اثربخشی روش درمانی فراشناخت بر افسردگی دانش‌آموزان پسر ۱۳ تا ۱۸ ساله در خانواده‌های طلاق

دریافت: ۱۴۰۲/۰۷/۱۸ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۲۱

محمد پرنو[۱]، سید عبدالمجید بحرینیان[۲*]، فاطمه شهابی‌زاده[۳]، سعید ملیحی الذاکرینی[۴]

۱. دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران ۲. استاد، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران ۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران ۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: افزایش میزان طلاق در دهه‌های اخیر و تأثیرات آن روی نوجوانان، آسیب‌های روانی همچون افسردگی را در کانون پژوهش‌ها قرار داده است. بر همین اساس، مطالعه حاضر با هدف تعیین اثربخشی روش درمانی فراشناخت بر افسردگی دانش‌آموزان پسر ۱۳ تا ۱۸ ساله در خانواده‌های طلاق انجام شد.

روش کار: تحقیق حاضر از نوع نیمه تجربی با پیش آزمون، پس آزمون، پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری نوجوانان پسر ۱۳ تا ۱۸ ساله دو مدرسه متوسطه اول منطقه پنج شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بودند که ۳۰ نفر از آنها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه مداخله و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. درمان فراشناخت در قالب ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفتگی برای گروه مداخله ارائه شد، درحالی‌که گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با پرسشنامه افسردگی نوجوانان (Maria Kovacs، 1979) سنجیده شدند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها: بر طبق یافته‌های این پژوهش، مداخله با درمان فراشناخت روی متغیر افسردگی اثربخش بود ($p<۰/۰۰۱$)، به طوری‌که میانگین نمرات پس‌آزمون افسردگی برای گروه کنترل ۳۰/۵۷ و برای گروه مداخله ۱۶/۸۷ بود. در گروه مداخله تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پس‌آزمون با نمره ۱۶/۸۷ و پیگیری با نمره ۱۷/۶۰ دیده نشد ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاکی از این بود که درمان فراشناخت یک مداخله اثربخش روی دانش‌آموزان ۱۳ تا ۱۸ ساله در خانواده‌های طلاق بوده و توصیه می‌شود این روش درمانی جهت کاهش افسردگی مورد استفاده قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناخت، افسردگی، دانش‌آموز، نوجوان، طلاق

* **نویسنده مسئول:** استاد، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران

ایمیل: majid.bahrainian@gmail.com **تلفن:** ۰۲۱۲۲۰۰۳۴۴۶ **نمابر:** ۰۲۱۲۲۰۰۳۴۴۶

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1403.11.2.6.8]

[DOI: 10.61186/jjums.11.2.1575]

مقدمه

افسردگی شایع‌ترین اختلال روانپزشکی است که با افت شدید عملکرد، ناتوانی و در افسردگی اساسی با خطر ۱۵ درصد خودکشی همراه است (۱). بررسی‌ها نشان می‌دهد تقاضا برای درمان اضطراب و افسردگی برای سومین سال متوالی، پس از همه‌گیری کرونا، همچنان بالا باقی مانده است. افسردگی اغلب با سایر اختلالات روانشناخت و همین‌طور بیماری‌های جسمی، خصوصاً آنهایی که مزمن هستند، ارتباط تنگاتنگی دارد. می‌توان گفت همه اختلالات روانی به دلیل ماهیت خروج از تعادل، به نوعی موجب غمگینی، بی‌ارزشی و تشدید ناامیدی و دلسرد شدن از زندگی می‌شوند؛ عوامل خانوادگی زیادی با افسردگی دوران کودکی و نوجوانی رابطه دارند. تعداد قابل توجهی از تحقیقات نشان داده است که اختلافات میان والدین و طلاق آنها از عوامل مشکل‌ساز در حوزه سازگاری نوجوانان است (۲). Mathers و Loncar طی پژوهشی اظهار داشتند که تا سال ۲۰۳۰ میلادی در تحقیقات یا طرح‌های پایه‌ای، سه علت عمده بیماری‌ها ایدز، افسردگی و بیماری ایسکیمیک قلبی خواهند بود (۳). همچنین Kimbrel و همکاران طی مطالعه یک ساله‌ای که انجام دادند، اظهار داشتند افسردگی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که شیوع رو به فزونی آن، به نگرانی جهانی مبدل شده است (۴). آمارهای داخلی در خصوص افسردگی دهه اخیر ایران به طور کامل و تفکیک شده در دسترس نیست؛ اما لطفی‌فر و همکاران اشاره می‌کنند که اگر جمعیت ایران را حدود هفتاد و پنج میلیون نفر در نظر بگیریم، پانزده میلیون نفر از این افراد به افسردگی دچار شده یا در آینده خواهند شد (۵). Shorey و همکاران در پژوهش خود تأکید می‌کنند علائم افسردگی در میان نوجوانان از سال ۲۰۱۰ تا ۲۰۲۰ میلادی ۱۳٪ افزایش داشته است (۶) و ۳۴٪ از نوجوانان ۱۰ تا ۱۹ ساله در جهان، در معرض ابتلا به افسردگی بالینی هستند (۶). زمانی‌که والدین کودکان از هم جدا می‌شوند یا وقتی کودکان یا نوجوانان تحت سرپرستی یکی از والدین خود هستند، بیشتر افسرده می‌شوند (۷). یعنی طلاق یکی از بحران‌هایی است که به عنوان بحران اجتماعی و خانوادگی مطرح می‌شود و در بسیاری از موارد موجب عدم تعادل خانواده گشته، ثبات خانواده را درهم می‌شکند و باعث عدم تعادل روانی و عاطفی خانواده می‌گردد (۸). با اهمیت‌ترین تهدید علیه بنیاد خانواده طلاق بوده و شناخت عامل‌های مؤثر بر آن و متأثر از آن از اولویت‌های بهداشت روان است (۹). جدایی والدین یکی از پر دغدغه‌ترین رویدادهای زندگی برای نوجوانان هست که غالباً با مشکلات عاطفی و رفتاری طولانی مدت همراه است (۱۰). بنابراین، نظر به موارد فوق فرزندانی که در زمان طلاق والدین در سنین نوجوانی هستند، موقعیت ویژه‌ای دارند.

درمان فراشناختی (Metacognitive therapy)، شیوه دیگری از ارتباط با افکار را به فرد می‌آموزد. فراشناخت درمانی در افسردگی، فرآیند پردازشی نشخوار و نه محتوای افکار منفی را هدف قرار داده و فرد را به سوی بالابردن توان کنترل بر سبک‌های فکری‌اش سوق می‌دهد (۱۱). درمانگر با افکار بیمار چالش نمی‌کند؛ بلکه اجازه می‌دهد تا بدون اجتناب از فکرهای منفی، افکار ناراحت کننده را تجربه کرده و از راهبردهایی مانند سرکوب کردن یا نشخوار فکری استفاده نکند.

در طول سال‌های گذشته، واژه «فراشناخت» با توجه به پژوهش‌های پایه‌ای و روش‌های رواندرمانی ارتقاء یافته مفهوم «فرا-حافظه»، در حوزه‌های دیگر توجه فزاینده‌ای را به خود جلب کرده است (۱۲) و معمولاً این اصطلاح، با عنوان «اندیشیدن در مورد اندیشیدن» تعریف می‌شود. مطالعات بسیاری، تأثیرگذاری درمان‌های شناختی- رفتاری را تأیید کرده‌اند (۱۳). بیماران افسرده تمایل دارند عملکرد عصبی- شناختی خود را ضعیف تصور کنند. همچنین به نظر می‌رسد تحریف‌های دیگر در فراشناخت، از ویژگی‌های پایدار در افسردگی هستند. فرایندهای فراشناختی دارای دو جنبه مستقل؛ اما مرتبط با یکدیگر هستند: یکی دانش فراشناختی و دیگری تجربه فراشناختی. دانش فراشناختی بر سه جنبه مهم تأکید دارد: الف. اطلاع فرد از نظام شناختی خود ب. اطلاع فرد از تکلیف و ج. اطلاع فرد از راهبردها (۱۴).

با توجه به مطالب مطرح شده به نظر می‌رسد نوجوانان در خانواده‌های طلاق که افسردگی در آنها دیده شده، مشکلات روانشناختی داشته باشند. بی تردید، افزون بر مشکلات روانی، مسائل اجتماعی و عاطفی را نیز برایشان به همراه خواهد داشت. طبیعتاً به کارگیری درمان‌های روانشناخت و مداخلات، جهت کاهش این مشکلات، اهمیت دوچندانی پیدا می‌کند. در این میان استفاده از درمان فراشناختی که شواهد قوی مبنی بر تأثیرگذاری این رویکرد وجود دارد (۱۴-۱۶) می‌تواند بسیار اثربخش باشد. در راستای اثربخشی این درمان، یافته‌های اورکی و همکاران نشان داد درمان فراشناختی بر کارکردهای اجرایی مبتلایان به افسردگی مؤثر است (۱۷). همچنین نتایج پژوهش Özgüç و Tanriverdi نشان داد مداخله با درمان فراشناخت، افسردگی را به طور معنی‌داری کاهش داده است (۱۸).

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1403.11.2.6.8]
[DOI: 10.61186/jjums.11.2.1575]

با توجه به افزایش مشکلات ناشی از متارکه والدین، فرزندان طلاق ممکن است مشکلات بیرونی و آسیب‌های روانی بیشتری همچون افسردگی را نسبت به همسالان خود داشته باشند (۳۳). اثرات افسردگی در نوجوانان، تبعات گسترده‌ای دارد که آسیب‌های احتمالی اثرات آن، ضرورت این مطالعه را دوچندان می‌کند. بنابراین، هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی روش درمانی فراشناخت بر افسردگی دانش‌آموزان پسر ۱۳ تا ۱۸ ساله در خانواده‌های طلاق است.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی بود که در آن طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اثر ماندگاری بررسی شد. جامعه آماری شامل نوجوانان گروه سنی ۱۳ تا ۱۸ سال پسر در دو مدرسه مقطع متوسطه اول، واقع در منطقه پنج شهرداری شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۴۰۱ بود. دانش‌آموزان مدرسه شهید کهن به تعداد ۲۹۱ نفر و مدرسه شهید حمزه‌لو ۳۴۰ نفر و در مجموع ۶۳۱ نفر بود. جهت اجرای پیش‌آزمون، با کسب رضایت از دانش‌آموزان، پرسشنامه افسردگی ماریا کواس در اختیار ۷۳ نفر از ایشان قرار گرفت و تکمیل شد. پس از تحلیل و بررسی، از دانش‌آموزانی که نمرات بالاتر در متغیر افسردگی داشتند، با توجه به روش نمونه‌گیری آزمایشی Brysbaert (۲۰)، Cohen و همکاران (۲۱) تعداد ۳۰ نفر به روش در دسترس، به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و با شیوه قرعه‌کشی در نمونه‌گیری تصادفی به دو گروه ۱۵ نفره شامل گروه مداخله و گروه کنترل دسته‌بندی شدند. طول دوره آزمایش ۸۰ روز بود و برای گروه مداخله درمان فراشناخت به مدت هشت جلسه نود دقیقه‌ای در روزهای دوشنبه هرهفته از ساعت ۹:۰۰ الی ۱۰:۳۰ مداخله صورت گرفت؛ گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد.

ملاک‌های ورود به پژوهش بدین‌سان بود: پسر باشد، دانش‌آموز باشد، بین ۱۳ تا ۱۸ سال سن داشته باشد، ساکن منطقه پنج شهرداری تهران باشد، والدین وی از یکدیگر جدا شده باشند، علاقه‌مند و دارای انگیزه جهت شرکت در دوره درمانی باشد، به شکل همزمان در دوره روان‌درمانی و یا مداخلات روانی دیگری شرکت نکند. ملاک‌های خروج از پژوهش بدین‌سان بود: عدم رغبت دانش‌آموز در میانه راه برای همراهی در ادامه پژوهش، عدم رضایت یکی از والدین یا قیم دانش‌آموز نسبت به شرکت کردن فرزندش در جلسات. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در ابتدا توضیحاتی کامل و شفاف در خصوص پرسشنامه‌ها به آزمودنی‌ها داده شد تا ایشان با آمادگی پیشین اقدام به تکمیل آن‌ها کنند. رضایت‌نامه کتبی آگاهانه، توسط مشارکت کنندگان تکمیل گردید و به ایشان اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه باقی خواهد ماند. در پایان پژوهش، گروه کنترل نیز تحت آموزش قرار گرفتند. پژوهش فاقد ریزش آزمودنی بود. اطلاعات جمعیت‌شناختی شامل جنسیت، سن، سطح تحصیلات و میزان افسردگی مربوط به دو گروه در مراحل آزمون بررسی شد. در پژوهش حاضر برای گردآوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

پرسشنامه افسردگی ماریا کواس (Children's Depression Inventory): پرسشنامه افسردگی کودکان توسط Kovacs Maria (۱۹۷۹) طراحی شده که شدت علائم مربوط به افسردگی یا اختلال دیستایمیک در کودکان و نوجوانان را ارزیابی می‌کند. یک ابزار خودگزارشی، دارای ۲۷ ماده که هر ماده شامل ۳ سؤال می‌شد و برگرفته از پرسشنامه افسردگی بک است. دارای پنج خرده مقیاس شامل: خلق منفی، مشکلات بین فردی، احساس بیهودگی، فقدان احساس لذت، عزت نفس پایین است. گویه‌ها بر اساس طبقه‌بندی صفر (عدم وجود نشانه)، یک (وجود نشانه خفیف) و دو (وجود نشانه‌های مشخص) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۵۴ است و میانگین نمره ۳۰ به معنی وجود افسردکی است. کسب نمره بالاتر در هر خرده مقیاس و نهایتاً در کل پرسشنامه نشان‌دهنده میزان بالاتر افسردگی است. مطالعات نشان دهنده مشخصات روان‌سنجی خوب برای این پرسشنامه بود. همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بود. اعتبار همزمان و افتراقی نیز مناسب گزارش شده بود (۱۹). محمدی و همکاران با هدف تعیین کارایی بالینی این پرسشنامه در تشخیص اختلال افسردگی کودکان و نوجوانان، طی پژوهشی ۲۰۸ دانش‌آموز پسر را مورد ارزیابی قرار دادند که نتایج نشان داد این پرسشنامه قابلیت پیش‌بینی اختلال افسردگی را داشته و دارای حساسیت ۰/۹۲ و ویژگی ۰/۹۱ است. بنابراین، نتایج مطالعات داخلی از کارایی بالینی پرسشنامه افسردگی کودکان به عنوان یک ابزار غربالگری حمایت می‌کند (۲۲). در پژوهش حاضر، میزان آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد. همچنین میزان پایایی هر یک از خرده مقیاس‌ها به ترتیب؛ خلق منفی ۰/۵۲، مشکلات بین فردی ۰/۳۹، احساس بیهودگی ۰/۵۶، فقدان احساس لذت ۰/۶۱ و عزت نفس پایین ۰/۵۷ به دست آمد.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1403.11.2.6.8]
[DOI: 10.61186/jjums.11.2.1575]

بسته درمانی فراشناخت (Metacognitive Therapy): شیوه‌نامه اجرایی درمان فراشناختی در این پژوهش توسط Jelinek و همکاران با نام بسته ویژه آموزشی درمان فراشناختی معرفی شده است. این شیوه‌نامه در قالب هشت پیمانه یا Module که به صورت ترتیبی باید به مراجع/ دانش‌آموز، آموزش داده شود، تهیه و تنظیم شده است. در انتهای هر جلسه یک تکلیف یا تمرین خانگی برای هر دانش‌آموز در نظر گرفته می‌شود. امکان‌سنجی و اثربخشی نسخه اولیه این بسته آموزشی، در یک مطالعه آزمایشی مورد تأیید قرار گرفت (۲۳). این شیوه‌نامه توسط پژوهشگر، به مدت هشت جلسه و هر جلسه نود دقیقه، به صورت هفتگی پیاده‌سازی شد. یک هفته پس از آخرین جلسه مداخله، پس‌آزمون انجام شد. سه ماه بعد از پس‌آزمون پیگیری صورت گرفت. در جدول شماره ۱ نحوه اجرای این شیوه‌نامه به صورت اجمالی توضیح داده شده است.

در پایان، داده‌های به دست آمده با استفاده از روش تحلیل واریانس تک متغیری با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی برای نمرات کل متغیرها و روش تحلیل واریانس چند متغیری با اندازه‌گیری مکرر بین گروهی برای خرده مقیاس‌ها به وسیله نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت ($p<۰/۰۵$).

جدول ۱. برنامه بسته درمانی فراشناخت (۳۲)

جلسه‌ها	هدف‌ها
اول	تحریف تفکر (پالایش ذهنی، تعمیم بیش از حد)، نحوه ارزیابی ذهنی مفیدتر، اصلاح ارزیابی‌های شناختی تحریف شده (مثل اغراق آمیز کردن تجربیات)، تکلیف خانگی بر اساس آموزش‌ها
دوم	مرور تکالیف، حافظه (ظرفیت محدود و خطای حافظه)، تمرکز و حافظه، مشکلات تمرکز و ارتباط آن با نگرانی، تفاوت ادراک هر شخص با دیگری، احساسات و خلق غالب و اثرات آن، تمرین‌هایی برای بهبود حافظه، تکلیف خانگی بر اساس آموزش‌ها
سوم	مرور تکالیف، رابطه تفکر و استدلال، تفکر تحریف شده (استبداد در باور و بی ارزش نمایاندن نکات مثبت)، معایب و محاسن استانداردهای سطح بالا، تفکر سیاه و سفید، یافتن تعادل، بررسی بازخوردهای مثبت، پذیرش تحسین دیگران؛ تکلیف خانگی بر اساس آموزش‌ها
چهارم	مرور تکالیف، ارزیابی ذهنی فرد از خودش، رفتارهای قابل مشاهده، حالت‌های غیرقابل مشاهده، منابع عزت‌نفس، مقایسه خود با دیگران، کمال‌گرایی، استانداردهای بسیار بالا، نکات آموزشی عزت‌نفس، تکلیف خانگی بر اساس آموزش‌ها
پنجم	مرور تکالیف، تحریف تفکر (بزرگ‌نمایی یا کوچک‌نمایی، سبک اسناد)، سرزنش خود با رویدادهای منفی، رفتارهای بی فایده، تکلیف خانگی بر اساس آموزش‌ها
ششم	مرور تکالیف، ویژگی‌های نشخوار فکری، نحوه مقابله با آن (جستجوی آرامش درون خود)، کناره‌گیری کردن (شکستن چرخه معیوب)، تکلیف خانگی بر اساس آموزش‌ها
هفتم	مرور تکالیف، الگوهای تفکر افسرده‌ساز، نتیجه‌گیری عجولانه (ذهن‌خوانی و پیش‌گویی)، فاجعه‌آمیز کردن یک موضوع و نتایج احتمالی و ارزیابی مجدد احتمالات، تکلیف خانگی بر اساس آموزش‌ها
هشتم	مرور تکالیف، درک نشانه‌های غیرکلامی، تفاوت هیجانات اصلی و هیجانات القاء شده توسط محیط، ابراز احساسات در برقراری ارتباط، جمع‌بندی جلسات

نتایج

اختلاف توزیع فراوانی جنسیت و سطح تحصیلات در دو گروه با استفاده از آزمون کای‌دو معنادار نبود ($p>۰/۰۵$). همچنین بین میانگین دو گروه از نظر سن و میزان افسردگی با استفاده از آزمون تحلیل واریانس اختلاف معنادار وجود نداشت. میانگین سنی آزمودنی‌های گروه مداخله برابر با ۱۴/۵۳ سال و انحراف معیار ۰/۶۴ سال و میانگین سنی گروه کنترل برابر با ۱۴/۰۷ سال با انحراف معیار ۰/۹۶ سال بود.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1403.11.2.6.8]
[DOI: 10.61186/jjums.11.2.1575]

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نمرات میزان افسردگی گروه مداخله و کنترل در سه مرحله اندازه‌گیری

مراحل	گروه مداخله انحراف استاندارد±میانگین	گروه کنترل انحراف استاندارد±میانگین
پیش‌آزمون	۲۸/۲۷±۶/۳۷	۳۰/۲۱±۴/۸۷
پس‌آزمون	۱۶/۸۷±۲/۲۶	۳۰/۵۷±۵/۲۹
پیگیـری	۱۷/۶۰±۲/۱۳	۳۲/۲۱±۴/۱۴

مطابق جدول شماره ۲ میانگین نمرات افسردگی گروه مداخله در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است؛ اما میانگین‌های گروه کنترل در سه مرحله تغییری نداشته است. جهت اندازه‌گیری میزان افسردگی برای گروه مداخله و کنترل در سه مرحله از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. نخست مفروضه‌های این آزمون، شامل طبیعی بودن توزیع متغیر وابسته در گروه‌ها، همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین)، همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس (آزمون ام باکس) بررسی گردید که نتایج آن مبنی بر توزیع طبیعی متغیر در گروه‌ها، همگنی واریانس‌ها (F=۱/۵۷۱ و سطح معنی‌داری= ۰/۲۱۹) و ماتریس واریانس- کوواریانس (آزمون باکس= ۲۹/۱۲۳ و F=۱/۵۴۷ در سطح p>۰/۰۰۵) بود؛ اما فرض کرویت موخلی برقرار نبود (X^2=۱۰/۵۱۱،p<۰/۰۰۵). به همین دلیل از تصحیح آزمون گرین هاوس گیسر جهت بررسی فرضیه ارائه شده استفاده شد.

با توجه به نتایج جدول شماره ۳ اثر درمان فراشناخت در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری روی متغیر افسردگی معنادار بود (p<۰/۰۰۱). با مقایسه در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه مداخله و کنترل، معناداری اثربخشی درمان مشخص شد (p<۰/۰۰۱). نتایج آماری بیانگر اثر مثبت مداخله با رویکرد فراشناخت روی آزمودنی‌ها بود. توان‌های آماری ۰/۹۹۸ و ۱/۰۰۰ نشان‌دهنده دقت معناداری در این روابط است. جهت بررسی تفاوت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به صورت زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. جدول شماره ۴ مقایسه‌ی نتایج گروه کنترل و مداخله، نشان می‌دهد که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه مداخله، نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشته است (p<۰/۰۰۱)؛ همچنین تفاوت معناداری بین پس‌آزمون و پیگیری دیده نشد (p<۰/۰۰۱)؛ که نشان‌دهنده پایداری اثربخشی درمان فراشناخت روی نمره افسردگی است.

جدول ۳. نتایج تأثیر مداخله بر افسردگی با استفاده از آزمون گرین هاوس گیسر

گروه	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	مجذور اِتا	توان آماری
بین آزمودنی‌ها	گروه	۲۲۱۱/۲۰۶	۱/۰۰۰	۲۲۱۱/۲۰۶	۷۲/۱۹۴	<۰/۰۰۱	۰/۷۲۸	۱/۰۰۰
	خطـا	۸۲۶/۹۷۸	۲۷/۰۰۰	۳۰/۶۲۹				
درون آزمودنی‌ها	زمان	۴۸۹/۲۸۱	۱/۵۷۴	۳۱۰/۸۷۸	۱۷/۱۲۵	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۸	۰/۹۹۸
	زمان و گروه	۷۲۲/۹۳۶	۱/۵۷۴	۴۵۹/۳۳۷	۲۵/۳۰۳	<۰/۰۰۱	۰/۴۸۴	۱/۰۰۰
	خطـا (زمان)	۷۷۱/۴۳۲	۴۲/۴۹۴	۱۸/۱۵۴				

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1403.11.2.6.8]
[DOI: 10.61186/jjums.11.2.1575]

جدول ٤. نتایج مقایسه‌های زوجی با آزمون تعقیبی بونفرونی برای متغیر افسردگی در مراحل اندازه گیری دو گروه

گروه	مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار P
مداخلـه	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱۱/۴۰۰	۱/۸۱۲	<۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون- پیگیری	۱۰/۶۶۷	۱/۸۴۶	<۰/۰۰۱
	پس‌آزمون- پیگیری	۰/۷۳۳	۰/۷۹۰	۰/۹۹۹
کنترل	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۰/۳۵۷	۰/۸۲۹	۰/۹۹۹
	پیش‌آزمون- پیگیری	-۲/۰۰۰	۱/۴۴۵	۰/۵۶۹
	پس‌آزمون- پیگیری	-۱/۶۴۳	۱/۲۲۵	۰/۶۰۹

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی روش درمانی فراشناخت بر افسردگی دانش‌آموزان پسر ۱۳ تا ۱۸ ساله در خانواده‌های طلاق انجام شد. یافته‌ها نشان داد که درمان فراشناختی بر افسردگی دانش‌آموزان پسر ۱۳ تا ۱۸ ساله در خانواده‌های طلاق اثربخش است. همچنین بعد از پس‌آزمون، میزان ماندگاری اثر درمان پس از سه ماه، مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفت و نتایج حاکی از این بود که اثربخشی مداخله تغییر معناداری نداشته است؛ لذا می‌توان گفت این مداخله، ماندگاری قابل قبولی داشت.

نتایج پژوهش‌های عاشوری (۲۴)، زاهدیان و همکاران (۲۵)، خیرآبادی و همکاران (۲۶)، نصیردهقان و همکاران (۲۷)، منفردپویا و همکاران (۲۸)، Dietrichkeit و همکاران (۲۹)، Hauschildt و همکاران (۳۰)، Jelinek و همکاران (۳۱) با یافته‌های پژوهش جاری همسو بودند. در تبیین این یافته می‌توان گفت به طور کلی درمان فراشناخت، به دنبال باورهای مثبت بیماران است؛ یعنی باورهای مثبت بیماران را پیدا می‌کند و بر همین اساس خطاهای شناختی و باورهای منفی که نسبت به کنترل ناپذیری افکار و علائم خودشان دارند، می‌یابد. وقتی این موارد توسط درمانگر اصلاح می‌شود، طبیعتاً نشانه‌های افسردگی کاهش می‌یابد.

روش‌های فراشناختی، فنون اجرایی هستند که در واقع میزان موفقیت یادگیری را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. درمان فراشناخت با هدف قراردادن عوامل سطح بالای کنترل شناخت، نه تنها افکار ناکارآمد و باورهای غیر منطقی را کاهش می‌دهد؛ بلکه راهبردهای ناکارآمد رفتاری را نیز کم می‌کند؛ در واقع هدف این است که بیمار بتواند با افکارش به گونه ای متفاوت ارتباط برقرار کند. درمان فراشناخت می‌تواند به تنظیم‌کردن فعالیت‌های یادگیری کمک کند؛ در واقع مداخله به روش فراشناخت به راهبردهای شناختی اعمال کنترل می‌نمایند. کاهش علائم هیجانی، شناختی و رفتاری با مداخله مستقیم روی سازوکارهای علائم افسردگی، از شروط این رویکرد درمانی است. همچنین راهبردهای فراشناختی در خلال یادگیری و آموزش فعال می‌شوند. مراجعان می‌توانند پاسخ‌های خود را وارسی نموده و زمان کافی برای جستارهای مد نظر خود در زندگی اختصاص دهند. سپس پیش‌بینی‌هایی داشته باشند و حتی با تغییر افکار خود، این پیش‌بینی‌ها را تغییر دهند. بدانند با اشتباهات خود چگونه مواجه شوند، از خودشان پرسش‌گری کنند و رابطه میان عنصرها را بازشناسی نموده و به ویژگی‌های نامربوط آنها توجه نکنند.

از خصوصیات مهم اختلالات روانشناخت، وجود الگوهای تفکر و توجه منفی متمرکز بر خود شخص است. در واقع درمان فراشناخت تأکید دارد که این الگوها را با الگوهای جدید درمانی جایگزین نماید. از ویژگی‌هایی که درمان فراشناخت برای نوجوانان دارد، سادگی فرمول‌بندی، امکان آموزش و سرعت در مداخله است. همچنین قابلیت استفاده در گروه از عوامل مهم دیگری است که بروز اختلال و عود هیجانات در افسردگی را به حداقل می‌رساند (۳۲).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی را به همراه داشت که عبارت‌اند از: ۱. متغیر جنسیت و سن؛ در تعمیم نتایج پژوهش به دختران نوجوان و بزرگسالان می‌بایست احتیاط داشت ۲. محدودیت شهری و فرهنگی؛ لذا در تعمیم‌دهی نتایج پژوهش به سایر شهرها و فرهنگ‌های دیگر می‌بایست احتیاط داشت. پیشنهاد می‌گردد مطالعات آتی روی دیگر سنین و فرهنگ‌ها و همچنین دختران انجام شود. در پایان بر اساس یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان فراشناخت، با سایر رویکردهای درمانی مقایسه شود. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود تا مشابه تحقیق حاضر را با جامعه آماری نوجوانان در خانواده‌های طلاق با دوره پیگیری طولانی‌تر مورد ارزیابی قرار دهند.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1403.11.2.6.8]
[DOI: 10.61186/jjums.11.2.1575]

نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان داد که درمان فراشناختی روی افسردگی دانش‌آموزان پسر ۱۳ تا ۱۸ ساله در خانواده‌های طلاق اثربخش بود. فرآیند مداخله با درمان فراشناخت سبب می‌شود تا پسران نوجوانی که در خانواده‌های طلاق زندگی می‌کنند، آگاهی‌شان نسبت به سوگیری‌هایی که سبب تحریف پردازش اطلاعاتشان می‌شود بالاتر رفته و نهایتاً می‌توان گفت این فرآیند، افسردگی آنان را کاهش می‌دهد. لذا توصیه می‌شود تا درمانگران از این الگو برای نوجوانان در خانواده‌های طلاق استفاده نمایند.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از همه آزمودنی‌های گرامی و بردبار که در اجرای پژوهش حاضر شرکت نمودند، کمال قدردانی و سپاس را دارند.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

حمایت مالی

مقاله فاقد حمایت مالی بوده است.

ملاحظات اخلاقی

این مطالعه حاصل یک پایان‌نامه بود و بدون حمایت مالی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند با شماره رهگیری ۱۶۲۵۳۴۵۲۷ و شناسه اخلاق IR.BUMS.REC.1402.049 در رشته روانشناسی بالینی و شماره IRCT۲۰۲۳۰۷۲۷۰۵۸۹۴۰N۱ مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران به ثبت رسیده است.

مشارکت نویسندگان

تمامی نویسندگان سهم یکسانی در انجام این مطالعه داشته‌اند.

References

1. Ranjbaran F, Jamilian H R, Sadeghi Sade B. The effects of allopurinol on major depressive disorder. Jurnal of Arak University of Medical Sciences. 2021; 24 (1): 98-107. (in Persian)
2. Asanjarani F, Gao MM, de Silva A, et al. Exploring the link between interparental conflict and adolescents' adjustment in divorced and intact iranian families. Journal of Child and Family Studies. 2022; 31: 1596-606. (in Persian)
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. Plos Medicine. 2006; 3(11):e442.
4. Kimbrel NA, Meyer EC, DeBeer BB, Gulliver SB, Morissette SB. A 12-month prospective study of the effects of ptsd-depression comorbidity on suicidal behavior in iraq/afghanistan-era veterans. Psychiatry Research. 2016; 243:97-9.
5. Lotfifar B, Rasouli S, Karami A, Velai N, Hasani J. Effectiveness of hypnotherapy on major depression. Research on Medicine. 2017; 41(2): 112-9. (in Persian)
6. Shorey Sh, Debby NG E, Wong C. Global prevalence of depression and elevated depressive symptoms among adolescents: a systematic review and meta-analysis. British Journal of Clinical Psychology. 2022; 61(1): 287-305.
7. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, Perel J, Nelson B. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 1996; 35(11):1427-39.
8. Ghodsi AM, Mirjalili SS. A sociological study of the relationship between different types of capitals and women's tendency to divorce in hamedan city. Sociology of Social Institutions. 2021; 8(18): 211-32.(in Persian)
9. Sbarra DA, Whisman MA. Divorce, health, and socioeconomic status: an agenda for psychological science. Current Opinion in Psychology. 2022; 43:75-8.
10. Tullius JM, De Kroon MLA, Almansa J, Reijneveld SA. Adolescents' mental health problems increase after parental divorce, not before, and persist until adulthood: a longitudinal trials study. European Child and Adolescent Psychiatry. 2022; 31(6):969-78.
11. Wells A. Metacognitive therapy for anxiety and depression. New york: Guilford Press, 9876543; 2009; 2-4.
12. Moritz S, Lysaker PH, Hofmann SG, Hautzinger M. Going meta on metacognitive interventions. Expert Review of Neurotherapeutics. 2018;18(10):739-41.
13. Van Oosterhout B, Krabbendam L, de Boer K, et al. Metacognitive group training for schizophrenia spectrum patients with delusions: a randomized controlled trial. Psychological Medicine. 2014; 44(14): 3025-35.
14. Malihialzackerini S. A practical and clinical guide to metacognitive psychotherapy for psychosis. Tehran: Donyaye Daroon; 2020: 1-14. (in Persian)
15. Eichner C, Berna F. Acceptance and efficacy of metacognitive training (mct) on positive symptoms and delusions in patients with schizophrenia: a

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1403.11.2.6.8]
[DOI: 10.61186/jjums.11.2.1575]

meta-analysis taking into account important moderators. Schizophrenia Bulletin. 2016; 42(4): 952–62.
16. Moritz S, Andreou C, Schneider BC, et al. Sowing the seeds of doubt: a narrative review on metacognitive training in schizophrenia. Clinical Psychology Review. 2014; 34(4):358-66.
17. Oraki M, Fekraty M, Zare H, Alipour A. Comparison of the effect of metacognitive therapy and transcranial magnetic stimulation (TMS) on executive functions, working memory in depressed patients. Neuropsychology. 2020; 6(22): 41-56. (in Persian)
18. Özgüç S, Tanriverdi D. Effects of metacognitive training (D-MCT) on metacognition and ruminative thought levels of major depression patients. International Journal of Mental Health and Addiction. 2023; 21: 2017–28.
19. Logan DE, Williams SE, Carullo VP, Claar RL, Bruehl S, Berde CB. Children and adolescents with complex regional pain syndrome: more psychologically distressed than other children in pain? Pain Research and Management. 2013;18(2):87–93.
20. Brysbaert M. How many participants do we have to include in properly powered experiments? a tutorial of power analysis with reference tables. Journal of Cognition. 2019; 2(1):1-38.
21. Cohen L, Manion L, Morrison K. Research methods in education. 8th ed. New York: Routledge; 2018:93-6.
22. Mohammadi K, Borjali A, Eskandari H, Delavar A. Clinical effectiveness of children's depression inventory for diagnosing depression disorder of children and adolescents. Journal of Clinical Psychology. 2010; 2(5): 2-10. (in Persian)
23. Jelinek L, Faissner M, Moritz S, Kriston L. Long-term efficacy of metacognitive training for depression (D-MCT): a randomized controlled trial. British Journal of Clinical Psychology. 2019; 58(3): 245-59.
24. Ashoori J. The effects of meta-cognitive therapy on generalized anxiety disorder and depression among patients with type II diabetes. Journal of Diabetes Nursing. 2015; 3(2):19-29. (in Persian)
25. Zahedian E, Bahraini M, Ghasemi N, Mirzaei K, Rahmanian M. Investigating the effect of metacognitive therapy on depression in breast cancer patients: a systematic review. 33rd annual conference of scientific association of psychiatrists of iran; 2016 Oct 18-21; Tehran, Iran. 2016: 37-8. (in Persian)
26. Kheirabadi GR, Yousefian Z, Ghasemi N, Maracy MR, Zamani M. Comparison of citalopram and metacognitive therapy on depression in patients with major depressive disorder. Journal of Isfahan Medical School. 2017; 35(447): 1242-48. (in Persian)
27. Nasirdehghan M, Tahmouresi N, Moghimbeigi A, Taghavi Kojidi H. Comparing the effects of metacognitive therapy and reality therapy on depression, quality of life, and HbA1c in patients with type 2 diabetes. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021; 11(28):1-8. (in Persian)
28. Monfaredpouya F, Malihialzackerini S, Ahadi M, Seyrafi MR, Sarafi GR. Comparison of the effectiveness of metacognition with positive therapy on the symptoms of depression, psychological well-being and the purpose in the life of women with coronary artery disease. Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences. 1400; 64(3): 3399-409. (in Persian)
29. Dietrichkeit M, Hagemann-Goebel M, Nestoriuc Y, Moritz S, Jelinek L. Side effects of the metacognitive training for depression compared to a cognitive remediation training in patients with depression. Scientific Reports. 2021; 11(1), 7861.
30. Hauschildt M, Arlt S, Moritz S, Yassari AH, Jelinek L. Efficacy of metacognitive training for depression as add-on intervention for patients with depression in acute intensive psychiatric inpatient care: a randomized controlled trial. Clinical Psychology and Psychotherapy. 2022; 29(5): 1542-55.
31. Jelinek L, Moritz S, Hauschildt M. Patients' perspectives on treatment with metacognitive training for depression (D-MCT): results on acceptability. Journal of Affective Disorders. 2017; 221:17-24.
32. Jelinek L, Van Quaquebeke N, Moritz S. Cognitive and metacognitive mechanisms of change in metacognitive training for depression. Scientific Reports. 2017;7(1): 1-7.
33. Keshavarz M. Effects of divorce on children. Mashhad: Jaliz; 2020: 3-4. (in Persian)

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-23]
[DOR: 20.1001.1.25382810.1403.11.2.6.8]
[DOI: 10.61186/jjums.11.2.1575]

The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Depression in Male Students Aged 13 to 18 in Divorced Families

Received: 10 Oct 2023 Accepted: 10 Jun 2024

Mohammad Parnov[1], Sayed Abdolmajid Bahrainian[2*], Fatemeh Shahabizadeh[3] , Saied Malihialzackerini[4]
1. PhD Student of Clinical Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran 2. Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran 3. Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran 4. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-23]

[DOR: 20.1001.1.25382810.1403.11.2.6.8]
[DOI: 10.61186/jjums.11.2.1575]

Abstract

Introduction: The increase in divorce rates in recent decades and its impact on adolescents has highlighted psychological damages, such as depression in research studies. Therefore, the researcher conducted the current study to determine the effectiveness of Meta-cognitive therapy in decreasing depression in male students aged 13 to 18 from divorced families.

Materials and Methods: This study was semi-experimental research with a pre-test, post-test, follow-up, and control group. The study's statistical population included boys between the ages of 13 to 18 years old in 2 high schools in the 5th district of Tehran in the academic year of 2021-2022. The researcher selected thirty participants through convenience sampling and randomly assigned them to an intervention group and a control group (each group consisted of 15 individuals). Then, the researcher provided Meta-cognitive therapy for the intervention group in 90-minute sessions, weekly for two months. However, the control group did not receive any intervention. Finally, the researcher assessed the participants in three stages: pre-test, post-test, and follow-up using the Adolescent Depression Questionnaire (Maria Kovacs, 1979). In order to analyse data, this study used mixed analysis of variance with repeated measures through SPSS version 26.

Results: The results showed that Meta-cognitive therapy had a positive effect on depression ($p<0.001$). The post-test average scores were 30.57 for the control group and 16.87 for the intervention group. In the intervention group, there was no significant difference between the depression post-test average scores at 16.87 and the follow-up, at 17.60 ($p>0.05$).

Conclusion: The results of the study showed that Meta-cognitive therapy was an effective intervention in male students aged 13 to 18 from divorced families. The researcher recommends the use of this therapeutic approach to decrease depression.

Keywords: Metacognitive Therapy, Depression, Student, Adolescent, Divorce

***Corresponding Author:** Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran
Email: majid.bahrainian@gmail.com **Tel:** +982122003446 **Fax:** +982122003446