فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۶، شماره، ۳۰، پائیز ۱۴۰۴

اثربخشی درمان مبتنی بر فراشناخت بر کاهش افکار ناکارآمد در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

علی اکبری*[۱] و فاطمه زیدآبادی نژاد[۲]

۱-گروه روانشناسی عمومی، واحد سیرجان، **دانشگاه آزاد اسلامی**، سیرجان ، ایران(aliakbari3195@gmail.com)

۲-گروه روانشناسی عمومی ، واحد سیرجان ، **دانشگاه آزاد اسلامی**،سیرجان ، ایران

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر فراشناخت بر کاهش افکار ناکارآمد در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شده است. طرح پژوهش، نیمه تجربی با پیش‌آزمون – پس‌آزمون و گروه کنترل بود، جامعه آماری شامل کلیه بیماران با تشخیص اختلال افسردگی اساسی شهر بندرعباس بودند که در فاصله فروردین تا پایان شهریور ۱۴۰۱ به مطب روانپزشکان سطح شهر مراجعه کرده بودند، از این میان ۳۰ نفر به صورت دردسترس به عنوان نمونه پژوهش، انتخاب گردیدند و با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه افکار ناکارآمد دی الکساندرو و بورتون (۲۰۰۶) بود که در دو مرحله قبل و بعد از مداخله درمان فراشناختی در هردو گروه اجرا گردید. گروه آزمایش در جلسات درمان مبتنی بر فراشناختی، شرکت نمودند؛ اما گروه کنترل تا پایان پژوهش، مداخله ای دریافت نکردند. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها از آزمون کواریانس تک متغیری با استفاده از نرم افزار اس‌پی‌اس‌اس نسخه ۲۶ استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی بر افکار ناکارآمد در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تأثیر معناداری دارد($p<0.01$). از این رو می توان نتیجه گرفت: درمانگران و روانشناسان می توانند از درمان فراشناختی برای کاهش افکار ناکارآمد در بیماران با اختلال افسردگی اساسی، استفاده نمایند.

کلیدواژه: افسردگی، افسردگی اساسی، درمان مبتنی بر فراشناخت

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی[۱] یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در جهان معاصر به شمار می‌رود (ثاپار[۲] و همکاران، ۲۰۲۲) که با مجموعه‌ای از نشانه‌های هیجانی، شناختی، انگیزشی و جسمانی همراه است(پاسل و سیلی[۳]، ۲۰۲۵). اختلالات خلقی[۴] که افسردگی اساسی یکی از طبقات آن است از گروهی نشانه

[1] Major Depression Disorder
[2] Thapar
[3] Pössel, & Seely
[4] Mood Disorders

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

ترکیب یافته اند(ژانگ، وانگ و نیکولاس[1]، ۲۰۲۰) که هفته‌ها تا ماه‌ها طول می‌کشند و معمولاً عودکننده بوده و با الگویی دوره‌ای یا چرخه‌ای تظاهر می‌یابند(کاپلان و سادوک[2]، ۲۰۱۵). از مهم ترین علائم افسردگی اساسی می توان به غم و بی علاقگی، اشاره نمود(بانتراک[3] و همکاران، ۲۰۲۴). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت[4] (۲۰۲۳) بیش از ۳۵۰ میلیون نفر از جمعیت جهان، درگیر درجاتی از افسردگی هستند. در ایران نیز مطالعات اپیدمیولوژیک نشان داده‌اند که میزان شیوع افسردگی به ویژه در میان جوانان و زنان روندی افزایشی دارد (پیر ایرانی، سلیمانخانی، معتمدی و صیاد، ۲۰۱۷).

اختلال افسردگی اساسی، افزون بر اینکه کیفیت زندگی فرد را به طور معناداری کاهش می‌دهد، با افزایش خطر خودکشی(الکجار[5] و همکاران، ۲۰۲۲)، کاهش عملکرد شغلی و تحصیلی(گرنت[6] و همکاران، ۲۰۲۵)، اختلال در روابط بین فردی و تحمیل هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی گسترده همراه است(چن[7] و همکاران، ۲۰۲۳). سازمان جهانی بهداشت(۲۰۲۳) افسردگی را از مهم‌ترین علل ناتوانی در سطح جهانی معرفی کرده و پیش‌بینی می‌کند که در دهه‌های آینده همچنان جایگاه برجسته‌ای در بار بیماری‌های روانی خواهد داشت(آرمل[8] و همکاران، ۲۰۲۲). در این میان، بعد شناختی افسردگی به ویژه، وجود افکار ناکارآمد[9] و تحریف‌های شناختی[10]، نقش محوری در شکل‌گیری، تداوم و عود این اختلال دارد(معین القرایی و همکاران، ۲۰۱۶).

افکار ناکارآمد به الگوهای فکری منفی، غیرمنطقی و اغلب خودآیند اطلاق می‌شود(اسکندری و همکاران، ۲۰۲۵) که فرد را به ارزیابی‌های منفی از خود، جهان و آینده سوق می‌دهند(محرابی و همکاران، ۲۰۲۲). این افکار معمولاً با سوگیری‌های شناختی[11] همچون تعمیم افراطی، فاجعه‌سازی، تفکر همه یا هیچ و شخصی‌سازی همراه

[1] Zhng, Wang, Nicholas
[2] Sadock B, Sadock
[3] Buntrock
[4] World Health Organization
[5] Elkjaer
[6] Grant
[7] cHEN
[8] Ormel
[9] Dysfunction thoughts
[10] Cognitive distortion
[11] cognitive bias

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

هستند(کانورسانو[1] و همکاران، ۲۰۱۹). در افراد مبتلا به افسردگی اساسی، این الگوهای شناختی هم در تفسیر رویدادهای روزمره نقش دارند، و هم به عنوان عامل تداوم‌دهنده خلق افسرده نیز عمل می‌کنند(دان[2] و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع، فرد افسرده در یک چرخه معیوب شناختی-هیجانی[3] گرفتار می‌شود(کوالسکی و دراگان[4]، ۲۰۱۹) که در آن افکار ناکارآمد موجب تشدید هیجانات منفی شده و این هیجانات نیز به نوبه خود، تولید و تثبیت افکار منفی را تقویت می‌کنند(کرکلی[5] و همکاران، ۲۰۱۳).

مطالعات متعدد نشان داده‌اند که درمان‌های شناختی-رفتاری در کاهش افکار ناکارآمد و بهبود نشانه‌های افسردگی مؤثر هستند(پاسل و سیلی، ۲۰۲۵؛ کاپوبیانکو و نورداهی[6]، ۲۰۲۱؛ کالز و همکاران، ۲۰۲۰). با این حال، نرخ عود در افسردگی همچنان بالا است و بخش قابل توجهی از بیماران پس از بهبودی نسبی، مجدداً دچار عود علائم می‌شوند(کوالسکی و دراگان، ۲۰۱۹). این امر، نشان می‌دهد که صرفاً تغییر محتوای افکار ناکارآمد ممکن است برای پایداری درمان کافی نباشد و لازم است به فرآیندهای شناختی سطح بالاتر که در پس این افکار قرار دارند نیز توجه شود(اسکندری و همکاران، ۲۰۲۵).

در همین راستا، رویکردهای نوین شناختی مانند درمان مبتنی بر فراشناخت[7] مطرح شده‌اند که تمرکز اصلی آن‌ها صرفاً بر محتوای افکار نیست، بلکه بر نحوه نگرش فرد به افکار خود است(هافارت[8] و همکاران، ۲۰۱۸). این رویکرد که توسط ولز[9] توسعه یافته است، بر این فرض استوار است که اختلالات روان‌شناختی تنها ناشی از افکار منفی نمی باشد، بلکه نتیجه باورهای ناکارآمد فراشناختی و سبک‌های ناکارآمد پردازش فکر، مانند نشخوار فکری و نگرانی مزمن هستند(ولز و ماتوس، ۱۹۹۴؛ ولز، ۲۰۱۹). بر همین مبنا، درمان مبتنی بر فراشناخت بر این اصل تأکید دارد که مشکل اصلی افراد مبتلا به افسردگی، صرف وجود افکار منفی نیست، بلکه شیوه تعامل آن‌ها با این

[1] Conversano
[2] Dunn
[3] cognitive-emotional cycle
[4] Kowalski, & Dragan
[5] Kerqeli
[6] Capobianco, Nordahl
[7] Metacognitive Therapy
[8] Hoffart
[9] Wells

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

افکار و باورهایشان درباره کنترل‌پذیری یا خطرناک بودن افکار است(نورمن و مورینا، ۲۰۲۰). در این حیطه، فرد ممکن است باور داشته باشد که اگر به یک فکر منفی توجه نکند، آن فکر خطرناک‌تر می‌شود یا اگر درباره مشکلاتش نشخوار فکری نداشته باشد، قادر به حل آن‌ها نخواهد بود(زیادنی[1] و همکاران، ۲۰۱۸). این باورهای فراشناختی منجر به افزایش نشخوار فکری و در نتیجه تشدید افکار ناکارآمد و خلق افسرده می‌شود(هافارت و همکاران، ۲۰۱۸). بدین سان، باید رویکرد درمانی را اتخاذ نمود که با تغییر باورهای ناکارآمد و کاهش سبک‌های پردازش ناکارآمد مانند نشخوار فکری و توجه انتخابی به محرک‌های منفی، چرخه تداوم افسردگی را متوقف کند(اسپادا[2] و همکاران، ۲۰۱۶) که پیش بینی می شود به دلیل اثربخشی دیدگاه فراشناختی بر ابعاد گوناگون اختلالات خلقی در این حیطه نیز مثمر ثمر، واقع گردد.

در این راستا با وجود گسترش پژوهش‌ها در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر فراشناخت(یاداوری و همکاران، ۲۰۲۰؛ راچار و پنی[3]، ۲۰۲۰؛ مؤمنی و رادمهر، ۲۰۲۰؛ زیادنی و همکاران، ۲۰۱۸)، هنوز در حوزه بررسی تأثیر آن بر افکار ناکارآمد در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی به ویژه در بافت‌های فرهنگی مختلف، خلأهای پژوهشی قابل توجهی وجود دارد. بسیاری از مطالعات پیشین بیشتر بر کاهش نشانه‌های کلی افسردگی تمرکز داشته‌اند و کمتر به سازه‌های شناختی زیربنایی مانند افکار ناکارآمد پرداخته‌اند. این در حالی است که افکار ناکارآمد به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل پیش‌بینی‌کننده شدت و پایداری افسردگی شناخته می‌شوند(اسکندری و همکاران، ۲۰۲۵) و بررسی تغییرات آن‌ها می‌تواند درک دقیق‌تری از سازوکار اثربخشی درمان فراهم کند. از سوی دیگر، در بسیاری از نظام‌های درمانی موجود، همچنان تمرکز اصلی بر رویکردهای کلاسیک شناختی–رفتاری است و استفاده از رویکردهای فراشناختی به عنوان مداخله‌ای نوین، نیازمند شواهد تجربی بیشتر برای حمایت از کارایی و اثربخشی آن است. همچنین، با توجه به تفاوت‌های فرهنگی در تجربه، بیان و تفسیر افکار منفی، بررسی اثربخشی این نوع درمان در جمعیت‌های مختلف اهمیت دوچندان پیدا می‌کند. از این رو، انجام پژوهش‌هایی که بتوانند به

[1] Ziadni
[2] Spada
[3] Rachor, & Penney

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

صورت دقیق و نظام‌مند تأثیر این رویکرد را بر متغیرهای شناختی مرتبط با افسردگی بررسی کنند، ضروری به نظر می‌رسد.

با عنایت به مطالب بیان شده، این پژوهش در پی آن است که نقش مداخله فراشناختی را در تعدیل الگوهای شناختی ناکارآمد و بهبود وضعیت شناختی بیماران افسرده مورد بررسی قرار دهد. بدین سان، پرسش اصلی پژوهش حاضر، این است که آیا درمان مبتنی بر فراشناخت می‌تواند به طور معناداری موجب کاهش افکار ناکارآمد در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شود؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون و گروه کنترل است، بر این مبنا، جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران با اختلال افسردگی اساسی در شهر بندرعباس بودند که در فاصله فروردین تا پایان شهریور ۱۴۰۱ به کلینیک های روانپزشکان سطح شهر مراجعه نمودند، با توجه به اینکه تعداد جامعه آماری، نامشخص بود؛ از بین مراجعه کنندگان با تشخیص اختلال افسردگی اساسی که دارای معیارهای ورود به پژوهش بودند، ۳۰ نفر به صورت در دسترس، انتخاب گردیدند و با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، قرار گرفتند. معیارهای ورود عبارت بودند از: حداقل تحصیلات خواندن و نوشتن، نداشتن بیماری مزمن جسمی و روانپزشکی دیگر، داشتن رضایت آگاهانه از شرکت در پژوهش. قبل از انجام مداخله در گروه آزمایش هر دو گروه از طریق پرسشنامه افسردگی بک مورد ارزیابی قرار گرفتند(پیش آزمون) و پس از مداخله درمان مبتنی بر فراشناخت نیز هردو گروه، مورد ارزیابی قرار گرفتند(پس آزمون). ابزار مورد استفاده در پژوهش پیش رو بدین شرح است:

الف: پرسشنامه افسردگی بک

پرسشنامه افسردگی بک توسط بک(۱۹۶۱) تدوین گردید که از بین تستهای روانشناسی که برای سنجش افسردگی تدوین شدند؛ از جمله مناسب ترین تست ها است. این آزمون دارای ۲۱ سؤال بوده که علائم جسمی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کند. سؤالات ۴ گزینه ای بوده که به صورت ۰ تا ۳ نمره گذاری می شوند

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

و درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می کنند. آزمون افسردگی بک مناسب افراد بالای ۱۳ سال است. این آزمون نسخه دوم دیگری به نام آزمون افسردگی بک ویرایش دوم [1] داشته که شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است. این فرم در مقایسه با فرم اولیه بیشتر با DSM-IV (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی) همخوان است. علاوه بر این ویرایش دوم این تست تمام عناصر و علائم افسردگی را دربر می گیرد. این آزمون نمره ۰ تا ۶۳ دارد و مانند نسخه اول دارای ۲۱ ماده ۴ گزینه ای از ۰ تا ۳ است. در تست افسردگی بک نسخه دوم ۴ ماده از ویرایش قبلی حذف شده است و به جای آن ها ماده های دیگری اضافه شده اند، همچنین سوالات ۱۶ و ۱۸ به گونه ای هستند که به شدت افسردگی حساس تر باشد(علیلو، هاشمی و هاسمی، ۲۰۱۳).

ب: پرسشنامه افکار ناکارآمد

به منظور بررسی افکار ناکارآمد یا نگرش های ناکارآمد از پرسشنامه ای که توسط دی الکساندرو و بورتون(۲۰۰۶) طراحی و اعتباریابی شده است، استفاده شد. این پرسشنامه شامل ۲۲ گویه بسته پاسخ بر اساس طیف پنج درجه ای لیکرت می باشد. در پژوهش تقی پور(۲۰۱۱)، جهت اطمینان بیشتر، برای تعیین روایی پرسشنامه از روایی صوری و محتوایی استفاده گردید. بدین صورت که پس از تهیه پرسشنامه به نظرخواهی از اساتید راهنما و مشاور پرداخته شد و پس از حذف و اضافه های لازم و انجام تحلیل عاملی، روایی صوری و محتوایی لیکرت پرسشنامه مورد تایید قرار گرفت. طیف مورد استفاده در پرسشنامه بر اساس طیف پنج گزینه‌ای می‌باشد (شامل: کاملاً موافقم تا کاملا مخالفم)

در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۲۲ تا ۴۴ باشد، میزان متغیر در این جامعه ضعیف می باشد. در صورتی که نمرات پرسشنامه بین ۴۴ تا ۸۸ باشد، میزان متغیر در سطح متوسطی می باشد. در صورتی که نمرات بالای ۸۸

[1] BDI-II

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

باشد، میزان متغیر بسیار بالا می باشد. برای مشخص نمودن پایایی پرسشنامه‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردیده است. در پژوهش تقی پور(۱۳۹۱) آلفای کرونباخ مقیاس نگرش های ناکارآمد ۰/۸۷، اعتبار بازآزمایی آن پس از سه هفته ۰/۸۰ برآورد گردید.

ج:پروتکل درمان فراشناختی

پروتکل درمان فراشناختی ولز[1] (۲۰۰۸) در ۸ جلسه به صورت هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت گروهی توسط کارشناس ارشد روانشناسی بالینی انجام شد.

جدول ۱- خلاصه ای درمان فراشناختی

جلسه	شرح جلسه
اول	معارفه و خوش‌آمدگویی، تدوین فرمول‌بندی موردی اختلال افسردگی، معرفی مدل فراشناختی اختلال افسردگی، آماده‌سازی شرکت‌کنندگان برای ادامه‌ی شرکت در جلسات درمان.
دوم	معرفی و تمرین فن ذهن‌آگاهی گسلیده، به تعویق انداختن نشخوار فکری، تکلیف خانگی ذهن‌آگاهی گسلیده.
سوم	شناسایی برانگیزاننده‌های نشخوار فکری، چالش به فراشناخت‌های مربوط به کنترل‌ناپذیری باورها، بررسی سطح فعالیت، مقابله‌ی اجتنابی، تکلیف ذهن‌آگاهی گسلیده.
چهارم	تکلیف خانگی، وارسی به‌کارگیری به تعویق انداختن نشخوار فکری در مورد حداقل ۷۵ درصد برانگیزاننده‌ها و بیش از ۲ دقیقه طول نکشیدن دوره‌های نشخوار فکری، معرفی فن آموزش توجه
پنجم	توضیح مفصل بررسی باورهای فراشناختی مثبت در مورد نشخوار فکری، سطح فعالیت، مقابله‌ی ناسازگارانه و کاربرد گسترده و پایدار ذهن‌آگاهی گسلیده.
ششم	مرور تکلیف خانگی، بررسی سطح فعالیت شرکت‌کنندگان، انجام فن آموزش توجه، بررسی و چالش با باورهای منفی درباره‌ی هیجانات دخیل در افسردگی.
هفتم	بررسی و تغییر ترس از اطمینان مجدد، تمرین فن آموزش توجه همراه با شرکت‌کنندگان، بیان مقدمات لازم جهت آماده‌سازی شرکت‌کنندگان برای خاتمه‌ی درمان.
هشتم	مرور کلی جلسات درمانی، پایش علایم باقی‌مانده‌ی افسردگی، بحث در مورد جلوگیری از عود و کار بر روی باورهای فراشناختی باقی‌مانده.

[1] Wells

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

روش اجرا

پس از بررسی و جمع آوری اطلاعات از طریق پرسشنامه با استفاده از روش های آماری شامل آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی(کواریانس تک متغیری) تحلیل شد. البته با در نظر گرفتن ۵٪ خطا و ۹۵٪ اطمینان انجام گرفت، کلیه آزمون های آماری با استفاده از نرم افزار اس‌پی‌اس‌اس[1] ۲۶ انجام گرفت.

یافته‌ها

بنابر تجزیه و تحلیل داده های توصیفی، حدود ۷۲ درصد مشارکت کنندگان در این مطالعه در رده سنی ۳۵ تا ۴۴ سال بودند؛ ۳۹ درصدشان در مقطع کارشناسی، شاغل به تحصیل بودند. به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر فراشناختی بر کاهش افکار ناکارآمد در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، میانگین و انحراف استاندارد نمرات افکار ناکارآمد در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هردو گروه آزمایش و کنترل به صورت زیر گزارش شد:

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار افکار ناکارآمد برحسب گروه و اندازه گیری

متغیر	گروه	آزمون	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
افکار ناکارآمد	آزمایش	پیش آزمون	۱۵	۳۳/۸۶	۲/۳۲
		پس آزمون	۱۵	۲۹/۷۳	۲/۳۱
	کنترل	پیش آزمون	۱۵	۳۲/۸۰	۲/۱۴
		پس آزمون	۱۵	۳۳/۱۸	۲/۱۴

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود میانگین نمره افکار ناکارآمد در گروه درمان فراشناختی از پس آزمون (۲۹/۷۳) نسبت به پیش آزمون (۳۳/۸۶) روند کاهشی داشته است. به منظور بررسی معناداری اثر مداخله فراشناخت درمانی از تحلیل کوواریانس استفاده شد. بدین روی، پیش از تحلیل داده ها برای اطمینان از این که داده های این پژوهش مفروضه های زیربنایی تحلیل کوواریانس تک متغیری را برآورد می کنند، به بررسی آن ها

[1] SPSS

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

پرداخته شد. بدین منظور مفروضه این تحلیل شامل نرمال بودن چندمتغیری و برابری واریانس ها مورد بررسی قرار گرفتند که بدین شرح است:

جهت بررسی بهنجار بودن توزیع داده‌ها از آزمون کلموگرف اسمیرنف استفاده شد تا از نرمال بودن داده‌ها اطمینان حاصل گردد.

جدول ۳- مفروضه نرمال بودن داده ها برای هر متغیر به تفکیک گروه ها

متغیر			کلموگروف-اسمیرنف		
			مقدار آماره	درجه آزادی	سطح معنی داری
افکار ناکارآمد	فراشناختی	پیش آزمون	۰/۹۱۲	۱۵	۰/۱۳
		پس آزمون	۰/۹۱۱	۱۵	۰/۲۳
	کنترل	پیش آزمون	۰/۸۹۱	۱۵	۰/۲۱
		پس آزمون	۰/۹۷۳	۱۵	۰/۱۲۱

بنا بر جدول ۳ برحسب گروه و اندازه گیری در سطح (P>0/05) معنی دار نبوده و در نتیجه، داده های پژوهش، بهنجار هستند. لذا متغیر افکار ناکارآمد در دو گروه و دو زمان اندازه گیری دارای توزیعی بهنجار بوده است.

پیش فرض دیگر، استفاده از آزمون لوین می باشد این آزمون، همگونی واریانس ها را پیش از انجام آزمون های پارامتریک بررسی می نماید. جدول مقدار محاسبه شده واریانس متغیر افکار ناکارآمد را از طریق آزمون لون نشان می دهد، این آزمون نشان می دهد که مفروضه برابری واریانس خطای متغیر وابسته در گروه ها رعایت شده است(P>۰/۰۵).

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

جدول ۴- آزمون لون مربوط به پیش فرض برابری واریانس ها

متغیر	گروه	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
افکار ناکارآمد	فراشناختی	۲/۱۸	۱	۴۳	۰/۱۴
	کنترل	۲/۲۳	۱	۴۳	۰/۱۲

آن گونه که در جدول ۴ قابل ملاحظه است؛ با عنایت به معنادار نبودن آماره ها می توان اذعان داشت: این مفروضه نیز رعایت گردیده است. لذا می توان از آزمون پارامتریک جهت آزمون اثربخشی مداخله بر افکار ناکارآمد، استفاده نمود.

جدول ۵- نتایج تحلیل کواریانس تأثیر درمان فراشناختی بر افکار ناکارآمد افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P
ثابت	۳۸۲۲/۵۰	۱	۳۸۲۲/۵۰	۷۱۱/۴۲	۰/۰۰۰۱
گروه	۱۲۸/۳۵	۱	۱۲۸/۳۵	۲۳/۸۸	۰/۰۰۰۱
خطا	۱۵۰/۴۴	۲۸	۵/۳۷۳		
کل	۳۰۶۱۶/۰۰	۳۰			

براساس بررسی اثرهای بین اندازه گیری با حذف عامل پیش آزمون، تأثیر گروه(آزمایش و کنترل) در متغیر افکار ناکارآمد $P=۰/۰۰۰۱$ ،$F(۱و۲۸)=۲۳/۸۸$ در سطح $P<۰/۰۵$ معنادار بود، پس فرضیه صفر آماری مبنی بر عدم تاثیر مداخله بر متغیرهای مورد نظر، رد می شود. در نتیجه می توان گفت که درمان فراشناختی بر افکار ناکارآمد افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی تاثیر دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر فراشناخت بر کاهش افکار ناکارآمد در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، صورت گرفت. یافته‌های حاصل از این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر فراشناخت می‌تواند نقش معناداری در کاهش افکار ناکارآمد در افراد مبتلا به اختلال افسردگی اساسی داشته باشد. این نتیجه با نتایج مطالعات پیشین نظیر بانتراک و همکاران(۲۰۲۴)؛ کالسن و همکاران(۲۰۲۰)؛ مؤمنی و رادمهر(۲۰۲۰)؛

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

نورمن و مارینو(۲۰۱۸)؛ هافارت و همکاران(۲۰۱۸)؛ علیلو و همکاران(۲۰۱۳) و مبانی نظری رویکرد فراشناختی همسو است؛ رویکرد فراشناختی بر این فرض استوار است که تداوم اختلالات هیجانی، بیش از آنکه ناشی از محتوای افکار منفی باشد، به شیوه پردازش شناختی و باورهای فراشناختی فرد درباره افکارش مرتبط است(بانتراک و همکاران، ۲۰۲۴). در این چهارچوب، کاهش درگیری فرد با نشخوار فکری، نگرانی مفرط و توجه انتخابی به محتوای تهدیدآمیز ذهنی، زمینه‌ای را فراهم می‌کند که افکار ناکارآمد قدرت تداوم‌بخشی خود را از دست بدهند و به تدریج تضعیف شوند.

در تبیینی دیگر می‌توان گفت که درمان مبتنی بر فراشناخت با تغییر رابطه فرد با افکارش به جای تلاش مستقیم برای تغییر محتوای افکار، چرخه معیوب شناختی–هیجانی افسردگی را هدف قرار می‌دهد. در واقع، فرد به جای آنکه درگیر اصلاح تک‌تک افکار منفی شود، می‌آموزد که این افکار را به عنوان رویدادهای ذهنی گذرا مشاهده کند(رااچور و پنی، ۲۰۲۰). این تغییر نگرش موجب کاهش درگیری شناختی، کاهش نشخوار فکری و در نهایت، کاهش شدت افکار ناکارآمد می‌شود. بر این اساس می توان اذعان داشت: استفاده از درمان مبتنی بر فراشناخت می‌تواند به عنوان یک رویکرد مؤثر در کنار سایر درمان‌های رایج برای افراد مبتلا به افسردگی اساسی مورد استفاده قرار گیرد. این رویکرد با تمرکز بر اصلاح سبک پردازش فکر می‌تواند به کاهش احتمال عود و تثبیت بهبود در بیماران کمک کند. همچنین، آموزش مهارت‌های فراشناختی به بیماران می‌تواند نقش مهمی در افزایش خودتنظیمی شناختی و کاهش وابستگی به افکار منفی داشته باشد(نورمن و مارینو، ۲۰۱۸).

با وجود این نتایج مثبت، پژوهش حاضر نیز مانند سایر مطالعات دارای محدودیت‌هایی است که باید در تفسیر و تعمیم یافته‌ها مدنظر قرار گیرد. **نخست**، ماهیت اختلال افسردگی اساسی به گونه‌ای است که تحت تأثیر عوامل متعدد زیستی، روانی و اجتماعی قرار دارد و کنترل کامل این متغیرها در شرایط پژوهشی امکان‌پذیر نیست؛ از این رو، احتمال تأثیر عوامل همزمان مانند تغییرات زندگی، حمایت اجتماعی یا نوسانات طبیعی خلق بر نتایج وجود دارد. **دوم**، تفاوت‌های فردی شرکت‌کنندگان از جمله ویژگی‌های شخصیتی، سطح بینش، میزان انگیزه برای درمان و تجارب زیسته پیشین از جمله عواملی هستند که خارج از کنترل مستقیم پژوهشگر بوده و می‌توانند بر میزان

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

پاسخ‌دهی به مداخله تأثیر بگذارند. **سوم**، شرایط فرهنگی و بافت اجتماعی حاکم بر نمونه مورد مطالعه(جنوب کشور) نیز می‌تواند در نحوه تجربه، بیان و گزارش افکار ناکارآمد نقش داشته باشد، به گونه‌ای که تعمیم نتایج به سایر فرهنگ‌ها با احتیاط همراه است. همچنین، محدودیت‌های زمانی پژوهش و عدم امکان پیگیری بلندمدت که اغلب ناشی از قیود اجرایی و شرایط بیرونی هستند، بررسی پایداری اثرات درمان را با محدودیت مواجه می‌سازد. با توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود: پژوهش‌های آینده با در نظر گرفتن طرح‌های طولی و پیگیری‌های بلندمدت به بررسی دوام اثرات درمان مبتنی بر فراشناخت بپردازند. همچنین، انجام مطالعات در بافت‌های فرهنگی و جمعیت‌های متفاوت(افزون بر جنوب کشور) می‌تواند به افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها کمک کند. پیشنهاد دیگر، بررسی نقش متغیرهای تعدیل‌گر مانند ویژگی‌های شخصیتی، سطح فراشناخت و میزان نشخوار فکری در اثربخشی این درمان است تا بتوان درک دقیق‌تری از اینکه این مداخله برای چه افرادی و تحت چه شرایطی بیشترین کارایی را دارد، به دست آورد. در نهایت، توصیه می‌شود در پژوهش‌های آتی، ترکیب درمان مبتنی بر فراشناخت با سایر رویکردهای درمانی نیز مورد بررسی قرار گیرد تا امکان طراحی مداخلات جامع‌تر و اثربخش‌تر فراهم شود.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می دارند که این مطالعه، هیچ گونه تعارض منافعی ندارد.

تقدیر و تشکر

بدین وسیله از تمامی عزیزانی که در مراحل اجرای پژوهش حاضر، یاریمان نمودند؛ کمال تشکر را مبذول می داریم.

منابع مالی

مقاله حاضر بدون حمایت مالی بوده است.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

ملاحظات اخلاقی

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر بدین شرح است: رضایت آگاهانه مشارکت کنندگان از شرکت در پژوهش حاضر؛ عدم تحمیل بار مالی برای شرکت کنندگان؛ فراهم نمودن امکان انصراف از شرکت در مداخله در هر مرحله از پژوهش و اعلام این موضوع به آنها؛ محرمانه ماندن اطلاعات شرکت کنندگان.

منابع

Alilou, M,. Hashemi, T,. Hashemi, Z (2013). Investigating thr rffrct of metacognitivetherapy in reduction of depression symptoms, anxiety and dysfunction thoughts in major depression disorders. Journal of Tabriz Medical Sciences, 23 (6): pp 89-94.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56, 893–897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893

Buntrock, C., Harrer, M., Sprenger, A. A., Illing, S., Sakata, M., Furukawa,T. A., Ebert, D. D., Cuijpers, P., Adriaanse, M. C., Albert, S. M., Allart, E.,Almeida, O. P., Basanovic, J., Batterham, P. J., Baumeister, H., Berger, T.,Blanco, V., Casten, R., Chan, D., … the IPD-PrevDep Consortium. (2024). Psychological interventions to prevent the onset of major depression in adults: A systematic review and individual participant data meta-analysis.The Lancet Psychiatry, 11(12), 990–1001. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(24)00316-X

Callesen, P, Reeves, D, Heal, C, Wells, A(2020). Metacognitive Therapy versus Cognitive Behaviour Therapy in Adults with Major Depression: A Parallel Single-Blind Randomised Trial. Scientific Reports , 10, 78-89

Capobianco, L, Nordahl, H(2021). A Brief History of Metacognitive Therapy: From Cognitive Science to Clinical Practice. Cognitive and Behavioral Practice,2,20-31.

Chen, H. G., H. L. Feng, Y. Y. Liu (2023). Anxiety, Depression, Insomnia, and PTSD Among College Students After Optimizing the COVID-19 Response in China. Journal of Affective Disorders 337: 50–56. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.076.

Conversano, C., Laura, M., Rebecca, C., Mirabelli, V., & Angelo, G. (2018). Catastrophizing and fibromyalgia: A mini-review. Journal of Translational Neurosciences, 3, 7. https://doi.org/10.21767/2573-5349.100020

Dunn, L. K., Durieux, M. E., Fernández, L. G., Tsang, S., Smith-Straesser, E. E., … & Naik, B. I. (2018). Influence of catastrophizing, anxiety, and depression on in-hospital opioid consumption, pain, and quality of recovery after adult spine surgery. Journal of Neurosurgery: Spine SPI, 28(1), 119–126. https://doi.org/10.3171/2017.5.SPINE1734

Elkjaer, E., M. B. Mikkelsen, J. Michalak, D. S. Mennin, and M. S.O'Toole. (2022). Motor Alterations in Depression and Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

Analysis." Journal of Affective Disorders. 372-378. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.08.060.

Eskandarli, M., Zohrevand, M., & Hemesi, M. (2025). The comparison of anger rumination and dysfunctional thoughts in students whose parents are divorced, with and without symptoms of depressive disorder. Journal of Research in Child and Adolescent Psychotherapy, 2(3), 1–12. https://doi.org/10.22098/rcap.2024.13921.1030

Grant, S., Day, E., Trevino, S. D., Steinka-Fry, K., & Tanner-Smith, E. E.(2025). Effectiveness of school-based depression prevention interventions: An overview of systematic reviews with meta-analyses on depression outcomes. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 93(4), 194–212. https://doi.org/10.1037/ccp0000930

Hoffart, A., Johnson, S., Nordahl, H., & Wells, A. (2018). Mechanisms of change in metacognitive and cognitive behavioral therapy for treatment-resistant anxiety: The role of metacognitive beliefs and coping strategies. Journal of Experimental Psychopathology. 9(3). https://doi.org/10.1177/2043808718787414

Kaplan HI, Sadock BJ.(2015). Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 9 th ed. Philadelphia: Williams & Wilkins.

Kerqeli, A., Kelpi, M., & Tsigilis, N. (2013). Dysfunctional attitudes and their effect on depression. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 84, 196–204.

Kowalski, J., & Dragan, M. (2019). Cognitive-attentional syndrome - The psychometric properties of the CAS-1 and multi-measure CAS-based clinical diagnosis. Comprehensive Psychiatry, 91,13–21. https://doi.org/10.1016/j

Mehrabi, A., Mohammadkhani, P., Dolatshahi, B., Poursahbaz, A., & Kheirabadi, G. (2022). Structural relationship of negative affect, dysfunctional attitudes, negative automatic thoughts, and depressive symptoms: Mediational role of emotion dysregulation. Research in Cognitive and Behavioral Sciences. https://doi.org/10.22108/cbs.2022.135358.1694

Moein Alghoraee, F., Nofeeresti, A., Karamlu, S., & Ganji, N. (2016). Comparing attribution styles, maladaptive schemata, and dysfunctional attitudes in depressed and normal individuals. Social Cognition, 6(11), 63–73.

Momeni, Kh. & Radmehr, F. (2020). The effectiveness of meta-cognitive therapy on cognitive attention syndrome in female students with social anxiety disorder. Knowledge & Research in Applied Psychology. 21(2), 32-42. https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.572759.1420 (In Persian)

Normann, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: A Systematic review and meta-analysis. Frontiers in Psychology, 9, 2211. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211.

Ormel, J., Hollon, S. D., Kessler, R. C., Cuijpers, P., & Monroe, S. M.(2022). More treatment but no less depression: The treatment-prevalence paradox. Clinical Psychology Review, 91, Article 102111. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102111

PirIrani, S,. Soleimankhani, H,. Motamedi, A,. Sayad, S (2017). Effectiveness of cognitive hypnotism therapy on irritable thinking avoidant, hyperarousal and pain intense in women with breast cancer. 13 (2): pp 99-108.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

Pössel, P., & Seely, H. D. (2025). Equity and inclusion in prevention: Depression prevention in Black and White American youth. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 93(4), 307–316. https://doi.org/10.1037/ccp0000918

Rachor, G. S., & Penney, A. M. (2020). Exploring metacognitions in health anxiety and chronic pain: A cross-sectional survey. BMC Psychology, 8, 81. https://doi.org/10.1186/s40359-020-00455-9

Spada, M. M., Nikcevic, A. V., Fernie, B. A., & Caselli, G. (2016). Meta-cognitive beliefs about worry and pain catastrophizing as mediators between neuroticism and pain behavior. Clinical Psychologist, 20(3), 138-146. https://doi.org/10.1111/cp.12081

Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in young people. Lancet, 400(10352), 617–631. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01012-1

Wells A. (2019). Breaking the cybernetic code: understanding and treating the human metacognitive control system to enhance mental health. Frontiers in Psychology, 10, 2621. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02621

Wells, A., & Matthews, G. (1994). Attention and emotion: A clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum. World Health Organization. (2023). World mental health report: Transforming mental health for all.

Yadavari, M., Naderi, F., Makbvandi, B. & Hafezi, F. (2020). The effects of metacognitive therapy on pain catastrophizing and quality of life in patients with chronic pain. Journal of Disability Studies, 10(1), 134. http://jdisabilstud.org/article-1-1991-en.html (In Persian)

Zhong, Y,. Wang, J,. Nicholas, S (2020). Social support and depressive symptoms among family caregivers of older people with disabilities in four provinces of urban China: The mediating role of caregiver. BMC Geriatrics, 20: 3.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

Ziadni, M. S., Sturgeon, J. A., & Darnall, B. D. (2018). The relationship between negative metacognitive thoughts, pain catastrophizing and adjustment to chronic pain. European Journal of Pain, 22(4), 756–762. https://doi.org/10.1002/ejp.1160

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]

فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۲۶، شماره، ۳۰، پائیز ۱۴۰۴

The Effectiveness of Metacognitive Therapy in Reducing Dysfunctional Thoughts in Individuals with Major Depressive Disorder

Ali Akbari[1*] and Fatemeh Zeidabadinejazd[2]

1.The Department of General Psychology, Sirjan Branch, Islamic Azad University, Sirjan, Iran (aliakbari3195@gmail.com)

2.The Department of General Psychology, Sirjan Branch, Islamic Azad University, Sirjan, Iran

Abstract

Present study aimed to investigate the effectiveness of metacognitive therapy in reducing dysfunctional thoughts among individuals diagnosed with Major Depressive Disorder (MDD). The research design was quasi-experimental, employing a pretest–posttest design with a control group. The statistical population included all patients diagnosed with MDD in the city of Bandar Abbas who had visited psychiatric clinics between April until September 2022. From this population, 30 participants were selected through convenience sampling and were randomly assigned to experimental and control groups. The research instruments included the Beck Depression Inventory (BDI) and Dysfunctional Attitudes Questionnaire by D'Alessandro and Burton (2006), which were administered to both groups before and after metacognitive intervention. The experimental group participated in metacognitive therapy sessions, whereas the control group did not receive any intervention during the study period. Data were analyzed using one-way analysis of covariance (ANCOVA) with SPSS version 26. The results indicated that metacognitive therapy had a statistically significant effect on reducing dysfunctional thoughts in individuals with Major Depressive Disorder ($p < 0.01$). Therefore, it can be concluded that therapists and psychologists may utilize metacognitive therapy as an effective approach to reduce dysfunctional thoughts in patients with MDD.

Keywords: Depression, Major Depressive Disorder, Metacognitive Therapy

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-17]