خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۲، پیاپی (۳)۳۸ ص ۱۰۴-۸۷

Family and health Quarterly, vol13, Issu3, Autummn 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.3.5.6

هم‌سنجی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر فعال‌سازی رفتاری بر ابعاد نشخوار فکری در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

مجید جامه بزرگی،[۱] سید علی آل یاسین*[۲]، حسن حیدری،[۳] حسین داودی[۴]

چکیده

مقدمه: پژوهش‌های متعدد به بالا بودن نشخوار فکری در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی اشاره دارند. هدف پژوهش حاضر هم‌سنجی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر فعال‌سازی رفتاری بر ابعاد نشخوار فکری در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر مطالعه شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان دارای اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی مستقر در منطقه ۸ شهر تهران بود که تعداد ۴۵ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. ابزار این پژوهش پرسشنامه نشخوار فکری بود. برای گروه آزمایش اول درمان فراشناخت و برای گروه آزمایش دوم درمان فعال‌سازی رفتاری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد، اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل واریانس آمیخته تجزیه‌وتحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که درمان فراشناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش نشخوار فکری و مؤلفه‌های آن در پایان مداخلات و دوره پیگیری شده بودند ($p>0/05$). نتایج نشان داد درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش علائم نشخوار فکری، نسبت به درمان فراشناختی اثربخشی بیشتری را نشان می‌دهد ($p>0/05$).

نتیجه‌گیری: درمان فعال‌سازی رفتاری به دلیل تأثیری که بر افسردگی دارد می‌تواند به تنهایی و یا با درمان مکمل در کاهش نشخوار فکری و علائم افسردگی در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: اختلال افسردگی اساسی، درمان فراشناختی، درمان فعال‌سازی رفتاری، نشخوار فکری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۱۰/۲۸ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۴۰۲/۲/۳

استناد: جامه بزرگی مجید، آل یاسین سید علی، حیدری حسن، داودی حسین. هم‌سنجی درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر فعال‌سازی رفتاری بر ابعاد نشخوار فکری در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۲؛ ۱۳(۳): ۱۰۴-۸۷

[۱] - دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

[۲] - استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران (نویسنده مسئول)
aleyasin_psychology@yahoo.com

[۳] - دانشیار، گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

[۴] - استادیار، گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران

© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کریتیو کامنز (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد

مقدمه:

افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است که متخصصین بهداشت روانی با آن مواجه می‌شوند (۱) و مطالعات همه‌گیرشناسی نیز این اختلال را شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی گزارش نموده‌اند (۲). فقدان لذت، اختلال خواب، کاهش اشتها و انرژی، خلق افسرده، کاهش قدرت تمرکز و تغییرات خلق در این اختلال شایع است (۳). تقریباً ۲۰ درصد زنان و ۱۰ الی ۱۷ درصد مردان در طول عمرشان به این اختلال مبتلا می‌شوند (۵-۴). در این رابطه، اختلال افسردگی اساسی[1] مابین افسردگی خفیف شدید قرار دارد (۶). این نوع بیماری موجب ناراحتی عمیق و احساس ناامیدی می‌شود و تغییر خلق‌وخو و عملکرد فیزیکی در افراد ایجاد می کند (۷).

یکی از مشکلات روان‌شناختی که می‌تواند بر سلامت روان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی اثر منفی بگذارد، نشخوار فکری[2] است. نشخوار فکری به‌عنوان اشتغال دائمی به اندیشه یا موضوعی و تفکر درباره آن شناخته شده و طبقه‌ای از افکار آگاهانه است که حول محوری مشخص می‌شود (۸). این افکار تکرارشونده، به‌طور غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه و اهداف را منحرف می‌سازند (۹). در واقع نشخوار فکری مجموعه‌ای از افکار منفعلانه بوده که جنبه تکراری دارد و بر علل و نتایج علائم متمرکز است. همچنین مانع حل سازگارانه شده و افکار منفی را افزایش می‌دهد (۱۰)، نشخوار فکری می‌تواند زیربنای شناختی بیماران باشد. شامل افکاری است که به‌طور پایان‌ناپذیری مرورشده و به ناامیدی درباره آینده و ارزیابی های منفی درباره خود دامن می زنند. این افکار بر خُلق اثر داشته و انگیزش بیمار را تحت تأثیر قرار می دهند (۱۱). نشخوار فکری یکی از راهکارهای کارکرد اجرایی خودنظم بخش برای کاهش ناهماهنگی شناختی است و در واقع نوعی سبک مقابله با خلق افسرده به حساب می آید (۱۲).

امروزه درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای بیماران مبتلا به افسردگی وجود دارد که تعدادی از آن‌ها توانسته‌اند اثربخشی خود را به اثبات برسانند. در سال‌های اخیر شکل‌های جدیدی از درمان شناختی - رفتاری[3] ایجاد شده‌اند که یکی از این رویکردها، درمان فعال‌سازی رفتاری[4] است که تمرکز اصلی آن بر رفتارها و فعالیت‌ها می‌باشد (۱۳).

نظریه‌پردازان شناختی بر این باورند که افراد مبتلا، یک سبک شناختی خاصی دارند که ویژگی آن بدبینی، و این باور است که حوادث ناخوشایند غیرقابل‌پیش‌بینی هستند. این سبک شناختی شامل افکار خودکاری می‌شود که بر احتمال شکست و شرمندگی اجتماعی تأکید می‌ورزد. درمان فعال‌سازی رفتاری، که جزو درمان‌های موج سومی محسوب می‌شود، نوعی رفتاردرمانی خالص است که تکنیک‌های عینی و راحت‌الاجرا برای درمان افسردگی ارائه می‌دهد و به علت کوتاه‌مدت بودن طول دوره درمان، مقرون‌به‌صرفه است (۱۴). هدف فعال‌سازی رفتاری، افزایش رفتارهایی است که احتمالاً منجر به دریافت پاداش از سوی بیمار می‌شوند. پاداش‌ها ممکن است درونی (مانند لذت یا حس موفقیت) و یا بیرونی (مانند توجه اجتماعی) باشند (۱۵).

درمان فعال‌سازی رفتاری، نوعی رفتاردرمانی محض[5] است که مبتنی بر تحلیل کارکردی رفتار است و از نظریه رفتاری افسردگی ریشه گرفته است. با توجه به ویژگی‌های روش درمان فعال‌سازی رفتاری و اثربخشی آن بر اختلال افسردگی (۱۶).

---

۱. Major depressive disorder
۲. Obsessive Rumination
۳. Cognitive Behavioral Therapy
۴. Behavioral Activation Therapy
۵. Pure

خانواده و بهداشت
فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۲، پیاپی (۳)۳۸ ص ۱۰۴-۸۷
Family and health Quarterly, vol13, Issu3, Autummn 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.3.5.6

می‌توان گفت فعال‌سازی رفتاری به‌عنوان درمانی معتبر برای درمان افسردگی مطرح است. در زمینه تأثیر این روش درمانی بر نشخوار فکری، درمان فعال‌سازی رفتاری آشکارا بر کاهش نشخوار فکری از دیدگاه کارکردی تحلیلی تمرکز می‌کند (۱۷).

درمانگران فعال‌سازی رفتاری به‌جای محتوای نشخوار فکری، فرایند آن را مورد هدف قرار می‌دهند (۱۸). این رویکرد درمانی، به خاطر تکنیک‌های عینی و اجرای آسان، در مراکز بهداشت روان، مراکز بستری، مراکز ترک اعتیاد (۱۹)، مراکز سرپایی و مراکز مشاوره به‌صورت گروهی و یا انفرادی مورد آزمایش قرار گرفته است (۲۰). آپوف[1] و همکاران (۲۱) در پژوهش خود نشان دادند درمان فعال‌سازی رفتاری بر بهبود بیماران مبتلا به افسردگی تأثیرگذار است. استین و همکاران[2] (۲۲) در پژوهش خود بیان داشتند که درمان فعال‌سازی رفتاری علاوه بر بهبود افسردگی، برای کاهش علائم اضطراب و افزایش فعال‌سازی نیز مؤثر است. نتیجه پژوهش مشیر و اوتو[3] (۲۳) نشان داد که علائم افسردگی و نشخوار فکری در طول دوره درمان فعال‌سازی رفتاری به طور قابل توجهی کاهش یافت. همچنین پلنیک و فلورا[4] (۲۴) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش معنی‌دار نشخوار فکری در افراد مبتلا به افسردگی می‌شود. خارایی و عزیزی (۲۵) در پژوهش خود نشان دادند که درمان فعال‌سازی رفتاری اثر معنی‌داری بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و افزایش کیفیت زندگی دارد. عطایی مغانلو و عطایی مغانلو (۲۶) در پژوهش خود نشان دادند درمان فعال‌سازی رفتاری توانست نمرات افسردگی و نشخوار فکری در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد به‌طور معنی‌داری کاهش یافت.

از سوی دیگر، یکی از رویکردهای درمانی جدید در این زمینه، درمان فراشناختی[5] می‌باشد. درمان فراشناختی، به‌عنوان یک رویکرد شناخت درمانی خالص[6]، به دلیل نارضایتی از رویکردهای شناختی رفتاری موجود که ویژگی‌های مهم تفکر غیرانطباقی و عوامل کنترل‌کننده آن را مورد توجه قرار نمی‌دهند، به وجود آمده است (۲۷). نظریه‌ی فراشناختی از لحاظ تأکید بر این اصل که باورهای ناکارآمد فرد بر پردازش ذهنی تأثیر می‌گذارند، به نظریه شناختی سنتی شباهت دارد، اما این نظریه به‌جای تمرکز بر محتوای شناخت بر فرایند شناخت (سبک‌های پردازش و کنترل ناکارآمد تفکر) تأکید می‌ورزد (۳۰-۲۸).

اصل بنیادین این درمان، این است که اختلال روان‌شناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه موسوم به سندرم شناختی - توجهی مرتبط است (۳۱). سندرم شناختی - توجهی تأثیر بسیار مهمی بر تنظیم هیجانی دارند و درمان فراشناختی قصد دارد تا این سندرم را برطرف ساخته و باورهای فراشناختی مربوط به آن را تعدیل نماید (۳۲). این روش درمانی یک روند رو به رشد در مداخله‌های جدید است که مدل درمانی بر مبنای مکانیسم‌هایی بنا شود که از پردازش هیجانی طبیعی جلوگیری می‌نماید (۳۱). مدل فراشناختی درمان یکی از این مداخله‌ها است. در این مدل فراشناخت‌ها به شکل باورها، ارزیابی‌ها و راهبردهای کنترل، ازجمله عوامل اساسی ایجاد و حفظ این اختلال هستند و یک شیوه برانگیخته‌شده و فعال ارزیابی و مقابله با تهدیدی است که توسط فراباورهای[7] فرد ایجاد می‌شود (۳۳). بساک‌نژاد و همکاران (۳۴) نشان دادند که گروه‌درمانی فراشناختی نقش مؤثری در کاهش علائم درآمیختگی فکر - عمل، فرونشانی افکار و نشخوار فکری در جمعیت دختران دانشجو دارد. نتیجه پژوهش انصاری و همکاران (۳۵) و طاهری داغیان و همکاران (۳۶) نشان‌دهنده اثربخشی درمان

۱. Uphoff et.al
۲. Stein et.al
۳. Moshier & Otto
۴. Polenick & Flora
۵. Meta cognitive Therapy (MCT)
۶. Pure cognitive Therapy
۷. Meta belief

فراشناختی بر کاهش علائم افسردگی و بهبود نشخوار فکری، و نتایج پژوهش وینتر و همکاران[1] (۳۷) و جمدال و همکاران[2] (۳۸) نشان‌دهنده اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش میزان افسردگی افراد بوده است. همچنین بایگان و همکاران (۳۹) و شایچ و همکاران[3] (۴۰) در پژوهش خود نشان دادند درمان فراشناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر بیماران مبتلا به اختلال افسردگی تأثیرگذار است و باعث کاهش افسردگی افراد شده است.

با توجه به آنچه گفته شد بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر روی مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی می‌تواند گام مهمی در مسیر ابداع درمان‌های نوین در حیطه روانشناسی بالینی باشد. بدیهی است یافته‌های به‌دست‌آمده از چنین مطالعاتی می‌تواند در دو حیطه پیشگیری و درمان، راهبردهای نوینی را در اختیار پژوهشگران، روانشناسان بالینی و دیگر علاقه‌مندان به این حوزه قرار دهند. نظر به پژوهش‌های اندکی که در زمینه اثربخشی این روش‌های درمان بر اختلالات روانی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در جمعیت ایرانی انجام شده، و با توجه به اهمیت بالینی که این دیدگاه می‌تواند در درمان این بیماری مؤثر باشد، پژوهش حاضر در جهت بررسی اثربخشی درمان فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری در بهبود علائم نشخوار فکری زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شده است که با در نظر گرفتن گروه کنترل در کنار گروه آزمایش به بررسی دقیق‌تر کارایی این روش‌های درمان می‌پردازد و قصد دارد اثرات هر روش درمانی را بر گروه بیماران دارای اختلال افسردگی اساسی مقایسه نماید. به‌عبارت‌دیگر با توجه به تعداد روزافزون مبتلایان به این اختلال و از یک‌سو هزینه‌های قابل‌توجه مادی و معنوی که هم خانواده‌ها و هم دولت‌ها متحمل می‌شوند و با توجه به خلأ پژوهشی در زمینه مداخلات روان‌شناختی برای مقایسه این دو رویکرد بر نشخوار فکری، تحقیق حاضر به دنبال پاسخگویی به این سؤال اساسی است که آیا اثربخشی و تداوم اثر درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر فعال‌سازی رفتاری بر ابعاد نشخوار فکری در بیماران زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی با هم تفاوت دارد؟

روش پژوهش:

پژوهش حاضر به روش شبه‌آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری ۶۰ روزه با گروه گواه استفاده گردید. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی مستقر در منطقه ۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. حجم نمونه در این پژوهش با توجه به تعداد گروه‌ها و تعداد متغیرهای مورد بررسی تعیین شد. گروه‌های منتخب برای اجرای مداخله آزمایشی و ایفای نقش گواه، از قبل سه گروه متفاوت بودند. بر این اساس، از جامعه مذکور ۴۵ نفر بر اساس جدول کوهن (۱۹۸۸) و پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به شیوه غیرتصادفی و هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه (گروه آزمایش درمان فعال‌سازی رفتاری، ۱۵ نفر)، (گروه آزمایش درمان فراشناختی، ۱۵ نفر) و (گروه گواه، ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، جنسیت زن، دریافت تشخیص اختلال افسردگی اساسی (افسرده‌خویی) توسط روان‌پزشک، عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر، عدم مصرف داروهای ضدافسردگی از حداقل یک ماه قبل از ارزیابی، سواد حداقل سیکل، گروه سنی ۲۰ الی ۵۰ سال، آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخگویی به سؤالات و معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه بود.

روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انجام هماهنگی لازم با دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین و مدیریت کلینیک‌های آرامش و روانبه، زندگی آرام و خانه‌ی امید، پرونده بیماران در اختیار پژوهشگر قرار گرفت و با تماس تلفنی،

---

۱. Winter et.al
۲. Hjemdal et.al
۳. Schaich et.al

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۲، پیاپی (۳)۳۸ ص ۱۰۴-۸۷
Family and health Quarterly, vol13, Issu3, Autummn 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.3.5.6

مصاحبه اولیه‌ای با هریک از بیماران زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی متقاضی به عمل آمده و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج ۴۵ نفر از بیماران انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه گواه‌ها پیش از اجرای آزمودنی قرار گرفتند. پس از جایگزینی در گروه‌ها، آزمودنی‌ها پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایشی اول، درمان فراشناختی و گروه آزمایشی دوم، درمان فعال‌سازی رفتاری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی به‌صورت حضوری با توالی هر هفته دو جلسه در زوهای دوشنبه و پنجشنبه توسط پژوهشگر دریافت کردند. اما آزمودنی‌های گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و ۶۰ روز بعد در مرحله پیگیری به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. ملاحظات اخلاقی بدین شرح بود: ۱) هدف اصلی پژوهش ارتقاء سلامت انسان‌ها توأم با رعایت کرامت و حقوق ایشان می‌باشد. ۲) در این پژوهش اصل رازداری و حفظ اسرار آزمودنی‌ها و اتخاذ تدابیر مناسب برای جلوگیری از انتشار آن رعایت شده است ۳) پژوهشگر موظف به رعایت حریم خصوصی آزمودنی‌ها در طول پژوهش می‌باشد. ۴) هر نوع آسیب یا خسارت احتمالی ناشی از شرکت در پژوهش باید بر طبق قوانین مصوب جبران خسارت شود. ۵) هیچ‌گونه بار مالی و آسیب در طول پژوهش وارد نشد. ۶) در پایان پژوهش هر فردی که به‌عنوان آزمودنی به آن مطالعه وارد شده است این حق را دارد که درباره نتایج مطالعه آگاه شود و از مداخلات یا روش‌هایی که سودمندی‌شان در آن مطالعه نشان داده شده است، بهره‌مند شود. ۷) پژوهشگر موظف است که نتایج پژوهش را صادقانه, دقیق, کامل منتشر کند نتایج اعم از منفی یا مثبت. ۸) اگر در حین اجرای پژوهش آزمودنی دارای ظرفیت ،ظرفیت خود را از دست بدهد یا آزمودنی فاقد ظرفیت، واجد ظرفیت شود باید با توجه به تغییر حاصله رضایت آگاهانه برای ادامه پژوهش از سرپرست قانونی یا خود فرد اخذ شود. ۹) عدم قبول شرکت آزمودنی در پژوهش یا ادامه ندادن و همکاری ایشان پذیرفته می شود و این هیچ‌گونه تأثیری بر خدمات که در همان مؤسسه به فرد ارائه می‌شود ندارد. ۱۰) اطلاعات به‌صورت کد بود. ۱۱) پس از پایان کار در گروه گواه نیز در صورت تمایل آنها جزوه‌های آموزشی یا موارد دیگری را ارائه و در اختیارشان قرار داده شد. ساختار جلسات درمان فعال‌ساز رفتاری از پروتکل طراحی‌شده توسط دیمیدجیان و همکاران (۴۱) و نیز اقتباس از مارتل و همکاران (۱۶) و محتوای جلسات درمان فراشناختی نیز طبق کتاب راهنمای درمان فراشناختی برای افسردگی ولز (۴۲) اجرا گردید. شرح مختصر جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری در جدول ۱ و درمان فراشناخت در جدول ۲ ارائه گردیده است.

جدول ۱. مداخلات درمانی فعال‌سازی رفتاری دیمیدجیان و همکاران (۴۱) و مارتل و همکاران (۱۶)

جلسات ۱ و ۲	مرور ساختار درمان (محرمانه بودن اطلاعات، نقش‌ها، استفاده از مقیاس‌های خود گزارش‌دهی برای تشخیص علائم بیماری و نیاز به تمرینات خارج از جلسات درمان)، مرور تاریخچه پروتکل درمانی با نوجوان و والدینشان برای استفاده از درمان فعال‌سازی رفتاری، معرفی افسردگی و درمان فعال‌سازی رفتاری، نظارت بر فعالیت شرکت‌کنندگان، بررسی تأثیر روابط و فعالیت‌ها بر خلق‌وخو، معرفی مدل وضعیت - فعالیت - حالت برای نوجوانان، ارائه اطلاعات روان‌شناسی به والدین در مورد افسردگی نوجوانان
جلسات ۳ و ۴	معرفی نقش فعال‌سازی رفتاری در مدیریت خلق‌وخو - رفتار هدف محور در تقابل رفتار خلق و خودمحور، نظارت بر فعالیت و خلق‌وخو، صحبت با والدین در مورد تجربیات و نگرانی‌های آنان به‌عنوان والدین نوجوان افسرده، معرفی تحلیل عملکردی و نقش تقویت‌کننده در حفظ رفتار، معرفی پیامدهای کوتاه‌مدت در مقابل پیامدهای طولانی‌مدت انتخاب‌های رفتاری، استفاده از احساسات خوب

جلسات ۵ و ۶	بررسی و معرفی نقش استرس به‌عنوان یک عامل مهم برای افسردگی، معرفی راه‌حل مشکل به‌عنوان راهی برای کشف آنچه در شرایط استرس‌زا باید انجام داد، معرفی مهارت‌های ارتباطی به والدین و ایجاد ارتباطات مناسب و اثربخش، معرفی و ارائه ایده‌های هوشمند از طریق تنظیم هدف‌های مؤثر، تعیین و تخصیص اهداف جزئی و کوتاه‌مدت برای رسیدن به اهداف بزرگ‌تر، تنظیم اهداف برای تمرین در طول هفته، ارائه راه‌هایی برای والدین به‌منظور حمایت از نوجوانانشان.
جلسات ۷ و ۸	نشان دادن اهمیت شناسایی موانع داخلی و خارجی موجود در راه رسیدن به اهداف، معرفی استراتژی‌های رفتاری هدفمند برای غلبه بر موانع، تمرین اهداف ازپیش‌تعیین‌شده، حمایت از نوجوانان و والدین برای شناسایی ایده‌ها و نظارت والدین بر رفتار خود، نشان دادن اهمیت اجتناب به‌عنوان یک مانع داخلی مشترک و درک الگوی تکرار، پاسخ، اجتناب (TRAP).
جلسات ۹ و ۱۰	بررسی وضعیت نوجوانان و شناسایی آنچه که او می‌خواهد در بقیه جلسات درمان انجام دهد، بررسی مهارت‌های کلیدی برای کمک به نوجوانان برای وصول به اهداف خود، ارائه راه‌هایی برای فعال شدن ایده‌ها و اهداف و بیشترین استفاده از احساسات خوب، تنظیم هدف، شناخت موانع و اجتناب، همکاری با نوجوانان برای برنامه‌ریزی و تعیین یک برنامه عملی برای ارزیابی اولویت‌ها، اهداف و فعالیت‌های که برای تمرین در جلسات درمان بعدی لازم می‌باشد، حمایت از نوجوان و مرور اهمیت حفظ تمرکز بر روی برنامه و اهداف، تلاش برای بهبود حالت خلقی افسرده‌ساز.
جلسات ۱۱ و ۱۲	مرور و به‌روز کردن برنامه‌های تعیین‌شده در جلسات قبلی، ایجاد یک برنامه شخصی برای پیشگیری از تشدید بیماری برای کمک به نوجوانان و مدیریت عوامل افسرده‌ساز و علائم آن.

جدول ۲. جلسات فراشناخت درمانی ولز (۴۲)

جلسه	محتوا
اول	در ابتدای جلسه اول شرکت‌کنندگان معرفی و با یکدیگر آشنا می‌شوند. بعد علائم ناهماهنگی و احساس تنهایی ارزیابی می‌شود و نیاز و اهمیت و ضرورت درمان مشخص می‌شود.
دوم	ابتدا منطق درمان فراشناختی برای اختلالات روان‌شناختی و ارتقای حالت‌های بهنجار توضیح داده می‌شود، سپس روش‌های درمانی مختلف برای ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی با استفاده از روش فراشناختی ارزیابی می‌شود.
سوم	در جلسه سوم باورهای مثبت و منفی فراشناختی در افراد شناسایی و ارزیابی می‌شود و معایب و مزایای این باورها مورد تجزیه‌وتحلیل قرار می‌گیرد.
چهارم	در ابتدای جلسه راهبردهای کنترل فراشناختی افراد، تحلیل معایب و مزایای راهبردهای کنترل فراشناختی مورد استفاده شناسایی می‌شود و سپس راهبردهای کنترل فراشناختی مفیدتر به‌عنوان جایگزین آموزش داده می‌شود.
پنجم	افراد کاربرد شیوه‌های فاصله گرفتن از ذهن‌آگاهی در برخورد با افکار و راهبردهای ناکارآمد فراشناختی را آموزش می‌بینند (افراد یاد می‌گیرند با افکار خود مانند ابری در ذهن خود برخورد کنند، چنانچه نیاز به پردازش نداشته باشد).

ششم	در جلسه ششم شرکت‌کنندگان با راهبردهای نگرانی و نشخوار فکری به‌عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تحلیل سود و زیان نشخوار ذهنی و نگرانی، تحلیل فرایند سرکوب افکار به‌عنوان یک فرآیند ناکارآمد (ببر سفید) و پیامدهای درگیری با علائم، آموزش شیوه به تعویق انداختن نگرانی آشنا می‌شود.
هفتم	در ابتدای جلسه افراد با نشانگان بی‌توجهی شناختی در تداوم اختلال‌های روانی آشنا می‌شوند، سپس به آن‌ها فنون آموزش توجه به افراد و آموزش این شیوه به افراد ارائه می‌شود.
هشتم	در جلسات پایانی شیوه متمرکز کردن توجه بر موقعیت به‌عنوان راهبرد فراشناختی کارآمد آموزش داده می‌شود و موانع موجود در به‌کارگیری روش‌ها، علامت‌یابی و رفع آن ارائه می‌شود و در پایان جلسه پرسش‌نامه‌ها برای اجرای پس‌آزمون در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده می‌شود.

در این پژوهش به منظور گردآوری داده‌ها، ضمن جمع‌آوری اطلاعات جمعیت‌شناختی از پرسشنامه روان‌شناختی زیر نیز استفاده شد:

پرسشنامه پاسخ‌های نشخوار[۱] (RRS): این پرسشنامه توسط نولن-هوکسما و مارو[۲] (۴۳) تدوین شد و شامل ۲۲ گویه است و از دو خرده‌مقیاس پاسخ‌های نشخواری و پاسخ‌های منحرف‌کننده حواس تشکیل شده و هر کدام ۱۱ عبارت را شامل می‌شود. این پرسشنامه طبق طیف لیکرت از (۱) هرگز تا (۴) اغلب اوقات، نمره‌گذاری می‌شود. دامنه هر نمرات برای هر آزمودنی بین ۲۲ تا ۸۸ متغیر است. این پرسشنامه چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. نتایج پژوهش‌های زیادی نشان می‌دهند که مقیاس پاسخ‌های نشخواری می‌تواند شدت افسردگی را در دوره‌های پیگیری در نمونه‌های بالینی و غیربالینی با کنترل متغیرهایی مانند، سطح اولیه افسردگی و یا عوامل استرس را پیش‌بینی کند (۴۴). این مقیاس نخستین بار توسط باقری نژاد و همکاران (۴۴) به فارسی ترجمه شد. آنان ضریب پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و برای ابعادش ۰/۹۲ و ۰/۸۹ گزارش کردند. آلفای کرونباخ در پژوهش تنهای رشوانلو و همکاران (۴۵) ۰/۸۶ به دست آمد.

برای تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از تحلیل واریانس آمیخته که توسط نرم‌افزار spss-26 مورد تحلیل قرار گرفت، استفاده شد.

یافته‌ها:

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد ۱۴ نفر (۳۱ درصد) از شرکت‌کنندگان در تحقیق ۲۰ تا ۳۰ سال سن و ۲۱ نفر (۴۶ درصد) بین ۳۰ تا ۴۰ سال سن، و ۱۰ نفر (۲۳ درصد) دارای ۴۰ تا ۵۰ سال سن بودند. در ضمن میانگین و انحراف استاندارد میانگین سنی افراد شرکت‌کننده به ترتیب ۳۷/۲۸ و ۵/۲۹ سال می‌باشد.، ۲۵ نفر (۵۵/۶ درصد) از افراد شرکت‌کننده در تحقیق دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۴ نفر (۸/۹ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق‌دیپلم، ۱۰ نفر (۲۲/۲ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس، ۵ نفر (۱۱/۱ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس و ۱ نفر (۲/۲ درصد) دارای مدرک تحصیلی دکتری بودند.

---
۱. Rumination Response Scale
۲. Nolen-Hoeksema & Morrow

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، مؤلفه‌های نشخوار فکری برای سه گروه کنترل، درمان فراشناختی، فعال‌سازی رفتاری در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، در گروه کنترل میانگین مؤلفه پاسخ‌های نشخواری، پاسخ‌های منحرف‌کننده و معیار اخلاقی و نمره کل نشخوار فکری در پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه‌های درمان فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری شاهد کاهش قابل‌توجه مؤلفه‌های نشخوار فکری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون هستیم. همچنین نمرات زیر مؤلفه‌های پاسخ‌های نشخواری، پاسخ‌های منحرف‌کننده و معیارهای اخلاقی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است.

بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته صورت گرفت. قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس آمیخته، از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات نشخوار فکری و مؤلفه‌های آن در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری (p>۰/۰۵) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های نشخوار فکری در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۰/۱۸۶، P=۰/۲۰)، پس‌آزمون (F= ۱/۱۰۵، P=۰/۱۲۳) و پیگیری (F=۱/۳۳، P=۰/۲۶۳) در متغیر پاسخ‌های نشخواری در ۳ مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۱/۷۸۲، P=۰/۲۱۴)، پس‌آزمون (F=۱/۵۴۳، P=۰/۲۵۲) و پیگیری (F=۱/۳۴۶، P=۰/۴۶) در متغیر پاسخ‌های منحرف‌کننده در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۱/۲۳، P=۰/۳)، پس‌آزمون (F=۰/۸۱۷، P=۰/۴۵) و پیگیری (F=۱/۷۲، P=۰/۱۹) در متغیر معیارهای اخلاقی در سه مرحله اندازه‌گیری پاسخ‌های منحرف‌کننده در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F=۰/۶۴، P=۰/۵۳)، پس‌آزمون (F=۱/۱۲۷، P=۰/۱۱۵) و پیگیری (F=۰/۳۱۶، P=۰/۱۷۵) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس در متغیر نشخوار فکری (MBOX =۲۹/۷۳، F =۱/۰۴، P=۰/۳۲)، متغیر پاسخ‌های نشخواری (MBOX = ۱۷/۴۷، F =۱/۳۵، P=۰/۳۳)، متغیر پاسخ‌های منحرف‌کننده (MBOX =۳۱/۵۴، F =۱/۸۱۴، P=۰/۱)، متغیر معیارهای اخلاقی (MBOX =۱۴/۹۵، F =۱/۵۶۱، P=۰/۳۵) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش‌فرض کرویت برای هیچ‌کدام از مؤلفه‌های نشخوار فکری به‌جز پاسخ‌های نشخواری رعایت نشده است بنابراین برای تفسیر نتایج از روش گرینهاوس - گیسر استفاده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر نشخوار فکری و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

		پیش‌آزمون		**پس‌آزمون**		**پیگیری**	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پاسخ‌های نشخواری	گواه	۷۰/۹۳	۱۰/۱۹	۷۰/۴۷	۱۰/۲۰	۷۰/۴۷	۱۰/۰۶
	درمان فراشناختی	۷۴/۰۰	۱۰/۵۳	۴۹/۱۳	۷/۱۹	۴۸/۸۷	۷/۳۲
	فعال‌سازی رفتاری	۶۹/۰۷	۹/۸۹	۳۷/۴۰	۷/۴۳	۳۷/۲۰	۷/۴۶
پاسخ‌های منحرف‌کننده	گواه	۳۹/۲۰	۴/۳۹	۳۷/۶۷	۵/۱۱	۳۶/۵۳	۵/۲۸
	درمان فراشناختی	۳۸/۸۰	۳/۰۸	۲۵/۰۰	۴/۶۹	۲۳/۷۳	۵/۲۸
	فعال‌سازی	۳۸/۲۰	۳/۸۲	۱۸/۷۳	۲/۸۹	۱۷/۲۷	۲/۹۶

	رفتاری						
نشخوار فکری	گواه	۱۲۹/۱۳	۱۴/۹۳	۱۲۸/۴۷	۱۴/۷۲	۱۲۸/۸۷	۱۴/۲۸
	درمان فراشناختی	۱۳۴/۳۳	۱۶/۲۱	۹۰/۴۰	۱۰/۸۰	۹۰/۱۳	۱۰/۷۰
	فعال‌سازی رفتاری	۱۳۰/۹۳	۱۳/۴۵	۶۹/۲۷	۹/۳۴	۶۸/۸۷	۹/۷۸

بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد در متغیر پاسخ‌های نشخواری اثر زمان معنادار است (P<۰/۰۵) بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیرهای پاسخ‌های نشخواری، پاسخ‌های منحرف‌کننده و نشخوار فکری تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه گواه در متغیر وابسته تفاوت وجود دارد همچنین در اثر گروه با توجه به مقادیر و سطح معناداری F در متغیرهای پاسخ‌های نشخواری، پاسخ‌های منحرف‌کننده و نشخوار فکری بین دو گروه درمان فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد مقایسه دوبه‌دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله با استفاده از آزمون بونفرونی صورت گرفته است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است. با توجه به جدول ۵ ملاحظه می‌شود تفاوت معناداری بین گروه‌های فراشناخت درمانی و گواه در متغیر پاسخ‌های نشخواری (P<۰/۰۵) و بین گروه‌های فراشناخت درمانی و گواه در متغیرهای پاسخ‌های نشخواری، پاسخ‌های منحرف‌کننده و نشخوار فکری و درمان فعال‌سازی رفتاری و گواه در متغیرهای پاسخ‌های نشخواری، پاسخ‌های منحرف‌کننده و معیارهای اخلاقی و نشخوار فکری (P<۰/۰۵) وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین روش فعال‌سازی رفتاری و درمان فراشناختی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ اختلاف معنادار وجود دارد. مطابق با جدول ۵ اختلاف میانگین روش درمان فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری برای متغیر نشخوار فکری و مؤلفه‌هایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت مثبت معنادار شده است. درنتیجه روش فعال‌سازی رفتاری در کاهش نشخوار فکری اثربخشی بیشتری نسبت به فراشناخت درمانی داشته است (**P<۰/۰۵**).

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر
پاسخ‌های نشخواری	درون‌گروهی	زمان	۱۹۹۱/۷۶	۲	۹۹۵/۸۸	۲۷/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۲
		زمان × گروه	۸۱۰/۹۸	۴	۲۰۲/۷۵	۵/۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۳
		خطا	۲۴۱/۱۸	۷۶	۳۶/۰۷	-	-	-
	بین‌گروهی	گروه	۲۴۱/۱۸	۷۶	۱۷۱۱/۱۴	۲۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲
		خطا	۳۱۴۸/۶۸	۷۶	۸۲/۸۶	-	-	-
پاسخ‌های	درون‌گروهی	زمان	۸۲/۹۳	۱/۴۵	۵۷/۰۶	۰/۲۵	۰/۷۷	۰/۰۱
		زمان ×	۱۶۱۹/۶۳	۲/۹۱	۵۵۷/۲۴	۲/۴۵	۰/۰۵	۰/۱۱

خانواده و بهداشت

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۲، پیاپی (۳)۳۸ ص ۱۰۴-۸۷

Family and health Quarterly, vol13, Issu3, Autummn 2023, ISSN: 2322-3065

http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.3.5.6

منحرف‌کننده		گروه						
		خطا	۱۲۵۴۴/۸۹	۵۵/۲۲	۲۲۷/۱۷	-	-	-
	بین‌گروهی	گروه	۲۲۵۵/۲۲	۲	۱۱۲۷/۶۱	۴/۹۵	۰/۰۱	۰/۲۱
		خطا	۸۶۵۶/۴۱	۳۸/۰۰۲	۲۲۷/۸	-	-	-
نشخوار فکری	درون‌گروهی	زمان	۲۹۲/۹۸	۱/۳۳	۲۲۰/۵۳	۰/۴۶	۰/۵۶	۰/۰۱
		زمان × گروه	۵۸۱۲/۲	۲/۶۶	۲۱۸۷/۵	۴/۵۵	۰/۰۱	۰/۱۹
		خطا	۲۴۲۸۳/۱۹	۵۰/۴۸	۴۸۱/۰۲	-	-	-

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین مؤلفه‌های نشخوار فکری

			پیش‌آزمون			**پس‌آزمون**			**پیگیری**		
پاسخ‌های نشخواری	درمان فراشناختی	کنترل	۳/۰۶۷	۳/۷۲۶	۱/۰۰۰	-۲۱/۳۳۳*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۰	-۲۱/۶۰۰*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۰
		فعال‌سازی رفتاری	۴/۹۳۳	۳/۷۲۶	۰/۵۷۸	۱۱/۷۳۳*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۱	۱۱/۶۶۷*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۱
	فعال‌سازی رفتاری	کنترل	-۱/۸۶۷	۳/۷۲۶	۱/۰۰۰	-۳۳/۰۶۷*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۰	-۳۳/۲۶۷*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۰
		درمان فراشناختی	-۴/۹۳۳	۳/۷۲۶	۰/۵۷۸	-۱۱/۷۳۳*	۳/۰۶۲	۰/۰۰۱	-۱۱/۶۶۷*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۱
پاسخ‌های منحرف‌کننده	درمان فراشناختی	کنترل	-۰/۴۰۰	۱/۳۸۸	۱/۰۰۰	-۱۲/۶۶۷*	۱/۵۸۴	۰/۰۰۰	-۱۲/۸۰۰*	۱/۶۹۴	۰/۰۰۰
		فعال‌سازی رفتاری	۰/۶۰۰	۱/۳۸۸	۱/۰۰۰	۶/۲۶۷*	۱/۵۸۴	۰/۰۰۱	۶/۴۶۷*	۱/۶۹۴	۰/۰۰۱
	فعال‌سازی رفتاری	کنترل	-۱/۰۰۰	۱/۳۸۸	۱/۰۰۰	-۱۸/۹۳۳*	۱/۵۸۴	۰/۰۰۰	-۱۹/۲۶۷*	۱/۶۹۴	۰/۰۰۰
		درمان فراشناختی	-۰/۶۰۰	۱/۳۸۸	۱/۰۰۰	-۶/۲۶۷*	۱/۵۸۴	۰/۰۰۱	-۶/۴۶۷*	۱/۶۹۴	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	درمان فراشناختی	کنترل	۵/۲۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	-۳۸/۰۶۷*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۰	-۳۸/۷۳۳*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۰
		فعال‌سازی رفتاری	۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	۲۱/۱۳۳*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۰	۲۱/۲۶۷*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۰
	فعال‌سازی رفتاری	کنترل	۱/۸۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	-۵۹/۲۰۰*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۰	-۶۰/۰۰۰*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۰
		درمان فراشناختی	-۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	۱/۰۰۰	-۲۱/۱۳۳*	۴/۳۲۳	۰/۰۰۰	-۲۱/۲۶۷*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۰

بحث و نتیجه‌گیری:

پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال بود که آیا بین اثربخشی و تداوم اثر درمان فراشناختی و درمان مبتنی بر فعال‌سازی رفتاری بر ابعاد نشخوار فکری در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تفاوت وجود دارد؟ نتایج تحلیل واریانس آمیخته نشان داد که هر دو گروه درمانی در مقایسه با گروه گواه بر روی نشخوار فکری مؤثر بودند و درمان فعال‌سازی رفتاری اثربخشی بیشتری در کاهش نشخوار فکری زنان مبتلا به اختلالات افسردگی اساسی نسبت به فراشناخت درمانی داشته است.

در تبیین اثربخشی درمان فراشناختی بر نشخوار فکری و مؤلفه‌های آن در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، مطالعه‌ای که به‌طور مستقیم با نتایج این پژوهش همسو باشد، یافت نشد اما نتایج به‌دست‌آمده به‌صورت غیرمستقیم و تا حدودی با پژوهش‌های بساک‌نژاد و همکاران (۳۴)، انصاری و همکاران (۳۵)، طاهری داغیان و همکاران (۳۶)، وینتر و همکاران (۳۷)، جمدال و همکاران (۳۸)، بایگان و همکاران (۳۹) و شایچ و همکاران[۱] (۴۰) که اثربخشی درمان فراشناختی را در بیماران دارای اختلال افسردگی و افسردگی اساسی را تأیید نموده بودند، همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی این درمان بر نشخوار فکری و مؤلفه‌های آن در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی می‌توان گفت که افسردگی با مواردی از قبیل نشخوار فکری و فراشناخت‌های مثبت و منفی همراه است. ازاین‌رو اگر درمان روی مؤلفه‌هایی از قبیل کاهش نشخوارهای فکری و تغییر فراشناخت‌ها گام بردارد می‌تواند علائم نشخوار فکری در افراد مبتلا به افسردگی را کاهش دهد (۵۰). موفقیت درمان فراشناختی افسردگی درگرو هدف قرار دادن مشخصه‌ی اصلی افسردگی یعنی نشخوار فکری می‌باشد (۵۱). افکار منفی سمج (نشخوار فکری و نگرانی) به‌عنوان یکی از چند عامل هم‌زمان در آسیب‌پذیری و حفظ اختلال مؤثر شناخته می‌شوند و به‌عنوان راهبردهای مقابله‌ای مدنظر قرار می‌گیرند. محتوای باورهای فراشناختی مثبت، شامل موضوعاتی در رابطه با نشخوار فکری به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای است. باورهای فراشناختی منفی، نشخوار فکری موضوعاتی را در ارتباط با نشخوار فکری دربر می‌گیرد. اگرچه بسیاری از مردم معتقدند، نشخوار فکری به حل مشکل آنها کمک می‌کند، اما پاسخ به مشکلات از طریق نشخوار فکری با مشکلات و تنش بیشتر همراه است. بنابراین می‌توان احتمال داد که درمان به کار گرفته‌شده در این پژوهش توانسته است نشخوار فکری مربوط به نشخوار فکری آزمودنی‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. نولن هوکسما در تبیین اثربخشی فنون فراشناختی، به ماهیت این درمان اشاره کرده و آن را در اثربخش بودن روند درمان مؤثر دانسته‌اند (۵۲). ازآنجاکه در افسردگی الگوهای تفکر شخص، بر خود و موضوعات تهدیدکننده متمرکز می‌شود، درمان مذکور بر تغییر این الگوهای تفکر، تأکید 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 ادراک‌شده و تنظیم هیجانات منفی ناشی از آن انجام می‌دهند، ولی در درازمدت نتیجه‌ی معکوس می‌گیرند، پرداخته است (۵۳). درواقع درمان فراشناختی از طریق ایجاد بینش در بیماران زمینه را برای به دست آوردن نتایج درمانی بهتر فراهم می‌کند. به‌عبارت‌دیگر هدف مدل درمانی فراشناختی اختلال افسردگی، نشان دادن فراشناخت‌ها و فرآیندهای تداوم‌بخش دوره‌های افسرده‌ساز است. همچنین در تبیین نتایج درمان 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. بنابراین یکی از دلایل پایداری نتایج درمانی در مرحله‌ی پیگیری می‌تواند به علت افزایش کنترل فراشناختی افراد دارای علائم 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 تشدید نشخوار فکری، تغییر دهند (۵۴).

در کل با توجه به تغییراتی که در هر سه آزمودنی اتفاق افتاده است می‌توان نتیجه گرفت که تسهیل سبک‌های زیر بنایی تفکر ازجمله نشخوار فکری و باورهای فراشناختی توانسته موجب کاهش افکار خود آیند منفی گردد و درنتیجه موجب کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی شد. اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری با نتایج پژوهش‌های (۲۶، ۲۴، ۲۱) که اثربخشی درمان فعال‌سازی را بر افسردگی تأیید کرده‌اند، همسو و همخوان است.

---

۱. Schaich et.al

خانواده و بهداشت
فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۲، پیاپی (۳)۳۸ ص ۱۰۴-۸۷
Family and health Quarterly, vol13, Issu3, Autummn 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.3.5.6

در ارتباط با تبیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر نشخوار فکری در زنان مبتلا به افسردگی اساسی می‌توان گفت که نظریه‌ی رفتاری افسردگی پیشنهاد می‌کند که این درمان به این دلیل اثربخش است که منجر به افزایش تقویت مثبت می‌گردد. هدف فعال‌سازی رفتاری، افزایش رفتارهایی است که احتمالاً منجر به دریافت پاداش از سوی بیمار می‌شوند. پاداش‌ها ممکن است درونی (مانند لذت یا حس موفقیت) و یا بیرونی (مانند توجه انتخابی) باشند. این افزایش پاداش‌ها به بهبود خلق بیمار کمک می‌کنند (۱۵). چنین فرایندی به‌مرورزمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن بهبود خلق می‌گردد (۱). مارتل و همکاران (۵۴) نیز پیشنهاد کرده‌اند که علت اثربخشی این درمان می‌تواند این باشد که در حین درمان، افراد یاد می‌گیرند که سبک زندگی‌شان را عوض کنند و قانون جدیدی را در زندگی‌شان دنبال کنند. یعنی به‌جای اینکه هنگامی‌که احساس غمگینی می‌کنند، خاموش شوند؛ هنگامی‌که احساس غمگینی می‌کنند، فعال شوند. در خصوص اثربخشی این درمان بر روی نشخوار فکری دارای خودسرزنشگری و نشخوار فکری نیز می‌توان گفت که یکی از اهداف فعال‌سازی رفتاری، کاهش نشخوار فکری افسرده‌ساز از طریق تمرکز بیمار بر فعالیت‌های محیطی می‌باشد (۵۵). طبق نظریه‌ی فعال‌سازی رفتاری، نشخوار فکری یک رفتار خصوصی است که جلوی درگیر شدن کامل در فعالیت‌های زندگی را می‌گیرد و بنابراین می‌تواند به‌عنوان نوعی اجتناب عمل کند. طبق این نظریه، نشخوار فکری منجر به دو شکل خاص می‌شود که در بهبود افسردگی آماج درمان قرار می‌گیرند: نخست، نشخوار فکری فرد را از محیطش جدا می‌کند و به‌جای درگیری در فعالیت‌های آن لحظه، وی را بر افکار درونی متمرکز می‌کند. دوم، نشخوار فکری جلوی حل مسأله‌ی ثمربخش را می‌گیرد (۱۶). درمان فعال‌سازی رفتاری با استفاده از تکنیک‌های خاصی مانند برجسته ساختن پیامدهای نشخوار فکری، حل مسأله، توجه دقیق به تجربه‌ی حسی، تمرکز مجدد بر تکلیف در دسترس، سبب برگرداندن توجه فرد از افکار نشخواری و مشکل‌ساز می‌شود. این تکنیک‌ها روشی فراهم می‌آورند که بدون درگیری در محتوای افکار، فرایند نشخوار فکری را هدف قرار می‌دهند. پیشنهاد شده است که تغییر رفتاری و به دنبال آن درمان فعال‌سازی رفتاری، ممکن است بیانگر روش به‌ویژه مؤثر تغییر در شناخت‌واره‌ها باشد.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری در مقایسه با درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار فکری در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی اثربخش‌تر بوده است. یعنی درمان فعال‌سازی رفتاری، بیشتر توانسته است نشخوار فکری زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی را کاهش دهد. در تبیین اثربخش‌تر بودن درمان فعال‌سازی رفتاری بر نشخوار فکری می‌توان گفت که رویکرد درمانی فعال‌سازی رفتار تلاش دارد عواملی که در ابتلا به اختلال افسردگی نقش دارند را مورد شناسایی قرار دهد. ازنظر این نوع درمان برای کاهش میزان نشخوار فکری که منجر به ایجاد افسردگی می‌شود، لازم است تغییراتی در برخی از جنبه‌های زندگی انجام گیرد و حالت کناره‌جویی که عاملی مهم در حفظ یا افزایش میزان نشخوار فکری است کاهش یابد. درمانگر برای کاهش نشخوار فکری از روشی به نام روش فعالیت‌های هدایت‌شده استفاده کرد. در این روش از یک سلسله از رویکردهای مربوط به تغییر رفتار استفاده شد که درنهایت با استفاده از آنها آزمودنی‌ها توانستند، میزان تقویت‌کنندگان بیشتری را از محیط به دست آورند. نقش درمانگر فعال‌سازی رفتار به‌مانند نقش یک مربی بود. به‌عبارت‌دیگر، زمانی که مراجع تلاش داشت تا تکنیک‌های فعال‌سازی را اجرا کند، درمانگر کمک‌های تخصصی برای موفقیت در اجرای این تکنیک‌ها را فراهم کرد. همچنین درمانگر در طول درمان تلاش کرد مشکلات مراجع را در قالب‌های کوچک درآورد تا امکان حل آنها بیشتر گردد.

به‌طورکلی نتایج نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری اثربخشی بیشتری نسبت به درمان فراشناختی در کاهش نشخوار فکری زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی داشته است. ازاین‌رو می‌توان از درمان فعال‌سازی رفتار به‌عنوان مداخله تأثیرگذار

روان‌شناختی در درمان مشکلات زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی استفاده کرد. پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره اسلامی جلسات گروهی درمان فعال‌سازی رفتار برگزار شود و این برنامه و تکنیک‌های مرتبط با آن برای کمک به وضعیت روانی زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، در قالب کارگاه‌های دانش‌افزایی، آموزش داده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده به مقایسه اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتار با دیگر رویکردهای درمانی ازجمله درمان‌های موج سوم مثل تعهد و پذیرش و پرداخته شود. درنهایت پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده جهت تعمیم‌پذیری نتایج به انجام پژوهش در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی سایر شهرها و دیگر افراد مبتلا به انواع اختلالات روانی پرداخته شود.

محدودیت‌های پژوهش

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به شبه‌آزمایشی بودن پژوهش؛ یعنی گروه‌ها به‌صورت هدفمند (زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی) انتخاب شدند، اما افراد به‌صورت تصادفی گمارش شدند و عدم کنترل طول مدت اختلال افسردگی اساسی به‌عنوان متغیر تأثیرگذار در اثربخشی مداخله به دلیل دسترسی محدود به تعداد نمونه بیشتر اشاره کرد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته روانشناسی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین است که در تاریخ ۱۳۹۹/۱۰/۲۰ توسط شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی مانند رضایت کامل افراد نمونه، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات رعایت شده است و پژوهشگر پس از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق با شناسه IR.IAU.ARAK.REC.1400.011 فرآیند پژوهش را انجام داده است.

تضاد منافع

نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافعی وجود ندارد.

سپاسگزاری

از تمامی بانوان شرکت‌کننده در این پژوهش و اساتید محترم راهنما و مشاور تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع:

1. Young JE, Rygh JL, Weinberger AD, Beck AT. Cognitive therapy for depression. In D. H. Barlow (Ed.). Clinical handbook of psychological disorders (250-306). New York: Guilford Press; 2018.
2. Seshadri A, Orth SS, Adaji A, Singh B, Clark MM, Frye MA, McGillivray J, Fuller-Tyszkiewicz M. Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Positive Psychotherapy for Major Depression. American Journal of Psychotherapy. 2021; 74(1): 4-12. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200006.
3. Omidmehr A, Hekmat H, Kordestani D, Gholami M. The Effectiveness of Mindfulness, Logotherpy and Behavioral Activation Treatment on Negative Automatic Thoughts and Depressed Female Students' Attention. Family and health quarterly. 2020; 10(3): 19-35. (In Persian) http://journal.astara.ir/article_245948.html
4. Levinson DF. The genetics of depression: A review. Biological Psychiatry. 2016; 60: 84-92. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.08.024
5. Collins E, Segal Z. Therapeutic mindfulness and depression. In M. H. Trivedi (Ed.), Depression (pp. 357–371). Oxford University Press, 2020.

Family and health Quarterly, vol13, Issu3, Autummn 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.3.5.6

6. Moore MT, Lau MA, Haigh EAP, Willett BR, Bosma CM, Fresco DM. Association between decentering and reductions in relapse/recurrence in mindfulness-based cognitive therapy for depression in adults: A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2020; 90(2): 137-147. https://doi.org/10.1037/ccp0000718
7. Guo HR, Wang JR, Wang YL, Huang BL, Yang XH, Ren YM. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy combined with medication therapy in preventing recurrence of major depressive disorder in convalescent patients. Front Psychology. 2020; 18(13): 882006. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.882006.
8. Sharma V, Sagar R, Kaloiya G, Mehta M. Effectiveness of Metacognitive Therapy in Patients with Depression and Comorbid Anxiety Symptoms: A Case Series From India. Cureus. 2022; 14(4): e24229. https://doi.org/10.7759/cureus.24229
9. Stalmeier TDM, Lubbers J, Cladder-Micus MB, Hanssen I, Huijbers MJ, Speckens AEM, Geurts, DEM. Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) reduces depression-related self-referential processing in patients with bipolar disorder: an exploratory task-based study. Cognition and Emotion. 2020; 2: 1-18. doi.org/10.1080/02699931.2022.2105308
10. Abbasi R, Khademloo M. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive therapy on Schema fectiveness/ shame, rumination and social isolation of women perfectionis. Psychological Studies. 2018; 14(1): 127-145. (In Persian) https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_3136.html
11. Kraines MA, Peterson SK, Tremont GN, Beard C, Brewer JA, Uebelacker LA. Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: a Systematic Review of Cognitive Outcomes. Mindfulness. 2022; 13: 1126-1135. https://doi.org/10.1007/s12671-022-01841-7
12. Johannsen M, Nissen ER, Lundorff M, O'Toole MS. Mediators of acceptance mindfulness-based therapies for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. Clinical Psychology Review. 2022: 94: 102156. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102156
13. Dimidjian S, Barrera MJr, Martell C, Muñoz RF, Lewinsohn PM. The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. Annual Review of Clinical Psychology. 2021; 7(4): 1-38. https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy-032210-104535
14. Mazzucchelli T, Kane R, Rees C. Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. Clinical Psychology: Science and Practice. 2009; 16(4): 383-411. https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01178.x
15. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. 24 Ed, New York: Guilford Press, 2018.
16. Martell CR, Dimidjian S, Herman-Dunn R. Behavioral activation for depression: A clinician's guide. New York: Guilford, 2010.
17. Addis ME, Martell CR. Overcoming depression one step at a time: The new behavioral activation approach to getting your life back. New Harbinger Publications, Incorporated, 2014.

18. Tanrıverdi D, Özgüç S. Metacognitive features and cognitive distortions of the patients with major depression. Current Psychology; 2022. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03026-w
19. Daughters SB, Braun AR, Sargeant MN, Reynolds EK, Hopko DR, Blanco C, Lejuez CW. Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: the life enhancement treatment for substance use (LETS Act!). Journal of Clinical Psychiatry. 2018; 69(1): 122-129. https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0116
20. Rahbaran R, Karami R, Shahmohammadi M. The Effectiveness of Behavioral Activation Therapy on Rhubarb and Depression Disorders in Adolescents. The Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology (JTBCP). 2019; 14(52): 17-26. (In Persian) https://jtbcp.riau.ac.ir/m/article_1539.html
21. Uphoff E, Pires M, Barbui C, Barua D, Churchill R, Cristofalo D, Ekers D, Fottrell E, Mazumdar P, Purgato M, Rana R, Wright J, Siddiqi N. Behavioural activation therapy for depression in adults with non-communicable diseases. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020; 8(8): CD013461. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013461.pub2.
22. Stein AT, Carl E, Cuijpers P, Karyotaki E, Smits JAJ. Looking beyond depression: a meta-analysis of the effect of behavioral activation on depression, anxiety, and activation. Psychol Med. 2021; 51(9): 1491-1504. https://doi.org/10.1017/S0033291720000239
23. Moshier SJ, Otto MW. Behavioral activation treatment for major depression: A randomized trial of the efficacy of augmentation with cognitive control training. J Affect Disord. 2017; 210: 265-268. https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.003
24. Polenick CA, Flora SR. Behavioral activation for depression in older adults: theoretical and practical considerations. Behavior Analyst. 2018; 36(1): 35-55. https://doi.org/10.1007/bf03392291
25. Kharaei K, Azizi M. Effectiveness of behavioral activation on depression, anxiety and increase quality of life for female heads of households in ghaleh- ganj city. JNIP. 2021; 10(14):1-8. (In Persian) http://jnip.ir/article-1-580-fa.html
26. Ataie Moghanloo V, Ataie Moghanloo R. The effect of behavioral activation therapy based on lifestyle changes on depression, psychological well-being and guilt in children aged 7 to 15 years with diabetes. Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences. 2015; 14(4): 338-325. http://journal.rums.ac.ir/article-1-2382-fa.html (In Persian)
27. Hauschildt M, Arlt S, Moritz S, Yassari AH, Jelinek L. Efficacy of metacognitive training for depression as add-on intervention for patients with depression in acute intensive psychiatric inpatient care: A randomized controlled trial. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2022; 1-14. https://doi.org/10.1002/cpp.2733.
28. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press, 2019.
29. Carter JD, Jordan J, McIntosh VVW, Frampton CMA, Lacey C, Porter RJ, Mulder RT. Long-term efficacy of metacognitive therapy and cognitive behaviour therapy for depression. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2022; 56(2): 137-143. https://doi.org/10.1177/00048674211025686
30. Dietrichkeit M, Hagemann-Goebel M, Nestoriuc Y, Mortiz S, Jelinek L. Side effects of the metacognitive training for depression compared to a cognitive remediation training in

Family and health Quarterly, vol13, Issu3, Autummn 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.3.5.6

patients with depression. Scientific Reports. 2021; 12(11): 7861. https://doi.org/10.1038/s41598-021-87198-8.
31. Wells A, Reeves D, Heal C, Davies LM, Shields GE, Heagerty A, Fisher P, Doherty P, Capobianco L. Evaluating Metacognitive Therapy to Improve Treatment of Anxiety and Depression in Cardiovascular Disease: The NIHR Funded PATHWAY Research Programme. Front Psychiatry. 2022; 13: 886407. Doi.org/10. 3389/fpsyt.2022.886407
32. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin, C. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. Behavior research and therapy. 2012; 50: 367-373. https://doi.org/10.1016.j.brat.2012.02.004
33. Özgüç S, Tanriverdi D. Effect of metacognitive training applied on depression and cognitive distortion levels of depression patients. Current Psychology. 2021. https://doi.org/10.1007/s12144-021-02202-8
34. Bassaknejad S, Zargar Y, Hatami Sarbarzeh M. The effectiveness of cognitive behavioral group therapy on thought-action fusion, thought suppression and guilty feeling of university students. Cognitive and Behavioral Sciences Research. 2012; 3(1): 23-32. (In Persian) https://cbs.ui.ac.ir/article_17302.html
35. Ansari B, Tasbihsazan S, Khademi A, Rezaei M. Effectiveness of Metacognitive Therapy on Worry, Rumination and Asthma Control in Patients with Asthma. IJRN. 2021; 7(3): 20-29. (In Persian) http://ijrn.ir/article-1-627-fa.html
36. Taheri Daghian A, Ghasemi Motlagh M, Mehdian H. Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and metacognitive therapy on reducing depression and rumination in depressed patients. MUMS. 2021; 63(6): 264-275. (In Persian) https://mjms.mums.ac.ir/article_18374.html
37. Winter L, Schweiger U, Kahl KG. Feasibility and outcome of metacognitive therapy for major depressive disorder: a pilot study. BMC Psychiatry. 2020; 20(1): 566. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02976-4
38. Hjemdal O, Solem S, Hagen R, Kennair LEO, Nordahl HM, Wells A. A Randomized Controlled Trial of Metacognitive Therapy for Depression: Analysis of 1-Year Follow-Up. Front Psychol. 2019; 8: 10-1842. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01842
39. Bayegan K, Sotodeh Asl N, Karami A, Asadzadeh Dahraei H. Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Behavioral Activation on Depression in Elderly with Type 2 Diabetes. Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology. 2020; 7(1): 9-14. http://ajnpp.umsha.ac.ir/article-1-305-en.html
40. Schaich A, Heikaus L, Assmann N, Köhne S, Jauch-Chara K, Hüppe M, Wells A, Schweiger U, Klein JP, Fassbinder E. PRO*MDD Study Protocol: Effectiveness of Outpatient Treatment Programs for Major Depressive Disorder: Metacognitive Therapy vs. Behavioral Activation a Single-Center Randomized Clinical Trial. Front Psychiatry. 2018; 9: 584. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00584
41. Dimidjian S, Martell CR, Addis ME, Herman-Dunn R. Behavioral activation for depression. In D. H. Barlow (Ed.), Clinical Handbook of Psychological Disorders (328–364). New York: The Guilford Press; 2008.

42. Wells A. Metacognitive therapy: A practical guide, (Ch.9: Major depressive disorder). New York: Guilford press, 2009.
43. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. Journal of Personality and Social Psychology. 1991; 61: 115-121. doi.10.1037/0022-3514.61.1.115
44. Bagherinezhad M, Salehi Fadardi J, Tabatabayi SM. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2010; 11(1): 21-38. (In Persian) https://tpccp.um.ac.ir/article_28015.html?lang=fa
45. Tanhaye Reshvanloo F, Torkamani M, Mirshahi S, Hajibakloo N, Kareshki H. Validity and Reliability Assessment of the Persian Version of the Co-Rumination Questionnaire. Journal of clinical psychology. 2021; 13(1): 79-87. (In Persian) https://jcp.semnan.ac.ir/article_5107.html
46. Mortezaei Z, Ali Mirzaei M, Shamsi S. Comparison of metacognitive therapy and stress reduction program therapy based on mindfulness on depression, self-evaluation and emotion regulation in women with postpartum depression. New ideas of psychology. 2017; 1(3): 30-40. http://jnip.ir/article-1-104-fa.htmal (In Persian)
47. Khoshlahjeh A. The effect of metacognitive therapy in reducing symptoms of depression and anxiety in female patients with constipation. Educational Sciences and Psychology. 2017; 6(21): 116-128. https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article/-3703.html (In Persian)
48. Ghadampour E, Azizi A, Mohammadi J. Efficacy of detached mindfulness in metacognitive therapy on postpartum depression. Nursing Education. 2017; 5(5): 17-22. http://jne.ir/article-1-738-fa.html (In Persian)
49. Hasanvandi S, Valizadeh M, Mehrabizadeh Honarmand M. The effectiveness of group-based metacognitive therapy on symptoms of depression and rumination. Principles of Mental Health. 2013; 15(57): 142-168. doi.org/10.22038/jfmh.2013.775 (In Persian)
50. Ma SH, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2004; 72(1): 31-40. https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.1.31
51. Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J. Chronic treated with metacognitive therapy: An open trial. Cognitive and Behavioral Practice. 2008; 15(2): 85-92. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.11.005
52. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2004; 35(3): 307-318. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.07.001
53. Wells A, Matthews G. Attention and emotion: A clinical prespective. UK: Erlbaum, 1994.
54. Martell C, Addis M, Dimidjian S. Finding the Action in Behavioral Activation: The Search for Empirically Supported Interventions and Mechanisms of Change. In Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M (Eds), Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition. New York: Guilford Press, 2004: 152-167
55. Ritschel LA, Ramirez CL, Jones M, Craighead WE. Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. Cognitive and Behavioral Practice. 2011; 18(2): 281-99. https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.07.002

فصلنامه خانواده و بهداشت، دوره سیزدهم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۲، پیاپی (۳)۳۸ ص ۱۰۴-۸۷
Family and health Quarterly, vol13, Issu3, Autummn 2023, ISSN: 2322-3065
http://journals.iau-astara.ac.ir, D.O.R. 20.1001.1.23223065.1402.13.3.5.6