

**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**

زرین سادات لاریجانی[✉]، پروانه محمدخانی^{**}، فریبا حسینی^{***}،
مژگان سپاه‌منصور^{****} و غلامرضا محمودی^{*****}

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در دانشجویان با نشانه‌های افسردگی، باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای بود. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. به این منظور با استفاده از فراخوان، از دانشجویان برای شرکت در جلسات گروه درمانی دعوت شد. ۲۸ نفر از افراد با نشانه‌های افسردگی طبق نمره برش پرسشنامه افسردگی بک (۲۸-۱۰) انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن ۱۵ نفر و درمان فراشناختی ۱۳ نفر قرار گرفتند. پرسشنامه افسردگی بک (بک و همکاران)، مقیاس باورهای فراشناختی مثبت درباره نشخوار فکری (پاپاجورجیو و ولز)، مقیاس باورهای فراشناختی منفی درباره نشخوار فکری (پاپاجورجیو، ولز و منیا) و پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم (بوند و همکاران) قبل و بعد از درمان اجرا شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس یک‌راهه تک متغیره استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که درمان فراشناختی نسبت به شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن تأثیر بیشتری در کاهش باورهای مثبت ($P < 0/05$) و منفی ($P < 0/05$) فراشناختی درباره نشخوار فکری دارد. همچنین شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن اثربخشی بیشتری در کاهش اجتناب و افزایش پذیرش داشت ($P < 0/01$). به این ترتیب یافته‌های پژوهش حاضر نشان‌دهنده

✉ دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز zlarijani@yahoo.com

**استاد گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

***استادیار دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز

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

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

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۴

تاریخ دریافت: ۹۲/۳/۱۱

اثربخشی بیشتر درمان فراشناختی برای باورهای مثبت و منفی فراشناختی درباره نشخوار فکری و اثربخشی بیشتر شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هستند. امید است پژوهش‌های آینده مکانیزم‌های اثربخشی دو درمان مذکور را روشن‌تر کنند.

کلید واژه‌ها

شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن؛ درمان فراشناختی؛ باورهای مثبت فراشناختی درباره نشخوار فکری؛ باورهای منفی فراشناختی درباره نشخوار فکری؛ اجتناب تجربه‌ای؛ علائم افسردگی؛ پذیرش

مقدمه

اختلال افسردگی یک بیماری عودکننده^۱ با پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، جسمانی و روانی بسیار است (سگال، ویلیامز و تیزدل،^۲ ۲۰۰۷). در رابطه با اهمیت این اختلال می‌توان گفت که در حال حاضر افسردگی چهارمین بیماری شایع جهان محسوب می‌شود و بر اساس آمار اعلام شده از سوی سازمان بهداشت جهانی^۳ (WHO)، ۳۴۰۰ میلیون نفر از افسردگی رنج می‌برند و طبق برآوردهای انجام شده پیش‌بینی می‌شود تا سال ۲۰۲۰ این بیماری به دومین بیماری شایع جهان تبدیل شود (چاپمن و پری^۴، ۲۰۰۸). از طرف دیگر تخمین زده شده است که تقریباً یک پنجم جمعیت مبتلا به اختلال افسردگی عمده هستند (کسلر^۵ و همکاران، ۲۰۰۳). همین‌طور در تکرار مطالعه همبودی ملی که در سال‌های ۲۰۰۱-۲۰۰۲ اجرا شد، شیوع طول عمر افسردگی ۶/۲٪ و شیوع یک ساله آن ۶/۶٪ به دست آمد (کسلر و همکاران، ۲۰۰۳). همچنین در این مطالعه نشان داده شد افسردگی با اختلال‌های اضطرابی همبودی جالب توجهی دارد. به علاوه این اختلال با اختلال سوء‌مصرف مواد و اختلال کنترل تکانه نیز همبودی نشان داد.

همچنین این بیماری با رنج طولانی مدت، اختلال در شغل، تحصیل، روابط بین فردی، خانوادگی و حتی خودکشی تا حد جالب توجهی بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (کالتنتالر^۶ و

-
1. recurrent
 2. Segal, Williams & Teasdel
 3. World health organization
 4. Chapman & Perry
 5. Kessler
 6. Kaltenthaler

همکاران، ۲۰۰۲؛ وزارت بهداشت^۱، ۲۰۰۴). از سویی به دلیل اینکه تقریباً دو سوم بیماران افسرده به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آن‌ها از این طریق به زندگی خود خاتمه می‌دهند، اهمیت توجه به افسردگی به عنوان یکی از اختلال‌های مهم روان‌شناختی آشکار می‌شود (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲).

عوامل شناختی و هیجانی متعددی در آسیب‌شناسی افسردگی دخیل هستند. دو مورد از مکانیزم‌های شناختی مهمی که اخیراً توجه زیادی به آن‌ها شده است و مورد توجه پژوهش‌گران و درمان‌گران بوده‌اند باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای هستند. باورهای فراشناختی به عنوان فرآیندهای شناختی منفی شناخته می‌شوند که در شکل‌گیری و تداوم اختلال افسردگی و نشانه‌های همبود نقش زیادی دارند. فراشناخت شامل دو دسته باورهای مثبت و منفی است. باورهای مثبت درباره نشخوار فکری شامل باورهایی درباره مفید بودن نشخوار فکری است و باورهای منفی درباره نشخوار فکری شامل باورهایی درباره کنترل‌ناپذیر و خطرناک بودن نشخوار فکری است (ولز^۲، ۲۰۰۰).

اجتناب تجربه‌ای^۳ فرآیندی است شامل ارزیابی‌های منفی افراطی از حس‌ها، احساسات و افکار خصوصی ناخواسته و فقدان تمایل به تجربه کردن این رویدادهای خصوصی و تلاش‌هایی عمدی برای کنترل یا فرار از آن‌ها (کاشدان، بریس، فورسیس و استیگر^۴، ۲۰۰۶). اجتناب تجربه‌ای به منظور کاهش یا تغییر افکار، احساسات یا حس‌های ناراحت‌کننده عمل می‌کند و در افراد با نشانه‌های افسردگی بیشتر از افراد غیربالینی است (کاشدان، مرینا و پریب^۵، ۲۰۰۹).

نکته مهم‌تری که اشاره به آن حائز اهمیت بسیار است، مطرح بودن باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای به عنوان مؤلفه‌های فراتشخیصی است که اخیراً مورد توجه بسیاری از پژوهش‌گران و متخصصان بالینی بوده است. در واقع فراشناخت در پژوهش‌های مختلف به‌عنوان عامل خطر مشترک شناخته شده است که در دامنه‌ای از اختلال‌های روان‌شناختی نقش

-
1. Ministry of health
 2. Wells
 3. experiential avoidance
 4. Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger
 5. Morina & Priebe

دارد (یلماز، جنکز^۱ و ولز، ۲۰۱۱). همچنین نشان داده شده است که نشخوار فکری نیز یک عامل خطر مشترک دیگری است که موجب شکل‌گیری و تداوم اختلال‌های روانی بسیاری می‌شود (چاولا و استافین^۲، ۲۰۰۷؛ هیز، لوما، بوند، مسودا و لیلیس^۳، ۲۰۰۶).

از طرف دیگر باورهای ناکارآمد فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای با مؤلفه‌های فراتشخیصی بسیار دیگری نیز رابطه دارند که این عامل خود به اهمیت این دو مؤلفه اشاره دارد. برای مثال اجتناب تجربه‌ای با فقدان تحمل بلا تکلیفی (لی، ارسیلو، رومر و الن^۴، ۲۰۱۰)، افکار منفی تکرار شونده و باورهای فراشناختی ناکارآمد (مک‌اوی، مولدز و مهنی^۵، ۲۰۱۳) همبستگی معناداری دارد.

در سه دهه گذشته، شناخت‌درمانی و کاربرد بیشتر آن در برخورد با مسائل روزافزون روانی و رفتاری و نابسندگی بودن صورت‌بندی‌های نظری کلاسیک (عمدتاً مدل‌های خطی) در تبیین مسائل و ارائه مداخلات درمانی مناسب، با کاستی‌های فراوان مواجه بوده است. لذا پس از نقدهای نظری برای تبیین رابطه شناخت و هیجان، مدل‌های خطی به تدریج جای خود را به مدل‌های پیچیده‌تر و چند لایه‌ای دادند (کویانی، حاتمی و شفیع‌آبادی، ۱۳۸۷). از سال ۱۹۹۰ به بعد و با شروع موج سوم درمان رفتاری شناختی گرایش به سمت پروتکل‌های درمانی جدید بر پایه شناخت درمانی افزایش یافت و درمان‌هایی چون رفتاردرمانی دیالکتیکی (DBT)، درمان پذیرش و تعهد (ACT)^۶، درمان فراشناختی (MCT)^۸ و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT)^۹ معرفی شدند.

رویکرد فراشناختی بر اساس نظریه بنیادی «الگوی کارکرد اجرای خود نظم بخش»^{۱۰} استوار است. این مدل، دلیل آسیب‌پذیری به اختلال‌های هیجانی را الگوی توجه معطوف به

-
1. Yilmaz & Gencoz
 2. Chawla & Ostafin
 3. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis
 4. Lee, Orsillo, Roemer & Allen
 5. McEvoy, Moulds & Mahoney
 6. Dialectical Behavior Therapy
 7. Acceptance and Commitment Therapy
 8. Meta Cognition Therapy
 9. Mindfulness based cognitive therapy
 10. Regulatory executive function model

خود افراطی، فعال شدن باورهای غیر منطقی ناسازگارانه و فرآیندهای بازتابی خاص می‌داند (ولز و کارترایت-هاتون^۱، ۲۰۰۴). این فرآیند هنگامی فعال می‌شود که فرد بین اهداف درونی خود و شرایط بیرونی احساس ناهماهنگی می‌کند.

درمان فراشناختی اختلال افسردگی بر درک علل نشخوار فکری و حذف این فرایند ناسازگارانه تأکید می‌کند. نشخوار فکری، خصیصه اصلی سندرم شناختی-توجهی^۲ (CAS) است که در پاسخ به افکار منفی، غمگینی و تجربه‌های فقدان فعال می‌شود. سندرم شناختی-توجهی باعث تداوم غمگینی و باورهای منفی شده و به دوره‌های افسرده‌ساز منجر می‌شود (بارنهوفر^۳ و همکاران، ۲۰۰۹؛ رولوفز^۴ و همکاران، ۲۰۰۶).

شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن (MBCT) برخاسته از پژوهشی گسترده در حوزه شناسایی عوامل و فرآیندهای شناختی، پیش‌بینی کننده عود افسردگی است که سگال، ویلیامز و تیزدل در سال ۲۰۰۲ آن را معرفی کردند (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۷). این رویکرد درمانی آمیزه‌ای مبتکرانه بود از جنبه‌های شناخت درمانی بک (بک، راش، شاو و امری^۵، ۱۹۷۹) و برنامه کاهش استرس مبتنی بر حضور ذهن (MBSR)^۶ کابات زین^۷ (۱۹۹۰) که برای هشت جلسه گروهی (هفته‌ای یک جلسه) طراحی شده است.

حضور ذهن^۸ به معنی توجه کردن به زمان حال به شیوه‌ای خاص، هدفمند و بدون قضاوت است (کابات زین، ۱۹۹۰). حضور ذهن مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از مارپیچ فروکاهنده خلق منفی - فکر منفی - گرایش به پاسخ‌های نگران کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (سگال و همکاران، ۲۰۰۷).

در شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن سه هدف اساسی دنبال می‌شود: الف) تنظیم توجه؛

-
1. Cartwright-Hatton
 2. cognitive attentional syndrome
 3. Barenhofer
 4. Roelofs
 5. Rush, Shaw & Emery
 6. Mindfulness Based stress reduction
 7. Kabat Zine
 8. Mindfulness

ب) توسعه آگاهی فراشناختی؛ ج) تمرکززدایی و توسعه پذیرش نسبت به حالت‌ها و محتویات ذهنی. فرض بر این است که پرورش آگاهی به این شیوه، بیماران را قادر می‌کند تا به صورت آشکارتری برانگیخته شدن واکنش‌های نشخواری و منفی را مشاهده کنند و بتوانند از چنین الگوهای فکری تمرکززدایی کنند و به آن‌ها به‌عنوان رویدادهای ذهنی بنگرند که بازنامه‌هایی از واقعیت نیستند (مک^۱، ۲۰۰۸).

اثربخشی دو مدل درمانی فراشناختی و شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر نشانه‌های افسردگی، باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای در پژوهش‌های مختلفی نشان داده شده است. برای مثال در پژوهشی این یافته به‌دست آمد که شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن باعث کاهش اجتناب از حوادث و خاطرات ناگوار و ناخوشایند و احساسات مرتبط با آن‌ها می‌شود (ساش، کوپل و فکنبام^۲، ۲۰۱۱). همچنین درمان فراشناختی نیز در پژوهش‌های مختلف در بهبودی نشانه‌های اجتناب از خاطرات و رویدادهای ناخوشایند مفید بوده است (ولز و سمبی^۳، ۲۰۰۴؛ ولز و کلبر^۴، ۲۰۱۲). پژوهش‌های دیگری نیز حاکی از اثربخشی درمان فراشناختی بر کاهش باورهای فراشناختی بوده‌اند. برای مثال ولز و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند که در افراد با نشانه‌های افسردگی درمان فراشناختی باعث کاهش افکار فراشناختی و نشانه‌های افسردگی می‌شود.

همان‌طور که ذکر شد پژوهش‌های مختلفی اثربخشی دو مدل درمانی فراشناختی و شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن را در باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای نشان داده‌اند. به‌علاوه مرور پژوهش‌های پیشین در رابطه با سنجش اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی بر باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای در افراد مبتلا به افسردگی نشان داد که مطالعه‌ای وجود نداشته است که میزان اثربخشی این دو درمان را مقایسه کند. به همین دلیل مطالعه حاضر در صدد است تا میزان اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی بر نشانه‌های افسردگی، باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای را بررسی کند. امید است یافته‌های پژوهش حاضر

-
1. Mace
 2. Sachse, Keville & Feiqenbaum
 3. Sembi
 4. Colbear

راهگشای پژوهش‌های آینده در زمینه روشن کردن نقش مکانیزم‌های هر یک از انواع درمان در نحوه و میزان اثر هر کدام از آن‌ها بر باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای باشد. به همین منظور سه فرضیه به شرح زیر تدوین و بررسی شد:

فرضیه اول: بین درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی دانشجویان تفاوت وجود دارد.

فرضیه دوم: بین درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در کاهش اجتناب تجربه‌ای دانشجویان تفاوت وجود دارد.

فرضیه سوم: بین درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در کاهش باورهای فراشناختی دانشجویان تفاوت وجود دارد.

روش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های اثربخشی نسبی^۱ است که به جای مقایسه یک درمان با گروه کنترل بدون درمان یا در لیست انتظار (اثربخشی مطلق^۲)، دو روش درمانی را با یکدیگر بر اساس مقیاس‌های پیامد (پیش‌آزمون-پس‌آزمون) مقایسه می‌کند (استینز^۳، ۲۰۰۸؛ وامپولد^۴، ۲۰۰۱؛ کزدین^۵، ۱۹۹۲). به همین دلیل، این پژوهش یک طرح نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون در گروه آزمایشی (شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن) و گروه مقایسه^۶ (درمان فراشناختی) است که شامل تخصیص تصادفی^۷ شرکت‌کنندگان به گروه‌ها و اجرای مداخله‌ها است. با توجه به اینکه درمان فراشناختی، درمانی به خوبی اثبات شده برای افسردگی، نشخوارذهنی و باورهای فراشناختی است (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۳؛ ولز، ۲۰۱۱)، پژوهش‌های متعددی نیز درباره شکل‌های فردی و گروهی این درمان در ایران انجام شده است (برای مثال هاشمی و همکاران، ۱۳۸۹؛ ولی‌زاده و حسونندی، ۱۳۹۰) و یکی از انواع گروه‌های کنترل،

-
1. relative efficacy
 2. absolute efficacy
 3. Staines
 4. Wampold
 5. Kazdin
 6. comparison
 7. random assignment

درمان استاندارد است (کزدین، ۱۹۹۲). لذا می‌توان در این پژوهش گروه مقایسه درمان فراشناختی را درمان استاندارد به حساب آورد که ضمن برطرف کردن مشکلات اخلاقی گروه‌های بدون درمان و کاهش احتمال ریزش، می‌تواند کنترلی برای عوامل غیراختصاصی درمانی مانند تماس با درمانگر نیز باشد.

جامعه آماری شامل تمامی دانشجویان دختر مقطع کارشناسی دانشکده‌های دانشگاه آزاد تهران مرکز در سال تحصیلی ۹۰-۹۱ بود. به‌منظور انتخاب گروه نمونه با استفاده از فراخوان، از دانشجویان دعوت به عمل آمد. حجم نمونه شامل ۳۰ نفر از دانشجویان دختر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند (دلاور، ۱۳۸۶) بر اساس ملاک‌های شمول و خروج، انتخاب شدند. این تعداد بر اساس به‌دست آوردن نمره مساوی یا بالاتر از نمره برش (یعنی نمره برش ۲۸-۱۰) در پرسش‌نامه افسردگی بک (BDI-II) در دو گروه آزمایشی و مقایسه‌ای گمارده شدند (دلیل انتخاب این نقطه برش این بود که پژوهش حاضر به دلیل محدودیت نمونه بالینی درصدد بوده است که تنها نمونه با نشانه‌های افسردگی خفیف تا متوسط را هدف درمانی قرار دهد). در ضمن مداخله درمانی به ویژه در گروه درمان فراشناختی افت تعدادی از درمانجویان، به دلایلی غیر از نوع درمان رخ داد که در هر حال امکان بازگشت مجدد آن‌ها وجود نداشت، در نهایت نمونه شامل ۱۵ نفر در گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و ۱۳ نفر در گروه درمان فراشناختی بودند. حضور نمونه‌ها در گروه مداخله مستلزم دارا بودن ملاک‌های ورود و نداشتن ملاک‌های خروج بود. ملاک‌های ورود شامل: دانشجوی مقطع کارشناسی، نمره افسردگی در آزمون بک بین ۲۸-۱۰، اعلام رضایت برای شرکت در پژوهش و امضای فرم رضایت‌نامه بود. ملاک‌های خروج شامل نمره افسردگی بالاتر از ۲۸ در آزمون افسردگی بک، تشخیص اختلال‌های سایکوتیک، استفاده از داروهای ضد افسردگی، تمایل نداشتن به ادامه درمان و رها کردن آن بود. به‌منظور انجام دادن مداخله‌های درمانی، از پرتکل درمان فراشناختی ولز (۲۰۱۱) و پرتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن کرین (۲۰۰۹) استفاده شد. درمانگر زن، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و با سابقه حداقل ۴ سال کار بالینی که در مورد هر دو روش آموزش‌های لازم تحت سرپرستی اساتید مربوط به دو حوزه را دریافت داشته بود. در این

پژوهش به منظور ارزیابی از پرسشنامه افسردگی بک^۱، مقیاس باورهای مثبت درباره نشخوار فکری^۲، مقیاس باورهای منفی درباره نشخوار فکری^۳ و پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم^۴ استفاده شد.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II): این پرسشنامه را برای نخستین بار در سال ۱۹۶۱، بک، وارد، مندلسون، موک و ارباق^۵ معرفی کردند و در سال ۱۹۷۱ تجدیدنظر شد (بک، استیر و گاربین^۶، ۱۹۸۸). این پرسشنامه ۲۱ ماده دارد که به صورت صفر (نشانه سلامت روان) تا ۳ (نشانه حاد و عمیق بودن افسردگی) نمره‌گذاری می‌شود. به عبارت دیگر در برابر هر یک از ماده‌ها که مشخص‌کننده یکی از علائم افسردگی است چهار جمله وجود دارد که از خفیف‌ترین تا شدیدترین حالت افسردگی مرتب شده است. دامنه نمره کل بین صفر تا ۶۳ است. نمره ۰-۹ نشانه فقدان افسردگی، ۱۰-۱۸ افسردگی خفیف، ۱۹-۲۸ افسردگی متوسط تا شدید و ۳۰-۶۳ نشانه افسردگی شدید است. ماده‌ها نشانه‌های اصلی افسردگی شامل احساس غمگینی، بدبینی، شکست‌های گذشته، فقدان لذت، احساس گناه، احساس مربوط به مجازات، بی‌زاری از خویشتن، عیب‌جویی از خویشتن، فکر خودکشی یا میل به خودکشی، گریه، برانگیختگی، بی‌علاقگی، بلا تکلیفی، احساس بی‌ارزشی، کم‌توانی، تغییر در الگوی خواب، تحریک‌پذیری، تغییر در اشتها، اشکال در تمرکز، خستگی و احساس ناتوانی و بی‌علاقگی به امور جنسی را می‌سنجند. پایایی بازآزمایی آن از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۶ گزارش شده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). نتایج فراتحلیل برای تعیین همسانی درونی، دامنه این ضریب را بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ و همبستگی بین دو فرم بازنگری شده و اصلی را برابر با ۰/۸۹ گزارش کرده است (بک و همکاران، ۱۹۸۸). فتی، بیرشک، عاطف‌وحید و دابسون (۱۳۸۴) آلفای کرونباخ ۰/۹۱، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ای ۰/۸۱ و ضریب همبستگی با پرسشنامه

-
1. Beck Depression Inventory (BDI-II)
 2. Positive beliefs about rumination scale
 3. Negative beliefs about rumination scale
 4. Acceptance and action questionnaire-II
 5. Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh
 6. Steer & Garbin

اضطراب بک را ۰/۶۱ گزارش دادند. همچنین در پژوهشی با نمونه‌ای شامل ۳۵۴ نفر از افرادی که تشخیص افسردگی اساسی داشتند و در مراحل بهبودی بودند روایی درونی ۰/۹۱ به دست آمده است (دابسون و محمدخانی، ۱۳۸۶).

مقیاس باورهای مثبت فراشناختی درباره نشخوارفکری (PBRS): این پرسشنامه را پاپاجورجیو^۱ و ولز (۲۰۰۱) ساخته‌اند. از ۹ سؤال تشکیل شده است که براساس یک مقیاس لیکرتی از ۴ تا ۱ نمره‌گذاری می‌شود. (۱= موافق نیستم) تا (۴= کاملاً موافقم). از این مقیاس برای ارزیابی نگرش افراد افسرده در ارتباط با مفید بودن نشخوارفکری استفاده می‌شود. PBRS دارای همسانی درونی بالایی است (۰/۸۳). پایایی آزمون بازآزمون آن در طی ۶ هفته $r=0/85$ به دست آمده است (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۱). در پژوهش دیگری همسانی درونی این مقیاس ۰/۹۲ گزارش شد (رولفز، هیوبرز، پیترز، آرنتز و ون‌آس^۲، ۲۰۱۰). دامنه نمره‌ها از ۳۶-۹ قرار دارد به گونه‌ای که نمرات بالاتر نشانه اعتقاد راسخ فرد به کارآمدی نشخوار فکری است. در ایران همسانی درونی آن ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۵ به دست آمده است (یوسفی، ۱۳۸۴).

مقیاس باورهای منفی فراشناختی درباره نشخوارفکری (NBRS): این پرسشنامه را پاپاجورجیو، ولز و منیا^۳ (۲۰۰۸) ساخته‌اند. از دو خرده مقیاس تشکیل شده است که باورهای فراشناختی مرتبط بانسخوار فکری را می‌سنجد. این زیرمقیاس‌ها به ترتیب باورهای فراشناختی مرتبط با مضر بودن و کنترل‌ناپذیر بودن نشخوار فکری (برای مثال: نشخوار فکری درباره مشکلاتم که کنترل‌ناپذیر است) و عوارض بین فردی (نشخوار فکری باعث خواهد شد من از جانب دیگران طرد شوم) آن را می‌سنجد. این مقیاس از ۱۳ سؤال تشکیل شده است که نمره‌گذاری به شیوه لیکرتی از (۴= کاملاً موافق هستم تا ۱= موافق نیستم) است. نمره کل این زیر مقیاس از مجموع این دو عامل تشکیل شده و در دامنه‌ای از ۱۳ تا ۵۲ قرار داد. ضریب آلفای کرونباخ برای هریک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۸۷ محاسبه شده است و اعتبار یابی‌های اولیه از این ابزار شواهد قوی را درباره مناسب بودن همسانی درونی، ضریب پایایی آزمون بازآزمون و اعتبار همگرا و واگرا نشان داده است (رولفز و همکاران، ۲۰۱۰). در

-
1. Papageorgiou
 2. Huibers, Peeters, Arntz & Van Os
 3. Meina

ایران همسانی درونی آن ۰/۸۳ محاسبه شده است (یوسفی، ۱۳۸۴).

پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم (AAQ-II): این پرسشنامه را بوند و همکاران (۲۰۱۱) ساخته اند. یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی است (AAQ-I) که هیز و همکاران (۲۰۰۴) ساخته‌اند. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی برمی‌گردد. مشخصات روان‌سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده با ۶ نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ (۰/۷۸-۰/۸۸) و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم به صورت همزمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه زیربنایی آن است. این ابزار همچنین اعتبار تمیزی مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد AAQ-II مفهوم مشابه با AAQ-I را اندازه می‌گیرد، اما ثبات روان‌سنجی بهتری دارد (بوند و همکاران، ۲۰۱۱). در ایران عباسی، فتی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۱) مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه را در پژوهشی گزارشی دادند. تحلیل عاملی اکتشافی ۲ عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی را گزارش داد. همچنین همسانی درونی و ضریب تنصیف پرسشنامه رضایت بخش بود (۰/۸۹-۰/۷۱). به علاوه اجتناب تجربه‌ای از هیجان با نشانه‌های افسردگی و اضطراب، مشکل در تنظیم هیجان و شاخص‌های ناراحتی در پرسشنامه سلامت روان رابطه معناداری را نشان داد. همچنین نتیجه‌روایی افتراقی نشان داد عامل اجتناب از تجارب هیجانی در دو گروه بالینی و غیربالینی تفاوت معناداری دارد. ولی عامل کنترل روی زندگی تفاوت معناداری در دو گروه نشان نداد (با توجه به ساختار نمره‌گذاری پرسشنامه پذیرش و عمل برای سنجش اجتناب تجربه‌ای، افزایش نمره در نتایج حاصل از اجرای این پرسشنامه بیان‌کننده کاهش اجتناب تجربه‌ای آزمودنی است).

درمان فراشناختی طی ۸ جلسه ۱۵۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد که محتوای این جلسات درمانی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان فراشناختی

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
اول	تدوین فرمول بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، شناسایی و نام‌گذاری دوره‌های نشخوار فکری (افزایش فراآگاهی)، تمرین تکنیک آموزش توجه.
دوم	معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، معرفی به تعویق انداختن نشخوار فکری به عنوان آزمایشی برای تغییر باور کنترل‌ناپذیری.
سوم	شناسایی برانگیزاننده‌ها و به‌کارگیری ذهن آگاهی گسلیده، چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل‌ناپذیری، تمرین تکنیک آموزش توجه، بررسی سطح فعالیت و مقابله‌های اجتنابی.
چهارم	وارسی به‌کارگیری به تعویق انداختن نشخوار فکری در مورد حداقل ۷۵٪ برانگیزاننده‌ها و بیش از دو دقیقه طول نکشیدن دوره‌های نشخوار فکری، چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، تمرین تکنیک آموزش توجه.
پنجم	وارسی کاربرد گسترده و پایدار ذهن آگاهی گسلیده، ادامه چالش با باورهای مثبت درباره نشخوار فکری، بررسی سطح فعالیت و ارائه توصیه‌هایی برای بهبود آن، تمرین تکنیک آموزش توجه.
ششم	بررسی و چالش با باورهای منفی درباره هیجان/افسردگی، تمرین تکنیک آموزش توجه (افزایش سطح دشواری).
هفتم	کار بر روی تدوین برنامه‌های جدید، بررسی و تغییر ترس از بازگشت علائم، تمرین تکنیک آموزش توجه.
هشتم	کار بر روی باورهای فراشناختی باقی‌مانده، پیش‌بینی برانگیزاننده‌های آتی و بحث درباره نحوه استفاده از برنامه‌های جدید، برنامه‌ریزی جلسه‌های تقویتی.

شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن طی ۸ جلسه ۱۵۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی برای گروه آزمایش اجرا شد که محتوای این جلسات درمانی در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲: محتوای جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
اول	هدایت خودکار، تمرین‌های جلسه خوردن یک کشمش همراه با حضور ذهن و مراقبه واریسی بدن.
دوم	مقابله با موانع، تمرین‌های جلسه مراقبه واریسی بدن، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس.
سوم	حضور ذهن بر روی تنفس (و بر بدن در زمان حرکت)، تمرین‌های جلسه حرکت با حالت ذهن آگاهانه، «تمرین تنفس و کشش» انجام‌دادن حرکت کششی و تنفس با حالت حضور ذهن و به‌دنبال آن انجام مراقبه در وضعیت نشسته متمرکز بر آگاهی از تنفس و بدن. این تمرین‌ها می‌توانند با یک تمرین کوتاه حضور ذهن دیداری یا شنیداری آغاز شوند، سه دقیقه فضای تنفس.
چهارم	ماندن در زمان حال، تمرین‌های جلسه پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه در وضعیت نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و آگاهی‌هایی بدون جهت‌گیری خاص)، فضای سه دقیقه‌ای تنفس - معرفی این روش به‌عنوان راهبردی مقابله‌ای برای استفاده در زمان‌هایی که شرایط احساس‌های دشواری را برمی‌انگیزد، راه رفتن با حضور ذهن.

جلسه	محتوای جلسات آموزشی
پنجم	پذیرش و اجازه/ مجوز حضور، تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن، تأکید بر ادراک چگونگی واکنش‌دهی به افکار، احساس‌ها و حس‌های بدنی ایجاد شده؛ معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن و سه دقیقه فضای تنفس.
ششم	فکرها نه حقایق، تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن - به اضافه معرفی مشکل مربوط به تمرین و پی بردن به اثراتش بر روی بدن و ذهن، سه دقیقه فضای تنفس.
هفتم	چگونه می‌توانم به بهترین شکل از خود مراقبت کنم، تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ها، سه دقیقه فضای تنفس و طرح مشکلی که در انجام‌دادن تکلیف به وجود آمده و پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن.
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده، تمرین‌های جلسه مراقبه و آرسی بدن، به پایان رساندن مراقبه.

یافته‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-16 انجام شد. میانگین و انحراف معیارهای متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون محاسبه شد (جدول ۳). به‌منظور مقایسه دو گروه در متغیرهای پژوهش و کنترل تأثیر متغیرهای پژوهش پیش از درمان بر روی نمره‌های متغیرها در پایان درمان، از تحلیل کواریانس یک‌راهه (ANCOVA) استفاده شد (جدول ۴).

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	اجتناب تجربه‌ای		افسردگی		باورهای مثبت درباره نشخوار فکری		باورهای منفی درباره نشخوار فکری	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شناخت‌درمانی پیش‌آزمون	۳۸/۶۰	۱۱/۴۵	۲۲/۱۳	۴/۲۲	۲۴/۲۷	۶/۵۷	۳۱/۲۷	۵/۷۶
مبتنی بر حضور ذهن پس‌آزمون	۴۹/۶۰	۱۱/۴۷	۱۳/۸۰	۵/۵۱	۱۹/۰۷	۴/۷۴	۲۴/۴۰	۴/۷۲
درمان پیش‌آزمون	۳۷/۶۲	۸/۹۶	۲۴/۳۱	۴/۱۷	۱۸/۹۲	۶/۰۵	۲۷/۴۶	۷/۸
فراشناختی پس‌آزمون	۴۲/۵۴	۸/۷۸	۱۷/۳۸	۵/۲۷	۱۲/۸۵	۴/۲۴	۱۸/۱۵	۴

جدول ۴: خلاصه تجزیه و تحلیل کواریانس یک‌راه تک متغیری متغیرهای پژوهش

منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	اندازه اثر
پیش‌آزمون (نشانه‌های افسردگی)	۴۷۳/۳۴	۱	۴۷۳/۳۴		
متغیر مستقل (مداخله: MCT و MBCT)	۱۲/۲۹	۱	۱۲/۲۹	۱/۰۸	
خطا	۲۸۴/۱۴	۲۵	۱۱/۳۷		
پیش‌آزمون (باورهای فراشناختی مثبت درباره نشخوار فکری)	۲۸۰/۹۹	۱	۲۸۰/۹۹		
متغیر مستقل (مداخله: MCT و MBCT)	۶۹/۵۵	۱	۶۹/۵۵	۰/۲۹	**۶/۹۷
خطا	۲۴۹/۶۴	۲۵	۹/۹۹		
پیش‌آزمون (باورهای فراشناختی منفی درباره نشخوار فکری)	۱۳۱/۶۴	۱	۱۳۱/۶۴		
متغیر مستقل (مداخله: MCT و MBCT)	۱۵۹/۴۵	۱	۱۵۹/۴۵	۰/۳	**۱۰/۷۳
خطا	۳۷۱/۶۶	۲۵	۱۴/۸۷		
پیش‌آزمون (اجتناب تجربه‌ای)	۲۰۲۹/۵۶	۱	۲۰۲۹/۵۶		
متغیر مستقل (مداخله: MCT و MBCT)	۲۶۹/۰۵	۱	۲۶۹/۰۵	۰/۲۷	**۹/۱۲
خطا	۷۳۷/۲۷	۲۵	۲۹/۴۹		

**p<۰/۰۱ * p<۰/۰۵

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین نمرات پس‌آزمون افسردگی بین دو گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی با ثابت نگه‌داشتن اثر پیش‌آزمون معنادار نیست. به این معنی که بین اثربخشی درمان‌شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در کاهش شدت نشانه‌های افسردگی دانشجویان دختر تفاوت معناداری وجود ندارد.

همچنین نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت بین نمرات پس‌آزمون باورهای مثبت (۲۵) = ۶/۹۶۵ و F(۱ و ۲۵) = ۱۰/۷۲۵ و F(۱ و ۲۵) = ۱۰/۷۲۵ فراشناختی بین دو گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی با ثابت نگه‌داشتن اثر پیش‌آزمون معنادار است. به عبارتی دیگر اثربخشی درمان فراشناختی نسبت به شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره نشخوار فکری به طور معناداری بیشتر است.

به علاوه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد تفاوت بین نمرات پس‌آزمون اجتناب تجربه‌ای $F(1, 25) = 9.123$ بین دو گروه شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی با ثابت نگه‌داشتن اثر پیش‌آزمون معنادار است. به عبارتی دیگر اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن نسبت به درمان فراشناختی در کاهش اجتناب و افزایش پذیرش به طور معناداری بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در دانشجویان با نشانه‌های افسردگی، باورهای مثبت و منفی فراشناختی درباره نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای انجام شد.

یافته‌های فرضیه اول نشان داد که بین شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته (اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش نشانه‌های افسردگی) با نتایج پژوهش‌های کینگستون، دولی، بیت و لاولور^۱ (۲۰۰۷)؛ فینوکن و مرسر^۲ (۲۰۰۶)؛ کنی و ویلیامز^۳ (۲۰۰۷)؛ تیزدل، سگال و ویلیامز (۲۰۰۲)؛ پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۱)؛ کاویانی، جواهری و بهیرایی (۱۳۸۴)؛ کاویانی، حاتمی و شفیع‌آبادی (۱۳۸۷)؛ امید، محمدخانی، دولت‌شاهی و پورشهباز (۱۳۸۷)؛ خانی‌پور (۱۳۸۹) و حناساب‌زاده، یکه یزدان‌دوست، غرابی و نژادفرید (۱۳۸۸) همخوان است که نتایج پژوهش‌های آن‌ها نیز تأثیر مثبت شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن را بر روی کاهش نشانه‌های افسردگی نشان دادند.

همچنین یافته دیگر پژوهش فعلی (اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی) با نتایج پژوهش‌های برگرسن، فوسیل، سانرهاگن و شانک^۴ (۲۰۱۱)، بانهوفر^۵ و همکاران (۲۰۰۹)، ولز و همکاران (۲۰۱۲)، فنل^۶ (۲۰۰۴) در خارج از کشور و یافته‌های پژوهش

-
1. Kingstoin, Dooley, Bates & Lawlor
 2. Finucan & Mercer
 3. Kenny & Williams
 4. Bergerson, Fosile, Sunnerhagen & Schank
 5. Barnhofer
 6. Fennel

هاشمی، محمودعلیلو و نصرت‌آباد (۱۳۸۹)، ولی‌زاده و حسنونندی (۱۳۹۰) و درگاهیان، محمدخانی، حسنی و شمس (۱۳۹۰) در داخل کشور همخوان است که نشان داده‌اند درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی مؤثر است.

در تبیین اثر شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش نشانه‌های افسردگی می‌توان گفت: در این روش به افراد افسرده آموزش داده می‌شود که افکار و احساس‌های خود را بدون قضاوت، مشاهده کنند و آن‌ها را وقایع ذهنی ساده‌ای ببینند که می‌آیند و می‌روند، به جای آن که آن‌ها را به‌عنوان قسمتی از خودشان یا انعکاسی از واقعیت در نظر بگیرند. این نوع نگرش به شناخت‌های مرتبط با افسردگی، مانع تشدید افکار منفی در الگوی نشخوار فکری می‌شود (کرین، ۲۰۰۹).

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

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

در تبیین اثر درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های افسردگی، پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۴) معتقد هستند درمان فراشناختی باید مقدمه درمان شناختی باشد و در آن باورهای مثبت و منفی درباره نشخوار فکری مورد چالش قرار گیرد. سپس از طریق تمرین توجه به بیمار آموزش داده

می‌شود که نشخوار فکری را قطع کند و به دنبال آن درمان‌های رایج شناختی اجرا شود. به این ترتیب کارکرد اجرایی خود نظم‌بخش از کار می‌افتد و حتی در صورت وقوع مجدد افت خلق، احتمال ورود به دوره‌های افسردگی اساسی کاهش می‌یابد.

یافته‌های فرضیه دوم نشان دادند که بین شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در کاهش اجتناب تجربه‌ای دانشجویان تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر، شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن اجتناب تجربه‌ای دانشجویان را بیشتر از درمان فراشناختی، کاهش می‌دهد. در تبیین این فرضیه پژوهشی می‌توان گفت: واکنش‌های بی‌زاری از هیجان‌های ناخوشایند مانند غم، اولین گام سقوط در آبخیز احساس دائمی بدبختی یا افسردگی است. پیامد اصلی واکنش بی‌زاری، اجتناب تجربه‌ای یعنی تلاش برای دور ماندن از تماس با افکار، هیجان‌ها و حس‌های بدنی است. هیز، ویلسون، گیلفورد و فولت^۱ (۱۹۹۶) به نقل از کرین، (۲۰۰۹) خاطر نشان کردند که تلاش برای اجتناب از تجربه‌های درونی، فرآیندی است که هم در شیوع و هم در حفظ بسیاری از مشکلات روان‌شناختی شایع است و در انتهای دیگر این طیف، سطوح بالای ارتباط تجربه‌ای با نتایج بهبودی در درمان همبستگی مثبت دارند. اساساً در برنامه شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر پذیرش خیلی تأکید می‌شود، زیرا حالت عکس آن یعنی اجتناب، بسیار پرخطر است (سگال و همکاران، ۲۰۰۲). تمرین ذهن‌آگاهی، یک فرآیند آموزشی است که با کمک آن می‌توانیم این الگوهای عادی اجتناب را به صورت آشکار مشاهده کنیم و به سمت نزدیک شدن به تجربه حرکت کنیم. این یافته (اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن در کاهش اجتناب تجربه‌ای) با یافته‌های پژوهش، کرین (۲۰۰۹)، سگال و همکاران (۲۰۰۷)، هیز و همکاران (۲۰۰۶) همخوان است که نتایج پژوهش‌های آن‌ها نیز اثربخشی مثبت شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن را بر روی اجتناب تجربه‌ای نشان می‌دهد.

نتایج حاصل از فرضیه سوم نشان دادند که بین شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان فراشناختی در کاهش باورهای فراشناختی دانشجویان تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر، درمان فراشناختی باورهای فراشناختی دانشجویان را بیشتر از شناخت‌درمانی

1. Hayes, Wilson, Gilford & Follette

مبتنی بر حضور ذهن کاهش می‌دهد. در تبیین اثربخشی معنادار درمان فراشناختی بر روی باورهای فراشناختی می‌توان گفت: باورهای فراشناختی مثبت و منفی لزوم درگیر شدن در نشخوار فکری درباره معنی و علل رویداد و از طرفی احساس بد درباره آن را مطرح می‌کنند (ولز، ۲۰۱۱) و موجب تشدید علائم افسرده‌ساز می‌شوند (کرکران^۱ و سگال، ۲۰۰۸؛ تیزدل و همکاران، ۲۰۰۲).

در درمان فراشناختی، تکنیک آموزش توجه به کسب آگاهی و کنترل انعطاف‌پذیر بر تفکر نشخواری کمک می‌کند. در جریان کنترل انعطاف‌پذیر، توجه به بیمار آموزش داده می‌شود تا با افکار یا احساسات مزاحم درونی (برانگیزاننده‌های) خود، به‌عنوان «سروصداهایی» برخورد کنند. از روش آموزش توجه نه برای توجه‌برگردانی از برانگیزاننده‌ها، بلکه به‌عنوان روشی برای حفظ آگاهی از آن‌ها بدون محدود کردن توجه به پاسخ‌های نشخوار فکری استفاده می‌شود و همچنین با استفاده از تکنیک ذهن‌آگاهی گسلیده^۲، بیمار یاد می‌گیرد بدون انجام‌دادن تحلیل مفهومی مداوم درباره نشخوارهای فکری و معنای آن‌ها، آن را به تعویق بیندازد. البته بیمار باید متوجه شود که این تعویق انداختن فرایند نشخوار فکری با سرکوب فکر اشتباه نشود. هدف بیرون راندن فکر یا احساس منفی اولیه از ذهن نیست، بلکه هدف، درگیر نشدن در آن از طریق نشخوار فکری مداوم است (ولز، ۲۰۱۱).

در مجموع با توجه به نتایج این پژوهش و پژوهش‌های همسو با آن می‌توان از درمان فراشناختی و شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن به صورت گروهی برای کمک به بیماران با نشانه‌های افسردگی و افراد دارای باورهای مثبت و منفی فراشناختی درباره نشخوار فکری و اجتناب تجربه‌ای در سیستم سلامت روان استفاده کرد. آموزش این دو نوع درمان به کارکنان بهداشت روان و درمان گروهی افراد مبتلا، مقرون به صرفه خواهد بود.

با وجود اینکه پژوهش حاضر با مقایسه دو نوع درمان فراشناختی و شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن و درمان گروهی افراد مبتلا نوآوری و نوعی ابتکار داشت، اما با محدودیت‌هایی مواجه بود. با توجه به شرایط نمونه انتخابی که نمونه بالینی نبوده است و تنها جنس مؤنث بودن آن‌ها، در تعمیم نتایج به افراد خارج از جامعه پژوهش باید جانب احتیاط را رعایت کرد.

-
1. Corcoran
 2. Detached Mindfulness

همچنین نبود گروه شاهد به منظور حذف اثر دارونما به دلیل محدودیت امکانات از محدودیت‌های پژوهش فعلی است. یکی دیگر از مشکلات این پژوهش این بود که مدت زمان به کارگیری مداخلات آزمایشی محدود بود و به این علت امکان پیگیری تغییرات حاصله وجود نداشت. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از گروه شاهد، دوره‌های پیگیری و از گروه درمانی برای هر دو جنس استفاده شود. به علاوه مقایسه این دو درمان در اختلال‌های روانی مختلف و رسیدن به یک پرتکل درمانی که برای دامنه‌ای از اختلال‌ها به کار رود مفید خواهد بود.

منابع

- امیدی، عبدالله، محمدخانی، پروانه، دولتشاهی، پرویز و پورشهباز، عباس (۱۳۸۷). اثربخشی درمان ترکیبی روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی و درمان رفتاری- شناختی بر نشانگان روان‌پزشکی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. *فصل‌نامه علمی- پژوهشی فیض*، دوره دوازدهم، ۲، ۹-۱۴.
- حناسب‌زاده اصفهانی، مریم، یکه یزدان دوست، رخساره، غرابی، بنفشه و نژاد فرید، علی اصغر (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی کارایی راهنمای شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن آگاهی (MBCT) برای بیماران افسرده با افکار خودکشی: گزارش موردی. *مجله روان‌شناسی بالینی*، دوره اول، ۱، ۳۵-۴۵.
- خانی‌پور، حمید (۱۳۸۹). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر روی نشانه‌های افسردگی، نشخوارفکری، باورهای فراشناختی و نشانه‌های روان‌پزشکی باقیمانده در بیماران با سابقه یک دوره افسردگی: یک طرح مطالعه تک موردی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- دابسون، کیت استفان و محمدخانی، پروانه (۱۳۸۶). مشخصات روان‌سنجی پرسش‌نامه افسردگی بک-۲ در مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی در دوره بهبودی نسبی. ویژه‌نامه *توانبخشی در بیماری‌ها و اختلالات روانی*، دوره هشتم، ۲۹، ۸۶-۸۰.
- درگاهیان، ریحانه، محمدخانی، شهرام، حسنی، جعفر و شمس، جمال (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علائم افسردگی: مطالعه تک‌آزمودنی. *فصل‌نامه مطالعات روان‌شناسی بالینی*، سال اول، ۳، ۱۰۳-۸۲.
- دلاور، علی (۱۳۸۶). روش‌های آماری در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور.
- فتی، لادن، بیرشک، بهروز، عاطف وحید، محمدکاظم و دابسون، کیت استفان (۱۳۸۴). ساختارهای معناگذاری طرحواره، حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چهارچوب مفهومی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی*، دوره یازدهم، ۳، ۳۲۶-۳۱۲.
- سادوک بنیامین و سادوک ویرجینیا (۱۳۸۲). خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری روان‌پزشکی.

جلد دوم. ترجمه نصرت‌الله پورافکاری، تهران: شهر آب.

کاوایانی، حسین، جواهری، فروزان و بهیرایی، هادی (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (MBCT) در کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و اضطراب پیگیری: ۶۰روزه، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، دوره هفتم، شماره ۱، صص ۴۹-۵۹.

کاوایانی، حسین، حاتمی، ندا و شفیق آبادی، عبدالله (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی)، تازه‌های علوم شناختی، سال اول، شماره ۴، صص ۳۹-۴۸.

عباسی، ایمانه، فتی، لادن، مولودی، رضا و ضرابی، حمید (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم. مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، سال دوم، شماره ۱۰، صص ۶۵-۸۰.

هاشمی، زهره، محمود علیلو، مجید، هاشمی نصرت‌آبادی، تورج (۱۳۸۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی: گزارش موردی. روان‌شناسی بالینی، دوره نهم، شماره ۲، صص ۸۵-۹۷.

ولی‌زاده، مهدی و حسنوندی، صبا (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی‌شاپور. اولین همایش ملی یافته‌های علوم-شناختی در تعلیم و تربیت، دانشگاه فردوسی مشهد.

یوسفی، زهرا (۱۳۸۴). ساختاریابی و هنجاریابی پرسشنامه نشخوار فکری، پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.

- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., J & Williams, M., G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior research and therapy*, 47, 366-373.
- Beck, A. T., Ward, CH., Mendelson, M., Mock, J. & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* ; 4:561-571.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.

- Bergerson, H., Fosile, K. F., Sunnerhagen, K. S., & Schank, A. K. (2011). Anxiety, Depression and Psychological Well being 2to 5 years poststroke. *Journal of stroke and cerebrovascular Diseases*, 1-6.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- Chapman, D. P., & Perry, G. S. (2008). Peer Reviewed: Depression as a Major Component of Public Health for Older Adults. *Preventing chronic disease*, 5(1).
- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: *An empirical review. Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890.
- Corcoran, K. Segal, Z. (2008). Metacognition in Depression and Anxiety Disorders: Current Directions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 33-44.
- Crane, R. (2009). *Mindfulness –Based Cognitive Therapy*. New York. Routledge press.
- Fennel, M., J. V. (2004). Depression, low-esteem and mindfulness. *Behavioral Research and therapy*, 42, 1053- 1067.
- Finucan, A. & Mercer, S. W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6-14.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bisset, R. T., Pistrollo, J., Toarmino, D., et al. (2004). Measuring experiential avoidance :A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.
- Hayes, Steven C., Luoma, Jason B., Bond, Frank W., Masuda, Akihiko, & Lillis, Jason. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
- Kabat-zin, J. (1990). *Wherever you go, There you are: Mindfulness meditation in every day life*. New York: Hypersion.
- Kaltenthaler, E., Shackley, P., Steven, K., Beverly, C., Parry, G., & Chilcott, J. (2002). A systematic review and economic evaluation of computerized cognitive behavior therapy for depression and anxiety. Technical Report. Core Research, Alton.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as generalized psychological vulnerability comparisons with coping and emotion regulation strategies. *behaviour research and therapy*, 44, 1301-1320.
- Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 185.

- Kazdin, A., E. (1992). *Research design in clinical psychology* (2nd Ed). Boston: Allyn and Bacon.
- Kenny, M. A., Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness based cognitive therapy. *Behavior Research and Therapy*, 45, 617-625.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A. J., Walters, E.E., & Wang, P.S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder. *JAMA: the journal of the American Medical Association*, 289(23), 3095-3105.
- Kingston, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psychother*, 80, 193-203.
- Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L., & Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive behaviour therapy*, 39(2), 126-136.
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and mental health*. New York: Routledge press.
- McEvoy, P. M., Moulds, M. L., & Mahoney, A. E. J. (2013). Mechanisms driving pre- and post-stressor repetitive negative thinking: Metacognitions, cognitive avoidance, and thought control. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44 (1), 84-93.
- Ministry of Health. (2004). *Clinical practice guidelines*. Singapore.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior therapy*, 32, 13-26.
- Papageorgiou, C., & Wells, A., & Meina, L.J. (2008). Development and preliminary validation of the negative beliefs about depressive rumination scale. Manuscript in preparation.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 261-273.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). Nature, functions, and beliefs about depressive rumination. *Depressive rumination: Nature, theory and treatment*, 1-20.
- Roelofs, J., Papageorgiou, C., Gerbera, R., Huibers, M., Peeters, F., Arntza, A. (2006). On the links between self-discrepancies, rumination, metacognition, and symptoms of depression in undergraduates. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 1295-1305.
- Roelofs, J., Huibers, M., Peeters, F., Arntz, A., & Van Os, J. (2010). Positive and negative beliefs about depressive rumination: A psychometric evaluation of two self-report scales and a test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive therapy research*, 34, 196-205.

- Sachse, S., Keville, S., & Feiqenbaum, J. (2011). A feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for individuals with borderline personality disorder. *Psychology and psychotherapy*, 84 (2), 184-200.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression*. New York: The Guilford Press.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Teasdale, J. D. (2007). Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relaps. *Cognitive Behavioral Therapy Book Review*, 3,351.
- Staines: G. L. (2008). The relative efficacy of Psychotherapy: Reassessing the methods-based paradigm. *Review of General Psychology*, 12, 330-343.
- Teasdale, J. Moore, R. HayHurst, H. Pope, M. Williams, S. Segal, Z. (2002). Metacognition Awareness and Prevention of Relapse in Depression; Empirical Evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* ,70,275-287.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Model, Methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wells, A. (2000). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy: John Wiley & Sons Ltd.
- Wells, A. (2011). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*: The Guilford Press.
- Wells, A. & Colbear, J., S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. *Journal of clinical psychology*, 68 (4), 373-381.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour research and therapy*, 42(4), 385-396.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T.& Brewin, C. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behavior research and therapy*, 50, 367-373.
- Wells, A., Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: *A core treatment manual*. *Cognitive and behavioural practice*, 11, 365-377.
- Yilmaz, A. E., Gencoz, T., & Wells, A. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 389-396.