

## اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی: گزارش موردی

تاریخ دریافت: ۸۹/۱/۱۷

تاریخ پذیرش: ۸۹/۶/۱۵

زهرا هاشمی\*، مجید محمود علیلو\*\*، تورج هاشمی نصرت آباد\*\*

### چکیده

**مقدمه:** درمان فراشناختی افسردگی، بر کاهش فرآیندهای شناختی غیر سودمند و تسهیل سبک‌های فراشناختی پردازش تمرکز دارد. این درمان، بیمار را به گسیختن نشخوارهای ذهنی، کاهش تمایلات خود نظارتی غیر سودمند و ایجاد سبک‌های سازگارانه‌تر قادر می‌سازد. در پژوهش حاضر سعی شده است تا اثربخشی این نوع از درمان در بهبود بیماران دچار افسردگی اساسی مورد بررسی قرار گیرد.

**روش:** این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه‌ی پلکانی طی ۸-۶ جلسه روی سه بیمار با پیگیری یک و سه ماهه، اجرا گشت. ابزار مورد استفاده شامل پرسشنامه‌ی افسردگی بک، پرسشنامه‌ی اضطراب بک و پرسشنامه‌ی نشخوار فکری بود.

**یافته‌ها:** درمان، تغییرات معنادار و قابل توجهی در علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری هر سه بیمار مبتلا به افسردگی ایجاد کرد.

**نتیجه‌گیری:** نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، درمان فراشناختی که به جای محتوای شناخت بر کنترل فرآیندهای حاکم بر آن تمرکز می‌کند، می‌تواند در درمان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مؤثر باشد. به طوری که درمان موجب تغییرات معنادار در علائم هر سه بیمار شود و بهره‌های درمانی تا زمان دوره‌ی پیگیری ادامه یافتند.

**واژه‌های کلیدی:** اضطراب، افسردگی، نشخوار فکری و درمان فراشناختی

E-mail: zohrehashemi2010@yahoo.com

\*نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

\*\* دانشیار، گروه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، تبریز، ایران

## مقدمه

عنوان اطلاعات نامربوطی بنگریم و این که درمانگر می تواند آنها را از ذهن بیمار پاک کند و به جای آن فرضیات واقعی تری را جایگزین کند نمی تواند مثرتر باشد، زیرا مردم باورها را شکل می دهند و به طور فعال بر اساس قوانین درونی، آنها را مورد تجدید نظر قرار می دهند. بنابراین آنچه حائز اهمیت است، صورت بندی پردازش شناخت درونی و قوانین و ساز و کارهایی است که موجب می شود تا بیماران به تعبیر و تفسیر باورهای ناسازگار بپردازند. آنچه مورد نیاز است، یک چارچوب شناختی کامل برای بازنمایی تعامل بین دانش خود و آشفتگی هیجانی است. ولز در درمان فراشناختی برای افسردگی اساسی روی فهم علل نشخوار فکری متمرکز شده است و درمان او شامل راهبردهایی است که مستقیماً نشخوار فکری را هدف قرار می دهند، همچنین درمان مشتمل بر فنونی برای چالش با باورهای فراشناختی منفی (در مورد غیر قابل کنترل بودن افکار افسرده کننده) و باورهای فراشناختی مثبت (در مورد ضرورت انجام نشخوار فکری برای مقابله و یافتن پاسخ) است و با تکنیک های آموزش توجه ترکیب می شود [۵]. همسو با مدل فراشناختی، تعداد زیادی از مطالعات ارتباط قابل اطمینانی بین تفکر منفی به شکل نشخوار و علائم افسردگی در آزمودنی های دیسفوریک [۶، ۷] نشان داده اند و پیش بینی های مدل فراشناختی به طور تجربی [۸] و فواید درمانی این مدل برای بیماران افسرده [۹] مورد ارزیابی قرار گرفته است. همچنین ابعاد عقاید فراشناختی، همبستگی مثبتی با علائم افسردگی در نمونه غیر کلینیکی و در بیماران افسرده نشان داده است [۱۰]. در درمان فراشناختی تکنیکی به نام آموزش توجه [۱۱] برای کاهش نشخوار فکری و نگرانی، افزایش کنترل انعطاف پذیر توجه و افزایش آگاهی فراشناختی مطرح شد و نتایج مطالعات اولیه، در استفاده از این تکنیک امیدوار کننده بودند. تکنیک آموزش توجه به تنهایی تأثیرات مفیدی در درمان اختلالات مختلف از جمله افسردگی عمده

نتایج حاصل از مطالعات همه گیر شناسی، افسردگی را شایع ترین اختلال روان پزشکی گزارش نموده اند [۱]، از سویی به دلیل اینکه تقریباً دو سوم بیماران افسرده به خودکشی می اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آنها از این طریق به زندگی خود خاتمه می دهند، اهمیت توجه به افسردگی به عنوان یکی از اختلالات مهم روان شناختی آشکار می شود [۲]. تحقیقات نظری بک و توصیف پدیده ی اختلال هیجانی در چارچوب نظریه ی طرحواره، هنوز هم توضیحات مفید بالینی و غنی در مورد اختلال های هیجانی را در اختیار ما قرار می دهد. با این حال، مشکلات نظریه ی شناختی کلاسیک توسط چندین نظریه پرداز مورد توجه واقع شده است. به عنوان مثال تیزدل<sup>۱</sup> و برنارد<sup>۲</sup> [۳] چهار مشکل زیر را برای نظریه ی شناختی مطرح می کنند: ۱- افکار منفی ممکن است بیش از آن که پیش آیند افسردگی باشند، نتیجه ی افسردگی باشند، ۲- نگرش های ناکارآمدی که در خلال دوره های افسردگی افزایش می یابند، پس از بهبودی به حالت طبیعی باز می گردند، ۳- این مدل فقط با یک سطح شناخت سر و کار دارد، ۴- مدل شناختی بین باورهای سرد و گرم (هیجان و منطق) تمایز قائل نمی شود. تیزدل و برنارد با ارائه ی چارچوب کامل تر پردازش اطلاعات<sup>۳</sup> و دیدگاه زیر سیستم های شناختی متعامل<sup>۴</sup> (ICS) سعی کرده اند به همه جنبه های شناختی مؤثر در حفظ افسردگی توجه کرده و از این طریق به حل مشکلات مطرح شده در بالا بپردازند، با این همه نظریه ی تیزدل نیز نتوانسته است نقایص نظریه ی طرحواره را به صورت رضایت بخشی برطرف سازد. همان گونه که ولز<sup>۵</sup> و متیوس<sup>۶</sup> [۴] اشاره کرده اند، این دیدگاه که طرحواره را تنها به

- 
- 1- Teasdale
  - 2- Barnard
  - 3- information processing
  - 4- interacting cognitive subsystems
  - 5- Wells
  - 6- Matthews

S-REF<sup>9</sup> ولز و متیوس سازگار است [۴]، در این مدل افکار نشخواری بر حسب فعالیت عقاید فراشناختی مثبت و منفی در مورد افکار منفی پایدار و تکراری (برای مثال نشخوار ذهنی) تبیین می‌شوند و در درمان فراشناختی به این مسأله تأکید شده است. در پژوهشی دیگر ولز و پاپاگریو به درمان MDD عود کننده از طریق آموزش توجه<sup>10</sup> (ATT) پرداختند [۱۰]. نتایج نشان داد این مداخله روی ۴ بیمار به عنوان یک پتانسیل درمانی، برای درمان این اختلال مؤثر است. با توجه به اینکه، داده‌هایی که از درمان فراشناختی حمایت می‌کنند نسبت به داده‌هایی که از مدل نظری فراشناختی حمایت می‌کنند کمتر است در پژوهش حاضر سعی شده است تا کارآمدی درمان فراشناختی افسردگی در قالب یک طرح مداخله موردی با پیگیری یک و سه ماهه مورد بررسی قرار گیرد.

### روش

**طرح پژوهش:** این پژوهش در چارچوب طرح تجربی تک موردی<sup>11</sup> با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه‌ی پلکانی، مورد بررسی قرار گرفت.

**آزمودنیها:** بیماران پس از ارجاع از طرف روان‌شناس بالینی به درمانگر و احراز شرایط پژوهش، نمونه مورد نظر (۳ نفر) انتخاب شدند، سپس آزمودنیها، پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند. مراجع اول با تکمیل پرسشنامه وارد طرح درمان شد، در جلسه دوم درمان مراجع اول، مراجع دوم وارد طرح درمان شد و در جلسه سوم مراجع اول و جلسه دوم مراجع دوم، مراجع سوم وارد طرح درمان شد. راهنمای درمانی پژوهش حاضر، بر مبنای کتاب راهنمای گام به گام این درمان (راهنمای عملی درمان فراشناختی برای اختلال افسردگی اثر ولز) در قالب ۶ الی ۸ جلسه اجرا گردید [۵].

[۱۰]، وحشترزگی و هراس اجتماعی [۱۲]، هیپوکندری [۱۳] نشان داده است. نتایج درمان فراشناختی در درمان اختلال اضطراب فراگیر [۱۴]، هراس اجتماعی [۱۵]، اختلال وسواس [۱۶]، اختلال استرس پس از سانحه [۱۷] و افسردگی [۱۸] نشان داده شده است. در زمینه‌ی اختلال افسردگی اساسی، شواهد مقدماتی در مورد اثرات درمان فراشناختی فراهم شده است. در یک مطالعه با استفاده از طرح A-B چند خط پایه‌ای، بیماران طی شش تا هشت جلسه درمان فراشناختی هفتگی درمان شدند و بهبودی چشم‌گیری در افسردگی، اضطراب و فراشناخت‌ها مشاهده شد. برای مثال، میانگین نمره‌ی پرسشنامه افسردگی بک پیش از درمان ۲۳/۳۵ بود که پس از درمان به ۶/۵ رسید و در پیگیری ۶ ماهه، نمره‌ی یکی از بیماران خارج از نمره‌ی برش تعیین شده برای بهبودی قرار داشت، ولی همچنان حاکی از بهبودی معنادار بود [۱۹]. همچنین در یک پژوهش ولز و همکاران اثربخشی درمان فراشناختی را روی افراد افسرده مورد پژوهش قرار دادند [۱۸]، این بررسی به صورت تک موردی روی ۴ نفر و با پیگیری ۳ تا ۶ ماهه صورت گرفت. درمان با بهبود قابل توجه در علائم افسردگی و کاهش نشخوار فکری همراه بود و نتایج کسب شده در دوره پیگیری نیز ادامه داشت. پاپاگریو و ولز در پژوهشی، به بررسی تجربی مدل فراشناختی نشخوار ذهنی و افسردگی پرداختند [۹]، مطالعه آنها عقیده مربوط به وجود ارتباط بین نشخوار ذهنی، افسردگی و فراشناخت را مورد تأیید قرار داد. در همین راستا پاپاگریو<sup>۷</sup> و ولز [۱۵] پژوهشی با عنوان عقاید فراشناخت در مورد نشخوار ذهنی در افسردگی عمده عود کننده انجام دادند، این پژوهش شواهدی برای این که افراد با اختلال افسردگی عمده<sup>۸</sup> (MDD) عود کننده عقاید مثبت و منفی در مورد نشخوارهای افسرده کننده را حفظ می‌کنند، مهیا کرده است که تکرار این عقاید، با مدل

9- Self Regulatory Executive Function  
10- Attention Training Technique(ATT)  
11- experimental single case design

7- Papageorgiou  
8- Major Depression Disorder

## ابزار:

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور (SCID-I): مصاحبه مزبور ابزاری انعطاف پذیر است که توسط فرست<sup>۱۲</sup> و همکاران تهیه شد [۲۰]. ترن<sup>۱۳</sup> و اسمیت<sup>۱۴</sup> ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب اعتبار بین ارزیابها برای SCID گزارش کرده اند [۲۱]. شریفی و همکاران این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند [۲۲]. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیصهای خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیصهای فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیصهای طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز رضایت بخش است.

۲- پرسشنامه افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است [۲۳]. این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV همخوان است و همانند BDI-II، BDI نیز ۲۱ سؤال است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می دهد. نتایج پژوهش بک، استیر و براون نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد [۲۳]. همچنین مطالعه دیگری ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ را برای آن گزارش داد [۲۴]. ثبات درونی آزمون برای دانشجویان ایرانی ۰/۸۷ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۷۳ گزارش شده است [۲۵]. فتی نیز در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و اعتبار بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده است [۲۶].

۳- پرسشنامه اضطراب بک<sup>۱۶</sup> (BAI): BAI یک پرسشنامه ی خود گزارشی ۲۱ آیتمی است که برای انعکاس شدت علائم جسمی و شناختی افراد در یک هفته گذشته است. این مقیاس به صورت سه درجه ای از صفر تا ۳ نمره گذاری می شود و بالاترین نمره ای که در آن به دست می آید ۶۳ است. بک و همکاران همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی یک هفته ای آن را ۰/۷۵ و همبستگی ماده های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶ گزارش کرده اند [۲۷]. صلواتی روایی محتوا، هم زمان، تشخیصی و عاملی را برای هر مقیاس بررسی کرده و کارایی بالای این ابزار را در اندازه گیری شدت اضطراب مورد تأیید قرار داده است [۲۸]. ضریب اعتبار این پرسشنامه در ایران با روش بازآزمایی و به فاصله دو هفته ۰/۸۰ گزارش شده است [۲۹].

۴- مقیاس پاسخهای نشخواری<sup>۱۷</sup> (RRS): RRS مقیاسی ۲۲ ماده ای است که ماده های آن روی یک مقیاس ۴ نقطه ای از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) نمره گذاری می شود. این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ دامنه ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ دارد که نشان دهنده همسانی درونی بالای این مقیاس است [۳۰]. همبستگی درون طبقه ای برای پنج بار اندازه گیری ۰/۷۵ گزارش شده است [۳۱]. همچنین همبستگی بازآزمایی برای مدت بیشتر از ۱۲ ماه ۰/۶۷ گزارش شده است [۳۲]. آلفای کرونباخ به دست آمده در نمونه ی ایرانی ۰/۹۰ گزارش شده است [۳۳].

معرفی راهنمای درمان: نظریه بک، در تاریخچه ی نظریات شناختی- درمانی، از آن جهت حائز اهمیت است که بر تأثیر باورهای منفی بر خلق و رفتار تأکید می کند و به تأثیر تفکر بر خلق می پردازد. رویکرد بک، تقدم باورها و نگرشهای منفی بر افت خلق را مورد توجه قرار می دهد، اما در سالهای اخیر نظریات جدیدی شکل گرفته است که بر تقدم خلق در تولید

- 12- First  
13- Tran  
14- Smith  
15- Beck Depression Inventory

- 16- Beck Anxiety Inventory  
17- Ruminative Response Scale

افکار، باورها و نگرش‌های منفی صحنه می‌گذارد، در این رویکردها خلق منفی به تولید افکار نشخواری منجر می‌شود. نشخواری فکری افکار منفعلانه و تکراری هستند که بر علل و نتایج علائم متمرکزند و مانع حل مسأله می‌گردد و به افزایش افکار منفی منتهی می‌شوند. مدل فراشناختی اختلالات هیجانی ولز و متیوس پایه‌ای برای فهم افسردگی عمده و عود کننده فراهم می‌کند [۴]. بر اساس این مدل آشکار شدن اختلال، مرتبط با فعال شدن نوعی از سبک تفکر به نام سندرم شناختی-توجهی<sup>۱۸</sup> (CAS) است، CAS تفکر تکراری به شکل نگرانی و نشخواری فکری است که به عنوان یک ابزار مقابله با تهدید استفاده می‌شود، همچنین CAS یک استراتژی گسترده توجهی است که منابع تهدید درونی (مانند: افکار، احساسات) و رفتارهای مقابله‌ای (مانند: اجتناب، سرکوب فکر) غیر سودمند را در بر می‌گیرد زیرا آنها محیط را به طور منفی تحت تأثیر قرار می‌دهند. بر اساس نظر ولز و متیوس CAS از عقاید بیمار ناشی می‌شود [۴]، اما اینها از نوع عقایدی که در درمان رفتاری-شناختی تأکید می‌شوند، نیستند. در عوض CAS محصول عقاید فراشناختی است و دو نوع از این عقاید مهم هستند: ۱- عقاید فراشناختی مثبت ۲- عقاید فراشناختی منفی. عقاید مثبت فراشناختی، CAS را در پاسخ به استرس و تغییرات خلقی فعال می‌کند، که موجب طولانی شدن CAS و اختلالات هیجانی عمیق‌تر می‌شوند. به علاوه، عقاید منفی در مورد غیر قابل کنترل بودن و تهدید کننده بودن افسردگی، همچون الگوی تفکر منفی در تداوم نشخواری فکری مشارکت می‌کند. در بسیاری موارد شخص آگاهی فراشناختی یا دانش مناسب برای کنترل مؤثر را ندارد، در چنین شرایطی یک چرخه معیوب از پاسخ‌های نشخواری که شخص قادر به کنترل آن نیست، وقوع می‌یابد. به طور خلاصه می‌توان گفت، آسیب پذیری به

افسردگی در مدل فراشناختی، می‌تواند با فعال شدن CAS در پاسخ به استرس مشخص شود و این با تفاوت‌های فردی در عقاید فراشناختی و میزان انعطاف پذیری مرتبط است [۱۸]. همان طور که در دستورالعمل کلی جلسات درمان، مشاهده می‌شود، در اولین جلسه درمان به فرمول‌بندی کلی بیمار بر اساس مدل فراشناختی پرداخته شد و به دنبال آن هر بیمار با مدل فراشناختی و نحوه‌ی اداره‌ی جلسات آشنا گردید. به بیمار در این جلسه گفته شد که چه طور نشخواری فکری و خود نظارتی غیر سودمند (برای مثال: تمرکز روی افکار و احساسات منفی) باعث تداوم افسردگی می‌شود، همچنین در جلسه اول درمان، تکنیک آموزش توجه به عنوان یک روش مقابله با خود تمرکزی و روشی برای تغییر سبک‌های فراشناختی پردازش به بیمار معرفی شد. ATT به عنوان یک تکلیف رفتاری مطرح شد که شامل سه مرحله‌ی توجه انتخابی، تغییر توجه و گسترش دامنه‌ی توجهی است. سه جلسه‌ی بعدی درمان، با شناسایی نشخوارهای فکری و تعدیل باورهای مثبت و منفی در مورد آن ادامه یافت، چالش با این عقاید با آموزش ذهن آگاهی انفصالی<sup>۱۹</sup> و به تأخیر انداختن نشخواری فکری همراه شد. برای معرفی ذهن آگاهی انفصالی از بیماران سؤال شد: آیا تا به حال وضعیتی که در آن به افکار منفی توجه کنند در حالیکه با آنها درگیر نشده باشد را تجربه کرده‌اند؟ یک روش برای توضیح ذهن آگاهی انفصالی این است که درمانگر یک سری از لغات معمول در زندگی را با صدای بلند برای بیمار می‌خواند و از بیمار می‌خواهد که تنها مانند یک مشاهده‌گر منفعل ناظر این کلمات در ذهنش باشد، در حالیکه فکر خود را درگیر آنها نکند و بیماران تشویق شدند تا همین حالت را در پاسخ به افکار منفی که تا این زمان به عنوان ماشه چکان نشخواری فکری بوده‌اند داشته باشند، بیماران ممکن است به دلیل وجود باور مثبت در مورد نشخواری فکری،

19- detached mindfulness

18- Cognitive-Attention Syndrome

به سرعت تغییر افزوده می‌شود تا این فرآیند ظرف ۵ ثانیه اتفاق بیفتد. تکنیک ATT با توجه انتخابی به مدت ۱ تا ۲ دقیقه به پایان می‌رسد. در این مرحله از بیمار خواسته می‌شود تا دامنه و عمق توجه را افزایش دهد و به طور همزمان به صداها و مکان‌های مختلفی توجه کند [۱۹].

خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات درمان فراشناختی برای MDD در قالب ۸ جلسه:

جلسه اول:

الف- فرمول‌بندی کلی مراجع. ب- معرفی مدل. ج- شناسایی دوره‌های نشخوار ذهنی (افزایش فراشناخت). د- تمرین تکنیک افزایش توجه. ه- کامل کردن فرم ATT. تکالیف خانگی (تمرین تکنیک افزایش توجه دو بار در هر روز و یادداشت کردن تکلیف ATT).

جلسه دوم:

الف- بررسی تکالیف خانگی و مقیاس افسردگی عمده؛ مخصوصاً در زمان نشخوار ذهنی و افکار غیر قابل کنترل. ب- معرفی و تمرین DM. ج- نشان دادن به تعویق انداختن نشخوار ذهنی به شکلی آزمایشی برای اصلاح کردن عقاید غیر قابل کنترل. د- تمرین ATT ه- تکلیف خانگی؛ تمرین ATT؛ کاربرد DM و به تعویق انداختن نشخوار ذهنی.

جلسه سوم:

الف- بررسی تکالیف خانگی؛ مقیاس افسردگی عمده؛ مخصوصاً زمان‌های نشخوار ذهنی و در زمان عقاید غیر قابل کنترل. ب- شناسایی ماشه چکان‌های نشخوار ذهنی و تمرین DM. بررسی نشخوار فعال و تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در جلسه. ج- چالش با فراشناخت‌های غیر قابل کنترل. د- شناسایی سطوح فعالیت و مقابله- تکلیف خانگی (تمرین ATT؛ بکارگیری به تعویق انداختن نشخوار ذهنی و DM).

جلسه چهارم:

الف- باز بینی تکالیف خانگی و مقیاس افسردگی عمده؛ بررسی نشخوار ذهنی و افکار غیر قابل کنترل؛

به نشخوار فکری بپردازند و درگیر افکار خود شوند به همین دلیل برای مقابله با باورهای مثبت مربوط به نشخوار فکری مزایا و معایب نشخوار فکری مطرح می‌شود و نشان داده می‌شود که نشخوار فکری عامل حفظ افسردگی است و روش مقابله‌ی مؤثری نیست. دو جلسه پایانی درمان به جلوگیری از عود و تعدیل عقاید فراشناختی مثبت و منفی مربوط به عود افت خلق پرداخته شد. جلوگیری از عود یک طرح پیش ساخته را شامل می‌شود که یک فرمول نوشتاری از مدل فراشناختی افسردگی است، همچنین جزئیات مطرح شده در مورد استراتژی‌های درمانی در طول جلسات درمان و یک طرح خاص برای هدایت تفکر و سبک رفتاری در پاسخ به خلق منفی آینده نوشته شد و بیماران تشویق شدند تا بعد از جلسات درمانی نیز این استراتژی‌ها را به کار برند [۱۸].

معرفی تکنیک آموزش توجه: این تکنیک، تکنیکی از درمان فراشناختی است که مستقیماً به تعدیل کنترل توجه می‌پردازد، زیرا دیده شده است که چگونه بیماران، گرفتار الگوهای تفکر ناسالم شده و در کنترل افکار با مشکل مواجه می‌شوند. مدل فراشناختی بر این فرض است که کنترل توجه در اختلال روانی نامنعطف می‌شود، به طوری که توجه با الگوی مداوم و تکرار شونده، متمرکز بر خود و پردازش مبتنی بر نگرانی و باز بینی تهدید صورت می‌گیرد. دستورالعمل توجه انتخابی عبارت است از هدایت توجه بیمار به صداها یا جداگانه‌ای که از محیط اطراف به گوش می‌رسند، از بیمار خواسته می‌شود تا توجه خود را به صورت اختصاصی بر صدای خاصی متمرکز کند و در برابر انحراف توجه توسط سایر صداها مقاومت کند. در گام بعدی به تغییر سریع توجه پرداخته می‌شود که از بیمار درخواست می‌شود به تغییر توجه بین صداها و موقعیت‌های مکانی بپردازد، سپس از بیمار خواسته می‌شود تا با پیشرفت در این مرحله فرآیند تغییر، سریع‌تر انجام شود. در ابتدای مرحله به طور متوسط ۱۰ ثانیه به هر صدا اختصاص داده می‌شود و به مرور

الف- باز بینی تکلیف خانگی و مقیاس افسردگی عمده.  
ب- پیشگیری از عود. ج- کار روی عقاید فراشناختی باقیمانده. د- انتظار ماشه چکان‌های آینده و بحث در مورد اینکه طرح‌های جدید چه طور قابل کاربرد خواهد بود. ه- برنامه‌ریزی جلسات بعدی برای بهبودی بیشتر. گزارش مورد:

بیمار اول: بیمار اول خانمی ۲۴ ساله دانشجوی لیسانس اقتصاد و مجرد بود که دوره‌های افسردگی‌اش از دوم راهنمایی شروع شده و تعداد دوره‌های افسردگی‌اش را سه بار ذکر کرده است، تا به حال دارویی برای افسردگی مصرف نکرده است. دوره قبل یک بار قصد خودکشی را داشته است و سابقه افسردگی در مادر بیمار وجود داشته است.

بیمار دوم: خانمی ۲۲ ساله، دانشجوی لیسانس در رشته مهندسی صنایع است، که دوره‌های افسردگی‌اش از سوم راهنمایی شروع شده و دو بار برای افسردگی‌اش دارو دریافت کرده است ولی به دلیل ترس از عوارض دارو آنها را مصرف نکرده است، سابقه افسردگی در خانواده بیمار وجود نداشته است.

بیمار سوم: خانمی ۲۳ ساله دانشجوی لیسانس در رشته دامپزشکی است، یک بار سابقه افسردگی را دو سال پیش داشته است که حدود چهار ماه طول کشیده است. سابقه خانوادگی افسردگی ندارد. هیچکدام از بیماران اختلال عمده دیگری را در محورهای یک و دو نداشتند.

ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت بودند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیص DSM-IV-TR برای MDD به تشخیص روان‌شناس بالینی یا روان‌پزشک، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی قبل از ورود به پژوهش، در صورت مصرف دارو، امکان ثابت نگه داشتن نوع و میزان داروی مصرفی طی مدت پژوهش، داشتن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال، دارا بودن حداقل سطح تحصیلات دیپلم، موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش و امضای رضایت نامه کتبی.

بررسی سطوح فعالیت؛ و سبک‌های مقابله‌ای غیر سودمند. ب- بررسی اینکه آیا به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در حداقل ۷۵ درصد ماشه چکان‌ها و دوره‌های نشخواری به کار می‌رود. ج- چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی. د- تمرین ATT. ه- تکلیف خانگی؛ تمرین ATT؛ استفاده وسیع از DM و به تعویق انداختن نشخوار و تنظیم فعالیت‌ها. جلسه پنجم:

الف- باز بینی تکلیف خانگی و مقیاس افسردگی عمده مخصوصاً در زمان نشخوار ذهنی؛ بررسی عقاید مثبت و سطح فعالیت. ب- بررسی و کاربرد وسیع از DM. ادامه دادن به چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی. د- باز بینی سطوح فعالیت و افزایش زمان تأمل تا واکنش (به فکر فرو رفتن) کشف و مانع شدن از رفتار مقابله‌ای مضر (برای مثال خواب یا استفاده از الکل). ه- تمرین ATT. خ- تکلیف خانگی؛ تمرین ATT؛ به تعویق انداختن نشخوار ذهنی؛ افزایش فعالیت.

جلسه ششم:

الف- باز بینی تکلیف خانگی؛ و مقیاس افسردگی عمده مخصوصاً در زمان نشخوار؛ عقاید مثبت و سطح فعالیت. ب- شناسایی عقاید منفی و چالش با آنان در مورد هیجان و افسردگی. ج- تمرین ATT. د- تکلیف خانگی؛ تمرین ATT؛ به تعویق انداختن نشخوار و حفظ فعالیت‌ها.

جلسه هفتم:

الف- باز بینی تکلیف خانگی و مقیاس افسردگی عمده مخصوصاً در زمان نشخوار و عقاید و راهبردهای مقابله‌ای غیر سودمند. ب- شروع به نوشتن طرح‌های جدید (کامل کردن فرم خلاصه و دادن یک کپی از آن به بیمار). ج- کشف و اصلاح ترس‌های عود کننده. د- تمرین ATT. ه- تکلیف خانگی؛ تمرین ATT؛ تکمیل کردن فرم New plan.

جلسه هشتم:

**جدول ۱)** میانگین و انحراف معیار برای سه بیمار در مراحل قبل درمان، بعد درمان و دوره پیگیری یک و سه ماهه. (N=3)

انحراف معیار	میانگین	اندازه گیری ها
		<b>:BDI</b>
۲/۶	۲۳/۱	قبل از درمان
۵/۶	۱۲/۴	بعد از درمان
۳	۶	یک ماه بعد
۳/۵	۶/۳	سه ماه بعد
۷/۹	۱۴/۸	نمره کلی
		<b>:BAI</b>
۲/۲	۱۸/۶	قبل از درمان
۲/۹	۱۰	بعد از درمان
۵/۸	۷/۳	یک ماه بعد
۳/۵	۷/۳	سه ماه بعد
۵/۷	۱۲/۵	نمره کلی
		<b>:RRS</b>
۹/۷	۳۶/۲	قبل از درمان
۹	۱۷/۳	بعد از درمان
۸/۷	۱۰	یک ماه بعد
۶/۶	۱۰/۳	سه ماه بعد
۱۳/۹	۲۲/۶	نمره کلی

همان طور که در نمودار ۱ مشاهده می شود نمرات بیماران در مقیاس های BDI و BAI در دوره ی خط پایه، درمان و پیگیری مشاهده می شود. همه ی بیماران بهبود معناداری در علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری به محض ارائه ی درمان نشان می دهند و تأثیرات درمانی در دوره ی پیگیری باقی مانده اند. اجرای SCID بعد از سه ماه پیگیری نشان داد که هیچکدام از بیماران ملاک های DSM-IV برای اختلال افسردگی اساسی را نداشتند. همچنین کاهش معنادار نشخوار فکری بعد از ارائه ی درمان می تواند تأیید کننده ی تأثیر درمان فراشناختی بر سبک های زیر بنایی تفکر باشد.

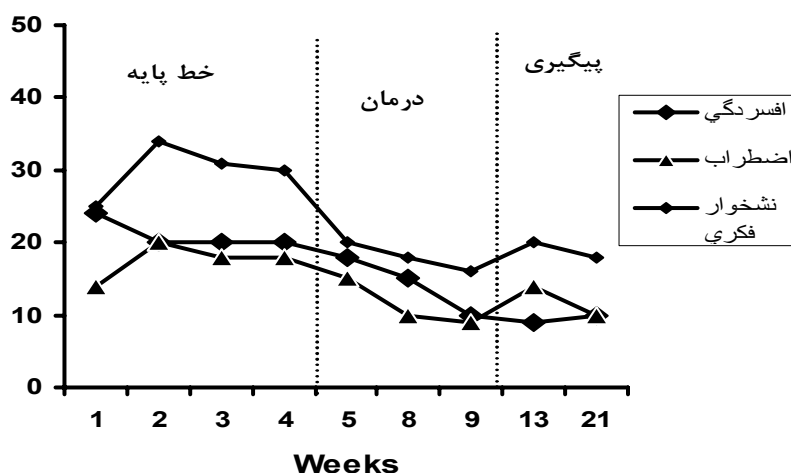
ملاک های خروج نمونه از پژوهش عبارتند از: داشتن اختلال سایکوتیک و سوء مصرف مواد، دارا بودن ملاک های کامل اختلال شخصیت در محور II، وجود مخاطراتی برای بیمار مثل داشتن افکار جدی در مورد خودکشی که امکان عدم دریافت دارو و ثابت نگه داشتن آن را ناممکن می سازد.

### یافته ها

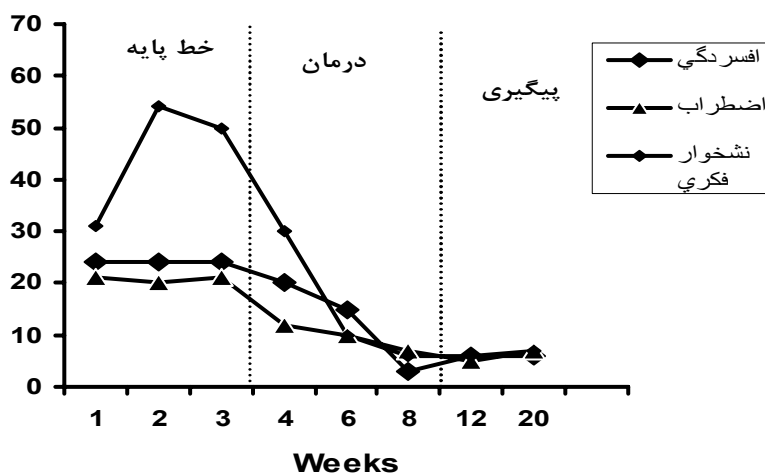
نتایج به دست آمده به شرح زیر می باشد: در پرسشنامه افسردگی نمره آزمودنی اول و دوم از ۲۴، و آزمودنی سوم از ۲۸ در مرحله پیش از مداخله درمانی به ترتیب به ۱۰، ۳ و ۵ در مرحله پس از مداخله کاهش یافت. همچنین، در پرسشنامه اضطراب نمره آزمودنی اول از ۲۰، آزمودنی دوم از ۲۱ و آزمودنی سوم از ۱۹ در مرحله پیش از مداخله درمانی به ترتیب به ۹، ۷ و ۵ در مرحله پس از مداخله کاهش یافت. همچنین در مقیاس نشخوار فکری نمره آزمودنی اول از ۳۱ آزمودنی دوم از ۵۰ و آزمودنی سوم از ۳۲ در مرحله پیش از مداخله به ترتیب به ۱۶، ۶ و ۶ در مرحله پس از مداخله کاهش یافت. از آزمودنی اول، چهار آزمون خط پایه، آزمودنی دوم، سه آزمون خط پایه و آزمودنی سوم، دو آزمون خط پایه گرفته شد. همچنین دو بار بین جلسات و یک بار در انتهای جلسات آزمون اجرا گردید. در یک پیگیری یک و سه ماهه آزمون ها اجرا گردید. نمره های هر سه بیمار در مراحل قبل از درمان، بعد از درمان و دوره پیگیری برای افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در جدول ۱ آمده است. در هر مورد نمره های بعد از درمان و پیگیری کاهش قابل توجهی نسبت به قبل از درمان نشان می دهند.



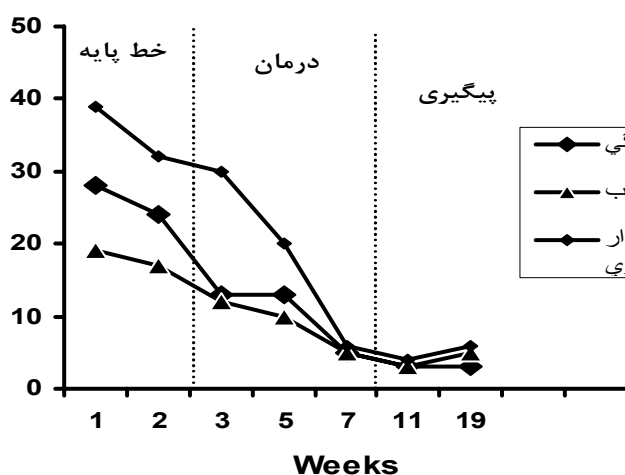
بیمار اول



بیمار دوم



بیمار سوم



نمودار ۱) نمره‌های افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری قبل درمان، بعد از درمان و پیگیری

## جدول ۲) نمرات آزمودنی اول در متغیرهای مورد مطالعه

مقیاس	درصد بهبودی MPI	درصد کاهش نمرات MPR	میزان تغییر پذیری کونز	انحراف معیار	میانگین خط پایه	میانگین مداخله
افسردگی	۶۸	۴۰	۳/۰۷	۲/۵۲	۲۱	۱۲/۵
اضطراب	۵۱	۳۳/۷۱	۲/۵۶	۲/۳	۱۷/۵	۱۱/۶
نشخوار فکری	۶۳	۳۹	۴/۶	۲/۷۶	۳۰	۱۸/۴

## جدول ۳) نمرات آزمودنی دوم در متغیرهای مورد مطالعه

مقیاس	درصد بهبودی MPI	درصد کاهش نمرات MPR	میزان تغییر پذیری کونز	انحراف معیار	میانگین خط پایه	میانگین مداخله
افسردگی	۱۴۰	۵۸	۳/۰۹	۴/۵۳	۲۴	۱۰
اضطراب	۱۵۶	۶۰/۹	۷/۱۹	۱/۷۸	۲۱	۸/۲
نشخوار فکری	۲۸۱	۷۳/۷	۳/۴۴	۹/۶۳	۴۵	۱۱/۸

## جدول ۴) نمرات آزمودنی سوم در متغیرهای مورد مطالعه

مقیاس	درصد بهبودی MPI	درصد کاهش نمرات MPR	میزان تغییر پذیری کونز	انحراف معیار	میانگین خط پایه	میانگین مداخله
افسردگی	۲۵۱	۷۲	۵/۱۳	۳/۶۲	۲۶	۷/۴
اضطراب	۱۵۷	۶۱	۴/۳۸	۲/۵۱	۱۸	۷
نشخوار فکری	۱۶۸	۶۲/۸۱	۳	۷/۴	۳۵/۵	۱۳/۲

می باشد، همچنین می توان میزان تغییر پذیری در افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری را به ترتیب ۳/۰۹، ۷/۱۹ و ۳/۴۴ مطرح نمود.

در جدول ۴ نمرات آزمودنی سوم نشان داده شده است. درصد بهبودی (تغییرات روند)، در مقیاس افسردگی بک ۲۵۱، در مقیاس اضطراب بک ۱۵۷ و در مقیاس نشخوار فکری ۱۶۸ می باشد. درصد کاهش نمرات (شیب) در مقیاس افسردگی بک ۷۲، در مقیاس اضطراب بک ۶۱ و در مقیاس نشخوار فکری ۶۲/۸۱ می باشد، همچنین می توان میزان تغییر پذیری در افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری را به ترتیب ۵/۱۳، ۴/۳۸ و ۳ مطرح نمود.

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، در آزمودنی اول، درصد بهبودی (تغییرات روند)، در مقیاس افسردگی بک ۶۸، در مقیاس اضطراب بک ۵۱ و در مقیاس نشخوار فکری ۶۳ می باشد. درصد کاهش نمرات (شیب) در مقیاس افسردگی بک ۴۰، در مقیاس اضطراب بک ۳۳/۷۱ و در مقیاس نشخوار فکری ۳۹ می باشد، همچنین می توان میزان تغییر پذیری در افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری را به ترتیب ۳/۰۷، ۲/۵۶ و ۴/۶ مطرح نمود.

در جدول ۳ نمرات آزمودنی دوم نشان داده شده است. درصد بهبودی (تغییرات روند)، در مقیاس افسردگی اساسی بک ۱۴۰، در مقیاس اضطراب بک ۱۵۶ و در مقیاس نشخوار فکری ۲۸۱ می باشد. درصد کاهش نمرات (شیب) در مقیاس افسردگی بک ۵۸، در مقیاس اضطراب بک ۶۰/۹ و در مقیاس نشخوار فکری ۷۳/۷

## بحث

مثال: نشخوارها برای یافتن پاسخ مقابله‌ای لازم هستند) تغییر نیابند، درمان افسردگی به صورت مؤثر پیش نخواهد رفت [۸]. به طور خلاصه، مطالعات زیادی اثرات فنون درمان فراشناختی و کل درمان فراشناختی را مورد بررسی قرار داده‌اند. این مطالعات از روش‌هایی مانند سری‌های تک موردی، آزمایش آشکار و آزمایش مقایسه‌ای تصادفی استفاده نموده‌اند. نتیجه‌ی کلی که می‌توان از این مطالعات استنباط کرد، این است که به نظر می‌رسد درمان فراشناختی، رویکرد درمانی اثربخشی است. اثرات درمانی در مورد طیف وسیعی از اختلال‌ها مشاهده شده است، اندازه‌ی اثر به دست آمده بسیار بزرگ هستند و نتیجه‌ی حاصل شده در طول ۱۲-۶ ماه پس از درمان همچنان پایدار می‌مانند. از محدودیت‌های داده‌های مربوط به نتایج این درمان، می‌تواند به تعداد نسبتاً محدود ارزشیابی‌های تصادفی اشاره کرد، اما مطالعات متعددی در دست اجرا است. همچنین پایداری و تداوم بلند مدت اثرات درمانی، هنوز مورد بررسی کامل قرار نگرفته است. در حال حاضر حجم داده‌هایی که از نظریه‌ی فراشناختی حمایت می‌کنند، نسبت به داده‌هایی که از درمان فراشناختی پشتیبانی می‌نمایند، بیشتر است. به علاوه داده‌های مربوط به درمان، عمدتاً مبتنی بر ارزشیابی‌های آزمایشی کوچک می‌باشند [۱۹]. همان طور که در بخش یافته‌های پژوهش حاضر مشاهده گشت، درمان فراشناختی که روی ۳ بیمار در چارچوب یک طرح تجربی تک موردی به مرحله اجرا در آمد و طی آن نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی درباره‌ی آن مورد چالش قرار گرفت، در هر ۳ آزمودنی تغییرات معناداری در هر سه متغیر میزان افسردگی، اضطراب و نشخوارهای ذهنی ایجاد کرد. در چارچوب نظرات فراشناختی ولز می‌توان استنباط کرد که تغییرات در خلق افسرده و اضطرابی، نتیجه‌ی تغییرات در نشخوارهای ذهنی و عقاید مربوط به آن است و با توجه به اینکه در پژوهش حاضر، نشخوارهای ذهنی و عقاید

همان طور که پیش‌تر اشاره شد در چارچوب الگوی شناختی، مدل‌های نظری و به تبع آن راهکارهای مداخله‌ای متعددی جهت درمان افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال روانی، توسعه یافته است. علیرغم کارآمدی نسبی اغلب شیوه‌های شناخت درمانی در کنترل و یا حداقل کاهش افسردگی، هنوز کاستی‌هایی وجود دارد و به تبع آن مدل‌های نظری جایگزین در حال شکل‌گیری هستند. گرچه قضاوت درباره اندازه‌ی اثر و کارآمدی روش‌های مختلف درمانی در چارچوب الگوی شناختی هنوز زود است، با این همه به نظر می‌رسد درمان فراشناختی افسردگی با توجه به تأکیدش بر رابطه متقابل نشخوارهای ذهنی افسردگی و فراشناخت (به ویژه عقاید مثبت و منفی درباره نشخوارها)، در مقایسه با سایر مدل‌های نظری در موقعیت بهتری قرار دارد. ولز ویژگی‌های اصلی این مدل را به این صورت بیان کرده است: (۱) باورهای فراشناختی مثبت درباره‌ی لزوم نشخوار فکری به عنوان روشی برای غلبه یافتن بر احساس افسردگی و یافتن پاسخ‌هایی به مسائل (۲) باورهای فراشناختی منفی درباره کنترل ناپذیری نشخوار فکری، آسیب‌پذیری روان‌شناختی خود و خطر تجربه‌های افسرده‌ساز (۳) کاهش فرا آگاهی از نشخوار فکری (۴) سندرم شناختی-توجهی (نشخوار فکری، پایش تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه). هدف این مدل نشان دادن فراشناخت‌ها و فرآیندهای تداوم بخش برهه افسرده‌ساز است به طوری که افسردگی در اثر فعال شدن نشخوار فکری و الگوهای پاسخدهی ناسازگارانه، تداوم یافته و تشدید می‌شود [۱۹]. ولز به عنوان مشهورترین چهره در این حوزه تأکید دارد که تا زمانی که نشخوارهای ذهنی به صورت مستقیم مورد چالش قرار نگیرد و در این میان عقاید فراشناختی مربوط به آنها و به طور اخص عقاید فراشناختی منفی (از قبیل نشخوارها، غیر قابل کنترل هستند) و عقاید فراشناخت مثبت (به عنوان

- 4- Wells A, Matthews G. Attention and emotion. A clinical perspective. Hove, UK: Erlbaum; 1994.
- 5- Wells A. Meta-cognitive therapy: A practical guide. (Ch.9: Major depressive disorder). New York: Guilford Press; 2008.
- 6- Nolen-Hoeksema S, Morrow J. A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *J Personality Soc Psychol.* 1991; (61): 115-121.
- 7- Nolen-Hoeksema S, Morrow J, Fredrickson BL. Response style and the duration of episodes of depressed mood. *J Abnormal Psychol.* 1993; (102): 20-25.
- 8- Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A meta-cognitive analysis and ten techniques. *J Rational-Emotive Cogn-Behav Ther.* 2005; (23): 337-355.
- 9- Papageorgiou C, Wells A. An Empirical Test of a Clinical Meta-cognitive Model of Rumination and depression. *Cogn Ther Res.* 2003; (27): 261-273.
- 10- Wells A, papageorgiou C. Treatment of Recurrent Major Depression with Attention Training. *Cogn Behav Pract.* 2000; (7): 407-413.
- 11- Wells A. Panic disorder in association with relaxation induced anxiety: An attention training approach to treatment. *Behav Ther.* 1990; (21): 273-280.
- 12- Wells A, White J, Carter K. Attention training: Effects on anxiety and beliefs in panic and social phobia. *Clini Psychol Ther.* 1997; (4): 226-232.
- 13- Papageorgiou C, Wells A. Effects of attention training on hypochondria sis: A brief case series. *Psychol Med.* 1998; (28): 193-200.
- 14- Wells A. Meta-cognition and worry: A cognitive model of generalized anxiety disorder. *Behav Cogn ther.* 1995; (23): 310-320.
- 15- Papageorgiou C, wells A. meta-cognitive Beliefs A bout Rumination in Recurrent Major Depression .Perspective. Hove, UK: Erlbaum; 2001.
- 16- Fisher PL, Wells A. Meta cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp n.a.* in press; 2007.
- 17- Wells A, Sembi S. Meta cognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behave Ther Expe n.a.* 2004; (35): 307-318.
- 18- Wells A, fisher P, Samuel M. Trishna patel, Chris R. Brewin. Meta-cognitive therapy in Recurrent and persistent Depression. *Cogn Ther Res;* 2007.
- ۱۹- ولز آدرین. راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی. شهرام محمد خانی، مترجم. تهران: انتشارات وراى دانش؛ ۱۳۸۸.
- 20- First MB, spitzer L, Gibbon M, Williams JBW. Structural clinical inter view for DSM-IV-TR axis I

مثبت و منفی راجع به آن از یک سو و آموزش کنترل توجه از سوی دیگر هدف اصلی مداخله را تشکیل می‌داد، در حالیکه خلق افسرده هدف اصلی درمان نبود، می‌توان فرض نمود که تغییرات در خلق به دنبال تغییرات در نشخوارها صورت پذیرفته است. از سویی مطالعه پیگیری که در دوره یک و سه ماهه صورت گرفت نشان داد که بهره‌های درمانی به دست آمده همچنان حفظ شده بودند، که این موضوع می‌تواند به عنوان مدرکی مبنی بر موفقیت قابل توجه درمان فراشناختی افسردگی در نظر گرفته شود. به عنوان نتیجه‌گیری می‌توان گفت که نتایج این پژوهش هماهنگ با یافته‌های قبلی [۹، ۱۰، ۱۵] است و نشان می‌دهد که بهترین موضع مداخله در درمان افسردگی، نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی درباره آن است و با تغییرات عقاید و در نتیجه کاهش نشخوارها می‌توان خلق افسرده را به صورت معنادار و قابل ملاحظه کاهش داد. در هر حال همان طور که قبلاً نیز اشاره شد برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر، نیاز به مطالعات بیشتر است و گرچه شیوه کار آزمایشی بالینی تک موردی روشی خلاقانه برای بررسی اثربخشی درمان است، جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته‌ها به محققان علاقمند به این حوزه پیشنهاد می‌شود که درمان فراشناختی را در چارچوب طرح‌های گروهی مورد بررسی قرار دهند و مطالعات پیگیری را در دوره‌های طولانی‌تری (حداقل یک سال) دنبال نمایند، همچنین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این درمان را در مقایسه با سایر درمان‌ها از جمله دارو درمانی و درمان شناختی- رفتاری مورد بررسی قرار دهند.

## منابع

- 1- Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New Yourk: Guilford press; 2002.
- 2- Sadock BJ, Sadock AV. Synopsis of psychiatry behavior and science clinical psychiatry, 9ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2003.
- 3- Teasdale JD, Barnard PJ. Affect cognition and change: Remodeling Depressive Thought .Hove: Erlbaum; 1993.

- 27- Beck AT, Epstein N, Brown G, steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties, *J cons clinl psychol.* 1998; (56): 893-897.
- ۲۸- صلواتی مژگان. بررسی نگرش مسئولیت در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: انستیتو روان پزشکی؛ ۱۳۸۱.
- ۲۹- غرابی بنفشه. بررسی پاره‌ای از الگوهای شناختی در بیماران مبتلا به اضطراب و افسردگی [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: انستیتو روان پزشکی؛ ۱۳۷۲. ص. ۱۶۷-۱۶۵.
- 30- Luminet O. Measurement of depressive rumination and associated constructs. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* Chichester, UK: Wiley. 2004; 187-215.
- 31- Papageorigiou C, Wells A. *Depressive rumination; nature, theory and treatment.* New York: John Wiley & sons; 2004.
- 32- Nolen-Hoeksema S, Larson J, Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *J Personality Soc Psychol.* 1999; (77): 1061-1072.
- ۳۳- منصوری احمد. بررسی مقایسه‌ای نگرانی، وسواس فکری و نشخوار فکری در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی، افسردگی و افراد به هنجار [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تبریز: دانشگاه تبریز؛ ۱۳۸۸.
- disorder, clinical version, patient edition.(SCID-CV). Washington, DC: Am psychiatr press; 1996.
- 21- Tran G, smith GP. Behavioral assessments in the measurement of treatment out-come. In S. N. Haynes, and E.M. Heiby (Eds). *comprehensive Hand book of psychological Assessment.* Newyork: wiley; 2004. 269-290.
- ۲۲- شریفی ونداد، اسعدی سید محمد، محمدی محمدرضا و همکاران. پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی برای SCDI بر اساس DSMIV. فصلنامه تازه‌های علوم شناختی. ۱۳۸۳؛ ۸-۲۲.
- 23- Beak AT, steer RA, Brown G k. Beck Depression Inventory for measuring depression. *Arch Gen psychol.* 1996; (4): 561-571.
- ۲۴- دابسون کیت، محمد خانی پروانه. اثربخشی مداخله مبتنی بر افسردگی عودکننده، گزارش مورد. تهران: دانشگاه توان بخشی. ۱۳۸۵؛ ۳۰-۲۵.
- ۲۵- دابسون کیت، محمد خانی پروانه. ویژگی‌های روان‌سنجی BDI-II. *مجله توان بخشی.* ۱۳۸۵؛ (۲۹): ۸۲-۸۸.
- ۲۶- فتی لادن. ساختارهای معناگذاری حالت‌های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی: مقایسه دو چارچوب مفهومی [رساله دکتری]. تهران: دانشگاه علوم پزشکی ایران، ۱۳۸۲.