

The Efficacy of Group Metacognitive Therapy on Depression and Mental health of Patients with Multiple Sclerosis

Narges Eftekhari¹

¹ Phd Candidate, General Psychology, Islamic Azad University Seman branch, Semnan, Iran

Abstract

Received, June 21.2020
Accepted, September 10.2020

Key words:
Metacognitive therapy,
Depression, Mental
health, MS

Introduction: Multiple sclerosis (M.S) can have a devastating effect on mental health due to the chronic nature of the disease, lack of definitive treatment and associated mental disorders. The aim of this study was to evaluate the effectiveness of group metacognitive therapy on major depression and mental health of patients with MS.

Methods: The present study was a quasi-experimental pre test-post test with a control group. Thirty subjects were randomly divided into experimental (n = 15) and control (n = 15) groups with a diagnosis of MS and inclusion criteria among the members of the MS Association by available sampling method. Beck Depression Inventory (BDI-II) and Goldberg Mental Health Questionnaires were completed by subjects before and after treatment. The experimental group was treated as a group with metacognitive approaches for 8 sessions of 90 minutes. Data were analyzed using univariate covariance (ANCOVA) statistical model.

Results: The findings showed that between the mean scores of depression ($F = 3.53$) ($P = 0.40$) and mental health ($F = 48.4$) ($P = 0.02$) pre-test and post-test Experiments of the experimental and control groups showed a significant difference.

Conclusion: The results show that group metacognitive therapy is effective in reducing depression and improving the mental health of MS patients. Therefore, using this supportive method can be used as an effective strategy to improve the mental health of MS patients and empower them.

*Corresponding Author: narges.eftekhary@gmail.com

Address: 5 km to Damghan, Semnan

Phone: 02122439865

ORCID Code: 0000-0002-9549-4781

اثر بخشی درمان گروهی با رویکرد فراشناختی در کاهش افسردگی و سلامت روان بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس

نرگس افتخاری*

۱ دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد سمنان، سمنان، ایران

چکیده

دریافت: ۱ تیر ۹۹

پذیرش: ۲۰ شهریور ۹۹

مقدمه: مولتیپل اسکلروزیس (ام اس) به دلیل مزمن بودن ماهیت بیماری، نداشتن درمان قطعی و اختلالات روانی همراه آن می‌تواند اثر مخربی بر سلامت روان داشته باشد. پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر افسردگی اساسی و سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس صورت گرفت.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی از نوع پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. تعداد ۳۰ آزمودنی با تشخیص بیماری ام اس و دارا بودن معیارهای ورود از بین افراد عضو انجمن ام اس به شیوه نمونه گیری در دسترس به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. پرسشنامه‌های افسردگی اساسی بک (BDI-II) و سلامت روان گلدبرگ توسط آزمودنی‌ها، پیش و پس از درمان تکمیل شد. گروه آزمایش، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان با رویکرد فراشناختی به صورت گروهی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از مدل آماری کوواریانس تک متغیری (آنکووا) تحلیل گردید.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که بین میانگین نمرات افسردگی ($F(3,5) = 0.4$)، ($P = 0.4$) و سلامت روان ($F(4,8) = 0.2$)، ($P = 0.2$) پیش آزمون و پس آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده شده است.

نتیجه‌گیری: نتایج نشان می‌دهد که درمان فراشناختی به صورت گروهی بر کاهش افسردگی و بهبود سلامت روان بیماران ام اس مؤثر است. لذا به کارگیری این روش حمایتی، می‌تواند به عنوان یک راهکار مؤثر به منظور بهبود سلامت روان بیماران ام اس و توانمندسازی آنان بکار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی:

درمان فراشناختی، افسردگی، سلامت روان، ام اس

مقدمه

بیماری مولتیپل اسکلروزیس (MS) است. مولتیپل اسکلروزیس یک بیماری ناتوان‌کننده سیستم عصبی و پیش‌رونده است که غلاف میلین دستگاه اعصاب مرکزی را تخریب می‌کند و سپس هدایت طبیعی تکانه‌های عصبی کند می‌شود، به دنبال آن به تدریج بخش عضلانی بدن، توانایی خود را از دست می‌دهد و معلولیت در آن‌ها

در جامعه کنونی با توجه به تغییرات گسترده اجتماعی و صنعتی، الگوی ابتلا به بیماری‌ها تغییر کرده است و در نتیجه بیماری‌های مزمن، مهم‌ترین مشکلات سلامتی و روان‌شناختی جوامع محسوب می‌شود. یکی از مهم‌ترین بیماری‌های مزمن،

*نویسنده مسئول: narges.eftekhary@gmail.com

آدرس: سمنان کیلومتر ۵ جاده دامغان

تلفن ثابت: ۰۲۳ ۳۳۶۵۴۰۴۰

کد ORCID:۰۲-۹۵۴۹-۴۷۸۱

آنان در زندگی، وضعیت شغلی بیماران و نهایتاً سلامت روان آنها تأثیر شدیدی می‌گذارد. بیماری‌ام اس، در سنین جوانی، با کاهش عملکرد فردی و اجتماعی همراه است و علاوه بر ایجاد ناراحتی‌های جسمانی، فشارهای روانی، اجتماعی و اقتصادی بر بیمار و خانواده او تحمیل می‌نماید و بستر مناسبی را برای اختلال‌های روانی همچون افسردگی فراهم می‌کند. علائم افسردگی تأثیری قوی بر سلامت روان بیماران ام اس می‌گذارد و به‌منظور ارتقای سلامت روان بیماران ام اس، پیشگیری و درمان افسردگی حیاتی است (۱۰). از این رو امروزه در حوزه سلامت روان‌درمان‌هایی که بتوانند علائم این اختلالات را کاهش دهند مورد توجه متخصصان است.

از جمله درمان‌های نوین در زمینه کاهش علائم اختلالات روانی، درمان فراشناختی است. درمان فراشناختی رویکرد نوین است که در نتیجه فرضیه آزمایشی منظم و ساختاریافته به وجود آمده است. گروه وسیعی از اختلالات از جمله افسردگی، در این مدل قرار می‌گیرند. مدل اولیه بر سبب‌شناسی و تداوم اختلالات روانی تأکید دارد (۱۱). یکی از مسائل بنیادی در درمان فراشناختی آن است که اختلال روان‌شناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه، به نام سندرم شناختی- توجهی همراه است. این سندرم، به‌صورت نگرانی یا نشخوار فکری متمرکز بر تهدید و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است (۱۲). کارکردهای اجرایی به بخشی از فرآیندهای فراشناختی اطلاق می‌شود مانند برنامه‌ریزی، جستجوی نظام‌مند، کنترل تکانه، خودتنظیمی رفتار، به‌کارگیری راهبردهای انعطاف‌پذیر، توجه انتخابی، کنترل توجه و ارزیابی خود. (۱۳) در همین راستا 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 سازگارانه تر قادر می‌سازد (۱۴). مدل‌های نظری و به‌تبع آن راهکارهای مداخله‌ای متعددی جهت درمان افسردگی به‌عنوان شایع‌ترین اختلال روانی، توسعه‌یافته است؛ اما تنها درمانی که الگوهای پاسخ‌دهی ناسازگارانه، نشخوارهای ذهنی و شناخت‌های تحریف‌شده را به‌صورت مستقیم مورد چالش قرار می‌دهد، درمان فراشناختی است (۱۵). در فرایند درمان روان‌شناختی، نگرانی‌هایی که به سبک تفکر مفید نمی‌شود هدف قرار می‌گیرد. به عبارتی درمان فراشناختی با حوزه شناخت نیز مربوط است. این موضوع را می‌توان در مورد بیماری مثال زد که احساس بی‌ارزش بودن می‌کند. در درمان رفتاری-شناختی می‌توان این تفکر را به‌عنوان یک طرحواره احتمالی درباره بی‌ارزش بودن در نظر گرفت و واقعیت

ایجاد می‌گردد (۱). این بیماری معمولاً در اوایل بزرگسالی شروع می‌شود. پیشرفت بیماری تا حد زیادی غیرقابل‌پیش‌بینی است و درمان قطعی برای آن وجود ندارد (۲). شایع‌ترین سن ابتلا به این بیماری، غالباً در سنین ۴۰-۲۰ سالگی گزارش شده است (۳). ام اس نه‌تنها بر کارکردهای جسمانی اثر می‌گذارد؛ بلکه ممکن است موجب ایجاد نشانه‌ها و علائم آسیب‌شناختی روانی متعددی مثل افسردگی، اضطراب و استرس گردد (۴). در این میان، افسردگی یکی از شایع‌ترین اختلالات خلقی در بیماران ام اس است و دوره‌های افسردگی اساسی درمان‌نشده، معمولاً ۶ ماه یا بیشتر طول می‌کشند و بیش از ۶۰ درصد از بیماران حداقل یک دوره از افسردگی عمده را در طی بیماری خود تجربه می‌کنند. افسردگی در این بیماران بیشتر با عصبانیت، تحریک‌پذیری، نگرانی، عدم شجاعت، دوری از افراد و از دست دادن علاقه مشخص می‌شود (۵). افسردگی تأثیر وسیعی روی وضعیت اجتماعی، شغلی و اقتصادی افراد افسرده دارد و زندگی فردی و اجتماعی آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. مطالعات نشان داده است علائم افسردگی تأثیر قابل‌ملاحظه‌ای بر روی کیفیت زندگی و سلامت روان بیماران ام اس می‌گذارد. این بیماری از یک‌طرف استقلال و توانایی فرد برای مقابله با هیجان‌های منفی و فشارهای روانی را تهدید می‌کند و از سوی دیگر پیش‌آگهی و دوره‌های غیرقابل‌پیش‌بینی آن، تأثیر بارزی بر سلامت روان دارد. این بیماران دریافتن راهی برای حل مشکلات و دستیابی به رویکردی جهت بهبود سلامت روان خود ناتوان هستند (۶). سلامت روانی، یکی از ابعاد مهم سلامتی است و نقش مهمی در کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. سلامت روان در بیماران مبتلا به ام اس به دلیل درگیری وسیع ماده سفید در نواحی قشری و زیر قشری دچار اختلال می‌شود. در همه‌گیرشناسی بیماری‌ام اس، فشارهای روانی و استرس نیز تأثیرگذار هستند (۷). به نظر می‌رسد که بین بیماری جسمانی و آسیب‌های روان‌شناختی رابطه‌ای دوسویه وجود داشته باشد. موارد متعددی وجود دارد که نشان می‌دهد، چگونه افسردگی، اضطراب، خشم، ناامیدی و رویدادهای آسیب‌زای زندگی با کاهش سطح ایمنی افراد موجب بیماری می‌گردد (۸). به دلیل این آسیب‌شناسی روانی، فراهم کردن مراقبت‌های سلامت روان برای بیمارانی که ترکیبی از بیماری پزشکی - عصبی و روان‌پزشکی دارند، چالش ویژه‌ای را پیش می‌کشد. اختلالات روانی، مانند افسردگی به‌صورت گسترده‌ای می‌تواند سلامت روانی افراد به‌ویژه بیماران ام اس را مختل کند (۹). مطالعات نشان داده است عوارض ناشی از بیماری‌ام اس منجر به افت عملکرد فرد شده و در نتیجه بر چگونگی ایفای نقش‌های

بود. ملاک‌های خروج شامل عدم حضور در جلسات مداخله بیش از دو جلسه، عدم تمایل به ادامه حضور در جلسات مداخله، ابتلا به اختلال روان‌پزشکی همراه شدید با نیاز به درمان فوری بود. ابزارهای اندازه‌گیری مورد استفاده در این پژوهش عبارت بودند از:

مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور I در^۳ (SCID-I) DSM-IV): مصاحبه بالینی ساختاریافته بر اساس (SCID-I) DSM-IV (اطلاعات و علائم به شیوه‌ای معین و جامع، جمع‌آوری شده و تشخیص گذاری بر اساس الگوریتمی استاندارد انجام گردید تا تشخیص‌هایی دقیق‌تر داده شود. این ابزار ۲ نسخه اصلی دارد: SCID-I: که به ارزیابی اختلال‌های اصلی روان‌پزشکی (محور یک در DSM-IV) می‌پردازد و SCID-II که اختلال‌های شخصیتی (محور II در DSM-IV) را ارزیابی می‌کند. مصاحبه ساختاریافته تشخیصی که از جمله جامع‌ترین مصاحبه‌های ساختاریافته موجود است، ابزاری با طیف گسترده و جدید است که با قالب‌های تصمیمی گیری DSM-IV برای تشخیص روان‌پزشکی پیوندی نزدیک دارد. این ابزار با درجه‌ی معینی از انعطاف‌پذیری تدوین شده است. اجرای آن را می‌توان با جمعیت‌ها و به بافت‌های سنی متفاوت و افراد دارای خصوصیات جمعیت شناختی متفاوت هماهنگ ساخت؛ بنابراین نسخه‌های متفاوت آن را می‌توان در مورد بیماران روانی سرپایی، بستری، بیماران غیر روان‌پزشکی و در جمعیت عمومی نیز به کاربرد. این مصاحبه شامل چند سؤال باز پاسخ و یک ساخت حذفی است که با مصاحبه‌گر امکان می‌دهد تا بر حسب پاسخ‌های قبلی مراجع به حوزه‌های تازه‌ای وارد شود. چون قضاوت بالینی در سراسر مصاحبه اهمیت اساسی دارد. این ابزار باید فقط توسط متخصصان بالینی تعلیم‌دیده اجرا شود (۱۹). در پژوهش حاضر از SCID-I استفاده شد که First و همکاران در سال (۱۹۹۷) آن را با روش‌شناسی دقیق بین فرهنگی و برگرفته از روش پیشنهادی سازمان جهانی بهداشت تدوین و سپس طی یک مطالعه بزرگ اعتبار یابی کردند و پایایی روایی و قابلیت اجرای آن را در حد مطلوب گزارش نمودند. این ابزار برای سنجش وضعیت روان‌شناختی و روان‌پزشکی نوجوانان و جوانان قابل استفاده است (۲۰). در پژوهشی که در ایران نیز صورت گرفت، روایی قابل قبول تشخیص‌های داده‌شده با SCID در این مطالعه نشان داد که این همسانی بین فرهنگی در حد قابل قبولی لحاظ شده و نسخه فارسی SCID ابزار معتبری برای تشخیص‌گذاری بالینی و حتی آموزشی است و برای اکثر تشخیص‌ها، بخصوص تشخیص‌های عمده در

این باور را می‌توان آزمایش کرد. در درمان فراسناختی، این تفکر در مورد بی‌ارزشی می‌تواند به‌عنوان نیروی محرکه نشخوارهای ذهنی تلقی شود. هدف درمانگر به چالش کشیدن دیدگاه‌های فراسناختی ناکارآمد است که باعث نشخوار فکری می‌شود. یکی دیگر از تفاوت‌های رویکرد شناختی-رفتاری با رویکرد فراسناختی را می‌توان در چگونگی مواجهه دید. در درمان رفتاری شناختی، تأکید بر مواجهه با ضربه روانی است اما در رویکرد فراسناختی مواجهه ضرورتی ندارد و تجربه ضربه بخشی از روند درمان نیست (۱۶). در پژوهش‌های صورت گرفته به شواهدی مبنی بر این‌که باورهای فراسناختی یک عامل آسیب‌پذیر عمومی هستند و موجب رشد و تشدید علائم روان‌پریشی و روان رنجوری می‌گردند اشاره گردیده است. در این مطالعات افسردگی و باورهای منفی و مثبت فراسناختی با یکدیگر رابطه مثبت و معنادار دارند (۱۷). درزمینه‌ی اختلال افسردگی اساسی، شواهد مقدماتی در مورد اثرات درمان فراسناختی فراهم شده است. در حوزه افسردگی، یافته‌های دو پژوهش شواهد اولیه‌ای در مورد تأثیرات مثبت درمان فراسناختی را نشان می‌دهد. بر اساس مقیاس بالینی هامیلتون، در ۷۵٪ افراد تحت روان‌درمانی فراسناختی بعد از درمان و ۶۶٪ در دوره پیگیری ۶ ماهه، به‌صورت معناداری افسردگی و اضطراب کمتری مشاهده گردید (۱۸). با توجه به بررسی‌های انجام‌شده، علی‌رغم وجود چندین پژوهش در مورد نقش فراسناخت در اختلالات روانی، مطالعه در زمینه اثربخشی درمان فراسناختی گروهی بر مؤلفه‌های سلامت و افسردگی در بیماران ام اس بسیار محدود است. از این رو در پژوهش حاضر به بررسی این سؤال می‌پردازد که آیا درمان فراسناختی گروهی در کاهش افسردگی و سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس تأثیرگذار است؟

روش کار

تحقیق حاضر طرح نیمه آزمایشی^۱ از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون^۲ با گروه کنترل بود. جامعه‌ی مورد مطالعه شامل تمامی بیماران ام اس تحت پوشش انجمن ام اس شهر تهران بود که تعداد ۳۰ نفر از آن‌ها بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب گردید و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفری آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. ملاک ورود شامل تشخیص قطعی بیماری ام اس، عدم وابستگی به ویلچر، باسواد، عدم استفاده از داروهای روان‌گردان و درمان‌های روان‌شناختی در طول مطالعه و سن بین ۲۰-۴۵ سال

1 Quasi experimental
2 pre-test post- test

3 Structured Clinical Interview for DSM-IV

(۱۹۷۲) استفاده شده است که سؤالات آن مشتمل بر ۲۸ سؤال و دربرگیرنده‌ی چهار خرده مقیاس شکایت جسمانی، اضطراب، افسردگی و ناکارآمدی اجتماعی است. ضریب اعتبار این مقیاس در ایران با استفاده از روش دوباره سنجی، تصنیفی و آلفای کرونباخ بررسی شده که به ترتیب ۰.۷۰٪، ۰.۹۳٪ و ۰.۹۰٪ را به دست داده است. همچنین برای مطالعه اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی از سه روش اعتبار هم‌زمان، همبستگی خرده آزمون‌های این پرسشنامه با نمره کل و تحلیل عوامل استفاده شده است که نتایج رضایت بخشی داشته است (۲۴).

روش اجرای پژوهش

ابتدا انجمن ام اس استان تهران طی یک فراخوان عمومی اعضای خود را برای یک کار پژوهشی دعوت به همکاری کرد، سپس پژوهشگر در جلسه معرفی ضمن ارائه توضیحات لازم و اهداف پژوهش از اعضاء درخواست کرد تا افرادی که تمایل

روان‌پزشکی مانند اختلال افسردگی، دوقطبی، اسکیزوفرنی و وسواس روایی مناسبی دارد (۲۱).

پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-II): این

پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول بیشتر با DSM-IV همخوان است و همانند BDI-II نیز ۲۱ سؤالی است و تمام عناصر افسردگی بر اساس نظریه شناختی را پوشش می‌دهد. نتایج پژوهش بک و همکاران نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (۲۲). همچنین مطالعه‌ای که در ایران انجام گردید، میزان روایی و اعتبار این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده است (۲۳).

پرسشنامه سلامت روانی گلدبرگ: برای سنجش

سلامت روانی از فرم کوتاه مقیاس سلامت عمومی Goldberg

جدول ۱: محتوای جلسات درمان فراشناختی

جلسه	محتوای جلسه
اول	معارفه و خوش آمد گویی، تدوین فرمول‌بندی موردی، معرفی مدل و آماده‌سازی، شناسایی و نام‌گذاری دوره‌های نشخوار فکری (افزایش فرا آگاهی)، تمرین فن آموزش توجه (ATT)، تکمیل برگه‌ی خلاصه تکنیک آموزش توجه (ATT) تکلیف خانگی: تمرین تکنیک آموزش توجه، تمرین تکنیک آموزش توجه
دوم	بررسی تکلیف خانگی و مقیاس S-MDD، به‌ویژه زمان نشخوار فکری و باور کنترل ناپذیری، معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده (DM)، معرفی به تعویق انداختن نشخوار فکری به‌عنوان آزمایشی برای تغییر باور کنترل ناپذیری، تکلیف خانگی: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، به‌کارگیری ذهن آگاهی گسلیده (DM) و به تعویق انداختن نشخوار فکری
سوم	بررسی تکلیف خانگی و مقیاس S-MDD، به‌ویژه زمان نشخوار فکری و باور کنترل ناپذیری شناسایی برانگیزاننده‌ها و به‌کارگیری ذهن آگاهی گسلیده (DM) مقابله با نشخوار فکری فعال با اجرای به تعویق انداختن نشخوار فکری در جلسه درمان چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل ناپذیری (برای مثال آزمایش تعدیل)، تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT)، بررسی سطح فعالیت و مقابله اجتنابی، تکلیف خانگی: تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT) به‌کارگیری ذهن آگاهی گسلیده (DM) و به تعویق انداختن نشخوار فکری در مورد همه برانگیزاننده‌ها، افزایش سطح فعالیت
چهارم	به چالش کشیدن باورها در مورد نشخوار ذهنی، تمرین توجه، در افزایش کاربرد ذهن آگاهی و تعویق نشخوار فکری، تغییر در برنامه‌ریزی و جایگزینی یک فعالیت لذت‌بخش، بررسی باورهای فراشناختی در مورد غمگینی به‌عنوان تکالیف خانگی
پنجم	بررسی سطح فعالیت، مقابله‌های ناسازگارانه و اجتناب بیمار، به چالش کشیدن باورهای فراشناختی. تمرین توجه، تلاش برای کاهش خواب و افزایش فعالیت‌ها، استفاده از تکنیک ذهن آگاهی به‌عنوان تکلیف خانگی
ششم	تحلیل مزایا و معایب پایش (بازبینی) تهدید، چالش با باورهای مثبت درباره پایش تهدید، متوقف کردن پایش تهدید و ارائه گزینه‌های جانشین، تکلیف خانگی: خودداری از نگرانی و نشخوار فکری. تمرین آگاهی از پایش تهدید و کنار گذاشتن آن
هفتم	کاربر روی موضوعات باقیمانده‌ی مشخص شد، تدوین برنامه جدید برای مقابله با افکار مزاحم و علائم، تکمیل طرح کلی درمان، تکلیف خانگی: تمرین اجرای برنامه جدید
هشتم	تقویت برنامه جدید و تشریح آن با استفاده از مثال فرضی، واری‌های هرگونه باور باقیمانده، برنامه‌ریزی جلسات تقویتی، تکلیف خانگی: شناسایی کاربرد مداوم درمان

به همکاری دارند، ثبت نام کنند و از بین افراد ثبت نام شده، مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID I) را انجام گرفت. آزمودنی‌ها پس از احراز شرایط پژوهش، به صورت تصادفی به دو گروه ۱۵ نفری تقسیم شده و سپس پرسشنامه‌های مربوطه را تکمیل کردند و ۱۵ نفر گروه آزمایش وارد طرح درمان شدند. راهنمای درمانی پژوهش حاضر، بر مبنای راهنمای عملی درمان فراشناختی برای اختلال افسردگی در قالب ۸ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه اجرا گردید. محتوای جلسات در جدول ۱ آمده است.

یافته‌ها

در این پژوهش اثربخشی درمان فراشناختی (MCT) گروهی بر سلامت روان و افسردگی اساسی بیماران مبتلابه ام اس مورد بررسی قرار گرفت. تعداد ۳۰ بیمار مبتلابه ام اس (۱۵ گروه آزمایش و ۱۵ گروه کنترل) مورد بررسی قرار گرفتند که درصد فراوانی مشخصات دموگرافیک بیماران مبتلابه ام اس، در جدول ۲ ارائه گردیده است.

در جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های سلامت روان و افسردگی را به تفکیک گروه و آزمون‌ها ارائه گردیده است. در جدول ۴ نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داده شده است.

آزمایش		کنترل		شاخص اطلاعات دموگرافیک فراوانی	
فراوانی	درصد فراوانی	فراوانی	درصد فراوانی	جنس	مرد
۰/۷۳	۱۱	۰/۶۶	۱۰	زن	۵
	۰/۲۶	۴	۰/۳۳	مرد	
۰/۴۰	۵	۰/۲۶	۴	سیکل	دیپلم
	۰/۴۰	۶	۰/۴۰	کارشناسی	۵
	۰/۲۰	۴	۰/۳۳	تأهل	متأهل
۰/۴۶	۸	۰/۶۰	۹	مجرد	
	۰/۵۳	۷	۰/۴۰	متأهل	

مؤلفه‌ها	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
نمره کل سلامت روان	۰,۰۱	۱	۲۸	۰,۹۷
افسردگی اساسی	۲,۲۱	۱	۲۸	۱,۴۸

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، پیش فرض لوین در دو متغیر وابسته تأیید می‌گردد. پس از حصول اطمینان از برقراری مفروضه‌ها، به منظور تعیین اینکه در کدامیک از متغیرهای وابسته

مؤلفه	کنترل		آزمایش	
	پیش آزمون	پس آزمون	پیش آزمون	پس آزمون
افسردگی	۱۳,۴۰±۲,۱۰	۱۴,۸۶±۱,۲۴	۱۳,۴۳±۲,۳۱	۱۳,۴۳±۲,۳۱
اضطراب	۱۴,۵۵±۲,۷۹	۱۴,۶۶±۱,۵۸	۱۳,۴۷±۲,۳۳	۱۳,۴۷±۲,۳۳
اختلال در عملکرد اجتماعی	۱۳,۸۵±۳,۳۴	۱۳,۰۰±۱,۷۳	۱۳,۶۶±۱,۹۹	۱۳,۶۶±۱,۹۹
علائم جسمانی	۱۲,۵۰±۳,۱۸	۱۲,۸۶±۱,۹۲	۱۳,۵۷±۱,۴۰	۱۳,۵۷±۱,۴۰
نمره کل سلامت روان	۵۴,۳۰±۳,۱۷	۵۵,۴۰±۲,۸۹	۵۴,۰۳±۲,۵۶	۵۴,۰۳±۲,۵۶
افسردگی اساسی	۳۱,۵۳±۶,۹۰	۳۲,۸۶±۶,۴۵	۳۱,۱۳±۳,۳۷	۳۱,۱۳±۳,۳۷

جدول ۵: نتایج آزمون آنکوا جهت ارزیابی تفاوت گروه‌های آزمایش و کنترل (پس‌آزمون) به تفکیک متغیرهای سلامت روان و افسردگی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
افسردگی	۷,۳۶	۱	۳,۶۸	۳,۱۰	۰,۰۵	۰,۷۸۴
اضطراب	۲۱,۷۱	۱	۱۰,۸۵	۴,۵۰	۰,۰۲	۰,۷۸۳
اختلال عملکرد اجتماعی	۱۵,۹۶	۱	۷,۹۸	۳,۲۱	۰,۰۱	۰,۸۵۵
علائم جسمانی	۹,۸۹	۱	۴,۹۴	۳,۰۶	۰,۰۵	۰,۳۴۶
سلامت روان	۶۱,۸۳	۲	۳۰,۹۱	۴,۴۸	۰,۰۲	۰,۷۶۵
افسردگی اساسی	۱۹,۱۶	۲	۹,۵۸	۳,۵۸	۰,۰۴	۰,۵۵۸

بر طبق دیدگاه فراشناختی عامل اصلی در تداوم افسردگی، نشخوار فکری است و شواهد حاکی از تأثیر منفی نشخوار فکری بر هیجان، تداوم خلق افسرده، سوگیری در تفکر و رفتارها است (۲۵). مطالعات دیگر (۲۶،۲۷) نشان دادند که نشخوار ذهنی یک عامل پیش‌بینی کننده احتمال بروز و تداوم افسردگی است. همان‌طور که مطرح گردید درمان فراشناختی نیز در طی جلسات خود از طریق آموزش توجه، تکنیک ذهن آگاهی گسلیده، چالش با باورهای فراشناختی مثبت و منفی سعی در کاهش نشخوار فکری و تغییر نگرش بیمار به آن داشته است. در چهارچوب نظرات فراشناختی می‌توان استنباط کرد که تغییرات در خلق افسرده، نتیجه تغییرات در نشخوارهای ذهنی و عقاید مربوط به آن است و با توجه به اینکه در این پژوهش نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی راجع به آن از یک سو و آموزش کنترل توجه از سوی دیگر هدف اصلی مداخله را تشکیل داده بود، می‌توان فرض نمود به دنبال کاهش نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی در مورد آنها خلق افسرده نیز کاهش پیدا می‌کند و در نتیجه این امر کاهش نشانه‌های افسردگی نیز صورت پذیرفته است. به تبیینی دیگر، سبک پاسخ‌دهی نشخواری باعث تداوم افسردگی است و یک عامل آسیب‌پذیری و پیش‌بین برای بروز افسردگی محسوب می‌شود (۲۵). چراکه این سبک پاسخ‌دهی با فعال‌سازی افکار و خاطرات منفی، اثر خلق افسرده را بر تفکر بیشتر می‌کند و این احتمال استنباط‌های مربوط به افسردگی را افزایش می‌دهد، از طرفی مانع حل مسئله مؤثر و اجرای راهبردهای موفق برای غلبه بر خلق منفی می‌شود (۲۸). به‌طور کلی می‌توان گفت درمان فراشناختی به دلیل کاهش

تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل وجود دارد، از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره (آنکوا) استفاده شد. نتایج حاصله در جدول ۴ ارائه گردیده است.

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در پس‌آزمون، متغیرهای سلامت روان و افسردگی اساسی گروه‌های کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد؛ بنابراین می‌توان گفت که میزان سلامت روان گروه تحت درمان فراشناختی به شیوه گروهی پس از مداخله در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنادار بهبود یافته است و همین‌طور میزان افسردگی گروه تحت درمان فراشناختی به شیوه گروهی پس از مداخله در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معنادار کاهش یافته است.

بحث

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر افسردگی و سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس اجرا گردید. نتایج نشان داد که درمان فراشناختی انجام‌شده در گروه آزمایش توانسته است شدت علائم افسردگی را کاهش دهد در حالی که نمرات گروه کنترل بدون تغییر همراه بود. این موضوع نشان از اثربخشی معنادار قابل توجه درمان فراشناختی در رابطه با کاهش علائم افسردگی دارد. یافته‌های این پژوهش همسو با نتایج پژوهشگران دیگر (۱۱،۱۵،۱۶،۲۵) است. در یک پژوهش، اثرات تکنیک آموزش توجه در بیماران مبتلا به افسردگی را مورد بررسی قرار دادند. همه بیماران بهبودی قابل‌ملاحظه‌ای در افسردگی نشان دادند. در پژوهش دیگر نیز بیماران افسرده را مورد درمان قرار دادند که در پایان دوره درمان، نشانه‌های افسردگی در بیماران کاهش یافت (۱۱).

تا بیمار را با برانگیزاننده‌های نشخوار فکری، فرایند زنجیره وار و نقش آن در تشدید یا تداوم غمگینی آشنا کند. سپس باورهای مثبت و منفی پیرامون نشخوار فکری مورد بررسی قرار می‌گیرند. در همان جلسه به واسطه این فعالیت‌ها درمانگر بیمار را به سوی فرمول‌بندی بیماری و در نتیجه فرآگاهی از فرایند تشدید افسردگی هدایت می‌کند. افزایش فرآگاهی که از اهداف اصلی درمان فراشناختی محسوب می‌گردد که با آموزش تمرین توجه به‌طور مستمر در طی جلسات صورت می‌گیرد. این تکنیک علاوه بر افزایش فرآگاهی منجر به کاهش نشخوار فکری می‌شود (۳۴). چنان‌که با هر بار انجام تمرین توجه نمره بیمار در طیف توجه معطوف به خود، به توجه معطوف به بیرون نزدیک‌تر می‌گردد. تکنیک ذهن آگاهی گسلیده نیز باهدف آگاهی از برانگیزاننده‌های نشخوار فکری، بدون تحلیل مفهومی مداوم درباره معنای آن انجام می‌گردد تا بیمار درگیر نشخوار فکری نشود. آموزش این تکنیک ذهن آگاهی گسلیده نیز باهدف آگاهی از برانگیزاننده‌های نشخوار فکری، بدون تحلیل مفهومی درباره معنای آن انجام می‌شود تا بیمار درگیر نشخوار فکری نگردد (۱۴). این تکنیک، فرایند نشخوار فکری خودکار را کاهش می‌دهد و بدون تلاش برای تغییر محتوای افکار به بیمار آموزش می‌دهد که به‌جای الگوهای واکنش خودکار، نگرش پذیرنده، آگاهانه و هدفمند داشته باشد، رابطه فرد را با افکار ناخواسته و احساسات تغییر می‌دهد تا جایی که فرد دیگر از آن‌ها اجتناب نمی‌کند یا با یک روش خودکار به آن‌ها واکنش نشان نمی‌دهد. در نتیجه انجام روش‌های مذکور درمان فراشناختی منجر به کاهش باورهای فراشناختی منفی و مثبت و در نتیجه کاهش نشخوار فکری و در نتیجه بهبود علائم افسردگی و افزایش سلامت روان بیماران مذکور می‌گردد (۳۵).

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج به‌دست‌آمده در این پژوهش و تعیین تأثیر درمان فراشناختی بر کاهش افسردگی اساسی و سلامت روان بیماران مبتلا به ام اس می‌توان پیشنهاد داد که از متخصصین روانشناسی در حین درمان‌های پزشکی، از درمان یادشده در مراکز درمانی و انجمن‌ها استفاده کنند تا به بهبود سلامت روانی و جسمی بیماران مربوطه کمک رسانند. همچنین غربالگری و شناسایی بیماران مبتلا به اختلالات روانی در مراحل اولیه تشخیص و درمان و ارجاع آن‌ها به روانشناس و روان‌پزشک نیز می‌تواند

باورهای فراشناختی دخیل در تداوم نشانه‌های افسردگی منجر به کنترل مکانیسم‌های زیر بنایی علائم شناختی، هیجانی و رفتاری می‌شود. در واقع درمان مذکور با مورد آماج قرار دادن عوامل سطح بالای کنترل شناخت، نه تنها افکار ناکارآمد و باورهای غیرمنطقی؛ بلکه راهبردهای ناکارآمد رفتاری را نیز کاهش می‌دهد. کاهش یافتن علائم رفتاری، شناختی و هیجانی با مداخله مستقیم بر مکانیزم‌های تداوم‌بخش علائم افسردگی از ادعاهای این درمان است که در پژوهش حاضر مدعی فوق مورد تأیید قرار گرفت.

همچنین نتایج نشان داد که تفاضل میانگین نمرات سلامت روانی در پیش‌آزمون-پس‌آزمون در بین گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری دارد. بدین معنی که درمان گروهی فراشناختی بر بهبود سلامت روانی بیماران ام اس مؤثر بوده است. این یافته با پژوهش‌های دیگر در این زمینه (۱۴،۱۶،۱۷،۱۸) همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت تکنیک‌های درمان فراشناختی می‌توانند سبک تفکر ناسازگارانه را تغییر دهند. آموزش این تکنیک‌ها می‌تواند نگرانی، نشخوار فکری و رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه را کاهش دهد و منجر به کاهش علائم اختلالات روانی گردد. همچنین ارائه راهبردهای کارآمد به‌منظور کاهش علائم سندروم شناختی-توجهی مانند نشخوار فکری، نگرانی و تفکر تحریف‌شده نیز در به دست آوردن نتایج درمانی موفق مؤثر بوده است. طبق مطالعات انجام‌شده تکنیک فن توجه (تکنیک درمان فراشناختی) به‌تنهایی موجب کسب آگاهی و کنترل انعطاف‌پذیر بر نشخوار فکری می‌شود (۳۱). اگرچه این تکنیک به‌خودی‌خود درمان محسوب نمی‌شود، با این حال شواهد نشان می‌دهد فن توجه حتی به‌طور مستقل بر خلق افسرده اثرات مثبت دارد و این اثرات پس از ۱۲ ماه پیگیری باقی می‌ماند (۲۵). چراکه منجر به کاهش نشخوار فکری معطوف به خود با پیش و بازبینی علائم می‌شود. آموزش ذهن آگاهی نیز به بیمار کمک می‌کند تا از افکارش جدا شود، درحالی‌که آن‌ها را به‌طور خارجی، در لحظه‌ی اکنون و بدون قضاوت می‌نگرد (۳۳). آموزش این تکنیک می‌تواند فرایند نشخوار فکری خودکار را کاهش دهد.

همان‌طور مطرح شد هدف اصلی در فرایند این درمان آگاهی بیمار از باورهای فراشناختی مثبت و منفی، تغییر آن‌ها و در نتیجه کاهش نشخوار فکری است؛ بنابراین در همان جلسه‌ی اول درمانگر از حوادث اخیر نشخوار فکری بیمار شروع می‌کند

multiple sclerosis living in rural and urban areas. *International Journal of MS Care*. 2006; 8: 89-97

11. Wells, A. Fisher, P. Myers, S. Wheatley, J. J. Pateel, T. Brewin C.R. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: a platform trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2012; Jun;50 (6):367-73. doi: 10.1016/j.brat.2012.02.004

12. Hoffart, A. Johnson, S. U. Nordahl, H. M. and Wells, A. 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*. 2018; 9:2043808718787414. doi: 10.1177/204380871878 7414

13. Hall P, Crossley M, D'Arcy C. Executive function and survival in the context of chronic illness. *Annals of Behavioral Medicine*. 2010; 39:119-27

14. Wells, A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. New York, NY: The Guilford Press; 2009

15. Johnson, S. U. Hoffart, A. Nordahl, H. M. Ulvenes, P. G. Vrabel, K. and Wampold, B. E. Metacognition and cognition in inpatient MCT and CBT for comorbid anxiety disorders: a study of within-person effects. *Journal of Counseling Psychology*. 2018; 65, 86-97. doi: 10.1037/cou0000226

16. Johnson S U, Hoffart A. Metacognitive Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy: A Network Approach. *Frontiers in Psychology*, 2018; <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02382>

17. Roelofs, J. Papageorgiou, C. Gerbera, R. Huibers, M. Peeters, F. Arntz, A. On the links between self-discrepancies, rumination, metacognitions, and symptoms of depression in undergraduates. *Behavior Research and Therapy*. 2006; 45, 1295-1305

18. Wells, A. Fisher, P.L. Myers, S. Wheatley, J. Patel, T. & Brewin, C. Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research and Therapy*. 2012; 50 (6), 367-373

19. First, MB. Spritzer, L. Gibbon, M. Williams, J.B.W. Structural clinical interview for DSM-IV-TR axis I disorder, clinical version, and patient edition. (SCIDCV). Washington, DC: American psychiatric press. 1996

20. First, M. Spitzer, R. Gibbon, M. & Williams, J.B. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (clinician version) SCID-I administration booklet. Washington DC, American Psychiatric Association. 1997

21. Sharifi V, Assadi S M, Mohammadi M R, E, et al. Reliability of the Persian version of the structured interview Diagnostic for (SCID) DSM-IV. 2004; *Advances in Cognitive Sciences*. 6 (2), 10-22 (in Persian)

22. Steer R A, Ranieri W F, Beck A T, Clark D A. Further evidence for the validity of the Beck anxiety inventory with psychiatric outpatients. *Journal of Anxiety Disorders*. 1993; 7 195-205. 10.1016/0887-6185(93)90002-3

23. Ghasemzadeh H. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck depression inventory 2nd Ed: BDI II-persian. *Depression and Anxiety*. 2005; 21: 185-92. [In Persian]

24. Taghavi M R. Evaluation of validity and reliability of general health questionnaire. *Journal of Psychology*, 20, 381-395. [In Persian].

25. Papageorgiou, C, Wells A. An empirical test of a clinical Metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*. 2003; 27: 261-273

26. De Jong - Meyer, R. Beck, B. and Riede, K. Relationships between rumination worry, intolerance of uncertainty and metacognitive beliefs. *Personality and Individual Differences*. 2009; 46: 547 - 551.

27. Corcoran K, Segal Z, Meta-Cognition in Depressive and Anxiety Disorders: Current Directions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2008; 1(1): 33- 44.

28. Callesen P, Jensen A. B, Wells A. Metacognitive therapy in recurrent depression: a case replication series in Denmark. *Scandinavian*

جهت پیشگیری و کاهش مشکلات روانی این گروه مؤثر باشد. محدودیت مطالعه حاضر حجم کوچک نمونه است. لذا پیشنهاد می‌شود از نمونه‌هایی با حجم بزرگ‌تر برای دستیابی به اندازه اثر واقعی برنامه استفاده شود و با دوره‌های پیگیری مکرر اثرات درمان در طولانی‌مدت مشخص شود. این مطالعه بر روی بیماران انجمن ام اس شهر تهران اجرا شده است، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران برای بسط یافته‌های این مطالعه، درمان گروهی فراشناختی را بر روی بیماران مشابه در سایر مناطق کشور نیز اجرا کنند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش در انجام این تحقیق کمال تشکر و قدردانی را دارم.

تضاد منافع

بدین‌وسیله نویسندگان تصریح می‌نمایند که هیچ‌گونه تضاد و تعارض منافی در خصوص پژوهش حاضر وجود ندارد.

منابع

1. Chwaściak L, Ehde DM, Gibbonns LE, Sullivan M, Bowen JD, Kraft GH. Depressive symptoms and severity of illness in multiple sclerosis: epidemiologic study of a large community sample. *American Journal of Psychiatry*. 2002; 159: 1862-1868
2. Beiske AG, Pedersen ED, Czujko B, Myhr K-M. Pain and sensory complaints in multiple sclerosis. *European Journal of Neurology*. 2004; 11: 479-482
3. Figved N, Klevan G, Myhr K-M, et al. Neuropsychiatric symptoms in patients with multiple sclerosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 2005; 112: 463-468
4. Belbasis L, Bellou V, Evangelou E, et al. Environmental risk factors and multiple sclerosis, an umbrella review of systematic reviews and metaanalyses. *Lancet Neurology*. 2015; 14: 263-73
5. Kobelt G, Thompson A, Berg J, et al. New insights into the burden and costs of multiple sclerosis in Europe. *Multiple Sclerosis*. 2017; 23: 1123-1136
6. Giovannoni G, Cutter G, Sormani MP, et al. Is multiple sclerosis a length-dependent central axonopathy? The case for therapeutic lag and the asynchronous progressive MS hypotheses. *Multiple Sclerosis Related Disorders*. 2017; 12: 70-78
7. Coles AJ, Cox A, Le Page E, et al. The window of therapeutic opportunity in multiple sclerosis: evidence from monoclonal antibody therapy. *Journal of Neurology*. 2006; 253: 98-108.
8. Visschedijk MA, Collette EH, Polman CH, Pfenning LE, van der Ploeg HM. Development of A Cognitive Behavioral Group Intervention Programme for Patients With Multiple Sclerosis: *Psychological Report*. 2004; 95: 735-46
9. Sinclair VG, Scroggie J. Effects of a cognitive behavioral program for women with multiple sclerosis. *Journal of Neuroscience Nursing*. 2005; 37(5):249-57, 276
10. Buchanan RJ, Schiffer R, Wang S, Stuijbergen, A Chakravorty, B, Zhu L. et al. Demographic and disease characteristics of people with

Journal of Psychology. 2015; 55 60–64. 10.1111/sjop.12089

29. Bevan D, Wittkowski A, Wells A. A multiple-baseline study of the effects associated with metacognitive therapy in postpartum depression. *J. Midwifery Womens Health*. 2013; 58 69–75. 10.1111/j.1542-2011.2012.00255.

30. Groves S J, Porter R J, Jordan J, Knight R, Carter J D, McIntosh V V W, et al. Changes in neuropsychological function after treatment with metacognitive therapy or cognitive behavior therapy for depression. *Depression and Anxiety*. 2015; 326 437–444. 10.1002/da.22341

31. Hjemdal O, Hagen R, Solem S, Nordahl H, Kennair L. E. O. Ryum T. et al. Metacognitive therapy in major depression: an open trial of comorbid cases. *Cogn. Behav. Pract*. 2016; 0.1016/j.cbpra.2016.06.006

32. Normann N, van Emmerik A. A. P. Morina N. (2014). The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review. *Depress. Anxiety* 31 402–411. 10.1002/da.22273

33. Segal, ZV, Williams, JMG, Teasdale, JD. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford press.

34. Corcoran, K, Segal, z. Meta-Cognition in Depressive and Anxiety Disorders: Current Directions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2008; 1(1): 33- 44.

35. Wells A. *Emotional Disorders and Metacognition: A Practical Manual and Conceptual Guide*. Chichester: Wiley. 2000