





دانشگاه علامه طباطبائی

پایان نامه جهت اخذ مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی

” اثر بخشی درمان فراشناختی بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری بیماران مبتلا به اختلال

افسردگی اساسی: پژوهش تک موردی ”

استاد راهنما:

دکتر احمد برجعلی

استاد مشاور:

دکتر فرامرز سهرابی

استاد داور:

دکتر فرنگیس کاظمی

پژوهشگر:

هادی زارع

زمستان ۱۳۹۰

تقدیم به پدرم سمبل استقامت

و

تقدیم به مادرم سمبل ایثار و از خود گذشتگی

و

تقدیم به خواهرانم سمبل مهربانی و دلسوزی

و

تقدیم به برادرم سمبل فداکاری و فرزانی

تشکر و قدردانی

پس از سپاسگذاری از خداوند متعال که توفیق انجام این پژوهش را به من ارزانی داشت بر خود لازم می دانم که از زحمات و کوشش های بی دریغ آقای دکتر احمد برجعلی به عنوان استاد راهنمای بنده در انجام این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داشته باشم. همچنین از جناب آقای دکتر فرامرز سهرابی که به عنوان استاد مشاور بنده را در انجام پژوهش کمک های بی شایبه نمودند سپاس گذارم. همچنین بر خودم لازم میدانم که از آقای جمال شمس روانپزشک بیمارستان امام حسین (ع) و عضو هیئت علمی دانشگاه پزشکی شهید بهشتی که در امر انتخاب، غربال و در اختیار گذاری نمونه های کمک یار بنده بودند و در همه حال پیشنهادات مفید خود را به بنده ارزانی داشتند تشکر و قدردانی کنم. و از تمام پرسنل بیمارستان امام حسین کمال قدردانی و تشکر را دارم. از سرکار خانم دکتر کاظمی که داوری رساله را عهده دار شدند و با پیشنهادات مفید خود بنده را یاری کردند سپاسگذارم. و از آزمودنی های عزیزی که در پژوهش شرکت کردند تشکر ویژه دارم.

چکیده

یکی از مهمترین عواملی که باعث آغاز، حفظ، تشدید افسردگی می شود نشخوار فکری است. هدف این پژوهش اثر بخشی درمان فراشناختی بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری در بیماران با تشخیص افسردگی اساسی است. بدین منظور درمان فراشناختی برای سه بیمار با تشخیص اختلال افسردگی اساسی در قالب یک طرح موردی A-B به مدت ۸ جلسه انجام شد. برای ارزیابی تغییرات درمانی از سیاهه افسردگی بک، مقیاس توأم با نشخوار فکری، مقیاس باورهای فراشناختی منفی و باورهای فراشناختی مثبت استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد که شاخص بهبودی برای افسردگی در آزمودنی ها ۷۶ درصد می باشد و همچنین نمره افسردگی سه آزمودنی کمتر از نمره برش ۱۴ به دست آمد و این حاکی از بهبود نشانه های افسردگی می باشد. نتایج سایر اندازه گیری ها در قالب نمودار های خطی و ستونی نمایش داده شده است. به نظر می رسد درمان فراشناختی در قالب جلسات انفرادی می تواند درمان موثری برای بیماران با تشخیص افسردگی اساسی باشد. این تاثیر می تواند به واسطه نشانه قرار دادن عوامل واسطه و نگهدارنده اختلال افسردگی اساسی (نشخوار فکری و باورهای فراشناختی) انجام پذیرد.

واژه های کلیدی: افسردگی، درمان فراشناختی، نشخوار ذهنی، باورهای فراشناختی

فصل اول: کلیات پژوهش

۲-۱	مقدمه	۲
۲-۱	بیان مسأله	۳
۳-۱	اهمیت و ضرورت تحقیق	۸
۴-۱	اهداف تحقیق	۹
۱-۴-۱	هدف اصلی	۹
۲-۴-۱	اهداف فرعی	۹
۵-۱	فرضیه های پژوهش	۹
۶-۱	متغیر های تحقیق	۱۰
۷-۱	تعاریف نظری و عملیاتی	۱۰
۱-۷-۱	درمان فراشناختی	۱۰
۲-۷-۱	افسردگی	۱۰
۳-۷-۱	نشخوار فکری	۱۱
۴-۷-۱	باور های فراشناختی مثبت مرتبط با نشخوار فکری	۱۱
۵-۷-۱	باور های فراشناختی منفی مرتبط با نشخوار فکری	۱۱

فصل دوم: پیشینه و ادبیات تحقیقی

۱-۲	مقدمه	۱۳
۲-۲	تعاریف افسردگی	۱۴
۳-۲	توصیف بالینی افسردگی	۱۴

- ۴-۲ ملاک های تشخیصی اختلال افسردگی اساسی ۱۵
- ۵-۲ مدل روان پویای افسردگی ۱۶
- ۶-۲ مدل شناختی افسردگی ۱۷
- ۷-۲ ماهیت فراشناخت ۲۰
- ۸-۲ دانش فراشناختی ۲۰
- ۹-۲ تجربیات فراشناختی ۲۱
- ۱۰-۲ راهبردهای کنترل فراشناختی ۲۱
- ۱۱-۲ مدل عملکرد اجرایی _ خود تنظیمی (S-REF) ۲۲
- ۱۲-۲ سندروم شناختی _ توجهی ۲۴
- ۱۳-۲ شیوه های تجربه کردن : سبک های عینی و فراشناختی ۲۴
- ۱۴-۲ نشخوار ذهنی ۲۶
- ۱۵-۲ نشخوار ذهنی و افسردگی ۲۸
- ۱۶-۲ تفاوت های جنسیتی در نشخوار فکری ۲۹
- ۱۷-۲ نشخوار ذهنی و افکار خودآیند منفی ۳۰
- ۱۸-۲ نشخوار فکری در مقابل توجه-متمرکز و خود آگاهی خصوصی ۳۰
- ۱۹-۲ تفاوت نشخوار فکری با نگرانی ۳۱
- ۲۰-۲ پیامدهای منفی نشخوار فکری ۳۱
- ۲۰-۲ اثرات منفی بر خلق منفی ۳۲
- ۲۰-۲ اثرات منفی بر تفکر ۳۲

۳۳	.....۳-۲۰-۲ ناتوانی در حل مساله
۳۴	.....۴-۱۸-۲ تاثیر منفی بر سلامت روان
۳۵	.....۵-۲۰-۲ کاهش حمايت اجتماعي
۳۵	.....۲۱-۲ مفهوم سازي نشخوار فكري در مدل S-REF
۳۷	.....۲۲-۲ نظريه سبک پاسخ(نولمن و هوکسما، ۱۹۹۱)
۴۰	.....۲۳-۲ مدل فراشناختي اختلال افسردگي (پاپوجورجيو و ولز، ۲۰۰۱)
۴۲	.....۲۴-۲ درمان فراشناختي
۴۴	.....۲۵-۲ آموزش توجه
۴۵	.....۲۶-۲ ذهن آگاهي گسليده
۴۶	.....۲۷-۲ هدف ذهن آگاهي گسليده (DM)
۴۷	.....۲۸-۲ عناصر ذهن آگاهي
۴۸	.....۲۹-۲ مدل پردازش اطلاعات ذهن آگاهي گسليده
۵۰	.....۳۰-۲ تفاوت درمان فراشناختي با درمان شناختي
۵۱	.....۳۱-۲ تفاوت درمان فراشناختي با درمان آموزش توجه (ATT)
۵۱	.....۳۲-۲ تفاوت درمان فراشناختي (MCT) و درمان مبتني بر حضور ذهن (MBCT)
۵۲	.....۳۳-۲ پيشينه عملي تحقيق
	فصل سوم: روش شناسي
۵۵	.....۱-۳ مقدمه
۵۵	.....۲-۳ روش پژوهش

۵۶	..... ۳-۳ معناداری بالینی
۵۷	..... ۴-۳ جامعه و نمونه
۵۷	..... ۵-۳ روش جمع آوری داده ها
۵۸	..... ۶-۳ معیارهای اشمال گروه نمونه
۵۸	..... ۷-۳ ابزارهای اندازه گیری تحقیق
۵۸	..... ۱-۷-۳ پرسش نامه افسردگی بک (BDI)
۵۹	..... ۲-۷-۳ مقیاس توأم با نشخوار فکری (RRS) از پرسش نامه سبک پاسخ RSQ
۶۱	..... ۳-۷-۳ مقیاس باورهای فراشناختی مثبت در رابطه با نشخوار فکری (PBRs)
۶۱	..... ۴-۷-۳ مقیاس باورهای فراشناختی منفی مرتبط با نشخوار فکری (NBRs)
۶۱	..... ۸-۳ فرایند درمان
۶۳	..... ۹-۳ خلاصه شرح حال آزمودنی ها
۶۳	..... ۱-۹-۳ بیمار اول
۶۳	..... ۲-۹-۳ بیمار دوم
۶۳	..... ۳-۹-۳ بیمار سوم
۶۴	..... ۱۰-۳ ارزیابی روانشناختی کلی
۶۶	..... ۱۱-۳ ملاحظات اخلاقی

فصل چهارم: تجزیه و تحلیل داده ها

۶۸	..... ۱-۴ مقدمه
۶۹	..... ۲-۴ فرضیه اول پژوهش: درمان فراشناختی باعث کاهش میزان افسردگی می شود.

۳-۴ معناداری بالینی نمرات افسردگی آزمونی ها ۷۲

۴-۴ فرضیه دوم: درمان فراشناختی باعث کاهش نشخوار فکری می شود..... ۷۳

۴-۵ معناداری بالینی نمرات نشخوار فکری ۷۴

۴-۶ فرضیه سوم: درمان فراشناختی باعث کاهش باورهای فراشناختی مثبت می شود..... ۷۵

۴-۷ فرضیه چهارم: درمان فراشناختی باعث کاهش باورهای فراشناختی منفی می شود..... ۷۶

فصل پنجم: بحث و نتیجه گیری

۱-۵ مقدمه ۷۸

۲-۵ بحث در مورد فرضیه اول: درمان فراشناختی باعث کاهش میزان افسردگی می شود..... ۷۸

۳-۵ بحث در مورد فرضیه دوم: درمان فراشناختی باعث کاهش نشخوار فکری می شود..... ۷۹

۴-۵ بحث در مورد فرضیه سوم: درمان فراشناختی باعث کاهش باورهای فراشناختی مثبت در بیماران می شود..... ۸۰

۵-۵ بحث در مورد فرضیه چهارم: درمان فراشناختی باعث کاهش باورهای فراشناختی منفی در مورد نشخوار فکری می شود..... ۸۰

۶-۵ تبیین اثربخشی درمان فراشناختی بر افسردگی ۸۱

۷-۵ محدودیت ها پژوهش ۸۲

۸-۵ پیشنهادات برای تحقیقات آینده..... ۸۲

۱-۸-۵ پیشنهادات نظری ۸۲

۲- ۸-۵ پیشنهادات عملی ۸۳

منابع و پیوست ها ۸۴

فهرست جداول و نمودارها

- جدول ۱-۲ عناصر نظریه شناختی افسردگی اقتباس از بک..... ۱۸
- جدول ۲-۲ خصوصیات شیوه عینی و فراشناختی..... ۲۶
- شکل ۱-۲ مدل فراشناختی افسردگی اساسی..... ۴۲
- شکل ۲-۲ مدل فراشناختی ذهن آگاهی اقتباس از (ولز، ۲۰۰۹)..... ۴۹
- جدول ۱-۳ نمرات آزمودنی ها در خرده مقیاس های افسردگی بک..... ۶۴
- جدول ۲-۳ نمرات پیش آزمودنی آزمودنی ها در مقیاس های به کار گرفته در پژوهش..... ۶۶
- جدول ۱-۴ میانگین نمرات آزمودنی در مراحل مختلف درمان..... ۶۸
- جدول ۲-۴ نمرات آزمودنی ها در مقیاس افسردگی در مراحل مختلف درمان..... ۶۹
- نمودار ۱-۴ تغییرات افسردگی آزمودنی اول..... ۷۰
- نمودار ۲-۴ تغییرات افسردگی آزمودنی دوم..... ۷۱
- نمودار ۳-۴ تغییرات افسردگی آزمودنی سوم..... ۷۱
- نمودار ۴-۴ تاثیر درمان فراشناختی بر کاهش افسردگی..... ۷۲
- جدول ۳-۴ نمرات نشخوار فکری..... ۷۳
- نمودار ۵-۴ تغییرات نشخوار فکری آزمودنی ها در طی مراحل درمان..... ۷۴
- نمودار ۶-۴ تغییرات باورهای فراشناختی مثبت در طی درمان..... ۷۵
- نمودار ۷-۴ تغییرات باورهای فراشناختی منفی در طی درمان..... ۷۶

فصل اول

کلیات پژوهش

افسردگی به عنوان بیماری سرماخوردگی در میان اختلالات روانپزشکی لقب گرفته است (استافر^۱، ۲۰۰۰). این استعاره به شیوع گسترده افسردگی اشاره دارد. احتمال خطر افسردگی عمده در طول زندگی برای زنان ۲۵٪-۱۰٪ و برای مردان ۱۲٪-۵٪ است (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۵)^۲. همچنین علاوه بر افزایش افسردگی در کشورهای در حال توسعه از جمله آسیا و آفریقا، بر اساس گزارش سازمان بهداشت روانی در سال ۱۹۷۳ مطالعات اخیر نشانگر افزایش آن در کشورهای پیشرفته چون آمریکا نیز بوده است (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۱۹۹۸). مطالعه همه گیر شناسی در ایران نیز بیانگر شیوع بالا این اختلال می باشد، به طوری که شیوع علایم افسردگی اساسی ۲۱٪ گزارش شده است.

خلق افسرده و احساس عدم لذت، نشانه های کلیدی افسردگی هستند. تقریباً همه بیماران افسرده از کم شدن انرژی شکایت دارند. کاهش اشتها و، عدم تمرکز، احساس بی ارزشی، بلا تصمیمی، افکار مرتبط با مرگ و خود کشی نیز شایع هستند (طلایی و همکاران، ۱۳۸۵). افسردگی اساسی علت اصلی ناتوانی در سراسر دنیا محسوب می شود و رتبه چهارم را در میان ده علت اصلی ناتوانی را در بین بیماری های به خود اختصاص داده است. در صورت صحت پیش بینی در ۱۰ سال آینده افسردگی احتمالاً دومین علت ضرر رسان بیماری های جهان را به خود اختصاص خواهد داد.

در چهارمین نسخه ویرایش شده راهنما تشخیص و اختلالات روانی (انجمن روانپزشکان آمریکا، ۲۰۰۰) اختلال افسردگی را یکی از اختلالات خلقی شمرده است که با خلق افسرده (تحریک پذیری در کودکان و نوجوانان) در بیشتر ساعت های روز به مدت دو هفته مشخص می شود. و به طور تیبیک شخص یا افسرده است یا علاقه خود را به اکثر فعالیت ها از دست داده است.

افسردگی اختلال ناتوان کننده است که فرد و جامعه را مجبور به پرداخت تاوان سنگینی می کند زیرا با شیوع و بروز گسترده، سیر نسبتاً مزمن و اختلال در عملکرد های شغلی، روابط بین فردی آسیب های اقتصادی و انسانی شدید بر جا می گذارد. بخصوص تقریباً نیمی از افراد افسرده این بیماری را در سنین فعال ۲۰ تا ۵۰ سالگی را تجربه می کنند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۸، کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

¹-Stoffer

²-Kaplan & Sadock

³ - American Psychiatric Association

اختلال افسردگی را می توان به عنوان یکی از عمده ترین چالش های قرن حاضر در سطح جهانی دانست که این مسأله خود بیانگر تداوم ضرورت انجام مطالعاتی در ابعاد مختلف آسیب شناسی ، پیشگیری و درمان این اختلال است. بر اساس چنین ضرورتی پژوهش حاضر با تاکید بر یک جنبه و ویژگی اساسی این اختلال، نشخوار فکری^۱؛ را مورد هدف قرار داده است و سعی خواهد کرد که الگو های فکری را که باعث نشخوار فکری می شوند را کاهش دهد.

۱-۲ بیان مسأله

اختلال افسردگی اساسی یکی از شایعترین اختلالات در سطح ایران و جهان است که علاوه بر آسیب های جسمی و روانی ، با ایجاد افت عملکرد در بیمار، صدمات جدی بر سلامتی و اقتصاد خانواده و جامعه وارد می کند و سیر مزمن و عود کننده مجدد آن این صدمات را بیشتر و عمیق تر می کند. علارقم پیشرفت هایی که در زمینه تشخیص و درمان اختلال افسردگی اساسی به وجود آمده است، هنوز در ۵۰ درصد از موارد بهبود نسبی همراه با سیر مزمن مشاهده می شود(کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). در چنین شرایطی تلاش در جهت کنترل بیشتر افسردگی به منظور ارتقاء سطح بهداشت روانی از اهمیت ویژه ای برخوردار است. و نیاز به مطالعات بیشتری در زمینه بررسی اثر بخشی شیوه های درمانی موجود بر کاهش اختلال افسردگی اساسی می باشد.

از بین درمان های غیر دارویی روش درمانی شناختی _ رفتاری^۲ بک^۳ و همکاران (۱۹۷۹) به طور گسترده مورد بررسی قرار گرفته است (بک، راش^۴، امری^۵، ۱۹۷۹). هدف اصلی در این شیوه کاهش علایم افسردگی و درمان این بیماری از طریق کنترل افکار خود آیند و منفی و تصحیح باور های غلط است که معمولاً از طریق ۵ تا ۲۰ جلسه درمان هفتگی و با استفاده از ۱۶ تکنیک در طی ۴ مرحله انجام می گیرد. علیرقم موفقیت درمان شناختی _ رفتاری در درمان افسردگی این روش به دلیل پیچیده بودن و تعداد مراحل و تکنیک های مورد استفاده ، انتقادات قابل توجهی بر فرضیات زیر بنایی این روش وارد شده است . از جمله این انتقادات عدم تفاوت شناختی افراد مستعد افسردگی با افراد عادی و همچنین رفع خود به خودی نگرش های ناکارآمد بعد از بهبود افسردگی می باشد(هامیلتون^۶، به نقل از محمد خانی، ۱۳۷۹). همچنین

¹-Rumination

²-Cognitive-Behavioral Therapy

³-Beek

⁴-Rush

⁵-emery

⁶-Hamilton

درمان شناختی-رفتاری سنتی بیشتر بر اصلاح محتوای فکر، عقایدی در مورد جهان، آینده، رفتارهایی که مرتبط با آنهاست تاکید دارد. گرچه در بسیاری از موارد چالش با نگرش های ناکارآمد کمک فراوانی به کاهش افسردگی می کند و همچنین باعث افزایش تسلط بر احساس لذت می شود اما به استناد برخی از پژوهش ها در ارتباط با خلق و شناخت در بسیاری از موارد این حالت های خلقی هستند که موجب شکل گیری یک دوره افسردگی می شوند. با وجود اینکه مدل شناختی افسردگی نقش باور های و نگرش ها را در افسردگی نشان می دهد اما در مورد مکانیزم های که این باورها از طریق آنها بر کنترل پردازش شناختی تاثیر می گذارند توضیحی نمی دهد. فرض بنیادی درمان های شناختی-رفتاری بر این اصل استوار است که اختلالات روانشناختی بر اثر آشفتگی فکر ایجاد میشوند. به خصوص اضطراب و افسردگی که توسط افکار منفی و تحریف در تعبیر و تفسیر مشخص می شوند. با این حال مشکلات نظریه شناختی توسط چندین نظریه پرداز مورد توجه قرار گرفته است به عنوان مثال، تیزدل^۱ و برنارد^۲ (۱۹۹۳) چهار مشکل را برای نظریه شناختی مطرح می کنند که شامل شواهدی هستند که نشان میدهند: ۱-افکار منفی ممکن است پیش از اینکه پیش آیند افسردگی باشند، نتیجه افسردگی باشند. ۲-نگرش های ناکارآمد که در خلال دوره های افسردگی افزایش می یابند پس از بهبود به حالت طبیعی باز می گردند. ۳-مدل شناختی فقط با یک سطح از شناخت سر کار دارد. ۴-مدل شناختی تفاوتی بین باور های سرد و گرم (هیجان و منطق) قایل نمی شود. همچنین با توجه به نظریه شناختی رفتاری نالن^۳، هاکسما^۴، آنچه باعث افسردگی می شود شیوه نشخوار فکری است. که این مولفه اساسی در رویکرد درمانی رفتاری-شناختی سنتی نادیده گرفته شده است.

درمان فراشناختی^۴ یک درمان فرمول بندی شده برای افسردگی است که توسط ولز^۵ و ماتیوس^۶ ابداع و معرفی شده است. این درمان بر عکس درمان شناختی-رفتاری سنتی بر چالش با محتوای افکار افسرده و افزایش شادکامی، و لذت تمرکز نمی کند. به جای این ها این درمان بیشتر بر کاهش فرایندهای شناختی ناکارآمد، تسهیل حالات فراشناختی، کاهش نشخوار فکری تاکید می کند. (ولز و ماتیوس، ۱۹۹۴).

¹ -Teasdale

² -Barnarde

³ -Nolen-Hoeksema

⁴ -Metacognitive Therapy

⁵ -wells

⁶ - Matthews

طبق این رویکرد درمانی اختلالات روانی را می توان بر اساس مدل «کارکرد اجرایی خودنظم بخش» (S-REF)^۱ توجیه کرد.

طبق این مدل دلیل آسیب پذیری هیجانی الگوی توجه معطوف به خود^۲ افراطی، فعالیت باورهای غیر منطقی و فرایندهای بازتابی خاص است (ولز، ۲۰۰۴) مدل عملکرد اجرایی خود تنظیمی (S-REF) یکی از رویکردهای جدید در مقوله آسیب شناسی است که توسط ولز و ماتیوس در سال ۱۹۹۴ مطرح شد. این مدل اولین مدلی است که نقش عوامل و باورهای فراشناختی را در اختلالات روانی مطرح می کند. این مدل پیشنهاد میکند که اختلالات روانی به وسیله نظارت یا کنترل فکر که سرانجام به سندرم شناختی _توجهی (CAS)^۳ منتهی میشود. در این سندرم اختلالات روانی به وسیله یک سبک فکری خاص که حاوی نگرانی^۴، نشخوار فکری، نظارت و اجتناب^۵ و سرکوب^۶ افکار ایجاد می شوند. سندرم شناختی _توجهی باعث شکست در تصحیح افکار انعطاف ناپذیر و افزایش اطلاعات منفی قابل دسترس درباره خود و در نتیجه باعث ناراحتی روانی و شکست در حل موفقیت آمیز مسایل میشود (ولزو و ماتیوس، ۱۹۹۴).

نشخوار فکری خصیصه اصلی سندرم شناختی _رفتاری در افسردگی است. نشخوار فکری به شیوه های مختلف تعریف شده است، اما به طور کلی، به افکار تکراری غیر قابل کنترل درباره مشکلات شخصی اطلاق می شود. نالن-هاکسما^۷ (۱۹۹۱) در نظریه سبک های پاسخ خود در مورد افسردگی، نشخوار فکری را به صورت تفکر تکراری و گذرا درباره ی علائم افسردگی و علل و پیامدهای احتمالی آن علائم، تعریف می کند (نالن-هاکسما، ۱۹۹۱). براساس این نظریه «نشخوار فکری شامل تمرکز مکرر بر این واقعیت که فرد افسرده است، بر علائم افسردگی و علل و پیامدهای احتمالی آن علائم تعریف می شود» به طور خلاصه، نشخوار فکری به شیوه های مختلف به عنوان طبقه ای وسیعی از افکار تکرار شونده که عمدتاً به افسردگی مرتبط می شوند، تعریف می شود. تبیین نظری ارایه شده توسط رویکرد فراشناختی (ولزو و ماتیوس، ۱۹۹۴) نشخوار فکری و نگرانی را به مثابه ی راهبرد های مقابله ای ارادی و فعالانه، شامل افکار تکراری، برای مقابله با هیجان و رویدادهای تهدید کننده، در نظر گرفته می شود. نشخوار فکری به عنوان نوعی پردازش

^۱ -Self-Regulatory Executive Function Model

^۲ -Self-attention

^۳ -cognitive-attentional Syndrome

^۴ -Worry

^۵ -Avoidance

^۶ -Suppress

^۷ - Nolen-Hoeksema

ذهنی، با هدف درک دلایل غمگینی و یافتن راهی برای مقابله با افکار و احساسات آشفته ساز قلمداد می شود. (ولز، ماتیوس، ۱۹۹۴).

با توجه به تحقیقات نالن-هاکسما نشخوار فکری باعث حفظ و همچنین وخیم شدن افسردگی می شود (نالن-هاکسما، ۱۹۹۴). همچنین مطالعات نشان داده است که نشخوار فکری باعث کاهش میل با انجام فعالیت های لذت بخش و همچنین فعالیت های روزمره فرد را مختل می کند و باعث کاهش تسلط و مهارت ها در فرد می شود (نالن-هاکسما، ۱۹۹۳) (لارسون^۱، گوسون^۲، ۱۹۹۹). نشخوار فکری باعث اختلال در تفسیر وقایع زندگی، قضاوت بد بینانه نسبت به وقایع مثبت زندگی در آینده، و مشکلات در حل مسأله و همچنین باعث مشکلات بین فردی می شود. از نقطه نظر بالینی نشخوار فکری باعث تاخیر در بهبودی افسردگی در درمان شناختی-رفتاری می شود. (نالن-هاکسما، ۱۹۹۳).

علیرقم اینکه نشخوار فکری دارای پیامد های منفی برای فرد است اما این سؤال مطرح است که چرا بعضی از بیماران از این شیوه برای مقابله برای حل مشکلات خود استفاده می کنند؟ چه عواملی زمینه ساز و همچنین باعث تداوم نشخوار فکری در بیماران افسرده می شود؟ طبق پژوهش های ولز و ماتیوس باورهای فراشناختی که فرد در مورد نشخوار فکری دارد موجب حفظ و ثبات نشخوار فکری می شود. این باورهای شامل دو نوع باورهای فراشناختی مثبت و منفی هستند باورهای فراشناختی مثبت از استفاده مکرر از نشخوار فکری برای مقابله با خلق افسرده حمایت می کند مثلاً (فکر کردن به گذشته باعث می شود که من از اشتباهات آینده جلوگیری کنم) و زمانی که افت خلق به افسردگی تبدیل شد این باورهای فراشناختی منفی هستند که فعال می شوند این باورها به ناتوانی فرد در تلاش برای اعمال کنترل موثر و ادراک رخدادهای درونی به عنوان تهدیدکننده و همچنین به نتایج منفی اجتماعی نشخوار فکری اشاره دارد. (ولز، پاپاگوریو^۳، ۲۰۰۳).

بر طبق این پژوهش ولز و ماتیوس یک مدل فراشناختی را برای مفهوم سازی موردی برای افسردگی ارائه می دهند که ویژگی های اصلی این مدل عبارت اند از: ۱- باورهای فراشناختی مثبت درباره لزوم نشخوار فکری به عنوان روشی برای غلبه یافتن بر احساس افسردگی و یافتن پاسخ هایی به مسائل؛ ۲- باورهای فراشناختی منفی در مورد کنترل ناپذیری نشخوار فکری، آسیب پذیری روان شناختی خود و خطر تجربه

¹ -Larson

² -Grayson

³ -Papageorgiou

های افسرده ساز؛^۳ کاهش فراآگاهی از نشخوار فکری؛^۴ سندرم شناختی توجهی. طبق مدل فراشناختی افسردگی در اثر فعال شدن نشخوار فکری و الگوهای پاسخ دهی ناسازگارانه، تداوم یافته و تشدید می شود. یک برانگیزاننده رایج این فرایندها، فکر منفی درباره خود یا جهان یا نشانه های مانند احساس خستگی، بی انگیزه بودن یا غمگین است. عامل برانگیزاننده موجب فعال سازی باورهای مثبت درباره نیاز به درگیر شدن در پردازش ذهنی مداوم یا نشخوار فکری در مورد معنی و علل این رویداد می شود.

به طور خلاصه درمان فراشناختی نوعی درمان انفرادی سازمان یافته است که با تاکید بر مدل SREF می باشد که در اساس خود بر روی سندرم شناختی توجهی تاکید می کند. در درمان فراشناختی به نشخوار فکری به عنوان یک پاسخ مقابله نگریسته می شود که ابتدا با انگیزه های مثبت برانگیخته می شود اما هرچه مدت زمان استفاده از این شیوه توجه متمرکز بر خود (نشخوار فکری) بیشتر می شود و زمینه شکل گیری باورهای منفی در مورد نشخوار فکری در فرد عارض می شود و این پیام را برای فرد دارد که این فرایندها برای فرد غیرقابل کنترل و و مضر هستند. آسیب پذیری نسبت به افسردگی در مدل فراشناختی به طور خلاصه با فعال شدن سندرم شناختی _ توجهی قابل ردیابی است و این عامل به نوبه خود با تفاوت های فردی در زمینه باورهای فراشناختی و میزان پیاده سازی کنترل اجرایی انطاف پذیرانه بر روی نشانه مرتبط است (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴).

در ابتدا درمان فراشناختی متمرکز بر یک تکنیک اساسی به نام آموزش توجه^۱ بود اما پاپاجورجیو و ولز در بسط روش درمانی فراشناختی برای افسردگی اجزایی به آن اضافه کردند که عبارت اند از: ۱- شناسایی نشخوار فکری و باز بینی تهدید. ۲- به چالش کشیدن باورهای فراشناختی مثبت در ارتباط به نیاز به نشخوار فکری و متوسل شدن به بازبینی تهدید. ۳- به چالش کشیدن باورهای فراشناختی منفی در مورد کنترل ناپذیری و اهمیت افکار و احساسات افسرده کننده. ۴- آموزش ذهن آگاهی گسلیده^۲ (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۴).

بر اساس مطالب مطرح شده این تحقیق به دنبال جواب هایی برای این سؤال است که آیا درمان فراشناختی میتواند به واسطه مداخله بر روی نشخوار فکری و باورهای فراشناختی مرتبط با آن باعث کاهش افسردگی شود؟

¹ -Attention training

² -Detached mindfulness

۱-۳ اهمیت و ضرورت تحقیق

افسردگی اختلال شایعی است که تنها سوء مصرف مواد و فوبیا از آن پیشی گرفته است. هرماه حدود ۱ نفر از پنج آمریکایی (احتمالاً ۴ نفر از ۵ ایرانی) حداقل یک علامت افسردگی را گزارش داده اند. میزان شیوع افسردگی عمده حدود ۵ درصد و میزان وقوع آن در طول عمر ۱۹ درصد می باشد (دابسون^۱، محمد خانی، ۱۳۸۵). با توجه به آن که افسردگی ناتوان کننده و غالباً مزمن و عود کننده است، شناخت عوامل خطر زا و مداخله زود هنگام در آن اهمیت دارد (استافر، ۲۰۰۰) در اوایل شکل گیری شناخت درمانی برای درمان افسردگی بیشتر مفاهیمی از قبیل طرح واره ها^۲، مفروضه های^۳ و خطاهای شناختی^۴ و مخصوصاً افکار خود آیند منفی^۵ را مورد توجه متخصصان قرار گرفته بودند (حمید پور، ۱۳۸۵). اما در سال های اخیر نشخوار فکری به عنوان یک مؤلفه مهم در افسردگی مورد توجه متخصصان قرار گرفته است (واتکینز^۶ و برکیا^۷، ۲۰۰۱). نشخوار فکری از دیگر فرایندهای شناختی از قبیل افکار اتوماتیک منفی، توجه متمرکز بر خود، خود آگاهی شخصی^۸ و نگرانی قابل تمایز است (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۴).

نشخوار فکری افکار منفعلانه و تکراری هستند که بر علل و نتایج علایم متمرکز هستند و مانع حل مسأله سازگار تر می شوند. پاپاجورجیو و ولز در سال ۲۰۰۱ در مطالعه نشان دادند که افکار خود آیند و منفی ارزیابی کوتاه و مختصری از شکست هستند در حالی که نشخوار فکری زنجیره طولانی از افکار تکراری، چرخان و خود متمرکز و پاسخی به افکار منفی است. همچنین خلق منفی مشخصه نشخوار فکری ملال آور است و دوره های خلق افسرده را طولانی می کند و تفکر افراد را به صورت منفی جهت دار می کند. (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۱).

با توجه به این که نشخوار فکری یک عامل مهم در تداوم و شدت اختلال افسردگی اساسی می باشد. این جنبه مهم که معمولاً باعث عود افسردگی می شود در درمان شناختی رفتاری سنتی نادیده گرفته شده است. در نظریه درمان رفتاری_ شناختی بیشتر بر افکار منفی را باعث اضطراب و افسردگی می داند، ولی در مورد اینکه چگونه این افکار منفی شکل می گیرند توضیح نمی دهند. این مکانیزم های اساسی همان

¹-Dobson

²-Schema

³-assumption

⁴-Cognitive Distortion

⁵-negative automatic thought

⁶-watkins

⁷-Barecaia

⁸-Private Self- consciousness

فراشناخت ها هستند که شناختها را کنترل یا نظارت می کنند . اختلالات هیجانی پیامد فرایند های فراشناختی است که به شکل گیری سبک های تفکر خاصی منجر می شوند فرد را در وضعیت های طولانی مدت و عود کننده پردازش اطلاعات منفی در مورد خود قرار می دهند. به طور کلی درمان فراشناختی با عواملی سر کار دارد که منجر به تفکر پایدار و مقابله ای نادرست می شود. درمان فراشناختی بیماران افسرده را در زمینه قطع کردن نشخوار فکری، کاهش گرایش به پایش تهدید ، و ابداع و به کارگیری یه سبک انطباق یافته در پاسخ به هیجان و شناخت هایشان یاری می دهد(ولز وماتیوس ۲۰۰۹).

اهمیت این تحقیق در ایران از این جهت مورد بحث است که با توجه به گستره افسردگی و شیوع فراوان آن از یک طرف و از سوی دیگر بهبود ناکامل افسردگی به وسیله درمانهای دارویی و درمان های مرسوم رفتاری -شناختی نتایج این تحقیق می تواند به درمانگران که در این حوزه فعالیت می کنند کمک کند تا با یک دیدی وسیع و نافذ به عواملی که باعث حفظ و تداوم افسردگی می شوند توجه کرده و بیشتر مداخله را بر کاهش این فرایندها انجام دهند.

۱-۴ اهداف تحقیق

۱-۴-۱ هدف اصلی

هدف اصلی تحقیق بررسی اثر بخشی درمان فراشناختی بر کاهش میزان افسردگی و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی.

۱-۴-۲ اهداف فرعی

- تعیین اثر بخشی درمان فراشناختی بر کاهش باورهای فراشناختی مثبت در مورد نشخوار فکری.
- تعیین اثر بخشی درمان فراشناختی بر کاهش باورهای فراشناختی منفی در مورد نشخوار فکری.

۱-۵ فرضیه های پژوهش

۱-۵-۱ فرضیه های اصلی

- ۱-درمان فراشناختی بر کاهش میزان افسردگی موثر است
- ۲-درمان فراشناختی بر کاهش نشخوار فکری در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی موثر است.

۱-۵-۲ فرضیه های فرعی