رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۶، شماره پیاپی ۱۲۳، شهریور ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(6), 2026

مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان فراشناختی بر نشخوارفکری زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

Comparing the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Metacognitive Therapy on Rumination in Women with Major Depressive Disorder

شادی آقاعلی طاری
گروه روان شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
دکتر علیرضا ذوالفقاری (نویسنده مسئول)
گروه روان شناسی، واحد تویسرکان، دانشگاه آزاد اسلامی، تویسرکان، ایران.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان فراشناختی بر نشخوارفکری زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناسی جریان زندگی شهر تهران در سه ماهه سوم سال ۱۴۰۴ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۸ زن بود که به شیوه غیرتصادفی هدفمند و بر اساس ملاک‌های ورودی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایگزین شدند (هر گروه ۱۶ نفر). گروه آزمایش اول تحت ۸ جلسه رفتار درمانی دیالکتیکی گروهی قرار گرفت. برای گروه آزمایش دوم، ۸ جلسه درمان فراشناختی به صورت گروهی اجرا شد. گردآوری داده‌ها با استفاده از مقیاس پاسخ‌های نشخوارفکری (RRS؛ نولن هوکسما و مارو، ۱۹۹۱) انجام شد. تحلیل داده‌ها به روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد، در گروه‌های آزمایش، نمرات نشخوارفکری در پس آزمون و پیگیری در مقایسه با پیش‌آزمون تفاوت معناداری داشت (P<۰/۰۱). همچنین مشخص شد، درمان فراشناختی در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیکی کاهش بیشتری در نشخوارفکری ایجاد کرد و از اثربخشی بالاتری برخوردار بود (p<۰/۰۱). در مجموع، یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخشی بالاتر درمان فراشناختی در مقایسه با رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش نشخوار فکری زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود.

واژه‌های کلیدی: *رفتار درمانی دیالکتیکی، درمان فراشناختی، نشخوارفکری، اختلال افسردگی اساسی.*

Shadi Aghaalitari
Department of Psychology, Bo. C., Islamic Azad University, Borujerd, Iran.
Dr. Alireza Zolfaghari *
Department of Psychology, Tu.C., Islamic Azad University, Tuyserkan, Iran.
Ar.zolfaghari@iau.ac.ir

Abstract

The present study was conducted to compare the effectiveness of Dialectical Behavior Therapy and Metacognitive Therapy on rumination in women with Major Depressive Disorder. This study employed a quasi-experimental design with a pretest–posttest control group and a two-month follow-up. The study population consisted of women diagnosed with Major Depressive Disorder who attended the Jaryan-e Zendegi Psychological Clinic in Tehran during the third quarter of 2025. The sample comprised 48 women who were selected through purposive sampling based on the inclusion criteria and randomly assigned to two experimental groups and one control group (16 participants in each group). The first experimental group received eight sessions of group Dialectical Behavior Therapy, while the second experimental group participated in eight sessions of group Metacognitive Therapy. We collected data using the Ruminative Responses Scale (RRS; Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991). Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance. The findings indicated that rumination scores in both experimental groups significantly decreased at posttest and were maintained at the two-month follow-up compared with the pretest ($p < .01$). Furthermore, Metacognitive Therapy produced a significantly greater reduction in rumination than Dialectical Behavior Therapy ($p < .01$). Overall, the findings suggest that although both interventions were effective in reducing rumination, Metacognitive Therapy demonstrated superior effectiveness among women with Major Depressive Disorder.

Keywords: *Dialectical Behavior Therapy, Metacognitive Therapy, Rumination, Major Depressive Disorder.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت: تیر ۱۴۰۵** | **پذیرش: مرداد ۱۴۰۵** | **ویرایش نهایی: شهریور ۱۴۰۵**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

مقدمه

اختلال افسردگی اساسی[1] یک اختلال عصبی-روانی است که با علائم اصلی نظیر ناهماهنگی هیجانی، خلق افسرده، احساس گناه، فقدان لذت و علائم شناختی و رفتاری مشخص می‌شود (سینی[2] و همکاران، ۲۰۲۲). این اختلال بیش از ۳۰۰ میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داده و شیوع طول عمر آن بیش از ۲۰ درصد گزارش شده است (تیان[3] و همکاران، ۲۰۲۴). به طور نگران‌کننده‌ای، زنان دو برابر مردان در معرض خطر ابتلا به اختلال افسردگی اساسی در طول زندگی خود قرار دارند (فیراری[4] و همکاران، ۲۰۲۴). این آسیب‌پذیری به ویژه در دوره‌های گذار باروری- به ویژه نوجوانی، دوران قبل از زایمان و دوران یائسگی (فاگیولینی[5] و همکاران، ۲۰۲۴) به اوج می‌رسد. افزون بر این زنان در مقایسه با مردان، علائم غیرمعمول افسردگی را با فراوانی بیشتری گزارش می‌کنند که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان به پرخوابی، افزایش اشتها و فلج سربی[6] اشاره کرد (انجمن روان‌پزشکی آمریکا[7]، ۲۰۲۲). لذا، بهبود و درمان این اختلال، به یکی از اولویت‌های اصلی پژوهشگران و متخصصان سلامت روان تبدیل شده است. دستیابی به مداخلات درمانی مؤثر، مستلزم شناسایی عوامل مؤثر در شروع، تداوم و عود این اختلال است؛ زیرا شناخت این عوامل، زمینه را برای طراحی و اجرای مداخلات هدفمند و مبتنی بر شواهد فراهم می‌کند.

دیدگاه‌های مختلفی درباره علت‌شناسی افسردگی ارائه شده است که هر یک بر نقش عوامل خاصی در بروز و تداوم این اختلال تأکید دارند. در میان این دیدگاه‌ها، مدل شناختی بک و آلفورد[8] (۲۰۰۹) افسردگی را اختلالی چندبعدی می‌داند که در چهار حوزه اصلی بروز می‌یابد: حوزه شناختی[9]، حوزه عاطفی[10]، حوزه انگیزشی[11] و حوزه جسمانی[12]. در این میان مؤلفه شناختی نقش محوری‌تری در توصیف اختلال افسردگی ایفا می‌کند. زیرا الگوهای ناکارآمد پردازش اطلاعات و تفکر منفی، زمینه را برای شکل‌گیری و استمرار خلق افسرده فراهم می‌سازند (بک و آلفورد، ۲۰۰۹). یکی از مهم‌ترین فرایندهای شناختی مرتبط با افسردگی، نشخوار فکری[13] است که به‌عنوان الگوی تکراری، منفعلانه و مداوم تمرکز بر علائم، علل و پیامدهای هیجان‌های منفی تعریف می‌شود (نولن هوکسما و مارو[14]، ۱۹۹۱). پژوهش‌های پیشین، نشخوار فکری را یکی از برجسته‌ترین شناخت‌های منفی در افراد مبتلا به افسردگی معرفی کرده‌اند (تائو[15] و همکاران، ۲۰۲۶؛ زو[16] و همکاران، ۲۰۲۵). در همین ارتباط نتایج یک فراتحلیل از ۲۹ مطالعه شامل ۲۴۰۸۷ نوجوان نشان داد، بین نشخوارفکری و افسردگی همبستگی قوی و معناداری به میزان ۰/۶۱ وجود دارد (تائو و همکاران، ۲۰۲۶). افزون بر شواهد تجربی، دیدگاه‌های نظری نیز بر نقش محوری نشخوار فکری در افسردگی تأکید کرده‌اند؛ لانگه[17] (۲۰۲۶) بیان می‌کند که نشخوار فکری، به‌ویژه مؤلفه نشخوار منفی[18]، یکی از عوامل کلیدی در تداوم افسردگی است و می‌تواند از طریق ایجاد تغییر در تجربه آگاهی و حفظ چرخه افکار منفی، علائم افسردگی را پایدار سازد. این یافته‌ها نشان می‌دهد که نشخوار فکری از مهم‌ترین عوامل شناختی مرتبط با اختلال افسردگی است و می‌تواند در تداوم، تشدید و پیچیده‌تر شدن سیر این اختلال نقش قابل‌توجهی ایفا کند. بر این اساس، طراحی، توسعه و ارزیابی مداخلات درمانی مؤثری که نشخوار فکری را در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی هدف قرار دهند، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

اگرچه مداخلات روان‌شناختی به‌عنوان درمان‌های خط اول برای اختلال افسردگی اساسی توصیه می‌شوند (اتو[19] و همکاران، ۲۰۲۲)، شواهد نشان می‌دهد که میزان بهبودی در کمتر از ۵۰ درصد از افراد تحت درمان حاصل می‌شود و تنها حدود ۴۰ درصد از بیماران به

1 . Major depressive disorder (MDD)
2 . Seney
3 . Tian
4 . Ferrari
5 . Fagiolini
6 . leaden paralysis
7 . American Psychiatric Association (APA)
8 . Beck & Alford
9 . Cognitive Component
10 . Affective Component
11 . Motivational Component
12 . Somatic Component
13 . rumination
14 . Nolen-Hoeksema & Morrow
15 . Tao
16 . Zou
17 . Lange
18 . Brooding
19 . Otto

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

بهبودی پایدار و بلندمدت دست می‌یابند (لانگنیکر[1] و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از دلایل احتمالی اثربخشی محدود و ماندگاری ناکافی نتایج درمان، تداوم فرایندهای شناختی ناسازگار، به‌ویژه نشخوار فکری است که می‌توانند در حفظ و عود علائم افسردگی نقش داشته باشند (جومها[2] و همکاران، ۲۰۲۵؛ لانگینیکر[3] و همکاران، ۲۰۲۴). ازاین‌رو، توجه به مداخلات درمانی که این فرایند شناختی را به‌طور مستقیم هدف قرار می‌دهند، اهمیت ویژه‌ای یافته است. یکی از این رویکردها، رفتاردرمانی دیالکتیکی[4] است که موجب بهبود کارکردهای شناختی و هیجانی می‌شود (ویجایاپریا و تامارانا[5]، ۲۰۲۳).

رفتاردرمانی دیالکتیکی (لینهان، ۱۹۹۳) یک رویکرد شناختی–رفتاری است که بر تلفیق دو راهبرد اساسی پذیرش و تغییر استوار است. مؤلفه‌های اصلی آن شامل ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین‌فردی است که با هدف بهبود تنظیم هیجان، افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش رفتارهای ناسازگار آموزش داده می‌شوند (لینهان، ۱۹۹۳). در پژوهش وکیلی و همکاران (۱۴۰۳) مشخص شد، رفتار درمانی دیالکتیکی موجب بهبود نشخوارفکری می‌شود. رحمانی[6] و همکاران (۲۰۲۵) و طاهری داغیان و همکاران (۱۳۹۹) نیز در پژوهش‌های خود نتایج مشابهی را گزارش کردند و اثربخشی این رویکرد درمانی را در کاهش نشخوارفکری تأیید کردند. افزون بر این شواهد اخیر نشان می‌دهد که این درمان در کاهش علائم افسردگی و بهبود تنظیم هیجان اثربخش است (جونکز[7] و همکاران، ۲۰۲۴؛ زی[8] و همکاران، ۲۰۲۵). با توجه به نقش محوری تنظیم هیجان در شکل‌گیری و تداوم تشخوارفکری، انتظار می‌رود رفتار درمانی دیالکتیکی از طریق تقویت مهارت‌های تنظیم هیجان و ذهن آگاهی، به کاهش فرایندهای شناختی ناسازگار از جمله نشخوارفکری نیز کمک کند

افزون بر رفتاردرمانی دیالکتیکی، رویکردهای فراتشخیصی که مکانیسم‌های روان‌شناختی مشترک زیربنایی اختلالات هیجانی را هدف قرار می‌دهند، به‌عنوان گزینه‌های درمانی امیدوارکننده برای اختلال افسردگی اساسی مطرح شده‌اند و شواهد نشان می‌دهد که در برخی موارد می‌توانند اثربخشی بیشتری نسبت به درمان‌های متداول داشته باشند (اسپیکر[9] و همکاران، ۲۰۲۰). یکی از این رویکردها، درمان فراشناختی[10] است که بر اساس مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی[11] توسط ولز[12] (۲۰۰۹) توسعه یافت. بر اساس این مدل، عامل مشترک زیربنایی بیشتر اختلالات هیجانی، سندرم توجه شناختی[13] است. این سندرم با الگوهای پردازش شناختی ناسازگار، از جمله نشخوار فکری، نگرانی، تمرکز افراطی بر خود، پایش تهدید و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، مانند اجتناب و سرکوب افکار مشخص می‌شود. در این چارچوب، باورهای فراشناختی مثبت و منفی، تداوم این الگوهای پردازش را تقویت کرده و در نتیجه، موجب حفظ و تشدید پریشانی هیجانی در افراد مبتلا به افسردگی و سایر اختلالات هیجانی می‌شوند (ولز، ۲۰۰۹). از آنجا که درمان فراشناختی به‌طور مستقیم سندرم توجه شناختی و به‌ویژه نشخوار فکری را هدف قرار می‌دهد، در کاهش نشخوار فکری نیز اثربخشی قابل‌توجهی از خود نشان داده است (باقری شیخ گفشه[14] و همکاران، ۲۰۲۳؛ هورلبکه[15] و همکاران، ۲۰۲۶).

در مجموع، با توجه به پیشینه نظری و پژوهشی، نشخوار فکری از مهم‌ترین عوامل شناختی مؤثر در شکل‌گیری، تداوم و تشدید اختلال افسردگی اساسی محسوب می‌شود. از سوی دیگر، شواهد موجود نشان می‌دهد که رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان فراشناختی هر یک از طریق سازوکارهای متفاوت، اما مکمل، در بهبود تنظیم هیجان، اصلاح فرایندهای شناختی ناسازگار و کاهش علائم افسردگی اثربخش هستند. با وجود این، شواهد مقایسه‌ای درباره اثربخشی این دو رویکرد در کاهش نشخوار فکری، به‌ویژه در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، همچنان محدود است و مشخص نیست کدام‌یک از این مداخلات اثربخشی بیشتر و پایدارتری در بهبود این متغیر دارد. این در حالی است که شناسایی مداخلات درمانی کارآمدتر و با اثرات پایدارتر، می‌تواند در ارتقای کیفیت خدمات سلامت روان نقش مهمی ایفا

1 . Langenecker
2 . Jomha
3 . Langenecker
4 . Dialectical Behavior Therapy (DBT)
5. Vijayapriya & Tamarana
6 . Rahmani
7 . Junkes
8 . Xi
9 . Spijker
10 . Metacognitive Therapy (MCT)
11 . Self-Regulatory Executive Function Model (S-REF)
12 . Wells
13 . Cognitive Attentional Syndrome (CAS)
14 . Bagheri Sheykhangafshe
15 . Hoorelbeke

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

کند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان فراشناختی بر نشخوار فکری زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی انجام شد.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه پژوهش شامل زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌شناسی جریان زندگی شهر تهران در سه ماهه سوم سال ۱۴۰۴ بود. گروه نمونه شامل ۴۸ نفر از زنان واجد شرایط و داوطلب بود که این افراد به شیوه غیرتصادفی هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایدهی شدند (۱۶ نفر گروه آزمایش اول؛ ۱۶ نفر گروه آزمایش دوم و ۱۶ نفر در گروه گواه). برای گروه آزمایش اول ۸ جلسه رفتار درمانی دیالکتیکی و برای گروه آزمایش دوم، ۸ جلسه درمان فراشناختی اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل، کسب یک انحراف معیار بالاتر از میانگین (۳۲) سیاهه افسردگی بک-II[1] (بک و همکاران، ۱۹۹۶)؛ تأیید تشخیص اختلال افسردگی اساسی توسط روان‌پزشک با تجربه (حاضر در کلینیک روان‌شناسی جریان زندگی) بر پایه مصاحبه تشخیصی بر اساس نسخه بازنگری شده پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی؛ حداقل سن مشارکت‌کنندگان ۱۸ و حداکثر ۴۰ سال. رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش؛ حداقل تحصیلات راهنمایی؛ عدم مصرف هر گونه ماده مخدر بر اساس گزارش شخصی؛ عدم دریافت هر گونه مداخله روان-شناختی در یک سال گذشته و عدم مصرف هر گونه داروی روان‌پزشکی بر اساس گزارش شخصی و اطلاعات مندرج در پرونده پزشکی بود. همچنین غیبت بیش از دو جلسه در طول درمان، عدم تمایل به همکاری، تکمیل ناقص پرسشنامه‌های پژوهش و عدم تمایل به انجام تکالیف و تمرین‌های گنجانده شده در جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان فراشناختی، از ملاک‌های عدم ورود و خروج از مطالعه بود. ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان، رعایت اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات و عدم هرگونه آسیب به آن‌ها بود. همچنین پژوهش حاضر دارای کد اخلاق به شماره IR.IAU.B.REC.1404.121 از کمیته اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد است. در نهایت برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ویراست ۲۷ و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

ابزار سنجش

مقیاس پاسخ‌های نشخوارفکری[2] (RRS): ابزاری۲۲ گویه‌ای که توسط نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) تدوین شده است. مقیاس متشکل از سه خرده مقیاس افسردگی، تعمق و در فکر فرورفتن است. پاسخ‌گویی به سوالات در طیف چهار گزینه‌ای لیکرت (از تقریباً هرگز=۱ تا تقریباً همیشه= ۴) صورت می‌گیرد. در این آزمون دامنه نمره‌ها در محدوده ۲۲ تا ۸۸ قرار دارد و کسب نمره بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر نشخوار فکری است. نولن هوکسما و مارو (۱۹۹۱) پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند. روایی همزمان، از طریق بررسی ضرایب همبستگی با مقیاس افسردگی بک (r=۰/۶۷) و پاسخ‌های نشخواری (r=۰/۷۳) به دست آمده است. باقری‌نژاد و همکاران (۱۳۸۸) پایایی نسخه فارسی مقیاس پاسخ‌های نشخوارفکری را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کردند. روایی همزمان نیز از طریق محاسبه ضرایب همبستگی با پرسشنامه افسردگی بک-II (r=۰/۷۹) و پرسشنامه اضطراب بک (r=۰/۵۶) به دست آمده است (باقری‌نژاد و همکاران، ۱۳۸۸). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس نشخوارفکری به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۲ به دست آمد.

سیاهه افسردگی بک (BDI-II): ابزاری ۲۱ گویه‌ای که توسط بک و همکاران (۱۹۹۶الف) تدوین شده است. پاسخ‌گویی به گویه‌ها بر اساس چهار گزینه، برای عدم وجود نشانه خاص (=۰) تا بیشترین درجه وجود آن نشانه (=۳)، در دامنه‌ای از ۰ تا ۳ قرار می‌گیرد. بر این اساس حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در محدوده صفر تا ۶۳ متغیر است و کسب نمرات بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر افسردگی است. بک و همکاران (۱۹۹۶الف) پایایی پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ برای بیماران سرپایی ۰/۹۲ و برای دانشجویان ۰/۹۳ گزارش کردند. در فراتحلیلی که روی ۹ نمونه روان‌پزشکی صورت گرفت، پرسشنامه افسردگی بک-II، ثبات درونی بیشتری را در مقایسه با پرسشنامه افسردگی بک- I نشان داد (بک و همکاران، ۱۹۹۶ب). قاسم زاده[3] و همکاران (۲۰۰۵) پایایی نسخه فارسی پرسشنامه افسردگی بک-II را

1 . Beck's Depression Inventory (BDI-II)
2 . Rominative Response Scale (RRS)
3 . Ghassemzadeh

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و به روش بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته ۰/۷۴ گزارش کردند و روایی همزمان از طریق بررسی ضرایب همبستگی با پرسشنامه افکار خودکار منفی (۰/۷۷) مطلوب ارزیابی شده است (قاسم‌زاده و همکاران، ۱۳۸۴). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه افسردگی بک به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۰ به دست آمد.

رفتار درمانی دیالکتیکی: مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی با استفاده از اطلاعات، فنون و تکالیف ارائه شده در کتاب رفتار درمانی دیالکتیکی: کتاب راهنمای مهارت‌ها (لینهان، ۱۴۰۰) و تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی مک کی و همکاران (۱۳۹۳) طراحی و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی (یکبار در هفته-روزهای شنبه) در کلینیک روان‌شناسی جریان زندگی شهر تهران در بازه زمانی اول آذر تا ۲۰ دی ماه سال ۱۴۰۴ اجرا شد. روایی محتوایی و صوری برنامه با استفاده از نظر متخصصان بررسی شد و نتایج حاصل نشان داد که برنامه روایی لازم را از نظر متخصصان برای اجرا دارد. ضریب توافق کاپا[1] برای بررسی هر چه دقیق‌تر روایی محاسبه شد (K=۰/۷۹). لازم به ذکر است که ضریب کاپا اندازه‌ای عددی بین ۱- تا ۱+ است که هر چه به ۱+ نزدیک‌تر باشد، بیانگر وجود توافق متناسب و مستقیم است. اندازه‌های نزدیک به ۱-، نشان دهنده وجود توافق وارون و اندازه‌های نزدیک به صفر، عدم توافق را نشان می‌دهد. خلاصه جلسات به شرح ذیل است:

جدول ۱. خلاصه جلسات رفتار درمانی دیالکتیکی ویژه افراد با اختلال افسردگی اساسی

جلسات	هدف	روش اجرا
اول	معارفه و آشنایی با رفتار درمانی دیالکتیکی	توضیح مدل زیستی-اجتماعی رفتار درمانی دیالکتیکی؛ آموزش سه حالت ذهن: ذهن هیجانی، ذهن منطقی، ذهن خردمند؛ تمرین کوتاه ذهن آگاهی (تنفس و مشاهده بدون قضاوت). **تکلیف:** تمرین ۵ دقیقه‌ای تنفس ذهن آگاهانه روزی یکبار؛ ثبت موقعیت‌هایی که ذهن هیجانی یا منطقی فعال شده است.
دوم	آشنایی با اصول رویکرد رفتار درمانی دیالکتیکی	آموزش سه مهارت «چه» (مشاهده کنید[2]، توصیف کنید[3]؛ مشارکت کنید[4])؛ آموزش سه مهارت «چگونه» (بدون قضاوت[5]، یک دلی[6]؛ اثربخش[7])؛تمرین عملی مشاهده افکار بدون همانندسازی. **تکلیف:** نجام یک تمرین ذهن‌آگاهی حسی (مثلاً خوردن آگاهانه)؛ ثبت افکار افسرده‌ساز و شیوه برخورد ذهن‌آگاهانه با آن‌ها
سوم	آموزش فنون پیشرفتهٔ تحمل آشفتگی	آموزش مهارت‌های گروه اول: تغییر دمای بدن، تنفس تند، انقباض عضلانی و رهاسازی؛ معرفی مهارت‌های حواس‌پرتی[8] و خودآرام‌سازی[9]. **تکلیف:** استفاده از یک مهارت تحمل آشفتگی در شرایط خلق پایین؛ ثبت موقعیت، شدن خلف و مهارتی که استفاده شده.
چهارم	آموزش بسته دوم تحمل آشفتگی	توضیح مفهوم پذیرش رادیکال بدون منفعل شدن؛ تمرین تشخیص موقعیت‌های غیرقابل‌کنترل؛ نقش توجه‌دادن مداوم ذهن. **تکلیف:** انتخاب یک موقعیت دشوار و تمرین پذیرش رادیکال؛ ثبت تنش ذهنی قبل و بعد از تمرین
پنجم	آموزش فنون پیشرفته توجه آگاهانه	**تکلیف:** ثبت نوع احساس قبل و بعد از عمل
ششم	آموزش فنون بنیادین و پیشرفته نظم بخشی	مرور مهارت‌های PLEASE؛ تمرین «ساختن تجربه‌های مثبت»؛ آموزش «حل مسئله» رفتار درمانی دیالکتیکی برای موقعیت‌های افسرده-ساز **تکلیف:** برنامه‌ریزی یک فعالیت مثبت کوچک هر روز؛ ثبت تأثیرات خلقی پس از فعالیت.
هفتم	آموزش فنون بنیادین ارتباط موثر	آموزش مدل مرد عزیز[10]؛ معرفی مهارت‌های GIVE برای حفظ رابطه، معرفی FAST برای حفظ احترام به خود؛ تمرین نقش آفرینی برای درخوست کردن و نه گفتن. **تکلیف:** اجرای یک تعامل بین فردی با استفاده از مدل مرد عزیز؛ ثبت نتیجه، احساسات و موانع.
هشتم	جمع بندی و مرور جلسات گذشته	مرور مهارت‌های ذهن آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان، بین فردی؛ شناسایی محرک‌های عود؛ طراحی راهبردهای مقابله‌ای و مهارت-های جایگزین. پایان جلسات و انجام پس آزمون و تعیین زمان انجام آزمون دوره پیگیری

درمان فراشناختی: مداخله فراشناختی با استفاده از اطلاعات، فنون و تکالیف ارائه شده در کتاب درمانگری فراشناختی (فیشر و ولز، ۱۴۰۰) طراحی و در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی (یکبار در هفته-روزهای چهارشنبه) در کلینیک روان‌شناسی جریان زندگی شهر تهران در بازه زمانی ۵ آذرماه تا ۲۴ دی ماه سال ۱۴۰۴ اجرا شد. روایی محتوایی و صوری برنامه با استفاده از نظر متخصصان بررسی

1 . Cohen's kappa coefficient
2 . Observe
3 . Describe
4 . Participate
5 . Non-judgmentally
6 . One-mindfully
7 . Effectively
8 . Distract
9 . Self-Soothe
10 . DEAR MAN

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

شد و نتایج حاصل نشان داد که برنامه روایی لازم را از نظر متخصصان برای اجرا دارد. ضریب توافق کاپا برای بررسی هر چه دقیق‌تر روایی محاسبه شد (K=۰/۸۲). خلاصه جلسات به شرح ذیل است:

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان فراشناختی ویژه افراد با اختلال افسردگی اساسی

جلسات	هدف	روش اجرا
اول:	معرفی چارچوب درمان فراشناختی، توضیح مدل فراشناختی افسردگی، ایجاد انگیزه، مشارکت و اتحاد درمانی، معرفی سبک پاسخ‌دهی (رومینیشن) به‌عنوان یک فرآیند مشکل‌زا.	مصاحبه کوتاه ← استخراج مؤلفه‌های «سندرم توجه شناختی»؛ استفاده از تخته/کاغذ ← ترسیم مدل فراشناختی افسردگی؛ پرسیدن مثال‌هایی از رومینیشن روزمره مراجع؛ توضیح اینکه تغییر باید روی فرآیند فکر کردن باشد نه محتوای آن. **تکلیف**: ثبت موقعیت‌هایی که در آن‌ها وارد نشخوار ذهنی می‌شود؛ علامت‌گذاری شدت افسردگی و زمان صرف شده برای رومینیشن
دوم:	فهم عمیق‌تر نقش نشخوار ذهنی در افسردگی؛ شناسایی باورهای مثبت درباره نشخوار (مثلاً "نشخوار کمک می‌کند مشکل را بفهمم")؛ آغاز اصلاح باورها	تکنیک «آزمایش رفتاری شفاهی» برای چالش با باورهای مثبت؛ ساخت لیست هزینه/فایده نشخوار؛ استفاده از تجارب گذشته مراجع برای نشان دادن بی‌فایدگی نشخوار. **تکلیف**: ثبت ۱۰ موقعیت نشخوار ← همراه با باور مثبت فعال‌شده و پیامد آن
سوم:	شناسایی باورهای منفی (مثلاً "نمی‌توانم نشخوار را متوقف کنم")؛ افزایش احساس کنترل ذهنی	تکنیک‌های «پرسش‌گری سقراطی فراشناختی»؛ توضیح کنترل توجه و اینکه ذهن قابل مدیریت است؛ تمرین کنترل توجه کوتاه (۱۵–۲۰ ثانیه تغییر کانون توجه). **تکلیف**: تمرین روزانه کنترل توجه ۵ بار در روز؛ ثبت تجربه کنترل/عدم کنترل بر نشخوار
چهارم:	تقویت ظرفیت توجه انتخابی؛ ایجاد مهارت خروج از نشخوار ذهنی	اجرای کنترل توجه در جلسه همراه با هدایت درمانگر؛ توضیح اینکه کنترل توجه یک تمرین مهارتی است نه آرام‌سازی؛ ثبت تغییرات خلق بعد از کنترل توجه. **تکلیف**: اجرای توجه انتخابی روزانه (حداقل ۱۰ دقیقه)؛ ثبت موقعیت‌هایی که با توجه انتخابی از نشخوار خارج شده است
پنجم:	کاهش راهبردهای مقابله‌ای ناسازگار: رسی افراطی احساسات؛ اجتناب؛ کنترل ذهنی	تمرین رهاکردن حل‌مسئله درونی؛ تمرین مشاهده افکار بدون تلاش برای تغییر آن‌ها؛ اجرای مشاهده افکار بدون تلاش برای تغییر آن‌ها با مثال‌های افسردگی. **تکلیف**: تمرین مشاهده افکار بدون تلاش برای تغییر آن‌ها در موقعیت‌های روزمره؛ ثبت رفتارهای ناسازگار و جایگزینی آن‌ها با عدم پاسخ‌دهی
ششم:	اصلاح باورهای مربوط به خلق؛ کاهش اشتغال ذهنی با افسردگی؛ فزایش انعطاف‌پذیری توجه	تکنیک تفکیک خلق از معنا؛ تمرین مشاهده خلق + بدون تحلیل؛ استفاده از نمودار چرخه خلق برای اصلاح باورها **تکلیف**: تمرین مشاهده خلق و ثبت عدم ورود به تحلیل آن؛ جرای کنترل توجه در زمان خلق پایین
هفتم:	جمع‌بندی مهارت‌های فراشناختی؛ جلوگیری از عود؛ برنامه بلندمدت مدیریت نشخوار	نهیه «جعبه ابزار ذهنی» شامل: کنترل توجه؛ توقف پاسخ؛ مشاهده بدون قضاوت؛ شناسایی باورهای فعال‌شده؛ بازیابی موفقیت‌های درمان. **تکلیف**: اجرای برنامه اقدام در یک موقعیت احتمالی؛ ثبت جلسات خودنظارتی
هشتم:	ارزیابی پیشرفت؛ تثبیت مهارت‌ها؛ ایجاد مسیر حفظ بهبود	گفتگوی ساختاریافته؛ طراحی برنامه پیگیری ۱، ۳ و ۶ ماهه؛ پاسخ به پرسش‌های احتمالی مراجع؛ پایان جلسات و انجام پس آزمون و تعیین زمان انجام آزمون دوره پیگیری **تکلیف**: ادامه تمرین کنترل توجه؛ تمرین تمرین مشاهده افکار بدون تلاش برای تغییر آن‌ها در موقعیت‌های استرس‌زا؛ ثبت دفترچه پیشگیری از عود

یافته ها

مشارکت‌کنندگان در این پژوهش ۴۸ زن مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بودند؛ میانگین سنی و انحراف معیار در گروه آزمایش دریافت کننده رفتار درمانی دیالکتیکی ۶/۶۲±۳۲/۶۰ سال، گروه دریافت کننده درمان فراشناختی ۵/۳۳±۳۳/۵۳ سال و در گروه گواه ۶/۲۵ ±۳۲/۹۳ سال بود؛ نتایج تحلیل واریانس نشان داد، گروه‌ها از نظر سنی همگن بودند و تفاوت آماری معناداری میان آن‌ها وجود نداشت (F=۰/۰۹۰ ؛p=۰/۹۴۱). اکثریت مشارکت‌کنندگان در پژوهش میزان تحصیلات خود را لیسانس گزارش کردند (در گروه رفتار درمانی دیالکتیکی ۵۶/۳ درصد (۹ نفر)؛ در گروه درمان فراشناختی ۶۸/۸ درصد (۱۱ نفر) و در گروه کنترل ۵۶/۳ درصد (۹ نفر)). آزمون مجذور کای دو متغیری نشان داد، تفاوت معناداری در فراوانی طبقات در سه گروه وجود ندارد (X^2=۷/۰۷۶ ؛p=۰/۵۲۸). در جدول ۳ شاخصه‌های توصیفی گروه‌های آزمایش و گواه در متغیر پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش آورده شده است.

جدول ۳. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه ها در پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
نشخوارفکری	رفتار درمانی دیالکتیکی	۶۳/۹۳	۳/۵۸	۵۹/۶۸	۳/۹۶	۵۸/۹۳	۳/۹۴
	درمان فراشناختی	۶۴/۳۱	۲/۹۶	۵۹/۱۲	۵/۱۳	۵۸/۴۳	۵/۲۲

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

گواه	۶۴/۱۲	۲/۹۱	۶۴/۸۱	۳/۲۵	۶۵/۳۱	۳/۱۱

همان‌گونه که جدول ۳ نشان می‌دهد، نمرات میانگین گروه‌های آزمایش و گواه در نشخوارفکری در مرحله پیش‌آزمون تقریباً همسان بود. اما پس از اجرای رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان فراشناختی، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین گروه‌های آزمایش تغییر یافت. معناداری این تغییرات با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد بررسی قرار گرفت.

در ادامه، ابتدا مفروضه‌های تحلیل واریانس با اندازه‌گیر مکرر، شامل همگنی واریانس‌ها، همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس و نرمال بودن توزیع داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. بررسی نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک در قسمت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد، توزیع متغیرها در هر دو گروه آزمایش و گواه بهنجار است (p>۰/۰۵). همگنی واریانس با آزمون لون بررسی شد و نتایج نشان داد که این فرض برای متغیر نشخوارفکری (F=۱/۶۱۳؛ P=۰/۲۱۱) در مرحله پس آزمون تأیید شد (p>۰/۰۵)؛ در بررسی مفروضه ماتریس واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون M BOX، آماره F در متغیر وابسته گروه‌ها معنادار نبود (F=۱/۰۴۷؛ p=۰/۳۶۱). فرض کروی بودن برای متغیر نشخوار فکری (X^2=۰/۲۹۹؛ P=۰/۰۰۱) نقض شد؛ در نتیجه از آزمون تصحیح گرین هاس-گیزر (Epsilon<۰/۰۷۵) استفاده شد. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر

	نام آزمون	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر
نشخوارفکری	زمان	۱/۱۷۵	۲۵۹/۰۵۶	۸۶/۴۵۵	<۰/۰۰۱	۰/۶۵۸
	گروه	۲	۲۵۷/۹۶۵	۶/۲۰۳	۰/۰۰۴	۰/۲۱۶
	زمان*گروه	۲/۳۵۱	۱۱۴/۶۹۹	۳۸/۲۷۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۳۰
	خطا (زمان)	۵۲/۸۹۶	۲/۹۹۶	۲/۹۹		
	خطا (بین گروهی)	۴۵	۴۱/۵۹۰			

بر اساس جدول۴، اثر زمان در نمره نشخوارفکری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار بود (P<۰/۰۰۱). نتایج به دست آمده اثر گروه نیز نشان داد که تفاوت میان گروه‌های درمان و گواه از نظر میانگین نمرات نشخوارفکری در کل مراحل مطالعه معنادار بود (p<۰/۰۰۱). همچنین اثر متقابل زمان و گروه در نشخوارفکری معنادار بود (p<۰/۰۰۱)؛ که نشان دهنده اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان فراشناختی بر نشخوارفکری در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی در مراحل پس آزمون و پیگیری در مقایسه با گروه گواه بود. در ادامه برای بررسی مقایسه زوجی و مقایسه گروه‌ها از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی و گروه‌ها

متغیر	گروه مبنا	گروه مقایسه شده	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
نشخوارفکری	پیش آزمون	پس آزمون	۱۹/۵۸۳	۰/۲۹۶	<۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۱۷/۷۷۱	۰/۵۰۰	<۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۱/۸۱۳	۰/۲۹۷	<۰/۰۰۱
	رفتار درمانی دیالکتیکی	درمان فراشناختی	۱۹/۰۴۲	۱/۰۳۹	<۰/۰۰۱
	رفتار درمانی دیالکتیکی	گواه	-۳/۸۹۶	۰/۸۶۵	<۰/۰۰۱
	درمان فراشناختی	گواه	-۲۲/۹۳۷	۰/۵۲۲	<۰/۰۰۱

چنانکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود، نتایج به دست آمده از مقایسه زوجی زمان در آزمون بونفرونی، نمره نشخوارفکری بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری را نشان داد. بر این اساس کاهش نشخوارفکری را در مقایسه با پیش‌آزمون می‌توان مشاهده کرد (P<۰/۰۰۱)؛ بین پس آزمون و پیگیری نیز اختلاف آماری معناداری مشاهده شد (P<۰/۰۰۱)؛ این بدان معناست که رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان فراشناختی در گروه‌های آزمایش در مرحله پیگیری تأثیر مثبتی داشته و اثر مداخله در گذر زمان تقویت شده است. به بیان دیگر، مشارکت‌کنندگان پس از پایان مداخله بهبودی بیشتری نشان داده‌اند.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

نتایج مقایسه زوجی بین گروه‌ها گویای این بود که مداخله رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان فراشناختی در مقایسه با گروه گواه بر متغیر نشخوارفکری اثربخش بودند (p<۰/۰۰۱). اما درمان فراشناختی در مقایسه با رفتاردرمانی دیالکتیکی کاهش بیشتری در نشخوارفکری ایجاد کرد و از اثربخشی بالاتری برخوردار بود (p<۰/۰۰۱).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان فراشناختی بر نشخوارفکری در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی بود. یافته اول نشان داد، رفتار درمانی دیالکتیکی بر بهبود نشخوارفکری در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی اثربخش بود. این یافته در دوره پیگیری دو ماهه تقویت شد. بر اساس جستجوهای انجام شده در زمینه مطالعات ناهمسو پژوهشی یافت نشد. اما این یافته با نتایج حاصل از پژوهش وکیلی و همکاران (۱۴۰۳)، رحمانی و همکاران (۲۰۲۵) و طاهری داغیان و همکاران (۱۳۹۹) همسو است. تبیین این یافته را می‌توان بر اساس سازوکارهای رفتاردرمانی دیالکتیکی ارائه کرد. این رویکرد با آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین‌فردی، به افراد کمک می‌کند تا به‌جای درگیر شدن با افکار منفی تکرارشونده، آن‌ها را بدون قضاوت مشاهده کرده و پاسخ‌های سازگارانه‌تری به تجربه‌های هیجانی خود ارائه دهند (لینهان، ۱۹۹۳). در واقع، ذهن‌آگاهی موجب فاصله‌گیری از افکار نشخواری و کاهش همانندسازی با آن‌ها می‌شود و مهارت‌های تنظیم هیجان نیز از شدت هیجان‌های منفی و استفاده از راهبردهای شناختی ناسازگار می‌کاهد. در نتیجه، چرخه خودتداوم‌بخش نشخوار فکری تضعیف شده و فرد توانایی بیشتری برای هدایت توجه به زمان حال و مدیریت تجربه‌های هیجانی پیدا می‌کند. این تبیین با شواهد پژوهش‌های اخیر همخوان است که نشان داده‌اند رفتاردرمانی دیالکتیکی با بهبود تنظیم هیجان و افزایش کنترل هیجانی، کاهش معناداری در علائم افسردگی و مشکلات مرتبط با آن ایجاد می‌کند (جونکز و همکاران، ۲۰۲۴؛ زی و همکاران، ۲۰۲۵).

یافته دیگر پژوهش پژوهش نشان داد، درمان فراشناختی بر بهبود نشخوارفکری در زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی اثربخش بود. این یافته در دوره پیگیری دو ماهه تقویت شد. بر اساس جستجوهای انجام‌شده، پژوهش ناهمسویی در این زمینه یافت نشد. این یافته با نتایج پژوهش‌های باقری شیخ‌گفشه و همکاران (۲۰۲۳) و هورلبکه و همکاران (۲۰۲۶) همسو است که اثربخشی درمان فراشناختی و مداخلات مبتنی بر فراشناخت را در کاهش نشخوارفکری و اصلاح فرایندهای شناختی ناسازگار گزارش کرده‌اند. تبیین این یافته را می‌توان بر اساس مدل عملکرد اجرایی و اصول درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۹) ارائه کرد. بر اساس این مدل، تداوم افسردگی بیش از آنکه ناشی از محتوای افکار منفی باشد، نتیجه فعال شدن «سندرم توجه شناختی» است که با نشخوارفکری، توجه متمرکز بر خود، پایش مداوم تهدید و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مشخص می‌شود. از این دیدگاه، افراد مبتلا به افسردگی دارای باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره نشخوارفکری هستند؛ به‌گونه‌ای که از یک سو نشخوار را راهی برای حل مسئله یا درک بهتر مشکلات می‌دانند و از سوی دیگر آن را فرایندی غیرقابل کنترل و زیان‌آور تلقی می‌کنند. این باورها موجب تداوم چرخه نشخوارفکری و تشدید علائم افسردگی می‌شود (ولز، ۲۰۰۹؛ باقری شیخ‌گفشه، ۲۰۲۳). درمان فراشناختی با هدف قرار دادن این باورهای فراشناختی و آموزش راهبردهایی مانند توجه انعطاف‌پذیر، ذهن‌آگاهی گسسته و به تعویق انداختن نشخوار، به افراد کمک می‌کند تا به‌جای درگیر شدن با افکار منفی، رابطه خود را با این افکار تغییر دهند و از ورود به چرخه تکرارشونده نشخوار جلوگیری کنند. در نتیجه، فراوانی و شدت نشخوارفکری کاهش یافته و ظرفیت خودتنظیمی شناختی و هیجانی افزایش می‌یابد (ولز، ۲۰۰۹).

در مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی، نتایج پژوهش نشان داد، درمان فراشناختی در مقایسه با رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش نشخوارفکری اثربخشی بیشتری داشت. بر اساس جستجوهای انجام‌شده، پژوهشی که به طور مستقیم این یافته را تأیید کند، یافت نشد. با این حال، طاهری داغیان و همکاران (۱۳۹۹) گزارش کردند که بین اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و درمان فراشناختی در کاهش نشخوارفکری تفاوت آماری معناداری وجود ندارد؛ که با نتایج پژوهش حاضر ناهمسو است. این ناهمسویی ممکن است ناشی از تفاوت در ویژگی‌های نمونه، حجم نمونه، ابزارهای اندازه‌گیری، تعداد و مدت جلسات درمانی، نحوه اجرای مداخلات یا شرایط اجرای پژوهش باشد.

تبیین این یافته را می‌توان در تفاوت اهداف درمانی و مکانیسم‌های تغییر در دو رویکرد جستجو کرد. درمان فراشناختی به‌طور مستقیم فرایندهای شناختی زیربنایی اختلال افسردگی، به‌ویژه نشخوارفکری و باورهای فراشناختی مرتبط با آن را هدف قرار می‌دهد. بر اساس مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی، تداوم افسردگی حاصل فعال شدن «سندرم توجه شناختی» است که با نشخوارفکری، توجه متمرکز بر

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

خود و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد مشخص می‌شود (ولز، ۲۰۰۹). ازاین‌رو، درمان فراشناختی با اصلاح باورهای فراشناختی و کاهش درگیری فرد با افکار منفی، مستقیماً چرخه تداوم نشخوارفکری را مختل می‌کند. در مقابل، اگرچه رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز از طریق آموزش مهارت‌هایی مانند ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و اثربخشی بین‌فردی موجب کاهش نشخوارفکری می‌شود، اما تمرکز اصلی آن بر بهبود مهارت‌های تنظیم هیجان و اصلاح پاسخ‌های رفتاری است، نه تغییر مستقیم باورهای فراشناختی و فرایندهای شناختی تکرارشونده (لینهان، ۱۹۹۳). بنابراین، از آنجا که نشخوارفکری یکی از مهم‌ترین سازوکارهای شناختی در تداوم افسردگی محسوب می‌شود، انتظار می‌رود رویکردی که این سازوکار را به‌صورت اختصاصی هدف قرار می‌دهد، در کاهش پیامدهای ناشی از آن نیز اثربخشی بیشتری داشته باشد.

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد درمان فراشناختی در مقایسه با رفتار درمانی دیالکتیکی در کاهش نشخوار فکری زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی اثربخش‌تر بود. این یافته بر ظرفیت درمان فراشناختی، از طریق اصلاح باورهای فراشناختی و کاهش سندرم توجه شناختی، در بهبود نشخوار فکری تأکید می‌کند. ازاین‌رو، به‌کارگیری فراشناخت درمانی می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مبتنی بر شواهد در درمان زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مورد توجه روان‌شناسان و درمانگران قرار گیرد.

با وجود این، یافته‌های پژوهش باید با احتیاط تفسیر شوند. استفاده از ابزارهای خودگزارشی، احتمال سوگیری در پاسخ‌دهی را افزایش می‌دهد. همچنین، محدود بودن نمونه به زنان مبتلا به اختلال افسردگی اساسی، استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و حجم نمونه نسبتاً کوچک، تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با بهره‌گیری از نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر از نظر جنسیت، سن و زمینه‌های فرهنگی و نیز استفاده از شاخص‌های عینی مانند مصاحبه‌های بالینی و ارزیابی‌های رفتاری، به بررسی اثربخشی این مداخلات بپردازند.

منابع

باقری‌نژاد، م.، صالحی فدردی، ج.، و طباطبایی، س. م..(۱۳۸۸). رابطه بین نشخوارفکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*، ۱۱ (۱)، ۳۸-۲۱.https://doi.org/10.22067/fe.v11i1.2246 .

طاهری داغیان، ع.، قاسمی مطلق، م.، و مهدیان، ح. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان فراشناختی بر کاهش میزان افسردگی و نشخوارفکری بیماران افسرده. *مجله دانشکده پزشکی*، ۶۳ (۶)، ۲۱۹۶-۲۱۸۶. https://doi.org/10.22038/mjms.2021.18374

فیشر، پ.، و ولز، آ. (۱۴۰۰). *کتاب درمانگری فراشناختی*. ترجمه مژگان آگاه هریس و مسعود جان بزرگی. تهران: ارجمند.

لینهان، م. (۱۴۰۰). رفتار درمانی دیالکتیکی: کتاب راهنمای مهارت ها. ترجمه سارا قربانی. تهران: ارجمند.

مک کی، م.، وود، ج.، و برنتلی، ج. (۱۳۹۳). *تکنیک‌های رفتار درمانی دیالکتیکی*. ترجمه حسن حمیدپور، حمید جمعه پور و زهرا اندوز. تهران: ارجمند.

وکیلی، م.، باقرزاده گلمکانی، ز.، و بلقان آبادی، م. (۱۴۰۳). اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر خودسرزنشگری و نشخوارذهنی در مبتلایان به پرخوری. مجله علوم روان شناختی، ۲۲ (۱۴۰)، ۲۱۷-۱۹۹. http://psychologicalscience.ir/article-1-2342-fa.html

American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5-TR (5th ed.). *American Psychiatric Association Publishing*. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787.

Bagheri Sheykhangafshe, F., Mojez, N., Savabi Niri, V., Haghighat Bayan, N., & Esrfilian, F. (2023). The effectiveness of metacognitive therapy on rumination, self-concept, and perceived social support in women with generalized anxiety disorder. *Health and Development Journal*, 12(2), 85-91. https://doi.org/10.34172/jhad.92387.

Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., Ranjeri, W. F. (1996b). Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67(3), 588-597. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13.

Beck, AT., & Alford, BA. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsyl Vania Press. https://doi.org/10.9783/9780812290882.

Beck, AT., Steer, RA., Brown, G.K. (1996a). Manual for the Beck Depression Inventory – II. *The Psychological Corporation. Harcourt Brace & Company San Antonio*. https://doi.org/10.1037/t00742-000.

Fagiolini, A., Mariano, M. P., Biesheuvel, E., & Purushottamahanti, P. (2024). A pooled analysis of the efficacy of sertraline in women, with a focus on those of childbearing age. *Annals of General Psychiatry*, 23(1), 44. https://doi.org/10.1186/s12991-024-00519-9.

Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Aali, A., Abate, Y. H., Abbafati, C., Abbastabar, H., ... & Bell, M. L. (2024). Global incidence, prevalence, years lived with disability (YLDs), disability-adjusted life-years (DALYs), and healthy life expectancy (HALE) for 371 diseases and injuries in 204 countries and territories and 811 subnational locations, 1990–

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]

2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet*, 403(10440), 2133-2161. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00757-8.

Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., & Ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second edition: BDI-II-PERSIAN. *Depression and anxiety, 21(4), 185-192*. https://doi.org/10.1002/da.20070.

Hoorelbeke, K., Henry, T., Tamm, G., & Koster, E. H. W. (2026). Breaking the chain: A computational approach to identify optimal treatment strategies for rumination. Behavior Therapy. *Behavioral therapy*. https://doi.org/10.1016/j.beth.2026.05.002

Jomha, A., Sohn, M. N., Watson, M., Kopala-Sibley, D. C., & Mcgirr, A. (2025). Self-criticism predicts antidepressant effects of intermittent theta-burst stimulation in Major Depressive Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 372, 210-215. https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.12.006.

Junkes, L., Gherman, B. R., Appolinario, J. C., & Nardi, A. E. (2024). Dialectical Behavior Therapy as an intervention for Treatment Resistant Depression in adults: A protocol for systematic review and meta-analysis. *Plos one*, 19(5), e0303967. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303967.

Lange, V. (2026). Philosophical theorising about the rumination of depression. *Mind & Language*, 1–20. https://doi.org/10.1111/mila.70050

Langenecker, S. A., Schreiner, M. W., Bessette, K. L., Roberts, H., Thomas, L., Dillahunt, A., ... & Watkins, E. R. (2024). Rumination-focused cognitive behavioral therapy reduces rumination and targeted cross-network connectivity in youth with a history of depression: Replication in a preregistered randomized clinical trial. *Biological Psychiatry Global Open Science*, 4(1), 1-10. https://doi.org/10.1016/j.bpsgos.2023.08.012.

Linehan, MM. (1993). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: The Guilford Press.

Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical psychology review*, 24(8), 981-1010. Https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.003.

Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of personality and social psychology*, 61(1), 115-121. https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.1.115.

Otto, M. W., Birk, J. L., Fitzgerald, H. E., Chauvin, G. V., Gold, A. K., & Carl, J. R. (2022). Stage models for major depression: Cognitive behavior therapy, mechanistic treatment targets, and the prevention of stage transition. *Clinical psychology review*, 95, 102172. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102172.

Rahmani, F., Ghorban Shiroudi, S., & Khalatbari, J. (2025). Comparison of the Effectiveness of Dialectic Behavioral Therapy and Schema Therapy on Emotion Regulation and Rumination of Obese Women. Iranian Evolutionary *Educational Psychology Journal*, 7(4), 0-0. https://doi.org/10.22034/7.4.1.

Seney, M. L., Glausier, J., & Sibille, E. (2022). Large-scale transcriptomics studies provide insight into sex differences in depression. Biological psychiatry, 91(1), 14-24. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2020.12.025.

Spijker, J., Muntingh, A., & Batelaan, N. (2020). Advice for clinicians on how to treat comorbid anxiety and depression. JAMA psychiatry, 77(6), 645-646. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0601

Tao, S., Xiong, Y., Guo, M., Mao, G., & Wu, D. (2026). Meta-Analysis of the Correlation Between Rumination and Depression Among Adolescents. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 64(7), 11–17. https://doi.org/10.3928/02793695-20260209-01

Tian, X., Hu, N., Lu, L., Tan, L., & Li, P. (2024). Gender differences in major depressive disorder at different ages: a REST-meta-MDD project-based study. *BMC psychiatry*, 24(1), 575. https://doi.org/10.1186/s12888-024-06021-6.

Vijayapriya, C. V., & Tamarana, R. (2023). Effectiveness of dialectical behavior therapy as a transdiagnostic treatment for improving cognitive functions: a systematic review. *Research in psychotherapy (Milano)*, 26(2), 662. https://doi.org/10.4081/ripppo.2023.662.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. Guilford Press.

Xi, C., Jiang, X., He, Y., Liu, Y., An, H., Shang, K., Ma, X., & Ren, D. (2025). Integrating Dialectical Behaviour Therapy Into the Treatment of Adolescent Depression: A Retrospective Study. *Actas espanolas de psiquiatria*, 53(4), 701–714. https://doi.org/10.62641/aep.v53i4.1963

Zou, M., Liu, B., Ji, J., Ren, L., He, Y., Wei, H., Yin, M., Hu, H., Liu, X., Wu, S., Wang, H., & Wang, X. (2025). Gender difference in rumination subtypes connecting to depression. *Archives of women's mental health, 28*(5), 1143–1150. https://doi.org/10.1007/s00737-025-01569-y.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-27]