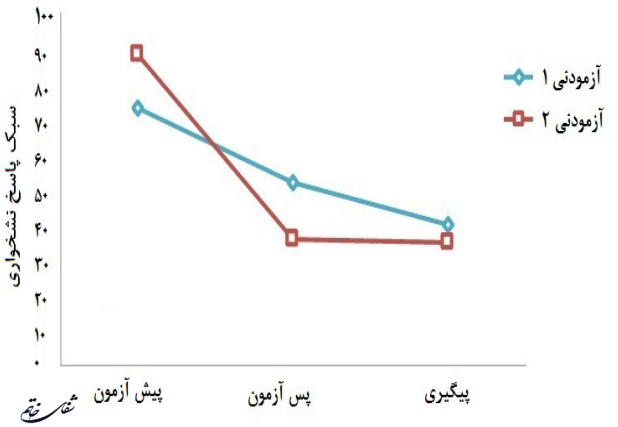
[7] Meta Cognition Questionaire-30
[8] The Beck Depression Inventory-II
[9] Major Depressive Disorder Scale
[10] Cognitive Attentional Syndrome 1
[11] Ruminative Response Style

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.2.3.45]

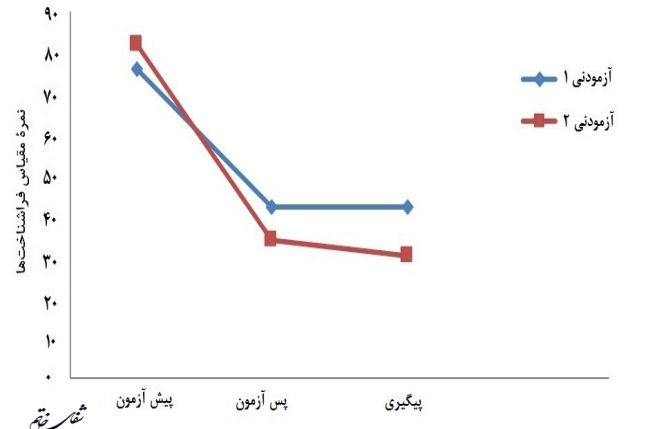
نمودار ۱ تغییرات نمرهٔ نمونه‌ها را در مقیاس افسردگی بک در مرحلهٔ پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. نمودار ۲ نشان می‌دهد درمان فراشناختی در کاهش میزان نشخوار فکری آزمودنی‌ها مؤثر بوده است. این نمودار بیانگر تأثیر درمان فراشناختی در کاهش میزان نشخوار فکری می‌باشد. نمودار ۳ بیانگر سیر نزولی میزان فراشناخت‌های آزمودنی‌ها در طی درمان می‌باشد. در نمودار ۴ دیده می‌شود میزان افسردگی فرد در مقیاس تکمیلی MDD-S در طی درمان کاهش یافته و در جلسهٔ آخر درمان به صفر رسیده است. نمودار ۵ تغییرات میزان اجتناب آزمودنی‌ها را در طی درمان طبق زیر مقیاس‌های پرسشنامهٔ MDD-S نشان می‌دهد. همان‌طور که در نمودار ۶ مشهود است بیماران در جلسات پایانی مقابله‌های ناسازگار کمی از خود نشان دادند. مقابله‌های ناسازگار شامل تمایل آن‌ها به استراحت، فکر کردن مداوم در مورد مسائل، کاهش فعالیت‌ها، تنبیه خود، تجزیه و تحلیل دلیل احساس خود، احساس خشم نسبت به خود و زیاد خوابیدن است.



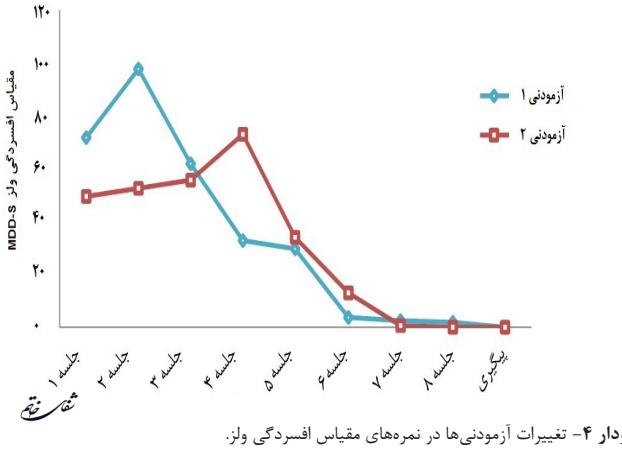
نمودار ۱- تغییرات نمرهٔ آزمودنی‌ها در مقیاس افسردگی بک. همان‌طور که ملاحظه می‌شود نمره‌های آزمودنی‌ها در طول درمان کاهش داشته و کاهش تا مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار بوده است.



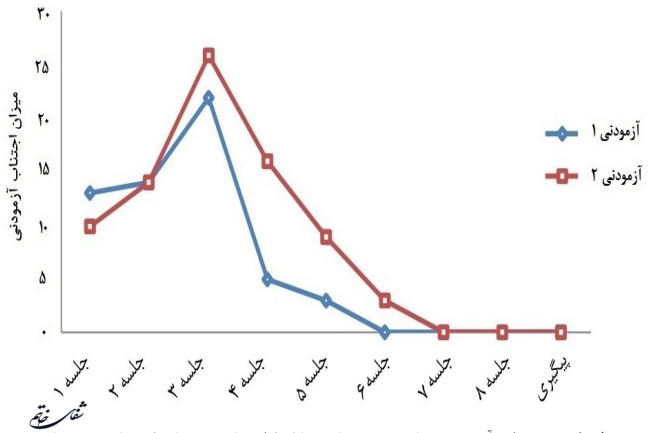
نمودار ۲- تغییرات نمرهٔ آزمودنی‌ها در مقیاس سبک پاسخ نشخواری. همان‌طور که مشهود است نمرهٔ آزمودنی‌ها در طی درمان کاهش می‌یابد.



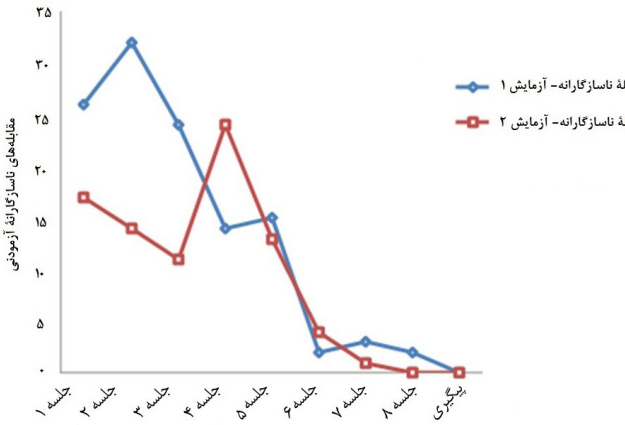
نمودار ۳- تغییرات نمرهٔ آزمودنی‌ها در مقیاس فراشناخت‌ها.



نمودار ۴- تغییرات آزمودنی‌ها در نمره‌های مقیاس افسردگی ولز.



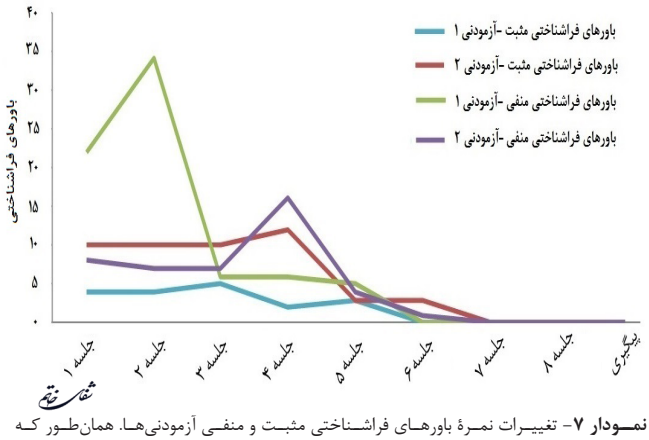
نمودار ۵- تغییرات آزمودنی‌ها در نمره‌های مقابلهٔ اجتنابی. همان‌طور که مشاهده می‌شود بیماران در جلسات آخر از فعالیت‌های بسیار کمی اجتناب می‌کنند.



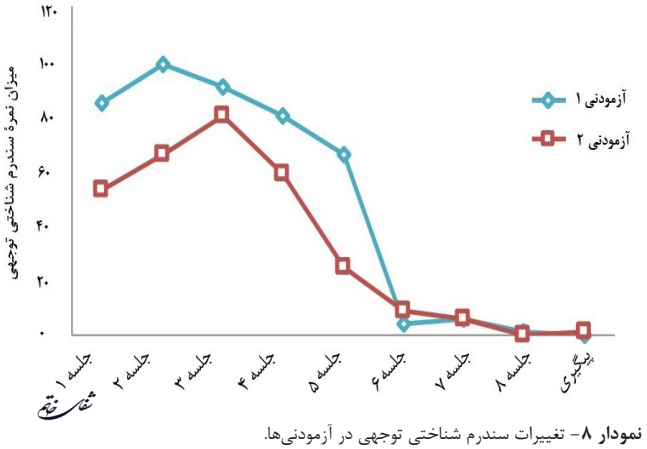
نمودار ۶- تغییرات میزان مقابله‌های ناسازگارانهٔ آزمودنی‌ها.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.2.3.45]

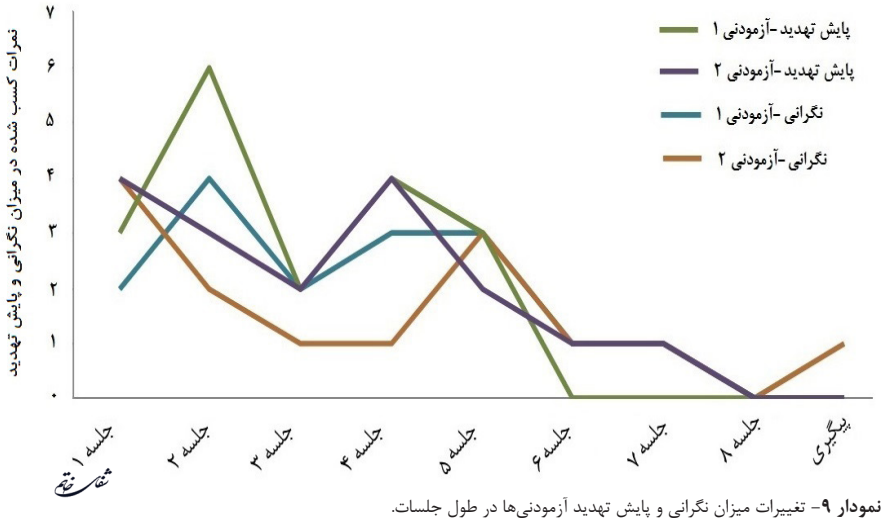
نمودار ۷ میزان باورهای فراشناختی مثبت و منفی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد. نمودار ۸ نشان می‌دهد میزان فعالیت سندرم شناختی توجهی در جلسات آخر به صفر رسیده و تا مرحلهٔ پیگیری ثابت مانده است. نمودار ۹ سیر نزولی نمره‌های کسب شده در میزان نگرانی و پایش تهدید را در آزمودنی‌ها نشان می‌دهد.



نمودار ۷- تغییرات نمرهٔ باورهای فراشناختی مثبت و منفی آزمودنی‌ها. همان‌طور که دیده می‌شود در هر دو مورد، در جلسهٔ هفتم نمره‌ها به صفر رسیده و این تغییر تا مرحلهٔ پیگیری نیز ادامه داشته است.



نمودار ۸- تغییرات سندرم شناختی توجهی در آزمودنی‌ها.



نمودار ۹- تغییرات میزان نگرانی و پایش تهدید آزمودنی‌ها در طول جلسات.

با توجه به جدول و نمودارهای فوق درمان فراشناختی باعث کاهش باورهای فراشناختی مثبت و منفی، سندرم شناختی توجهی و سبک پاسخ نشخواری بیماران می‌شود. میزان اثربخشی درمان در همهٔ متغیرها به جز باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی با میانگین ۰/۵ بوده است که البته تغییر باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی جزء اهداف این پژوهش محسوب نمی‌شده است. اثرات درمانی تا مرحلهٔ پیگیری پایا بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی بر میزان علایم افسردگی، سندرم شناختی توجهی و مقابله‌های ناسازگارانه در دو مورد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی تغییرات مثبت معناداری در نمرهٔ مقیاس‌های پیش آزمون و پس آزمون آزمودنی‌ها ایجاد کرد و این تغییرات تا مرحلهٔ پیگیری ادامه داشت. ولز و همکاران هم از طریق مطالعهٔ چند خط پایه‌ای، بهبود چشمگیر بیماران در علایم اختلال افسردگی را تأیید کردند (۲۶). به طوری‌که ۷۵٪ بیماران پس از درمان و ۶۶٪ آن‌ها در پیگیری ۶ ماهه، بهبودی کامل یافته بودند. مطالعهٔ مشابه دیگری که در این زمینه بر نمونهٔ ایرانی انجام شده است، پژوهش هاشمی و همکاران است (۲۷).

پاپاجورجیو و ولز نشان داده‌اند که کاهش باورهای مثبت و منفی فراشناختی بر درمان افسردگی مؤثر است (۱۷، ۱۳، ۱۰). به همین منظور برای تغییر این باورها از روش تحلیل مزایا و معایب نشخوار فکری، بررسی شواهد کنترل ناپذیری، بررسی روش‌های جایگزین، بررسی شواهد و آزمایش‌های نشخوار فکری استفاده می‌شود (۶). موافق با اظهارات ولز، فیشر و همکاران، در پژوهش حاضر نیز اجرای درمان فراشناختی کاهش عمده‌ای در باورهای فراشناختی مثبت و منفی و بهبود علایم افسردگی ایجاد کرد (۲۶).

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]
[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.2.3.45]

سندرم شناختی توجهی، کانون توجه درمان فراشناختی است که با آسیب پذیری به اختلالات هیجانی مرتبط است (۲۹، ۲۸). چرا که نشخوار فکری شدت خلق منفی را تشدید و پذیرش و حواس‌پرتی موجب کاهش آن می‌شود (۳۰).

در پژوهش حاضر درمان، کاهش قابل ملاحظه‌ای در میزان نشخوار فکری، پایش تهدید، مقابله‌های ناسازگارانه و رفتارهای اجتنابی بیماران ایجاد کرده است. بنابراین می‌توان گفت درمان فراشناختی به واسطهٔ کاهش توجه معطوف به خود، نشخوار فکری، پایش تهدید، مقابلهٔ ناسازگارانه و رفتارهای اجتنابی از طریق آموزش روش توجه و افزایش فعالیت‌ها در کاهش فعالیت سندرم شناختی توجهی مؤثر است.

مطالعات بسیاری در دههٔ گذشته نشان داده‌اند، عامل پیش بینی کنندهٔ احتمال بروز و تداوم افسردگی، نشخوار فکری است (۳۴-۳۱). همسو با مطالعات ولز و فیشر، در این پژوهش اجرای درمان فراشناختی منجر به کاهش میزان استفاده از سبک پاسخ نشخواری در بیماران شده است. همان‌طور که اشاره شد درمان فراشناختی نیز در طی جلسات، خود از طریق آموزش توجه (۳۵، ۱۳)، روش ذهن آگاهی گسلیده (انفصالی)-(۳۸-۳۶، ۱۵) و چالش با باورهای فراشناختی مثبت و منفی سعی در کاهش نشخوار فکری و تغییر نگرش بیمار به آن داشته است.

بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که روش درمانی که هدف اصلی آن کاهش عامل اصلی بروز افسردگی است تا حدی زیادی اثربخش باشد (۳۹). نتایج این پژوهش یافته‌های قبلی (۱۳، ۱۱، ۱۰) را تأیید می‌کند که بهترین موضع در درمان افسردگی، مداخله در نشخوار فکری و باورهای مثبت و منفی دربارهٔ آن است. آنچه می‌توان از این مطالعات استنباط کرد این است که به نظر می‌رسد درمان فراشناختی، رویکرد درمانی اثربخشی در درمان افسردگی است (۴۰).

منابع

1. Kaviani H, Hatami N, Shafie Abadi A. The Effects of Mindfulness-based cognitive therapy on quality of life in depressed individuals (non-clinical). Adv Cogn Sci . 2008; 13: 39-48.

2. Rahimi AR, Shamsaei F, Zarabian MK, Sedehi M. Efficacy of pharmacotherapy and cognitive therapy, alone and in combination in major depressive disorder. Sci J Hamdan Univ Med Sci. 2008; 15(1): 16-21.

3. Giorgio JM, Sanflippo J, Kleiman E, Reilly D, Bender RE, Wagner CA, et al. An experiential avoidance conceptualization of depressive rumination: Three tests of the model. Behav Res Ther. 2010; 48(10): 1021-31.

4. Williams MG, Duggan DS, Crane C, Fennell MJV. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. J Clin Psychol. 2006; 62(2): 201-10.

5. Wisco BE. Depressive cognition: Self-reference and depth of processing. Clin Psychol Rev. 2009; 29(4): 382-92.

6. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York. The Guilford Press. 2009.

7. Nolen-Hoeksema S. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. J Abnorm Psychol. 1991; 100(4): 569-82.

8. Lo CS, Ho SM, Hollon SD. The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. Behav Res Ther. 2008; 46(4): 487-95.

9. Fisher P, Wells A. Metacognitive therapy: Distinctive features.1st ed. New York: The Routledge Press. 2009.

10. Papageorgiou C, Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. Cogn Behav Pract. 2001; 8(2): 160-4.

11. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. Cognit Ther Res. 2003; 27(3): 261-73.

12. Adler AD. Manipulation of cognitive biases and rumination: an examination of single and combined correction conditions. Master of Arts thesis. Ohio. The Ohio State University, Department of Psychology. 2008.

13. Wells A. Treatment of recurrent major depression with attention training. Cogn Behav Pract. 2000; 7(4): 407-13.

14. Simmons K, Smith J, Bobb K, Liles LL. Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. J Adv Nurs. 2007; 60(6): 627-35.

15. Teasdale JD, Scott J, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Paykel ES. How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. J Consult Clin Psychol. 2001; 69(3): 347-57.

16. Nagase Y, Uchiyama M, Kaneit Y, Li L, Kaji T, Takahashi S, et al. Coping strategies and their correlates with depression in the Japanese general population. Psychiatry Res. 2009; 168(1): 57-66.

17. Papageorgiou C, Wells A. Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. Depressive rumination: Nature, theory and treatment. 2004; p. 1-20.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.2.3.45]

18. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. John Wiley & Sons. 2002.

19. Shirinzadeh Dastgiri S, Gudarzi M, Rahimi Ch, Naziri Gh. Factor structure, validity and reliability of metacognition Questionnaire. Journal of Education and Psychology science of Shiraz University. 2008; 12: 445-61.

20. Mohammadkhani Sh, Farjad M. Relationship between metacognitive beliefs and thought control strategies with obsessive-compulsive symptoms in non-clinical populations. J Clin Psychol. 2009; 1(3): 35-51.

21. Beck A, Steer R, Brown G. Manual for the beck depression inventory The Psychological Corporation. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1996.

22. Dabson KS, Mohammadkhani P. Psychometrics characteristic of beck depression inventory-ii in a big sample of major deprssive patients. J Rehabil. 2007; 8: 82-8.

23. Barrow AP. Assessing emotional evaluation: a validation study of the reactions to Emotions Questionnaire. PhD thesis. Austin. The University of Texas, Faculty of the Graduate School. 2007.

24. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. Cognit Ther Res. 2003; 27(3): 247-59.

25. Mansuri A, Bakhshipour A, Alilu M, Farnam A, Fakhari A. Comparison between worry, obsession and rumination in patients with generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder and normal subjects. Journal of Psychological Studies. 2012; 7(4): 28.

26. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. Cognit Ther Res. 2009; 33 (3): 291-300.

27. Hashmi Z, Alilu M, Hashemi T. Efficacy of metacognitive therapy in reducing depressive symptoms in patients with major depressive disorder. JBS. 2011; 9(2).

28. Wells A. A metacognitive model and therapy for generalized anxiety disorder. Clin Psychol Psychot. 1999; 6(2): 86-95.

29. Nolen-Hoeksema S. Further evidence for the role of psychosocial factors in depression chronicity. Clin Psychol-Sci Pr. 2000; 7(2): 224-7.

30. Singer AR, Dobson KS. The effect of the cognitive style of acceptance on negative mood in a recovered depressed sample. Depress Anxiety. 2009; 26(5): 471-9.

31. Roelofs J, Papageorgiou C, Gerbera R, Huibers M, Peeters F, Arntza A. On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. Behav Res Ther. 2007; 45(6): 1295-1305.

32. Jong-Meyer Rd, Beck B, Riede K. Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. Pers Individ Dif. 2009; 46(4): 547-51.

33. Corcoran KM, Segal ZV. Metacognition in depressive and anxiety disorders: current directions. Int J Cogn Ther. 2008; 1(1): 33-44.

34. Spadaa MM, Nikčevićb AV, Monetac GB, Wells A. Metacognition, perceived stress, and negative emotion. Pers Individ Dif. 2008; 44(5): 1172-81.

35 .Siegle GJ, Ghinassi F, Thase ME. Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. Cognit Ther Res. 2007; 31(2): 235-62.

36 .Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. J Consult Clin Psychol. 2004; 72(1): 31-40.

37. Sugiura Y. Detached mindfulness and worry: a meta-cognitive analysis. Pers Individ Dif. 2004; 37(1): 169-79.

38. Baer RA. Mindfulness training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. Clin Psychol-Sci Pr. 2003; 10(2): 125-43.

39. Bahrami F, Azarian Z. A preliminary study on the correlation of Depression and Pre Menstrual Syndrome (PMS) with Meta Cognitive beliefs in female university students. J Behav Sci. 2009. (6):137-42.

40. Dargahian R, Mohammadkhani S, Hasani J, Shams J. THE effectiveness of metacognitive therapy on improvement of metacognitive beliefs, rumination and depressive symptoms: a single subject study. Quarterly Clinical Psychology Studies. 2011; 1(3): 81-103.

[Downloaded from shefayekhatam.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.18869/acadpub.shefa.2.3.45]