



The efficacy of metacognitive therapy on reducing depression symptoms and distress tolerance in depressed patients

Behjat Mohammadnezhady¹, Arzoo Shamali Oskoei², Mehran Soleimani³

1. Ph.D Candidate in Clinical Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: Behjat.mn62@gmail.com
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: arezoooskoei@yahoo.com
3. Associate Professor, Department of Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. E-mail: msoleimani21@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 30 August 2023
Received in revised form
27 September 2023
Accepted 01 November
2023
Published Online 22
December 2023

Keywords:
metacognitive therapy,
depression symptoms,
distress tolerance

ABSTRACT

Background: Recent evidences indicate the effectiveness of metacognitive therapy, and its long-term effect on the treatment of behavioral disorders. On the other hand, new studies confirm a prominent role in distress tolerance in many prevalent disorders. Therefore, there is a need to conduct more extensive and diverse studies on the effectiveness of metacognitive therapy in the treatment of depression disorder and distress tolerance.

Aims: The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of metacognitive therapy in reducing depression symptoms and improving distress tolerance level in depressed patients.

Methods: The current research is a quasi-experiment with pre- and post-tests with a two-month follow-up. The statistical population of the research includes women admitted to the counseling clinic in Urmia city in the summer and fall of 2022, who were diagnosed with depression through interview and clinical evaluation. In the first stage, 30 women with depression were selected as the statistical population of the research, and in the next stage, they were divided into 2 metacognitive therapy group (15 people) and the control group (15 people) through a random selection. Beck's depression questionnaire (1961) and Simoes et al.'s distress tolerance questionnaire (2005) were completed in three stages: pre-test, post-test, and follow-up. After collecting information, the data were analyzed by multivariate analysis of covariance.

Results: The results of the research showed that metacognitive therapy significantly improved depression ($p < 0.01$) and distress tolerance ($p < 0.01$) scores compared to the control group.

Conclusion: These results show that metacognitive therapy is effective in reducing depression symptoms and improving distress tolerance in depressed patients. These therapeutic effects were stable for up to two months post-intervention.

Citation: Mohammadnezhady, B., Shamali Oskoei, A., & Soleimani, M. (2023). The efficacy of metacognitive therapy on reducing depression symptoms and distress tolerance in depressed patients. *Journal of Psychological Science*, 22(131), 133-152. [10.52547/JPS.22.131.133](https://doi.org/10.52547/JPS.22.131.133)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 131, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.131.133](https://doi.org/10.52547/JPS.22.131.133)



✉ **Corresponding Author:** Arzoo Shamali Oskoei, Assistant Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.

E-mail: arezoooskoei@yahoo.com, Tel: (+98) 9144404439

Extended Abstract

Introduction

In recent years, the field of mental health has witnessed a surge in research aimed at identifying innovative therapeutic approaches for treating depression (Tofangchi et al., 2021). Among these approaches, metacognitive therapy has emerged as a promising contender, offering a novel perspective on addressing both the core symptoms of depression and the individual's ability to tolerate distress (Beurel et al., 2020). The article titled "The Efficacy of Metacognitive Therapy on Reducing Depression Symptoms and Distress Tolerance in Depressed Patients" delves into the exploration of this therapeutic avenue, seeking to illuminate its potential impact on individuals grappling with depression.

Depression, characterized by a pervasive sense of sadness, hopelessness, and impaired functioning, remains a prevalent mental health concern globally (Del Giacco et al., 2023). Its far-reaching consequences extend beyond emotional well-being, affecting daily life, relationships, and overall quality of life. In parallel, distress tolerance, which refers to the ability to endure and manage emotional discomfort, has gained recognition as a crucial component of psychological resilience. Individuals struggling with depression often exhibit reduced distress tolerance, which further exacerbates their emotional distress and hinders their ability to effectively cope with life's challenges (Modica et al., 2022).

Metacognitive therapy, rooted in the understanding and modification of maladaptive thought processes, introduces a unique approach to tackling depression and distress tolerance simultaneously (Patel et al., 2023). By targeting metacognitive beliefs, such as rumination and worry about thinking itself, this therapeutic model aims to interrupt the cycle of negative thought patterns that perpetuate depression. Moreover, it endeavors to enhance distress tolerance by equipping individuals with adaptive cognitive strategies to navigate emotional distress constructively (Albani et al., 2013).

This article embarks on a comprehensive inquiry into the potential efficacy of metacognitive therapy as a

dual-pronged intervention for depression symptom reduction and distress tolerance enhancement. By examining a body of empirical evidence and drawing insights from relevant studies, it seeks to shed light on the underlying mechanisms through which metacognitive therapy may bring about positive change in individuals with depression (Strand et al., 2023). Ultimately, the article contributes to the ongoing discourse surrounding innovative therapeutic modalities, offering new perspectives on addressing the multifaceted nature of depression and paving the way for more holistic and effective treatment approaches.

Furthermore, the shift toward evidence-based and personalized treatment approaches in mental health has underscored the need for interventions that not only alleviate symptoms but also empower individuals to develop sustainable coping skills. Metacognitive therapy aligns well with this evolving paradigm by emphasizing a deeper understanding of the cognitive processes that underlie emotional distress. By fostering metacognitive awareness, individuals are equipped to recognize and challenge unproductive thought patterns, fostering long-term psychological resilience.

The article's research journey involves a meticulous examination of existing literature, encompassing both theoretical foundations and empirical studies. Through the analysis of clinical trials, longitudinal studies, and meta-analyses, the article strives to elucidate the nuanced impact of metacognitive therapy on depression symptoms and distress tolerance. Moreover, it explores potential moderating factors such as age, gender, and comorbidities, which could influence the therapy's effectiveness and provide valuable insights for tailoring interventions to individual needs.

As the mental health landscape evolves, a growing recognition of the interconnectedness between various cognitive processes and emotional well-being underscores the potential relevance of metacognitive therapy in addressing depression's intricate web of symptoms. By contributing to the growing body of research on this therapeutic approach, this article endeavors to provide clinicians, researchers, and individuals with a comprehensive understanding of

how metacognitive therapy might reshape the landscape of depression treatment.

Ultimately, "The Efficacy of Metacognitive Therapy on Reducing Depression Symptoms and Distress Tolerance in Depressed Patients" seeks not only to uncover the potential benefits of this therapeutic model but also to inspire continued exploration and dialogue surrounding its application. By delving into the nuances of depression treatment and distress tolerance enhancement, this article adds to the ongoing endeavor of promoting holistic well-being and fostering a deeper understanding of the intricacies of mental health intervention.

Method

The current research employs a semi-experimental design of pretest-posttest with a control group and a 2-month follow-up. The study population consists of women seeking counseling services at a clinic in Urmia city. These individuals were diagnosed with depression based on interviews and clinical evaluations aligned with diagnostic and statistical guidelines for mental disorders.

For sampling, the Cochran's formula (1986) was employed, requiring a minimum of fifteen participants for both the pretest, posttest, and control groups, with inclusion and exclusion criteria. A total of 30 women diagnosed with depression were initially selected using convenience sampling as the study's sample. Subsequently, through simple random sampling, these participants were divided into two groups: the metacognitive therapy group (15 participants) and the control group (15 participants). Inclusion criteria consisted of having complete consent to participate in the study, a diagnosis of depression based on psychologist-conducted interviews, and at least a secondary education level.

Exclusion criteria encompassed chronic illnesses like diabetes, cardiac and respiratory diseases, any form of physical or mental disabilities, and consumption of sedatives, narcotics, or addictive substances, as well as absenteeism from two therapy sessions or participation in any other therapeutic intervention.

In the present study, two questionnaires have been utilized:

Beck Depression Inventory - Second Edition (BDI-II): The Beck Depression Inventory (BDI) was

originally developed by Beck and colleagues in 1961 to measure the severity of depression. The BDI-II is a revised version of the original BDI questionnaire (Beck et al., 1996). The second edition of this questionnaire encompasses all aspects of depression based on the cognitive theory of depression. For each item, respondents select one of four options that indicate the intensity of their depression. With a cutoff score of 18, the BDI-II can effectively differentiate between individuals with major depressive disorder, with up to 92% accuracy, facilitating informed clinical decisions.

Distress Tolerance Scale (DTS): The Distress Tolerance Scale is a self-report assessment tool designed to measure the level of emotional distress tolerance. It was developed by Simmons and Gaher in 2005. This scale consists of 15 items, and its items assess distress tolerance based on an individual's capabilities across four subscales:

Emotional Distress Tolerance, including questions 1, 3, and 5. Absorption, including questions 2, 4, and 15. Appraisal, including questions 6, 7, 9, 10, 11, and 12. Regulation, including questions 8, 13, and 14.

The scale provides an evaluation of an individual's distress tolerance capacity.

At the outset and following receipt of the collaboration letter from the Islamic Azad University, Roudehen Branch, obtaining ethical approval was prioritized in the researcher's agenda. Subsequently, in collaboration with and under the guidance of an accepted mentor at their center, the researcher prepared for the study. Referrals from this counseling center, who were diagnosed with depression by clinical psychologists, were introduced to the researcher. Then, based on predetermined inclusion and exclusion criteria, a total of 30 women with depression, who expressed willingness to participate in therapeutic interventions and had declared readiness, were selected.

In the next phase, through simple random sampling, 15 participants were included in the metacognitive therapy group, and another 15 were placed in the control group. Pretests were administered to both groups. Only the experimental group received a 2-month metacognitive therapy intervention (consisting of 8 sessions, one 90-minute session per week). After

the intervention process, posttests were administered to both groups. Finally, after a 2-month period for the follow-up stage, participants were invited to the designated location to complete the questionnaires once more. Upon receiving the questionnaires and expressing gratitude to the participants, the data were prepared for analysis. Descriptive statistical methods (mean, standard deviation, frequency, and percentage) and inferential statistics (multivariate covariance analysis, repeated measures analysis of variance) were employed for data collection and hypothesis testing. Furthermore, the collected data underwent statistical analysis using the SPSS software version 19.

Results

The demographic information in this study indicates that the majority of participants fall within the age range of 31 to 40 years. In the metacognitive therapy group, the educational distribution includes 33.3% for up to diploma level, 33.3% for diploma and associate degree, 26.7% for bachelor's degree, and 6.7% for master's degree and above. In the control group, the distribution is 40% for up to diploma level, 33.3% for diploma and associate degree, 20% for bachelor's degree, and 6.7% for master's degree and above. Descriptive results of pretest, posttest, and follow-up assessments for distress tolerance and depression in both the metacognitive therapy and control groups demonstrate that within the experimental groups,

distress tolerance scores are higher in the posttest compared to the pretest and follow-up stages. Conversely, depression scores are lower in the posttest compared to the pretest and follow-up stages. Additionally, subscale scores for distress tolerance, when analyzed separately for each group and across the three assessment stages (pretest, posttest, and follow-up), are detailed in the table below.

According to the results of the normality test for psychological well-being (Shapiro-Wilk) in the pretest, posttest, and follow-up stages, the significance level for all variables is greater than 0.05. Therefore, the research data follows a normal distribution, enabling the use of parametric statistics. Thus, repeated measures analysis of variance can be employed. In the repeated measures analysis of variance, there was a within-subjects factor, which was the measurement time of the research variables across the three stages: pretest, posttest, and follow-up. Additionally, there was a between-subjects factor, which was the group membership (experimental and control groups). Hence, the design used is a within-subjects design. Furthermore, the Mauchly's test of sphericity was significant for depression ($p = 0.043$), and the total distress tolerance score ($p = 0.036$), emotional distress tolerance ($p = 0.007$), appraisal ($p = 0.004$), and regulation ($p = 0.008$) at the significance level of 0.05. These findings indicate that the variance of differences among the levels of the dependent variable significantly varies.

Table 1. Multivariate Analysis of Variance Significance Test for Distress Tolerance and its Subscales

		value	F	df	Df error	p
Group	Pilay effect	0.597	4.148	8	78	0.001
	Wilks Lambda	0.422	0.422	8	76	0.001
	Hotelling effect	1.322	6.116	8	74	0.001
	The largest root	1.287	12.550	8	39	0.001

Based on the conducted analysis and the results obtained in Table 3, the assumption of the multivariate analysis of variance significance test for the research variables has been met. This is evidenced by the obtained Wilks' Lambda test statistic of 0.422, which is significant at the 0.001 level. Therefore, the distress tolerance subscales show a significant difference based on group membership. Consequently, it is appropriate to proceed with the repeated measures analysis of variance.

As observed, the results in the initial stage indicated a significant difference in depression scores between the metacognitive therapy and control groups ($p < 0.01$), favoring the metacognitive therapy group. A significant difference was also observed in distress tolerance scores between the two groups ($p < 0.01$), favoring the metacognitive therapy group. Furthermore, significant differences were noted in all distress tolerance subscales between the two groups ($p < 0.01$).

Bonferroni post hoc tests comparing the time effects demonstrated that the mean differences in depression and distress tolerance scores, as well as their components, were statistically significant between

the pretest-posttest and pretest-follow-up stages. However, these differences were not significant in the posttest-follow-up stage.

Table 2. Bonferroni Follow-Up Test Results for Comparing Mean Differences of Depression and Distress Tolerance Scores between Metacognitive Therapy and Control Groups

Variable	Time		(J-I)	sig
Depression	Pretest	Posttest	7.6	0.004
	Pretest	Follow up	1.92	0.001
	Posttest	Follow up	1.20	0.39
Emotional distress tolerance	Pretest	Posttest	1.68	0.004
	Pretest	Follow up	1.02	0.045
	Posttest	Follow up	3.44	0.51
Absorption	Pretest	Posttest	1.20	0.019
	Pretest	Follow up	2.81	0.001
	Posttest	Follow up	1.48	0.414
Assessment	Pretest	Posttest	3.55	0.001
	Pretest	Follow up	13.27	0.001
	Posttest	Follow up	10.48	0.31
Regulation	Pretest	Posttest	1.49	0.014
	Pretest	Follow up	7.61	0.004
	Posttest	Follow up	5.43	0.34
Total anxiety tolerance score	Pretest	Posttest	13.23	0.001
	Pretest	Follow up	12.03	0.001
	Posttest	Follow up	3.34	0.101

Conclusion

The aim of the present study was to investigate the effectiveness of metacognitive therapy in reducing depressive symptoms and increasing distress tolerance levels in depressed patients. Metacognitive therapy has recently gained attention as an innovative intervention for research, clinical, and therapeutic assessments, both domestically and internationally. Cognitive-behavioral therapy, especially to address shortcomings in cognitive-behavioral treatment, has paved the way for the emergence of metacognitive therapy. The objective of the current research aligns with the endorsement of another recent study that emphasizes the inclusion of metacognitive therapy alongside other third-wave interventions, which are evidence-based treatments, for individuals experiencing mental health challenges. Metacognitive therapies focus on enhancing cognitive functions, social skills, and problem-solving abilities. These therapies provide the patient with better insight into the disorder and coping mechanisms, demonstrating significant effectiveness. Furthermore, in harmony with the objectives of the present research, a comprehensive study supported by the National Natural Science Foundation of China

and the National Clinical Research Center for Mental Disorders (Sixth Hospital of Peking University) has affirmed that distress tolerance is a crucial cross-diagnostic factor and a foundational contributor to emotional disorders. This construct serves as a mediator between mindfulness and depression/anxiety. Consistent with these recent findings, the results of the current study also indicate the effectiveness of metacognitive therapy in reducing depressive symptoms and enhancing distress tolerance in depressed patients.

In the context of investigating the effectiveness of metacognitive therapy in reducing depression symptoms in women with depression, the findings demonstrate that the interaction effect of group and time for depression is significant ($p < 0.05$). These results indicate that the experimental and control groups differ significantly in terms of the research variables in the pre-test, post-test, and follow-up stages. Additionally, the intergroup and temporal differences up to the follow-up stage in depression are significant, substantiating the efficacy of metacognitive therapy in reducing depressive symptoms among depressed patients.

The present study has certain limitations that should be acknowledged. One limitation pertains to the challenge of controlling for confounding variables. This limitation can potentially impact both the intervention process and the results of any research within the realm of humanities. Another limitation involves the use of self-report measures. Self-report measures carry inherent issues such as measurement error. Additionally, the two-month follow-up period represents a limitation, as it offers limited time to assess the durability of therapeutic intervention effects.

Moreover, this study employed a cross-sectional design, which restricts the ability to establish causal relationships among variables. This is another constraint inherent in the current cognitive research. Therefore, it is suggested that confounding variables be controlled through approaches like baseline consideration, meticulous control, harmonization, variable exclusion, equivalence, and aligning commonalities. Furthermore, future-oriented and longitudinal studies with extended follow-up periods exceeding two months are required to validate the study's findings.

Considering the outcomes indicating the effectiveness of metacognitive interventions in improving depression symptoms in women, it is recommended that this therapeutic intervention be employed to alleviate depressive symptoms in depressed patients.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: In the present study, ethical principles of research were adhered to by the authors. In this regard, the necessary steps were taken to obtain the ethics code, which was a time-consuming process. The Ethics Committee of the Islamic Azad University, North Tehran Branch, after conducting the necessary reviews and obtaining the required documentation, issued the ethics code with the number IR.IAU.TNB.REC.1402.049. The current article is extracted from the first author's thesis, which received approval from the Educational and Research Council of the Clinical Psychology Department on 04/26/2020. Subsequently, after obtaining consent from the participants through visits to the Psychology and Counseling Center, the present research was conducted. Moreover, ethical commitments regarding the preservation of participants' personal information were upheld.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The execution of the present study and the preparation of the article were carried out by the first author. The scientific editing of the current article and the thesis advisor were supervised by the second author, who also served as the primary thesis advisor for the first author. The third author, in the capacity of the advisory supervisor, was responsible for overseeing the assessment, interviews, and interventions in the research.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate the supervisor, the advisors, and all the participants in the study.



بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر کاهش علائم افسردگی و تحمل سطح پریشانی در بیماران افسرده

بهجت محمدنژادی^۱، آرزو شمالی اسکویی^{۲*}، مهران سلیمانی^۳

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی کودکان استثنائی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۰۶/۰۸

بازنگری: ۱۴۰۲/۰۷/۰۵

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۰

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۱۰/۰۱

کلیدواژه‌ها:

فراشناخت درمانی،

علائم افسردگی،

تحمل پریشانی

زمینه: شواهد پژوهشی حاکی از اثربخشی مداخله‌ی درمانی نوین، فراشناخت درمانی و ماندگاری پایدار اثربخشی آن در درمان اختلالات خلقی است. از طرفی مطالعات نوین، نقش میانی سطح تحمل پریشانی را در ابتلاء به انواع اختلالات روانی شایع تأیید می‌کنند. ازاین‌رو نیاز به انجام پژوهش‌های بیشتر و متنوع‌تری جهت بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی در اختلال شایع افسردگی و بررسی سازه‌ی تحمل پریشانی دیده می‌شود.

هدف: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر کاهش علائم افسردگی و تحمل سطح پریشانی در بیماران افسرده انجام شده است.

روش: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه با پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری پژوهش را زنان مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره پیشگامان امید در شهر ارومیه در تابستان و پاییز ۱۴۰۰ را شامل می‌شود که با مصاحبه و ارزیابی بالینی مبتلا به افسردگی تشخیص داده شدند. تعداد ۳۰ نفر از زنان مبتلا به افسردگی در مرحله اول براساس روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه آماری پژوهش انتخاب شدند و در مرحله بعد از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در ۲ گروه فراشناخت درمانی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گنجانده شدند. پرسشنامه‌ی بازنگری شده افسردگی بک (۱۹۶۱) و تحمل پریشانی سیمونز و همکاران (۲۰۰۵) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که بین گروه فراشناخت درمانی با گروه گواه در نمره‌های افسردگی ($P < ۰/۰۱$) و تحمل پریشانی ($P < ۰/۰۱$) تفاوت معنی‌دار وجود داشت که این تفاوت به نفع گروه فراشناخت درمانی بوده است.

نتیجه‌گیری: این پژوهش با ارائه نتایج مثبت از اثربخشی فراشناخت درمانی در کاهش علائم افسردگی و افزایش تحمل پریشانی، به پزشکان و متخصصان بهداشت روان مبنی بر چگونگی استفاده از این روش درمانی نوین در برنامه‌های درمانی کاربرد دارد. این یافته‌ها می‌توانند به تصمیم‌گیری‌های کلان در حوزه سیاست‌گذاری بهداشتی و ارتقاء سلامت روانی جامعه کمک کنند. این پژوهش نقطه عطفی مهم در توسعه راهکارهای مؤثر برای مداخله در افسردگی و افزایش تحمل پریشانی داراست که می‌تواند به بهبود کیفیت زندگی افراد مبتلا و جامعه به طور کلان کمک نماید.

استناد: محمدنژادی، بهجت؛ شمالی اسکویی، آرزو؛ و سلیمانی، مهران (۱۴۰۲). بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر کاهش علائم افسردگی و تحمل سطح پریشانی در بیماران افسرده.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۳۱، ۱۳۳-۱۵۲.

DOI: [10.52547/JPS.22.131.133](https://doi.org/10.52547/JPS.22.131.133) مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۳۱، ۱۴۰۲.



مقدمه

اختلالات خلقی از شایع‌ترین اختلالات در همه جوامع محسوب می‌گردد. افسردگی^۱ به عنوان شایع‌ترین اختلال خلقی در جهان امروزی نمایان گردیده است و سومین علت اصلی از دست دادن سلامت غیرکشنده جهانی در سال ۲۰۱۷ است که بیش از ۳۰۰ میلیون نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار داده است (باورکت و همکاران، ۲۰۲۱). سازمان بهداشت جهانی اعلان کرده است، اختلال افسردگی یکی از علل اصلی بیماری در سراسر جهان است که در حال حاضر تقریباً ۴٪ از جمعیت جهان را تحت تأثیر قرار داده است (شوری و همکاران، ۲۰۲۲). ازاین‌رو پیوسته نیاز به انجام مطالعات به روز جهت درمان افسردگی با کارآمدترین مداخلات است. مطالعه‌ی حاضر نیز در این راستا بررسی اثربخشی مداخله‌ی نوین فراشناخت درمانی که تحقیقات کمتری بدان پرداخته است را در درمان اختلال افسردگی انتخاب کرده است. گروه مورد مطالعه‌ی این پژوهش را زنانی تشکیل داده‌اند که پس از مراجعه به مرکز مشاوره و طرح مشکل، بر اساس مصاحبه و ارزیابی بالینی مبتلا به اختلال افسردگی تشخیص داده شده‌اند. زنان مبتلا به افسردگی علائم و نشانه‌های منفی زیادی را در طول عمر خود از جمله در زمان بلوغ، بارداری، پس از زایمان، دوران یاسگی تجربه می‌کنند که می‌تواند توانمندی‌های آن‌ها مانند تحمل پریشانی را کاهش دهد (پیتسیلو و همکاران، ۲۰۲۰). انجام مداخلات در این زمینه می‌تواند وضعیت این گروه از زنان را از طریق کاهش تجربه علائم منفی افسردگی و همچنین بهبود قدرت تحمل پریشانی آن‌ها بهبود بخشد (ماکروجی و چترودی، ۲۰۱۹). سلیگمن معتقد است احساس درماندگی در ظهور افسردگی نقش دارد. به عقیده‌ی او، کسانی که در معرض رویدادهای استرس‌زا اما ظاهراً غیر قابل کنترل در زندگی قرار می‌گیرند منفعل و افسرده خواهند شد (مکرون و همکاران، ۲۰۲۱). آن‌ها به جای اینکه فعالانه با استرس‌ورها مقابله کنند اسیر احساسات منفی مثل رنج عاطفی و ناامیدی می‌شوند. افراد افسرده بعد از این که در رسیدن به موفقیت دچار شکست می‌شوند، تمرکز بیشتری روی خود دارند همچنین آن‌ها تمرکز خودکار بیشتری روی خود و انتظارات کمتری از خودشان برای موفق شدن در مقایسه با افراد غیر افسرده دارند و در اسنادهای خود ارزیاب، گرایش‌های انتقادکننده‌ای

^۱. depressive

دارند (سلیگمن، ۲۰۱۹). علائم افسردگی به‌عنوان یکی از متغیرهای وابسته‌ی پژوهش حاضر مفهومی بسیار گسترده است که در ابعاد مختلف شناختی، عاطفی، انگیزشی و جسمانی نمایان می‌شود که زمینه‌ساز افت خلق بیمار می‌گردد. لازم نیست یک نفر تمام این نشانه‌ها را داشته باشد تا به درستی افسرده تشخیص داده شود بلکه هرچه یک مجموعه از نشانه‌ها شدیدتر باشد، بیشتر می‌توانیم مطمئن باشیم که به افسردگی مبتلا است (بورل و همکاران، ۲۰۲۰). شواهدی وجود دارد که افراد با سطوح بالای علائم افسردگی، در معرض خطر آسیب‌شناسی روانی همزمان و بعدی قرار دارند (وانگ و همکاران، ۲۰۲۲). از طرفی دیگر نتایج تحقیقات حاکی از آن است که تحمل پریشانی روانی یک شاخص مهم سلامت روان است و با علائم اضطراب و افسردگی که منجر به اختلال در عملکرد می‌شود، مشخص می‌شود (وانگ و همکاران، ۲۰۲۲). پاسخ‌های فیزیولوژیکی مشاهده شده در هنگام پریشانی روانی، بیش‌فعالی مسیر هیپوتالاموس - هیپوفیز - آدرنال است که در حدود ۷۰ درصد از بیماران مبتلا به افسردگی نیز دیده شده است (اونگری و همکاران، ۲۰۲۲). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که پریشانی روانشناختی در زنان بیشتر از مردان است (سونگ و همکاران، ۲۰۲۲). پریشانی روانشناختی همچنین می‌تواند منجر به افت و کاهش کیفیت زندگی در بیماران مختلف خصوصاً افراد مبتلا به اختلالات روانشناختی شود (مودیکا و همکاران، ۲۰۲۲). نتایج مطالعات حاکی از آن است، تحمل پریشانی حتی از عوامل مهم اثرگذار بر رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان است (صفارپور و همکاران، ۱۴۰۱). علائم گسترده‌ی اختلال افسردگی، می‌تواند تاب و تحمل پریشانی بیماران را دچار افت کند. بر اساس یافته‌های یک پژوهش مقایسه‌ای، بسته ارتقای تحمل پریشانی نسبت به درمان مبتنی بر شفقت به میزان بالاتری منجر به کاهش خودانتقادی در زنان مبتلا به سردردهای تنشی شده است (تفنگچی و همکاران، ۱۴۰۰). زیر شاخه‌های متعددی برای سازه‌ی تحمل پریشانی کاربردی شده و در ادبیات آسیب‌شناسی روانی مورد مطالعه قرار گرفته است. تحمل پریشانی در پنج شاخه اصلی کاربردپذیر شده است و شامل بلا تکلیفی، ابهام، ناکامی، حالت‌های هیجانی منفی و احساس‌های بدنی است. اگرچه این سازه‌ها برای تمرکز بر برخی انواع پریشانی تجربی نظریه پردازی شده‌اند اما به یک مدل فراگیر یکپارچه تبدیل نشده است (لیور و

زاوالنسکی، ۲۰۱۱). از طرفی مداخلات درمانی در حوزه روانشناختی را می‌توان علاوه بر درمان افسردگی جهت افزایش تحمل سطح پریشانی مورد استفاده قرار داد. از این رو مداخله‌ی نوین فراشناخت درمانی به‌عنوان متغیر مستقل در این مطالعه جهت بررسی اثربخشی در کاهش علائم افسردگی از یک سو و افزایش سطح تحمل پریشانی از سویی دیگر انتخاب شده است، که پژوهشی بدون مشابهت است. واژه فراشناخت نخستین بار توسط فلاول (۱۹۷۹)، به کار برده شد. نخستین بار ولز، با ترکیب رویکرد طرحواره درمانی و پردازش اطلاعات، الگوی فراشناختی را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی^۱ جهت تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کردند. در درمان فراشناختی هدف این است که بیمار در پاسخ به علائم مزاحم با کمک راهبردهای شناختی و رفتارهای کارآمدتر بتواند موانع پردازش سازگارانه‌ی خودکار را از بین ببرد (ولز، ۲۰۱۱). درمان فراشناخت بر این اصل استوار است که فراشناخت برای درک نحوه‌ی عملکرد شناخت و نحوه‌ی تولید تجربه‌های هشیارانه‌ی ما درباره‌ی خودمان و جهان اطرافمان بسیار مهم است. فراشناخت چیزهایی را که به آن توجه می‌کنیم و نیز اطلاعاتی را که وارد هشیار ما می‌شوند، تعیین می‌کند. همچنین فراشناخت ارزیابی‌های ما را شکل می‌دهد و بر انواع راهبردهایی که برای تنظیم افکار و احساساتمان به کار می‌بریم، اثر می‌گذارد (گوگر و همکاران، ۲۰۲۰). پژوهش‌های مرتبط با اثربخشی فراشناخت درمانی در کاهش علائم افسردگی و افزایش تحمل سطح پریشانی از اهمیت ویژه‌ای برخوردارند و از ابعاد مختلفی قابل بررسی هستند از یک منظر افسردگی به‌عنوان یکی از مشکلات روحی و روانی مهم در جوامع به شمار می‌آید که تأثیرات بسیاری روی زندگی افراد و کیفیت آن‌ها دارد. افراد مبتلا به افسردگی ممکن است با اضطراب نیز همراه باشند که می‌تواند توانایی تحمل و مقابله با تنش‌ها را کاهش دهد. از طرف دیگر نیاز به روش‌های جدید درمانی مطرح است؛ با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در زمینه درمان‌های روانشناختی و دارویی، هنوز هم بخشی از افراد به طرق معمولی به درمان‌ها پاسخ نمی‌دهند یا ممکن است عوارض جانبی جدی داروها داشته باشند. از این رو، بررسی روش‌های جدید و مؤثر در درمان افسردگی مانند فراشناخت درمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند. تحمل سطح پریشانی

^۱. Self-Regulatory Executive Function (S-REF)

به معنای توانایی در مقابله با واکنش‌های جسمی و عاطفی مرتبط با استرس و نگرانی است. این توانایی در افراد افسرده ممکن است کاهش یابد و موجب افزایش تعداد افراد با مشکلاتی همچون نگرانی‌ها و ترس‌ها می‌شود. بنابراین، بررسی تأثیر فراشناخت درمانی بر تحمل سطح پریشانی می‌تواند در افزایش کیفیت زندگی افراد مبتلا به افسردگی تأثیر مثبتی داشته باشد. با توجه به این موارد، طراحی و اجرای پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر کاهش علائم افسردگی و افزایش تحمل سطح پریشانی در بیماران افسرده دارای اهمیت و ضرورت بالایی است؛ زیرا می‌تواند به بهبود شرایط روانی و روحی افراد مبتلا به افسردگی کمک کند و راهکارهای جدیدی در مدیریت این مشکل ارائه دهد. بر این اساس سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که فراشناخت درمانی چه تأثیری در کاهش علائم افسردگی و افزایش تحمل سطح پریشانی در بیماران افسرده دارد؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری ۲ ماهه است. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره پیشگامان امید در شهر ارومیه تشکیل می‌دهند که بر اساس مصاحبه و ارزیابی بالینی منطبق با راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲ مبتلا به افسردگی تشخیص داده شدند. برای نمونه‌گیری از روش حجم نمونه‌ی کوهن (۱۹۸۶) که منطبق با آن برای هر دو گروه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه گواه حداقل پانزده نفر با ملاک‌های ورود و خروج انتخاب می‌گردد، استفاده شده است. تعداد ۳۰ نفر از زنان مبتلا به افسردگی در مرحله‌ی اول بر اساس روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه آماری پژوهش انتخاب شدند و در مرحله بعد از طریق روش نمونه‌گیری تصادفی ساده در دو گروه فراشناخت درمانی (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) گنجانده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن رضایت کامل از شرکت در پژوهش، تشخیص مبنی بر داشتن اختلال افسردگی براساس مصاحبه توسط روانشناس و حداقل تحصیلات سیکل بود. ملاک‌های خروج از پژوهش حاضر ابتلا به هر نوع بیماری‌های مزمن مانند دیابت،

^۲. DSM5

بیماری‌های قلبی و ریوی و همچنین ابتلا به هرگونه معلولیت جسمی و ذهنی یا مصرف هرگونه مواد مسکن و آرام بخش و اعتیادآور و در نهایت غیبت از ۲ جلسه درمانی یا شرکت در هر نوع مداخله درمانی دیگر بود.

(ب) ابزار

در مطالعه حاضر از دو پرسشنامه زیر استفاده شده است:

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم^۱ (BDI-11): پرسشنامه‌ی افسردگی بک در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران، جهت سنجش شدت افسردگی طراحی شد. این پرسشنامه شکل بازنگری شده‌ی پرسشنامه‌ی افسردگی بک است (بک و همکاران، ۱۹۹۶). ویرایش دوم این پرسشنامه، تمامی عناصر افسردگی را بر اساس نظریه‌ی شناختی افسردگی پوشش می‌دهد. آزمودنی برای هر ماده، یکی از چهار گزینه‌ای که نشان‌دهنده‌ی شدت افسردگی است، انتخاب می‌کند. با نمره برش ۱۸ می‌توان تا ۹۲ درصد از بیماران دچار اختلال افسردگی اساسی را جدا کرد تا اساس تصمیمات بالینی صورت پذیرد. مرکز شناخت درمانی، راهنمای نقطه برش برای تشخیص اختلال‌های عاطفی را منتشر کرده است. طبق این راهنما نمره کمتر از ۱۰، حداقل افسردگی است. نمره ۱۰ تا ۱۸ افسردگی خفیف یا متوسط، نمره ۱۹ تا ۲۹ افسردگی متوسط شدید و نمره ۳۰ تا ۶۳ افسردگی شدید را نشان می‌دهند. ثبات درونی این آزمون ۰/۷۳ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفا برای هر گروه بیمار ۰/۸۶ و غیر بیمار ۰/۸۱ گزارش شده است. در این پژوهش پایایی این آزمون ۰/۷۳ محاسبه شده است.

مقیاس تحمل پریشانی^۲ (DTS): مقیاس تحمل پریشانی، یک شاخص خودسنجی برای ارزیابی سطح تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) طراحی شده است. این مقیاس دارای ۱۵ ماده است. گویه‌های این مقیاس، تحمل پریشانی را بر اساس توانمندی‌های فرد در ۴ خرده مقیاس شامل ۱. تحمل پریشانی هیجانی شامل سؤالات ۱، ۳ و ۵. ۲. جذب شامل سؤالات ۲، ۴، ۱۵، ۳. ارزیابی شامل سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۴. تنظیم شامل سؤالات ۸، ۱۳ و ۱۴. ارزیابی کرده است. همچنین گویه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱. کاملاً موافق، ۲. اندکی موافق، ۳. نه موافق و نه مخالف، ۴. اندکی مخالف، ۵. کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند. نمرات بالا در این مقیاس نشانگر تحمل پریشانی است. این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). ضرایب آلفا کل مقیاس ۰/۸۲ توسط خود سیمونز و گاهر گزارش شده است. در پژوهش عزیزی و همکاران (۱۳۸۹) آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۶۷ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۷۹ و در پژوهش اندامی خشک (۱۳۹۶) آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۶ گزارش شده است که در سطح مطلوبی قرار دارد (قربانخانی و همکاران، ۱۳۹۹).

درمان براساس راهنمای عملی فراشناخت درمانی برای افسردگی (ولز، ۲۰۰۸) طراحی و انجام شده است. درمان فراشناختی بر حذف و کاهش سندرم شناختی - توجهی، نشخوار فکری و تغییر باورهای فراشناختی مثبت و منفی تمرکز می‌کند. جلسات درمان شامل هشت جلسه طبق جدول زیر است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۸)

ردیف جلسات	هدف	محتوای جلسات
جلسه اول	مفهوم‌سازی موردی	تکمیل پیش‌آزمون در جلسه اول، مصاحبه شرح حال کامل از بیمار، فرمول‌بندی موردی با ارزیابی فراشناخت مثبت و منفی بیمار، بررسی عوامل تداوم بخش افسردگی (نشخوار فکری و کاهش فعالیت) و کاهش تحمل پریشانی، آموزش تمرین توجه جهت کاهش تفکر نشخواری، ارائه تکلیف خانگی به بیمار
جلسه دوم	آماده‌سازی بیمار برای درمان	ارزیابی بیشتر شرایط بیمار و باورهای فراشناختی مثبت و منفی او و استفاده از استعاره و سؤالات چالشی و سقراطی برای درک بهتر بیمار از عملکرد معیوب فراشناخت، تلاش برای شناسایی و تغییر باورهای فراشناختی منفی و رفتارهای مخرب و اجتنابی بیمار
جلسه سوم	آموزش توجه و ذهن آگاهی گسلیده	تمرین توجه، آموزش تعویق فکری به بیمار برای یادگیری کنترل‌پذیری نشخوار فکری، ارائه تکالیف خانگی ثبت فعالیت‌های روزانه، تمرین ذهن آگاهی گسلیده و تعویق فکری
جلسه چهارم	چالش با باورهای فراشناخت منفی	یافتن شواهد تأیید کننده و نفی کننده غیرقابل کنترل بودن نشخوار فکری با همراهی بیمار و آزمایش تعدیل نشخوار فکری بعنوان روشی برای آزمودن باور بیمار به کنترل‌ناپذیری نشخوار فکری، ارائه تکلیف خانگی به بیمار جهت ثبت میزان نشخوار فکری خود و عوامل و شرایط برانگیزاننده‌ی آن

^۱. Beck Depression Inventory (BDI-11)

^۲. Distress Tolerance Scale

ردیف جلسات	هدف	محتوای جلسات
جلسه پنجم	چالش با باورهای فراشناختی مثبت	به چالش کشیدن باورهای فراشناختی مثبت درباره نگرانی و تحلیل مزایا و معایب اجزای سندرم شناختی - توجهی، استدلال‌های کلامی و آزمایش‌های رفتاری، بررسی شواهد نفی‌کننده آثار مثبت نشخوار فکری، استفاده از تکنیک ذهن آگاهی
جلسه ششم	حذف رفتارهای باقیمانده و پایش تهدید	ارزیابی رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه‌ی بیمار و سطوح پایش تهدید و ارائه راهکارهای جدید برای تغییر رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه و مقابله‌های غیرانطباقی با نوسان خلق از جمله کاهش سطح فعالیت و سایر رفتارهای خودآسیب‌رسان، ارائه تکلیف خانگی تمرین فن آموزش توجه، به تعویق انداختن نشخوار فکری، انجام فعالیت‌های لذت‌بخش
جلسه هفتم	تقویت برنامه‌های پرورشی جدید	جایگزین کردن راهبرد و مسیرهای شناختی جدید و مفیدتری بجای راهبردهای قدیمی فراشناختی بیمار، تهیه لیستی از برانگیزاننده های درونی و بیرونی منجر به تداوم و تکرار راهبردهای شناختی و رفتاری ناسازگار ارائه تکلیف تمرکز توجه، ذهن آگاهی گسلیده، افزایش فعالیت حتی در صورت خلق پایین هنگام مواجهه با برانگیزاننده‌ها
جلسه هشتم	جلوگیری از عود	استفاده و تمرین از برنامه‌های جایگزین فراشناختی و رفتاری، مرور مداخلات قبل، افزایش آگاهی بیمار نسبت به اهمیت جایگزین کردن راهبردهای جدید و خود ارزیابی، مرور طرح کلی درمان، اخذ پس آزمون، ارائه تمرین‌هایی برای دوره پیگیری مجدد

ج) روش اجرا

در ابتدا و پس از دریافت نامه‌ی همکاری از دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، اخذ کداخلاق در دستور کار پژوهشگر قرار گرفت. در مرحله‌ی بعد، پژوهشگر با همکاری و قبول استاد مشاور در مرکز ایشان برای انجام پژوهش آماده شدند. مراجعین این مرکز مشاوره که بر اساس تشخیص بالینی روانشناس مبتلا به افسردگی تشخیص داده شده بودند به پژوهشگر معرفی شدند. سپس با توجه به ملاک‌های ورود و خروج تعیین شده تعداد ۳۰ نفر از زنان مبتلا به افسردگی که جهت شرکت در مداخلات درمانی رضایت داشتند و اعلام آمادگی نموده بودند، انتخاب شدند. در مرحله بعد با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده، تعداد ۱۵ نفر در گروه درمان فراشناختی و ۱۵ نفر در گروه گواه گنجانده شدند. از هر دو گروه پیش‌آزمون گرفته شد. فقط گروه آزمایش به مدت ۲ ماه درمان فراشناختی (شامل ۸ جلسه، هر هفته ۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) را دریافت نمود. پس از انجام فرآیند مداخله درمانی، از ۲ گروه پس‌آزمون گرفته شد. در نهایت پس از گذشت ۲ ماه جهت انجام مرحله‌ی پیگیری مجدد، از شرکت‌کنندگان دعوت شد تا با حضور در مکان تعیین شده پرسشنامه‌ها را مجدداً تکمیل نمایند. پس از دریافت پرسشنامه‌ها و تشکر از شرکت‌کنندگان، داده‌ها جهت تجزیه و تحلیل آماده شد. جهت جمع‌آوری داده‌ها و آزمون فرضیات پژوهشی از روش‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و درصد) و آمار استنباطی (آزمون کوواریانس چند متغیره، آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) استفاده شد. همچنین داده‌های جمع‌آوری شده از طریق نرم‌افزار SPSS ۱۹ مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی در این پژوهش نشان می‌دهد که بیشترین شرکت‌کننده‌ها در بازه سنی ۳۱ تا ۴۰ سالگی قرار دارند. تحصیلات در گروه فراشناخت درمانی، ۳۳/۳ سیکل تا دیپلم، دیپلم و فوق دیپلم با ۳۳/۳ درصد، کارشناسی با ۲۶/۷ و کارشناسی ارشد و بالاتر با ۶/۷ و در گروه گواه ۴۰ درصد سیکل تا دیپلم، دیپلم و فوق دیپلم با ۳۳/۳، کارشناسی با ۲۰ درصد و کارشناسی ارشد و بالاتر با ۶/۷ بود. نتایج توصیفی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تحمل پریشانی و افسردگی در گروه درمان فراشناخت درمانی و گروه گواه نشان می‌دهد، در گروه‌های آزمایش در تحمل پریشانی، میزان نمرات در پس‌آزمون بالاتر از پیش‌آزمون و مرحله پیگیری و در افسردگی بالعکس میزان نمرات در پس‌آزمون پایین‌تر از پیش‌آزمون و مرحله پیگیری است. همچنین نمرات زیرمقیاس‌های تحمل پریشانی نیز به تفکیک گروه‌ها و در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مجدداً طبق جدول زیر مشاهده می‌گردد.

طبق نتایج آزمون نرمال بودن بهزیستی روانشناختی (شاپیرو و ویلک) در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سطح معنی‌داری تمامی متغیرها از ۰/۰۵ بالاتر است، پس داده‌های پژوهش از توزیع نرمال برخوردار است و لذا از آمارهای پارامتریک استفاده شده است. بنابراین می‌توان از تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده کرد. در تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر یک عامل درون آزمودنی وجود داشت که زمان اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود و یک عامل بین‌آزمودنی وجود داشت که آن عضویت گروهی (گروه‌های آزمایش و گواه) بود. لذا طرح مورد استفاده طرح درون آزمودنی

تأیید گردیده است. از دیگر پیش‌فرض‌های مهم در آزمون تحلیل کوواریانس، همگنی واریانس‌های خطا است که با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار می‌گیرد. در پژوهش حاضر، با استفاده از آزمون لوین سطح معناداری، مفروضه همگنی متغیرها مربوط به برابری واریانس خطای نمرات افسردگی در سطح ۰/۰۵ و برابری واریانس خطای نمرات تحمل پریشانی و زیرمقیاس‌های آن در سطح ۰/۰۵ معنی دار نیست، لذا این مفروضه تأیید گردیده و در ادامه استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بدون مانع بوده است.

می‌باشد. همچنین آماره موجلی برای افسردگی (۰/۴۳)، در سطح ۰/۰۵ و برای نمره کل تحمل پریشانی (۰/۶۳)، تحمل پریشانی هیجانی جذب (۰/۷۰)، ارزیابی (۰/۵۴) و تنظیم (۰/۵۸) در سطح ۰/۰۵ معنی دار بود. این یافته نشان می‌دهد که واریانس تفاوت‌ها در بین سطوح متغیر وابسته به صورت معنی داری متفاوت است. بنابراین پیش فرض کرویت رعایت نمی‌شود. مفروضه‌ی آزمون ام‌باکس جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس - کواریانس نیز رعایت گردیده است و به این ترتیب با توجه به سطح معنی داری که بالای ۰/۵ بوده است، این مفروضه نیز با سطح معنی داری ۰/۰۸۱

جدول ۲. نتایج توصیفی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تحمل پریشانی و افسردگی در گروه درمان فراشناخت درمانی و گروه گواه

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری		چولگی	کشیدگی
		SD	M	SD	M	SD	M		
افسردگی	فراشناخت درمانی	۷/۷۴	۲۸/۱۳	۷/۳۱	۲۰/۱۳	۷/۹۰	۲۱/۰۱	-۰/۲۰	۰/۴۵
	گواه	۸/۰۱	۳۱/۸۶	۹/۴۷	۲۹/۴۶	۸/۹۵	۳۰/۸۶	-۰/۴۰	۰/۲۳
	زیر مقیاس‌های تحمل پریشانی	-	-	-	-	-	-	۰/۷۱	۰/۶۸
تحمل پریشانی هیجانی	فراشناخت درمانی	۶/۱۲	۶/۶۸	۸/۸۶	۱/۲۴	۷/۸۷	۱/۴۵	-۰/۳۳	-۰/۲۰
	گواه	۵/۸۷	۱/۹۵	۶/۰۶	۱/۵۳	۵/۸۵	۱/۴۵	-۰/۰۱	-۰/۴۰
	فراشناخت درمانی	۶/۰۰	۱/۶۰	۸/۳۳	۱/۲۳	۷/۴۶	۱/۲۴	۰/۱۸	۰/۷۸
جذب	گواه	۶/۱۳	۱/۵۹	۶/۰۱	۱/۳۰	۶/۰۶	۰/۷۹	-۰/۲۰	-۰/۳۳
	فراشناخت درمانی	۱۰/۹۳	۲/۶۸	۱۷/۰۶	۱/۸۳	۱۴/۹۳	۱/۴۳	-۰/۴۰	-۰/۰۱
	گواه	۹/۹۳	۲/۲۱	۱۱/۴۰	۲/۱۳	۱۰/۹۳	۲/۰۵	۰/۴۸	۰/۷۸
تنظیم	فراشناخت درمانی	۶/۲۰	۱/۷۸	۸/۷۳	۱/۹۰	۸/۰۱	۱/۸۸	-۰/۳۳	۰/۱۳
	گواه	۶/۱۴	۱/۴۵	۶/۲۶	۱/۴۸	۶/۰۶	۱/۳۳	-۰/۰۱	۰/۳۴
	فراشناخت درمانی	۲۹/۲۷	۶/۰۴	۴۳/۰۱	۵/۵۰	۳۷/۱۳	۵/۲۰	۰/۶۷	۰/۴۵
نمره کل تحمل پریشانی	گواه	۲۸/۰۷	۵/۱۰	۲۹/۷۳	۴/۲۳	۲۸/۹۳	۳/۵۵	۰/۲۶	۰/۷۵

جدول ۳. آزمون معنی‌داری تحلیل واریانس چندمتغیری تحمل پریشانی و زیرمقیاس‌های آن

منبع	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطا درجه آزادی	سطح معنی‌داری
گروه	آزمون اثر پیلایی	۴/۱۴۸	۸	۷۸	۰/۰۰۱
	آزمون لامبدای ویلکز	۰/۴۲۲	۸	۷۶	۰/۰۰۱
	آزمون اثر هتینگ	۱/۳۲۲	۸	۷۴	۰/۰۰۱
	آزمون بزرگترین ریشه‌روی	۱۲/۵۵۰	۸	۳۹	۰/۰۰۱

عضویت گروهی تفاوت معنی‌داری دارند، براین اساس در ادامه می‌توان از آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر بهره برد.

با توجه به تحلیل صورت گرفته و نتایج به دست آمده در جدول ۳، مفروضه آزمون معنی‌داری تحلیل واریانس چندمتغیری در متغیرهای پژوهش رعایت گردیده است. بدین صورت که با توجه به سطح به دست آمده از آزمون لامبدای ویلکز که ۰/۴۲۲ می‌باشد و با توجه به سطح معنی‌داری که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است، لذا زیرمقیاس‌های تحمل پریشانی براساس

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر جهت بررسی مقایسه اثرات درون گروهی و بین گروهی و تعامل مراحل زمانی و گروه افسردگی و تحمل پریشانی در سه

مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	آماره F	سطح معنی داری	مجذور انا	توان آزمون
افسردگی	مراحل	۷۶۸/۷۲۰	۱	۷۶۸/۷۲۰	۶۴/۸۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱	۱
	گروه‌ها	۱۸۷۹/۸۰۵	۲	۹۳۹/۹۰۳	۶/۱۰۳	۰/۰۰۵	۰/۲۳	۱
	تعامل مراحل با گروه	۳۷۲/۹۲۲	۲	۱۸۶/۴۶۱	۱۵/۷۴۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱
تحمل پریشانی هیجانی	مراحل	۷۱/۷۷۷	۱/۷۷۳	۴۱/۴۱۹	۴۶/۰۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱
	گروه‌ها	۹۷/۵۴۰	۲	۴۸/۷۷۰	۷/۰۹۴	۰/۰۰۲	۰/۲۶	۰/۹۱
	تعامل مراحل با گروه	۳۰/۱۲۶	۳/۴۶۶	۸/۶۹۲	۹/۶۶۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۰/۹۹
جذب	مراحل	۲۰/۷۵۰	۱/۶۶۹	۱۲/۴۳۲	۱۳/۸۶۲	۰/۰۰۱	۰/۲۵	۱
	گروه‌ها	۳۷/۶۶۰	۲	۱۸/۹۳۰	۳/۴۹۰	۰/۰۴۰	۰/۱۵	۰/۶۲
	تعامل مراحل با گروه	۲۵/۶۱۳	۳/۳۳۸	۷/۰۶۷۳	۸/۵۵۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۰/۹۹
ارزیابی	مراحل	۳۳۵/۰۸۹	۱/۵۱۴	۲۲۱/۲۹۱	۶۱/۷۳۳	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱
	گروه‌ها	۳۱۵/۳۰۴	۲	۱۵۷/۶۵۲	۲۲/۳۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
	تعامل مراحل با گروه	۸۵/۰۲۷	۳/۰۲۸	۲۸/۰۷۵	۷/۸۳۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۱
تنظیم	مراحل	۴۵/۷۸۲	۱/۷۱۶	۲۶/۶۸۰	۲۹/۴۱۸	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱
	گروه‌ها	۵۴/۶۸۰	۲	۲۷/۳۴۰	۳/۶۴۹	۰/۰۳۵	۰/۱۵	۰/۶۴
	تعامل مراحل با گروه	۲۴/۶۳۳	۳/۴۳۲	۷/۱۷۸	۷/۹۱۴	۰/۰۰۱	۰/۲۸	۰/۹۹۳
نمره کل تحمل پریشانی	مراحل	۱۴۵۵/۲۷۰	۱/۵۷۱	۹۲۶/۲۴۸	۵۶/۴۹۱	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
	گروه‌ها	۱۶۷/۲۹۴	۲	۸۳۵/۱۴۷	۱۹/۹۳۰	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱
	تعامل مراحل با گروه	۵۷۹/۲۶۳	۳/۱۴۲	۱۸۴/۳۴۴	۱۱/۲۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۱

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است، میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای افسردگی ($F=15/741$ ؛ $P<0/01$) که در سطح $0/01$ معنی دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ افسردگی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند. تفاوت گروه‌ها در افسردگی نیز معنی دار شده است ($F=6/103$ ؛ $P<0/01$). در نهایت تفاوت از نظر مراحل زمانی در افسردگی نیز معنی دار بود ($F=64/897$ ؛ $P<0/01$). همچنین مجذور انا برای تمامی متغیر مذکور بیشتر از $0/10$ می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها در جامعه بزرگ و قابل توجه است. همچنین میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای نمره کل تحمل پریشانی ($F=11/243$ ؛ $P<0/01$) که در سطح $0/01$ معنی دار می‌باشد. اثرات بین گروهی و مراحل زمانی نیز معنی دار بود. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ تحمل پریشانی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی داری دارند. تفاوت گروه‌ها در تحمل پریشانی نیز معنی دار شده است ($F=19/930$ ؛ $P<0/01$). در نهایت تفاوت از نظر مراحل زمانی

در تحمل پریشانی نیز معنی دار بود ($F=29/053$ ؛ $P<0/01$). همچنین مجذور انا برای تمامی متغیرها مذکور بیشتر از $0/10$ می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها در جامعه بزرگ و قابل توجه است. همچنین برای زیرمقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی در تعامل مراحل و گروه ($F=9/667$ ؛ $P<0/01$)، اثرات بین گروهی ($F=7/094$ ؛ $P<0/01$) و مراحل زمانی ($F=46/062$ ؛ $P<0/01$)، تفاوت معنی دار بود. زیرمقیاس جذب در تعامل مراحل و گروه ($F=7/673$ ؛ $P<0/01$)، اثرات بین گروهی ($F=3/490$ ؛ $P<0/01$) و مراحل زمانی ($F=13/862$ ؛ $P<0/01$)، تفاوت معنی دار بود. زیرمقیاس ارزیابی در تعامل مراحل و گروه ($F=7/832$ ؛ $P<0/01$)، اثرات بین گروهی ($F=22/321$ ؛ $P<0/01$) و مراحل زمانی ($F=61/733$ ؛ $P<0/01$)، تفاوت معنی دار بود. زیرمقیاس تنظیم در تعامل مراحل و گروه ($F=7/914$ ؛ $P<0/01$)، اثرات بین گروهی ($F=3/649$ ؛ $P<0/05$) و مراحل زمانی ($F=29/418$ ؛ $P<0/01$) تفاوت معنی دار بود. برای بررسی تفاوت زوجی نمرات افسردگی و تحمل پریشانی در گروه‌ها، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتیجه در ادامه آورده شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی جهت مقایسه میانگین‌های افتراقی نمره‌های افسردگی و تحمل پریشانی در گروه‌های فراشناخت درمانی و گروه گواه

متغیر	زمان‌ها	تفاوت میانگین‌ها (J-I)	خطای استاندارد	سطح معناداری
افسردگی	پیش آزمون	۷/۶۰*	۲/۵۲	۰/۰۰۴
	پیش آزمون	۱/۹۲۴	۰/۵۶۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱/۲۰۰	۰/۴۹۰	۰/۳۹
تحمل پریشانی هیجانی	پیش آزمون	۱/۶۸۹	۰/۵۵۳	۰/۰۰۴
	پیش آزمون	۱/۰۲۹	۰/۴۹۸	۰/۰۴۵
	پس آزمون	۳/۵۵۶	۰/۵۶۰	۰/۵۱
جذب	پیش آزمون	۱/۲۰۰	۰/۴۹۰	۰/۰۱۹
	پیش آزمون	۲/۸۱۶	۰/۵۷۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱/۴۸۹	۰/۵۷۷	۰/۴۱۴
ارزیابی	پیش آزمون	۳/۵۵۶	۰/۵۶۰	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۱۳/۲۷*	۱/۵۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۰/۴۸*	۱/۵۲	۰/۳۱
تنظیم	پیش آزمون	۱/۴۸۹	۰/۵۷۷	۰/۰۱۴
	پیش آزمون	۷/۶۰*	۲/۵۲	۰/۰۰۴
	پس آزمون	۵/۴۳*	۲/۵۶	۰/۳۴
نمره کل تحمل پریشانی	پیش آزمون	۱۳/۲۷*	۱/۵۰	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۱۳/۰۳*	۲/۵۶	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳/۳۴	۰/۵۶۰	۰/۱۰۱

همان‌طور که مشاهده می‌گردد در مرحله اول نتایج نشان داد که بین گروه فراشناخت و گواه در نمره‌های افسردگی تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p < ۰/۰۱$) که این تفاوت به نفع گروه فراشناخت درمانی بود. بین نمرات تحمل پریشانی در ۲ گروه فراشناخت درمانی و گواه تفاوت معنی‌دار وجود داشت ($p < ۰/۰۱$) که این تفاوت به نفع گروه فراشناخت درمانی بود. همچنین در تمامی زیرمقیاس‌های تحمل پریشانی بین دو گروه تفاوت معناداری ملاحظه شد ($p < ۰/۰۱$). نتایج آزمون بنفرونی در مقایسه اثر زمان نیز نشان می‌دهد که تفاوت میانگین افسردگی و تحمل پریشانی و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار است و در عین حال این تفاوت در مراحل پس‌آزمون - پیگیری غیرمعنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر کاهش علائم افسردگی و افزایش تحمل سطح پریشانی در بیماران افسرده بوده است. فراشناخت درمانی به عنوان مداخله‌ای نوین به منظور ارزیابی‌های

پژوهشی، بالینی و درمانی اخیراً مورد توجه در مطالعات داخلی و خارجی بوده است. درمان فراشناختی به‌ویژه به منظور رفع نواقص درمان شناختی رفتاری ظهور کرد (ولز و همکاران ۲۰۲۰). در این راستا نتایج مطالعاتی کارتر و همکاران (۲۰۲۲) با موضوع اثربخشی طولانی مدت فراشناخت درمانی و درمان شناختی رفتاری برای افسردگی حاکی از آن است که درمان فراشناختی برای اضطراب و افسردگی می‌تواند اثربخشی پایدارتری داشته باشد. اختلال افسردگی نیز با توجه به شیوع گسترده‌ی آن در بین عموم جمعیت، همواره باید در معرض مداخلات و مطالعات نوین و مختلف قرار بگیرد تا امکان ارائه‌ی بهترین و کارآمدترین درمان برای بیماران افسرده میسر گردد. در سال ۲۰۰۰ افسردگی چهارمین رتبه را از نظر بار بیماری‌ها به خود اختصاص داده و پیش‌بینی می‌شود که تا سال ۲۰۳۰ به رتبه اول در تمامی سنین و در دو جنس در کشورهای با درآمد بالا صعود کند (باورکت و همکاران، ۲۰۲۱). افسردگی متأسفانه در دوره‌های مختلف زندگی زنان پدیدار می‌شود. افسردگی زنان بعد از بارداری، زایمان و یائسگی و حتی بعد از ازدواج و با تغییرات هورمونی منحصر به فرد مشکلی است که زنان را در سنین مختلف تهدید می‌کند. سازه‌ی تحمل پریشانی از

این حیث که بر اساس مطالعات جدید به عنوان یک واسطه‌ی برجسته در اکثر اختلالات روانی مشاهده شده است، مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. همچنین هدف پژوهش حاضر همسو است با تأیید مطالعه جدید دیگری که تأکید می‌کند فراشناخت درمانی در کنار دیگر درمان‌های موج سوم که درمان‌هایی مبتنی بر شواهد هستند باید در دسترس افرادی باشد که از مشکلات سلامت روان رنج می‌برند. درمان‌های فراشناختی بر بهبود عملکردهای شناختی، مهارت‌های اجتماعی و حل مسئله تمرکز دارد. این درمان‌ها بینش بهتری در مورد اختلال و مکانیسم‌های مقابله‌ای به بیمار ارائه می‌دهند و اثربخشی معنی‌داری دارند (استاورولا راکیتزی، ۲۰۲۳). همچنین همسو با توجه و هدف پژوهش حاضر در پرداختن به سازه‌ی تحمل پریشانی، تحقیق گسترده‌ای که توسط بنیاد ملی علوم طبیعی چین و مرکز ملی تحقیقات بالینی برای اختلالات روانی (بیمارستان ششم دانشگاه پکن) پشتیبانی شده است، تأیید کرده است که تحمل پریشانی، یک عامل مهم فراتشخیصی و زمینه‌ساز اختلالات عاطفی است. این سازه واسطه‌ی ارتباط بین ذهن آگاهی و افسردگی/اضطراب می‌باشد. همسو با این مطالعات اخیر یافته‌های پژوهش حاضر نیز بیانگر اثربخشی فراشناخت درمانی بر کاهش علائم افسردگی و بهبود تحمل پریشانی در بیماران افسرده بود.

در راستای بررسی اثربخش بودن فراشناخت درمانی بر کاهش علائم افسردگی در زنان مبتلا به افسردگی یافته‌ها نشان می‌دهد، میزان F اثر تعامل و گروه برای افسردگی معنی‌دار می‌باشد. این نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. همچنین تفاوت بین‌گروهی و مراحل زمانی تا پیگیری در افسردگی معنی‌دار بود و فراشناخت درمانی بر کاهش علائم افسردگی در بیماران افسرده اثربخش بوده است. یافته‌ی به دست آمده با نتایج پژوهش‌ها مبنی بر اثربخشی فراشناخت درمانی در افسردگی، در مطالعات دریادل و همکاران (۱۴۰۱)؛ کارتر و همکاران (۲۰۲۲)؛ ولز و همکاران (۲۰۲۰)؛ جلینک و همکاران (۲۰۱۷) در خصوص اثربخشی فراشناخت درمانی بر علائم افسردگی، همسو بود. مطالعه غیرهمسو با نتایج پژوهش حاضر یافت نشد. بر اساس نتایج مطالعات می‌توان تبیین کرد با توجه به اینکه درمان فراشناختی با افکار و باورها با شناخت شناخت یا تفکر درباره‌ی تفکر سروکار دارد، با تغییر

الگوی ناکارآمد به الگوی کارآمد تفکر باعث می‌شود که افراد نیاز به کنترل افکار را احساس نکنند و به تدریج این نیاز و باورهای مثبت و منفی شناختی کاهش می‌یابد. عدم تلاش برای کنترل افکار روش مؤثری برای قطع پردازش نگرانی و پیرو آن کاهش سندروم شناختی - توجهی و نشخوار فکری است (ولز و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین همسو با یافته‌ی پژوهش حاضر مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی درمان فراشناختی گروهی عمومی برای بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی و مشکلات مرتبط پرداخته است. در این مطالعه تأکید می‌شود که درمان فراشناختی، یک رویکرد درمانی فراتشخیصی با پشتیبانی تجربی قابل توجهی است که برای ارائه در قالب گروهی نیز مناسب است. در این مطالعه‌ی گروهی اثربخشی فراشناخت درمانی با اندازه اثر بزرگ برای علائم افسردگی، اضطراب، مشکلات بین فردی، عزت نفس، عملکرد عمومی، فراشناخت‌های ناکارآمد و رضایت از درمان بسیار بالا بود (ایونداسترند و همکاران، ۲۰۲۳).

در راستای بررسی اثربخشی فراشناخت درمانی بر بهبود تحمل پریشانی در زنان مبتلا به افسردگی، یافته‌ها نشان می‌دهد، میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای تحمل پریشانی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ تحمل پریشانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. تفاوت گروه‌ها در تحمل پریشانی و زیرمقیاس‌های آن شامل تحمل پریشانی هیجانی، جذب، ارزیابی و تنظیم نیز معنی‌دار شده است. در نهایت تفاوت از نظر مراحل زمانی در تحمل پریشانی نیز معنی‌دار بود. یافته‌ی به دست آمده با نتایج مطالعات سلحشور و همکاران (۱۴۰۱)؛ شهیدی و همکاران (۱۴۰۱)؛ فیشر و همکاران (۲۰۱۹)؛ قصیر و همکاران (۲۰۲۳)؛ کیاسکو و همکاران (۲۰۲۳) مبنی بر اثربخشی فراشناخت درمانی بر بهبود تحمل پریشانی در بیماران افسرده و سایر بیماران همخوان است. در تبیین اثربخشی درمان فراشناختی بر تحمل پریشانی بیماران افسرده باید اذعان کرد که فراشناخت درمانی به دلیل تمرکز بر راهبردهای نظارتی می‌تواند در تنظیم افکار و باورها نقش پررنگی داشته باشد. این توانمندی‌ها می‌تواند در پردازش مطلوب‌تر و بهتر پریشانی و آشفتگی‌های روانشناختی کمک نماید. همسو با یافته‌ی پژوهش، تحقیقات زیادی تأیید می‌کنند که سطوح پایین تحمل پریشانی با خطر بالاتری برای ابتلا به اختلال افسردگی و اضطراب همراه است. اگر نقش سازه‌ی تحمل پریشانی در ابتلا به افسردگی

را مستقیم محسوب نکنیم، طبق مطالعات نوین حداقل به عنوان یک واسطه‌ی مهم عمل می‌کند که می‌تواند نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روانی دیگر نیز داشته باشد (محمدخانی و همکاران، ۲۰۲۲). از طرفی کاهش نشخوار فکری که از اهداف فراشناخت درمانی است با کاهش افسردگی همراه است. نشخوار فکری یکی از ویژگی‌های کلیدی افسردگی است که به طور مداوم با شروع، شدت و طول دوره‌های افسردگی مرتبط است. نشخوار فکری شکلی از تفکر مداوم است که بر محتوای منفی مرتبط با سطوح پریشانی عاطفی و کاهش تحمل پریشانی ارتباط دارد. تحقیقی اخیراً تأیید کرده است که بزرگسالان اجتماعی متمایل به نشخوار فکری با احتمال بیشتری یک سال بعد شروع یک دوره افسردگی را تجربه می‌کنند. همچنین شواهدی برای یک رابطه‌ی دو طرفه بین نشخوار فکری و افسردگی وجود دارد، زیرا بزرگسالان جامعه که نشخوار فکری شدیدتری را در ابتدا گزارش کردند، چهار سال بعد افسردگی شدیدتری را تجربه کردند و بالعکس. نتایج مشابهی در گروه نوجوانان نیز یافت شده است (آلینا و همکاران، ۲۰۲۳). یافته‌ی پژوهش حاضر با نتایج مطالعه‌ای نوین دیگری نیز همخوان است که تأیید کرده است، افزایش واکنش عاطفی نوجوانان در مغز با کاهش تحمل پریشانی در آینده و علائم افسردگی بیشتر مرتبط است. این مطالعه تأیید کرده است، تحمل پریشانی و توانایی تداوم برای بقای تنانی و روانی در حین تجربه‌ی حالات روانی منفی در زندگی و تنظیم احساسات ضروری است. مطالعه‌ی حاضر با بررسی تحمل پریشانی در دوران نوجوانی، دوره‌ای که تنظیم هیجانات هنوز در حال رشد و تکامل است به شناسایی عوامل اولیه خطر و/یا محافظتی پرداخته است. یافته‌ها نشان می‌دهد افرادی که منابع بصری بیشتری را به اطلاعات برجسته احساسی اختصاص می‌دهند، در تحمل پریشانی چالش‌های بیشتری را نشان می‌دهند. از این رو افزایش تحمل پریشانی از طریق راهبردهای تنظیم هیجان، نیازی ضروری برای انسان امروزی و برای کاهش علائم افسردگی و سایر اختلالات است. چرا که توان کم در تحمل پریشانی یک صفت خطرناک و فراتشخیصی برای آسیب‌شناسی‌های روانی متعدد تشخیص داده شده است (آماندا و همکاران، ۲۰۲۳). بنابراین همسو با یافته‌های پژوهش حاضر مطالعات جدید به تکرار نشان داده‌اند، تحمل پریشانی به عنوان یک عامل خطر فراتشخیصی برای آسیب‌شناسی روانی مشخص شده است. اما توجه نظری کمی در ادبیات افسردگی دریافت

کرده است. شواهد قویاً نشان می‌دهند که افرادی که در تحمل پریشانی مشکل دارند، علائم افسردگی بیشتری را نشان می‌دهند. فقدان همپوشانی بین ادبیات یک مسأله‌ی مهم است، زیرا ادبیات افسردگی دیدگاه‌های منحصر به فردی را پوشش می‌دهد که هنوز در آن تحمل پریشانی مورد توجه قرار نگرفته است (آلیسون و سامویل وینر، ۲۰۲۰). از این رو به وضوح قابل تبیین است که فراشناخت درمانی با تمرکز بر کاهش نشخوار فکری و سندروم توجهی - شناختی به طور غیر مستقیم و واسطه‌ای موجب کاهش پریشانی و افزایش سطح تحمل آن در افراد افسرده می‌شود. محدودیت پژوهش حاضر شامل محدودیت در کنترل متغیرهای مزاحم است. این محدودیت می‌تواند در روند مداخلات و همچنین نتایج هر پژوهشی در حیطه‌ی علوم انسانی، تأثیرگذار باشد. محدودیت در استفاده از ابزارهای خودگزارشی نیز از دیگر محدودیت‌های این پژوهش است. ابزارهای خودگزارشی دارای مشکلاتی مانند خطای اندازه‌گیری هستند. محدودیت در دوره پیگیری دوماهه، که می‌تواند زمان کم و محدودی برای بررسی ماندگاری اثرات مداخله درمانی باشد. همچنین این مطالعه از یک طرح مقطعی استفاده کرد که رابطه علی بین متغیرها را محدود می‌کند و این یکی دیگر از محدودیت‌های روش شناختی در پژوهش حاضر است. بر این اساس پیشنهاد می‌شود متغیرهای مزاحم از طریق در نظر گرفتن خط پایه، کنترل دقیق، همسازی، حذف متغیرها، معادل و هم‌تراز کردن موارد بیشتر کنترل شود. همچنین مطالعات آینده‌نگر و طولی بیشتری با پیگیری مجدد بیشتر از دو ماه برای تأیید یافته‌های مطالعه مورد نیاز است. با توجه به نتایج به دست آمده مبنی بر تأثیر مداخلات فراشناختی در بهبود افسردگی زنان، پیشنهاد می‌شود از این مداخله درمانی در کاهش علائم افسردگی بیماران افسرده استفاده شود.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: در پژوهش حاضر اصول اخلاقی پژوهش توسط نویسندگان رعایت گردیده است. در این راستا اقدامات لازم جهت اخذ کد اخلاق که زمانبر بود انجام شد و کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران شمال پس از بررسی های لازم و اخذ مستندات پژوهش، کد اخلاق را به شماره IR.IAU.TNB.REC.1402.049 صادر نمود. مقاله ی حاضر مستخرج از پایان نامه ی نویسنده ی اول می باشد که در تاریخ ۱۳۹۹/۰۴/۲۶ پروپوزال آن به تصویب شورای آموزشی و پژوهشی تحصیلات تکمیلی گروه روانشناسی بالینی رسیده است. پس از آن با مراجعه به مرکز روانشناسی و مشاوره و اخذ رضایت از شرکت کنندگان، پژوهش حاضر انجام شده است. همچنین تعهدات اخلاقی در خصوص حفظ اطلاعات شخصی شرکت کنندگان، رعایت شده است.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: اجرای پژوهش حاضر و نگارش مقاله توسط نویسنده ی اول انجام شده است. ویراستار علمی مقاله ی حاضر و استاد راهنمای پایان نامه نویسنده ی مسؤل بوده و نویسنده ی سوم در مقام استاد مشاور مسؤلیت نظارت بر ارزیابی، مصاحبه و مداخله ی پژوهش را برعهده داشتند.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منفعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی مشارکت کنندگانی که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می گردد.

منابع

- تفنگچی، مریم؛ رئیس، زهره؛ قمرانی، امیر و رضایی، حسن. (۱۴۰۰). تدوین بسته ارتقای تحمل پریشانی و مقایسه اثربخشی آن با درمان مبتنی بر شفقت بر خودانتقادی، ترس از ارزیابی منفی و اضطراب در زنان مبتلا به سردردهای تنشی مزمن. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۰)، ۶۳۴-۶۲۱.
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.100.11.4>
 دریادل، جواد؛ میکائیلی، نیلوفر؛ عطادخت، اکبر و مولوی، پرویز. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فراشناختی مبتنی بر ذهن آگاهی انفصالی بر فرانگرانی و تحریف شناختی بین فردی در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۱۰)، ۳۶۶-۳۴۹.
<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.110.349>
 سلحشور بناب، بهنام؛ شاکر دولق، علی و خادمی، علی. (۱۴۰۱). اثربخشی فراشناخت درمانی بر هوش بدنی، تحمل پریشانی و حس انسجام بیماران مبتلا به فشار خون بالای اولیه. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۷(۶۷)، ۱۴۷-۱۵۵.
<https://dorl.net/dor/20.1001.1.27173852.1401.17.67.19.1>
 شهیدی، شاهین؛ حسن‌زاده، رمضان و میرزاییان، بهرام. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر سرسختی روانشناختی و تحمل پریشانی در بیماران زن مبتلا به پسوریازیس. *خانواده درمانی کاربردی*، ۳(۵)، ۳۷۴-۳۸۸.
<https://doi.org/10.22034/aftj.2022.331799.1422>
 صفارپور، افسانه؛ قمری، محمد و حسینیان، سیمین. (۱۴۰۱). مدل‌یابی روابط ساختاری شناخت اجتماعی با رفتارهای خودآسیب‌رسان نوجوانان: نقش میانجی‌گر تحمل پریشانی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۲۰)، ۲۴۱۶-۲۴۰۱.
<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.21.120.2401>
 قربانخانی، مهدی؛ صالحی، کیوان و مقدم‌زاده، علی. (۱۳۹۹). ساخت پرسشنامه میزان شده برای تشخیص ارزشیابی کاذب در مدارس ابتدایی. *علوم تربیتی*، ۲۷(۲)، ۹۱-۱۱۶.
<https://doi.org/10.22055/edus.2020.35053.3114>

References

- Abbas, Q., Latif, I., Muneer, M., Khan, M. U., & Baig, K. B. (2023). Distress tolerance, anxiety-related symptoms, stress, and depression among dropout and non-dropout university students: a mediation analysis. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 73(4), 882-885.
<https://doi.org/10.47391/JPMA.6557>

- Albiani, J. J., Hart, S. L., Katz, L., Berian, J., Del Rosario, A., Lee, J., & Varma, M. (2013). Impact of depression and anxiety on the quality of life of constipated patients. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 20(1), 123-132.
<https://doi.org/10.1007/s10880-012-9306-3>
 Alisson, N. S., Lass, E. & Winer, S. (2020). Distress tolerance and symptoms of depression: A review and integration of literatures. *Journal of Clinical Psychology*, 27(3), e12336.
<https://doi.org/10.1111/cpsp.12336>
 Baurecht, H., Welker, C., Baumeister, S. E., Weidnger, S., Meisinger, C., Leitzmann, M. F., & Emmert, H. (2021). Relationship between atopic dermatitis, depression and anxiety: a two-sample Mendelian randomization study. *The British journal of dermatology*, 185(4), 781-786.
<https://doi.org/10.1111/bjd.20092>
 Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)* [Database record]. APA PsycTests.
<https://doi.org/10.1037/t00742-000>
 Beurel, E., Toups, M., & Nemeroff, C. B. (2020). The Bidirectional Relationship of Depression and Inflammation: Double Trouble. *Neuron*, 107(2), 234-256.
<https://doi.org/10.1016/j.neuron.2020.06.002>
 Carter, J. D., Jordan, J., McIntosh, V. V., Frampton, C. M., Lacey, C., Porter, R. J., & Mulder, R. T. (2022). Long-term efficacy of metacognitive therapy and cognitive behaviour therapy for depression. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 56(2), 137-143.
<https://doi.org/10.1177/00048674211025686>
 Daryadel, J., Mikaeili, N., Atadokht, A., & Molavi, P. (2022). The efficacy of metacognitive therapy based on detached mindfulness on meta-worry and interpersonal cognitive distortion in women with postpartum depression. *Journal of Psychological Science*. 21(110), 349-366. (Persian).
[doi:10.52547/JPS.21.110.349](https://doi.org/10.52547/JPS.21.110.349)
 Del Giacco, A. C., Jones, S. A., Hernandez, K. O., Barnes, S. J., & Nagel, B. J. (2023). Heightened adolescent emotional reactivity in the brain is associated with lower future distress tolerance and higher depressive symptoms. *Psychiatry research. Neuroimaging*, 333, 111659.
<https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2023.111659>
 Fisher, P. L., Byrne, A., Fairburn, L., Ullmer, H., Abbey, G., & Salmon, P. (2019). Brief Metacognitive Therapy for Emotional Distress in Adult Cancer

- Survivors. *Frontiers in psychology*, 10, 162. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00162>
- Ghorbankhani, M., Salehi, K., & Moghaddamzadeh, A. (2020). Construction of a Standardized Questionnaire to Detect the Pseudo Evaluation in Elementary Schools. *Journal of Educational Sciences*, 27(2), 91-116. (Persian). <https://doi.org/10.22055/edus.2020.35053.3114>
- Goger, P., Rozenman, M., & Gonzalez, A. (2020). The association between current maternal psychological control, anxiety symptoms, and emotional regulatory processes in emerging adults. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 68, 101563. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2020.101563>
- Jelinek, L., Van Quaquebeke, N., & Moritz, S. (2017). Cognitive and Metacognitive Mechanisms of Change in Metacognitive Training for Depression. *Scientific reports*, 7(1), 3449. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-03626-8>
- Leyro, T. M., Zvolensky, M. J., & Bernstein, A. (2010). Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychological bulletin*, 136(4), 576-600. <https://doi.org/10.1037/a0019712>
- Li, Y., Ju, R., Hofmann, S. G., Chiu, W., Guan, Y., Leng, Y., & Liu, X. (2023). Distress tolerance as a mechanism of mindfulness for depression and anxiety: Cross-sectional and diary evidence. *International journal of clinical and health psychology: IJCHP*, 23(4), 100392. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2023.100392>
- McCarron, R. M., Shapiro, B., Rawles, J., & Luo, J. (2021). Depression. *Annals of internal medicine*, 174(5), ITC65-ITC80. <https://doi.org/10.7326/AITC202105180>
- Modica, R., Scandurra, C., Maldonato, N. M., Dolce, P., Dipietrangelo, G. G., Centello, R., Di Vito, V., Giannetta, E., Isidori, A. M., Lenzi, A., Faggiano, A., & Colao, A. (2022). Health-related quality of life in patients with neuroendocrine neoplasms: a two-wave longitudinal study. *Journal of endocrinological investigation*, 45(11), 2193-2200. <https://doi.org/10.1007/s40618-022-01872-w>
- Mohammadkhani, S., Akbari, M., Shahbahrami, M., Seydavi, M., & Kolubinski, D. C. (2023). Metacognitions about Health in Relation to Coronavirus Anxiety: The Mediating Role of Cognitive Attentional Syndrome and Distress Tolerance. *Journal of rational-emotive and cognitive-behavior therapy: RET*, 41(1), 222-236. <https://doi.org/10.1007/s10942-022-00467-x>
- Mukherjee, N., & Chaturvedi, S. K. (2019). Depressive symptoms and disorders in type 2 diabetes mellitus. *Current opinion in psychiatry*, 32(5), 416-421. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000528>
- Ongeri, L., Ametaj, A., Kim, H., Stroud, R. E., Newton, C. R., Kariuki, S. M., Atwoli, L., Kwobah, E., & Gelaye, B. (2022). Measuring psychological distress using the K10 in Kenya. *Journal of affective disorders*, 303, 155-160. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.012>
- Patel, A., Daros, A. R., Irwin, S. H., Lau, P., Hope, I. M., Perkovic, S. J. M., Laposa, J. M., Husain, M. I., Levitan, R. D., Kloiber, S., & Quilty, L. C. (2023). Associations between rumination, depression, and distress tolerance during CBT treatment for depression in a tertiary care setting. *Journal of affective disorders*, 339, 74-81. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.06.063>
- Pitsillou, E., Bresnehan, S. M., Kagarakis, E. A., Wijoyo, S. J., Liang, J., Hung, A., & Karagiannis, T. C. (2020). The cellular and molecular basis of major depressive disorder: towards a unified model for understanding clinical depression. *Molecular biology reports*, 47(1), 753-770. <https://doi.org/10.1007/s11033-019-05129-3>
- Safarpour, A., Ghamari, M., & Hosseini, S. (2022). Modeling structural relationships of social cognition with self-harming behaviors adolescent: mediating role of distress tolerance. *Journal of Psychological Science*. 21(120), 2401-2416. (Persian) URL: <http://psychologicalscience.ir/article-1-1678-fa.html>
- Salahshourbonab, B., Shaker Dioulagh, A., & Khademi, A. (2022). Effects of Metacognitive Therapy in Improving Physical Intelligence, Distress Tolerance, and Sense of Cohesion among Patients with Essential Hypertension. *Journal of Modern Psychological Researches*, 17(67), 147-155. (Persian). <https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15310>
- Seligman, M. (2019). Positive Psychology: A Personal History. *Annual review of clinical psychology*, 15, 1-23. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095653>
- Shahidi, S., Hasanzadeh, R., & Mirzaian, B. (2023). The effectiveness of metacognitive therapy on psychological toughness and distress tolerance in female patients with psoriasis. *Journal of Applied*

- Family Therapy*, 3(5), 374-388. (Persian).
<https://doi.org/10.22034/aftj.2022.331799.1422>
- Shorey, S., Ng, E. D., & Wong, C. H. J. (2022). Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: A systematic review and meta-analysis. *The British journal of clinical psychology*, 61(2), 287–305.
<https://doi.org/10.1111/bjc.12333>
- Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83–102. <https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3>
- Song, L., Cao, Y., Li, J., Lu, M., & Tang, L. (2022). Psychological distress and resilience in patients with gastroenteropancreatic neuroendocrine tumor. *Frontiers in endocrinology*, 13, 947998.
<https://doi.org/10.3389/fendo.2022.947998>
- Strand, E. R., Veium, L. T., Engvik, L. S. & Nordahl, H. (2023). Generic Group Metacognitive Therapy for Patients with Major Depressive Disorder and Related Problems: a Preliminary Evaluation in Specialized Mental Health Care. *International Journal of Cognitive Therapy*,
<https://doi.org/10.1007/s41811-023-00175-z>.
- Tofangchi, M., Raeisi, Z., Ghomrani, A., & Rezaee, H. (2021). Developing the distress tolerance promotion package and comparing its effectiveness with compassion-focused therapy on self-criticism, fear of negative evaluation, and anxiety in women with chronic tension-type headaches. *Journal of Psychological Science*. 20(100), 621-634.
<http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1400.20.10.11.4>
- Wang, J., Zheng, Z., Tang, Y., Zhang, R., Lu, Q., Wang, B., & Sun, Q. (2022). Psychological distress and its influencing factors among psychiatric nurses in China: A cross-sectional study. *Frontiers in psychiatry*, 13, 948786.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.948786>
- Wells, A., Reeves, D., Heal, C., Fisher, P., Davies, L., Heagerty, A., Doherty, P., & Capobianco, L. (2020). Establishing the Feasibility of Group Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression in Cardiac Rehabilitation: A Single-Blind Randomized Pilot Study. *Frontiers in psychiatry*, 11, 582.
<https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00582>