

اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش علائم افسردگی و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی (مطالعه موردی)

زهرة هاشمی^۱، مجید محمود علیلو^۲، تورج هاشمی نصرت‌آبادی^۲

چکیده

زمینه و هدف: درمان فراشناختی بر این اصل استوار است که فراشناخت برای درک عملکرد شناخت و تولید تجربه‌های هشیارانه ما درباره خودمان و جهان اطرافمان بسیار مهم است. در پژوهش حاضر سعی شده است تا اثربخشی این نوع درمان در بهبود بیماران دچار افسردگی مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه بر روی سه بیمار از مرکز مشاوره دانشگاه تبریز در چارچوب طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی طی ۸ جلسه، انجام شد. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسش‌نامه افسردگی Beck BDI و باورهای فراشناختی NBRS، PBRS و MCQ بود.

یافته‌ها: درمان تغییرات قابل توجهی در علائم افسردگی و باورهای فراشناختی بیماران افسرده ایجاد کرد و موجب بهبودی در علائم هر سه بیمار شد. همچنین نتایج درمانی تا دوره پی‌گیری ادامه یافتند.

نتیجه‌گیری: درمان فراشناختی که به جای محتوای شناخت، بر کنترل فرایندهای حاکم بر آن تمرکز می‌کند، می‌تواند در درمان بیماران مبتلا به اختلال افسردگی مؤثر باشد.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، باورهای فراشناختی، باور منفی درباره نشخوار فکری، باور مثبت درباره نشخوار فکری و درمان فراشناختی.

نوع مقاله: موردی

دریافت مقاله: ۸۹/۳/۳

پذیرش مقاله: ۸۹/۱۲/۱

مقدمه

است. درمان‌های شناختی- رفتاری سنتی در مقایسه با درمان‌های قدیمی‌تر مانند روی‌آوردهای روان‌پوشی از محبوبیت برخوردار شده‌اند و به استانداردهای طلایی در مداخلات روان‌شناختی شهرت یافته‌اند (۱). با این حال کاراترین درمان‌های شناختی اخیر که تلفیقی هستند، مانند رفتاردرمانی دیالکتیکی طولانی مدت می‌باشند (۴) و این در حالی است که احتمال برگشت مکرر نشانه‌ها در هر دوره، از بدیهی‌ترین موضوعات مربوط به افسردگی است (۵). مدل

نتایج حاصل از مطالعات همه‌گیری شناسی، افسردگی را شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی گزارش نموده‌اند (۱)، این در حالی است که این اختلال در بیشتر موارد مزمن و عودکننده می‌باشد (۲). علاوه بر این، به این دلیل که به طور تقریبی دو سوم از بیماران افسرده به خودکشی می‌اندیشند و ۱۰ تا ۱۵ درصد آن‌ها از این طریق به زندگی خود خاتمه می‌دهند (۳)، همواره در حیطه برجسته‌ترین معضل بهداشت روان مطرح بوده

Email: zohrehashemi2010@yahoo.com

۱- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران. (نویسنده مسؤول)

۲- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

ذهنی در افسردگی عمده عود کننده انجام دادند که این پژوهش شواهدی برای این ادعا که افراد با افسردگی اساسی عود کننده عقاید مثبت و منفی در مورد نشخوارهای افسرده کننده را حفظ می‌کنند، مهیا کرده است (۱۱). در بین درمان‌های مختلف، این درمان کوتاه مدت و دارای چارچوبی مشخص است؛ اما در زمینه اثربخشی این مدل در بیماران افسرده به ویژه در ایران پژوهشی صورت نگرفته است. بنابراین با توجه به شرایط خاص افسردگی (شیوع بالا و تداخل در عملکرد) و فقر جدی پژوهش در زمینه مداخلات بالینی این اختلال در ایران، لزوم پژوهش در این زمینه احساس می‌شود و از آن جایی که در بررسی پژوهش‌های پیشین متوجه شدیم که درمان فقط بر روی اختلالات افسردگی به کار برده شده، پژوهش مبتنی بر سنجش همزمان باورهای فراشناختی در مورد نگرانی و نشخوار فکری وجود نداشته است، پژوهش حاضر به بررسی تأثیر درمان در کاهش باورهای فراشناختی در مورد نگرانی پرداخته است.

مواد و روش‌ها

در پژوهش‌های تک موردی به دلیل تعداد کم نفرات، هر آزمودنی به عنوان خط پایه فرد دیگر محسوب می‌شود. برای تحقق این امر از، طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی، استفاده شد. ۳ نفر از مراجعان به مرکز مشاور دانشگاه، پس از ارجاع از طرف روان‌شناس بالینی با تشخیص اختلال افسردگی اساسی (از طریق مصاحبه بالینی) به محقق و احراز شرایط پژوهش، انتخاب شدند؛ سپس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور I اجرا و آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه‌ها را تکمیل نمودند. راهنمای درمانی پژوهش حاضر، بر مبنای کتاب راهنمای گام به گام این درمان (راهنمای عملی درمان فراشناختی برای اختلال افسردگی اثر Wells (۶) در قالب ۸ جلسه توسط پژوهشگر (کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی)، در مرکز مشاوره دانشگاه تبریز، آبان تا آذر ۱۳۸۸ اجرا گردید. در جلسات درمانی تکنیک‌ها به شرح زیر اجرا

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 خود تنظیمی در نظر می‌گیرند. با این که 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. خود تمرکزی و نشخوار فکری، نه تنها باعث منحرف کردن توجه از اشکال سازگار مقابله، مثل حل مسأله می‌گردند، بلکه در عدم کارآمدی فراشناختی نیز سهیم هستند و باعث می‌شوند که افراد انعطاف خود را در پردازش مؤثر و کارا از دست بدهد (۶). Papageorgiou و Wells باورهای مثبت درباره مقیاس نشخوار فکری (Positive beliefs about rumination) را مطرح کرده‌اند تا ارتباط‌های بین فراشناخت‌ها و آسیب‌پذیری نسبت به افسردگی را پیش‌بینی کنند (۷). بیمارانی که از افسردگی عمده رنج می‌برند، احتمال می‌رود که از عودهای مکرر افسردگی خود نگران باشند. این فرایند باعث حفظ خود تمرکزی غیر مفید، نظارت بر نشانه‌ها و علائم افسردگی، تعبیر و تفسیرهای غلط و منفی درباره حالات درونی می‌شود و بر عود مجدد افسردگی تأثیر می‌گذارد. این نظارت بر تهدید، دارای تأثیرات منفی زیادی است و منجر به تجدید نشخوار فکری می‌شود و حالت‌های مربوط به خلق افسردگی را طولانی می‌کند (۸). گرچه این نوع از درمان سابقه‌ای بسیار کوتاه دارد، ولی مطالعات پژوهشی، کارآمدی آن را مورد تأیید قرار داده‌اند. Wells و همکاران در یک پژوهش به صورت تک موردی بر روی ۴ نفر و با پی‌گیری ۳ تا ۶ ماهه به بررسی این درمان پرداختند (۹). درمان، با بهبود قابل توجه علائم افسردگی و کاهش نشخوار فکری همراه بود و نتایج کسب شده در دوره پی‌گیری نیز ادامه داشت. همچنین Papageorgiou و Wells، به بررسی تجربی مدل فراشناختی نشخوار ذهنی و افسردگی پرداختند، مطالعه آن‌ها عقیده مربوط به وجود ارتباط بین نشخوار ذهنی، افسردگی و فراشناخت را مورد تأیید قرار داد (۱۰). در همین راستا Papageorgiou و Wells پژوهشی با عنوان عقاید فراشناخت در مورد نشخوار

ابزارهای اندازه‌گیری

۱- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات

محور I: مصاحبه مزبور ابزاری انعطاف‌پذیر است که توسط First و همکاران تهیه شد (۱۲). Tran و Smith ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها گزارش کرده‌اند (۱۳). در پژوهش شریفی و همکاران توافق تشخیصی خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد) (۱۴). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده، نیز رضایت‌بخش بود. پرسش‌نامه شامل ۱۵ آیتم (A_۱-A_{۱۵}) برای بررسی دوره افسردگی ماژور طراحی شده است، که توسط پژوهشگر قبل از شروع درمان اجرا گردید.

۲- پرسش‌نامه افسردگی Beck- ویرایش

دوم: این پرسش‌نامه شکل بازنگری شده پرسش‌نامه افسردگی Beck است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است (۱۵). نتایج پژوهش Beck و همکاران نشان داد که این پرسش‌نامه ثبات درونی بالایی دارد (۱۵). همچنین در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران، ضریب Cronbach's alpha ۰/۹۱. و پایایی بازآزمایی در طی یک هفته ۰/۹۶. گزارش شده است (۱۶). هر سؤال پرسش‌نامه شامل چهار وضعیت با نمرات صفر تا سه است و در هر سه مرحله خط پایه، درمان و پی‌گیری توسط پژوهشگر اجرا گردید. نقطه برش پرسش‌نامه افسردگی Beck، ۱۷ می‌باشد.

۳- مقیاس باورهای مثبت در مورد نشخوار

فکری: مقیاس باورهای مثبت در مورد نشخوار فکری یک آزمون ۱۶ ماده‌ای است. Papageorigiou, Cronbach's alpha ۰/۸۳ را برای آن گزارش کرده است. در ایران هم همسانی درونی آن ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۸۵ به دست آمده است (۱۷). برای هر سؤال دامنه پاسخ‌ها از (موافق نیستم) تا (کاملاً موافقم) مشخص شده است، که به ترتیب نمره یک تا چهار به آن‌ها تعلق می‌گیرد و در هر سه مرحله خط پایه، درمان و پی‌گیری توسط پژوهشگر اجرا گردید.

گشت: جلسه اول: فرمول‌بندی کلی مراجع، شناسایی دوره‌های نشخوار ذهنی، تمرین تکنیک افزایش توجه؛ جلسه دوم: معرفی و تمرین ذهن آگاهی انفصالی؛ جلسه سوم: شناسایی ماشه چکان‌های نشخوار ذهنی و تمرین تکنیک‌ها، بررسی نشخوار فکری و تمرین به تعویق انداختن نشخوار ذهنی در جلسه، چالش با فراشناخت‌های غیر قابل کنترل؛ جلسه چهارم: بررسی سطوح فعالیت و Beck‌های مقابله‌ای غیر سودمند، چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی؛ جلسه پنجم: باز بینی سطوح فعالیت و افزایش زمان تأمل تا واکنش، کشف و مانع شدن از رفتار مقابله‌ای مضر؛ جلسه ششم: شناسایی عقاید منفی و چالش با آنان در مورد هیجان و افسردگی؛ جلسه هفتم: شروع به نوشتن طرح‌های جدید، کشف و اصلاح ترس‌های عود کننده؛ جلسه هشتم: پیش‌گیری از عود، کار روی عقاید فراشناختی باقی‌مانده، انتظار ماشه چکان‌های آینده و برنامه‌ریزی جلسات بعدی برای بهبود بیشتر (۶). به دلیل این که این پژوهش از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای است، بنابراین ملاک‌ها و ضوابط اخلاقی انجمن روان‌شناسی آمریکا و ملاک‌های اخلاقی سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره ایران در نظر گرفته شد؛ به طوری که یک رضایت‌نامه کتبی با در نظر گرفتن نکات زیر تدوین شد: اصل راز داری رعایت شود، سلامت روان‌شناختی شرکت کنندگان در اولویت قرار گیرد، اگر افراد تمایل به شرکت در روند درمان نداشته باشند، به درخواست آن‌ها احترام گذاشته شود و در صورتی که هر بیمار دچار بحران یا مشکلی شود که به درمان دارویی نیاز داشته باشد، از طرح پژوهش خارج شده، به روان‌پزشک ارجاع داده شود. بیمار اول خانمی ۲۴ ساله دانشجوی لیسانس اقتصاد، بیمار دوم خانمی ۲۲ ساله، دانشجوی لیسانس در رشته مهندسی صنایع و بیمار سوم خانمی ۲۳ ساله دانشجوی لیسانس در رشته دامپزشکی، در پژوهش حاضر شرکت کردند.

۴- مقیاس باورهای منفی در مورد نشخوار

فکری: مقیاس باورهای منفی در مورد نشخوار فکری یک مقیاس ۱۷ ماده‌ای است. Papageorgiou، Cronbach's alpha ۰/۸۹ را برای آن گزارش کرده است. در ایران هم برای همسانی درونی، Cronbach's alpha ۰/۸۳ محاسبه شد (۱۷). برای هر سؤال دامنه پاسخها از (موافق نیستم) تا (کاملاً موافقم) مشخص شده است که به ترتیب نمره یک تا چهار به آنها تعلق می‌گیرد و در هر سه مرحله خط پایه، درمان و پی‌گیری توسط پژوهشگر اجرا گردید.

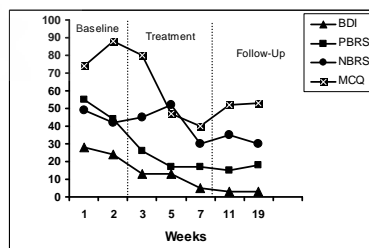
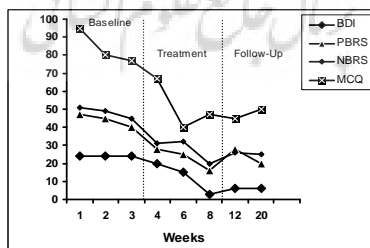
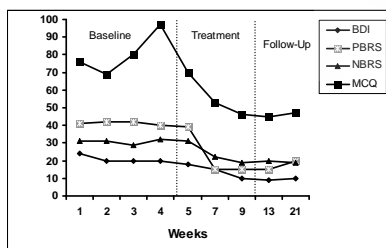
۵- پرسش‌نامه فراشناختی: پرسش‌نامه فراشناختی

یک مقیاس ۳۰ گویه‌ای است و برای سنجش باورهای مثبت و منفی افراد نسبت به نگرانی طراحی شده است. نتایج پژوهش Wells و Cartwright-Hatton نشان داد که این پرسش‌نامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب Cronbach's alpha ۰/۷۲ تا ۰/۹۳) و پایایی بازآزمایی را در طی ۴ ماه ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند (۱۸). در ایران شیرین‌زاده و همکاران Cronbach's alpha ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند (۱۹). برای هر سؤال دامنه پاسخها از (موافق نیستم) تا (کاملاً موافقم) مشخص شده است، که به ترتیب نمره یک تا چهار به آنها تعلق می‌گیرد و در هر سه مرحله خط پایه، درمان و پی‌گیری توسط پژوهشگر اجرا گردید.

یافته‌ها

تغییرات کسب شده پس از درمان در هر سه بیمار به طور

مجزا در نمودار ۱ نشان داده شده است. در پرسش‌نامه افسردگی نمره آزمودنی اول از ۲۴، آزمودنی دوم از ۲۴ و آزمودنی سوم از ۲۸ در مرحله پیش از مداخله درمانی به ترتیب به ۱۰، ۳ و ۵ در مرحله پس از مداخله و ۹، ۵ و ۳ در پی‌گیری اول و دوم کاهش یافت. همچنین، در پرسش‌نامه باور فراشناختی مثبت نمره آزمودنی اول از ۴۱، آزمودنی دوم از ۴۷ و آزمودنی سوم از ۵۵ در مرحله پیش از مداخله درمانی به ترتیب به ۱۵، ۱۶ و ۱۷ در مرحله پس از مداخله و ۱۵، ۲۸ و ۱۵ در پی‌گیری اول و ۲۰، ۲۱ و ۲۲ در پی‌گیری دوم کاهش یافت. همچنین در مقیاس باورهای منفی در مورد نشخوار فکری، نمره آزمودنی اول از ۳۱، آزمودنی دوم از ۵۱ و آزمودنی سوم از ۴۹ در مرحله پیش از مداخله به ترتیب به ۱۹، ۲۰ و ۳۰ در مرحله پس از مداخله و ۲۰، ۲۸ و ۳۲ در پی‌گیری اول و ۲۵، ۳۰ و ۳۰ در پی‌گیری دوم کاهش یافت. در پرسش‌نامه باورهای فراشناختی، نمره آزمودنی اول از ۹۷، آزمودنی دوم از ۷۷ و آزمودنی سوم از ۸۸؛ در مرحله پیش از مداخله درمانی به ترتیب به ۵۳، ۴۷ و ۴۰ در مرحله پس از مداخله، ۴۶، ۴۰ و ۵۰ در پی‌گیری اول و ۵۰، ۵۲ و ۵۰ در پی‌گیری دوم کاهش یافت. از آزمودنی اول، چهار آزمون خط پایه، آزمودنی دوم، سه آزمون خط پایه و آزمودنی سوم، دو آزمون خط پایه گرفته شد. همچنین دو بار بین جلسات و یک بار در انتهای جلسات و در یک پی‌گیری یک و سه ماهه آزمون‌ها اجرا گردید.



نمودار ۱. روند تغییرات کسب برای هر سه بیمار

جدول ۱. میانگین برای سه بیمار (N = ۳)

مقیاس‌ها	نمرات	قبل از درمان	پس از درمان	یک ماه پی‌گیری	سه ماه پی‌گیری
افسردگی	میانگین	۲۳/۱	۱۲/۴	۶	۶/۳
	انحراف استاندارد	۲/۶	۵/۶	۳	۳/۵
باورهای مثبت	میانگین	۴۴	۲۲	۲۱	۶/۳
	انحراف استاندارد	۴/۷	۸/۱	۶/۵	۲/۵
باورهای منفی	میانگین	۳۹/۸	۳۱/۳	۲۱/۶	۳۰
	انحراف استاندارد	۹/۰۷	۱۱/۰۹	۳/۷	۵
باورهای فراشناختی	میانگین	۸۱/۷	۵۴/۵	۴۵/۶	۵۱/۶
	انحراف استاندارد	۹/۵	۱۴/۴	۱/۱۵	۱/۵۲

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که پیش‌تر اشاره شد، در چارچوب الگوی شناختی، مدل‌های نظری و به تبع آن راه‌کارهای مداخله‌ای متعددی جهت درمان افسردگی به عنوان شایع‌ترین اختلال روانی، توسعه یافته است. با وجود کارآمدی نسبی اغلب شیوه‌های شناخت‌درمانی در کنترل و یا حداقل کاهش افسردگی، هنوز کاستی‌هایی وجود دارد و به تبع آن مدل‌های نظری جایگزین در حال شکل‌گیری هستند. گرچه قضاوت درباره اندازه اثر و کارآمدی روش‌های مختلف درمانی در چارچوب الگوی شناختی هنوز زود است، با این همه به نظر می‌رسد که درمان فراشناختی افسردگی با توجه به تأکیدش بر رابطه متقابل نشخوارهای ذهنی افسردگی و فراشناخت (به ویژه عقاید مثبت و منفی درباره نشخوارها)، در مقایسه با سایر مدل‌های نظری در موقیعت بهتری قرار دارد. Wells به عنوان مشهورترین چهره در این حوزه، تأکید دارد که تا زمانی که نشخوارهای ذهنی به صورت مستقیم مورد چالش قرار نگیرد و در این میان عقاید فراشناختی مربوط به آن‌ها و به طور اخص عقاید فراشناختی منفی و عقاید فراشناخت مثبت تغییر نیابند، درمان افسردگی به صورت مؤثر پیش نخواهد رفت (۲۰). همان‌طور که در بخش یافته‌های این پژوهش مشاهده شد، درمان فراشناختی که بر روی ۳ بیمار در چارچوب یک طرح تجربی تک‌موردی به مرحله اجرا در آمد و طی آن نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی درباره آن مورد

بیمار اول در سه مقیاس افسردگی و باورهای فراشناختی مثبت و منفی در مرحله خط پایه، روند ثابت داشت؛ اما در باورهای فراشناختی روند افزایشی نشان داد. با اجرای درمان هر چهار مقیاس، کاهش قابل قبولی داشتند، این کاهش در باورهای فراشناختی مثبت بیشتر بوده است؛ در پی‌گیری یک و سه ماهه نمرات بیمار در هر چهار مقیاس در حد نمرات در آخرین جلسه درمان باقی ماند. بیمار دوم در هر چهار مقیاس در مرحله خط پایه روند کاهشی نشان داد، با اجرای درمان هر چهار مقیاس کاهش قابل قبولی داشتند، در پی‌گیری یک و سه ماهه نمرات بیمار در هر چهار مقیاس در حد نمرات در آخرین جلسه درمان باقی ماند. بیمار سوم در سه مقیاس افسردگی و باورهای فراشناختی مثبت و منفی در مرحله خط پایه، روند کاهشی داشت، ولی در باورهای فراشناختی روند افزایشی نشان داد، با اجرای درمان هر چهار مقیاس کاهش قابل قبولی داشتند. این کاهش در باورهای فراشناختی مثبت بیشتر بوده است، در پی‌گیری یک و سه ماهه نمرات بیمار در هر سه مقیاس در حد نمرات در آخرین جلسه درمان باقی ماند و اندکی افزایش در باورهای فراشناخت نشان داد.

همچنین در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد در مقیاس‌های افسردگی، باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره نشخوار فکری و باورهای فراشناختی در مراحل مختلف درمان ارایه شده است.

افسرده را به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش داد (۱۲، ۱۱، ۸). در هر حال همان طوری که در بالا نیز اشاره شد، برای نتیجه‌گیری قطعی‌تر، نیاز به مطالعات بیشتر است. از جمله محدودیت‌های این پژوهش نمونه‌گیری محدود به مرکز مشاوره دانشگاه تبریز، استفاده از زنان برای نمونه پژوهش، خود گزارشی بودن متغیرهای مورد بررسی و تکرار پرسش‌نامه‌ها که به اعتبار درونی پژوهش خدشه وارد می‌کند، زمان پی‌گیری کوتاه مدت را می‌توان نام برد. بنابراین در این راستا پیشنهاد می‌شود که پژوهش بر روی نمونه مردان، از مراکز درمانی مختلف و روی نمونه بزرگتر با دوره پی‌گیری طولانی‌تر مورد بررسی قرار گیرد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از همکاران شاغل در مرکز مشاوره و تمامی دوستانی که شرایط اجرای این پژوهش را هموار ساختند، سپاسگزاری می‌نمایم.

چالش قرار گرفت، در هر ۳ آزمودنی بهبودی در همه متغیرها ایجاد کرد. در چارچوب نظرات فراشناختی Wells می‌توان استنباط کرد که تغییرات در خلق افسرده و اضطرابی، نتیجه تغییرات در نشخوارهای ذهنی و عقاید مربوط به آن است و با توجه به این که در پژوهش حاضر نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی راجع به آن از یک سو و آموزش کنترل توجه از سوی دیگر هدف اصلی مداخله را تشکیل می‌داد؛ این در حالی است که خلق افسرده هدف اصلی درمان نبوده است، می‌توان فرض نمود که تغییرات در خلق افسرده به دنبال تغییرات در نشخوارها صورت پذیرفته است. به عنوان نتیجه‌گیری می‌توان گفت که نتایج این پژوهش هماهنگ با یافته‌های Wells و همکاران، نشان می‌دهد که بهترین موضع مداخله در درمان افسردگی، نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی درباره آن است و با تغییر عقاید و در نتیجه کاهش نشخوارها می‌توان خلق

References

1. Segal ZV, Williams JMG, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse. 1st ed. New York: Guilford Press; 2002.
2. Kenny MA, Williams JM. Treatment-resistant depressed patients show a good response to Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Behav Res Ther* 2007; 45(3): 617-25.
3. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. 9th ed. New York: Williams & Wilkins; 2003.
4. Pettit JW, Joiner TE. Chronic depression: interpersonal sources, therapeutic solutions. Washington: American Psychological Association; 2006.
5. Hanasabzadeh Esfahani M, Yekeh Yazdandoost R, Gharai B, Asgharnejhad Farid A. Preliminary study of applicability of mindfulness based cognitive therapy protocol for depressed patients with suicidal thought: A case study. *Journal of Clinical Psychology* 2009; 1(1): 35-45. [In Persian].
6. Wells A. Major depressive disorder. In: Wells A, editor. Meta-cognitive therapy for anxiety and depression. New York: Guilford Press; 2008.
7. Papageorgiou C, Wells A. Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice* 2000; 7(4): 407-13.
8. Wells A. Emotional disorders and met cognition: innovative cognitive therapy. New York: John Wiley & Sons; 2002.
9. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Met cognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research* 2009; 33(3): 291-300.
10. Papageorgiou C, Wells A. An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research* 2003; 27(3): 261-73.
11. Papageorgiou C, Wells A. Meta-cognitive beliefs about rumination in recurrent major depression. *Cognitive and Behavioral Practice* 2001; 8(2): 160-4.
12. First MB, Spitzer RL, Williams JB. Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders SCID-I: clinician version, administration booklet. Washington: American Psychiatric Pub; 1997.
13. Tran G, Smith GP. Behavioral assessments in the measurement of treatment outcome. In: Haynes SN, Heiby EM, editors. *Comprehensive Hand book of psychological assessment*. New York: Wiley; 2004: 269-90.

14. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi M, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and performance capabilities Persian version of structured diagnostic interview for DSM-IV. *Advances in Cognitive Science* 2005; 6(1-2): 10-22.
15. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 561-71.
16. Fata L. Meaning full structures of emotional and cognitive processing of emotional information: comparative of two conceptual frameworks. [Thesis]. Tehran: University of Iran Medical Sciences; 2004. [In Persian].
17. Yousefi Z. Construction and validation of rumination questionnaire. [Thesis]. Isfahan: Educational Sciences and Psychology, Isfahan University; 2005. [In Persian].
18. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the meta-cognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behav Res Ther* 2004; 42(4): 385-96.
19. Shirinzadeh Dastgiri S, Godarzi MA, Ghanizadeh A, Taghavi MR. Comparison of met cognition beliefs and responsibility in patients with generalized anxiety disorder, obsessive- compulsive disorder & control group. *Journal of Iran Psychiatric and Clinical Psychology* 2009; 14(1): 6. [In Persian].
20. Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A meta-cognitive analysis and ten techniques. *Journal of Rational Emotive Cognitive Behavior Therapy* 2006; 23(4): 337-55.



Effectiveness of meta cognitive therapy in reduction of depression symptoms and meta cognitive beliefs in major depression patients: A case report

Zohreh Hashemi¹, Majid Mahmood Aliloo², Toraj Hashemi²

Abstract

Aim and Background: Meta-cognitive therapy is based on the principle that meta-cognitive is very important for understanding the way of cognition function and the way of producing our conscious experience about ourselves and the world around us. In This research it has been tried to study the effectiveness of this kind of treatment in improving depression patients.

Methods and Materials: This clinical-experimental study was carried out on 3 patients referring to Tabriz University Consulting Centers in the framework of single case by using multiple-baselines in 8 sessions with follow-up at 1 and 3 months. Instruments were included BDI, MCQ, PBRS and NBRIS.

Findings: Treatment created considerable changes in depression symptoms and meta-cognitive beliefs of depressed patients and improved the symptoms of all three patients and the results of Treatment continued up to follow-up period.

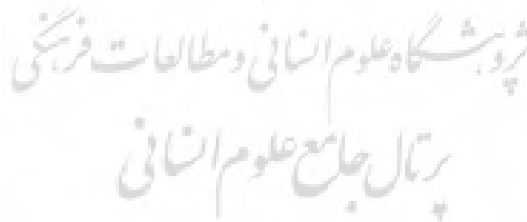
Conclusions: Result of this research showed, meta-cognitive therapy that focuses on controlling of cognitive process instead of cognitive content of cognitive processes can be effective in treatment of patient with major depression (Reduction in Rumination and Worry).

Keywords: Depression, Meta-cognitive beliefs, Negative beliefs about rumination, Positive beliefs about rumination and met-cognitive therapy.

Type of article: Case Report

Received: 24.05.2010

Accepted: 20.02.2011



1. MSc, Psychology Group, School of Education and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran. (Corresponding Author)

Email: zohrehashemi2010@yahoo.com

2. Associate Professor, Psychology Group, School of Education and Psychology, Tabriz University, Tabriz, Iran.