

## تأثیر درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و اضطراب در بیماران زن مبتلا به یبوست

\*انیس خوش لهجه صدق<sup>۱</sup>

۱. دکتری روان شناسی سلامت

(تاریخ وصول: ۹۵/۰۵/۰۲ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۱/۰۲)

**The impact of meta-cognitive therapy in reducing symptoms of depression and anxiety in patients with constipation**\* Aniss khoshlahjeh sedgh<sup>1</sup>

1. PHD in Health Psychology

(Received: July. 23, 2016 - Accepted: March. 22, 2017)

**Abstract**

چکیده

**Introduction:** The aim of this study was to the effectiveness of cognitive therapy in reducing symptoms of depression and anxiety in patients with constipation in Tehran who were referred to medical centers in Tehran and diagnosis of depression and severe anxiety was about them. **Method:** In this semi-experimental study with pretest-posttest control group design was used. 30 people who were given a diagnosis of depression and severe anxiety about them, were assigned to two experimental and control groups. Both groups received drug treatment and testing by the Beck Depression Inventory Second Edition and Spielberg were the pretest and posttest. After 3 months were followed. In this study was used to analyze the data from the test MANCOVA. **Results:** Results showed that cognitive therapy in reducing symptoms of depression and anxiety were significantly effective. **Conclusion:** The results suggest that cognitive therapy focuses on cognitive attentional syndrome and challenge the beliefs can reduce symptoms of depression and anxiety.

**مقدمه:** هدف از پژوهش حاضر اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به یبوست شهر تهران بود که به مراکز درمانی شهر تهران مراجعه کردند و تشخیص افسردگی و اضطراب شدید در مورد آنان داده شد. روش: در این پژوهش روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل به کار گرفته شد. ۳۰ نفر از افرادی که تشخیص افسردگی و اضطراب شدید در مورد آنان داده شد، به تصادف در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار گرفتند. هر دو گروه درمان دارویی دریافت کردند و توسط آزمون افسردگی بک ویرایش دوم و آزمون اسپیلبرگ مورد پیش آزمون و پس آزمون قرار گرفتند. همچنین پس از ۳ ماه مورد پیگیری قرار گرفتند. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون آماری MANCOVA استفاده شد. یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود که درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و اضطراب به طور معناداری موثر بوده است. نتایج پژوهش حاکی از آن است که درمان فراشناختی با تمرکز بر سندرم شناختی توجهی و چالش با باورهای فراشناختی می‌تواند علائم افسردگی و اضطراب را کاهش دهد.

**Keywords:** cognitive therapy, depression, anxiety, constipation.**واژگان کلیدی:** درمان فراشناختی، افسردگی، اضطراب، یبوست

## مقدمه

بیشتر شواهد حکایت از آن دارد که احساس درد مزمن میتواند منجر به افسردگی شود (مگنی، مورشی، ریگاتی - لوچینی و مرسکی<sup>۴</sup>، ۱۹۹۴). درد به مرور زمان منجر به بروز افسردگی، اضطراب و خشم میشود که میتواند بر روابط بین فردی، جستجوی درمان موثر و حمایت اجتماعی بیمار اثر بگذارد و روند بهبودی بیماری را با مشکل مواجه کند (فلدمن، داوئی و شافر - نیتز<sup>۵</sup>، ۱۹۹۹). استرس میتواند موجب بروز رفتارهایی چون کشیدگی در ماهیچه در افراد و یا افزایش درد شود که یکی از مشکلات اصلی بیماران مبتلا است. وقتی افراد در مهار بیماریشان شکست میخورند نگران مشکلات بلندمدت آن هستند و اضطرابشان افزایش می یابد. تحمل طولانی مدت علائم بیماری و حتی تحمل خود بیماری میتواند اضطراب ایجاد کند و سازگاری فرد را با سبک قدیم زندگی به هم بریزد و نیاز به دریافت راهکارهای مقابله ای مناسب برای پردازش مجدد سبک زندگی با شرایط کنونی باشد. اینگونه افراد سبکهای رفتاری نامناسبی را برای زندگی انتخاب میکنند که منجر به افزایش علائم بیماری میگردد. همچنین تمرینهای تجویز شده، داروهای لازم و توصیه های پزشکی را بعزت عدم مدیریت مناسب زندگی و درگیری های متعدد و داشتن درد، رعایت نمی کنند. بسیاری از افراد مبتلا به بیماری طولانی مدت و توام با درد به افسردگی دچار میشوند، این افسردگی دست کم تا حدی به دلیل از دست دادن اساسی کنترلی است که با بیماری مزمن همراه است (اپینگ - جردن و همکاران<sup>۶</sup>، ۱۹۹۹؛ اسپیگل<sup>۷</sup>، ۱۹۹۶).

سیستم بدن انسان دارای مکانیسم پیچیده ای است. روان شناسی به سهم خود توانسته است سهم عمده ای را در کسب سلامت افراد جامعه داشته باشد. روان شناسی سلامت بیان میدارد که چگونه بیماری جسمانی مزمن توام با عوامل روانشناختی همچون افسردگی و اضطراب خواهد بود، عوامل روان شناختی چگونه در مقابله با درد و درمان پذیری و حفظ و پیشبرد سلامتی اثرگذار است (ماترازو<sup>۱</sup>، ۱۹۸۰). همچنین عوامل روانشناختی بر پیشروی و درمان درد و بیماری های مزمن و حتی علاج ناپذیر تاثیر میگذارند (وینت<sup>۲</sup>، ۱۹۹۵). همچنین بر اثربخشی درمان های گوناگون در مهار درد و بیماری های حاد و علاج ناپذیر اثرگذار است. جای تعجب نیست که تجربه درد و بیماری حاد و علاج ناپذیر میتواند بر بهزیستی روانشناختی تاثیر بگذارد. افرادی مانند بیماران مبتلا به بیماری های مزمن از جمله یبوست، هیجانهای منفی فراوانی را تجربه میکنند چرا که بیماری یبوست و مشکل در عمل دفع میتواند آنها را خانه نشین کند و این در حالی است که بیان مشکل و بیماری برای افراد نزدیک نیز ممکن است موجب شرم و حیا شود و از بیان و یا پیگیری درمان نیز روی گردان باشند که خود فضا را برای ایجاد اضطراب، افسردگی بیشتر مهیا میسازد. لازم بذکر است که وقتی افراد علائمی را در قسمتهای خاصی از بدن خود مشاهده می کنند از جمله نواحی تناسلی و مقعدی، کمتر به دنبال درمان و مراقبتهای پزشکی میروند و بیماری وخیم تر شده و تبدیل به بیماری مزمن خواهد شد (کاونف و لاندترین<sup>۳</sup>، ۱۹۹۳).

4. Magni, moreschi, rigatti-luchini, & merskey.

5. Feldman, Downey, & Schaffer- neitz.

6. Epping-Jordan, Compas, Osowiecki,

OppediSono, Gerhardt, Prine, & Krag,

7. Spiegel.

1. Matarazzo

2. Winett

3. Klonoff, & landrine.

از افراد غیربالینی است(کاشدان، مرینا و پریب<sup>۴</sup>، ۲۰۰۹).

مدل و درمان فراشناختی اختلال های اضطراب و افسردگی بر درک علل نشخوار فکری و حذف این فرایند ناسازگارانه کمک میکند. نشخوار فکری، خصیصه اصلی سندرم شناختی-توجهی است که در پاسخ به افکار منفی، غمگینی و تجربه فقدان، فعال میشود. این تداوم نشخوار که بر اساس باورهای فراشناختی فرد شکل میگیرد منجر به شکل دهی اضطراب و افسردگی میشود(ولز، ۲۰۰۰).

بیماران مبتلا به یبوست معمولاً بیشتر وقت خود را با تفکر در خصوص اجابت مزاج، باور اطرافیان در خصوص ابتلای به این بیماری و ناکامی در اهداف و روند زندگی آینده می گذرانند. عامل اصلی درگیر شدن فرد با خلق پایین و اضطراب، باورهای فراشناختی مثبت در خصوص پایش و باورهای فراشناختی منفی در خصوص اجتناب است که خود عامل برانگیزاننده نشخوار فکری در وی میشود (ولز، ۲۰۰۰). بیماران مبتلا به یبوست مزمن که بعلت مشکلات و محدودیتهای فراوانی مرتبط با بیماری جسمانی خود با علایم افسردگی و اضطراب شدید با توجه به بازآوردی محدودیت ها و دردهای مزمن خود روبرو هستند. این بیماران معمولاً تمام به پایش محیط، اطرافیان و وضعیت فیزیولوژیکی و جسمی خود میپردازند و کیفیت، بهزیستی و رضایت از زندگی در آنها در معرض خطر جدی قرار دارد.

در این پژوهش با توجه به وجود نشخوار فکری و راه اندازی پایش تهدید و سندرم شناختی-توجهی در افراد افسرده و با توجه به شناسایی تحریفهای شناختی با کمک درمان فراشناختی به تغییر باورهای

به دلیل عدم آشنایی با بیماری و تشخیص مزمن بودن بیماری اضطراب بوجود میاید، افسردگی هم ناشی از عدم توانایی و بیمارماندن تا ابد، پدید خواهد آمد(دوینس، بینیک<sup>۱</sup>، ۱۹۹۶).

از آنجا که بیماران مبتلا به یبوست بعلت بیماری مزمن دچار نشخوار فکری در راستای حل مشکل خود و انتخاب راه حل سازگارانه می شوند، بروز نگرانی و افت خلق را در آنها شاهد هستیم. از سویی درمان فراشناختی می تواند با کار بر روی نشخوار فکری و پایش تهدید فرد علایم روانشناختی را در وی کاهش دهد، در این پژوهش بر اساس رویکرد درمان فراشناختی به کاهش علایم افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به یبوست پرداخته شده است.

فراشناخت شامل دو دسته باورهای مثبت و منفی است. باورهای مثبت درباره نشخوار فکری شامل باورهایی درباره مفید بودن نشخوار فکری است و باورهای منفی درباره نشخوار فکری شامل باورهای درباره کنترل ناپذیر و خطرناک بودن نشخوار فکری است(ولز<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰).

فرآیندی است شامل ارزیابی های منفی افراطی از حس ها، احساسات و اجتناب تجربه ای افکار خصوصی ناخواسته و فقدان تمایل به تجربه کردن این رویدادهای خصوصی و تلاش هایی عمدی برای کنترل یا فرار از آنها (کاشدان، بریس، فورسیس و استیگر<sup>۳</sup>، ۲۰۰۹) اجتناب تجربه ای به منظور کاهش یا تغییر افکار، احساسات یا حس های ناراحت کننده عمل می کند و در افراد با نشانه های افسردگی بیشتر

1 .Devins, & binik,.

2 .Wells

3 .Kashdan, Barrios, Forsyth & Steger

با بیماری یبوست را در دریافت می کردند، مورد پیش‌آزمون و پس‌آزمون قرار گرفتند.

ملاک‌های شمول: در این پژوهش بر اساس جنس (زنان) و سن (سنین بین ۲۰-۳۵) و سطح تحصیلات (حداقل دیپلم)، عدم سابقه ابتلا به اختلالات اضطرابی و یا افسردگی طی ۵ سال گذشته، حداقل سابقه ۵ سال ابتلا به یبوست به صورت گروهی معادل شدند.

ملاک‌های عدم شمول: مراجعینی که به دلایل مختلف همچون بستری جراحی‌های مرتبط با بیماری جسمانی و یا دریافت روان‌درمانی به شیوه دیگر واجد شرایط شرکت در این پژوهش نبودند و همچنین امکان شرکت در این جلسات را نداشتند، در پژوهش شرکت داده نشدند.

#### ابزار

فرم رضایت‌نامه شرکت در پژوهش: به منظور جلب همکاری و ایجاد اطمینان از بابت محرمانه ماندن اطلاعات، فرم رضایت‌نامه محقق ساخته‌ای توسط داوطلبان شرکت در پژوهش تکمیل شد.

- پرسشنامه خصوصیات فردی: بمنظور جمع‌آوری مشخصات فردی و اطلاعات جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش، همچون سن، جنس، میزان تحصیلات، وضعیت اقتصادی پرسش‌نامه‌ای محقق ساخته است به داوطلبان شرکت در پژوهش ارائه شد.

- پرسشنامه افسردگی بک<sup>۱</sup> - ویرایش دوم (BDI-II): وجود علائم افسردگی و شدت آن‌ها را بر اساس DSM-IV مشخص می‌کند و صرفاً علائم افسردگی را به خوبی نشان می‌دهد. زمان اجرای

فراشناختی و فرآنگرانی در این بیماران پرداخته شد. در این پژوهش، پژوهشگر جهت کاهش علائم افسردگی و اضطراب در بیماران مبتلا به یبوست از روش درمانی فراشناختی استفاده کرد. با توجه به مطالب مطرح شده پژوهشگر در صدد پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا روش درمانی فراشناختی منجر به کاهش علائم افسردگی و اضطراب در این بیماران می‌شود؟

#### روش

این پژوهش بر روی گروه انسانی با روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل اجرا شد. جامعه آماری این پژوهش متشکل از کلیه زنان مبتلا به یبوست بود که در دامنه سنی ۲۰-۳۵ سال با تحصیلات حداقل دیپلم قرار داشتند و در سال ۱۳۹۱ به مراکز درمانی شهر تهران (منطقه ۵) مراجعه کرده بودند. از بین مراکز موجود در منطقه ۵ تهران به تصادف یک مرکز انتخاب شد. از بین ۱۴۵۸ نفر مراجعه‌کننده طی سال ۱۳۹۱ به مرکز فوق‌افزادی که حایز شرایط تشخیص افسردگی شدید و اضطراب شدید بر اساس پرسشنامه‌های افسردگی بک و اضطراب بک بودند و درمان دارویی جهت کاهش علائم روان‌شناسی خود دریافت می‌کردند به شکل تصادفی ۳۰ نفر انتخاب شدند و در گروه‌های آزمایش و کنترل جایگزین شدند. این افراد قبلاً سابقه افسردگی نداشتند و حداقل ۵ سال از مدت زمان ابتلای آنها به یبوست می‌گذشت. به منظور برآورد حجم نمونه طبق جدول کوهن با سطح معناداری ۰/۰۵ و حجم اثر ۰/۵ و توان آزمون ۰/۷۶ در هر گروه ۱۵ نفر انتخاب شد (حجاری و سرمد و بازرگان، ۱۳۸۳). افراد گروه نمونه در هر دو گروه جهت رعایت اصول حرفه‌ای و اخلاقی درمان مرتبط

1. Beck

2. Beck Depression Illness 2

دو نمره به دست می‌آید که نمره اول نشان دهنده اضطراب حالت و نمره دوم نشان دهنده اضطراب صفت است.

هر فرد نیز می‌تواند در این دو نوع اضطراب نمراتی بین ۲۰ تا ۸۰ کسب کند. میزان پایایی برای گروه هنجار (۶۰۰ نفر)، در مقیاس اضطراب آشکار و پنهان بر اساس آلفای کرنباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۰۸۴ و ۰/۹۰۲۵ است، و این میزان در گروه ملاک (۱۳۰ نفر) برابر با ۰/۹۴۱۸ است. علاوه بر این، پایایی آزمون، از طریق نسبت واریانس نمرات حقیقی به واریانس مشاهده شده محاسبه، و مقدار آن در گروه هنجار ۰/۹۴۵ ثبت شد. خطای استاندارد اندازه‌گیری آزمون برابر با ۴/۶۴ محاسبه شد.

همچنین همبستگی نمرات مشاهده شده با نمره حقیقی برابر با ۰/۹۷۲ و با نمرات خطا، برابر با ۰/۲۳۴ محاسبه گردید. علاوه بر این، مطالعه دارای روایی، از نوع ملاکی همزمان است. همچنین پایایی این پرسشنامه در تحقیقات مختلف ۰/۸۷ محاسبه گردیده است. میزان پایایی آزمون اسپیلبرگر را به ترتیب ۸۹ و ۹۰ درصد محاسبه کردند. علاوه بر این مطالعات نشان می‌دهد که همبستگی بین دو فرم اضطراب بسیار بالا می‌باشد (۰/۹۶ تا ۰/۹۸) و همبستگی بین مقیاس خصیصه‌ای اضطراب اسپیلبرگر و مقیاس‌های دیگر که سازه اضطراب را می‌سنجند بالا می‌باشد بین ۰/۷۵ تا ۰/۸۳ برآورد شده است.

پرسشنامه بین ۱۵-۱۰ دقیقه طول می‌کشد. نمره‌گذاری شامل جمع کردن نمراتی است که برای هر یک از ۲۱ ماده اختصاص داده شده است. هر آیتم بر روی یک مقیاس ۴ نقطه‌ای که از ۰ تا ۳ را شامل می‌شود، نمره می‌گیرد. نقطه برش در این آزمون بر اساس ملاحظات بالینی اجرای آن تنظیم شد. برای مشخص کردن نقطه برش ارزیابی شدت افسردگی در بیماران دچار اختلال افسردگی طی مراحل طی برای ۴ دسته (افسردگی خفیف، افسردگی متوسط، افسردگی شدید و غیر افسرده) نقاط برش مناسب استخراج و ارائه شد. پایایی و اعتبار و ساخت عاملی این پرسشنامه در حد مطلوبی بوده و جانشین خوبی برای نسخه اول پرسشنامه افسردگی بک محسوب می‌شود. مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران به شرح ذیل بوده است: ضریب ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ و همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول ۰/۹۳ بود (فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون<sup>۱</sup> ۱۳۸۴).

- پرسشنامه اضطراب اسپیلبرگ: بمنظور اندازه‌گیری میزان اضطراب پنهان و آشکار افراد بیمار داوطلب جهت شرکت در پژوهش به آنها ارائه می‌گردد. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۰ ساخته شد. حاوی ۴۰ سوال است که از ۲۰ سوال اختصاص به اضطراب حالت و ۲۰ سوال اختصاص به اضطراب صفت دارد. سوالات مربوط به اضطراب حالت و صفت در طیف لیکرت چهار گزینه‌ای نمره گذاری می‌شوند که عبارتند از: به هیچ وجه، گاهی، عموماً، خیلی زیاد. در نهایت

نمره‌های آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی و اضطراب در مراحل پیش و پس‌آزمون نشان می‌دهد که توزیع نمره‌های آزمودنی‌ها به توزیع نرمال میل دارد. جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی و اضطراب گروه آزمایشی در پس‌آزمون کمتر از میانگین نمرات این آزمون در گروه کنترل است.

برای بررسی فرضیه پژوهشی مطرح شده مبنی بر این که روش درمان فراشناختی منجر به کاهش نمرات افسردگی و اضطراب در گروه آزمایشی می‌شود، با توجه به برقراری شرط همسانی واریانس‌ها و کوواریانس‌ها و همچنین همگنی شیب‌های خط رگرسیون از مناسب‌ترین روش، یعنی روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

بمنظور جلب همکاری و ایجاد اطمینان از بابت محرمانه‌ماندن اطلاعات، فرم رضایت‌نامه محقق ساخته‌ای توسط داوطلبان شرکت در پژوهش تکمیل شد. افراد گروه نمونه، در دو گروه آزمایشی و کنترل به طور تصادفی جایگزین شدند. هر گروه توسط پرسشنامه افسردگی بک و آزمون اضطراب اسپیلبرگ مورد پیش‌آزمون قرار گرفتند. گروه آزمایشی پس از پایان جلسات درمانی (۱۰ جلسه ۱ ساعته درمان طی ۱۰ هفته، ۳ ماه هر هفته یک جلسه) مجدد مورد پس‌آزمون قرار گرفت. گروه کنترل نیز با فاصله ۱۰ هفته (۳ماه) بدون آن‌که کاربندی خاص بدان‌ها ارائه شود، طی تماس تلفنی از آن‌ها دعوت و مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. افراد هر گروه به طور فردی و توسط پژوهشگر مورد آزمون قرار گرفتند. همچنین پس از ۳ ماه مجدد هر دو گروه مورد پس‌آزمون قرار گرفتند.

#### یافته ها

در جدول شماره ۱ نتایج به دست آمده از اندازه‌گیری متغیر افسردگی و اضطراب، با استفاده از روش‌های مناسب آمار توصیفی نظیر میانگین، انحراف معیار و شاخص‌های توزیع نمره‌ها توصیف شدند.

با توجه به اطلاعات جدول ۱ شاخص‌های مختلف گرایش مرکزی، پراکنندگی توزیع و نتایج آزمون نرمالیتی کولموگوروف - اسمیرنوف در مورد

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمره‌های آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در افسردگی و اضطراب

گروه‌ها	متغیرها	تعداد	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی	برابری واریانس‌ها	p	k-s	P
آزمایش	پیش آزمون افسردگی	۱۵	۴۳/۷۳	۳/۰۱	-۰/۵۷۴	۲/۳۳۵			۰/۹۱۴	۰/۳۸۵
	پس آزمون افسردگی	۱۵	۲۰/۷۶	۲/۱۰	۰/۴۵۲	۰/۰۶۰	۰/۰۲۱	۰/۹۶۵	۰/۷۰۵	۰/۷۰۰
کنترل	پیش آزمون افسردگی	۱۵	۴۸/۵۳	۲/۵۰	۰/۲۲۰	-۱/۲۳۰			۰/۸۰۷	۰/۵۱۲
	پس آزمون افسردگی	۱۵	۳۳/۴۰	۲/۱۷	-۰/۳۴۱	-۰/۵۸۷	۰/۰۲۱	۰/۹۶۵	۰/۵۱۹	۰/۹۴۱
آزمایش	پیش آزمون اضطراب	۱۵	۴۰/۱۸	۳/۱۱	-۰/۶۰۱	۲/۳۲۵			۰/۹۰۲	۰/۳۸۲
	پس آزمون اضطراب	۱۵	۲۲/۸۳	۲/۰۴	۰/۴۶۰	۰/۰۶۲	۰/۰۲۰	۰/۹۳۸	۰/۷۳۰	۰/۷۰۰
کنترل	پیش آزمون اضطراب	۱۵	۴۴/۶۵	۲/۵۹	۰/۲۵۸	-۱/۲۵۱			۰/۸۱۲	۰/۵۶۰
	پس آزمون اضطراب	۱۵	۳۰/۴۰	۲/۰۰	-۰/۳۲۵	-۰/۵۰۷	۰/۰۲۰	۰/۹۳۸	۰/۵۴۵	۰/۹۴۵

جدول ۲. نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (متغیر وابسته: افسردگی)

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور ای‌تا
پیش آزمون	۴۰,۴۳۱	۱	۴۰,۴۳۱	۱۲,۲۲۴	۰,۰۰۳**	۰,۳۱۱
گروه‌ها	۷۴۲,۰۱۰	۱	۷۴۲,۰۱۰	۲۱۰,۴۴۰	۰,۰۰۰**	۰,۸۹۵
خطا	۸۶,۷۲۴	۲۸				

\*\* معنادار در احتمال ۰/۰۱

بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه در پس‌آزمون متغیر افسردگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد و به کارگیری روش درمانی فراشناختی منجر به کاهش نمرات افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. با توجه به مقدار مجذور ای‌تا که نزدیک به ۸۹/۵ درصد (۰/۸۹۵) است، واریانس افسردگی به وسیله متغیر مستقل یعنی درمان فراشناختی تبیین می‌شود.

همان‌طور که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه عملکرد گروه‌های آزمایش و کنترل در پس‌آزمون متغیر افسردگی از ۰/۰۵ کوچکتر است. ( $F=210,440, P<0/003$ ). به عبارت دیگر، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، عامل بین آزمودنی‌های دو گروه اثر معنی‌دار دارد.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های اثرهای بین آزمودنی‌ها (متغیر وابسته: اضطراب)

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اینا
پیش آزمون	۴۳.۱۳	۱	۴۳.۱۳	۱۰.۰۵۰	۰.۰۰۲**	۰.۳۸۱
گروه‌ها	۵۸۷.۸۱۰	۱	۵۸۷.۸۱۰	۱۹۸.۴۳۰	۰.۰۰۱**	۰.۸۶۵
خطا	۷۸.۵۳۲	۲۸				

\*\* معنادار در احتمال ۰/۰۱

گروه آزمایش در پس آزمون با مرحله پیگیری تفاوت اندکی وجود دارد. در جدول پایین نتایج آزمون در مورد مقایسه دو دویی میانگین‌ها نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های متغیر افسردگی و متغیر اضطراب گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری معنادار نبود.

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، احتمال پذیرش فرض صفر برای مقایسه عملکرد گروه‌های آزمایش و کنترل در پس آزمون متغیر اضطراب از ۰/۰۵ کوچکتر است ( $F=198.430, P<0.002$ ).

به عبارت دیگر، پس از تعدیل نمره‌های پیش‌آزمون، عامل بین آزمودنی‌های دو گروه اثر معنی‌دار دارد. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین عملکرد اعضای دو گروه در پس‌آزمون متغیر اضطراب تفاوت معنی‌دار وجود دارد و به کارگیری روش درمانی فراشناختی منجر به کاهش نمرات اضطراب گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. با توجه به مقدار مجذور اتا که نزدیک به ۸۶/۵ درصد (۰/۸۶۵) است، واریانس اضطراب به وسیله متغیر مستقل یعنی درمان فراشناختی تبیین می‌شود.

همچنین با توجه به آزمون پیگردی تحلیل واریانس درون گروهی پس از ۳ ماه پیگیری نتایج حاکی از آنست که بین نمره‌های افسردگی و اضطراب آزمودنی‌های



جدول ۴. خلاصه آزمون های پیگرد

متغیر	مراحل	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
اضطراب	پیش آزمون	-	۱/۴۲۰***	۱/۴۹۰***
	پس آزمون	-	-	۰/۳۰۰
	پیگیری	-	-	-
افسردگی	پیش آزمون	-	۱/۵۱۰***	۱/۵۴۳***
	پس آزمون	-	-	۰/۳۲۰
	پیگیری	-	-	-

\*\* معنادر در سطح ۰/۰۱

### نتیجه گیری و بحث

عوامل شناختی و هیجانی متعددی در آسیب شناسی افسردگی دخیل هستند. دو مورد از مکانیزم های شناختی مهمی که اخیراً توجه زیادی به آن ها شده است و مورد توجه پژوهشگران و درمانگران بوده اند باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه ای هستند. باورهای فراشناختی به عنوان فرآیندهای شناختی منفی شناخته می شوند که در شکل گیری و تداوم اختلال افسردگی و اضطراب نشانه های همبود نقش زیادی دارند.

در واقع فراشناخت در پژوهش های مختلف به عنوان عامل خطر مشترک شناخته شده است که در دامنه ای از اختلال های روانشناختی نقش دارد (یلماز، جنکز<sup>۱</sup> و ولز، ۲۰۱۱). همچنین نشان داده شده است که نشخوار فکری نیز یک عامل خطر مشترک دیگری است که موجب شکل گیری و تداوم اختلال های روانی بسیاری (چاولا و استافین<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷؛ هیز، لوما، بوند، مسودا و لیلیس<sup>۳</sup>، ۲۰۰۶) می شود.

از طرف دیگر باورهای ناکارآمد فراشناختی و اجتناب تجربه ای با مؤلفه های فراتشخیصی بسیار دیگری نیز رابطه دارند که این عامل خود به اهمیت این دو مؤلفه اشاره دارد. برای مثال، اجتناب تجربه ای با فقدان تحمل بلا تکلیفی (لی، ارسیلو، رومر و الن<sup>۴</sup>، ۲۰۱۰)، افکار منفی تکرار شونده و باورهای فراشناختی ناکارآمد (مک اوی، مولدز و مهنی<sup>۵</sup>، ۲۰۱۳) همبستگی معناداری دارد.

یافته ها در این پژوهش حاکی از کاهش علایم افسردگی در گروه آزمایشی پس از درمان فراشناختی بود.

یافته های پژوهش با نتایج پژوهش های کینگستون، دولی، بیت و لاولور<sup>۶</sup> (۲۰۰۷)، فینوکن و مرسر<sup>۷</sup> (۲۰۰۶)، کنی و ویلیامز<sup>۸</sup> (۲۰۰۷)، تیزدل، سگال و ویلیامز (۲۰۰۲)؛ پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۱)؛ محمدپور، رحمانی، حاجی رسولیها، روشندل و قائدی (۱۳۹۳)؛ کاویانی، حاتمی و شفیعیآبادی (۱۳۸۷)؛ امیدی، محمدخانی، دولتشاهی و پورشهباز

4. Lee, Orsillo, Roemer & Allen

5. McEvoy, Moulds & Mahoney

6. Kingston, Dooley, Bates & Lawlor

7. Finucan & Mercer

8. Kenny & Williams

1. Yilmaz & Gencoz

2. Chawla & Ostafin

3. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis

هیز، ویلسون، گیلفورد و فولت، کرین<sup>۴</sup>، (۲۰۰۹) خاطر نشان کردند که تلاش برای اجتناب از تجربه های درونی، فرآیندی است که هم در شیوع و هم در حفظ بسیاری از مشکلات روانشناختی شایع است و در انتهای دیگر این طیف، سطوح بالای ارتباط تجربه ای با نتایج بهبودی در درمان همبستگی مثبت دارند. در تبیین اثربخشی معنادار درمان فراشناختی بر روی باورهای فراشناختی میتوان گفت: باورهای فراشناختی مثبت و منفی لزوم درگیر شدن در نشخوار فکری درباره معنی و علل رویداد و از طرفی احساس بد درباره آن را مطرح می کنند (ولز، ۲۰۱۱) و موجب تشدید علائم اضطراب و نگرانی می شوند (کرکران<sup>۵</sup> و سگال، ۲۰۰۸، تیزدل و همکاران، ۲۰۰۲).

بطور کلی میتوان گفت در درمان فراشناختی، تکنیک آموزش توجه به کسب آگاهی و کنترل انعطاف پذیر بر تفکر نشخواری کمک می کند. در جریان کنترل انعطاف پذیر، توجه به بیمار آموزش داده می شود تا با افکار یا احساسات مزاحم درونی (برانگیزاننده های) خود، به عنوان «سروصداهایی» برخورد کنند. از روش آموزش توجه نه برای توجه برگردانی از برانگیزاننده ها، بلکه به عنوان روشی برای حفظ آگاهی از آن ها بدون محدود کردن توجه به پاسخ های نشخوار فکری استفاده می شود، همچنین با استفاده از تکنیک ذهن آگاهی گسلیده<sup>۶</sup>، بیمار یاد میگیرد بدون انجام دادن تحلیل مفهومی مداوم درباره نشخوارهای فکری و معنای آن ها، آن را به تعویق بیندازد. البته بیمار باید متوجه شود که این تعویق انداختن فرایند نشخوار فکری با سرکوب فکر اشتباه نشود. هدف بیرون راندن فکر یا احساس منفی اولیه

(۱۳۸۷)؛ خانی پور (۱۳۸۹) و حناساب زاده، یکه یزدان دوست، غرابی و نژادفرید (۱۳۸۸) همخوان است که نتایج پژوهش های آن ها نیز تأثیر مثبت درمان های مرتبط با شناخت و فراشناخت را بر روی کاهش نشانه های افسردگی در بیماری های جسمانی نشان دادند.

در تبیین اثر درمان فراشناختی در کاهش نشانه های افسردگی، پاپاجورجیو و ولز (۲۰۰۴) معتقد هستند درمان فراشناختی باید مقدمه درمان شناختی باشد و در آن باورهای مثبت و منفی درباره نشخوار فکری مورد چالش قرار گیرد. سپس از طریق تمرین توجه به بیمار آموزش داده می شود که نشخوار فکری را قطع کند و به دنبال آن درمان های رایج شناختی اجرا شود. به این ترتیب کارکرد اجرایی خود نظم بخش از کار می افتد و حتی در صورت وقوع مجدد افت خلق، احتمال ورود به دوره های افسردگی اساسی کاهش می یابد.

همچنین یافته ها حاکی از کاهش علائم اضطراب در گروه آزمایشی پس از درمان فراشناختی بطور معناداری است. لذا با نتایج پژوهش های برگرسن، فوسیل، سانرهاگن و شانک<sup>۱</sup> (۲۰۱۱)، بانهوفر<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۹)، ولز و همکاران (۲۰۱۲)، فنل<sup>۳</sup> (۲۰۰۴)، وزیر، لطفی و زین العابدینی (۱۳۹۲)، هاشمی، محمودعلیلو و نصر تآباد (۱۳۸۹)، ولی زاده و حسونندی (۱۳۹۰) و درگاهیان، محمدخانی، حسنی و شمس (۱۳۹۰) همخوان است که نشان داده اند درمان فراشناختی در کاهش علائم اضطراب مؤثر است.

4. Hayes, Wilson, Gilford & Follette

5. Corcoran

6. Detached Mindfulness

1. Bergerson, Fosile, Sunnerhagen & Schank

2. Barnhofer

3. Fennel

فراشناختی مرتبط با درمان ناپذیری و بروز ناتوانی مادام‌العمر به کاهش تمرکز بر نشخوار منفی و سوگیری منفی پرداخت و کاهش خلق منفی و اضطراب را در برگیرد.

لازم به ذکر است که با توجه به این‌که در این پژوهش فقط اختصاص آزمودنی‌ها به گروه‌های مورد مطالعه تصادفی بود و امکان انتخاب اولیه تصادفی وجود نداشت، ممکن است متغیرهایی همچون بازگشت آماری که ناشی از انتخاب آزمودنی‌هاست اعتبار درونی پژوهش را به خطر بیندازد به علاوه به علت عدم امکان انتخاب تصادفی اولیه در این پژوهش قابلیت تعمیم یافته‌ها و اعتبار بیرونی آن محدود می‌شود. همچنین عدم کنترل بر دیگر رخدادهای و وقایع افسرده‌ساز و اضطراب‌برانگیز که ممکن است همزمان با اجرای متغیر مستقل رخ داده باشد، عدم هم‌تاسازی از نظر هوشی و پختگی روانی و سلامت جسمانی در آزمودنی‌ها طی پژوهش و استفاده از ابزار خودسنجی و خودگزارشی مراجع که ممکن است سبب سوگیری در پژوهش شده باشد از محدودیت‌های این پژوهش به حساب می‌آید.

به نظر می‌رسد اجرای پژوهش‌های مشابه همچون مقایسه با درمان‌های دیگر از جمله درمان شناختی رفتاری و یا درمان‌های دیگر موج سوم، در زمینه درمان و کار با بیماران دارای افسردگی و اضطراب توأم با بیماری جسمانی مزمن توصیه می‌شود.

از ذهن نیست، بلکه هدف، درگیر نشدن در آن از طریق نشخوار فکری مداوم است (ولز، ۲۰۱۱).

همان‌طور که نتایج پژوهش و پژوهش‌های همسو که بدان اشاره شد، نشان می‌دهد افراد بیمار مبتلا به یبوست با توجه به بیماری آزار دهنده و رنج ناشی از آن، همسو با خلق خود و بر اساس توجه انتخابی به اطلاعات مرتبط با بار هیجانی خود واکنش نشان می‌دهند و بیشتر تمایل به درونی‌سازی و جذب داده‌های مرتبط با ناتوانی و رنج مداوم در خود دارند و با توجه به مبحث فراشناخت به تفکر مجدد در مورد آن‌ها می‌پردازند که این خود سبب توجه انتخابی شده و پردازش و رمزگردانی عمیق‌تر آن واقعه را سبب خواهد شد و پس از مدتی تبدیل به نشخوار ذهنی فرد می‌گردد که با هر بار مرور آن در چرخه فراینده، فرو رونده و تکرار شونده خلق منفی خود غرق خواهند شد. این در حالی است که بیماران مبتلا به دردهای مزمن از جمله یبوست به علت عدم دستیابی به درمان اثر بخش و مناسب، همچنین بعلت شرایط خاص این بیماری جسمانی و عدم اظهار آن بدلیل تابوهای فرهنگی و درک و همدلی احتمالی اجتماعی از روند زندگی عادی خود بازمانده و از کیفیت زندگی نامطلوبی برخوردارند.

نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن است که درمان فراشناختی بر کاهش علائم افسردگی و اضطراب اثرگذار است و می‌تواند با کمک بازسازی باورهای

## منابع

- امید، ع.، محمدخانی، پ.، دولتشاهی، پ. و پورشهباز، ع. (۱۳۸۷). اثربخشی درمان ترکیبی روش حضور ذهن مبتنی بر درمان شناختی و درمان رفتاری- شناختی بر نشانگان روان پزشکی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی. فصلنامه علمی- پژوهشی. ۱۲، ۱۴-۲.
- حناساب زاده اصفهانی، م.، یزدان دوست، ر.، غرایب، ب.، نژاد فرید، ع. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی کارایی راهنمای شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن برای بیماران افسرده با افکار خودکشی: گزارش موردی. مجله روانشناسی بالینی، ۱، ۳۵-۴۵.
- خانی پور، ح. (۱۳۸۹). تأثیر درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن بر روی نشانه های افسردگی، نشخوارفکری، باورهای فراشناختی و نشانه های روانپزشکی باقیمانده در بیماران با سابقه یک دوره افسردگی: یک طرح مطالعه تک موردی، پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه علامه طباطبایی.
- درگاهیان، ر.، محمدخانی، ش.، حسنی، ج. و شمس، ج. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی، نشخوار فکری و علائم افسردگی: مطالعه تک آزمودنی. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۱، ۱۰۳-۳.
- سرمد، ز.، بازرگان، ع.، حجازی، ا. (۱۳۸۳). روش های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: آگه.
- فتی، ل.، بیرشک، ب.، عاطف وحید، م.، دابسون، ا. (۱۳۸۷). بررسی ساختارهای معناگذاری / طرحواره ها، حالت های هیجانی و پردازش شناختی اطلاعات هیجانی. اندیشه و رفتار. ۱۰ (۱). ۳۱۳-۳۲۶.
- کاویانی، ح.، جواهری، ف.، بهیرایی، ه. (۱۳۸۴). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر کاهش افکار خود آیند منفی، نگرش ناکارآمد، افسردگی و (MBCT) بر ذهن آگاهی اضطراب با پیگیری: ۶۰ روزه. فصلنامه تازه های علوم شناختی. ۷ (۱). ۴۹-۵۹.
- کاویانی، ح.، حاتمی، ن.، شفیع آبادی، ع. (۱۳۸۷). اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی افراد افسرده (غیربالینی). تازه های علوم شناختی. ۱ (۴). ۴-۳۹.
- محمدپور، م.، رحمانی، س.، حاجی رسولیها، ز.، روشندل، ز.، قائدی، ف. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه گروهی بر افسردگی و نشخوار فکری زنان مبتلا به سرطان پستان. فصلنامه روان شناسی سلامت. ۱۸ (۱). ۲۱-۳۴.
- وزیر، ش.، لطفی کاشانی، ف.، زین العابدینی، ن. (۱۳۹۲). اثربخشی نظم بخشی رفتار بر کاهش اضطراب زنان مبتلا به سرطان پستان. (۱۳). ۵۲-۶۲.
- ولی زاده، م.، حسنوندی، ص. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان فراشناختی گروهی بر سلامت روان دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور. اولین همایش ملی یافته های علوم- شناختی در تعلیم و تربیت، دانشگاه فردوسی مشهد.
- هاشمی، ز.، محمود علیلو، م.، هاشمی نصرت آبادی، ت. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی: گزارش موردی. روانشناسی بالینی، ۲ (۹). ۸۵-۹۷.

*of consulting and clinical psychology*, 67, 776-785.

- Fennel, M., J. V. (2004). Depression, low self-esteem and mindfulness. *Behavioral Research and therapy*, 42, 1053- 1067.

- Finucan, A. & Mercer, S. W. (2006). An exploratory mixed methods study of the acceptability and effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy for patients with active depression and anxiety in primary care. *BMC Psychiatry*, 6-14.

- Hayes, Steven C., Luoma, Jason B., Bond, Frank W., Masuda, Akihiko, & Lillis, Jason. (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.

- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K.G., Bissett, R.T., Pistrullo, J., Toarmino, D., et al. (2009). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54, 553-578.

- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P., & Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as generalized psychological vulnerability comparisons with coping and emotion regulation strategies. *behaviour research and therapy*, 44, 1301- 1320.

- Kashdan, T. B., Morina, N., & Priebe, S. (2009). Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 185.

- Kenny, M. A., Williams, J. M. G. (2007). Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness based cognitive therapy. *Behavior Research and Therapy*, 45, 617-625.

- Kingstion, T., Dooley, B., Bates, A., Lawlor, E., & Malone, K. (2007).

## Reference

- Barnhofer, T., Crane, C., Hargus, E., Amarasinghe, M., Winder, R., J & Williams, M., G. (2009). Mindfulness-based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behavior research and therapy*, 47, 366-373.

- Bergerson, H., Fosile, K. F., Sunnerhagen, K. S., & Schank, A. K. (2011). Anxiety, Depression and Psychological Well being 2 to 5 years poststroke. *Journal of stroke and cerebrovascular Diseases*, 1-6.

- Butcher, James N. (2007). *Abnormal Psychology* (Thirteenth Edition).

- Chawla, N., & Ostafin, B. (2007). Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 63(9), 871-890.

- Corcoran, K. Segal, Z. (2008). Metacognition in Depression and Anxiety Disorders: Current Directions. *International Journal of Cognitive Therapy*, 1, 33-44.

- Devins, G. M. & Binik, Y. M. (1996). Facilitating coping with chronic physical illness. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *handbook of coping: theory, research, application* (pp. 680- 696). New York, NY: Wiley.

- Epping-Jordan, J. E., Compas, B. E., Osowiecki, D. M., Oppedi-Sono, G., Gerhardt, C. Prine, K., & Krag, D. N. (1999). Psychological adjustment in breast cancer: processes of emotional distress. *Health psychology*, 18, 315-326.

- Feldman, S. I., Downey, G., & Schaffer-Neitz, R. (1999). Maintaining negative mood, and perceived support in chronic patients: A daily diary study of people with reflex sympathetic dystrophy syndrome. *Journal*

- depressive rumination. Depressive rumination: Nature, theory and treatment, 1- 20.
- Spiegel, D. (1996). Cancer and depression. *British journal of psychiatry*, 168, 109-116.
  - Teasdale, J. Moore, R. Hayhurst, H. Pope, M. Williams, S. Segal, Z. (2002). Metacognition Awareness and Prevention of Relapse in Depression; Empirical Evidence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 275-287.
  - Wells, A. (2000). Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy: John Wiley & Sons Ltd.
  - Wells, A. (2011). Metacognitive therapy for anxiety and depression: The Guilford Press.
  - Wells, A. & Colbear, J., S. (2012). Treating posttraumatic stress disorder with metacognitive therapy: a preliminary controlled trial. *Journal of clinical psychology*, 68 (4), 373-381.
  - Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T. & Brewin, C. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behavior research and therapy*, 50, 367-373.
  - Wells, A., Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cognitive and behavioural practice*, 11, 365-377.
  - Winett, R.A. (1995). A framework for health promotion and disease prevention. *American psychologist*, 50, 341- 350
  - Yilmaz, A. E., Gencoz, T., & Wells, A. (2011). The temporal precedence of metacognition in the development of anxiety and depression symptoms in the context of life-stress: A prospective study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 389-396.
  - Mindfulnessbased cognitive therapy for residual depressive symptoms. *Psychol Psychother*, 80, 193-203.
  - Klonoff, E. A., & Landrine, H. (1993). Cognitive representations of bodily parts and products: implications for health behavior. *Journal of behavioral medicine*, 16, 407-418.
  - Lee, J. K., Orsillo, S. M., Roemer, L., & Allen, L. B. (2010). Distress and avoidance in generalized anxiety disorder: exploring the relationships with intolerance of uncertainty and worry. *Cognitive behaviour therapy*, 39(2), 126-136.
  - Matarazzo, J.D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: frontiers for a new health psychology. *American psychologist*, 35, 807-817.
  - Magni, G., Moreschi, C., Rigatti-Luchini, S., & Merskey, H. (1994). Prospective study on the relationship between depressive symptoms and chronic musculoskeletal pain. *Pain*, 56, 289-297
  - McEvoy, P. M., Moulds, M. L., & Mahoney, A. E. J. (2013). Mechanisms driving pre-and post-stressor repetitive negative thinking: Metacognitions, cognitive avoidance, and thought control. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44 (1), 84-93.
  - Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior therapy*, 32, 13-26.
  - Papageorgiou, C., & Wells, A., & Meina, L.J. (2008). Development and preliminary validation of the negative beliefs about depressive rumination scale. Manuscript in preparation.
  - Papageorgiou, C., & Wells, A. (2004). Nature, functions, and beliefs about