



The Effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy on Rumination, Anxiety and Neurological Processes in Depressed Women

Mehdi Aghapour¹, Farzaneh Mirfatahzadeh^{2*}

1- Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahar Branch, Ahar, Iran.

2- Master, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahar Branch, Ahar, Iran.

*Corresponding author: Farzaneh Mirfatahzadeh, Master, Department of Psychology, Islamic Azad University, Ahar Branch, Ahar, Iran.

Email: Farzanemfz@yahoo.com

Received: 27 May 2022

Accepted: 6 Dec 2022

Abstract

Introduction: Studies have shown that depressed patients are slow in processing information during the course of the disease. The present study was conducted with the aim of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on rumination, worry, and neurologic processes of depressed women.

Methods: This research was an experimental design. The statistical population of the research was all depressed women referred to psychiatric centers in Tabriz city in 2020 and the target sample was selected from these patients as available. First, the Pennsylvania state anxiety test, Nolen-Hoxima rumination, Beck depression, and 64-channel electroencephalography device were pre-tested for the members of both groups, then cognitive behavioral intervention was applied to the experimental group and no intervention was done to the control group. After the completion of the course, the subjects of both groups were given a post-test. The collected data were analyzed with the help of descriptive statistical methods of mean and standard deviation and inferential statistical methods of multivariate covariance analysis.

Result: The results showed that cognitive behavioral therapy reduces worry, rumination, and depression, decreases alpha in the F4 region, and increases alpha in the F3 region, ($p < 0.01$).

Conclusions: The results of this research showed that cognitive behavioral therapy can reduce clinical indicators in depressed patients.

Keywords: Worry, Rumination, Neurology, Depression, Women.



اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر نشخوار فکری، نگرانی و پردازش های عصب شناسی زنان افسرده

مهدی آقاپور^۱، فرزانه میر فتاح زاده^{۲*}

۱- استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهر، اهر، ایران.

۲- کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهر، اهر، ایران.

نویسنده مسئول: فرزانه میر فتاح زاده، کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهر، اهر، ایران.
ایمیل: Farzanemfz@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۹/۱۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۳/۶

چکیده

مقدمه: مطالعات نشان داده اند که بیماران افسرده در طول دوره بیماری دچار کندی در پردازش اطلاعات می گردند. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر نشخوار فکری، نگرانی و پردازش های عصب شناسی زنان افسرده انجام شد.

روش کار: این پژوهش از نوع طرح های آزمایشی بود. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان افسرده مراجعه کننده به مراکز روانپزشکی شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ بودند و نمونه مورد نظر از این بیماران به صورت در دسترس انتخاب شدند. ابتدا با آزمون نگرانی ایالت پنسلوانیا، نشخوار فکری نولن- هوکسینما، افسردگی بک، دستگاه الکتروانسفالوگرافی ۶۴ کاناله پیش آزمون از اعضای هر دو گروه بعمل آمد، سپس برای گروه آزمایش مداخله شناختی رفتاری اعمال شد و برای گروه کنترل مداخله ای صورت نگرفت. بعد از اتمام دوره مجدداً از آزمودنی های هر دو گروه پس آزمون بعمل آمد. اطلاعات جمع آوری شده به کمک روشهای آماری توصیفی میانگین و انحراف معیار و روشهای آماری استنباطی تحلیل کوواریانس چند متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش نگرانی، نشخوار فکری و افسردگی و کاهش آلفا در منطقه F4 و افزایش آلفا در منطقه F3 می شود $P < .01$.

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری می تواند باعث کاهش شاخص های بالینی در بیماران افسرده شود.

کلیدواژه ها: نگرانی، نشخوار فکری، عصب شناسی، افسردگی، زنان.

مقدمه

امروزه افسردگی یکی از شایع ترین بیماری های روانی در جهان محسوب می شود. انجمن روانپزشکی امریکا افسردگی را وجود احساس غم، پوچی یا تحریک پذیری، همراه با تغییرات جسمانی و شناختی که به طور قابل ملاحظه ای بر توانایی عمل کردن فرد تأثیر می گذارد، تعریف کرده است (۱). شیوع افسردگی حدود ۲/۳ الی ۳/۷ درصد در کل جمعیت است؛ به طوری که تقریباً ۶ درصد

افراد در طول عمر خود حداقل یک بار به آن مبتلا می شوند (۲). زنان بیشتر از مردان به اختلالات افسردگی مبتلا می شوند (۱).

افسردگی یکی از شایع ترین مسائلی که در پزشکی امروز دیده می شود. افسردگی نشانگر احساس کسالت روان، کمبود انرژی، از دست رفتن توان، ناامیدی، بی فایده بودن، بی علاقه ای و بدبینی است (۳). افسردگی مجموعه ای از حالات مختلف روحی و روانی است که از احساس خفیف ملال تا

مطالعات انجام شده نشان داده اند که بیماران افسرده دچار کندی روانی - حرکتی هستند و سرعت پردازش اطلاعات در این افراد ضعیف می باشد که مطالعات عصب شناختی با مطالعه باندهای مختلف و الگوی فعالیتی آنها، اطلاعات ارزشمندی در خصوص فعالیت مغزی و پردازش های مختلف شناختی و هیجانی گزارش کرده اند (۱۴). یکی از مؤلفه های اساسی در تحلیل کمی فعالیت الکتریکی مغز یا همان QEEG، توان امواج می باشد. توان براساس دامنه امواج تحلیل می گردد. در منطق فیزیولوژی، توان EEG نشاندهنده تعداد نورو ن های است که به صورت همزمان فعالیت می کنند. از آن جایی که حجم مغز و ضخامت لایه های قشری، رابطه مثبتی با هوش دارد (۱۵). اعتقاد بر این است که توان در EEG نیز، کارکرد مشابهی را داشته باشد و شاخصی است که نشاندهنده ظرفیت و عملکرد پردازش اطلاعات قشری است. البته اندازه گیری دقیق میزان توان مغزی با محدودیت هایی مواجه است چرا که تراکم مایع مغزی نخاعی یا ضخامت استخوان جمجمه بر آن تأثیر می گذارد (۱۶). مطالعات الکتروآنسفالوگرافی نشان می دهند که در افراد افسرده تغییراتی در الگوی امواج مغزی وجود دارد، مانند افزایش در قدرت مطلق باند دلتا و تتا و کاهش فعالیت در آلفا. این افراد فعالیت دلتای بیشتری در مناطق پیشانی - گیجگاهی دارند. تغییرات موجود در qEEG افراد مبتلا به افسردگی توسط سایر پژوهشگران نیز گزارش شده است (۱۷).

پژوهش های متعدد حاکی از آن است که تکنیک های روان درمانی در کاهش نشانه های اختلالات مختلف و از جمله افسردگی، از اثربخشی قابل ملاحظه ای برخوردار است (۱۸). از مهم ترین روش های درمانی که در حال حاضر به فراوانی از آن برای درمان بسیاری از اختلالات استفاده می شود، درمان شناختی - رفتاری است. درمان شناختی - رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است (۱۹). در این نوع درمان، به بیمار کمک می شود تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد. برای اینکه بتواند این افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد، از بحثهای منظم و تکالیف رفتاری دقیقاً سازمان یافته ای استفاده می شود. در روش شناختی - رفتاری، تکنیک های مختلفی به کار گرفته می شود. در این روش، فنون رفتاری به طور عمده در برگیرنده شیوه های اجتناب از موقعیت های محرک و یا تغییر پاسخ نسبت به چنین محرکها و دادن پاسخ های تازه به آن می باشد (۲۰). درمان شناختی - رفتاری بک بر اساس اتصال ضروری اجزای

سکوت و دوری از فعالیت روزمره بروز می کند (۴). افسردگی منجر به از کارافتادگی قابل توجه فرد در قلمروهای زندگی فردی، اجتماعی و اشتغال می شود و عملکردهای روزمره فرد همچون خوردن، خوابیدن و سلامتی فرد را تحت تأثیر قرار می دهد (۵).

نگرانی یک بخش طبیعی از زندگی افراد است، می تواند تبدیل به مشکل شده و تداخل قابل ملاحظه ای در کارکرد افراد ایجاد کند (۶). نگرانی یک پدیده شناختی طبیعی است که همه افراد آن را در موقعیت های خاصی از زندگی تجربه می کنند. شواهد فراوانی دال بر اینکه افراد عادی نیز نگران می شوند وجود دارد. البته شدت، فراوانی و قابلیت کنترل این پدیده در افراد طبیعی با افراد مبتلا به یک اختلال خاص متفاوت است (۷). افرادی که افسردگی را تجربه می کنند احتمالاً جزو کسانی هستند که در مورد خیلی از رویدادهای زندگی، بیش از حد طبیعی نگران می شوند. نگرانی به دو دسته تقسیم می شود: نگرانی بهنجار و نگرانی آسیب شناختی. نگرانی آسیب شناختی بر مبنای فراوانی، شدت و مدت نگرانی، توانایی در کنترل آن و تداخل در کارکرد افراد، از نگرانی بهنجار متمایز می شود (۸). به بیان دیگر، هنگامی نگرانی جنبه آسیب شناختی به خود می گیرد که مزمن، افراطی و کنترل ناپذیر باشد و به از بین رفتن لذت زندگی فرد، منجر شود (۹).

یکی از متغیرهایی که می تواند با افسردگی و نگرانی در ارتباط باشد، نشخوار فکری است. نشخوار فکری را به عنوان وقوع افکار مزاحم، آگاهانه و نفرت انگیز، تعریف کرده اند. این افکار، ناخواسته بوده و در عملکرد طبیعی فرد مداخله می کند. محتویات این افکار مزاحم، هر چیز منفی می تواند باشد؛ مثل از دست دادن یک دوست، عمل جراحی در آینده نزدیک، شکست در امتحان و مانند آنها (۱۰). نشخوار فکری به عنوان نوعی از افکار برگشتی است که معمولاً به طور طولانی مدتی دوام می آورد. با این حال، شواهدی وجود دارد که نشان می دهد فرونشانی افکار می تواند دارای نتایج متناقضی باشد (۱۱). در حالتهای افسردگی ضعیف یا شدید، فرد به نشخوار فکری درباره موضوعات منفی می پردازد (۱۲). نشخوار فکری مؤلفه ای است که در اختلالات افسردگی نقش بسزایی ایفا می کند و منجر به تداوم و تشدید علائم اختلال و زمینه ساز بروز سایر اختلالات روانی می شود. نشخوار فکری، یک عادت بد ذهنی است که موجب تمرکز فرد بر مشکلات و بروز علائم پریشانی می شود و این حالت، احساسات منفی را تشدید می کند (۱۳).

آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به افسردگی مراجعه کننده به مراکز روان پزشکی شهر تبریز در سال ۱۳۹۹ بودند که توسط روانپزشک تشخیص افسردگی دریافت کرده بودند. پس از تکمیل پرسشنامه نگرانی، نشخوار فکری و افسردگی از بین افرادی که نمره آنان یک انحراف استاندارد از میانگین متفاوت بود ۳۰ نفر انتخاب شد و سپس از این افراد ثبت الکتروانسفالوگرافی کمی بعمل آمد و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (در هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. سپس به ۱۵ نفر درمان شناختی رفتاری آموزش داده شد و برای ۱۵ نفر گروه کنترل هیچ مداخله ای صورت نگرفت (لازم به ذکر است برای رعایت اصول اخلاقی بعد از اتمام دوره برای گروه کنترل نیز مداخله اعمال شد). ملاک های ورود عبارت بودند از عدم ابتلا به اختلالات روان پزشکی همبود و عدم حضور همزمان در کلاس های آموزشی روانشناختی دیگر به صورت همزمان. ملاک خروج نیز عدم رضایت آزمودنی برای شرکت در پژوهش و غیبت بیش از ۳ جلسه در جلسات درمانی بود.

تفکر، احساس و رفتار پایه ریزی شده است. بک معتقد است که درمانگران می توانند مردم را در بازسازی افکار در راه مقابله بهتر با فشار روانی یاری نمایند (۲۱). در واقع در این رویکرد درمانی، بیمار تشویق می شود تا رابطه میان افکار خودآیند منفی و احساس افسردگی خود را به عنوان فرضیه هایی که باید به بوته آزمایش گذاشته شود تلقی نموده و از رفتارهایی که برآیند افکار خودآیند منفی است، به عنوان محکی برای ارزیابی اعتبار یا درستی آن افکار بهره گیرد (۲۲).

نتایج پژوهش ها نشان دهنده اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر افسردگی (۲۳)، نشخوار فکری (۲۴) و نگرانی (۲۵) است. با توجه به مطالب عنوان شده، پژوهشگر در این پژوهش به دنبال پاسخگویی به این سؤال است که آیا برنامه درمان شناختی- رفتاری بر نگرانی و نشخوار فکری و پردازش های عصب شناسی بیماران افسرده اثربخش است؟

روش کار

طرح این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه طرح پژوهش، از نوع مطالعه آزمایشی پیش آزمون- پس



نمودار ۱: نمودار CONSORT

همچنين نقطه برش اين پرسشنامه براي بررسي نشانگان افسردگي بين ۱۹ تا ۲۹ مي باشد (۲). ماده ها نشانه هاي اصلي افسردگي شامل احساس غمگيني، بدبيني، شکست هاي گذشته، فقدان لذت، احساس گناه، احساس مربوط به مجازات، بيزاري از خويشتن، عيب جويي از خويشتن، فکر خودکشي يا ميل به خودکشي، گريه، برانگيختگي، بي-علاقگي، بلا تکليفي، احساس بي ارزشي، کم تواني، تغيير در الگوي خواب، تحريك پذيري، تغيير در اشتها، اشکال در تمرکز، خستگي و احساس ناتواني و بي علاقگي به امور جنسي را مي سنجد (۵). پايابي بازآزمائي پرسشنامه از ۰/۴۸ تا ۰/۸۶ گزارش گرديده است (۳). اعتبار آزمون از طريق همساني دروني ۰/۷۸ و از طريق بازآزمائي ۰/۷۳ به دست آمده است (۲۸).

الکتروانسفالوگرافي کمي (QEEG): امواج مغزي با استفاده از دستگاه ثبت الکتروانسفالوگراف يا همان EEG با ۶۴ کانال و سيستم آمپلي فاير Nihon Kohden ثبت گرديد. الکترودهاي مورد استفاده براي ثبت فعاليت ها به ترتيب شامل Pz, T6, T5, T4, T3, FT10, FT9, Fz, F8, F7, F4, P3, P4, O2, O1, Cz, F3, Fp2, Fp1, O2, O1, Cz, P4, P3 الکترودهاي مرجع A1 و A2 نيز به گوش ها متصل بودند. الکترودها با استفاده از کلاه مخصوص بر اساس سيستم بين المللي ۱۰/۲۰ بر روي سر جاگذاري شدند. ثبت امواج با استفاده از sampling rate حدود ۲۵۰ هرتز و با دامنه فرکانسي ۰/۱ الی ۴۰ هرتز صورت گرفت (۱۷). فعاليت مغزي هر يك از آزمودني ها، به مدت ۲۰ دقيقه با چشمان باز و در حالت آرامش و در وضعيت نشسته ثبت گرديد. پس از ثبت امواج، اطلاعات حاصل جهت تحليل کمي با استفاده از نرم افزار Neuroguid و با استفاده از سيستم تبديل فوريه FFT به داده هاي کمي تبديل شدند. ابتدا آرتيفکت هاي امواج ثبت شده بر اساس قضاوت ديداري تا حد امکان حذف گرديده و تلاش شد تراسه اي ۱۰ دقيقه اي امواج عاري از آرتيفکت جهت تحليل در اختيار باشد. در نهايت بر اساس تحليل صورت گرفته با استفاده از نرم افزار Neuro Guid، و با توجه به پيشينه پژوهشي فرکانس آلفا براي الکتروود F3 و F4 محاسبه گرديد (۱۴).

مداخله مبتني بر درمان شناختي- رفتاري طبق پروتکل بک (۱۹۸۸) به مدت ۸ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقيقه انجام شد (۲۹).

جهت جمع آوري داده ها از ابزارهاي ذيل استفاده گرديد: پرسشنامه نگراني ايالت پنسیلوانيا: اين مقياس که در سال ۱۹۹۰ توسط مير و همکاران تهيه شده، اغلب براي اندازه گيري نگراني پاتولوژيک، در هر دو جمعيت باليني و غير باليني استفاده مي شود. اين پرسشنامه ۱۶ آيتم دارد که نگراني شديد، مفرط و غير قابل کنترل را اندازه گيري مي کند (۸). هر گويه بر اساس یک مقياس ۵ درجه اي ليکرتي از ۱ (اصلاً در مورد من صدق نمي کند) تا ۵ (کاملاً در مورد من صدق مي کند) نمره گذاري مي شود. نمره گذاري گويه هاي ۱، ۳، ۸، ۱۰ و ۱۱ در اين مقياس به صورت معکوس است و دامنه نمرات براي هر آزمودني از ۱۶ تا ۸۰ متغير است، ضمن اينکه نقطه برش اين پرسشنامه ۴۰ و انحراف استاندارد آن ۵ مي باشد (۹). در مطالعه اي ضريب آلفاي کرونباخ ۰/۸۸ و ضريب بازآزمائي آن ۰/۷۹ براي اين پرسشنامه برآورد گرديد (۷).

پرسشنامه نشخوار فکري: اين مقياس خود گزارشي توسط نولن- هوکسيما و مورو (۲۶) ساخته شده است، داراي ۲۲ سوال ۴ گزينه اي ليکرتي است که براي دستيابي به نشخوار فکري طراحي شده است و نقطه برش آن ۴۴ با انحراف استاندارد ۴ مي باشد (۱۲). اين مقياس نشان مي دهد که وقتي آزمودني افسرده مي شود چقدر در هر فکر يا رفتار نشخواري درگير مي شود. اين مقياس پايابي دروني ۰/۸۹ و پايابي بازآزمائي پنج ماهه مطلوبي را نشان داده است (۲۶). در نسخه فارسي آن پايابي دروني با استفاده از آلفاي کرونباخ ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ گزارش شده که نشان مي دهد اين مقياس از پايابي دروني مطلوبي برخوردار است. همبستگي درون طبقه اي آن نيز ۰/۷۵ به دست آمده است (۲۷).

پرسشنامه افسردگي بک: اين پرسشنامه توسط آرون تي. بک ساخته شد (۲). پرسشنامه ۲۱ ماده دارد که به صورت صفر (نشانه سلامت روان) تا سه (نشانه حاد و عميق بودن افسردگي) نمره گذاري مي شود. به عبارت ديگر در برابر هر يك از ماده ها که مشخص کننده يکي از علائم افسردگي است چهار جمله وجود دارد که از خفيف ترين تا شديدترين حالت افسردگي مرتب شده است. دامنه نمره کل بين صفر تا ۶۳ است. نمره ۰ تا ۹ نشانگر فقدان افسردگي، ۱۰ تا ۱۸ افسردگي خفيف، ۱۹ تا ۲۹ افسردگي متوسط تا شديد و ۳۰ تا ۶۳ بيانگر افسردگي شديد است (۴).

جلسه	شرح جلسات
جلسه اول	معارفه و آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، مطرح کردن قوانین گروهی، آشنایی اعضای گروه با ماهیت اختلال شان و نقش عوامل روانشناختی در بروز و تشدید علائم، معرفی رویکرد درمان شناختی- رفتاری، بررسی انتظارات اعضا از شرکت در گروه و آموزش تکنیک تن آرامی (در تمام جلسات درمانی آموزش تن آرامی انجام شد).
جلسه دوم	آموزش الگوی شناختی به بیماران، معرفی افکار خودآیند، ارائه برگه های ثبت افکار ناکارآمد.
جلسه سوم	شناسایی افکار برانگیزاننده علائم بیماری و احساسات ناخوشایند، بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجانات و کمک به حل آن.
جلسه چهارم	چالش با افکار و باورهای غیر منطقی، معرفی چالش به عنوان راهکارهایی برای به مبارزه طلبیدن افکار و باورهای غیرمنطقی و در نهایت تغییر دادن آنها.
جلسه پنجم	چالش عملی با افکار و باورهای غیرمنطقی که اعضای گروه در طول هفته یادداشت کرده اند، تحلیل سود و زیان و پرسشگری سقراطی افکاری که احساسات ناخوشایند را به وجود می آورند.
جلسه ششم	آموزش شیوه حل مسئله، آموزش ابراز وجود و آموزش برنامه ریزی فعالیتهای، بحث راجع به شیوه حل مسئله به عنوان روشی جهت مقابله با نگرانی.
جلسه هفتم	آموزش سه سبک رفتاری منفعلانه، جرأت ورزانه و پرخاشگرانه در موقعیتهای ارتباطی برای تقویت ابراز وجود و آموزش تنظیم وقت و برنامه ریزی جهت انجام فعالیتهای.
جلسه هشتم	خلاصه کردن و جمع بندی مطالب هفت جلسه گذشته، معرفی چند کتاب به منظور آشنایی بیشتر با شناخت درمانی، توجه دادن بیماران به باورهای بینابینی و فرض های زیربنایی، گرفتن بازخورد از بیماران نسبت به جلسات درمانی.

۳۱ تا ۳۵ ساله و ۲ نفر (۱۳/۳۳) درصد ۳۶ ساله و بالاتر بود. همچنین میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش به ترتیب ۳۵/۷۱ و ۳/۲۳ بود. مقایسه آماره های جمعیت شناختی نشان می دهد که میزان آماره آزمون t به دست آمده حاصل از مقایسه میانگین ۲ گروه در متغیر سن برابر با ۱/۰۶ می باشد که این مقدار از نظر آماری معنادار نمی باشد. همچنین در گروه آزمایش ۲ نفر (۱۳/۵۳) درصد دیپلم، ۱۰ نفر (۶۶/۷) لیسانس و ۲ نفر (۱۳/۳) فوق لیسانس و ۱ نفر (۶/۷) درصد دکترا بودند. در گروه کنترل نیز ۲ نفر (۱۳/۳) درصد دیپلم، ۹ نفر (۶۰) درصد لیسانس، ۳ نفر (۲۰) درصد فوق لیسانس و ۱ نفر (۶/۷) درصد دکترا بودند. مقدار مجذور خی به دست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های ۲ گروه در متغیر تحصیلات برابر با ۰/۴۹ می باشد که این مقدار از نظر آماری معنادار نمی باشد که نشان دهنده همتا بودن دو گروه از نظر تحصیلات می باشد. در گروه آزمایش ۱۱ نفر (۷۳/۳۳) درصد متاهل و ۴ نفر (۲۶/۶۷) درصد مجرد بودند. در گروه کنترل ۱۰ نفر (۶۷/۶۷) درصد متاهل و ۵ نفر (۳۳/۳۳) مجرد بودند که میزان آماره خی دو به دست آمده حاصل از مقایسه فراوانی های ۲ گروه در وضعیت تاهل ۰/۲۵ می باشد که از نظر آماری معنادار نمی باشد و نشان دهنده همتا بودن دو گروه از نظر وضعیت تاهل می باشد.

در این پژوهش مداخلات شناختی رفتاری توسط متخصص روانشناسی مشاوره در مرکز مشاوره ولیعصر تبریز اجرا شد ولی سنجش و تفسیر نقشه مغزی توسط متخصص علوم اعصاب در مرکز مشاوره ولیعصر تبریز در سال ۱۳۹۹ اجرا شد. طول دوره مداخله ۲ ماه بود که جلسات مداخله به صورت هفتگی و هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه ای بود. در این پژوهش از روش های آمار توصیفی و استنباطی استفاده شد. در بخش آمار توصیفی، از میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی، از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره با توجه به مفروضه های این روش، استفاده شد.

یافته ها

داده های بدست آمده از اجرای طرح پژوهشی و متناسب با فرضیه های مورد مطالعه، از دو منظر مورد تحلیل قرار گرفت. برای توصیف متغیرهای مورد مطالعه، از شاخص های مرکزی (میانگین) و پراکندگی (انحراف معیار) استفاده شد که در جدول ذیل ارائه شده است:

نتایج جمعیت شناختی نشان داد که در گروه آزمایش ۵ نفر (۳۳/۳۳) درصد ۲۰ تا ۳۰ ساله، ۹ نفر (۶۰) ۳۱ تا ۳۵ ساله و ۱ نفر (۶/۶۷) درصد ۳۶ ساله و بالاتر بود. در گروه کنترل ۶ نفر (۴۰) درصد ۲۰ تا ۳۰ ساله، ۷ نفر (۴۶/۶۷) درصد

مهدي آقاپور و فرزانه مير فتاح زاده

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نگرانی، نشخوار فکری، پردازش عصب شناسی و افسردگی در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در گروه آزمایشی و کنترل

متغیرها	پیش آزمون			پس آزمون		
	گروه آزمایشی	گروه کنترل	متغیرها	گروه آزمایشی	گروه کنترل	متغیرها
	آماره	انحراف معیار	میانگین	آماره	انحراف معیار	میانگین
نگرانی	۰/۵۲	۴/۱۳	۳۹/۲۴	۰/۳۷	۵/۷۵	۳۱/۷۸
نشخوار فکری	۰/۲۳	۵/۲۸	۴۲/۷۵	۰/۶۳	۷/۴۵	۳۴/۶۵
آلفا F3	۰/۷۴	۱/۸۷	۶/۹۶	۰/۵۵	۱/۳۵	۸/۰۱
آلفا F4	۰/۸۲	۱/۱۲	۸/۱۲	۰/۳۱	۱/۵۲	۵/۲۵
افسردگی	۰/۴۵	۲/۱۹	۳۷/۳۵	۰/۲۱	۵/۳۷	۲۱/۳۷

مندرجات جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد، بر همین مبنا و برای اینکه مشخص شود که آیا این تفاوت از نظر آماری معنادار است یا خیر از تحلیل کوواریانس چند

متغیره استفاده شد. همچنین برای استفاده از تحلیل کوواریانس باید پیش فرض های همگنی ماتریس کوواریانس، همگنی واریانس ها، همگنی شیب رگرسیون برقرار باشد.

جدول ۲. آزمون ام باکس برای پیش فرض همگنی ماتریس کوواریانس در متغیرهای وابسته

متغیر	M باکس	df.1	df.2	F	Sig
متغیر وابسته	۲۴/۱۹	۱۰	۲۸۷۴/۵۴	۱/۶۵	۰/۸۴

از آزمون ام باکس برای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس استفاده شد که نتایج نشان می دهد کوواریانس در دو

گروه برابر هستند. چرا که مقادیر F محاسبه شده در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی دار نیست.

جدول ۳. نتایج آزمون لون برای همگنی واریانس ها در متغیرهای وابسته

متغیر	آماره	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
نگرانی	۱/۲۱	۱	۲۸	۰/۸۷
نشخوار فکری	۱/۴۸	۱	۲۸	۰/۲۳
آلفا F3	۳/۶۸	۱	۲۸	۰/۲۷
آلفا F4	۲/۱۳	۱	۲۸	۰/۱۴
افسردگی	۱/۵۷	۱	۲۸	۰/۶۵

از آزمون لون جهت بررسی مفروضه یکسانی واریانس ها استفاده شد که نتایج نشان داد شرط همگنی واریانس نمرات در متغیرهای نگرانی، نشخوار فکری، آلفای مغزی و

افسردگی برقرار است. چرا که مقادیر F محاسبه شده در سطح $P < ۰/۰۵$ معنی دار نیست.

جدول ۴. پیش فرض همگنی شیب رگرسیون در متغیرهای وابسته

متغیر	ضریب F	P
نگرانی	۱/۶۷	۰/۴۱
نشخوار فکری	۱/۱۹	۰/۹۶
آلفا F3	۱/۴۱	۰/۴۷
آلفا F4	۱/۳۶	۰/۳۵
افسردگی	۱/۸۷	۰/۹۶

فرض های تحلیل کوواریانس چند متغیره محقق شده است، لذا می توان جهت تحلیل داده ها از این روش استفاده نمود که نتایج در جدول ۵ ارائه شده است.

نتیجه بررسی یکسانی شیب رگرسیون نشان داد که F محاسبه شده در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. بنابراین یکسانی شیب رگرسیون در متغیرهای نگرانی، نشخوار فکری، موج آلفا و افسردگی هم برقرار است. با توجه به اینکه پیش

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره گروه های آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون متغیرهای وابسته

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	ضریب P
اثر پیلاپی	۰/۵۷۵	۴	۲۱	۱۹۷/۱۴	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۶۷	۴	۲۱	۱۹۷/۱۴	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ	۷۴/۴۱	۴	۲۱	۱۹۷/۱۴	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه ری	۷۴/۴۱	۴	۲۱	۱۹۷/۱۴	۰/۰۰۱

مبتنی بر این یافته ها، درمان شناختی- رفتاری روی هم رفته حداقل بر روی یکی از متغیرهای وابسته در گروه آزمایشی، تاثیر معناداری داشته است.

یافته های موجود در جدول ۵ تحلیل کوواریانس چندمتغیره را روی نمرات نگرانی، نشخوار فکری، آلفای مغزی و افسردگی گروه های آزمایشی و کنترل نشان می دهد.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت مقایسه گروه های آزمایشی و کنترل در متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
نگرانی	۳۴/۸۵	۱	۳۴/۸۵	۲۱/۱۴	۰/۰۰۱
نشخوار فکری	۹۵/۴۱	۱	۹۵/۴۱	۲۴/۷۴	۰/۰۰۱
آلفای F3	۷۴/۹۵	۱	۷۴/۹۵	۶۷/۲۱	۰/۰۰۱
آلفای F4	۵۸/۱۳	۱	۵۸/۱۳	۴۱/۱۹	۰/۰۰۱
افسردگی	۹۷/۱۲	۱	۹۷/۱۲	۶۵/۱۱	۰/۰۰۱

(۲۵) در مطالعه خود نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش نگرانی و اضطراب می شود. به منظور تبیین این یافته اشاره به این نکته ضروری به نظر میرسد، که در درمان شناختی - رفتاری، تغییر محتوای تفکر ناکارآمد موثرترین شیوه برای تغییر و اصلاح هیجانها و نگرانی در افراد افسرده است. بنابراین، طی درمان شناختی - رفتاری، افراد افسرده، از تأثیر شناختها بر هیجانات و رفتارهای خویش، آگاه میشوند و میآموزند که افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی رایج خود را شناسایی کنند و افکار کارآمدتری را جایگزین آنها سازند. در ادامه، آموزش آرامسازی روانی باعث می شود که بیماران آثار فیزیولوژیکی مخالف نگرانی را تجربه کنند (۲۰). در نهایت، با استفاده از روش پیکان رو پایین، باورهای بنیادی منفی آغازگر نگرانی را شناسایی مینمایند و از طریق بررسی تجربی آنها، تحلیل باورهای منفی، یادداشت کردن باورهای مخالف آنان و تفسیر مثبت افکار نگران برانگیز خویش را به شیوه جدیدی (نظیر برخورد متفاوت با مسئله و حل مشکل بدون

با توجه به مندرجات جدول فوق درمان شناختی- رفتاری تاثیر معنی داری روی نگرانی، نشخوار فکری، امواج مغزی و افسردگی دارد. بنابراین می توان گفت که درمان شناختی- رفتاری، نگرانی، نشخوار فکری، افسردگی و آلفای F4 را کاهش داده و آلفای F3 را افزایش داده است که در سطح $P < 0/01$ معنی دار می باشد.

بحث

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش نگرانی در زنان افسرده می شود که با یافته های نتایج پژوهش های (۲۳)، نشخوار فکری (۲۴) و نگرانی (۲۵) همسو می باشد. نورث و همکاران (۲۳) در مطالعه خود نشان دادند که درمان شناختی رفتاری باعث ارتقای سرسختی و تاب آوری و همچنین بهبود فاکتورهای عصب شناختی می شود. جورمن و همکاران (۲۴) نیز نشان دادند که درمان شناختی- رفتاری باعث کاهش هیجان های منفی و نشخوار فکری می شود. همچنین جمشیدزهی و همکاران

گیرد. بنابراین، یکی از تکنیک های رفتاری موثری که به تبیین تاثیر درمان کمک میکند، انجام تمرینات آرام سازی روانی با بروز نشانه های فیزیولوژیکی افسردگی است، که با کاهش نشخوارهای فکری، منجر به کاهش افسردگی می گردد (۲۴).

نتیجه گیری

درمان شناختی - رفتاری با استفاده از تکنیکهای رفتاری نظیر آموزش بازبینی فعالیت، به ساختار بخشیدن به فعالیت های روزانه افراد افسرده کمک میکند و با تشویق آنها به انجام فعالیتهای لذتبخش و برنامه ریزی فعالیت، منجر به افزایش موفقیت های روزمره میگردد. علاوه بر این، بهره گیری از سایر تکنیکهای رفتاری نظیر تمرینات آرام سازی روانی منجر به تنش زدایی و کاهش نشخوار فکری در افراد افسرده می گردد. آزمایش های رفتاری نیز اغلب پاسخ های رفتاری به نشانه های افسردگی، نوع تعامل با کارکنان بهداشتی و رفتارهایی که برای اجتناب از نشخوار انجام می شوند، را هدف قرار می دهند، که در نهایت منجر به کاهش نشخوار فکری افراد افسرده می گردد.

از محدودیت های این پژوهش می توان به روش نمونه گیری و استفاده از ابزار خودگزارش دهی جهت سنجش نگرانی و نشخوار فکری اشاره کرد. پیشنهاد می گردد که کلینیک های روان پزشکی و مراکز مشاوره از درمان شناختی - رفتاری به عنوان مداخله ای موثر جهت کاهش افسردگی استفاده نمایند.

سیاسگزارى

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری نمودند صمیمانه تشکر قدردانی بعمل می آید. در این مطالعه، نکات اخلاقی طبق پروتکل های اخلاقی رعایت و کد اخلاق IR.IAU.TABRIZ.REC.1399.194 انجام شد.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

توسل به نگرانی)، پاسخ میدهند و این مسئله منجر به کاهش کاهش نگرانی در افراد افسرده می گردد (۲۳).

همچنین، با شکل گیری تحریفات شناختی و افکار خودآیندی منفی نسبت به افسردگی، نگرانی کاهش یافته بیماران، بیش از پیش، آسیب میبیند. در این راستا، آموزش مولفه های شناختی به بیماران، منجر به ارزیابی و مفهوم سازی شناختی مجدد از سوی آنها می شود. چنانکه، آموزش حل مسئله، مشکل گشایی برنامه ریزی شده را در بیماران تقویت می نماید و آنها با آشنایی و شناسایی افکار خودآیند منفی، نسبت به باورهای ناکارآمد آگاه می شوند و مسئولیت زندگی خویش را به عهده می گیرند (۱۸). در ادامه از طریق ارزیابی افکار خودآیند و آموزش پاسخدهی به افکار خودآیند با استفاده از برگه ثبت افکار ناکارآمد، افکار کارآمدتری را جایگزین می سازند. شناسایی و اصلاح باورهای میانی نیز با استفاده از تکنیک پرسشگری سقراطی، ارزیابی مزایا و معایب یک باور و مفهوم سازی شناختی مجدد منجر به آگاهی یافتن از ریشه مشکلات و نحوه رشد آنها می گردد. در نهایت، از طریق اصلاح باورهای بنیادی با استفاده از کاربرد باور بنیادی و تکنیک بررسی شواهد موافق و مخالف و پیکان رو به پایین، میزان نگرانی افراد افسرده کاهش مییابد (۳۰).

این یافته با در نظر گرفتن نقش عوامل شناختی (افکار خودآیند، باورهای میانی و باورهای بنیادی و فرایندهای پردازش مختل شده) در آسیب شناسی افسردگی قابل تبیین است. به طوری که در درمان شناختی - رفتاری، سعی بر آن است، که افکار خودآیند ناکارآمد برانگیزاننده نشانه های افسردگی شناسایی شود، بیمار نسبت به نقش این افکار آگاه شود و افکار کارآمدتری را جایگزین آنها نماید که میزان نشخوار فکری بیمار کاهش پیدا کند (۲۱). همچنین، با توجه به اینکه افراد افسرده، آسیب پذیری بالایی نسبت به نشخوار فکری از خود نشان می دهند و آمادگی زیادی برای سوءتعبیر علائم فیزیولوژی بدن خود دارند، طی درمان شناختی رفتاری این آگاهی به بیماران داده می شود، که آنها نسبت به وضعیت سلامتی و سیر درمان بیماری، افکار فاجعه آمیزی و نادرستی دارند که باعث میشود، نوعی سوگیری منفی و گزینشی نسبت به سلامتی و سیر بهبودی در آنها شکل

References

1. Bao Y, Sun Y, Meng S, Shi J, Lu L. 2019 -nCoV epidemic: address mental health care to empower society. *The Lancet* 2020; 395(10224): 8-37. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
2. Duan L, Zhu G. Psychological interventions for people affected by the COVID -19 epidemic. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(4): 300 -2 [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30073-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30073-0)
3. Yüksel A, Bahadır -Yilmaz E. Relationship between depression, anxiety, cognitive distortions, and psychological well -being among nursing students. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2019;55(4):690 -6. <https://doi.org/10.1111/ppc.12404>
4. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019 -nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychi and clini neurosciences*. 2020; 74(4): 281. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
5. Kang L, Li Y, Hu S, Chen M, Yang C, Yang BX, et al. The mental health of medical workers in Wuhan, Chinadealing with the 2019 novel coronavirus. *The Lancet Psychiatry*. 2020; 7(3): e14. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30047-X)
6. Counted V. The circle of place spirituality (CoPS): towards an attachment and exploration motivational systems approach in the psychology of religion. *Research in the Social Scientific Study of Religion*. 2018; 28 (2):145 -74. https://doi.org/10.1163/9789004382640_009
7. Slamovic F, Silver EJ, Reznik M. Dourbanminority parents and children agree on asthma symptoms with exercise, worries, and confidence in disease management? *Acad Pediatr*. 2019; 19(6):624-30 <https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.05.007>
8. Brunton R, Gosper K, Dryer R. Psychometric evaluation of the pregnancy-related anxiety scale: Acceptance of pregnancy, avoidance, and worry about self-subcales. *J Affect Disord*. 2021; 278 (23):341-9 <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.064>
9. Clarke PJF, Sprlyan BF, Hirsch CR, Meeten F, Notebaert L. tDCS increases anxiety reactivity to intentional worry. *J Psychiatr Res*. 2020; 120 (19):34-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.10.013>
10. Shiah YJ, Chang F, Chiang SK, Lin IM, Tam WC. Religion and health: anxiety, religiosity, meaning of life and mental health. *Journal of Religion and Health*. 2015; 54(1):35 -45. <https://doi.org/10.1007/s10943-013-9781-3>
11. Schroder HS, Yalch MM, Dawood S, Callahan CP, Donnellan MB, Moser JS. Growth mindset of anxiety buffers the link between stressful life events and psychological distress and coping strategies. *Personality and Individual Differences*. 2017; 110 (34):23 -6. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.01.016>
12. Collins TW, Sherman KA. Associations between asthma-specific rumination, emotion regulation, psychological distress & asthma-quality of life. *Int J Behav Med*. 2016; 23(1):173-4
13. Scaini S, Palmieri S, Caselli G, Nobile M. Rumination thinking in childhood and adolescence: a brief review of candidate genes. *J Affect Disord* 2021. 280(1):197-202. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.008>
14. Jafari R, Bafandeh H. The Effectiveness of Cognitive Rehabilitation on the Improvement of Depression Symptoms and Brain Wave Pattern in Patients with Depression Disorder. *Community Health journal*. 2019; 13(3): 64-72
15. jafari R, bafandeh H. The Effectiveness of Cognitive Rehabilitation on Anxiety Reduction and Brainwave Pattern in Patients with Anxiety Disorder. *IJRN*. 2020; 7 (1) :66-74 <https://doi.org/10.29252/ijrn.7.1.66>
16. Shahsavar Y, Talaei A, Ghushuni M. Assessment of Changes in Brain Waves of Patients with Depression Under the Treatment of Transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) Using Event Related Potential (ERP). *Advances in Cognitive Sciences*. 2018; 20 (1) :100-114
17. Jafari R, Bayrami M. The effect of cognitive rehabilitation on symptoms and pattern of brain waves in obsessive-compulsive patients. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*. 2020; 8 (4):491-499
18. Tabibzadeh F, Sepehrian Azar F. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on resilience and mental rumination in patients with multiple sclerosis. *Midd East J Disabil Stud*. 2017 (11); 7: 45.
19. Bayrami M, Movahedi Y, Kazimi Razai SV, Esmaili S. The effect of mindfulness cognitive therapy on pathological worry and anxiety symptoms in students with generalized anxiety

- disorder Iran J Rehabil Res. 2015;2(5):79-90.
20. Ansari B, Tasbihsazan S, Khademi A, Rezaei M. Effectiveness of Metacognitive Therapy on Worry, Rumination and Asthma Control in Patients with Asthma. IJRN 2021; 7 (3) :20-29
 21. Castelnovo G, Pietrabissa G, Manzoni GM, Cattivelli R, Rossi A, Novelli M, et al. Cognitive behavioral therapy to aid weight loss in obese patients: current perspectives. Psychology research and behavior management. 2017; 10:165 -73 <https://doi.org/10.2147/PRBM.S113278>
 22. Wenzel A. Basic strategies of cognitive behavioral therapy. Psychiatric Clinics. 2017;40(4):597-609. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.07.001>
 23. Norte CE, Souza GG, Pedrozo AL, Mendonça-de-Souza AC, Figueira I, Volchan E. Impact of cognitive-behavior therapy on resilience-related neurobiological factors. Arch Clin Psychiatry São Paulo. 2011; 38(1):43-45. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832011000100009>
 24. Joormann J. Differential effects of rumination and dysphoria on the inhibition of irrelevant emotional material: Evidence from a negative priming task. Cogn Ther Res. 2006; 30(2):149-160. <https://doi.org/10.1007/s10608-006-9035-8>
 25. Jamshidzahi S. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy in reducing anxiety, panic attacks and panic attacks in patients with mitral valve prolapse. Journal of Shahid Sadoughi University of Yazd. 2016; 24 (4): 340-351.
 26. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. J Abnorm Psychol. 2000; 109(3):504-11. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
 27. Falsafi A, DashtBozorgi Z. The effect of mindfulness training on rumination, body image and sexual satisfaction in women with recurrent pregnancy loss. Iran J Rehabil Res. 2019; 5(3):47-54.
 28. Mostafaei S, Kabir K, Kazemnejad A, Feizi A, Mansourian M, Keshteli AH. Explanation of somatic symptoms by mental health and personality traits: Application of Bayesian regularized quantile regression in a large population study. BMC Psychiatry. 2019; 19(1):207-219. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2189-1>
 29. Beck A T, Steer R A, Carbin M G. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review. 1988; 8(1): 77-100. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
 30. Wagner B, Nagl M, Dölemeyer R, Klinitzke G, Steinig J, Hilbert A. Randomized controlled trial of an internet -based cognitive -behavioral treatment program for binge -eating disorder. Behavior Therapy. 2016;47(4):500 -14. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.01.006>