



دانشگاه تربیت معلم تهران

دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی

گروه روان‌شناسی

پایان‌نامه جهت دریافت مدرک کارشناسی ارشد روان‌شناسی

(گرایش بالینی)

عنوان

ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی بر میزان علایم افسردگی بیماران مبتلا به

اختلال افسردگی اساسی

استاد راهنما

دکتر شهرام محمدخانی

استاد مشاور

دکتر جعفر حسنی

نگارنده

ریحانه درگاهیان

مهر ۹۰

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی درمان فراشناختی بر میزان علائم افسردگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی انجام شد.

روش: طرح پژوهش از نوع طرح‌های تک آزمودنی چند خط پایه‌ی همراه با کنترل بود. چهار بیمار زن مبتلا به افسردگی اساسی بر اساس مصاحبه تشخیصی مبتنی بر DSM-IV انتخاب شدند. دو نفر از بیماران فقط درمان دارویی و دو نفر دیگر علاوه بر درمان دارویی طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای، درمان فراشناختی را نیز دریافت کردند. هر دو گروه آزمودنی در مرحله پیش از درمان (خط پایه) و بعد از پایان درمان (پس‌آزمون) مقیاس‌های اختلال افسردگی اساسی (MDD-S)، نسخه‌ی دوم افسردگی بک (BDI-II)، سبک پاسخ نشخواری نولن-هوکیما و مورو (RRS)، پرسشنامه‌ی فراشناخت‌های ولز و کاتریت هاتن (MCQ-30) و مقیاس سندرم شناختی-توجهی (CAS-1) را تکمیل نمودند. علاوه بر این بیماران تحت درمان فراشناختی، مقیاس افسردگی MDD-S و مقیاس سندرم شناختی توجهی را در طی جلسات درمانی تکمیل نمودند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان فراشناختی تغییرات مثبت معناداری در نمره‌ی مقیاس‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون آزمودنی‌های گروه آزمایش ایجاد کرد و این تغییرات تا مرحله‌ی پیگیری ادامه داشت. در حالیکه نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل در مقیاس‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییرات محسوسی را نشان نداد.

نتیجه‌گیری: درمان فراشناختی با کاهش میزان نشخوار فکری، توجه معطوف به خود، باورهای فراشناختی منفی و مثبت در کاهش علائم افسردگی اساسی مؤثر است و تغییرات درمانی ایجاد شده در پیگیری دوماهه پایدار باقی می‌ماند.

واژگان کلیدی: افسردگی اساسی، نشخوار فکری، باورهای فراشناختی، توجه معطوف به خود و درمان

فراشناختی

فهرست مطالب

صفحه	عنوان
فصل اول: کلیات پژوهش	
۲	مقدمه
۴	بیان مسأله
۱۲	اهمیت و ضرورت انجام پژوهش
۱۵	اهداف پژوهش
۱۶	سوال پژوهش
۱۶	فرضیه‌ی پژوهش
۱۷	تعریف متغیرهای پژوهش
فصل دوم: مبانی نظری پژوهش	
۲۲	افسردگی
۲۳	توصیف بالینی اختلال افسردگی اساسی
۲۶	ملاک‌های تشخیصی دوره‌ی افسردگی اساسی
۳۱	همه گیرشناسی
۳۸	سبب‌شناسی افسردگی: مدل‌های نظری

۳۹	..... دیدگاه زیستی
۴۲	..... دیدگاه شناختی
۴۹	..... دیدگاه فراشناختی
۵۳	..... مدل کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش
۵۷	..... سندرم شناختی توجهی در افسردگی
۶۱	..... مدل فراشناختی در افسردگی
۶۵	..... رویکردهای درمان افسردگی
۶۶	..... درمان دارویی
۶۷	..... درمان شناختی
۷۱	..... درمان فراشناختی
۷۴	..... مفهوم سازی موردی
۷۴	..... آماده‌سازی بیمار برای شروع درمان
۷۵	..... آموزش توجه
۷۶	..... ذهن آگاهی گسلیده
۷۹	..... تغییر باورهای فراشناختی منفی
۸۰	..... تغییر باورهای فراشناختی مثبت
۸۰	..... ایجاد تغییر در پایش تهدید
۸۰	..... برنامه‌های پردازشی جدید
۸۳	..... جمع بندی کلی

فصل سوم: روش‌شناسی پژوهش

۸۶	..... روش انجام پژوهش
۸۷	..... جامعه آماری
۸۸	..... حجم نمونه و روش نمونه‌گیری
۸۸	..... ملاک‌های ورود به پژوهش
۸۹	..... گزارش بالینی آزمودنی‌ها
۱۰۰	..... ابزار پژوهش
۱۰۳	..... طرح کلی درمان
۱۰۵	..... روش تحلیل داده‌ها

فصل چهارم: یافته‌های پژوهش

۱۰۸ توصیف آماری متغیرهای پژوهش
-----	----------------------------------

فصل پنجم: بحث و نتیجه‌گیری

۱۳۴	..... نتیجه‌گیری کلی
۱۳۵	..... محدودیت‌های پژوهش
۱۳۶	..... پیشنهادات پژوهش
	..... فهرست منابع
	..... پیوست‌ها

چکیده انگلیسی

.....

فهرست جداول

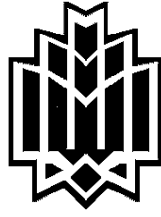
صفحه	عنوان
۲۷	۱-۲: ملاک‌های تشخیصی دوره‌ی افسردگی اساسی
۱۰۹	۱-۴: نمرات آزمودنی ۱ گروه آزمایش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و میزان اثربخشی درمان
۱۱۰	۲-۴: نمرات آزمودنی ۲ گروه آزمایش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و میزان اثربخشی درمان
۱۱۱	۳-۴: نمرات آزمودنی ۱ گروه کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری
۱۱۲	۴-۴: نمرات آزمودنی ۲ گروه کنترل در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

فهرست اشکال

صفحه	عنوان
۱۰	۱-۱: مدل فراشناختی افسردگی
۴۶	۱-۲: مدل شناختی بکدر افسردگی
۵۱	۲-۲: مدل A-B-C
۵۲	۳-۲: مدل تجدید نظر شده‌ی A-M-C
۵۶	۴-۲: مدل کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش (S-REF) اختلال روان‌شناختی همراه با مولفه‌های شناختی
۶۳	۵-۲: ساختار مؤلفه‌های اساسی مدل فراشناختی بالینی از نشخوار فکری و افسردگی
۶۴	۶-۲: مدل فراشناختی افسردگی

فهرست نمودارها

صفحه	عنوان
۱۱۳	۱-۴: تغییرات نمرات آزمودنی‌های آزمایش و کنترل در مقیاس افسردگی بک
۱۱۴	۲-۴: تغییرات نمرات آزمودنی‌های آزمایش و کنترل در مقیاس سبک پاسخ نشخواری
۱۱۵	۳-۴: تغییرات نمرات آزمودنی‌های آزمایش و کنترل در مقیاس فراشناخت‌ها
۱۱۶	۴-۴: تغییرات آزمودنی‌های گروه آزمایش در نمرات مقیاس MDD-S در طول جلسات
۱۱۷	۵-۴: تغییرات میزان اجتناب‌های آزمودنی‌های گروه آزمایش در طول جلسات
۱۱۸	۶-۴: تغییرات میزان مقابله‌های ناسازگارانه آزمودنی‌های گروه آزمایش در طول جلسات
۱۱۹	۷-۴: تغییرات باورهای فراشناختی مثبت و منفی آزمودنی‌های آزمایش در طول جلسات
۱۲۰	۸-۴: تغییرات سندرم شناختی توجهی در گروه آزمایش در طول جلسات
۱۲۱	۹-۴: تغییرات میزان نگرانی و پایش تهدید گروه آزمایش در طول جلسات
۱۲۲	۱۰-۴: تغییرات میزان توجه معطوف به خود در طول جلسات



Tarbiatmoalemuniversity

Faculty of psychology and educational sciences

Department of psychology

Thesis submitted for degree of master of clinical psychology

Title

**The Efficacy of Metacognitive Therapy on Depression Symptoms in cases
with depression symptoms**

Supervisor

Dr. Sh. Mohammadkhani

Advisor

Dr. J. Hasani

By

R. Dargahian

September 2011

The Efficacy of Metacognitive Therapy on Depression Symptoms in cases with depression symptoms

Abstract

Introduction: Metacognitive Therapy (MCT) is a new and emerging approach that focuses on reducing unhelpful cognitive processes and facilitating metacognitive styles of processing. The aim of this study was to investigate the efficacy of metacognitive therapy (MCT) on improving of depression symptoms of major depressive patients.

Method: In a single case experiment with multiple baseline design 2 women suffering from MDD were treated with eighth weekly sessions of MCT and antidepressant medications. Second group of women with the same diagnostic 2 control case only received antidepressant medications. Instruments used in this research were included MDD-S, Metacognitive beliefs, (MCQ), Ruminative style (RRS), CAS scale and Beck depression (BDI-II).

Results: Results indicated that metacognitive treatment result in improvement of subject's scores in Beck depression scale that reduced in post test and 2 months follow up. The scores of scales of CAS and MDD-S showed remarkable reduction. But the control cases who received only antidepressant medications didn't show any significant changes in decrease of symptoms in follow up.

Conclusion Metacognitive therapy as a new emerging approach that has been born out of systematic model appears to be an effective treatment approach for patients suffering from MDD. The effect of MCT CAN BE due to decrease in rumination, self FOCUSED attention, positive and negative and are stable over 2 month post treatment follow up.

Keywords: Depression, Metacognitive beliefs, Rumination, self-focused attention, CAS syndrome and metacognitive therapy

فصل اول

کلیات پژوهش

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی^۱ یک بیماری عودکننده^۲ با پیامدهای اجتماعی، اقتصادی، جسمی و روانی بسیار است (سگال، ویلیامز و تیزدل، ۲۰۰۷). این بیماری با رنج طولانی مدت، اختلال در شغل و تحصیل، روابط بین فردی و خانوادگی تا حد قابل توجهی بر کیفیت زندگی^۳ تأثیر می‌گذارد (کالتن تالر، شاگلی، استونز، بورلی، پاری و چیلکات، ۲۰۰۲؛ موسسه سلامت^۴، ۲۰۰۴) و به علت ناتوانی و غیبت‌های مکرر منجر به زیان اقتصادی بالایی می‌شود (اشپیتز، ۲۰۰۹).

افسردگی با بیماری‌های جسمانی نیز مرتبط است، تا جایی که میزان هزینه‌ی افراد افسرده برای بیماری‌های جسمی به مراتب بیشتر از افراد غیر افسرده است. حتی آن‌ها بیشتر از خدمات بهداشت روانی^۵، از مراقبت‌های اولیه‌ی پزشکی استفاده می‌کنند (کوپن، تامسون، کلینکمن و نیز، ۲۰۰۲). این مسأله باعث افزایش استفاده از خدمات درمانی و بهداشتی می‌شود (واگنر، رولنو و جوینر، ۲۰۰۰). با وجود این که حدود ۵۰٪ مراقبت‌های اولیه شامل علائم افسردگی است، در اغلب موارد این بیماری به خوبی مورد تشخیص و درمان قرار نمی‌گیرد (کالتن تالر و همکاران، ۲۰۰۲).

¹- Major Depression Disorder
²- Recurrent
³- Quality Of Life
⁴- Ministry Of Health
⁵- Mental Health

در مجموع طبق مطالعات انجام شده پیش‌بینی می‌شود که در آینده افسردگی یکی از شایع‌ترین و پرهزینه‌ترین بیماری‌های جهان به شمار رود (لوپز^۱ و مورای^۲، ۱۹۹۸ به نقل از اشپیتز، ۲۰۰۹). بنابراین می‌توان گفت با توجه به شیوع، مخرب بودن و پرهزینه بودن اختلال افسردگی، توجه خاص به پژوهش‌های نظری و کاربردی در زمینه‌ی روش‌های پیشگیری^۳ و درمان این اختلال ضروری است. یکی از درمان‌های مبتنی بر مدل پردازش اطلاعات، درمان فراشناختی^۴ است. این درمان رویکرد نوظهوری است که در سال‌های اخیر در زمینه درک و درمان اختلال‌های هیجانی^۵ مطرح شده است. روش‌های مبتنی بر فراشناخت از نسل سوم روان‌درمانی هستند که به اندازه‌ی تغییر بر پذیرش^۶ تأکید می‌کنند (ویلیامز، دوگان، کرین و فنل، ۲۰۰۶). طی این سال‌ها چند مطالعه در زمینه‌ی اثربخشی درمان فراشناختی در مورد اختلالات مختلف انجام شده است. با این حال بررسی علمی اثربخشی این درمان در بهبودی اختلال افسردگی و عوامل این اختلال لازم و ضروری به نظر می‌رسد.

بیان مسأله

همان‌طور که گفته شد اختلال افسردگی اساسی یک مشکل جدی سلامت روان است که پیامدهایی چون رنج، کاهش تولید و حتی گاهی از دست دادن زندگی را به دنبال دارد (ولز^۷ و شربورن^۸، ۱۹۹۹؛ به نقل از بیورس، ۲۰۰۵). بیمارانی که فقط دوره‌های افسردگی را تجربه می‌کنند،

^۱- Lopez, A.D.

^۲- Murray, C.C.

^۳- Prevention

^۴- Metacognitive Therapy

^۵- Emotional Disorder

^۶- Acceptance

^۷- Wells, K.B.

^۸- Sherbourne, C.D.

مبتلا به اختلال افسردگی هستند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). خلق افسرده^۱ و پایین، فقدان علاقه^۲ و لذت^۳ از علایم کلیدی این اختلال به شمار می‌روند. افرادی که دچار افسردگی بالینی هستند، علایمی چون تغییر در اعمال نباتی (مانند اشتها^۴ و خواب) تغییر در سرعت حرکات، احساس خستگی همیشگی، بی‌ارزشی یا گناه، مشکل در تفکر، تمرکز یا تصمیم‌گیری، تفکر در مورد مرگ یا صدمه به خود (خودکشی^۵) را نیز گزارش می‌کنند.

علاوه بر این افراد افسرده انواع مختلفی از افکار منفی^۶ را تجربه می‌کنند که معمولاً انعطاف‌ناپذیر، قضاوتی، مخرب و غیرضروری هستند. افکار منفی، افکاری هستند که باعث ایجاد احساس بد در فرد می‌شوند (روسلو و برنال، ۲۰۰۷). اما جدی‌ترین عارضه‌ی افسردگی خودکشی^۷ است. خودکشی عمل مهلکی است که نشان‌دهنده‌ی میل شخص برای مردن است. تقریباً دو سوم افراد افسرده به خودکشی می‌اندیشند، ۴۱٪ آن‌ها اقدام به خودکشی می‌کنند و ۱۰-۱۵٪ آن‌ها موفق به خاتمه‌ی زندگی خود می‌شوند (موسسه سلامت، ۲۰۰۴).

اختلال افسردگی در میان بیماری‌ها جایگاه ویژه‌ای دارد، چرا که بیماری شایعی است. بین ۱۰-۱۲/۵٪ مردان و ۲۵٪ زنان حداقل یک بار در طی زندگی خود دچار افسردگی می‌شوند (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳). به همین دلیل تاکنون روش‌های درمانی بسیاری همچون درمان دارویی، روان‌درمانی

¹- Depressed Mood

²- Loss Of Interest

³- Pleasure

⁴- Appetite

⁵- Suicide

⁶- Negative Thoughts

⁷- Suicide

بین فردی، تحلیلی، خانواده و درمان شناختی^۱ برای این اختلال مورد آزمایش قرار گرفته که از جمله پرکاربردترین و مؤثرترین این درمان‌ها، شناخت درمانی است.

پژوهشگران در پیگیری شش ساله بیماران افسرده‌ای که تحت شناخت درمانی قرار گرفته بودند، نتیجه گرفتند که شناخت درمانی به طور مؤثر خطر عود^۲ افسردگی را کاهش می‌دهد. درمان شناختی یک روش سودمند و ثابت شده در درمان افسردگی در پنجاه سال گذشته بوده است (اسکات، پالمر، پایکل، تیزدل و هایهورست، ۲۰۰۳؛ دی‌جنگ، هندریکسن، ون‌آلست، کول، پین و همکاران، ۲۰۰۴). رویکرد شناختی بر این فرض استوار است که پاسخ‌های هیجانی به واسطه‌ی تعبیر و تفسیرهای منفی از تجارب شکل می‌گیرد (بیابانگرد، ۱۳۸۱). این رویکرد با معرفی مثلث شناختی^۳ در شکل‌گیری باورهای منفی، شروع و تداوم خلق افسرده را توجیه می‌کند و تقدم باورها و نگرش‌های منفی بر افت خلق را مورد توجه قرار می‌دهد (یوسفی، بهرامی و محرابی، ۱۳۸۷).

توصیف رویکرد شناختی از اختلال هیجانی هنوز ارزش بالینی دارد، اما نواقصی هم در این نظریه دیده می‌شود. مانند این که تفکر منفی ممکن است پیامد افسردگی باشد نه علت آن. مشکل دیگری که تیزدل^۴ و برنارد^۵ (۱۹۹۳) در مورد این نظریه مطرح کرده‌اند این است که مدل شناختی فقط با سطحی از شناخت سر و کار دارد. قسمت عمده‌ی این نظریه در سطح محتوا و برای تغییر درجه‌ی باور فرد به افکار خودآیند منفی^۶ و فرض‌های شرطی متمرکز بوده است (کرکران و سگال، ۲۰۰۸). آن‌ها معتقدند که در

^۱- Cognitive Therapy

^۲- Relapse

^۳- Cognitive Triad

^۴- Teasdale, J.D.

^۵- Barnard, P.J.

^۶- Negative Automatic Thoughts

نظر گرفتن طحواره^۱ها به صورت اطلاعات گسسته که باید آنها را کنار زد و با موضوعات واقعی تر جایگزین کرد مفید نیست، بلکه فرمول‌بندی فرآیندها و ساز و کارهای شناختی درونی که موجب می‌شود بیمار به تفسیر و باورهای ناسازگارانه برسد، مهم است (یبانگرد، ۱۳۸۱).

در سال‌های اخیر نظریه‌های جدیدی مانند رویکرد فراشناخت^۲ شکل گرفته است که بیشتر بر فرآیندها و راهبردهایی تکیه می‌کند که شناخت را ارزیابی^۳، کنترل^۴ و نظارت^۵ می‌کنند. فراشناخت اطلاعاتی است که فرد در مورد شناخت، حالات درونی خود و راهبردهای مقابله‌ای که بر آنها اثر می‌گذارد، دارد (اسپادا، نیک‌اویس، مونته‌آ و ولز، ۲۰۰۸؛ فیشر و ولز، ۲۰۰۸). باورهای غیرمنطقی^۶ یا طحواره‌های مورد تأکید الیس و بک در نظریه‌های شناختی یا حداقل تداوم و نفوذ آنها، محصول فراشناخت می‌باشند، در واقع فراشناخت‌ها مسئول کنترل شناخت و به کارگیری سایر باورها و دانش عمومی هستند (ولز، ۲۰۰۹). بر اساس مدل فراشناختی^۷ یادگیری چگونگی تفکر در مورد تفکر (فراشناخت)، یک عنصر مهم در درمان موفق است (کرکران و سگال، ۲۰۰۸).

فراشناخت شامل سه مؤلفه است: دانش فراشناختی^۸، تجربه‌های فراشناختی^۹ و راهبردهای فراشناختی^{۱۰}. دانش فراشناختی باورها و نظریه‌هایی است که فرد در مورد شناخت خود دارد. تجربه‌های فراشناختی ارزیابی معنای وقایع ذهنی، احساسات و قضاوت در مورد وضعیت شناخت است. این

1- Schema

2- Metacognition

3- Appraise

4- Control

5- Monitoring

6- Irrational

7- Metacognitive model

8- Metacognitive Knowledge

9- Metacognitive Experiences

10- Metacognitive Strategies

تجربه‌ها در واقع استفاده از دانش فراشناختی برای ارزیابی شناخت است. برخی اختلالات مانند افسردگی با ارزیابی‌ها و قضاوت‌های فراشناختی منفی ارتباط دارند و در نهایت راهبردهای کنترل فراشناختی پاسخی است که برای کنترل فعالیت‌های نظام شناختی ارایه می‌شود. این راهبردها، راهبردهای تفکر را افزایش یا کاهش می‌دهند و به افزایش فرآیندهای نظارتی کمک می‌کنند (بیابانگرد، ۱۳۸۱).

رویکرد فراشناختی بر اساس نظریه‌ی بنیادی «کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش»^۱ استوار است. طبق این مدل دلیل آسیب‌پذیری^۲ به اختلالات هیجانی الگوی توجه معطوف به خود^۳ افراطی، باورهای غیرمنطقی و فرآیندهای بازتابی خاص است (ولز و کاتریت-هاتن، ۲۰۰۴). سیستم کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش هنگامی فعال می‌شود که فرد بین اهداف درونی خود و شرایط بیرونی ناهماهنگی احساس کند. راهبردهای خاصی چون جذب اطلاعات به درون باورها، سرکوب فکر، نشخوار فکری^۴ و نگرانی^۵ به منظور جلوگیری از ورود محرک‌های ناراحت‌کننده به هشیاری یا حل مشکلات ناشی از ناهماهنگی، نظارت بر حالت‌های جسمی-روانی و آمادگی در برابر خطر، به منظور کاهش این ناهماهنگی توسط کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش به کار گرفته می‌شوند (گارسیا-مونتس، کانگاس، پرز-آلوارز، هیدالگو و گوتیرز، ۲۰۰۵).

همان‌طور که گفته شد نشخوار فکری یکی از راهکارهای کارکرد اجرایی خودنظم‌بخش برای کاهش ناهماهنگی شناختی است و در واقع نوعی سبک مقابله با خلق افسرده به حساب می‌آید

^۱- Self Regulatory Executive Function Model

^۲- Vulnerability

^۳- Self attention

^۴- Rumination

^۵- Worry

(بارنهوفر، کرین، هارگوس، آماراسینگ، ویندر و ویلیامز، ۲۰۰۹؛ روالوفس، هوپرز، پیترز، آرنترز و ون-اوس، ۲۰۰۸). در اختلال افسردگی باورهای فراشناختی مثبت^۱ در مورد مزایای نشخوار فکری، باورهای فراشناختی منفی^۲ درباره‌ی کنترل ناپذیری^۳ و خطرات نشخوار فکری و تفکر افسرده ساز، کاهش فراآگاهی^۴ و سندرم شناختی توجهی^۵ بروز می‌کند. سندرم شناختی توجهی شامل نشخوار فکری، پایش تهدید^۶ و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه^۷ است. این سندرم موجب تداوم غمگینی و باورهای منفی شده و به دوره‌های افسرده ساز منجر می‌شود (ولز، ۲۰۰۹).

نشخوار فکری، خصیصه‌ی اصلی سندرم شناختی توجهی است که در پاسخ به افکار منفی و احساس غمگینی فعال می‌شود. بنابراین درمان فراشناختی اختلال افسردگی اساسی بیشتر بر درک علل نشخوار فکری و حذف این فرآیند ناسازگارانه تأکید می‌کند (ولز، ۲۰۰۹). مطالعات انجام شده در زمینه‌ی فراشناخت نشان می‌دهند که نشخوار فکری با آسیب‌پذیری به خلق افسرده و بقیه‌ی نشانه‌ها، شروع حملات دوره‌های افسردگی، شدت و طولانی شدن آن‌ها مرتبط است (دی‌جونگ‌میر و همکاران، ۲۰۰۹؛ روالوفس، پاجورجیو، گریبا، هوپرسا، پیترز و آرنترز، ۲۰۰۷). در واقع نشخوار فکری یک سبک پاسخدهی به خلق افسرده است که با فکر مکرر در مورد نشانه‌های بیماری، علل ممکن و پیامدها تعریف می‌شود (دی‌جونگ‌میر و همکاران، ۲۰۰۹).

¹- Positive Metacognitive Beliefs
²- Negative Metacognitive Beliefs
³- Uncontrollability
⁴- Meta Awareness
⁵- Cognitive Attentional Syndrome
⁶- Threat Monitoring
⁷- Maladaptive coping

در مدل فراشناختی افسردگی، یک عامل برانگیزاننده^۱ موجب فعال شدن سطح دوم سیستم فراشناختی یعنی سیستم کارکرد اجرایی وابسته به نظارت می‌شود. این سیستم با ارزیابی افکار درونی با توجه به اهداف فردی و محدودیت‌های اجتماعی، شیوه‌ی مقابله با خلق افسرده را مشخص می‌کند (یوسفی و همکاران، ۱۳۸۷). باورهای فراشناختی مثبت در مورد نشخوار فکری در سطح سوم قرار دارند. این باورها نیاز به درگیری در نشخوار فکری درباره‌ی معنی و علل رویداد را مطرح می‌کنند (ولز، ۲۰۰۹).

این فرآیند موجب تشدید علائم افسرده ساز می‌شود. در نتیجه‌ی تداوم علائم و شکست در کاهش این تفاوت، باورهای فراشناختی منفی فعال می‌شود (روالوفس و همکاران، ۲۰۰۷). باورهای فراشناختی منفی نقش مهمی در افسردگی دارند. این باورها در مورد غیرقابل کنترل بودن، زیان‌ها و پیامدهای فردی و اجتماعی هستند و شامل ارزیابی منفی از افکار یا احساسات می‌شوند مانند این که افسردگی خطرناک است (پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۱، کرکران و سگال، ۲۰۰۸). ماریسون، ولز و نوتارد (۲۰۰۲) در مطالعات خود شواهدی یافته‌اند مبنی بر این که باورهای فراشناختی^۲ یک فاکتور آسیب‌پذیری عمومی هستند و در نتیجه بر رشد علائم سایکوز و نوروژ اثر می‌گذارند. در این پژوهش‌ها افسردگی و باورهای منفی و مثبت فراشناختی با یکدیگر رابطه مثبت و معنادار داشته‌اند (روالوفس و همکاران، ۲۰۰۷).

از طرفی مطالعات نشان داده‌اند که آگاهی فراشناختی^۳ کاهش یافته از این افکار و باورها با آسیب‌پذیری به افسردگی مرتبط است (تیزدل، مور، هایهورست، پاپ، ویلیامز و سگال، ۲۰۰۲)، به طوری که تغییرات در آگاهی فراشناختی و توانایی دریافت افکار و احساسات از طریق یک جایگاه غیر مرکزی،

^۱- Stimulus

^۲- Metacognitive Beliefs

^۳- Metacognitive Awareness