

# مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی بر نشخوار فکری و علایم افسردگی

تاریخ پذیرش مقاله: ۹۲/۱۲/۶

تاریخ دریافت مقاله: ۹۲/۱۱/۱۳

\* پروانه محمدخانی  
\*\* فریبا حسینی  
\*\*\* مژگان سپاه منصور  
\*\*\*\* غلامرضا محمودی  
\*\*\*\*\* زرین سادات لاریجانی

## چکیده

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی از درمان‌های موج سوم هستند که اثربخشی آن‌ها در دامنه‌ای از اختلالات روانی مختلف مورد آزمون قرار گرفته است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت-درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در کاهش نشخوار فکری و علایم افسردگی است. ۲۷ نفر از افراد با نشانه‌های افسردگی طبق نمره برش پرسشنامه افسردگی بک و به طور تصادفی در دو گروه شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی قرار گرفتند. پرسشنامه افسردگی بک (۱۹۶۱) و مقیاس پاسخ نشخوار فکری (۱۹۹۱) قبل و بعد از درمان اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس یک‌راهه استفاده شد. یافته‌ها نشان می‌دهد که هر دوی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار فکری و نشانه‌های افسردگی تأثیر داشته‌اند و بین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در کاهش نشخوار فکری و علایم افسردگی تفاوت معنادار وجود ندارد ( $P \leq 0.01$ ). هر دوی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در بهبودی نشخوار فکری آسیب‌شناسانه و علایم افسردگی مؤثر هستند. **واژه‌های کلیدی:** شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن؛ درمان فراشناختی؛ نشخوار فکری؛ علایم افسردگی.

Email: [parmohamir@yahoo.com](mailto:parmohamir@yahoo.com)

Email: [hassani.fariba@yahoo.com](mailto:hassani.fariba@yahoo.com)

Email: [Drsepahmansour@yahoo.com](mailto:Drsepahmansour@yahoo.com)

Email: [Dr202027@yahoo.com](mailto:Dr202027@yahoo.com)

Email: [zlarijani@yahoo.com](mailto:zlarijani@yahoo.com)

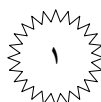
\* استاد گروه روانشناسی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

\*\* عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز

\*\*\* استادیار گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز

\*\*\*\* عضو هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز

\*\*\*\*\* دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد تهران مرکز



## مقدمه

اختلال افسردگی یک بیماری عودکننده<sup>۱</sup> با پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی بسیار است (سگال<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). در رابطه با اهمیت این اختلال می‌توان گفته که در حال حاضر افسردگی چهارمین بیماری شایع جهان محسوب می‌شود و بر اساس آمار اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup> (WHO)، ۳۴۰۰ میلیون نفر از افسردگی رنج می‌برند و طبق برآوردهای انجام شده پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری به دومین بیماری شایع جهان تبدیل شود (چاپمن و پری<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). همچنین 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 (کالتنتالر<sup>۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۲؛ موسسه بهداشت<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴) و به علت ناتوانی و غیبت‌های مکرر منجر به زیان اقتصادی زیادی می‌شود (اسپیترز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۹). از سویی به دلیل این که تقریباً دو سوم بیماران افسرده به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آن‌ها از این طریق به زندگی خود خاتمه می‌دهند، اهمیت توجه به افسردگی به عنوان یکی از اختلال‌های مهم روان‌شناختی آشکار می‌شود (کاپلان<sup>۸</sup> و کاپلان، ۲۰۰۸).

نشخوار فکری به صورت تفکر افسرده‌ساز چرخه‌ای و مداوم تعریف می‌شود و پاسخ نسبتاً رایج به خلق منفی و خاصیت شناختی برجسته‌ای از احساس ملالت و اختلال افسردگی عمده است (ری‌پری<sup>۹</sup>، ۱۹۷۷). به‌علاوه نشخوارفکری تفکر منفی تکرار شونده است و در پژوهش‌های مختلف با اختلال افسردگی عمده رابطه نشان داده است (رولفز<sup>۱۰</sup>، هیوبرز<sup>۱۱</sup>، پیترز<sup>۱۲</sup>، آمتز<sup>۱۳</sup> و ون‌آس<sup>۱۴</sup>، ۲۰۰۸). از طرف دیگر نشخوار فکری اخیراً به عنوانی یک مؤلفه‌ی فراتشخیصی مشترک در نظر گرفته شده است که با مؤلفه‌های فراتشخیصی دیگری از جمله نگرانی (هانگ<sup>۱۵</sup>، ۲۰۰۷؛ دی‌جانگ-میر<sup>۱۶</sup>، بک<sup>۱۷</sup> و رید<sup>۱۸</sup>؛ ۲۰۰۹)، عدم تحمل بلا تکلیفی (یوک<sup>۱۹</sup>، کیم<sup>۲۰</sup>، سو<sup>۲۱</sup> و لی<sup>۲۲</sup>؛ ۲۰۱۰) و همچنین باورهای فراشناختی درباره‌ی نشخوار فکری رابطه معناداری دارد (پاپا‌جورجیو<sup>۲۳</sup> و ولز<sup>۲۴</sup>، ۲۰۰۳). در سه دهه گذشته، شناخت درمانی و کاربرد بیشتر آن در برخورد با مسایل روزافزون روانی و رفتاری، و نابسند

<sup>۱</sup>. recurrent

<sup>۲</sup>. Segal

<sup>۳</sup>. World health organization

<sup>۴</sup>. Chapman & Perry

<sup>۵</sup>. Kaltenthaler

<sup>۶</sup>. Ministry of health

<sup>۷</sup>. Spitzer

<sup>۸</sup>. Kaplan

<sup>۹</sup>. Rippere

<sup>۱۰</sup>. Roelofs

<sup>۱۱</sup>. Huibers

<sup>۱۲</sup>. Peeters

<sup>۱۳</sup>. Amt

<sup>۱۴</sup>. Van Os

<sup>۱۵</sup>. Hong

<sup>۱۶</sup>. De Jong-Meyer

<sup>۱۷</sup>. Beck

<sup>۱۸</sup>. Riede

<sup>۱۹</sup>. Yook

<sup>۲۰</sup>. Kim

<sup>۲۱</sup>. Suh

<sup>۲۲</sup>. Lee

<sup>۲۳</sup>. Papageorgiou

<sup>۲۴</sup>. Wells

بودن صورت بندی‌های نظری کلاسیک (عمدتاً مدل‌های خطی) در تبیین مسایل و ارایه مداخلات درمانی مناسب، با کاستی‌های فراوان رو به رو بوده است. لذا، پس از نقدهای نظری، برای تبیین رابطه شناخت و هیجان، مدل‌های خطی به تدریج جای خود را به مدل‌های پیچیده‌تر و چند لایه‌ای دادند (کاوایانی، ۱۳۸۷). از سال ۱۹۹۰ به بعد و با شروع موج سوم درمان رفتاری شناختی گرایش به سمت پروتکل‌های درمانی جدید بر پایه‌ی شناخت درمانی افزایش یافت و درمان‌هایی چون رفتاردرمانی دیالکتیکی<sup>۱</sup> (DBT)، درمان پذیرش و تعهد<sup>۲</sup> (ACT)، درمان فراشناخت<sup>۳</sup> (MCT) و<sup>۳</sup> (MCT) و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن<sup>۴</sup> (MBCT) معرفی شدند. در این میان شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی از درمان‌های پیشنهادی برای پیشگیری از اضطراب و افسردگی و تنظیم هیجانی است.

رویکرد فراشناختی بر اساس نظریه‌ی بنیادی «الگوی کارکرد اجرای خود نظم بخش»<sup>۵</sup> استوار است. این مدل دلیل آسیب‌پذیری به اختلال‌های هیجانی را الگوی توجه معطوف به خود افراطی، فعال شدن باورهای غیر منطقی ناسازگارانه و فرایندهای بازتابی خاص می‌داند (ولز و کارترایت - هاتون<sup>۶</sup>، ۲۰۰۴). این فرایند هنگامی فعال می‌شود که فرد بین اهداف درونی خود و شرایط بیرونی احساس ناهماهنگی می‌کند. در این شرایط راهبردهای خاصی چون جذب اطلاعات به درون باورها، سرکوب فکر، نشخوار فکری و نگرانی به منظور جلوگیری از ورود محرک‌های ناراحت کننده به هشیاری یا حل مشکلات ناشی از ناهماهنگی، نظارت بر 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 بیشتر بر درک علل نشخوار فکری و حذف این فرایند ناسازگارانه تأکید می‌کند. چرا که نشخوار فکری، خصیصه محوری 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<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ رولوفز و همکاران، ۲۰۰۶). سندرم شناختی - توجهی شامل نشخوار فکری، پایش تهدید 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 در رویکرد فراشناختی یک سبک پاسخ‌دهی به خلق افسرده است که با فکر مکرر در مورد نشانه‌های بیماری، علل و پیامدهای ممکن مشخص می‌شود (جونگ - میر، بک و رید، ۲۰۰۹).

درمان فراشناختی از طریق آموزش توجه، به بیمار کمک می‌کند تا فرایند نشخوار فکری را قطع کند. سپس باورهای 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).

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرایندهای شناختی

۱. Dialectical Behavior Therapy (DBT)  
۲. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)  
۳. Meta Cognition Therapy  
۴. Mindfulness based cognitive therapy (MBCT)  
۵. Regulatory executive function model  
۶. Cartwright-Hatton  
۷. Barenhofer

پیش‌بینی کننده عود افسردگی است که توسط سگال، ویلیامز<sup>۱</sup> و تیزدل<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۵ معرفی شد (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۷). این رویکرد درمانی آمیزه‌ای مبتکرانه بود از جنبه‌های شناخت درمانی بک (بک، راش<sup>۳</sup>، شاو<sup>۴</sup> و امری<sup>۵</sup>، ۱۹۷۹) و برنامه کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن<sup>۶</sup> (MBSR) کابات زین<sup>۷</sup> (۱۹۹۰) که برای هشت جلسه گروهی (هفته ای یک جلسه) طراحی شده است.

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن عناصری از شناخت درمانی را به درمان می‌افزاید که در آن، دیدگاه تمرکز زدایی، افکار فرد را تسهیل می‌سازد. این نوع رویکرد تمرکززدا در مورد هیجان‌ها و حس‌های بدنی هم به کار می‌رود. در این روش به افراد آموزش داده می‌شود که افکار و احساس‌های خود را بدون قضاوت مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به جای اینکه آن‌ها را به عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش به شناخت‌های مرتبط با افسردگی، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوارفکری می‌شود (کاوایانی، ۱۳۸۷).

در شناخت‌درمانی مبتنی بر حضورذهن سه هدف اساسی دنبال می‌شود: الف) تنظیم توجه ب) توسعه آگاهی فراشناختی (ج) تمرکز زدایی و د) توسعه پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی. فرض بر این است که پرورش آگاهی به این شیوه بیماران را قادر می‌سازد تا به صورت آشکارتری برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکری تمرکز زدایی کنند و به آن‌ها به عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که بازنامهایی از واقعیت یا ویژگی از خود نیستند (مک<sup>۸</sup>، ۲۰۰۸).

فرضیه اصلی شناخت‌درمانی مبتنی بر حضورذهن، این است که ذهن در شکل‌های مختلف عمل می‌کند و فرآیندهای مرتبط با عود افسردگی یعنی نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای از فعالیت "شکل ذهن انجام دادن" به وجود می‌آیند و دائمی می‌شوند. نشخوار فکری، از طریق فرآیند تجزیه و تحلیل و حل مسأله تلاش می‌کند تا هیجان‌های دشوار را زیر سوال ببرد. نشخوار فکری یک نوع فرآیند مفهومی هدفمند است که با هدف حل یا برطرف کردن مشکل، وضعیت موجود را با وضعیت دلخواه یا مورد انتظار و یا وضعیت ضروری یا تهدید کننده مورد ارزیابی قرار می‌دهد. معمولاً افرادی که نشخوار فکری دارند زمان زیادی را صرف مفهوم‌سازی تجربه‌ی خود می‌کنند. سعی می‌کنند تا «مشکلات» هیجانی خود را تجزیه و تحلیل کنند و برای آن‌ها راه‌حلی پیدا کنند و بفهمند که چرا چنین احساساتی را دارند. محتوای فرآیندهای نشخوار فکری اغلب مربوط به خود و انتقاد از خود است. یعنی چرا من چنین احساسی دارم؟ چرا این مشکل به وجود آمده است؟ چرا همیشه این اتفاق‌ها برای من روی می‌دهند؟ چرا این قدر در حل این مسأله ناتوانم؟ و ... هنگامی که با خود و با جهان پیرامون با الگوی نشخوار فکری ارتباط برقرار می‌کنیم به تدریج محتوای این افکار و مفاهیم به "واقعیت" تبدیل می‌شوند. بنابراین آگاهی نسبت به آنچه که در درون و اطراف ما در حال وقوع است را از دست می‌دهیم و از تجربه‌ی واقعیت جدا می‌شویم. هدف اصلی این

<sup>۱</sup>. Teasdale

<sup>۲</sup>. Tisdell

<sup>۳</sup>. Rush

<sup>۴</sup>. Shaw

<sup>۵</sup>. Emery

<sup>۶</sup>. Mindfulness Based stress reduction (MBSR)

<sup>۷</sup>. Kabat Zine

<sup>۸</sup>. Mace

درمان، توانمند ساختن شرکت‌کنندگان برای تشخیص شکل ذهنی است که در آن قرار دارند و توانمند شدن برای تغییر عمدی از یک شکل ذهن به شکل دیگر است. این اتفاق در لحظه روی می‌دهد یعنی توانایی برای «بیدار شدن» در خلال رویدادهای زندگی روزمره که به عنوان مثال می‌تواند به شکل یک حس آگاهی لحظه‌ای در مورد احساس گذاشتن کف پا روی زمین یا نفس کشیدن باشد. در آن لحظه، برای درک این موضوع که وضعیت ذهن بر چه چیز غلبه دارد، ما تغییر دیدگاه می‌دهیم یعنی می‌توانیم از این موضوع آگاه باشیم که چه اتفاقی در حال وقوع است و فرصتی برای فکر کردن و عمل کردن متفاوت به ما داده می‌شود (ویلیامز، ۲۰۰۸).

اثربخشی دو مدل درمانی فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن در پژوهش‌های مختلفی نشان داده شده است. برای مثال ولز و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی اثربخشی درمان فراشناختی را در گروهی از بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مقاوم در ۸ جلسه‌ی درمانی مورد بررسی قرار دادند. نتایج نشان داد که افرادی که این درمان را دریافت کرده بودند کاهش معناداری در نشانه‌های افسردگی و نشخوار فکری دارند. همچنین شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن نیز بر کاهش نشانه‌های اختلال افسردگی و نشخوار فکری مؤثر است (بارنهفر<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۹؛ گدفرین<sup>۲</sup> و هیرینگن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰؛ منیکاواسگار<sup>۴</sup>، پارکر<sup>۵</sup> و پریچ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱). به‌علاوه پژوهش‌های فراتحلیلی در زمینه‌ی اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن نشان‌دهنده‌ی مؤثر بودن این درمان است (پایت<sup>۷</sup> و هگارد<sup>۸</sup>، ۲۰۱۱؛ هافمن<sup>۹</sup>، سویر<sup>۱۰</sup>، ویت<sup>۱۱</sup> و اه<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰).

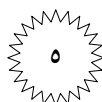
همان‌طور که ذکر شد پژوهش‌های مختلفی اثربخشی دو مدل درمانی فراشناختی و شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن را در افراد مبتلا به افسردگی و نشخوار فکری نشان داده‌اند. مطالعه‌ی حاضر در صدد است تا علاوه بر سنجش میزان اثربخشی این دو مدل درمانی در کاهش نشانه‌های افسردگی و نشخوار فکری، میزان اثربخشی این دو نوع درمان را مقایسه کند. امید است یافته‌های پژوهش حاضر راهگشای پژوهش‌های آینده در زمینه‌ی روشن کردن نقش مکانیزم‌های هر یک از انواع درمان در نحوه و میزان اثر هر کدام از آن‌ها بر نشانه‌های اختلال افسردگی و نشخوار فکری باشد.

## روش

### طرح پژوهش

این پژوهش از نوع تحقیقات اثربخشی نسبی<sup>۱۳</sup> است که به جای مقایسه یک درمان با گروه کنترل بدون درمان یا در لیست انتظار (اثربخشی مطلق<sup>۱۴</sup>)، دو روش درمانی را با یکدیگر بر اساس مقیاس‌های پیامد مقایسه می‌کند

۱. Barnhofer
۲. Godfrin
۳. Van Heeringen
۴. Manicavasgar
۵. Parker
۶. Perich
۷. Piet
۸. Hougaard
۹. Hofmann
۱۰. Sawyer
۱۱. Wit
۱۲. Oh
۱۳. relative efficacy
۱۴. absolute efficacy



(کزدین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۱). از این رو، این پژوهش یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون در گروه آزمایشی (شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن) و گروه مقایسه<sup>۲</sup> (درمان فراشناختی گروهی) است که شامل تخصیص تصادفی<sup>۳</sup> شرکت‌کنندگان به گروه‌ها و اجرای مداخله‌ها است.

### آزمودنی‌ها و روش اجرا

جامعه تحقیق شامل تمامی دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشگاه‌های آزاد تهران مرکز بوده است. به منظور انتخاب گروه نمونه با استفاده از فراخوان، از دانشجویان دعوت به عمل آمد. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از دانشجویان دختر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند (دلور، ۱۳۸۶) بر اساس ملاک‌های شمول و خروج، انتخاب شدند. این تعداد بر اساس به‌دست آوردن نمره مساوی یا بالاتر از نمره‌ی برش (یعنی نمره برش ۲۷-۱۰) در آزمون افسردگی بک (BDI-II) در دو گروه آزمایشی و مقایسه‌ای گمارده شدند. در ضمن مداخله درمانی به ویژه در گروه درمان فراشناختی با افت تعدادی از درمانجویان، به دلایلی غیر از نوع درمان مواجه شدیم که در هر حال امکان بازگشت مجدد آنها وجود نداشت، در نهایت نمونه شامل ۱۵ نفر در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و ۱۲ نفر در گروه درمان فراشناختی بودند. حضور نمونه‌ها در گروه مداخله مستلزم دارا بودن ملاک‌های ورود و نداشتن ملاک-های خروج بود. ملاک‌های ورود شامل: دانشجوی دختر مقطع کارشناسی، نمره‌ی افسردگی در آزمون بک بین ۷ الی ۲۸، اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش و امضای فرم رضایت‌نامه بود. ملاک‌های خروج شامل: نمره افسردگی بالاتر از ۲۸ در آزمون افسردگی بک، تشخیص اختلالات سایکوتیک، استفاده از داروهای ضد افسردگی، عدم تمایل به ادامه درمان و رها نمودن آن بود.

محتوای جلسه‌های درمانی فراشناخت عبارت بودند از:

**جلسه‌ی اول:** تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، شناسایی و نام‌گذاری دوره‌های نشخوار فکری (افزایش فراآگاهی)، تمرین تکنیک آموزش توجه.

**جلسه‌ی دوم:** معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نشخوار فکری به عنوان آزمایشی برای تغییر باور کنترل‌ناپذیری.

**جلسه‌ی سوم:** شناسایی برانگیزاننده‌ها و به‌کارگیری ذهن آگاهی گسلیده، چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل‌ناپذیری، تمرین تکنیک آموزش توجه، بررسی سطح فعالیت و مقابله‌های اجتنابی.

**جلسه‌ی چهارم:** واریسی به‌کارگیری به تعویق انداختن نشخوار فکری در مورد حداقل ۷۵٪ برانگیزاننده‌ها و بیش از دو دقیقه طول نکشیدن دوره‌های نشخوار فکری، چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، تمرین تکنیک آموزش توجه.

**جلسه‌ی پنجم:** واریسی کاربرد گسترده و پایدار ذهن آگاهی گسلیده، ادامه‌ی چالش با باورهای مثبت درباره‌ی نشخوار فکری، بررسی سطح فعالیت و ارایه‌ی توصیه‌هایی برای بهبود آن، تمرین تکنیک آموزش توجه.

**جلسه‌ی ششم:** بررسی و چالش با باورهای منفی درباره‌ی هیجان/افسردگی، تمرین تکنیک آموزش توجه (افزایش سطح دشواری).

<sup>۱</sup>. Kazdin

<sup>۲</sup>. comparison

<sup>۳</sup>. random assignment

**جلسه‌ی هفتم:** کار بر روی تدوین برنامه‌های جدید، بررسی و تغییر ترس از بازگشت علایم، تمرین تکنیک آموزش توجه.

**جلسه‌ی هشتم:** کار بر روی باورهای فراشناختی باقی‌مانده، پیش‌بینی برانگیزاننده‌های آتی و بحث درباره‌ی نحوه‌ی استفاده از برنامه‌های جدید، برنامه‌ریزی جلسه‌های تقویتی.

محتوای جلسه‌های درمانی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن عبارت بودند از:

**جلسه‌ی اول:** هدایت خودکار، تمرین‌های جلسه خوردن یک کشمش همراه با حضور ذهن و مراقبه واری بدن.

**جلسه‌ی دوم:** مقابله با موانع، تمرین‌های جلسه مراقبه واری بدن، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس.

**جلسه‌ی سوم:** حضور ذهن بر روی تنفس (و بر بدن در زمان حرکت)، تمرین‌های جلسه حرکت با حالت ذهن آگاهانه، «تمرین تنفس و کشش» انجام حرکت کششی و تنفس با حالت حضور ذهن و به دنبال آن انجام مراقبه در وضعیت نشسته متمرکز بر آگاهی از تنفس و بدن. این تمرین‌ها می‌توانند با یک تمرین کوتاه حضور ذهن دیداری یا شنیداری آغاز شوند، سه دقیقه فضای تنفس.

**جلسه‌ی چهارم:** ماندن در زمان حال، تمرین‌های جلسه پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه در وضعیت نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و آگاهی‌هایی بدون جهت‌گیری خاص)، فضای سه دقیقه‌ای تنفس - معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط احساس‌های دشواری را برمی‌انگیزد، راه رفتن با حضور ذهن.

**جلسه‌ی پنجم:** پذیرش و اجازه/ مجوز حضور، تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن، تأکید بر ادراک چگونگی واکنش‌دهی به افکار، احساس‌ها و حس‌های بدنی ایجاد شده؛ معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن و سه دقیقه فضای تنفس.

**جلسه‌ی ششم:** فکرها نه حقایق، تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن - به اضافه معرفی مشکل مربوط به تمرین و پی بردن به اثراتش بر روی بدن و ذهن، سه دقیقه فضای تنفس.

**جلسه‌ی هفتم:** چگونه می‌توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم، تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ها، سه دقیقه فضای تنفس و طرح مشکلی که در انجام تکلیف به وجود آمده و پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن.

**جلسه‌ی هشتم:** استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده، تمرین‌های جلسه مراقبه واری بدن، به پایان رساندن مراقبه.

#### ابزار پژوهش

**پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II):** این پرسش‌نامه برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکارانش معرفی و در سال ۱۹۷۱ تجدید نظر شد (بک، استیر<sup>۱</sup> و گاربین<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸). این پرسشنامه ۲۱ ماده دارد که به صورت صفر (نشانه سلامت روان) تا ۳ (نشانه حاد و عمیق بودن افسردگی) نمره گذاری می‌شود. به عبارت دیگر در برابر هر یک از ماده‌ها که مشخص‌کننده یکی از علائم افسردگی است چهار جمله وجود دارد که از خفیف‌ترین تا

<sup>۱</sup>. Steer  
<sup>۲</sup>. Carbin

شدیدترین حالت افسردگی مرتب شده است. دامنه نمره کل بین صفر تا ۶۳ است. نمره ۹-۰ نشانگر فقدان افسردگی، ۱۸-۱۰ افسردگی خفیف، ۲۹-۱۹ افسردگی متوسط تا شدید و ۶۳-۳۰ نشانگر افسردگی شدید است. ماده‌ها نشانه‌های اصلی افسردگی شامل احساس غمگینی، بدبینی، شکست‌های گذشته، فقدان لذت، احساس گناه، احساس مربوط به مجازات، بی‌زاری از خویشتن، عیب‌جویی از خویشتن، فکر خودکشی یا میل به خودکشی، گریه، برانگیختگی، بی‌علاقگی، بلا تکلیفی، احساس بی‌ارزشی، کم‌توانی، تغییر در الگوی خواب، تحریک‌پذیری، تغییر در اشتها، اشکال در تمرکز، خستگی و احساس ناتوانی و بی‌علاقگی به امور جنسی را می‌سنجند (پیوست ۳). پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). نتایج فراتحلیل برای تعیین همسانی درونی، دامنه این ضریب را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و همبستگی بین دو فرم بازنگری شده و اصلی را برابر با ۰/۸۹ گزارش کرده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). فتی، بیرشک، عاطف‌وحید و دابسون (۲۰۰۵) آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته‌ای ۰/۸۱ و ضریب همبستگی با پرسش‌نامه اضطراب بک را ۰/۶۱ گزارش دادند. همچنین در پژوهشی در نمونه‌ای شامل ۳۵۴ نفر از افرادی که تشخیص افسردگی اساسی داشتند و در مراحل بهبودی بودند روایی درونی ۰/۹۱ به دست آمده است (دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶).

**پرسشنامه سبک پاسخ‌دهی نشخواری (RRS):** این مقیاس خود گزارشی توسط نولمن-هوکسیما<sup>۱</sup> و مورو<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) ساخته شده است، دارای ۲۲ سوال ۴ گزینه‌ای لیکرتی است که برای دستیابی به نشخوارفکری طراحی شده است (آدلر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸). این مقیاس نشان می‌دهد که وقتی آزمودنی افسرده می‌شود چقدر در هر فکر یا رفتار نشخواری درگیر می‌شود. این مقیاس پایایی درونی ۰/۸۹ (نولن-هوکسیما و مورو، ۱۹۹۱) و پایایی بازآزمایی ۵ ماهه‌ی مطلوبی را نشان داده است (نولن-هوکسیما، پارکر و لارسون<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴). در نسخه‌ی فارسی آن پایایی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ گزارش شده است که نشان می‌دهد مقیاس پاسخ نشخوار فکری پایایی درونی خوبی دارد. همبستگی درون‌طبقه‌ای آن نیز ۰/۷۵ به دست آمده است (منصوری، فرنام، بخشی‌پور رودسری و علیلو، ۱۳۸۹).

## یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار spss-16 انجام شد. میانگین و انحراف معیارهای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون محاسبه شد (جدول ۱). به منظور مقایسه‌ی دو گروه در متغیرهای پژوهش و کنترل تأثیر متغیرهای پژوهش پیش از درمان بر روی نمره‌های متغیرها در پایان درمان، تحلیل کواریانس یک‌راهه (ANCOVA) مورد استفاده قرار گرفت (جدول ۲ و ۳).

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

افسردگی		نشخوار فکری		گروه
میانگین انحراف		میانگین انحراف		
استاندارد		استاندارد		
۴/۲۲	۲۲/۱۳	۹/۵۴	۶۱/۲۷	پیش‌آزمون
شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن				

<sup>۱</sup>. Nolen-Hoeksema

<sup>۲</sup>. Morrow

<sup>۳</sup>. Adler

<sup>۴</sup>. Larson



۵/۵۱	۱۳/۸۰	۹/۰۲	۴۸/۰۰	پس آزمون	درمان فراشناختی
۴/۱۷	۲۴/۳۱	۱۲/۰۵	۵۳/۶۲	پیش آزمون	
۵/۲۷	۱۷/۳۸	۹/۴۸	۳۹/۹۲	پس آزمون	

جدول ۲. خلاصه تجزیه و تحلیل کوواریانس یک راهه تک متغیری [افسردگی]

اندازه اثر مجذور اتا جزئی	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییر
-----	۱/۰۸۱	۴۷۳/۳۳۹	۱	۴۷۳/۳۳۹	متغیر کمکی (پیش آزمون)
-----		۱۲/۲۹۱	۱	۱۲/۲۹۱	متغیر مستقل (مداخله: MBCT و MCT)
-----		۱۱/۳۶۶	۲۵	۲۸۴/۱۳۸	خطا
			۲۷	۷۶۹/۷۶۸	کل

جدول ۳. خلاصه تجزیه و تحلیل کوواریانس یک راهه تک متغیری [نشخوار فکری]

اندازه اثر مجذور اتا جزئی	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییر
-----	۱/۶۲۶	۱۱۳۲/۳۲۸	۱	۱۱۳۲/۳۲۸	متغیر کمکی (پیش آزمون)
-----		۷۰/۵۲۲	۱	۷۰/۵۲۲	متغیر مستقل (مداخله: MBCT و MCT)
-----		۴۳/۳۸۴	۲۵	۱۰۸۴/۵۹۵	خطا
			۲۷	۲۲۸۷/۴۴۵	کل

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که تفاوت بین نمرات پس‌آزمون افسردگی بین دو گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی با ثابت نگه‌داشتن اثر پیش‌آزمون معنادار نیست. به این معنی که بین اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در کاهش شدت افسردگی دانشجویان دختر تفاوت وجود ندارد. بنابراین می‌توان از هر دو نوع گروه‌درمانی برای کاهش نشانه‌های افسردگی در افراد استفاده کرد. به علاوه نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت بین نمرات پس‌آزمون نشخوار فکری بین دو گروه شناخت-درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی با ثابت نگه‌داشتن اثر پیش‌آزمون معنادار نیست. به این معنی که بین اثر بخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در کاهش شدت نشخوار فکری دانشجویان دختر تفاوت وجود ندارد. بنابراین می‌توان از هر دو نوع گروه‌درمانی برای کاهش میزان نشخوار فکری در افراد استفاده کرد.

## بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثر بخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی بر نشخوار فکری و علایم افسردگی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان

فراشناختی بر کاهش نشخوارفکری و علایم افسردگی مؤثر است. نتایج پژوهش حاضر در راستای پژوهش ولز و همکاران (۲۰۱۲) است. در پژوهش مذکور درمان فراشناختی در طی ۸ جلسه بر روی گروهی از افراد مبتلا به اختلال افسردگی مقاوم به درمان انجام شد. نتایج نشان داد که این درمان بر کاهش نشانه‌های افسردگی و نشخوار فکری تأثیر دارد و به طور معناداری باعث بهبودی این نشانه‌ها می‌شود. در ایران نیز مطالعات مختلف اثربخشی درمان فراشناختی را بر روی نمونه‌ی افسردگی مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج این پژوهش‌ها حاکی از تأثیر قابل ملاحظه‌ی درمان فراشناختی در کاهش نشخوار فکری و نشانه‌های افسردگی بوده‌اند (درگاهیان، محمدخانی، حسینی و شمس، ۱۳۹۰؛ زهره هاشمی، محمود علیلو و هاشمی نصرت‌آبادی، ۱۳۸۹).

همچنین پژوهش‌های زیادی در رابطه با اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر کاهش نشانه‌های افسردگی و نشخوار فکری انجام شده‌اند. در پژوهش‌های مذکور نشان داده شده است که در افراد مبتلا به اختلال افسردگی شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن منجر به بهبودی اختلال افسردگی شده است و در کاهش نشانه‌های نشخوار فکری نقش داشته است (کویکن<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۸؛ منیکواواسگار و همکاران، ۲۰۱۱؛ هافمن و همکاران، ۲۰۱۰). پژوهش‌هایی که در ایران نیز در مورد اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن در اختلال افسردگی و نشخوار فکری انجام گرفته‌اند یافته‌های مذکور را تأیید می‌کنند (محمدخانی، دابسون، حسینی غفاری و مؤمنی، ۱۳۹۰؛ امید، محمدخانی، دولتشاهی و پورشهباز، ۱۳۸۷). همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان دادند دو درمان در میزان اثربخشی بر نشانه‌های افسردگی و نشخوار فکری تفاوتی ندارند.

در تبیین اثر شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش نشانه‌های افسردگی می‌توان گفت: در این روش به افراد افسرده آموزش داده می‌شود که افکار و احساس‌های خود را بدون قضاوت، مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به جای آن‌که آن‌ها را به عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش به شناخت‌های مرتبط با افسردگی، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار فکری می‌شود (تیزدیل و همکاران، ۲۰۰۰ به نقل از کاویانی، ۱۳۸۷).

در حالت‌های توجه آگاهانه، پخش اطلاعات از چرخه‌های دوطرفه معیوب، به طرف تجربه فوری و کنونی چرخش پیدا می‌کند. در اصل آموزش حضور ذهن به افراد یاد می‌دهد که چگونه مهارت‌های عاداتی را از حالت تصلب خارج و با جهت دادن منابع پردازش اطلاعات به طرف اهداف خنثای توجه، مانند تنفس یا حس لحظه، شرایط را برای تغییر آماده کنند. بنابراین، به کار گرفتن مجدد توجه به این شیوه، از افزایش یا تداوم افسردگی جلوگیری می‌کند و باعث می‌شود چرخه‌های پردازش معیوب کمتر در دسترس قرار گیرند. از این دیدگاه، شانس گسترش یا تداوم افسردگی کاهش می‌یابد. در این شیوه منابع حسی مانند الگوهای معنایی است. تمرین‌های بدنی باعث تغییر شکل مدل طرحواره می‌شود (کاویانی، ۱۳۸۴).

در تبیین اثر درمان فراشناختی، پاپاجورجیو<sup>۲</sup> و ولز (۲۰۰۴) معتقدند درمان فراشناختی باید مقدمه درمان شناختی باشد و در آن باورهای مثبت و منفی 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 کارکرد اجرایی خود نظم‌بخش از کار می‌افتد و حتی در صورت وقوع مجدد افت خلق، احتمال ورود به

<sup>۱</sup>. Kuyken  
<sup>۲</sup>. Papageorgiou

دوره‌های افسردگی اساسی کاهش می‌یابد. آن‌ها طی پژوهشی آزمایشی نشان داده‌اند که کاهش نشخوار فکری و باورهای مثبت و منفی فراشناختی بر درمان افسردگی مؤثر است.

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، ۲۰۱۱) و موجب تشدید علائم افسرده‌ساز می‌شوند (کرکران<sup>۱</sup> و سگال، ۲۰۰۸؛ تیزدیل و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعات مختلفی نشان داده‌اند که بین باورهای فراشناختی منفی و مثبت و اضطراب و افسردگی رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود داشته است (رولوفز و همکاران، ۲۰۰۶؛ محمدخانی و مظلوم، ۱۳۸۹).

ولز و متیوز (۱۹۹۶) پیشنهاد کردند که راهبردهای فراشناختی مانند تمرین توجه و آموزش ذهن‌آگاهی، برای درمان سندرم شناختی-توجهی که با آسیب‌پذیری به اختلال‌های هیجانی مرتبط است، باید گسترش یابد. تمرین توجه باعث توجه‌برگردانی می‌شود که به‌خودی‌خود میزان افکار منفی یا خلق افسرده را کاهش می‌دهد.

در تبیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش نشخوار فکری می‌توان این‌طور گفت که نظریه‌ی شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن، بر این اصل استوار است که فرآیندهای مرتبط با عود افسردگی یعنی نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای از فعالیت "شکل ذهن انجام دادن"<sup>۲</sup> به وجود می‌آیند و دائمی می‌شوند. نشخوار فکری، از طریق فرآیند تجزیه و تحلیل و حل مسأله تلاش می‌کند تا هیجان‌های دشوار را زیر سؤال ببرد. نشخوار فکری یک نوع فرآیند مفهومی هدفمند است که با هدف حل یا برطرف کردن مشکل، وضعیت موجود را با وضعیت دلخواه یا مورد انتظار و یا وضعیت ضروری یا تهدید کننده مورد ارزیابی قرار می‌دهد. معمولاً افرادی که نشخوار فکری دارند زمان زیادی را صرف مفهوم‌سازی تجربه‌ی خود می‌کنند، سعی می‌کنند تا «مشکلات» هیجانی خود را تجزیه و تحلیل کنند و برای آن‌ها راه‌حل‌هایی پیدا کنند و بفهمند که چرا چنین احساساتی را دارند. محتوای فرآیندهای نشخوار فکری اغلب مربوط به خود و انتقاد از خود است. یعنی چرا من چنین احساسی دارم؟ چرا این مشکل به وجود آمده است؟ چرا همیشه این اتفاق‌ها برای من روی می‌دهند؟ چرا این قدر در حل این مسأله ناتوانم؟ و ... هنگامی که با خود و با جهان پیرامون با الگوی نشخوار فکری ارتباط برقرار می‌کنیم به تدریج محتوای این افکار و مفاهیم به "واقعیت" تبدیل می‌شوند. بنابراین آگاهی نسبت به آنچه که در درون و اطراف ما در حال وقوع است را از دست می‌دهیم و از تجربه‌ی واقعیت جدا می‌شویم. اگر "دیدگاه" ما از شرایط این است که بی‌کفایت و بی‌ارزش هستیم، پس این افکار به عنوان بازتاب صحیح واقعیت تصور می‌شوند. اجزای یک تجربه یعنی افکار، هیجان‌ها و حس‌های بدنی به عنوان خوب یا بد مورد قضاوت قرار می‌گیرند. این کار، انگیزه‌ای را برای خلاص شدن از بدی و متوسل شدن به خوبی، مهیا می‌سازد و به تنهایی به آن‌ها ماهیت واقعی‌تری می‌بخشد. ما تمایل داریم تا انتقادی، قضاوتی، تکراری و چرخه‌ای فکر کنیم. مانند اتومبیلی که در یک چاله‌ی گل‌آلود گیر کرده، چرخه‌ی نشخوار فکری نیز ما را در گودال‌های ذهنی فرساینده که به صورت عادت درآمده‌اند، بیشتر فرو می‌برد. "شکل ذهنی انجام دادن" به شدت درگیر تلاش برای تغییر آنچه که دوست نداریم و جنبه‌هایی از محیط که خواستار تغییر آنیم، است. زمانی که "مشکل" تجربه‌ی غم یا ناراحتی است، نتیجه‌ی تلاش برای "حل" غم یا ناراحتی به وسیله‌ی "شکل ذهنی انجام دادن" باعث به وجود آمدن نشخوار فکری و عوامل آسیب‌پذیری می‌شود که می‌تواند به افسردگی منتهی

<sup>۱</sup>. Corcoran

<sup>۲</sup>. Doing mode

شود. لحظه‌ای را در نظر بگیرند که از این سبک‌های پردازش برای تجربه‌ی یک هیجان شدید مانند غمگینی استفاده می‌کنند. ذهن بلافاصله روی عدم انطباق میان وضعیت دلخواه (شادی) و وضعیت موجود (غمگینی) تمرکز می‌کند. چرخ‌های نشخوار فکری همراه با این فکر که اکنون چه چیزی را تجربه می‌کنم، به حرکت درمی‌آیند. تصویر اشتیاق برای آرامش ذهنی به وجود می‌آید و (برای کسانی که سابقه‌ی افسردگی دارند) حافظه، عواقب ترسناک احساس غم را نیز به آن اضافه خواهد کرد. تفاوت میان تجربه‌ی موجود و این تجربه‌ی "ترسناک" یا "طولانی" به طور دائمی توسط ذهن ارزیابی می‌شود تا ببینیم که در هدف‌مان برای کاهش این شکاف (در ارتباط با رسیدن به آنچه می‌خواهیم) یا برای حفظ این فاصله (در ارتباط با اجتناب از آنچه نمی‌خواهیم)، چه پیشرفتی حاصل می‌شود. تصویر هدف مطلوب یعنی آرامش ذهن همراه با تجربه‌ی غم باعث افزایش حس عدم رضایت از امور می‌شود که این خود به تنهایی شدت غمگینی را "افزایش" می‌دهد. تصویر آنچه نمی‌خواهیم یعنی افسردگی، حس نیاز شدید به دو برابر ساختن تلاش برای اطمینان از این که این احساس بدتر نمی‌شود را به وجود می‌آورد. به علت پایدار شدن این چرخه‌ها، تلاش بیشتر برای حل این مشکل با فرآیند نشخوار فکری جایگزین می‌شود که اثر ناراحت‌کننده‌ای دارد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از کرین، ۲۰۰۹). نکته‌ی مهم در این است که مشکل واقعی در حال حاضر غم اولیه نیست، بلکه افزایش احساس ناراحتی و ناامیدی به علت راهبردهای نشخوار فکری "شکل ذهنی انجام‌دادن" است که زمانی که ما یک هیجان ناخوشایند را ثبت می‌کنیم، راه‌اندازی می‌شوند (کرین، ۲۰۰۹).

هدف اصلی این درمان توانمند ساختن شرکت‌کنندگان برای تشخیص شکل ذهنی است که در آن قرار دارند و توانمند شدن برای تغییر عمده‌ی از یک شکل ذهن به شکل دیگر است. این اتفاق در لحظه روی می‌دهد یعنی توانایی برای «بیدار شدن» در خلال رویدادهای زندگی روزمره که به عنوان مثال می‌تواند به شکل یک حس آگاهی لحظه‌ای در مورد احساس گذاشتن کف پا روی زمین یا نفس کشیدن باشد. در آن لحظه، برای درک این موضوع که وضعیت ذهن بر چه چیز غلبه دارد، ما تغییر دیدگاه می‌دهیم یعنی می‌توانیم از این موضوع آگاه باشیم که چه اتفاقی در حال وقوع است و فرصتی برای فکر کردن و عمل کردن متفاوت به ما داده می‌شود.

زمانی که ذهن برای تمرین ذهن آگاهی در وضعیتی آرام قرار گرفت، اولین گام متمرکز ساختن توجه به یک تجربه‌ی خاص و ملموس در بدن است. این پرورش عمده‌ی توجه در یک حوزه، بر جداسدن ذهن از فرآیندهای فکر تحلیلی (شکل انجام دادن ذهن) مؤثر است. این اتفاق تا حدی به این خاطر روی می‌دهد که تأکید روی تنفس، ظرفیت توجه ما را که طبیعتاً برای نشخوار فکری به کار می‌رود به خود اختصاص می‌دهد و ادراک مستقیم حس‌های بدنی به ما این اجازه را می‌دهد تا به تدریج در مورد قلمروهای متفاوت تجربه‌ی آگاه مطلع شویم. دومین تمرین، عبارت است از هدفمند کردن آنچه اتفاق می‌افتد، نظیر اینکه ما هم‌زمان هدف‌مان را متوجه حس‌های برخاسته از تنفس می‌سازیم و مراقب‌شان نیز هستیم. در متمرکز ساختن در این شیوه، ما با ذهن‌مان ارتباط برقرار می‌کنیم. ما دریچه‌ای به وجود می‌آوریم که در آن متمایز ساختن الگوها در ذهن امکان پذیر می‌شود، یعنی شیوه‌ای که ذهن وارد عادت‌های خودکار می‌شود، نگرش‌هایی که به وجود می‌آیند و لایه‌ها به چه روش‌هایی به تجربه‌ی مستقیم در لحظه‌ی حاضر افزوده می‌شوند. ما به تدریج از ذهن، همان‌طور که هست، آگاه می‌شویم (کرین، ۲۰۰۹).

تبیین مدل فراشناختی از افسردگی بر پایه‌ی سندرم شناختی-توجهی، نشخوار فکری است. برخی بیماران نگران وقوع مجدد علائم افسرده‌ساز هستند و درباره‌ی توانایی خود برای مقابله با این علائم در آینده، فاجعه‌سازی می‌کنند (به عنوان مثال: اگر افسردگی من پایان نیابد، چه می‌شود؟)، (اگر این علامت نشانه‌ی برگشت دوباره بیماری باشد،

چه می‌شود؟). بیمار به طور مکرر سؤال‌هایی در مورد دلایل احساس افسردگی خود، معنی آن و چگونگی یافتن پاسخ (راه‌حل) مطرح می‌کند. این فرایند چرخه‌ای است و به نتیجه‌ی منفی منجر می‌شود که ممکن است ناامیدی قلمداد شود (ولز، ۲۰۱۱).

در درمان فراشناختی، تکنیک آموزش توجه به کسب آگاهی و کنترل انعطاف‌پذیر بر تفکر نشخواری کمک می‌کند. در جریان کنترل انعطاف‌پذیر توجه به بیمار آموزش داده می‌شود تا با افکار یا احساسات مزاحم درونی (برانگیزاننده‌های) خود، به عنوان "سروصداهایی" برخورد کنند. از روش آموزش توجه نه برای توجه‌برگردانی از برانگیزاننده‌ها، بلکه به عنوان روشی برای حفظ آگاهی از آن‌ها بدون محدود کردن توجه به پاسخ‌های نشخوار فکری استفاده می‌شود و همچنین با استفاده از تکنیک ذهن‌آگاهی گسلیده، بیمار یاد می‌گیرد بدون انجام تحلیل مفهومی مداوم در مورد نشخوارهای فکری و معنای آن‌ها، آن‌ها را به تعویق بیندازد. البته بیمار باید متوجه شود که این تعویق انداختن فرایند نشخوار فکری با سرکوب فکر اشتباه نشود. هدف بیرون راندن فکر یا احساس منفی اولیه از ذهن نیست بلکه هدف، درگیر نشدن در آن از طریق نشخوار فکری مداوم است (ولز، ۲۰۱۱).

در مجموع با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن می‌توان از درمان فراشناختی و شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن به صورت گروهی برای کمک به بیماران مبتلا اختلال افسردگی و افراد دارای نشخوار فکری در سیستم سلامت روان استفاده کرد. آموزش این دو نوع درمان به کارکنان بهداشت روان و درمان گروهی افراد مبتلا مقرون به صرفه خواهد بود.

با وجود این‌که پژوهش حاضر با مقایسه‌ی دو نوع درمان فراشناختی و شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان گروهی افراد مبتلا دارای نوآوری و نوعی ابتکار است، محدودیت‌هایی دارد. با توجه به شرایط نمونه انتخابی و تنها جنس مؤنث بودن آن‌ها، در تعمیم نتایج به افراد خارج از جامعه‌ی پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین عدم وجود گروه شاهد به منظور حذف اثر دارونما به دلیل محدودیت امکانات از محدودیت‌های پژوهش فعلی است. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از گروه شاهد استفاده شود. همچنین از گروه‌درمانی برای هر دو جنس استفاده شود. به علاوه مقایسه‌ی این دو درمان در اختلالات روانی مختلف و رسیدن به یک پرتکل درمانی که برای دامنه‌ای از اختلالات به کار رود مفید خواهد بود.

## منابع

- امیدی، عبدالله؛ محمدخانی، پروانه؛ دولتشهای، پرویز؛ پورشهباز، عباس. (۱۳۸۷). اثربخشی درمان ترکیبی روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی و درمان رفتاری- شناختی بر نشانگان روان پزشکی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. فصل نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره ۱۲، شماره ۲. ۹-۱۴.
- دابسون، کیت استفان؛ محمدخانی، پروانه. (۱۳۸۶). مشخصات روان سنجی پرسش نامه افسردگی بک-۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی. ویژه نامه توانبخشی در بیماری ها و اختلالات روانی، ۸ (۲۹)، ۸۶-۸۰.
- درگاهیان، ریحانه؛ محمدخانی، شهرام؛ حسنی، جعفر؛ شمس، جمال. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علایم افسردگی: مطالعه تک آزمودنی. فصل نامه مطالعات روان شناسی بالینی، شماره ۳، ۱۰۳-۸۲.
- فتی، لادن؛ بیرشک، بهروز؛ عاطف وحید، محمد کاظم؛ دابسون، کیت استفان. (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری طرحواره، حالت های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چهارچوب مفهومی. مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی، ۱۱ (۳)، ۳۲۶-۳۱۲.
- کاویانی، حسین؛ جواهری، فروزان؛ بهیرایی، هادی. (۱۳۸۴). اثربخش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب پیگیری: ۶۰ روزه، فصلنامه تازه های علوم شناختی، ۷ (۱)، ۵۹-۴۹.
- کاویانی، حسین؛ حاتمی، ندا؛ شفیع آبادی، عبدالله. (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی)، تازه های علوم شناختی، سال ۱۰، شماره ۴، ۴۸-۳۹.
- محمدخانی، پروانه؛ دابسون، کیت؛ حسینی غفاری، فاطمه؛ مؤمنی، فرشته. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن، درمان نوین شناختی رفتاری مبتنی بر پیشگیری و درمان معمولاً بر علائم افسردگی و سایر علائم روان پزشکی. مجله روان شناسی بالینی، دوره ۹، شماره ۱.
- محمدخانی، شهرام و مظلوم، مریم. (۱۳۸۹). بررسی رابطه بین باورهای فراشناختی و راهبردهای کنترل فکر با اضطراب صفت. فصلنامه روان شناسی معاصر انجمن روان شناسی ایران. ۲، ۳۲-۲۳.
- منصوری، احمد؛ فرنام، علیرضا؛ بخشی پور رودسری، عباس؛ محمود علیلو، مجید. (۱۳۸۹). مقایسه نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی عمده، اختلال وسواسی-جبری، اختلال اضطراب فراگیر و افراد بهنجار. مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۷، شماره ۳، ۱۸۹-۱۹۵.
- هاشمی، زهره؛ محمد علیلو، مجید؛ هاشمی نصرت آبادی، تورج. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش علایم افسردگی و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی (مطالعه موردی). تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۹، شماره ۲.

- 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 Master of Arts in the Graduate School of the Ohio State University.

- **Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., J. Williams, M., G. (2009).** Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior research and therapy*, 47, 366-373.

- **Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979).** *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.

- **Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988).** Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.

- **Chapman, D. P., & Perry, G. S. (2008).** Peer Reviewed: Depression as a Major Component of Public Health for Older Adults. *Preventing chronic disease*, 5(1).

- **Corcoran, K. Segal, Z. (2008).** Metacognition in Depression and Anxiety Disorders: Current Directions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 33-44.

- **Crane, R. (2009).** *Mindfulness –Based Cognitive Therapy*. New York. Routledge press.

- **De Jong-Meyer, R., Beck, B., & Riede, K. (2009).** Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 547-551.

- **Godfrin, K., A. Van Heeringen, C. (2010).** The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study. *Behavior research and therapy*, 48, 768-746.

- **Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Wit, S. A., Oh, D. (2010).** The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A Meta-Analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 169-183.

- **Hong, R. Y. (2007).** Worry and Rumination: differential associations with anxious and depressive symptoms and coping behavior. *Behavior Research and Therapy*, 45, 277-290.

- **Jong-meyer, R., Beck, B., Riede, K. (2009).** Relationships between, worry intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs . *Personality and Individual Differences*. 46, 547-551.

- **Kabat-zin, J. (1990).** *Wherever you go, There you are: Mindfulness meditation in every day life*. New York: Hypersion.

- **Kaltenthaler, E., Shackley, P., Steven, K., Beverly, C., Parry, G., & Chilcott, J. (2002).** A systematic review and economic evaluation of computerized cognitive behavior therapy for depression and anxiety . Technical Report. Core Research, Alton.

- **Kaplan, H., & Kaplan, S.B. (2007).** *Sadock's. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry*. Trans: Pour Afkari N. Tehran: ShahreAb, 541-552.

- **Kazdin, A., E. (2001).** American psychological association.

- **Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins E., Holden, E., White, K., Barrett, B., Byng, R., Evans, A., Mullan, E., Teasdale, J. D. (2008).** Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 966-978.

- **Macec (2006).** Long-term impacts of mindfulness practice on wellbeing: New findings from qualitative research. In *Delle fave A Dimensions of well-being Research and Intervention*. p.455-69.

- **Manicavasgar, V., Parker, G., Perich, T. (2011).** Mindfulness based cognitive therapy vs cognitive behavior therapy as a treatment for non-melancholic depression. *Journal of affective disorders*, 130, 138-144.

- **Matthews, G. (1996).** Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF Wells, A., & model. Behaviour research and therapy, 34(11), 881-888.
- **Ministry of Health. (2004).** Clinical practice guidelines. Singapore.
- **Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991).** A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. Journal of personality and social psychology, 61(1), 115.
- **Nolen-Hoeksema, S., Parker, L.E., & Larson, J. (1994).** Ruminative coping with depressed mood following loss. Journal of personality and social psychology, 67(1), 92.
- **Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003).** An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. Cognitive therapy and research, 27(3), 261-273.
- **Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004).** Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. Depressive rumination: Nature, theory and treatment, 1-20.
- **Piet, J., Hougaard, E. (2011).** The effects of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. Clinical psychology review, 31, 1032-1040.
- **Rippere, V. (1977).** What's the thing to do when you're feeling depressed: A pilot study. Behaviour research and therapy.
- **Roelofs, J., Papageorgiou, C., Gerbera, R., Huibers, M., Peeters, F., Arntza, A. (2006).** On the links between self-discrepancies, rumination, metacognition, and symptoms of depression in undergraduates. Behaviour Research and Therapy, 45, 1295-1305.
- **Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Amtz, A., & Van Os, J. (2008).** Rumination and Worry as mediators in the relation between neuroticism and symptoms of depression and anxiety in clinically depressed individuals. behaviour research and therapy, 46, 1239-1283.
- **Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2007).** Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relaps. Cognitive Behavioral Therapy Book Review, 3, 351.
- **Spitzer, M. (2009).** Thought suppression as a cognitive vulnerability factor for depression-an fMRI study. Heilbronn: Hanna Lo.
- **Teasdale, J. Moore, R. Hayhurst, H. Pope, M. Williams, S. Segal, Z. (2002).** Metacognition Awareness and Prevention of Relapse in Depression; Empirical Evidence. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70, 275-287.
- **Wells, A. (2011).** Metacognitive therapy for anxiety and depression: The Guilford Press.
- **Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004).** A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. Behaviour research and therapy, 42(4), 385-396.
- **Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., Brewin, C. (2012).** Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. Behavior research and therapy, 50, 367-373.
- **Wells, A., & Matthews, G. (1996).** Modelling cognition in emotional disorder: the S-REF model. Behavior research and therapy, 43.
- **Williams, J. M. (2008).** Mindfulness, depression and modes of mind. Journal of cognitive therapy research, 32, 421-733.
- **Yook, K., Kim, K., Suh, S., & Lee, K. S. (2010).** Intolerance of uncertainty, worry, and rumination in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. Journal of anxiety disorders, 24, 623-628.



