

اثربخشی درمان فراشناختی بر اندیشه خودکشی بیماران افسرده تحت درمان دارویی

مهدی رضایی^۱

سید اسماعیل حاتمی^۲

سید کاوه حجت^۳

الهه عین بیگی^۴

محمدطاهر پناه^۵

حدیثه منادی زیارت^۶

تاریخ پذیرش: ۹۴/۱۱/۶

تاریخ وصول: ۹۴/۷/۱۸

چکیده

درمان فراشناختی درمان نو ظهوری است که یکی از مولفه‌های موثر در آسیب شناسی روانی را کاهش نشخوار فکری قلمداد می‌کند. در پژوهش حاضر سعی شده است تا اثربخشی این نوع درمان بر اندیشه خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی مورد بررسی قرار گیرد. این پژوهش در چارچوب طرح شبه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام گرفت. از بین بیماران مبتلا به افسردگی مراجعه‌کننده به دو کلینیک روانپزشکی شهر تبریز ۳۰ نفر که ملاک اندیشه خودکشی را دارا بودند بصورت تصادفی در ۲ گروه

۱. کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۲. کارشناس ارشد، اپیدمیولوژی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۳. استادیار، روانپزشکی، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۴. کارشناس، روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات مراقبت سالمندی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

۵. دانشجوی دکتری، روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

Mehradpsy@gmail.com

۶. کارشناس ارشد پرستاری، مرکز تحقیقات اعتیاد و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.

آزمایش و کنترل جای گزین شدند. ابزار جمع آوری داده‌ها مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک بود. از تی زوجی برای مقایسه میانگین‌های دو گروه استفاده شد. سطح معناداری در این مطالعه ۰,۰۵ بود. پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه کنترل 18.8 ± 3.8 و 18.4 ± 2.5 بود و پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش به ترتیب 18.5 ± 4.4 و 14.7 ± 2.2 بود. نتایج حاکی از آن بود که درمان فراشناختی در بهبود اندیشه خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی تاثیر معناداری دارد ($p=0.0001$). نتایج این پژوهش نشان می‌دهد، درمان فراشناختی با تمرکز بر نشخوار فکری می‌تواند در کاهش اندیشه خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی موثر باشد.

واژگان کلیدی: اندیشه خودکشی، افسردگی، نشخوار فکری، درمان فراشناختی

مقدمه

افسردگی شایعترین اختلال روانپزشکی است که دربردارنده هزینه‌های فردی، اجتماعی و اقتصادی قابل توجهی می‌باشد (گراهام و همکاران، ۱۹۹۹، گاوین، ۲۰۰۱). تقریباً دو سوم بیماران مبتلا به افسردگی ماژور به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آن‌ها از این طریق به زندگی خود خاتمه می‌دهند (سادوک و سادوک، ۲۰۰۹). در آمریکا بنا بر آمار، خودکشی هشتمین علت شایع مرگ و میر است. بسیاری از افرادی که افکار و اندیشه خودکشی دارند اقدام به خودکشی نمی‌کنند و آمار اقدام به خودکشی به مراتب کمتر از وجود افکار خودکشی است (محمدخانی و همکاران، ۱۳۸۲). اندیشه خودکشی^۱ به افکار تکرار شونده و راجعه در خصوص بی‌ارزشی زندگی، بی‌ارزشی خود و پایان دادن به زندگی تعریف می‌شود که با توجه به برنامه دار بودن آن خطرناک فرض می‌شود (دادستان، ۱۳۸۶). بر طبق تحقیقات صورت گرفته عوامل خطر مرتبط با خودکشی به عوامل بیولوژیک (کاهش یکی از متابولیت‌های سروتونین به نام هیدروکسی ایندول استیک اسید) (سادوک و سادوک، ۲۰۰۹، بوترایس، ۲۰۰۰)، فرهنگی (مانند عدم تعلق به یک مذهب)، اقتصادی-اجتماعی (مانند فقر)، رشدی (عدم توانایی در حل تعارضات مرتبط با سن) (لویسنون، ۱۹۹۴) و شناختی (دیک، ۱۹۹۳ و ویشار و بک، ۱۹۹۲) تقسیم می‌شوند. در مدل شناختی که خودکشی را تبیین می‌کند سه ساختار زیر بنایی دارد: ۱) عوامل آسیب پذیر موقعیتی (۲)

فرایندهای مرتبط با آسیب روانپزشکی (۳) فرایندهای شناختی مرتبط با عمل خودکشی. عوامل آسیب‌پذیر موقعیتی شامل تکانشگری، نارسایی حل مسئله، سبک حافظه بیش‌تعمیم‌ده، سبک شناختی ناسازگار است و فرایندهای شناختی مرتبط با عمل خودکشی شامل شناخت‌های منفی نسبت به خود جهان و آینده است که زیربنای اندیشه خودکشی فرض می‌شود (ویشار و بک، ۱۹۹۲).

همان‌طور که برنارد و تیزدل در نواقص نظریه شناختی اشاره نموده‌اند، این مدل فقط با یک سطح شناخت سر و کار دارد و افکار منفی بیش از آنکه پیش‌آیند اختلال باشند، ممکن است نتیجه آن باشند. بر طبق عقیده این دو در آسیب‌شناسی اختلالات نیازمند آن هستیم تا به نظام پردازش اطلاعات به صورت جامع توجه کنیم (محمدخانی، ۱۳۸۸). مدل نوظهوری که نظام پردازش اطلاعات را محور کارهای خود قرار داده رویکرد فراشناختی و لزوم آن باشد. فراشناخت به نوعی از دانش اطلاق می‌شود که مسئول ارزیابی و کنترل شناخت است (پاپاجورجیو، ۲۰۰۳). رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها در برابر پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی، به الگویی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می‌گردد (پاپاجورجیو، ۲۰۰۳). مدل فراشناختی بیان می‌دارد که حالت افسردگی، با شکست در ارزیابی تحقق اهداف شخصی ارتباط دارد. باورهای فراشناختی، افکار نشخوارگونه را به عنوان شیوه‌ای برای مقابله و خودتنظیمی در نظر می‌گیرند. با این‌که این افکار همیشه به طور داوطلبانه به وجود نمی‌آیند، ادامه آن‌ها تابع کنترل داوطلبانه است و با باورهای مثبت درباره مفید بودن این راهبردها ارتباط دارد. خودتمرکزی و نشخواد فکری، نه تنها باعث منحرف کردن توجه از اشکال‌سازگار مقابله، مثل حل مساله می‌گردند، بلکه در عدم کارآمدی فراشناختی نیز سهم هستند و باعث می‌شوند که افراد انعطاف خود را در پردازش موثر و کارا از دست بدهند (پاپاجورجیو، ۲۰۰۳).

بطور خلاصه درمان فراشناختی بر این اصل استوار است که اختلال روانشناختی به دلیل اثرات سبک تفکر یعنی سندرم شناختی-توجهی بر تجربه‌های هیجانی و دانش تداوم می‌یابد (محمدخانی، ۱۳۸۸). سندرم شناختی-توجهی از راه‌های خاصی موجب تداوم

برداشت منفی فرد از خود و ادراک تهدید می‌شود (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴). سندرم شناختی توجهی با فعال سازی باورهای فراشناختی منفی و مثبت سروکار دارد و تفکیک سطح فراشناختی از سطح شناختی معمولی بر این امر دلالت دارد که تجربه‌ی رخدادهای درونی از قبیل افکار، باورها و هیجان‌ها می‌تواند به سبک شناختی یا فراشناختی تعلق داشته باشد (پاپاجورجیو، ۲۰۰۳). این امر طیف وسیعی از امکانات را برای درمان فراهم می‌سازد. بدین ترتیب که درمان باید بر تغییر باورهای فراشناختی و ایجاد شیوه‌های جایگزین تجربه کردن و مقابله با رخدادهای درونی متمرکز شود. نشخوار فکر خصیصه‌ی اصلی سندرم شناختی-توجهی است که در پاسخ به گفتار منفی و تجربه‌ی فقدان فعال می‌شود. سندرم شناختی-توجهی باعث تداوم غمگینی و باورهای منفی شده و به دوره‌های افسرده ساز منجر می‌شود (محمدخانی، ۱۳۸۸). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که مداخلاتی چون فراشناخت درمانی که بر تغییر ارتباط بیمار با افکار و احساسات ناکارآمد تمرکز می‌کند به مراتب مفیدتر از تلاش برای تغییر محتوای فکر است (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴).

درمان فراشناختی که برای افکار خودکشی افراد افسرده به کار گرفته می‌شود همان چارچوب این درمان برای افسردگی را دارد با این تفاوت که ناامیدی را عامل مهمی در اندیشه و رفتار خودکشی به حساب می‌آورد، از این رو ناامیدی است که باید مورد توجه قرار گرفته و کاهش داده شود (محمدخانی، ۱۳۸۸). در درمان فراشناختی، ناامیدی به عنوان تظاهر آشکار نشخوار فکری درباره موضوعی که نمی‌توان آن را تغییر داد و بیمار درباره آن احساس ناتوانی میکند مفهوم سازی می‌شود. درمانگر توجه بیمار را به این موضوع، به عنوان تظاهر دیگری از نشخوار فکری معطوف و از بیمار می‌خواهد که نشخوار فکری را متوقف کند (ولز، ۲۰۰۴). از بیماران خواسته می‌شود که توجه شان را از نشخوار فکری دور ساخته و به فعالیت‌های دیگری مانند برداشتن گام‌های خاص برای حل مسایل یا سازمان دادن ابعاد مهم زندگی شان که ممکن است مورد بی توجهی قرار گرفته باشند، معطوف سازند (محمدخانی، ۱۳۸۸، ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴).

در زمینه‌ی اندیشه خودکشی در اختلال افسردگی اساسی شواهد مقدماتی در مورد اثرات درمان فراشناختی فراهم آمده است. ولز و پاپاجورجیو (۲۰۰۴) ۶ بیمار مبتلا به افسردگی

اساسی که گرایش به خودکشی داشتند، را با استفاده از طرح A-B همراه با پی‌گیری و تکرار مستقیم، درمان کرد. ارزیابی‌های پی‌گیری، ۴ و ۸ ماه پس از درمان و در فاصله‌ی طولانی‌تر ۱۷-۳۶ ماه پس از درمان انجام شد. در همه‌ی موارد، درمان با کاهش عمده‌ی علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار افکار خودکشی همراه بود. میزان متوسط بهبودی در علائم، براساس مقیاس اثر رویدادها ۸۴٪ بود (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴). در یک رشته مطالعات تک‌موردی تکراری (۲۰۰۵) بر بیماران افسرده با افکار خودکشی، درمان فراشناختی کوتاه مدت اثر بخش بود و همه‌ی بیماران بهبودی قابل توجهی را نشان دادند و نتایج به دست آمده تا زمان پی‌گیری حفظ شد. این نتیجه به طور متوسط در ۴ تا ۸ جلسه درمانی ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای به دست آمد (ولز، ۲۰۰۵). همچنین برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نشخوار افکار ناامیدکننده در تداوم اندیشه خودکشی نقش بسزایی دارد. برای مثال نولن - هوکسیما و مارو نشان داده‌اند که نشخوار فکری موجب تداوم اندیشه‌ی خودکشی پس از تجارب استرس‌زای زندگی می‌شود (نولن هوکسیما و مارو، ۱۹۹۱).

با توجه به بغرنج بودن مساله خودکشی و این که تغییر اندیشه خودکشی به اقدام خودکشی صدمات جبران ناپذیری برای فرد و جامعه همراه خواهد داشت و به علت طولانی بودن سایر درمان‌های روان‌شناختی مثل روانکاوی و شناختی-رفتاری و وجودی نیاز به درمانی کوتاه مدت است تا اندیشه خودکشی سریعاً اصلاح و تعدیل گردد. علاوه براین، میزان داده‌هایی که اثرمندی درمان فراشناختی را بر اندیشه خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی نشان دهد محدود می‌باشد. بنابراین در پژوهش حاضر سعی شده است تا کارآمدی درمان فراشناختی بر اندیشه خودکشی افراد افسرده بررسی شود.

روش پژوهش

این پژوهش در چارچوب طرح شبه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه مورد آزمایش بیمارانی بودند که به دو کلینیک روانپزشکی فرهنگ و پیدایش شهر تبریز برای درمان افسردگی خود مراجعه کرده بودند. نمونه‌ای ۳۰ نفره از این جامعه با در نظر گرفتن معیارهای زیر انتخاب شد: وجود معیار اندیشه خودکشی به عنوان یکی از ملاک‌های تشخیص افسردگی ماژور براساس DSMIV، نداشتن اختلالات شخصیت در

محور II براساس DSMIV، میزان اندیشه خودکشی در حد متوسط به گونه‌ای که براساس تشخیص روانپزشک نیاز به بستری در بیمارستان نباشد. بیماری که بنا به تشخیص روانپزشک شرایطش به گونه‌ای باشد که خطر اقدام به خودکشی در وی دیده می‌شود و نیاز به بستری در بیمارستان در وی دیده می‌شود از برنامه پژوهشی خارج می‌گردد. که بیماران بوسیله یک کارشناس ارشد روانشناسی بالینی و یک روانپزشک مورد ارزیابی قرار گرفتند. در بازده زمانی ۶ ماه بیماران مراجعه کننده به مرکز که رضایت به شرکت در پژوهش را داشتند به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند و بصورت یک در میان در گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. برای هر دو گروه درمان دارویی ضد افسردگی (سیتالوپرام) به عنوان درمان انتخابی تجویز شد و گروه آزمایش تحت ۸ جلسه هفتگی فردی درمان فراشناختی قرار گرفتند و گروه کنترل فقط درمان دارویی دریافت کردند. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله از لحاظ اندیشه خودکشی مورد ارزیابی قرار گرفتند. در این مطالعه ۳۰ نفر وارد مطالعه شدند و در دو گروه ۱۵ نفره مورد مقایسه قرار گرفتند.

ابزار جمع آوری داده‌ها: مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک^۱

مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک در سال ۱۹۷۹ توسط بک برای سنجش میزان مستعد بودن فرد به خودکشی ساخته شد. اجرای آن از طریق مصاحبه ی نیمه ساختار یافته بوده و برآوردی عددی از شدت افکار و امیال خودکشی گرایانه فراهم می‌کند. این مقیاس مشتمل بر ۱۹ ماده است که توسط بالینگر بر روی یک مقیاس سه نقطه‌ای از صفر (کمترین شدت) تا ۲ (بیشترین شدت) درجه بندی می‌شود. پنج ماده ی اول میل آزمودنی به زنده بودن یا مردن را غربالگری می‌کند و از این طریق مدت زمان اجرا در افراد فاقد میل خودکشی کاهش می‌دهد. تنها افرادی که آرزوی انجام اقدام فعالانه یا منفعلانه ی خودکشی را گزارش کنند در مواد ۶ تا ۱۹ درجه بندی می‌شوند این مواد به طول مدت و فراوانی افکار خودکشی گرایانه، طرح و برنامه‌ی خودکشی، میزان آرزوی مردن، احساس کنترل بر آرزوهای خودکشی گرایانه، وسیله و فرصت روش خودکشی، نیرومندی آرزوی زنده بودن و آرزوی مردن، بازدارنده‌های درونی و بیرونی و سابقه‌ی اقدامات قبلی خودکشی مربوط

1. beck suicidal ideation scale

می‌شود. اعتبار و پایایی مقیاس اندیشه پردازی خودکشی بک در پژوهش‌های گوناگون تایید شده است. برای مثال بک، ضریب پایایی و پایایی بین ارزیابان آن را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۳ گزارش کرد (بک و استیر، ۱۹۹۱).

گروه مداخله طی ۸ جلسه یک ساعته که در طول ۸ هفته به طول انجامید تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند. برنامه جلسات بر این قرار بود: جلسه اول: آشنایی با اختلال افسردگی اساسی و اندیشه خودکشی و عوامل موثر بر آن، جلسه دوم: مفهوم سازی اندیشه خودکشی بر اساس مدل فراشناختی، معرفی مدل، تمرین تکنیک آموزش توجه، ارایه تکلیف خانگی و بحث در خصوص اهمیت آن در فرایند درمانی، جلسه سوم: بررسی تکلیف خانگی، معرفی تکنیک ذهن آگهی گسلیده و به تعویق انداختن نشخوار ذهنی و تمرین آن، بحث در خصوص اهمیت نشخوار فکری در تداوم اختلال، ارایه تکلیف خانگی، جلسه چهارم: بررسی تکالیف خانگی اعضا، شناسایی عوامل راه انداز نشخوار فکری، تمرین تکنیک آموزش توجه و ارایه تکلیف خانگی، جلسه پنجم: بازبینی تکالیف خانگی، شناسایی و اصلاح فراشناخت‌های منفی (اعتقاد به کنترل ناپذیر بودن نشخوارها)، تمرین تکنیک ذهن آگهی گسلیده و به تعویق انداختن فکر، ارایه تکلیف خانگی، جلسه ششم: بازبینی تکالیف خانگی، شناسایی و اصلاح فراشناخت‌های مثبت (اعتقاد به مفید بودن نشخوارها)، تمرین تکنیک آموزش توجه و ارایه تکلیف خانگی، جلسه هفتم: ارایه خلاصه‌ای از جلسات و تدوین برنامه‌ای جدید، جلسه هشتم: انجام برنامه پیشگیری از عود (شناسایی عواملی که موجب عود خواهد شد و راه‌های مقابله به آن) (محمدخانی، ۱۳۸۸، ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۰، پاپاجورجیو و ولز، ۲۰۰۳، ولز، ۲۰۰۸).

به منظور مقایسه میانگین‌های دو گروه از آزمون تی زوجی استفاده شد. توصیف و تحلیل داده‌ها در این مطالعه به وسیله نرم افزار spss (ورژن ۱۶) انجام شد. سطح معناداری در این مطالعه ۰/۰۵ تعیین شد.

یافته‌های پژوهش

مجموعاً ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل مورد سنجش قرار گرفتند. میانگین \pm انحراف استاندارد سنی گروه‌های آزمایش و کنترل به ترتیب $۳۳ \pm ۱,۷$ و $۳۴ \pm ۰,۴۹$ بود. متغیرهای دیگر در جدول ۱ مقایسه شده است.

جدول ۱. مقایسه متغیرهای دموگرافیک گروه‌های مداخله و کنترل

| P | کنترل | آزمایش | متغیرها | |
|-------|---------------|--------------|---------------------------------|--------------|
| ۰/۵۶۰ | $۳۴ \pm ۰,۴۹$ | $۳۳ \pm ۱,۷$ | سن (میانگین \pm انحراف معیار) | |
| ۱ | ۸ | ۸ | مرد | جنسیت |
| | ۷ | ۷ | زن | |
| | ۶ (%۴۰) | ۳ (%۲۰) | بی سواد | |
| | (%۲۶,۷) | ۶ (%۴۰) | ابتدایی، راهنمایی | |
| | ۴ | ۵ (%۳۳,۳) | دیپلم | وضعیت تحصیلی |
| ۰,۴۴۱ | (%۲۶,۷) | ۱ (%۶,۷) | دانشگاهی | |
| | ۴ | ۱ (%۶,۷) | | |
| | ۱ (%۶,۷) | | | |

نمره میانگین شاخص اندیشه خودکشی بک قبل از مداخله و پس از مداخله بین دو گروه مورد مقایسه قرار گرفت (جدول ۲)، نمره میانگین اندیشه خودکشی گروه آزمایش در مرحله پس آزمون بصورت معناداری پایین تر از گروه کنترل بود ($P=۰.۰۰۰۱$).

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد اندیشه خودکشی به تفکیک مراحل و گروه‌ها

| گروه | مرحله | میانگین | انحراف معیار | P |
|-------------|-----------|---------|--------------|---------|
| گروه کنترل | پیش آزمون | ۱۸.۸۳۳۳ | ۳.۸۵۷۳۰ | |
| | پس آزمون | ۱۸.۴۱۶۷ | ۲.۵۷۴۶۴ | ۰.۰۲۳۳ |
| گروه آزمایش | پیش آزمون | ۱۸.۵۸۳۳ | ۴.۴۸۱۴۴ | |
| | پس آزمون | ۱۴.۷۵۰۰ | ۲.۲۲۰۷ | ۰.۰۰۰۰۱ |

بحث و نتیجه‌گیری

اندیشه خودکشی به افکار تکرار شونده و راجعه در خصوص بی‌ارزشی زندگی، بی‌ارزشی خود و پایان دادن به زندگی تعریف می‌شود که با توجه به برنامه‌دار بودن آن خطرناک فرض می‌شود (دادستان، ۱۳۸۶). هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان فراشناختی بر اندیشه خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی بود. پس از آزمون این فرضیه با استفاده از روش تی زوجی، نتایج نشان داد که بین نمره اندیشه خودکشی دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، بدین صورت که اعضای گروه آزمایش پس از شرکت در جلسات درمان فراشناختی میزان اندیشه خودکشی کمتری را گزارش نمودند. بنابراین فرضیه پژوهش تایید می‌گردد که نشان دهنده این است که درمان فراشناخت باعث کاهش اندیشه خودکشی می‌شود.

در اندیشه خودکشی افکار ناامیدکننده پیرامون زندگی، ارزش بقا و باقی ماندن دائماً در حال تکرار شده است (دیک، ۱۹۹۳) که نوعی نشخوار فکری محسوب می‌گردد. همانطور که پژوهش‌ها نشان داده‌اند نشخوار فکری موجب تداوم اندیشه‌ی خودکشی پس از تجارب استرس‌زای زندگی می‌شود (ولز، ۲۰۰۴). درمان فراشناختی به عنوان نوعی درمان که بر فهم علل نشخوار فکری متمرکز است و در این راه از تکنیک‌هایی نظیر آموزش توجه استفاده می‌کند که سودمندی آن به لحاظ تجربی نشان داده شده (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴)، می‌تواند بر کاهش اندیشه خودکشی موثر و مفید واقع شود. در پژوهش حاضر به همان

صورتی که ولز درباره مقابله با اندیشه و رفتار خودکشی ذکر نموده است (محمدخانی، ۱۳۸۸) ناامیدی به عنوان تظاهر آشکار نشخوار فکری درباره موضوعی که نمی‌توان آن را تغییر داد و بیمار درباره آن احساس ناتوانی می‌کند مفهوم سازی شد. استنباط می‌شود که کاهش اندیشه خودکشی در شرکت کنندگان به تبع کاهش نشخوارهای فکری آن‌ها بوده است.

در خصوص اثربخشی درمان فراشناختی بر اندیشه خودکشی یافته‌های بسیار محدودی موجود است که می‌توان به پژوهش ولز و پاپاجورجیو (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۴)، ولز و پاپاجورجیو، (۲۰۰۰) و ولز (ولز، ۲۰۰۵) اشاره نمود. یافته‌های پژوهش حاضر با این دو پژوهش که درمان فراشناختی را موثر بر اندیشه خودکشی بیماران افسرده بر شمرده‌اند همخوانی دارد اما نوع طرح پژوهشی در دو مطالعه متفاوت می‌باشد و در دو پژوهش مذکور از نمونه آماری بسیار اندکی استفاده شده است که امکان تعمیم آن را محدود می‌کند. در مطالعه ما و دو مطالعه قبلی از روش‌های یکسانی برای کاهش اندیشه خودکشی استفاده شده است که می‌توان نتیجه گرفت فنون فراشناختی می‌تواند اندیشه خودکشی را تعدیل و کاهش دهد. پژوهش‌های دیگری در خصوص اثربخشی درمان فراشناختی بر بیماران مبتلا به افسردگی انجام شده است (زهره هاشمی و همکاران ۱۳۸۹، ریحانه درگاهیان و همکاران ۱۳۹۰، هادی پرهون و همکاران ۱۳۹۱، حسین شاره و همکاران ۱۳۹۲) که در همه آن‌ها درمان فراشناختی بر میزان افسردگی موثر بوده است. با نگاهی به محتوا و فرایند درمان فراشناختی افسردگی می‌توان دریافت که نقش متقابل نشخوار فکری و باورهای فراشناختی مثبت و منفی در افسردگی بسیار مورد توجه قرار گرفته است. به گونه‌ای که ولز (ولز، ۲۰۰۵) تاکید دارد تا زمانی که نشخوار فکری به صورت مستقیم مورد چالش قرار نگیرد و در این میان باورهای فراشناختی منفی و مثبت تغییر نیابند درمان افسردگی موثر نخواهد بود. این پژوهش‌ها از این نظر که درمان فراشناختی را بر گروه افسرده به کار برده‌اند مشابه مطالعه ما می‌باشند اما با توجه به این که اندیشه خودکشی در مطالعه آن‌ها در نظر گرفته نشده متفاوت با مطالعه ما می‌باشد. اما با توجه به تغییراتی که درمان فراشناختی بر نشانگان افسردگی ایجاد می‌کند و موجب بهبودی اختلال می‌شود می‌توان نتیجه گرفت که این نوع درمان با تاثیری

که بر کاهش نشخوار فکری میگذارد می تواند در کاهش اندیشه خودکشی نیز موثر واقع شود.

اگرچه برای قطعی تر دانستن اثر درمان فراشناختی بر اندیشه خودکشی نیاز به مطالعات بیشتری است.

با ملاحظه عوامل آسیب شناختی که در اندیشه خودکشی بیماران مبتلا به افسردگی مطرح است و اهمیت نشخوار فکری در بروز این مشکل، می شود بیان نمود که با کنترل و تعدیل نشخوارهای فکری در بیماران افسرده ای که دارای اندیشه خودکشی هستند با استفاده از روش فراشناختی می توان گام مهمی در درمان این مشکل برداشت. شاید این سؤال پیش آید که چرا بایستی از درمان فراشناختی برای درمان بیماران افسرده و اندیشه خودکشی آنها استفاده کرد در صورتی که درمان های روانکاوی و شناختی رفتاری درمان های روتین بین درمانگران در خصوص این اختلال به شمار می آید. بایستی اشاره کرد که درمان روانکاوی و شناختی رفتاری هر دو درمان هایی طولانی مدت می باشند و در جایی که مساله اندیشه خودکشی است استفاده از چنین درمان هایی شاید قابل استفاده نباشد (محمدخانی، ۱۳۸۸). در مواجهه با اندیشه خودکشی ما در صدد هستیم تا سریعاً از پیشرفت مشکل و تبدیل آن به اقدام به خودکشی پیشگیری کنیم و در این خصوص نیازمند پروسه کوتاه درمانی هستیم که معطوف به مشکل اصلی نه ریشه ها و زیربناهای آن باشد (ولز و پاپاجورجیو، ۲۰۰۰).

به محققان علاقه مند در این حوزه پیشنهاد می شود به منظور بالا بردن اعتبار بیرونی از نمونه هایی با حجم بیشتر و در گروه های اجتماعی گوناگون استفاده کنند. همچنین علاوه بر استفاده از ابزارهای خود گزارش دهی که امکان سوگیری در آنها محتمل است توصیه می شود که از روش های پژوهشی دیگر مانند مصاحبه و مشاهده برای سنجش این متغیر استفاده شود تا سوگیری ها به حداقل کاهش یابد.

منابع

- دادستان، پریرخ. (۱۳۸۶). *روانشناسی جنایی*. تهران: انتشارات سمت:
- گراهام گلدر، مایکل. میو، ریچارد. گلدیس، جان. (۱۹۹۹). *درسنامه پزشکی و روانپزشکی آکسفورد*. ترجمه مهدی نادری فر. تهران: تیمورزاده، (۱۳۸۱).
- محمد خانی، پروانه. محمدی، محمدرضا. رضایی دوگانه، ابراهیم. نظری، محمد علی. (۱۳۸۲). بررسی همه گیر شناسی افکار خودکشی، اقدام به خودکشی، عوامل زمینه ساز و آشکار ساز خودکشی در نوجوانان و جوانان مناطق پر خطر ایران، از پژوهش‌های مرکز امور مشارکت زنان
- ولز، آدرین. (۱۳۸۸). *راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی*. شهرام محمد خانی. تهران: انتشارات و رای دانش.
- Gavin, A. (2001). The depression: Diagnostic classification and course. *Journal Affective disorder*, 45(2): 31-39
- Sadock BJ, Sadock AV. *Synopsis of psychiatry behavior and science clinical psychiatry*, 9ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins; 2009:1629-44.
- Beautrais, Annete, L. (2000) Risk factor for suicide among young people. *Australian & New Zealand, Journal of Psychiatry*, Vol.34:420-436
- Lewinsohn, PM. Rohde, P. Seeley, JR. (1994). Psychosocial risk factors for adolescent suicide attempts. *Consulting and clinical psychology*, 62: 297-305.
- Dyck, MJ. (1993). Positive and negative attitudes at suicide ideation. *Suicide Life Theat Behave*. 30-73.
- Weishaar ME, Beck AT. (1992). Clinical and Cognitive predictors of suicide. Assessment and prediction of suicide. In: Maris RW, Berman Al, Maltsberger JT, editors. London: Guilford Pres
- Papageorgiou C, Wells A. (2003). An Empirical Test of a Clinical Metacognitive Model of Rumination and depression. *Cogn Ther Res*. (27): 261-273.
- Wells A, Papageorgiou C. (2004). Metacognitive therapy for depressive rumination. *Depressive Rumination: Nature, theory and treatment*. Chichester, UK: Wiley, 45-67.
- Matthews G, Wells A. (2004), Rumination, depression and metacognition: The S-REF model. In C, Papageorgiou & A. Wells (Eds), *Depressive*

- Rumination: Nature, theory and treatment. Chichester, UK: Wiley, 125-51.
- Wells, A. (2005). Modeling metacognition in emotional disorder. *Behav Res Ther*; 34(11-12); 881-8.
- Nolen-Hoeksema, S. Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and post traumatic stress symptoms after a natural disaster: The 1989 Loma Prieta earthquake. *J Personality Soc Psychol.* (61): 115-121.
- Wells, A. Matthews G. (2008). *Meta-cognitive therapy: A practical guide.* (Ch.9: Major depressive disorder). New York: Guilford Press.
- Wells, A. papageorgiou C. (2000). Treatment of Recurrent Major Depression With Attention Training. *Cogn Behav Pract.* (7)407-413.
- Beck, AT. and Steer, RA. (1991). *Manual for the Beck Scale for Suicide Ideation.* San Antonio. TX: Psychological Corporation.1991.
- Norton, PJ. Temple, SR. Pettit, JW. (2008). Suicidal ideation and anxiety disorders: Elevated risk or artifact of comorbid depression? *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39: 515-25.
- Wells, A. (2005). Detached Mindfulness in Cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *J Ratio Emot Cogn Behav Ther.* 23(4)337-55

