

Comparison of the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and metacognitive therapy on reducing rumination in depressed patients

Abstract

The main purpose of this study was to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy and metacognition on reducing rumination in depressed patients. For this purpose, first, by available sampling method among patients referred to Motamedi Hospital and Roshna Counseling Center, who received a diagnosis of mental rumination based on clinical interview and also based on research scales, have mental rumination symptoms for They were registered, ۳۶ of those who met the necessary criteria to participate in the study were studied and randomly divided into three groups of ۱۲, including I) test (depressed patients with rumination), IY test (depressed patients with Rumination) and control I (depressed patients with rumination) were replaced. In the next step, Nolen-Hoxma and Moro (۱۹۹۱) mental rumination questionnaire was performed on the subjects of all three groups and the obtained scores were considered as pre-test scores. Then, the members of I) experimental groups, in ۸ treatment sessions once a week, which lasted about ۱,۵ hours, under the intervention of "mindfulness-based cognitive therapy" and the members of IY experimental groups in Eight sessions of treatment once a week, lasting about ۱,۵ hours, underwent "metacognitive therapy" intervention; This was while the subjects in control group I did not receive any intervention. The results showed that mindfulness-based cognitive therapy is effective in reducing mental rumination in depressed patients. However, no significant difference was observed between the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy intervention and metacognitive therapy on reducing rumination in depressed patients. Metacognitive therapy is also effective in reducing mental rumination in depressed patients.

Keywords: Mindfulness, meditation, mindfulness-based cognitive therapy, mental rumination, depression.

مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده

نفیسه جاویدنیا^۱سید ابوالقاسم مهری نژاد (نویسنده مسئول)^۲

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۲۰

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۱۳

آمنه معاضدیان^۳

چکیده

هدف اصلی این پژوهش مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و فراشناخت بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده بود. بدین منظور ابتدا به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مراجعه کننده به بیمارستان معتمدی و مرکز مشاوره روشنا که بر اساس مصاحبه بالینی تشخیص افسردگی دارای نشخوار ذهنی دریافت کرده و نیز بر اساس مقیاس‌های پژوهش، دارای نشانه‌های نشخوار ذهنی برای آنان ثبت شده بود، تعداد ۳۶ نفر از آنانی که واجد ملاک‌های لازم جهت شرکت در پژوهش بودند در جریان پژوهش قرار گرفته و به طور تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری شامل آزمایش I (بیماران افسرده دارای نشخوار ذهنی)، آزمایش II (بیماران افسرده دارای نشخوار ذهنی) و کنترل I (بیماران افسرده دارای نشخوار ذهنی) جایگزین شدند. در مرحله بعد پرسشنامه‌ی نشخوار ذهنی نولن-هوکسما و مورو (۱۹۹۱) بر روی آزمودنی‌های هر سه گروه به اجرا گذاشته شد و نمرات کسب شده به عنوان نمرات پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس اعضای گروه‌های آزمایش I، در ۸ جلسه درمانی به صورت هفته‌ای ۱ بار که حدود ۱/۵ ساعت به طول انجامید، تحت مداخله‌ی "شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" و اعضای گروه‌های آزمایش II نیز در ۸ جلسه‌ی درمانی به صورت هفته‌ای ۱ بار که حدود ۱/۵ ساعت به طول انجامید، تحت مداخله‌ی "درمان فراشناختی" قرار گرفتند؛ این در حالی بود که افراد گروه‌های کنترل I هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. نتایج نشان داد که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده تأثیرگذار است. این در حالی بود که بین اثربخشی مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده تفاوت معناداری مشاهده نشد. همچنین درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده تأثیرگذار است.

واژگان کلیدی: ذهن آگاهی، مراقبه، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، نشخوار ذهنی، افسردگی.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

nafisehjaavidnia@gmail.com

^۲ دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

Ab_mehrinejad@yahoo.com

^۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران.

marjanmoazedian49@gmail.com

امروزه یکی از مهمترین و شایع‌ترین اختلال روانی در سطح جهان، افسردگی^۱ است؛ به طوری که از آن در اختلال‌های روان‌پزشکی به عنوان سرماخورده‌گی روانی نام برده می‌شود. این اختلال یک بیماری برگشت‌پذیر است که پیامدهای روانی، جسمانی، اجتماعی و اقتصادی فراوانی به دنبال دارد. اختلال افسردگی همچنان یک مسأله بحث‌برانگیز در حوزه بهداشت روانی است، به طوری که برآوردهای سازمان جهانی بهداشت حاکی از آن است که در سال ۲۰۲۰ این بیماری به دومین بیماری شایع جهان تبدیل شود (کویکن و همکاران^۲، ۲۰۱۰؛ کیمبرل و همکاران^۳، ۲۰۱۴). شیوع این اختلال در جمعیت عمومی در طول زندگی در حدود ۱۷ درصد گزارش شده است (کسلر، برگلاند، دملر، جین، مریکانگاس و والترز^۴، ۲۰۰۵). افسردگی به عنوان یک حالت خلقی بهنجار تجربه‌ای متداول است. در افسردگی خفیف، فرد به نشخوار فکری در مورد مسائل منفی می‌پردازد و اکثر اوقات احساس‌هایی مثل ملال، تحریک‌پذیری و خشم را تجربه می‌کند، در حالی که برای خود، متأسف و غصه‌دار است و به گرفتن اطمینان‌خاطر از دیگران شدیداً نیازمند می‌باشد. افرادی که افسردگی خفیف را تجربه می‌کنند، در مورد گذشته مشغله ذهنی دارند و به آینده بدبین‌اند (فریورن و کلارک؛ ترجمه کاویانی، ۱۳۹۲). پژوهش‌ها حاکی از آن است که افراد افسرده دارای علائمی همچون عدم توانایی تفکر، تمرکز، یا تصمیم‌گیری هستند، تصویر بدنی منفی دارند، دچار تضاد شناختی می‌شوند، نیاز به کنترل افکار در آن‌ها دیده می‌شود و به راحتی دچار حواس‌پرتی و یا مشکلات حافظه می‌شوند (نام، کیم، د ویلدر و سونگ^۵، ۲۰۱۶).

همان‌گونه که پیش‌تر نیز اشاره شد، افسردگی، اختلالی بسیار عودکننده و بازگشت‌پذیر است. چنان‌چه بیش از ۷۵ درصد بیماران افسرده بیش از یک دوره افسردگی را تجربه می‌نمایند (ملیانی، اللهیاری، آزادفلاح، فتحی‌آشتیانی و طاوولی، ۱۳۹۲). نتایج مطالعات انجام شده در زمینه علل بازگشت افسردگی، از وجود عوامل افزایش‌دهنده و خطرسازی همچون نشخوار ذهنی^۶ حکایت دارد که به منظور پیشگیری از بازگشت، بر کنترل و درمان آن تأکید دارند (نولن-هوکسما^۷، ۱۹۹۱). محتوای نشخوار ذهنی بسته به نگرانی فردی، در هر اختلالی می‌تواند تغییر کند. نشخوار ذهنی در افسردگی، پاسخی به خلق ملال‌آور و منفی و تمرکز روی موضوعاتی از شکست یا گذشته‌ی فردی نمود پیدا می‌کند (فلیسیتی و ربکا^۸، ۲۰۱۲). افرادی که به صورت پیوسته به نشخوار ذهنی ادامه می‌دهند موفق به انجام فعالیت‌های مرتبط با حس مسئله که می‌تواند به پریشانی‌شان پایان دهد نمی‌شوند. پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که این افکار منفی تکرارشونده^۹ نقش مهمی در بروز مشکلات روان‌شناختی و فیزیولوژیکی دارند (بروسکات^{۱۰}، ۲۰۱۰). در واقع نشخوار ذهنی یک سبک پاسخ‌دهی به خلق افسرده است که با فکر مکرر در مورد نشانه‌های بیماری، علت و پیامدهای ممکن مشخص می‌شود (دی جونگ می‌یر، بک و راید^{۱۱}،

^۱ - depression

^۲ - Kuyken, Byford, Byng, Dalgleish, Lewis & Taylor

^۳ - Kimbrel, Meyer, DeBeer, Gulliver, & Morissette

^۴ - Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas & Walters

^۵ - Nam, Kim, De Vylder & Song

^۶ - rumination

^۷ - Nolen-Hoeksema

^۸ - Felicity & Rebecca

^۹ - repetitive thought

^{۱۰} - Brosschot

راید^۱، ۲۰۰۹). پاسخ‌های نشخواری می‌توانند به عنوان افکار تکرارشونده و رفتارهایی تعریف شوند که توجه فرد افسرده را بر علائم افسردگی، دلایل و پیامدهای آن متمرکز می‌کنند. به عبارتی پاسخ‌های نشخواری نقطه مقابل حل مسئله مؤثر و ساختاریافته است، یعنی مانع بروز رفتارهای مؤثری می‌شود که می‌توانند به درمان افسردگی کمک کنند (نالن-هوکسما، مارو و فردیکسون^۲، ۱۹۹۳). بنابراین به نظر می‌رسد چنانچه شرایطی فراهم آید که نشخوار ذهنی بیماران افسرده کاهش یابد از میزان افسردگی و همچنین نرخ بازگشت مجدد آن کاسته می‌شود. بنابراین، بررسی و پژوهش بر روی درمان‌هایی که بتواند نشخوار ذهنی بیماران افسرده را تحت تأثیر قرار دهد از اهمیت بالایی برخوردار است. لذا با در نظر داشتن اهمیت ذهن آگاهی و فراشناخت در نشخوار ذهنی، امروزه طیف گسترده‌ای از درمان‌ها به منظور بهبود این متغیرها ارائه شده است که از جمله آن‌ها شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۳ و درمان فراشناختی^۴ است که اثربخشی آن‌ها در مقاله حاضر مورد بررسی قرار گرفته است.

۲- مبانی نظری

۲-۱- افسردگی

مطابق با تعریف انجمن روان‌پزشی آمریکا^۵ (۲۰۱۳)، منظور از افسردگی حالتی است که در آن فرد از زندگی لذت نبرده و نشانه‌هایی چون کاهش علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی از خود نشان می‌دهد. هر چند احساس‌های غم و ناراحتی در مقابل از دست دادن شغل یا عزیزان یک پاسخ عادی است. با این حال وقتی این احساس‌ها نامناسب، افراطی و مخمل‌کارایی شوند، از آن به عنوان افسردگی یاد می‌شود. افراد افسرده خلق خود را معمولاً به صورت غمگین، درمانده، دلسرد یا مغموم توصیف می‌کنند.

۲-۲- نشخوار ذهنی

افکار ناخواسته در اختلال‌های هیجانی و نقش آن در تداوم این اختلال‌ها، موضوعی است که در سال‌های اخیر مورد توجه بسیاری از پژوهش‌گران قرار گرفته است. یکی از این افکار ناخواسته، نشخوار ذهنی است. نشخوار ذهنی به عنوان تفکر ملال‌انگیز، مکرر، بی‌اثر و مداوم، تقریباً پاسخی شایع به خلق منفی است و یک ویژگی شناختی برجسته برای اختلال افسردگی اساسی و اختلال خلق ملال‌انگیز^۶ محسوب می‌شود. تعریف‌های زیادی از نشخوار ذهنی ارائه شده است، اما همگی در تجربه شناخت‌های منفی، تکرارشونده و به طور کلی به عنوان افکاری مقاوم، عودکننده و مزاحم اشتراک دارند (بروسکات، گرین و تایر^۷، ۲۰۰۶). نشخوار ذهنی به عنوان اشتغال دائمی به یک اندیشه یا موضوع و تفکر درباره آن شناخته می‌شود. نشخوار ذهنی طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول یک محور مشخص و معمولی می‌گردد و بدون تقاضاهای محیطی فوری وابسته به آن‌ها این افکار تکرار می‌شوند. نشخوار ذهنی، تکرارشونده است. بر علل و نتایج تمرکز دارد، و مانع حل مسأله می‌شود و به افزایش افکار منفی می‌انجامد (نولن-هاکسما^۸، ۱۹۹۱). طبق تعاریف ذکر شده نشخوارهای ذهنی

^۱ - de Jong-Meyer, R., Beck, B., & Riede

^۲ - Nolen-Hoeksema, Morrow & Fredrickson

^۳ - mindfulness based cognitive therapy

^۴ - metacognitive therapy

^۵ - American Psychiatric Association

^۶ - dysphoria

^۷ - Brosschot, Gerin & Thayer

^۸ - Nolen-Hoeksema

افکاری هستند که به حوادث یا ماهیت خلق افسرده مربوطند، هدف‌مدار نبوده و افراد را به طرح و عمل خاصی راهنمایی نمی‌کنند و زمانی که فرد درگیر نشخوار است از لحاظ اجتماعی با محیط همخوانی و مشارکت ندارد (پاپا‌جورجیو و ولز^۱، ۲۰۰۱). علاوه بر آن، در بررسی رابطه نشخوار ذهنی و افسردگی، کاوانگ^۲ (۱۹۹۲) مشاهده کرد که در بیمارانی که قبلاً افسردگی را تجربه کرده‌اند، عواطف منفی رابطه معنی‌داری با نشخوار و علائم افسردگی نشان دادند (پاپا‌جورجیو و ولز، ۲۰۰۴). رویکردهای شناختی بر این فرض استوار است که پاسخ‌های هیجانی به واسطه تعبیر و تفسیرهای منفی از تجربه‌ها شکل می‌گیرند. رویکرد بک، تقدم باورها و نگرش‌های منفی بر افت خلق را مورد توجه قرار می‌دهد. اما در سال‌های اخیر نظریه‌های جدیدی شکل گرفته است که بر تقدم خلق در تولید افکار، باورها و نگرش‌های منفی صحنه می‌گذارد (تیزدل، اسکات، مور، هیپورست، پوپ و پیکل^۳، ۲۰۰۱). در این رویکردها خلق منفی به تولید افکار نشخواری منجر می‌شود (پاپا‌جورجیو و ولز، ۲۰۰۴).

۳-۲- ذهن آگاهی

ذهن آگاه بودن معادل لغت انگلیسی *to be mindful* است. *mind* یعنی فکر و ضمیر و *mindful* حالت پرشدن از فکر و اندیشه را تداعی می‌کند و مخالف کلمه بی‌توجهی یا وضعیت هدایت خودکار *mindlessness* است. ذهن آگاهی به‌عنوان حالت توجه برانگیخته و آگاهی از آنچه در لحظه کنونی اتفاق می‌افتد تعریف شده است (والش و همکاران^۴، ۲۰۰۹)؛ و به رشد سه کیفیت خودداری از قضاوت، آگاهی قصدمندانه و تمرکز بر لحظه کنونی در توجه فرد تأکید می‌کند. توجه متمرکز بر لحظه حال، پردازش تمام جنبه‌های تجربه بلاواسطه شامل فعالیت‌های شناختی، فیزیولوژیکی یا رفتاری را موجب می‌شود. به‌واسطه تمرین و فن‌های مبتنی بر ذهن آگاهی فرد نسبت به فعالیت‌های روزانه خود آگاهی پیدا می‌کند، به کارکرد خودکار ذهن در دنیای گذشته و آینده آگاهی می‌یابد و از طریق آگاهی لحظه‌به‌لحظه از افکار و احساسات و حالت‌های جسمانی بر آن‌ها کنترل پیدا می‌کند و از ذهن روزمره و خودکار متمرکز بر گذشته و آینده رها می‌شود (سگال، ویلیامز و تیزدل^۵، ۲۰۰۲). در این حوزه، میرزایی و شعیری (۱۳۹۷) نشان دادند که الگوی درمانی کاهش استرس براساس ذهن آگاهی منجر به کاهش سطح نشانگان افسردگی و عاطفه‌ی منفی شده است.

۴-۲- شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی

یکی از رویکردهای جدید در درمان اختلالات روانی، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است که به صورت یک مداخله‌ی کوتاه‌مدت ۸ جلسه‌ای است و از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی کابات‌زین (۲۰۰۵) ساخته و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. هدف تفکر با ذهن آگاهی تغییر محتوای افکار نیست بلکه ایجاد یک نگرش یا رابطه متفاوت با افکار، احساسات و عواطف است که شامل حفظ توجه کامل و داشتن نگرش همراه با پذیرش و بدون قضاوت است (ولز، ۲۰۰۲). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی شامل چندین

^۱ - Papageorgiu & Wells

^۲ - Kavanagh

^۳ - Teasdale, Scott, Moore, Hayhurst, Pope & Paykel

^۴ - Walsh, J., et al

^۵ - Segal, Z, V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D.

تکنیک است که از سازوکارهای حضور ذهن مشتق شده‌اند (هولزل، لازار، گارد، چامن-لیور، واگو و ات^۱، ۲۰۱۱). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یک برنامه آموزش مهارت است که به مراجعان، شناسایی و جدا شدن از حالت‌های ذهنی و الگوهای خودتداوم‌بخش افکار نشخواری و منفی را می‌آموزد و به مراجع کمک می‌کند تا دیدگاه خود را نسبت به تجربه، اعم از تجربه افسردگی از حالت اجتناب تجربه‌ای به صورت باز بودن، کنجکاوی و پذیرش تغییر دهند. تمرین و مراقبه‌های برگرفته از برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی و شیوه‌های آموزشی روانی برگرفته از درمان شناختی کلاسیک به همراه بحث‌هایی که در بافت گروه انجام می‌شود به تسهیل این اهداف کمک می‌کند (دایودونا^۲، ۲۰۰۹).

در روش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی چهار جلسه اول بیشتر صرف این می‌شود که بیمار نسبت به رویدادهای محیطی خود آگاه‌تر شود و با حضور ذهن بیشتری باشد. تیزدل (۱۹۹۹) از استعاره رانندگی آگاهانه به شیوه حضور ذهن و رانندگی بدون آگاهی برای تبیین این تفاوت استفاده می‌کند و سگال، ویلیامز و تیزدل^۳ (۲۰۱۳) از تمرین کشمش‌خوری آگاهانه برای تسهیل این وضعیت در برنامه درمانی استفاده نموده است. همچنین به بیماران آموزش داده می‌شود با کمک گرفتن از بدن و تنفس خود در هر زمانی که متوجه سرگردانی ذهنی شدند، برای بازگشت از حالت افسرده‌کننده کمک بگیرند. در جلسات ۵ تا ۸ به بیماران آموزش داده می‌شود تا نسبت به تغییر خلق آگاه‌تر باشند و شیوه‌های جدیدی را برای مدیریت این وضعیت‌ها بیاموزند اما آنچه بیشتر اولویت دارد، توانمندتر کردن بیمار برای بازگشت دوباره به لحظه حال است که برای این هدف بیمار باید حضور ذهن را با کمک تنفس یا تجربه افکار در بدن داشته باشد (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۱۳).

در این حوزه، یزندراث، گیلانگ، دلوچی، سگال، نلسون، مکلسن، ماتالون و فلدمن^۴ (۲۰۱۶) در پژوهشی به بررسی اثربخشی مداخله‌ی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم افسردگی و مقایسه آن با درمان دارویی متداول در ترکیب با ارتقاء سلامت (شامل تغذیه و مراقبت‌های اولیه بهداشتی) پرداختند و به این نتیجه رسیدند که گروه تحت درمان با مداخله‌ی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل و گروه دارودرمانی، کاهش بیشتر و معناداری در علائم افسردگی داشته است.

۲-۵- فراشناخت

مفهوم فراشناخت برای نخستین بار توسط فلاول (۱۹۷۹) مطرح شده است، و پیامد گسترش روان‌شناسی شناختی^۵ و علم شناخت^۶ در نیمه دوم قرن بیستم میلادی است. فراشناخت یعنی "شناخت شناخت" یا "تفکر درباره تفکر". بنابر نظر فلاول (۱۹۷۹) منظور از فراشناخت هر گونه دانش یا کنش شناختی است که موضوع آن شناخت یا تنظیم شناخت^۷ است. فراشناخت با شناخت تفاوت دارد. شناخت بر کلیه فرایندهای عالی ذهن از قبیل تفکر، استدلال، خلاقیت، هوش و یا فرایندهای درگیر در پردازش اطلاعات از قبیل دقت، ذخیره‌سازی و بازیابی اطلاعات شمول می‌یابد. فرایندهای یاد شده معطوف بر یک محتوا و موضوع بیرونی است. در حالی که

^۱ - Hölzel, Lazar, Gard, Schuman-Olivier, Vago & Ott

^۲ - Diodona

^۳ - Segal, Williams & Teasdale

^۴ - Eisendrath, Gillung, Delucchi, Segal, Nelson, McInnes, Mathalon & Feldman

^۵ - cognitive Psychology

^۶ - cognitive science

^۷ - regulating cognition

فراشناخت به دانش فرد درباره کلیه فرایندهای شناختی یادشده و نیز نحوه به کارگیری آن‌ها در جهت تحقق اهداف یادگیری اطلاق می‌گردد (کارشکی، ۱۳۸۱). فراشناخت اصطلاحی است که به طبقه‌ی خاصی از تفکر و شناخت اطلاق می‌شود.

تجربیات فراشناختی شامل ارزیابی از مفهوم وقایع روانی خاص مانند افکار، احساسات فراشناختی و قضاوت در مورد وضعیت‌های شناختی هستند. ارزیابی و قضاوت‌های فراشناختی می‌توانند به عنوان تعبیر و تفسیر آگاهانه و یا برچسب‌های تجارب‌های شناختی تعریف می‌شود. آن‌ها تظاهرات سطح پیوسته پردازش هستند که از دانش فراشناختی برای ارزیابی شناخت استفاده می‌کنند. تجارب فراشناختی می‌توانند به چندین روش با اختلالات روانی ارتباط پیدا کنند. اول این‌که دامنه اختلال‌های روانی با ارزیابی و قضاوت‌های فراشناختی منفی رابطه دارد، به عنوان مثال اختلالات زیادی همچون اضطراب فراگیر، اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی، پانیک و اختلال وسواس فکری، با ارزیابی فاجعه‌آمیز افکار مزاحم منفی همراه است (گراگلسکی و جست^۱، ۱۹۸۸؛ به نقل از زارع، ۱۳۹۰). دوم این‌که ولز و ماتیسوس (۱۹۹۴) این نکته را متذکر شده‌اند که در اختلالات روان‌شناختی، احساس، اطلاعات فراشناختی را فراهم می‌کند. هیجان بالاخص در سطح پنهان ممکن است انتخاب طرح‌های پردازش را دچار سوگیری کند یعنی این‌که افراد مبتلا به اختلالات هیجانی تمایل دارند که از اطلاعات مبتنی بر احساس به عنوان ارزیابی تهدید استفاده کنند. همچنین این گرایش را در تنظیم راهبردهای مقابله‌ای اجرایی را نشان می‌دهند. به عنوان نمونه، هاشمی (۱۳۹۷) در پژوهشی تحت عنوان "اثربخشی آموزش فنون‌های ذهن آگاهی انفصالی و آموزش توجه بر بهبود افسردگی و نشخوار فکری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری"، نشان دادند که آموزش تکنیک‌های فراشناختی تغییرات قابل توجهی در نمرات آزمودنی‌ها ایجاد کرد و موجب بهبودی در افراد شد. بنابراین، می‌توان مطرح کرد که با آموزش تکنیک‌های فراشناختی، می‌توان به بهبود اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری کمک کرد. هجمدال و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر افسردگی اساسی که بر روی ۱۰ بیمار مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد، نشان دادند که به کارگیری درمان فراشناختی منجر به کاهش معناداری شدت افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، نگرانی و باورهای فراشناختی می‌شود. در این مطالعه در مرحله پس‌آزمون هیچکدام از ۱۰ بیمار ملاک‌های تشخیصی افسردگی اساسی را دریافت نکردند و میزان بهبودی در مرحله پس‌آزمون ۹۰ درصد و در مرحله پیگیری ۷۰ درصد، برآورد گردیده است.

۳- مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع مطالعات نیمه‌تجربی (شبه‌آزمایشی) است که با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به همراه گروه کنترل به مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و فراشناخت بر کاهش نشخوارذهنی بیماران افسرده می‌پردازد. جامعه آماری در پژوهش حاضر، شامل تمامی بیماران مراجعه کننده به بیمارستان معتمدی و مرکز مشاوره روشنا می‌باشند که بر اساس مصاحبه بالینی تشخیص افسردگی دارای نشخوار ذهنی دریافت کرده و نیز بر اساس مقیاس‌های پژوهش، دارای نشانه‌های نشخوار ذهنی می‌باشند و همچنین دارای

^۱ - Kruglanski & Jost

ملاک‌های ورود به مطالعه^۱ بودند. نمونه‌گیری بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مراجعه‌کنندگان واجد ملاک‌های لازم جهت شرکت در پژوهش بودند انجام گرفت. بدین صورت که ۳۶ نفر از بیمارانی که واجد ملاک‌های شمول بودند در جریان پژوهش قرار گرفته و در صورت موافقت جهت شرکت در پژوهش، فرم رضایت را امضا و به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری شامل آزمایش I۱ (بیماران افسرده دارای نشخوار ذهنی)، آزمایش I۲ (بیماران افسرده دارای نشخوار ذهنی) و کنترل I (بیماران افسرده دارای نشخوار ذهنی) قرار داده شدند.

به منظور گردآوری داده‌ها، در این پژوهش از پرسشنامه‌ی نشخوار ذهنی استفاده شد. پرسشنامه‌ی نشخوار ذهنی توسط نولن-هوکسما و مورو^۲ (۱۹۹۱) جهت ارزیابی نشخوار ذهنی ساخته شده است. این مقیاس ۲۲ ماده دارد که ماده‌های آن روی یک مقیاس ۴ درجه‌ای از "تقریباً هرگز=۱" تا "تقریباً همیشه=۴" نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌ی کل نشخوار ذهنی نیز به وسیله‌ی جمع ماده‌ها محاسبه می‌شود.

۳-۱- روش اجرای پژوهش

جهت اجرای پژوهش ابتدا به شیوه نمونه‌گیری در دسترس از بین بیماران مبتلا به افسردگی همراه با نشخوار ذهنی مراجعه‌کننده به بیمارستان معتمدی و مرکز مشاوره روشنا، تعداد ۶۸ نفر انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری شامل گروه آزمایش I۱ (بیماران افسرده دارای نشخوار ذهنی با مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی)، آزمایش I۲ (بیماران افسرده دارای نشخوار ذهنی با مداخله‌ی درمان فراشناختی) و کنترل I (بیماران افسرده دارای نشخوار ذهنی، فاقد مداخله) قرار داده شدند. در مرحله بعد پرسشنامه‌ها بر روی آزمودنی‌های هر سه گروه به اجرا گذاشته شد و نمرات کسب شده به عنوان نمرات پیش‌آزمون در نظر گرفته شد. سپس متغیرهای مستقل اعمال گردید به عبارتی مداخله‌ی "شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" برای گروه‌های آزمایش I۱ و مداخله‌ی "درمان فراشناختی" برای گروه‌های آزمایش I۲، برگزار گردید. به عبارتی گروه‌های آزمایش I۱ و آزمایش I۲، در ۸ جلسه درمانی به صورت هفته‌ای ۱ بار که حدود ۱/۵ ساعت به طول انجامید، تحت مداخله‌ی "شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی" و درمان فراشناختی" قرار گرفتند؛ این در حالی بود که افراد گروه‌های کنترل I، هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اساس پروتکل سیگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲) و کتاب روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن برای افسردگی ترجمه محمدخانی، جهانی تابش و تمنایی فرد (۱۳۸۴) طراحی و اجرا گردید. در پایان مداخله، مجدداً آزمودنی‌ها با آزمون‌های مذکور مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین پس از ۲ ماه از آخرین جلسه

^۱ ملاک‌های ورود به مطالعه عبارت بودند از: ۱- آزمودنی در زمان انجام پژوهش تشخیص درج شده در پرونده تحت عنوان افسردگی دارای نشخوار ذهنی یا اضطراب دارای افکار وسواسی دریافت کرده باشد؛ ۲- آزمودنی در محدوده سنی بین ۲۰ تا ۳۵ سال باشد؛ ۳- آزمودنی - برای شرکت در پژوهش اعلام رضایت کرده باشد؛ ۴- آزمودنی فاقد اختلالاتی نظیر اختلال بینایی یا اختلال شنوایی، فاقد مشکلات و بیماری‌های روانپزشکی تأثیرگذار بر کارکردهای شناختی و همچنین فاقد بیماری‌های جسمی مزمن باشد؛ ۵- آزمودنی تحت درمان با داروهای روانپزشکی نباشد؛ ۶- زندگی آزمودنی از ۶ ماه قبل از انجام پژوهش دارای روند معمولی بوده و اتفاق یا حادثه خاصی که به منزله بحران در زندگی آن‌ها باشد مانند مرگ یک عزیز، بیماری صعب‌العلاج در اعضای خانواده، تغییر محل زندگی، مشاجرات شدید والدین که منجر به زد و خورد بین والدین شود، رخ نداده باشد.

ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از مطالعه نیز عبارت بودند از: ۱- غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی؛ ۲- عدم تمایل آزمودنی برای ادامه فرآیند مداخلات؛ ۳- عدم تکمیل پرسشنامه‌ها در مراحل مختلف پژوهش.

^۲ - Nolen-Hoeksema & Morrow

آموزش گروهی، از آزمودنی‌ها در هر شش گروه، پیگیری به عمل آمد. در نهایت داده‌ها با نرم‌افزار آماری SPSS-۲۲ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

۲-۳- روش تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها

به منظور توصیف و تجزیه و تحلیل داده‌های آماری در این پژوهش از آمارهای توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره (ANCOVA) و چندمتغیره (MANCOVA) جهت مشخص کردن تغییرات بین گروهی، استفاده شد. همچنین از آزمون شاپیرو-ویلک^۱ و آزمون کولموگوروف - اسمیرنوف^۲ برای بررسی نرمال بودن داده‌ها و از آزمون M باکس^۳ برای بررسی پیش-فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس استفاده شد. لازم به ذکر است که کلیه محاسبات این پژوهش توسط نرم‌افزار آماری SPSS-۲۲ انجام پذیرفت.

۴- یافته‌ها

داده‌های به دست آمده از ابزارهای پژوهش با استفاده از روش‌های آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف استاندارد و نمودار و آمار استنباطی شامل تجزیه و تحلیل کواریانس تک‌متغیره و چندمتغیره جهت مشخص کردن تغییرات بین گروهی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که یافته‌ها به صورت جدول و نمودار، ارائه شده است.

۴-۱- یافته‌های توصیفی

در جدول ۱، شاخص‌های توصیفی متغیرهای وابسته‌ی نشخوار ذهنی بیماران افسرده به تفکیک گروه‌ها و مراحل ارائه شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ی نشخوار ذهنی بیماران افسرده به تفکیک گروه‌ها و مراحل

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
نشخوار ذهنی	کنترل	۶۱/۱۷	۱/۵۳	۶۱/۳۳	۱/۹۲	۱/۸۶
	درمان MBCT	۶۲/۰۸	۱/۶۲	۵۱/۸۳	۱/۲۷	۱/۳۴
	درمان فراشناختی	۶۱/۳۳	۲/۰۰	۵۲/۵۰	۱/۸۸	۱/۲۴

^۱ - Shapiro-Wilk test

^۲ - Kolmogorov-Smirnov test

^۳ - Box's M test

۲-۴- یافته‌های استنباطی

جهت آزمون فرضیه‌های پژوهش با توجه به نوع طرح پژوهش که از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد، از روش تحلیل کواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری استفاده شد. به جهت بهره‌مندی از روش تحلیل کواریانس در ابتدا پیش‌فرض‌های این آزمون آماری بررسی می‌شود. در این پژوهش برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک و آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد.

جدول ۲: خلاصه نتایج بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات نشخوار ذهنی بیماران افسرده

متغیر	مرحله	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون اسمیرنوف-کولموگروف	
		آماره	سطح معناداری	آماره	سطح معناداری
نشخوار ذهنی	پیش‌آزمون	۰/۹۶۷	۰/۳۶۰	۰/۱۲۰	۰/۲۰۰
	پس‌آزمون	۰/۸۶۱	۰/۴۸۳	۰/۱۹۸	۰/۱۲۴
	پیگیری	۰/۸۱۷	۰/۲۰۱	۰/۲۴۶	۰/۱۰۸

طبق یافته‌های ارائه شده در جدول ۲ سطح معناداری در مورد هیچ‌یک از متغیرهای تحلیل شده معنادار نبود. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که توزیع نمرات نرمال هستند. در این پژوهش برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها بین متغیرهای وابسته از آزمون لون استفاده شد.

جدول ۳: نتایج بررسی پیش‌فرض همگنی برابری واریانس‌ها در متغیر نشخوار ذهنی بیماران افسرده با آزمون لون

متغیر	مرحله	آماره لون	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
نشخوار ذهنی	پیش‌آزمون	۰/۵۲۵	۲	۳۳	۰/۵۹۶
	پس‌آزمون	۲/۸۹۶	۲	۳۳	۰/۰۶۹
	پیگیری	۱/۴۹۹	۲	۳۳	۰/۲۳۸

طبق یافته‌های ارائه شده در جدول ۳، آزمون لون در مورد متغیر نشخوار ذهنی بیماران افسرده، معنادار نبود و لذا نتیجه گرفته می‌شود که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است. در این پژوهش پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون به منظور بررسی فقدان تعامل بین گروه‌ها و نمرات پیش‌آزمون، با استفاده از محاسبه F تعامل بین متغیر هم‌پراش و مستقل انجام شد.

جدول ۴: نتایج بررسی پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون در مورد متغیر نشخوار ذهنی بیماران افسرده

متغیر	اثرات درون	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح
-------	------------	-------	------	---------	---	-----

معناداری		مجذورات	آزادی	مربعات	گروهی	
۰/۰۶۳	۱/۲۲	۲۲۶/۵۲	۳	۶۷۹/۵۵	گروه*پیش آزمون	نشخوار ذهنی

طبق یافته‌های ارائه شده در جدول ۳ و با توجه به عدم معنادار بودن F نتیجه گرفته می‌شود که پیش-فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است.

نتایج تحلیل کواریانس در جدول ۵ نشان می‌دهد که، بین آزمودنی‌هایی که تحت مداخله‌ی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فراشناختی قرار گرفته‌اند نسبت به آزمودنی‌هایی که تحت هیچ مداخله‌ای قرار نداشته‌اند در مرحله پس‌آزمون ($F=120/07$ و $P=0/0005$) و همچنین در مرحله پیگیری ($F=140/76$ و $P=0/0005$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. میزان تأثیر این مداخله به ترتیب در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری برابر با ۱ بوده است. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که بین میزان نمره نشخوار ذهنی بیماران افسرده پس از اجرای پژوهش در مرحله پس‌آزمون و همچنین پیگیری در گروه کنترل با گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فراشناختی، تفاوت معناداری وجود دارد. توان آماری، حاکی از دقت آماری قابل قبول این تأثیر است. بنابراین فرضیه‌ی پژوهش تأیید و نتیجه گرفته می‌شود که روش‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فراشناختی بر بهبود نشخوار ذهنی بیماران افسرده تأثیرگذار است.

جدول ۵: خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان نشخوار ذهنی بیماران

افسرده در گروه‌های پژوهش در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

متغیر وابسته	مرحله	متغیرهای پژوهش	جمع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	اندازه اثر	توان آماری
نشخوار ذهنی	پس-آزمون	پیش‌آزمون	۶/۸۵	۱	۶/۸۵	۲/۴۲۱	۰/۱۳۰	۰/۰۷۰	۰/۳۲۶
		عضویت گروهی	۶۷۹/۰۶	۲	۳۳۹/۵۳	۱۲۰/۰۷	۰/۰۰۰۵	۰/۸۸۲	۱
		خطا	۹۰/۴۹	۳۲	۲/۸۳	-	-	-	-
نشخوار ذهنی	پیگیری	پیش‌آزمون	۱/۷۱	۱	۱/۷۱	۰/۷۵۲	۰/۳۹۲	۰/۰۲۳	۰/۱۳۴
		عضویت گروهی	۶۴۱/۰۸	۲	۳۲۰/۵۴	۱۴۰/۷۶	۰/۰۰۰۵	۰/۸۹۸	۱
		خطا	۷۲/۸۷	۳۲	۲/۲۸	-	-	-	-

حال با توجه به این که معنی‌دار شدن تفاوت بین گروه‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس نشان نمی‌دهد که بین کدام گروه تفاوت وجود دارد و همچنین کدام مداخله اثربخش‌تر است؛ لذا به دنبال این تحلیل، آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه دو به دو میانگین‌های گروه‌ها صورت گرفت که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است.

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌ها در مورد متغیر نشخوار ذهنی بیماران

افسرده

مرحله	گروه (I)	گروه (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	P
پس‌آزمون	کنترل	درمان MBCT	۹/۷۴۱	۰/۰۰۰۵
		درمان فراشناختی	۸/۸۷۷	۰/۰۰۰۵
	درمان MBCT	-۰/۸۶۴	۰/۶۷۴	
پیگیری	کنترل	درمان MBCT	۹/۰۴۶	۰/۰۰۰۵
		درمان فراشناختی	۹/۰۶۱	۰/۰۰۰۵
	درمان MBCT	۰/۰۱۵	۱	

برای بررسی تفاوت دو به دو گروه‌های مورد پژوهش از آزمون تعقیبی بونفرونی، استفاده شد. بر طبق داده‌های جدول ۶ در متغیر نشخوار ذهنی بیماران افسرده در مراحل (پس‌آزمون و پیگیری) بین تفاضل میانگین اثر گروه کنترل با گروه‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی به ترتیب برابر با (۹/۷۴۱ و ۹/۰۴۶) و (۸/۸۷۷ و ۹/۰۶۱) می‌باشد که این تفاوت‌ها از لحاظ آماری معنادار و به نفع گروه‌های آزمایشی می‌باشند. بنابراین نتیجه گرفته می‌شود که هر کدام از روش‌های شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده تأثیرگذار است. همچنین بر طبق داده‌های جدول ۶، در متغیر نشخوار ذهنی بیماران افسرده در مراحل (پس‌آزمون و پیگیری) بین تفاضل میانگین اثر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان فراشناختی برابر با (-۰/۸۶۴ و ۰/۰۱۵) می‌باشد که این تفاوت از لحاظ آماری معنادار نیست به عبارتی تفاوتی بین اثربخشی مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده نسبت به درمان فراشناختی مشاهده نشد.

۵- جمع بندی و نتیجه گیری

فرضیه اول پژوهش عنوان می‌دارد "شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده تأثیر دارد." برای بررسی این فرضیه، داده‌ها به کمک تحلیل کواریانس یک‌طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌های آماری نشان داد که بین میزان نمره نشخوار ذهنی بیماران افسرده پس از اجرای پژوهش (هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری) در گروه‌های کنترل و شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر مداخله‌ی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده هم در مرحله‌ی پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری اثربخش بوده است. بنابراین فرضیه‌ی اول پژوهش تأیید و نتیجه گرفته می‌شود که شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده تأثیرگذار است. نتایج به دست آمده از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های ایزندراث و همکاران (۲۰۱۶)، بارنهوفر و همکاران (۲۰۱۵)، سانگ و لیندکوئیست (۲۰۱۵)، و

فاضلی نیکو (۱۳۹۸)، جاجرمی (۱۳۹۸)، برمالم و همکاران (۱۳۹۷)، رضوی‌زاده تبادکان و همکاران (۱۳۹۷)، همسو می‌باشد. در این مطالعات نیز، اجرای شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی منجر به کاهش افسردگی و نشخوار ذهنی، استرس ادراک شده و دشواری در تنظیم هیجانی شده است.

اعتقاد بر این است که نشخوار ذهنی یکی از مهم‌ترین راه‌اندازهای افسردگی است. در این زمینه مشخص شده است که در اکثر افراد افسرده، گرایش به نشخوار ذهنی وجود دارد و به این علت است که آنان تصور می‌کنند که این کار، آنان را حالت غمگینی رها می‌کند. این در حالی است که بر خلاف چنین تصویری این سبک پاسخ‌دهی، این حالت را بدتر می‌کند. یکی از روش‌ها در این زمینه شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است. ذهن آگاهی با به کارگیری راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که باعث جلوگیری از گرداب کاهنده خلق منفی-فکر منفی و گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده می‌شود و باعث رشد دیدگاه جدید و بروز افکار و هیجان‌های خوشایند می‌شود (سگال و همکاران، ۲۰۰۲).

در این پژوهش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده شد. در تبیین این نتیجه با توجه به نتایج پژوهش رامل و همکاران (۲۰۰۴) می‌توان گفت مراقبه ذهن آگاه در واقع به کارگیری راهبردهای خودتنظیمی است که در تغییر دادن متغیرها شناختی افسرده‌ساز که یکی از مهم‌ترین آن‌ها نشخوار ذهنی است، مؤثر است. در تبیینی دیگر می‌توان گفت شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی یکی از رویکردهای جدید است که به اصلاح و کنترل و پردازش افکار می‌پردازد. با این روش درمانی افکار فرد به عنوان حوادث ذهنی تجربه شده و از تمرکز و توجه روی تنفس به عنوان ابزاری برای زندگی در زمان حال استفاده می‌شود. با این روش بیماران آموزش می‌بینند تا چرخه نشخوار ذهنی را متوقف کرده و از افکار منفی خود فاصله بگیرند. آموزش انعطاف‌پذیر روی توجه، غنی‌سازی ذهنی، توقف نشخوار ذهنی، اصلاح باورهای مثبت و منفی و غلط و همچنین چالش با باورهای منفی مربوط به هیجان‌ات، باعث کاهش نشخوار ذهنی می‌شود. فرضیه دوم پژوهش عنوان می‌دارد "درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده تأثیر دارد." برای بررسی این فرضیه، داده‌ها به کمک تحلیل کواریانس یک‌طرفه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌های آماری نشان داد که بین میزان نمره نشخوار ذهنی بیماران افسرده پس از اجرای پژوهش (هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری) در گروه‌های کنترل و درمان فراشناختی، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر مداخله‌ی درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده هم در مرحله‌ی پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری اثربخش بوده است. بنابراین فرضیه‌ی دوم پژوهش تأیید و نتیجه گرفته می‌شود که درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده تأثیرگذار است. نتایج به دست آمده از این پژوهش با نتایج پژوهش‌های فیشر و ولز (۲۰۰۸) و قنبرزاده و قنبرزاده (۱۳۹۵)، محمودی و همکاران (۱۳۹۳)، حسونندی و همکاران (۱۳۹۲)، همسو می‌باشد.

اعتقاد بر این است که درمان فراشناختی نیز همچون درمان شناختی قائل به چالش‌گری است اما این بار به جای چالش با محتوای شناختی از طریق واقعیت‌سنجی و دیگر فنون این درمان، به وسیله چالش با باورهای مثبت فراشناختی بیمار در مورد سبک پاسخ نشخواری به بازبینی تهدید به عنوان روشی برای مقابله متوسل می‌شوند (پاپاجرجیو و ولز، ۲۰۰۴). در واقع در فراشناخت درمانگران با قطع مکانیسم‌های تداوم‌بخش راهبردهای ناکارآمد، توجه فرد را از درگیر شدن مکرر با اتفاقات ناخوشایند گذشته خلاص می‌کند و به فرد این توانایی را می‌دهد که توجه و تمرکز خود را از دام حلقه‌های معیوب شناختی هیجانی و رفتاری نجات دهد تا

بتواند بر سایر جوانب زندگی معطوف شود. بیمارانی که تحت درمان فراشناختی قرار می‌گیرند در نتیجه‌ی انجام تکنیک‌ها و تکالیف این درمان، زمان زیادی برای غرق شدن در افکار و خاطرات منفی و نشخوارهای فکری منفی نخواهند داشت.

فرضیه سوم پژوهش عنوان می‌دارد "بین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده تفاوت وجود دارد." برای بررسی این فرضیه، داده‌ها به کمک تحلیل کواریانس به همراه آزمون تعقیبی بونفرونی، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل داده‌های آماری نشان داد که هم مداخله‌ی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و هم مداخله‌ی درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده هم در مرحله‌ی پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری به ترتیب برای گروه‌های آزمایشی اثربخش بوده است و تفاوت معناداری بین اثربخشی مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده نسبت به مداخله‌ی درمان فراشناختی مشاهده نشد. بنابراین فرضیه سوم پژوهش رد می‌گردد و نتیجه گرفته می‌شود که بین اثربخشی مداخله شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده تفاوت معناداری وجود ندارد.

در تبیین اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش نشخوار ذهنی مطابق با فرضیه تمرکززدایی کابات-زین^۱ (۲۰۰۵) می‌توان گفت تمرکززدایی به عنوان توانایی تمرکز بر لحظه‌ی حاضر و حالت بدون قضاوت در مورد افکار و احساسات و پذیرش آن‌هاست و پژوهش‌ها نشان داده است که تمرکززدایی می‌تواند سطوح نشخوار افسرده‌ساز را به وسیله‌ی آموزش راه‌های سازگارانه‌تر مربوط به تفکر به بیماران کاهش دهد (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). ایده‌ی اصلی تمرکززدایی مطرح کردن تغییرات اساسی در دیدگاه‌ها، باورها و الگوهای شناختی ناآشکار شخص است که رابطه‌ی بیماران افسرده با افکار و احساسات منفی را شکل می‌دهد. تمرکززدایی شامل فاصله گرفتن، دوری، انفصال، مجاز دانستن، پذیرش و رها کردن افکار و خلیقات منفی است. بیماران در مداخله‌ی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، تمرکززدایی از افکار و هیجانات را در طول جلسات مراقبه تمرین می‌کنند. این جلسات بیمار را قادر می‌سازد تا تمرکززدایی را در یک محیط کنترل شده معمولاً در حالت نشسته با چشم‌های بسته در فضایی آرام تمرین کنند. وقتی مهارت تمرین شود پذیرش تسهیل می‌گردد و با زندگی روزمره بیمار ادغام می‌شود. و به این طریق بیمار قادر خواهد بود بر افکار نشخواری خود فائق آمده و نشخوار ذهنی کاهش می‌یابد.

در مورد عدم تفاوت در میزان اثربخشی هر دو مداخله‌ی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار ذهنی بیماران افسرده می‌توان گفت هر دو روش بر کاهش نشخوار ذهنی مؤثر بوده، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق تمرین تمرکززدایی از افکار و هیجانات باعث کاهش نشخوار فکری می‌شوند و مداخله درمان فراشناختی از طریق به چالش کشیدن باورهای مثبت و منفی فراشناختی مانع استفاده از افکار نشخوارگونه به عنوان شیوه‌ای برای مقابله و خودتنظیمی شده و از این طریق سعی در متوقف ساختن نشخوار ذهنی دارند.

^۱ - Kabat-Zinn

- برمال، فرید، صالحی فدردی، جواد، و طیبی، زهرا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر نشخوار ذهنی، شیوه حل مسأله، و تنظیم شناختی هیجان افراد مبتلا به افسردگی. فصلنامه مطالعات روان شناختی، ۱۴(۲)، ۹۱-۱۰۷.
- جاجرمی، محمود. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی و سبک پاسخ‌دهی نشخواری زنان مبتلا به دیابت نوع ۲. فصلنامه زن و مطالعات خانواده، ۱۲(۴۳)، ۸۵-۱۰۴.
- حسنوندی، صبا، ولی‌زاده، مهدی، و مهرابی‌زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه ی گروهی بر علائم افسردگی و نشخوار فکری. مجله اصول بهداشت روانی، ۱۵(۵۷)، ۷۱-۸۱.
- رضوی‌زاده تبادکان، بی بی زهره، جاجرمی، محمود، و وکیلی، یعقوب. (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر استرس ادراک شده، نشخوار فکری و دشواری تنظیم هیجانی زنان مبتلا به دیابت نوع ۲ (پیگیری ۳ ماهه). مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران. ۲۴(۴)، ۳۷۰-۳۸۳.
- زارع، هادی. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی: پژوهش تک‌موردی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- زمستانی، مهدی، و فاضلی نیکو، زهرا. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کاهش نشانه های افسردگی، نشخوار فکری و تنظیم هیجان در زنان باردار. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۳(۱)، ۱۱۹-۱۳۹.
- فربورن، کریستوفر و کلارک، دیویدمیلر. (۱۳۹۲). درمان‌های شناختی- رفتاری: دانش و روش‌های کاربردی رفتاردرمانی شناختی. ترجمه حسین کاویانی. تهران: انتشارات مهر کاویان.
- قنبرزاده، محمدرضا. و قنبرزاده، پوریا. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی: گزارش موردی. چهارمین همایش ملی مشاوره و سلامت روان، قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان.
- کارشکی، حسین. (۱۳۸۱). تأثیر آموزش راهبردهای فراشناختی بر درک مطلب دانش‌آموزان. مجله روانشناسی، ۶(۱)، ۸۴-۶۳.
- محمودی، غلامرضا، سپاه‌منصور، مژگان، حسنی، فریبا، محمدخانی، پروانه، و سادات لاریجانی، زرین. (۱۳۹۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در دانشجویان با نشانه‌های افسردگی، باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای. فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۰(۲)، ۲۷-۵۰.
- ملیانی، مهدیه، الهیاری، عباسعلی، آزادفلاح، پرویز، فتحی‌آشتیانی، علی، و طاوولی، آزاده. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی درمان ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت و درمان شناختی- رفتاری بر نشانه‌های باقیمانده مبتلایان به افسردگی اساسی عودکننده. فصلنامه علوم رفتاری، ۷(۲)، ۱۶۶-۱۵۹.
- میرزایی، الهام، و شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی الگوی درمانی کاهش استرس بر اساس ذهن آگاهی بر عواطف مثبت و منفی و نشانگان افسردگی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۱(۱)، ۸۷۶-۸۶۴.
- هاشمی، زهره. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش فنون‌های ذهن آگاهی انحصالی و آموزش توجه بر بهبود افسردگی و نشخوار فکری در مادران دارای کودک مبتلا به اختلال یادگیری. فصلنامه ناتوانی‌های یادگیری، ۸(۱)، ۱۴۲-۱۲۶.
- Brosschot, J. F. (۲۰۱۰). Markers of chronic stress: Prolonged physiological activation and (un)conscious perseverative cognition. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, ۳۵(۱), ۴۶-۵۰.
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (۲۰۰۶). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of Psychosomatic Research*, ۶۰(۲), ۱۱۳-۱۲۴.

- de Jong-Meyer, R., Beck, B., & Riede, K. (۲۰۰۹). Relationships between rumination, worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*, ۴۶(۴), ۵۴۷-۵۵۱.
- Diodona, F. (۲۰۰۹). *Clinical Handbook of mindfulness*. New York, Springer.
- Eisendrath, S. J., Gillung, E., Delucchi, K. L., Segal, Z. V., Nelson, J. C., Mc Innes, L. A., Mathalon, D. H., & Feldman, M. D. (۲۰۱۶). A randomized controlled trial of mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, ۸۵(۲), ۹۹-۱۱۰.
- Felicity, A.C. & Rebecca, J.P. (۲۰۱۲). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating Behaviors*, ۱۳(۲), ۱۰۰-۱۰۵.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (۲۰۰۸). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, ۳۹(۲), ۱۱۷-۱۳۲.
- Flavell, J. H. (۱۹۷۹). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive-developmental inquiry. *American Psychologist*, ۳۴(۱۰), ۹۰۶-۹۱۱.
- Hjemdal, O., Hagen, R., Solem, S., Nordahl, H., Kennair, L. E. O., Ryum, T., Nordahl, H. M., & Wells, A. (۲۰۱۷). Metacognitive therapy in major depression: An open trial of comorbid cases. *Cognitive and Behavioral Practice*, ۲۴(۳), ۳۱۲-۳۱۸.
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (۲۰۱۱). How does mindfulness meditation work? Proposing mechanisms of action from a conceptual and neural perspective. *Perspectives on Psychological Science*, ۶(۶), ۵۳۷-۵۵۹.
- Kabat-Zinn, J. (۲۰۰۵). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness* (۱۵th anniversary ed.). Delta Trade Paperback/Bantam Dell.
- Kavanagh, D. J. (۱۹۹۲). Self-efficacy and depression. In R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (p. ۱۷۷-۱۹۳). Hemisphere Publishing Corp.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (۲۰۰۵). Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, ۶۲(۶), ۵۹۳-۶۰۲.
- Kimbrel, N. A., Meyer, E. C., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., & Morissette, S.B. (۲۰۱۴). A ۱۲-Month prospective study of the effects of PTSD depression comorbidity on suicidal behavior in Iraq/Afghanistan-eraveterans. *Psychiatry Research*, ۲۴۳, ۹۷-۹۹.
- Kuyken, W., Byford, S., Byng, R., Dalgleish, T., Lewis, G., Taylor, R., et al. (۲۰۱۰). Study protocol for a randomized controlled trial comparing mindfulness based cognitive therapy with maintenance antidepressant treatment in the prevention of depressive relapse/recurrence: the prevent trial. *Trials*, ۱۱: ۹۹.
- Nam, B., Kim, J. Y., De Vylder, J. E., & Song, A. (۲۰۱۶). Family functioning, resilience, and depression among North Korean refugees. *Psychiatry Research*, ۲۴۵, ۴۵۱-۴۵۷.

- Nolen-Hoeksema, S. (۱۹۹۱). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, ۱۰۰(۴), ۵۶۹-۵۸۲.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (۱۹۹۱). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The ۱۹۸۹ Loma Prieta earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology*, ۶۱, ۱۱۵-۱۲۱.
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (۱۹۹۳). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, ۷, ۵۶۱-۵۷۰.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (۲۰۰۱). Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, ۸(۲), ۱۶۰-۱۶۴.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (۲۰۰۴). *Depressive Rumination: Nature, Theory and treatment*. West Sussex: Wiley.
- Ramel, W., Goldin, P. R., Carmona, P. E., & McQuaid, J. R. (۲۰۰۴). The effects of mindfulness meditation on cognitive processes and affect in patients with past depression. *Cognitive Therapy & Research*, ۲۸, ۴۳۳-۴۵۵.
- Segal, Z. V., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. (۲۰۰۲). *Mindfulness Based cognitive therapy for depression*. New York: The Guilford Press.
- Segal, Z.V., Williams, J.M.G., & Teasdale, J.D. (۲۰۱۳). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. NY: The Guildford Press.
- Song, Y., & Lindquist, R. (۲۰۱۵). Effects of mindfulness-based stress reduction on depression, anxiety, stress and mindfulness in Korean nursing students. *Nurse Edu today*, ۳۵(۱), ۸۶-۹۰.
- Teasdale, J. D. (۱۹۹۹). Metacognition, mindfulness and the modification of mood disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, ۶, ۱۴۶-۱۵۶.
- Wells, A. (۱۹۹۵). Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, ۲۳(۳), ۳۰۱-۳۲۰.
- Wells, A., & Mathews, G. (۱۹۹۴). *Attention and Emotion. A clinical perspective*. Hove: Erlbaum.
- Wells, A., & Matthews, G. (۱۹۹۴). *Attention and emotion: A clinical perspective*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.