

مقاله‌ی پژوهشی

اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه‌ی گروهی بر علایم افسردگی و نشخوار فکری

خلاصه

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان فراشناختی گروهی بر علایم افسردگی و نشخوار فکری در دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز بود.

روش کار: در این کارآزمایی بالینی، از بین دانشجویان دختر ساکن خوابگاه شهید چمران اهواز در سال ۹۰-۱۳۸۹، ۴۰ دانشجو که علایم افسردگی را بر اساس آزمون افسردگی بک و مصاحبه بالینی دارا بودند، به صورت تصادفی در دو گروه آزمون (۲۰ نفر) و شاهد (۲۰ نفر) وارد شدند. دانشجویان گروه آزمون در ۸ جلسه‌ی درمانی شرکت و در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، پرسش‌نامه‌های افسردگی بک و نشخوار فکری را تکمیل کردند. یک ماه بعد از اتمام جلسات، پرسش‌نامه‌های ذکر شده توسط شرکت‌کنندگان مجدداً تکمیل شد. داده‌ها با شاخص‌های توصیفی و آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره، توسط نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۸ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که تفاوت‌های معنی‌داری بین گروه آزمون و شاهد در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری وجود دارد. در گروه آزمون از لحاظ کاهش علایم افسردگی ($F=23/831$ و $P<0/001$) و نشخوار فکری ($F=13/122$ و $P<0/001$) در مرحله‌ی پس‌آزمون، تفاوت‌های معنی‌داری وجود دارد. هم‌چنین در گروه آزمون از لحاظ کاهش علایم افسردگی ($P<0/001$) و نشخوار فکری ($F=20/814$ و $P<0/008$) در مرحله‌ی پی‌گیری یک ماهه، تفاوت‌ها معنی‌دار بود که این تفاوت‌ها در گروه شاهد مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد به کارگیری الگوی فراشناختی ولز در کاهش علایم افسردگی و نشخوار فکری دانشجویان دارای این علایم، موثر است.

واژه‌های کلیدی: گروه‌درمانی، دانشجویان، علایم افسردگی، نشخوار فکری

صبا حسنونندی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، مدرس
دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان

مه‌دی ولی‌زاده

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، مدرس
دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان

مهناز مهربابی‌زاده هنرمند

دکترای روان‌شناسی، استاد دانشگاه شهید
چمران اهواز

*مؤلف مسئول:

ایران، خراسان رضوی، شهرستان درگز،
خیابان مدرس، کوچه‌ی هویزه، پلاک ۱
hasanvandi2010@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۱/۲/۱۰

تاریخ تایید: ۹۱/۱/۵

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه شهید چمران اهواز و با حمایت مالی این دانشگاه انجام شده و در سایت ثبت کارآزمایی‌های بالینی با کد IR2012070710198N1 به ثبت رسیده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری افراد شرکت‌کننده، تشکر و قدردانی می‌گردد.

Original Article

Effect of group metacognitive therapy on depression symptoms and rumination

Abstract

Introduction: The aim of present study was to investigate effect of group metacognitive therapy on depression symptoms and rumination in female students of Shahid Chamran University of Ahwaz.

Materials and Methods: This study was conducted with clinical trial. From all volunteer female students in dormitory of Shahid Chamran university of Ahwaz (in 2010-11). 40 students assigned based on Beck Depression Inventory and interview by random sampling in experimental (20 students) and control (20 students) group. Students participated in therapeutic 8 sessions and completed Beck Depression Inventory and Rumination Questionnaire in the pre-test and post-test stages. One month after finish of sessions, mentioned questionnaire are completed by participants. Data were analyzed by descriptive indices and multivariate covariance analysis, using SPSS-18 software.

Results: the results of multivariate covariance analysis showed that there are significant differences between experimental and control group in post-test and follow-up stages. Analyses of data showed that, in experimental group there are significant differences based on decrease of depression symptoms ($f=23.831$, $P<0.001$) and rumination ($f=13.122$, $P<0.001$) in post-test stage. Moreover, The results of multivariate covariance analysis showed that in experimental group there are significant differences based on decrease of depression symptoms ($f=20.814$, $P<0.001$) and rumination ($f=8.277$, $P=0.008$) in 1 month follow up stage. These differences didn't observe in control group.

Conclusion: Results of this study illustrate Wells' metacognitive model is beneficial in decreasing depression symptoms and rumination in students with these symptoms.

Keywords: Depressive symptoms, Group therapy, Rumination, Students

*Saba Hasanvandi

MA. in clinical psychology, Azad University, Branch of Quchan

Mahdi Valizadeh

MA. in clinical psychology, Azad University, Branch of Quchan

Mahnaz Mehrabizadeh
Honarmand

Ph.D. in psychology, professor of Shahid Chamran University, Ahwaz

*Corresponding Author:

Azad University, Branch of Quchan, Khorasan Razavi Province, Iran

hasanvandi2010@yahoo.com

Received: Apr. 29, 2012

Accepted: Dec. 25, 2012

Acknowledgement:

This study was approved and financially supported by the research committee of Shahid Chamran University of Ahwaz and registered in www.irct.ir with code of 2012070710198N1. The authors had no conflict of interest with the result.

Vancouver referencing:

Hasanvandi S, Valizadeh M, Mehrabizadeh Honarmand M. Effect of group metacognitive therapy on depression symptoms and rumination. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2013; 15(1): 71-81.

مقدمه

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی است و دوره‌های افسردگی اساسی درمان نشده، معمولاً ۶ ماه یا بیشتر طول می‌کشند. اختلالات خلقی که افسردگی یکی از طبقات آن است را می‌توان به بهترین وجه با عبارت نشانگان (سندرم) توصیف کرد (و نه به عنوان بیماری‌های مجزا)، چون این اختلالات از گروهی نشانه و علامت ترکیب یافته‌اند که هفته‌ها تا ماه‌ها طول می‌کشند و معمولاً عودکننده بوده و با الگویی دوره‌ای یا چرخه‌ای تظاهر می‌یابند (۱).

افسردگی تاثیر وسیعی روی وضعیت اجتماعی، شغلی و اقتصادی افراد افسرده دارد و زندگی فردی و اجتماعی آن‌ها را تحت تاثیر قرار می‌دهد (۲). نظر به این که افسردگی می‌تواند مشکلات فراوانی برای افراد افسرده ایجاد کند، تهیه‌ی برنامه‌های درمانی که بتوانند علایم افسردگی را کاهش دهد بیش از پیش احساس می‌شود. طی دو دهه‌ی اخیر با رشد درمان فراشناختی^۱ (MCT)، گروه وسیعی از اختلالات از جمله افسردگی، تحت پوشش این درمان قرار گرفته‌اند. در واقع درمان فراشناختی رویکرد نوظهوری است که در نتیجه‌ی فرضیه‌آزمایی سیستماتیک به وجود آمده و به کاربرد روش‌های مختلفی منجر شده است. این رویکرد درمانی در درک علل و درمان اختلالاتی مانند اضطراب فراگیر (۳)، استرس پس از سانحه (۴)، وسواس فکری و عملی (۵)، اضطراب اجتماعی (۶) و افسردگی (۳) موفق بوده است. این رویکرد درمانی که بر اساس نظریه‌ی کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش^۲ (S-REF) ولز و ماتیوز^۳ استوار است، ابتدا در مورد اختلال اضطراب فراگیر به کار برده شد و بعد به عنوان یک رویکرد درمانی عمومی گسترش یافت (۷، ۸). اصطلاح کارکردهای اجرایی، سازه‌ای است که به گروه وسیعی از فرآیندهای فراشناختی مانند برنامه‌ریزی، جستجوی نظام‌مند، کنترل تکانه، خودتنظیمی رفتار، به‌کارگیری راهبردهای انعطاف‌پذیر، توجه انتخابی، کنترل توجه و ارزیابی خود اطلاق می‌شود (۹). اثربخشی این درمان

نوظهور در بسیاری از پژوهش‌ها بررسی شده است. برای مثال برگرسن، فوسیل، سانرهاگن و چانک^۴ در مطالعه‌ای به منظور کاهش علایم بیماران افسرده از راهبردهای فراشناختی استفاده کردند. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که رویکرد فراشناختی در کاهش علایم بیماران افسرده، نقش به‌سزایی دارد (۱۰). هم‌چنین بانهوفر^۵ و همکاران در پژوهشی روی دو گروه آزمون و شاهد، اثربخشی درمان فراشناختی را در افراد افسرده بررسی کرده‌اند. گروه آزمون طی ۱۰ جلسه درمان، بهبود قابل ملاحظه‌ای را گزارش کردند (۱۱). هم‌چنین ولز و همکاران از طریق طرح جامع درمان فراشناختی توانستند علایم گروهی از بیماران افسرده را طی ۱۰ جلسه از طریق فنون فراشناختی بهبود دهند. جلسات پی‌گیری این گروه حاکی از آن است که میزان عود علایم افسردگی در این بیماران طی مدت ۶ ماه کمتر از نتایج درمانی شناختی رفتاری سنتی بوده است (۳).

مدل فراشناختی اختلال افسردگی، نشخوار فکری^۶ را ویژگی مهم افسردگی معرفی می‌کند و هدف درمان فراشناختی درک علل نشخوار فکری و حذف این فرآیند ناسازگارانه است (۱۲). در مورد نشخوار فکری تعریف واحدی وجود ندارد اما می‌توان آن را هر نوع فکر با گرایش به تکرار شدن در نظر گرفت. نشخوار فکری خصیصه‌ی اصلی سندرم شناختی توجهی^۷ (CAS) است که در پاسخ به افکار و هیجانات منفی، غمگینی و تجربه‌ی فقدان، فعال می‌شود. گام مهم در درک علل افسردگی در درمان فراشناختی ایجاد مدل فراشناختی نشخوار فکری و افسردگی است که ریشه در مدل کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش در اختلالات روان‌شناختی دارد (۱۳). این مدل فرض می‌کند که افراد آسیب‌پذیر نسبت به افسردگی اقدام به نگرانی و تفکر نشخوارانه راجع به کارکرد باورها و فراشناخت‌های زیربنایی می‌کنند. در درمان فراشناختی نشخوار فکری، مشخصه‌ی اصلی اختلالات روانی از قبیل افسردگی در نظر

⁴Bergersen, Foslie, Sunnerhagen and Schank

⁵Banhofner

⁶Rumination

⁷Cognitive-Attentional Syndrome

¹Metacognitive Therapy

²Self-Regulatory Executive Function Model

³Wells and Mathews

گرفته شده است، بنابراین برای کاهش علائم افسردگی بر حذف نشخوار تاکید شده است. ولز معتقد است در مدل فراشناختی درمان افسردگی می‌بایست چرخه‌ی نشخوار افراد را مورد حمله قرار داد (۱۴). برخی پژوهش‌ها مانند پژوهش لو، هو و هالون^۱ در زمینه‌ی مدل‌های شناختی افسردگی، مدل‌های شناختی منفی و نشخوار را به عنوان عوامل خطر ساز در افسردگی شناسایی کرده‌اند. آن‌ها در پژوهش خود به بررسی اثر تعدیل‌گر نشخوار و سبک‌های شناختی منفی در اختلال افسردگی پرداختند که نتایج پژوهش آن‌ها این فرضیه را تایید نمود (۱۵).

با توجه به مطالب مطرح شده، این درمان در کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری افراد افسرده موثر بوده است. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه‌ی گروهی بر علائم افسردگی و نشخوار فکری در دانشجویان دختر انجام گرفت. به منظور رفع محدودیت‌های روان‌درمانی فردی از جمله هزینه‌ی بالا، کمبود درمانگران باکفایت و آموزش‌دیده و همچنین میزان زمان مورد نیاز و با در نظر گرفتن مزیت‌های روان‌درمانی گروهی مانند انسجام گروهی، بینش و یادگیری‌های ناشی از تعامل، عمومیت به معنای داشتن درد مشترک و تسهیل تخلیه‌ی هیجانی، این رویکرد درمانی به صورت گروهی مورد استفاده قرار گرفت (۱۶).

روش کار

پژوهش حاضر به صورت کارآزمایی بالینی اجرا شد که با کد IR۲۰۱۲۰۷۰۷۱۰۱۹۸NI در سایت کارآزمایی‌های بالینی به ثبت رسیده است. جامعه‌ی آماری آن شامل تمام دانشجویان داوطلب دختر ساکن خوابگاه دانشجویی دانشگاه شهید چمران اهواز بود که در سال تحصیلی ۹۰-۱۳۸۹ دانشجویان بوده‌اند. به منظور انتخاب نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، از طریق فراخوان همکاری در مجتمع خوابگاهی شهید چمران اهواز از کسانی که مایل به شرکت در این طرح پژوهشی بودند دعوت به عمل آمد که به منظور گرفتن تست و انجام مصاحبه‌ی تشخیصی به محقق

مراجعه کنند. ۱۵۰ نفر، آزمون افسردگی بک را تکمیل کردند. بر اساس میزان شیوع افسردگی در دختران دانشجوی دانشگاه شهید چمران اهواز که در مطالعه‌ی مقدماتی اجرا گردید از تعداد ۵۰۰ نفر نمونه، ۱۵ نفر واجد ملاک‌های بالینی افسردگی بودند. بنابراین از طریق محاسبه‌ی جمعیت دختران دانشجوی ساکن خوابگاه ۱۵۰ نفر برای درمان داوطلب شدند و از این تعداد ۴۰ نفر واجد شرایط شرکت در درمان فراشناختی بودند. شرایط شرکت در درمان شامل مجرد بودن، دامنه‌ی سنی ۱۸ تا ۳۳ سال، نبود بیماری کم-کاری تیروئید، عدم سایکوز و عدم اعتیاد به مواد مخدر بود. ۴۰ نفر از افرادی که در آزمون افسردگی بک و مصاحبه‌ی تشخیصی دارای نمره‌ی مساوی یا بالاتر از نمره‌ی برش (یعنی نمره‌ی برش ۱۳) (۱۷) بودند به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری آزمون و شاهد تقسیم شدند (در نرم‌افزار آماری عدد ۱ به گروه آزمون و عدد ۲ به گروه شاهد اختصاص داده شد و افرادی که به عنوان آزمودنی در این گروه‌ها در نظر گرفته شدند از طریق نرم‌افزار به طور تصادفی انتخاب شدند). به دلیل ریزش آزمودنی‌ها (بنا به دلایلی از قبیل اتمام تحصیل، تغییر محل خوابگاه، کمبود وقت و عدم تمایل به شرکت در پژوهش) در گروه آزمون و شاهد تعداد آزمودنی‌های گروه آزمون به ۱۵ نفر و تعداد آزمودنی‌های گروه شاهد به ۱۳ نفر کاهش یافت. ۲ نفر از آزمودنی‌های حذف شده گروه آزمون ۲۲ ساله و سه نفر دیگر ۱۹، ۲۳ و ۲۴ ساله بودند. هم‌چنین هر پنج آزمودنی حذف شده در مقطع تحصیلی کارشناسی مشغول به تحصیل بودند و به دلیل پایان تحصیل از مطالعه خارج شدند. هم‌چنین ۷ آزمودنی حذف شده از گروه شاهد ۲۵ ساله بودند و ۴ نفر از آن‌ها در مقطع کارشناسی و ۳ نفر از آن‌ها در مقطع کارشناسی ارشد تحصیل می‌کردند. شرکت‌کنندگان گروه آزمون در جلسات روان‌درمانی (شامل ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای روان‌درمانی گروهی، هر هفته ۱ جلسه) شرکت کردند. از طریق هماهنگی با مسئولین خوابگاه، این جلسات در یکی از ساختمان‌های خوابگاه شهید چمران اهواز برگزار شد. از جمله مشکلات برگزاری جلسات، مدیریت جلسات و

^۱Lo, Ho and Hollon

جدول ۱- خلاصه‌ی محتوای درمان فراشناختی گروهی بر

علائم افسردگی و نشخوار فکری دانشجویان دختر

جلسه	شرح جلسه
جلسه‌ی اول	معارفه و خوش آمدگویی، تدوین فرمول‌بندی موردی اختلال افسردگی، معرفی مدل فراشناختی اختلال افسردگی، آماده-سازی شرکت‌کنندگان برای ادامه‌ی شرکت در جلسات درمان.
جلسه‌ی دوم	معرفی و تمرین فن ذهن‌آگاهی گسلیده ^۲ (DM)، به تعویق انداختن نشخوار فکری، تکلیف خانگی ذهن‌آگاهی گسلیده.
جلسه‌ی سوم	شناسایی برانگیزاننده‌های نشخوار فکری، چالش به فراشناخت‌های مربوط به کنترل‌ناپذیری باورها، بررسی سطح فعالیت، مقابله‌ی اجتنابی، تکلیف ذهن‌آگاهی گسلیده.
جلسه‌ی چهارم	تکلیف خانگی، واریسی به کارگیری به تعویق انداختن نشخوار فکری در مورد حداقل ۷۵ درصد برانگیزاننده‌ها و بیش از ۲ دقیقه طول نکشیدن دوره‌های نشخوار فکری، معرفی فن آموزش توجه ^۳ (ATT).
جلسه‌ی پنجم	توضیح مفصل بررسی باورهای فراشناختی مثبت در مورد نشخوار فکری، سطح فعالیت، مقابله‌ی ناسازگارانه و کاربرد گسترده و پایدار ذهن‌آگاهی گسلیده.
جلسه‌ی ششم	مرور تکلیف خانگی، بررسی سطح فعالیت شرکت‌کنندگان، انجام فن آموزش توجه، بررسی و چالش با باورهای منفی درباره‌ی هیجان‌ناخت دخیل در افسردگی.
جلسه‌ی هفتم	بررسی و تغییر ترس از اطمینان مجدد، تمرین فن آموزش توجه همراه با شرکت‌کنندگان، بیان مقدمات لازم جهت آماده‌سازی شرکت‌کنندگان برای خاتمه‌ی درمان.
جلسه‌ی هشتم	مرور کلی جلسات درمانی، پایش علائم باقی‌مانده‌ی افسردگی، بحث در مورد جلوگیری از عود و کار بر روی باورهای فراشناختی باقی‌مانده.

ساختمان بود که با همکاری مسئولین خوابگاه، این مشکل برطرف شد. هم‌چنین به منظور آرام بودن محیط اتاق برگزاری جلسات، برگزاری جلسات به ساعاتی در شب موکول شد که امکان آلودگی صوتی کمتری وجود داشت. به منظور رعایت اصول اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و ایشان اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله بخواهند، مختارند از ادامه‌ی شرکت انصراف دهند. هم‌چنین بعد از پایان پی‌گیری جلسات درمانی، به منظور رعایت اصول اخلاقی ۴ جلسه‌ی درمانی ۹۰ دقیقه‌ای برای شرکت‌کنندگان گروه شاهد در نظر گرفته شد. مداخله‌ی روان‌شناختی استفاده شده در این پژوهش بر طبق بسته‌ی درمانی فراشناختی ولز برای اختلال افسردگی اجرا شده است. قابل ذکر است که درمان توسط یک کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی که طی ۶ ماه دوره‌ی درمان فراشناختی را دیده بود انجام گردید. هم‌چنین مطالب به صورت شفاهی و با کمک اسلاید به آزمودنی‌ها ارائه شد. داده‌های پژوهش از طریق نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۸ و هم‌چنین با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند. خلاصه‌ی محتوای جلسات درمان فراشناختی گروهی بر علائم افسردگی و نشخوار فکری در دانشجویان دختر در جدول ۱ ارائه شده است.

ابزار پژوهش

الف- نسخه‌ی بالینی مصاحبه‌ی ساختاریافته برای اختلالات محور یک در DSM-IV (SCID-I/CV)^۱: یک ابزار معیار شده برای ارزیابی اختلالات اصلی روان‌پزشکی بر پایه‌ی تعریف‌ها و معیارهای DSM-IV است که برای هدف بالینی و پژوهشی تنظیم شده است (۱۸). اجرای SCID-I/CV به قضاوت بالینی مصاحبه‌کننده درباره پاسخ‌های مصاحبه‌شونده نیاز دارد، بنابراین مصاحبه‌کننده باید در مورد آسیب‌شناسی روانی، دانش و تجربه‌ی کافی داشته باشد.

SCID-I دو نسخه دارد: نسخه‌ی SCID-I/CV که بیشتر تشخیص‌های روان‌پزشکی را پوشش می‌دهد و برای کاربرد در محیط‌ها و پژوهش‌های بالینی تنظیم شده است و نسخه‌ی پژوهشی SCID-I/RV کامل‌تر و طولانی‌تر که تشخیص‌ها و نیز زیرنوع‌های تشخیصی و معیارهای شدت و سیر اختلالات را نیز پوشش می‌دهد. اعتبار و پایایی این ابزار در پژوهش‌های گوناگون، قابل قبول گزارش شده است (۱۷). برای مثال در پایایی تشخیصی بین ارزیاب‌ها کاپای بالای ۰/۷ گزارش شده است (۱۹). بنا بر یک پژوهش اعتبار این ابزار به وسیله متخصصان تایید و پایایی بازآزمایی با فاصله‌ی یک هفته ۰/۹۵ گزارش شد (۱۷).

^۲Detached Mindfulness

^۳Attention Training Technique

^۱Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV

پژوهش اعتبار پرسش‌نامه برای کل مقیاس از طریق نمره‌ی یکی از ماده‌های مقیاس که محتوای آن با تعریف مقیاس هماهنگی داشت با جمع نمره‌ی باقی مانده‌ی ماده‌های مقیاس همبسته شد و ضریب همبستگی حاصل معنی‌دار ($P=0/013$ و $r=0/613$) بوده است که حاکی از روایی رضایت‌بخش مقیاس است و نیز پایایی پرسش‌نامه از طریق آلفای کرونباخ $0/86$ محاسبه شده است.

نتایج

از نظر بررسی متغیرهای جمعیت‌شناختی، میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمون $24/86$ سال (انحراف استاندارد $2/6$ سال) و میانگین سنی گروه شاهد، $23/62$ سال (انحراف استاندارد $1/2$ سال) بود. میانگین سنی کل نمونه‌ها، $24/28$ سال (انحراف استاندارد $2/1$ سال) بود. هم‌چنین 40 درصد شرکت‌کنندگان گروه آزمون دارای مدرک تحصیلی کارشناسی (6 نفر) و 60 درصد شرکت‌کنندگان دارای مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد (9 نفر) بودند. $53/84$ درصد گروه شاهد دارای مدرک تحصیلی کارشناسی (7 نفر)، $46/15$ درصد آن‌ها مدرک تحصیلی کارشناسی ارشد (6 نفر) داشتند. در کل نمونه‌ها، مدرک تحصیلی کارشناسی با فراوانی 15 معادل $53/57$ درصد و مدرک کارشناسی ارشد با فراوانی 13 معادل $46/42$ درصد را به خود اختصاص دادند. لذا مقایسه‌ی اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان می‌دهد، میانگین سنی شرکت‌کنندگان هر دو گروه با سطح معنی‌داری ($P=0/713$) در یک محدوده‌ی سنی قرار دارند. همین‌طور مقایسه‌ی آزمودنی‌های دو گروه از لحاظ متغیر مدرک تحصیلی نشان می‌دهد با سطح معنی‌داری ($P=0/652$) شرکت‌کنندگان در یک محدوده‌ی تحصیلی قرار دارند.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار نمره‌ی افسردگی و نشخوار فکری را در گروه آزمون و شاهد، در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری نشان می‌دهد.

این اطلاعات حاکی از بالا بودن نمرات افسردگی و نشخوار فکری گروه آزمون در مرحله‌ی پیش‌آزمون (قبل از مداخله) نسبت به مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری (بعد از

ب- پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (ویرایش دوم) ($BDI-II$)^۱: پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (ویرایش دوم)، شکل بازنگری شده‌ی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (20). ویرایش دوم این پرسش‌نامه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه‌ی شناختی افسردگی نیز پوشش می‌دهد. این نسخه نیز همانند نسخه‌ی اولیه از 21 ماده تشکیل شده است که آزمودنی برای هر ماده، یکی از چهار گزینه که نشان‌دهنده‌ی شدت افسردگی است را انتخاب می‌کند. اعتبار سازه این پرسش‌نامه مورد بررسی قرار گرفته است و مولفه‌های عاطفی، شناختی و جسمانی شناسایی شده‌اند (21).

ثبات درونی این آزمون $0/73$ تا $0/92$ با میانگین $0/86$ و ضریب آلفا برای هر گروه بیمار $0/86$ و غیر بیمار $0/81$ گزارش شده است (22). هم‌چنین میزان آلفای کرونباخ $0/86$ محاسبه شده است (20). در این پژوهش پایایی این آزمون $0/73$ محاسبه شده است.

ج- پرسش‌نامه‌ی نشخوار فکری: این پرسش‌نامه توسط نولن-هوکسما و موروی^۲ جهت ارزیابی نشخوار فکری ساخته شده است (23). این مقیاس 22 ماده دارد که ماده‌های آن روی یک مقیاس 4 نقطه‌ای از 1 (تقریباً هرگز) تا 4 (تقریباً همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسش‌نامه در ایران توسط منصوری مورد بررسی قرار گرفته است و روایی آن مورد تایید قرار گرفته است. نمره‌ی کل نشخوار فکری از طریق جمع ماده‌ها محاسبه می‌شود. شواهد مربوط به روایی محتوا در اختیار اساتید و کارشناسان مربوطه قرار گرفته و معتبر شناخته شده است (24). با استفاده از آلفای کرونباخ دامنه‌ای از $0/88$ تا $0/92$ نشان داده شده است که نشان‌دهنده‌ی پایایی درونی بالای آن است و همبستگی درون طبقه‌ای آن با پنج بار اندازه‌گیری (همبستگی $0/75$) نیز بالا بوده است (25). هم‌چنین همبستگی بازآزمایی برای مدت بیشتر از 12 ماه، $0/67$ گزارش شده (24) و در بررسی اولیه نیز آلفای کرونباخ برابر $0/90$ به دست آمده است (23). در این

¹Beck Depression Inventory-II

²Nolen-Hoeksema and Morrow

همچنین معنی داری این یافته‌ها در زیر بررسی خواهد شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۲ درج شده است.

مداخله) است. اما نمرات افسردگی و نشخوار فکری گروه شاهد در مراحل پس‌آزمون و پی‌گیری در مقایسه با مرحله‌ی پیش‌آزمون کاهشی نشان نمی‌دهد.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار نمره‌ی افسردگی و نشخوار در دانشجویان دختر تحت درمان فراشناختی در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

مرحله	متغیر	شاخص‌های آماری گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	p
پیش‌آزمون	نمره‌ی افسردگی	آزمون	۱۵	۱۹/۴	۷/۶	۰/۰۰۵
		شاهد	۱۳	۲۰/۶۹	۹/۶	۰/۰۷۸
		آزمون	۱۵	۵۳/۴۶	۱۷/۷۳	۰/۰۰۲
پس‌آزمون	نمره‌ی افسردگی	شاهد	۱۳	۴۰/۰۷	۱۰/۰۱	۰/۴۵۱
		آزمون	۱۵	۷/۳۳	۷/۸۹	۰/۰۰۷
		شاهد	۱۳	۲۱/۱۵	۸/۰۱	۰/۲۳۱
پی‌گیری	نمره‌ی نشخوار	آزمون	۱۵	۳۷/۶	۹/۵۳	۰/۰۰۶
		شاهد	۱۳	۴۴/۱۵	۱۱/۰۵	۰/۱۱۹
		آزمون	۱۵	۱۰/۸۶	۴/۷۱	۰/۰۰۸
پس‌آزمون	نمره‌ی افسردگی	شاهد	۱۳	۲۱/۲۳	۵/۷۶	۰/۶۵۰
		آزمون	۱۵	۳۹/۴۶	۹/۱۱	۰/۰۰۹
		شاهد	۱۳	۴۵/۷۶	۹/۰۴	۰/۹۸۱

لحاظ متغیر علایم افسردگی در سطح $P < ۰/۰۰۱$ و از لحاظ متغیر نشخوار فکری در سطح $P = ۰/۰۰۸$ معنی‌دار است. بر این اساس، می‌توان بیان داشت که درمان گروهی فراشناختی باعث کاهش علایم افسردگی و نشخوار فکری در دانشجویان دختر، در مرحله‌ی پی‌گیری شده است.

جدول ۳- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی میانگین نمره‌های علایم افسردگی و نشخوار فکری دانشجویان دختر تحت درمان فراشناختی، در مرحله‌ی پی‌گیری

متغیر وابسته	مجموع مجذورات آزادی	درجه‌ی مجذورات آزادی	میانگین مجذورات آزادی	F	سطح معنی‌داری
علایم افسردگی	۶۰۸/۲۲۱	۱	۶۰۸/۲۲۱	۲۰/۸۱۴	< ۰/۰۰۱
نشخوار فکری	۵۷۶/۷۱۶	۱	۵۷۶/۷۱۶	۸/۲۷۷	۰/۰۰۸

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی به شیوهی گروهی بر کاهش علایم افسردگی و نشخوار فکری دانشجویان دختر انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت کنترل متغیرهای هم‌گام، نشان داد که گروه آزمون پس از تعدیل میانگین‌ها و کنترل متغیرهای

جدول ۲- نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون علایم افسردگی و نشخوار فکری در دانشجویان دختر تحت درمان فراشناختی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات آزادی	درجه‌ی مجذورات آزادی	میانگین مجذورات آزادی	F	سطح معنی‌داری
علایم افسردگی	۱۰۷۷/۶۹	۱	۱۰۷۷/۶۹	۲۳/۸۳۱	< ۰/۰۰۱
نشخوار فکری	۸۸۷/۶۵	۱	۸۸۷/۶۵	۱۳/۱۲۲	< ۰/۰۰۱

با توجه به مندرجات جدول ۲ در ستون مربوط به سطح معنی‌داری مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه آزمون و شاهد، از لحاظ متغیر علایم افسردگی در سطح $P < ۰/۰۰۱$ و از لحاظ متغیر نشخوار فکری در سطح $P = ۰/۰۰۱$ معنی‌دار است. بر این اساس، می‌توان بیان داشت که درمان فراشناختی گروهی باعث کاهش علایم افسردگی و نشخوار فکری در دانشجویان دختر، در مرحله‌ی پس‌آزمون شده است. همچنین نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در مرحله‌ی پی‌گیری در جدول ۳ درج شده است.

با توجه به جدول ۳ در ستون مربوط به سطح معنی‌داری مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه آزمون و شاهد، از

مداخله‌گر در مجموع کاهش معنی‌داری را در نمرات افسردگی و نشخوار فکری نسبت به گروه شاهد نشان داد. با توجه به نتایج مرحله‌ی پس‌آزمون به نظر می‌رسد الگوی فراشناختی ولز در کاهش علایم افسردگی و نشخوار فکری افراد دارای علایم افسردگی و نشخوار فکری موثر می‌باشد. یافته‌ی دیگر این‌که نتایج مرحله‌ی پی‌گیری را می‌توان تاییدی برای این مطلب دانست که درمان فراشناختی گروهی موجب تعمیق و پایداری اثرات درمانی می‌شود. نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های بانهور و همکاران (۱۱)، ولز و همکاران (۳)، برگرسن، فوسیل، سانرهاگن و چانک (۱۰)، تیزدل^۱ و همکاران (۲۷)، ما^۲ و تیزدل (۲۸)، تیزدل و همکاران (۲۹)، فنل^۳ (۳۰) و هاشمی، محمد علی‌لو و نصرت‌آباد (۳۱) همسو است.

نتایج پژوهش برگرسن، فوسیل، سانرهاگن و چانک، حاکی از آن است که فنون فراشناختی در کاهش علایم افسردگی تاثیر دارد. تفاوت پژوهش آن‌ها با پژوهش حاضر در حجم نمونه و درمان فردی می‌باشد. در پژوهش حاضر حجم گروه آزمون ۱۵ نفر و گروه شاهد ۱۳ نفر در نظر گرفته شده است در حالی که در پژوهش همسو با این مطالعه این تعداد به ۳۸ نفر رسیده است. هم‌چنین نمونه‌ی مورد مطالعه در پژوهش همسو شامل هر دو جنس زن و مرد است، در حالی که پژوهش حاضر فقط دربرگیرنده‌ی دختران دانشجو می‌باشد لیکن نتایج بالینی هر دو پژوهش، حاکی از اثربخشی این درمان است (۱۰).

در تبیین اثربخشی مداخلات فراشناختی باید به این نکته اشاره کرد که درمان فراشناختی علاوه بر فنون درمانی متمرکز بر آموزش توجه، شامل طیف وسیعی از راهبردهای درمانی خاص است که به منظور تسهیل تغییر شناختی و هیجانی طراحی شده‌اند. برای مثال، اعتبار فونونی از قبیل گفتگوی سقراطی نیز در برخی پژوهش‌ها مورد بررسی قرار گرفته است. ولز و پاپاجورجیو در پژوهش خود کاربرد این فن را برای شناسایی و متوقف کردن سندرم شناختی توجهی

مورد بررسی قرار دادند که نتایج، حاکی از اثربخشی این فن درمانی است (۶).

همان‌طور که در پژوهش‌ها نشان داده شده است، افسردگی با مواردی از قبیل نشخوار فکری و فراشناخت‌های مثبت و منفی همراه است. از این رو اگر درمان روی مولفه‌هایی از قبیل کاهش نشخوارهای فکری و تغییر فراشناخت‌ها گام بردارد می‌تواند علایم افسردگی را کاهش دهد (۲۸). از سویی افسردگی نه تنها با علایم روانی از قبیل خلق پایین، ناامیدی، کندی روانی حرکتی و بی‌قراری همراه است، بلکه سایر علایم فیزیولوژیک نیز می‌توانند در شدت این اختلال نقش داشته باشند. چنان‌چه روان‌درمانی بتواند به موازات تغییر علایم روانی در زمینه‌ی کاهش علایم جسمانی نیز موثر باشد موفقیت درمان بیش از پیش افزایش خواهد یافت. چنان‌چه در پژوهش‌های پیرامون درمان فراشناختی افسردگی نیز اشاره شده است، موفقیت درمان فراشناختی افسردگی در گرو هدف قرار دادن مشخصه‌ی اصلی افسردگی یعنی نشخوار فکری می‌باشد (۳). بنا بر این می‌توان احتمال داد که درمان به کار گرفته شده در این پژوهش توانسته است نشخوار فکری دانشجویان افسرده را تحت تاثیر قرار دهد. نولن و هوکسما به نقل از ولز در تبیین اثربخشی فنون فراشناختی، به ماهیت این درمان اشاره کرده و آن را در اثربخش بودن روند درمان موثر دانسته‌اند (۱۴). از آن جا که در افسردگی الگوهای تفکر شخص، بر خود و موضوعات تهدیدکننده متمرکز می‌شود، درمان مذکور بر تغییر این الگوهای تفکر، تاکید می‌کند. از سوی دیگر درمان فراشناختی به تغییر فرآیندها و فعالیت‌هایی از قبیل نشخوار فکری، پایش تهدید، تمرکز بر خطر، فرونشانی افکار و رفتارهایی مانند اجتناب رفتاری، شناختی و هیجانی که افراد افسرده برای مقابله با ناهماهنگی ادراک شده و تنظیم هیجانات منفی ناشی از آن انجام می‌دهند ولی در درازمدت نتیجه‌ی معکوس می‌گیرند پرداخته است (۴).

از جمله دلایلی که باعث شد نمره‌ی افسردگی و نشخوار افراد مورد مطالعه کاهش یابد ماهیت درمان فراشناختی و ساختار درمان آن بود. درمان فراشناختی از طریق ایجاد بینش

¹Teasdale

²Ma

³Fennel

جوامع دیگر می‌بایست محتاط بود. نداشتن گروه دارونما جهت مقایسه‌های بیشتر وافت آزمودنی در مرحله‌ی پس‌آزمون و پی‌گیری از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است.

نتیجه‌گیری

هر چند که از تاسیس مرکز سلامت روان جامعه‌نگر منطقه‌ی ۱۶ تهران مدت زمان زیادی نگذشته است و این مرکز گسترده‌ی خدمات سایر مراکز سلامت روان جامعه‌نگر دیگر کشورهای دنیا را ندارد، اما با این وجود طی ۱۷ ماه از شروع به کار خود توانسته است به حدود ۱۳۰۰ مراجعه‌کننده که اکثراً مبتلا به اختلالات نوروتیک (اختلالات افسردگی و اضطرابی) بوده‌اند خدمات ارائه نماید. در کل دنیا، خدمات اصلی مراکز سلامت روان جامعه‌نگر، جامع و متنوع است و در بسیاری از آن‌ها تمرکز بر خدمات برای بیماران دچار اختلالات شدید و سایکوتیک شامل شناسایی، درمان و ارجاع، ویزیت در منزل و پی‌گیری بیماران، توزیع داروهای روان‌پزشکی، فعالیت‌های توان‌بخشی، ایجاد فعالیت‌های درآمدزا، استخدام با دادن پناهگاه و... است (۸). بر همین اساس، ویزیت در منزل و پی‌گیری تلفنی برای بیماران دچار اختلالات شدید روان‌پزشکی در فهرست خدمات CMHC منطقه‌ی ۱۶ قرار گرفته است. خدمات طراحی شده برای مرکز سلامت روان در کشور ما بر اساس شواهد و امکانات موجود بوده و مرحله‌ی اول خدمات و مقدماتی آن محسوب می‌شود. اما در همین مرحله‌ی اول نتایج رضایت‌بخشی به دست آمده است که سبب شد مجریان طرح اقدام به تاسیس مرکز دوم در منطقه‌ی ۱۷ تهران نمایند. در صورت فراهم آمدن شرایط، امید است CMHC منطقه‌ی ۱۶ تهران نیز بتواند در آینده‌ای نه‌چندان دور، خدمات گسترده‌تری که سایر مراکز در کل دنیا ارائه می‌دهند و شواهد موثری برای آن وجود دارد، فراهم کند.

در بیماران زمینه را برای به دست آوردن نتایج درمانی بهتر فراهم می‌کند. به عبارت دیگر هدف مدل درمانی فراشناختی اختلال افسردگی، نشان دادن فراشناخت‌ها و فرآیندهای تداوم‌بخش دوره‌ای افسرده‌ساز است. هم‌چنین در تبیین نتایج درمان فوق می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمان فراشناختی افسردگی دارای برنامه‌ی ارزیابی و مقیاس‌های دقیقی بوده و از این طریق، درمان‌گر را از نتایج درمانی خود مطلع نموده و بازخوردهای مناسبی به بیماران می‌دهد.

برخی اصول تغییر رفتاری می‌توانند باورهای فراشناختی را به چالش بکشانند. بنا بر این یکی از دلایل پایداری نتایج درمانی در مرحله‌ی پی‌گیری می‌تواند به علت افزایش کنترل فراشناختی افراد دارای علایم افسردگی بر باورهای فراشناختی‌شان باشد. افزایش کنترل فراشناختی این امکان را به افراد افسرده می‌دهد که رابطه‌ی جدیدی با افکار خود برقرار نموده، فراشناخت‌هایی که شیوه‌ی ناسازگارانه‌ی تفکر منفی تکرارشونده را فزونی می‌بخشند یا باعث افزایش و تشدید باورهای منفی می‌گردند تغییر دهند (۷).

در انتها لازم به ذکر است اگر چه شواهد پژوهشی حاکی از اثربخشی این درمان بر افراد دارای علایم افسردگی است، اما پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های درمانی آینده، گروه‌های دیگری با دارودرمانی و دارونما در کنار گروه آزمون و شاهد بررسی شود تا امکان مقایسه‌های بیشتر فراهم گردد. هم‌چنین در تحقیقات آتی، این مطالعه بر روی نمونه‌های بالینی و نمونه‌های غیر دانشجویی و دانشجویان بومی انجام شده و از روش‌های نمونه‌گیری دقیق‌تری مانند نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. این پژوهش با برخی محدودیت‌ها روبه‌رو بوده است. پژوهش حاضر بر روی جامعه‌ی دانشجویان دختر دارای علایم افسردگی ساکن مجتمع خوابگاهی صورت گرفته است، بنا بر این در تعمیم نتایج به

References

1. Sadock B, Sadock V. Synopsis of psychiatry, behavioral sciences/ clinical psychiatry. New York: New York university press 2003; 3: 234-6.
2. Gladis MM, Gosch EA, Dishuk NM, Crits-Christoph P. Quality of life: Expanding the scope of clinical significance. J Consult Clin Psychol 1999; 67(2): 320-31.
3. Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J. chronic treated with metacognitive therapy: An open trial. Cogn Behav Pract 2008; 15(2): 85-92.

4. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004; 35(3): 307-18.
5. Fisher P L, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39(2): 117-32.
6. Wells A, Papageorgiou C. Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behaviour Research and Therapy* 2001; 39(2): 713-720.
7. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: A clinical perspective. UK: Hove Erlbaum 1994; 6: 23-28.
8. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther* 1996; 32(2): 870-97.
9. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford 2009; 5: 17-19.
10. Bergersen H, Foslie F, Sunnerhagen KS, Schank AK. Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years post stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2011; 23(2): 1-6.
11. Banhofer T, Crane C, Harguse E, Amrasinghe M, Winder R, Williams JMG. Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther* 2009; 47(3): 366-73.
12. Wells A. Metacognitive therapy for depression. *Behavioral and cognitive Psychotherapy* 2003; 24(2): 305-317.
13. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford 2009; 5: 19-21.
14. Wells A. Emotional disorder and metacognition: Innovative cognitive therapy. Chichester, UK: Wiley; 2000: 9, 230-234.
15. Lo CS, Ho SMY, Hollon SD. The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behav Res Ther* 2008; 46(3): 487-95.
16. Sahebi A, Jomepoor H. Group cognitive therapy: Elements and methods. *Recents of psychotherapy* 2002; 5: 84-85. (Persian)
17. Marnat G. Guidance for mental assessment. UK: Hove Erlbaum 2003; 10: 123-9.
18. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I), Clinician version. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1997.
19. Zanarini MC, Skodol AE, Bender D, Dolan R, Sanislow C, Schaefer E, et al. The collaborative longitudinal personality disorders study: Reliability of axis I and II diagnoses. *J Pers Disord* 2000; 14(4): 291-9.
20. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Beck depression inventory-II. San Antonio: Psychological Corporation; 1996.
21. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the Beck depression inventory-II. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 2000.
22. Hasanvandi S. [Investigating of relationship between early maladaptive schema, attachment styles, coping styles and depression in students of Tarbiat Moallem]. Dissertation, Tehran: Tarbiat Moallem University, College of psychology and educational sciences, 2009: 114-19. (Persian)
23. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *J Pers Soc Psychol* 1991; 61(2): 115-21.
24. Mansoori M. [Comparative investigating worry, obsession and rumination in people with anxiety disorders, depression and normal]. M.A. Dissertation. Tabriz: Tabriz University, College of psychology and educational sciences, 2009: 112-40. (Persian)
25. Papageorgiu C, Wells A. Depressive rumination: Nature, theory, and treatment. Chichester, UK: Wiley; 2004: 21-41.
26. Nolen-Hoeksema S. Ruminative coping with depression. In: Hechousem J, Dweck CS. (editors). *Motivation and self-regulation across the life span*. New York: Cambridge University; 1999: 237-56.
27. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(2): 275- 87.
28. Ma SF, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *J Consult Clin Psychol* 2004; 72(3): 31-40.

29. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG, Ridgeway VA, Soulsby JM, Lau MA. Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68(2): 615-23.
30. Fennel MJV. Depression, low-esteem and mindfulness. *Behav Res Ther* 2004; 42(2):1053-67.
31. Hashemi Z, Mohammadaliloo M, Nosratabad T. Effectiveness of metacognitive therapy on major depression disorder: Case study. *Clin Psychol* 2010; 12(3): 85-97.