

اثربخشی درمان گروهی فراشناختی در بهبود افسردگی، باورهای فراشناختی و پاسخ‌های نشخواری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی

حسین شاره^۱، مهشید دولتشاهی^۲، محمد کاهانی^۳

^۱ استادیار روانشناسی بالینی، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه حکیم سبزواری، سبزوار، ایران
^۲ کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام، تربت جام، ایران

نشانی نویسنده مسؤل: سبزواری، دانشگاه حکیم سبزواری، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، گروه علوم تربیتی و روانشناسی، دکتر حسین شاره

Email: hsharreh@yahoo.com.au

وصول: ۹۲/۹/۲۹، اصلاح: ۹۲/۱۱/۱۶، پذیرش: ۹۲/۱۲/۸

چکیده

زمینه و هدف: ارتباط فراشناخت‌ها با علائم افسردگی طی دهه‌های گذشته به اثبات رسیده است. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی فراشناختی (GMCT) بر افسردگی، باورهای فراشناختی و پاسخ‌های نشخواری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD) انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش از نوع آزمایشی طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمام بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مراجعه‌کننده و ارجاع شده به کلینیک‌های روانشناسی رهیاب، آستان قدس و بیمارستان ابن سینا شهر مشهد سال ۱۳۹۲ بود. از بین این بیماران، ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به یکی از دو گروه درمان فراشناختی و کنترل اختصاص یافتند. تمام بیماران گروه مداخله به مدت ۸ هفته مورد درمان قرار گرفتند و بیماران گروه کنترل درمانی دریافت نکردند. آزمودنی‌ها پرسش‌نامه‌های افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II)، فراشناخت-۳۰ سوؤالی (MCQ-30) و مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS) را قبل از جلسه اول درمان و در پایان درمان تکمیل کردند. داده‌ها با محاسبه درصد بهبودی و آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان تغییرات قابل توجهی در نمرات آزمودنی‌های گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل در علائم افسردگی، باورهای فراشناختی و پاسخ‌های نشخواری ایجاد کرد و موجب بهبودی در علائم همه‌ی بیماران شد ($P < 0.001$). میانگین درصد بهبودی گروه مداخله برای افسردگی ۰/۳۵، برای پاسخ‌های نشخواری ۰/۴۹ و بیشترین میانگین درصد بهبودی در خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی فراشناخت-۳۰ مربوط به خرده‌مقیاس باورهای فراشناختی مثبت (۰/۴۹) و کم‌ترین میانگین مربوط به خرده‌مقیاس اطمینان شناختی (۰/۱۳) بود.

نتیجه‌گیری: درمان گروهی فراشناختی در بهبود افسردگی، باورهای فراشناختی و پاسخ‌های نشخواری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مؤثر است.

واژگان کلیدی: درمان گروهی فراشناختی، افسردگی اساسی، باورهای فراشناختی، پاسخ‌های نشخواری.

مقدمه

بر طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th ed. Text Review) بیمار افسردگی اساسی باید لااقل پنج علامت را در دوره ای دو هفته‌ای داشته باشد. علامت پنجگانه از میان این فهرست می‌باشد. خلق افسرده در اکثر اوقات روز، کاهش علاقه‌مندی یا لذت بردن از همه یا تقریباً همه فعالیت‌ها، تغییرات اشتها و وزن، تغییرات خواب و فعالیت، فقدان انرژی، احساس گناه، مشکل در تفکر و تصمیم‌گیری و افکار عودکننده‌ی مرگ یا خودکشی (۱). در سال‌های اخیر نشخوارفکری به عنوان یک مؤلفه مهم در افسردگی به طور فزاینده‌ای مورد توجه قرار گرفته است (۲). نشخوار فکری واژه‌ای عمومی است که به چندین نوع تفکر اشاره می‌کند. ولی، بیشتر به عنوان افکار سمج، چرخان و افسرده‌کننده که پاسخی به خلق پایین است، شناخته می‌شود (۳). نتایج مطالعات نشان می‌دهد که نشخوار فکری موجب تداوم خلق افسرده پس از تجارب استرس‌زای زندگی می‌شود (۴). ماتیوز و ولز (۵) مطرح کردند که تفاوت‌های فردی در نگرانی و نشخوار فکری، با شاخص‌های آسیب‌پذیری به اختلال روان‌شناختی که بر اساس سازه‌هایی مانند روان‌رنجوری و آمادگی در برابر افسردگی ارزیابی می‌شوند، رابطه مثبت دارند. به‌طور خاص، نشخوار می‌تواند به عنوان یک استراتژی برای درک مشکلات شخص، احساسات، شرایط و وسیله‌ای برای یافتن راه حل سریع مشکلات افسردگی باشد (۶) و (۷). برخی پژوهش‌ها مانند پژوهش لو، هو و هالون در زمینه مدل‌های شناختی افسردگی، مدل‌های شناختی منفی و نشخوار را به عنوان عوامل خطر ساز در افسردگی شناسایی کرده‌اند. آنها در پژوهش خود به بررسی اثر تعدیلگر نشخوار و سبک‌های شناختی منفی در اختلال افسردگی پرداختند که نتایج پژوهش آن‌ها این فرضیه را تأیید نمود (۸).

یکی از درمان‌های مؤثر و کوتاه مدتی که تازه مطرح شده است و در چند مطالعه (۶، ۹-۱۱) اثربخشی آن در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD: Major Depressive Disorder) تأیید گردیده است، درمان فراشناختی (MCT: Metacognitive Therapy) می‌باشد. سبک مورد توجه درمان فراشناختی در افسردگی، سندرم شناختی- توجهی (CAS: Cognitive Attention Syndrome) است که با درگیری افراطی در تفکر کلامی مداوم و مشغولیت ذهنی به شکل نگرانی و نشخوار فکری مشخص می‌شود. درمان فراشناختی بر این اصل استوار است که افکار خودآیند منفی که در درمان شناختی- رفتاری سنتی بسیار مهم هستند، فقط به عنوان برانگیزاننده‌های سبک‌های پردازش ناکارآمد (مانند نشخوارفکری) قلمداد می‌شوند؛ که علت مهم آسیب-شناسی روانی و محور درمان محسوب می‌شوند (۱۲). همان‌طور که اشاره شد درمان فراشناختی رویکرد نوینی است که در سال‌های اخیر مطرح شده است و به دلیل ویژگی‌های خاص خود نظیر داشتن ساختار منظم، تعداد محدود جلسات درمانی، تأکید بر فرایند شناخت به جای محتوای آن، طراحی فنون خاص نظیر هوشیاری فراگیر بی‌طرفانه (DM: Detached Mindfulness) و فنون آموزش توجه (ATT: Attention Training Technique) و ارزیابی مدل‌های ویژه هر اختلال و ارزشیابی تجربی آنها، با استقبال گسترده‌ای در سطح جهان مواجه گشته است. به گونه‌ای که، علی‌رغم زمان کوتاهی که از ظهور این رویکرد می‌گذرد، کارهای پژوهشی زیادی در زمینه ارزشیابی نظریه‌ی بنیادی فراشناخت و فنون درمانی برآمده از آن انجام شده است (۱۳). با این وجود، تحقیقات اندکی در زمینه اثربخشی مدل فراشناختی در درمان MDD (۲، ۶، ۹، ۱۴، ۱۵) انجام شده است و با توجه به بررسی‌های محقق، تا کنون هیچ مطالعه‌ای در زمینه اثربخشی درمان گروهی فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی انجام نگرفته است. به نظر می‌رسد این پژوهش یکی از

اولین گام‌ها در این زمینه باشد. البته حسنوندی، ولی‌زاده و مهربابی‌زاده‌هنرمند (۱۶) در پژوهشی بر روی دانشجویان دختر دانشگاه شهید چمران اهواز نشان دادند که درمان گروهی فراشناختی باعث کاهش علائم افسردگی و نشخوار فکری می‌شود. با توجه به این که پژوهش آنان بر روی افراد غیربالینی و از جامعه دانشجویان صورت گرفت؛ انجام پژوهش بر روی جامعه بالینی (مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی) ضروری به نظر می‌رسد. علاوه بر آن، چون گروه درمانی می‌تواند روابط موجود بین افکار و احساسات را بهتر از درمان‌های فردی آشکار کند (۱۷)، از نظر زمانی که درمانگران صرف می‌کنند، در ۵۰ درصد موارد کارایی بیشتری نسبت به درمان‌های فردی دارند (۱۸). همچنین از راه گروه‌درمانگری می‌توان بودجه و هزینه‌های درمان بیماران روانی در بیمارستان‌های روانی را بسیار کاهش داد (۱۸، ۱۹)، لزوم بررسی‌های درمانی به صورت گروهی در این زمینه بیشتر احساس می‌شود. براساس چنین ضرورتی در پژوهش حاضر اثربخشی درمان گروهی فراشناختی بر بهبود علائم افسرده‌وار، باورهای فراشناختی و پاسخ‌های نشخواری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مورد بررسی قرار گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع آزمایشی طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل بیماران مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناسی رهیاب، آستان قدس و بیمارستان ابن سینا در شهر مشهد در سال ۱۳۹۲ بود. نمونه مورد مطالعه از طریق ارجاع روان‌پزشکان و روان‌شناسان بالینی با تشخیص اولیه MDD انتخاب شدند. نمونه این پژوهش شامل ۲۴ نفر مراجعه‌کننده به مراکز فوق بر اساس ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش بودند. آنها به روش نمونه‌گیری مبتنی بر هدف و در دسترس انتخاب شدند و به دو گروه مداخله و کنترل به طور تصادفی ساده تقسیم شدند. ۴ نفر

از شرکت‌کننده‌های گروه مداخله و کنترل (از هر گروه ۲ نفر) به علت عدم حضور منظم در جلسات گروهی درمان یا ارزیابی از پژوهش کنار گذاشته شدند. آزمودنی‌های گروه مداخله تحت درمان گروهی فراشناختی قرار گرفتند. به آزمودنی‌های گروه کنترل (تحت هیچ نوع درمانی قرار نگرفتند) گفته شد با توجه به این که شرکت‌کنندگان در گروه درمانی نباید بیشتر از ۱۲ نفر باشند لذا آنها باید در لیست انتظار برای درمان منتظر بمانند. به آنها این اطمینان داده شد که بعد از پایان درمان گروه مداخله مورد درمان قرار خواهند گرفت. همچنین گروه‌ها از مقایسه عملکردشان با یکدیگر اطلاعی نداشتند.

ملاک‌های ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی MDD به تشخیص روان-پزشک براساس مصاحبه تشخیصی و یا تشخیص روان-شناس بالینی بر اساس مصاحبه بالینی ساخت یافته برای اختلالات محور I در DSM-IV-نسخه بالینی (SCID-I/CV: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinical Version) عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی حداقل یک ماه قبل از ورود به پژوهش؛ داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال؛ موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بر اساس امضای فرم رضایت‌نامه کتبی و دارا بودن حداقل تحصیلات در سطح سوم راهنمایی. بیمارانی که علائم روان‌پریشی، سوء‌مصرف مواد، ملاک‌های کامل سایر اختلال‌های روان-شناختی در محور I (به جز اختلال اضطراب فراگیر) و افکار جلدی خودکشی (به نحوی که در فرایند روان‌درمانی مشکل ایجاد کند) داشتند از پژوهش خارج شدند.

اساس روش درمان فراشناختی افسردگی، پیاده‌سازی الگوی گام به گام درمان (۱۲، ۱۳) بود که در ۸ جلسه به شیوه گروهی، هر جلسه هفته‌ای یک‌بار و به مدت ۹۰ تا ۱۲۰ دقیقه توسط نویسنده اول و دوم این مقاله اجرا می‌شد. در این جلسات فنون مختلف فراشناختی از جمله آموزش توجه، هوشیاری فراگیر بی-

طرفانه، به تعویق انداختن نگرانی و چالش کلامی آموزش داده شد. جلسه اول یک هفته پس از خط پایه آغاز شد. در ابتدا پس از ارزیابی اولیه بیماران، پیرامون تعداد، مدت و ماهیت جلسات صحبت و درباره‌آشنایی با درمان، اهمیت مشارکت، قوانین گروه و انجام تکالیف توضیح داده شد. در این جلسه هدف آماده‌سازی آزمودنی‌ها و دستیابی به درک اولیه آنها از باورها و سبک‌های تفکر و قرار گرفتن در فرمول‌بندی موردی بود. قدم بعدی تشخیص باورهای فراشناختی منفی و مثبت در رابطه با نشخوارفکری و تمرین تکنیک آموزش توجه (ATT) بود. سپس از بیماران خواسته شد در صورت مواجهه با افکار مزاحم، از فن آموزش توجه به عنوان تکلیف استفاده کنند. در دومین جلسه درمان، کاربرد و تمرین فنون هوشیاری فراگیر بی‌طرفانه در دستور کار قرار گرفت. همچنین برای افزایش آگاهی بیماران و عدم درگیری آنان با نشخوارفکری، فن به تعویق انداختن نشخوارفکری آموزش داده شد. به طور معمول فنون DM همراه با فن به تعویق انداختن نشخوارفکری تمرین می‌شوند. از بیماران خواسته شد هرگاه افکار مزاحم ظاهر شدند، باید بدانند که این افکار اتفاق افتاده‌اند و به خودشان بگویند «الان نمی‌خواهم با این افکار مقابله کنم، نمی‌خواهم نشخوارفکری خود را فعال کنم». اجازه دهند تا با گذشت زمان این افکار به تدریج محو شوند. آنها می‌توانند هر شب به مدت ۱۰ دقیقه فعالانه با این افکار نشخوار کنند. در پایان جلسه به عنوان تکلیف خانه از بیماران خواسته شد از فنون DM و به تعویق انداختن نشخوارفکری استفاده کنند. در جلسات سوم و چهارم سایر راهبردهای ناکارآمد و باورهای فراشناختی مثبت و منفی که موجب تداوم نشخوارفکری می‌شوند، شناسایی و با شیوه‌های فراشناختی به چالش کشیده شدند. از دیگر راهکارهایی که در این جلسات همراه با تمرین بیشتر فنون DM، ATT، به تعویق انداختن و آزمایش تعدیل نشخوارفکری مورد استفاده قرار گرفت، کمک به بیماران برای درک

معایب کاهش سطح فعالیت در تداوم افسردگی و برنامه‌ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش بود. در پایان جلسه ضمن آموزش به بیمار به عنوان تکلیف از بیماران خواسته شد از برنامه‌ریزی قراردادی فعالیت و برنامه‌ریزی فعالیت‌های لذت‌بخش (بر اساس فرم‌های آماده که در اختیار بیماران قرار گرفت) برای ختنی سازی سطح پایین فعالیت استفاده کنند.

در جلسه‌های پنجم و ششم علاوه بر تمرین فنون فوق، چالش با باورهای مثبت و منفی بیماران با استفاده از روش‌های کلامی و رفتاری ادامه یافت. برای به چالش کشیدن این باورها درمان‌گر از روش‌های بررسی شواهد و تحلیل مزایا و معایب استفاده کرد. استفاده از آزمایش‌های رفتاری فوق در داخل جلسه و بین جلسات (به عنوان تکلیف) برای به چالش کشیدن این باورها به بیماران توصیه شد. در جلسات هفتم و هشتم با استفاده از چالش‌های کلامی و رفتاری، باورهای فراشناختی باقی مانده و حل نشده در رابطه با نشخوارفکری به چالش کشیده شدند. در این راستا درمان‌گر با مشارکت بیماران شروع به تدوین برنامه‌های پردازشی جدید کرد. هم‌چنین کار بر روی «طرح کلی» (blueprint) درمان شامل نمونه‌ای از مفهوم‌سازی موردی، فهرستی از باورهای فراشناختی مثبت و منفی درباره‌ی نشخوارفکری و خلاصه‌ای از شواهد نفی کننده آنها صورت گرفت. جلسات تقویتی، به عنوان فرصتی برای ارزیابی دستاوردها و تقویت دانش و راهبردهای کسب شده، در جریان درمان، برای ۳ و ۶ ماه پس از پایان درمان، برنامه‌ریزی شد. در پایان جلسه از بیماران خواسته شد به عنوان تکلیف بر روی طرح کلی درمان کار کنند و مطابق با آموزش‌های داخل جلسه نمونه‌ای، تدوین نمایند.

برای جمع‌آوری داده‌ها، علاوه بر پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت شناختی شامل سن، جنسیت، تأهل و میزان تحصیلات که برای به دست آوردن اطلاعات جمعیت‌شناختی مراجعان به کار رفت، از پرسش‌نامه‌ها و

مقیاس‌های زیر نیز استفاده شد.

پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II): پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک- ویرایش دوم (۲۰) شکل بازنگری شده‌ی پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (BDI) است؛ که جهت سنجش شدت افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان تدوین شده است. این پرسش‌نامه نیز همانند ویرایش اول از ۲۱ ماده تشکیل شده است. آزمودنی برای هر ماده یکی از چهار گزینه را برمی‌گزیند؛ که نشان دهنده شدت افسردگی اوست. هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. به این ترتیب کل پرسش‌نامه دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ نمره دارد. نقاط برش پیشنهاد شده، برای این پرسش‌نامه به این ترتیب می‌باشند: افسردگی جزئی نمره ۰-۱۳، افسردگی خفیف نمره ۱۴-۱۹، افسردگی متوسط نمره ۲۰-۲۸ و افسردگی شدید نمره ۲۹-۶۳. در راهنمای BDI-II (۲۰) نقطه برش برای عدم وجود افسردگی تعیین نشده است. ضریب اعتبار بازآزمایی آزمون در فاصله یک هفته‌ای ۰/۹۳ به دست آمد (۲۰). ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ و ضریب پایایی ۰/۹۴ در نمونه ایرانی محاسبه شده است (۲۱). در پژوهش حاضر این پرسش‌نامه به منظور تعیین شدت افسردگی قبل از جلسات اول، چهارم و در پایان درمان مورد استفاده قرار گرفت.

پرسش‌نامه‌ی فراشناخت-۳۰ سوؤالی (MCQ-30): پرسش‌نامه (Metacognitions Questionnaire-30): پرسش‌نامه فراشناخت-۳۰ سوؤالی (MCQ-30) فرم کوتاه پرسش‌نامه فراشناخت (MCQ) است؛ که توسط ولز و کارترایت-هاتون (۲۲) ساخته شده است و شامل ۳۰ گویه خود گزارشی است که باورهای افراد درباره تفکر آنها را می‌سنجد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت (۱= موافق نیستم تا ۴= خیلی زیاد موافقم) نمره-گذاری می‌شود. این مقیاس همانند MCQ دارای پنج خرده‌مقیاس است؛ که هر کدام شش ماده را شامل می‌شوند. MCQ1: باورهای فراشناختی مثبت در زمینه

نگرانی، MCQ2: باورهای فراشناختی منفی در مورد عدم کنترل افکار و خطرات، MCQ3: اطمینان شناختی، MCQ4: عقاید در زمینه‌ی نیاز به کنترل افکار، MCQ5: خودآگاهی شناختی. در زمینه روایی این پرسش‌نامه، دامنه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها را ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ و پایایی آن به روش بازآزمایی برای نمره کل پس از دوره ۱۸ تا ۲۲ روزه را ۰/۷۵ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۵۹ تا ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند (۲۲). شیرین‌زاده دستگیری (۲۳) این پرسش‌نامه را برای جمعیت ایرانی ترجمه و آماده نموده است. ضریب همسانی درونی آن را به کمک ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۱، برای خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ و پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله چهار هفته برای کل مقیاس ۰/۷۳ و برای خرده‌مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر از پرسش‌نامه‌ای که شماره (۲۴) تدوین نموده است و آن را برای جمعیت ایرانی هنجار کرده است؛ به منظور اندازه‌گیری باورهای فراشناختی قبل از جلسه اول و در پایان درمان استفاده شد.

مقیاس پاسخ‌های نشخواری (RRS: Rumination Response Scale): نولن- هوکسما و مارو پرسش‌نامه‌ای

خودآزما تدوین کردند که چهار نوع متفاوت از واکنش به خلق منفی را مورد ارزیابی قرار می‌داد. RRS، ۲۲ عبارت دارد که از پاسخ دهندگان خواسته می‌شود هر کدام را در مقیاسی از ۱ (هرگز) تا ۴ (اغلب اوقات) درجه بندی کنند (۲۵). بر پایه شواهد تجربی، مقیاس پاسخ‌های نشخواری، پایایی درونی بالایی دارد. ضریب آلفای کرونباخ در دامنه-ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش‌های مختلف نشان می‌دهند همبستگی بازآزمایی برای RRS، ۰/۷۷ است (۲۶). این مقیاس توسط باقری نژاد، صالحی و طباطبائی (۴) به فارسی ترجمه شده است. اعتبار پیش بین RRS، در تعداد زیادی از مطالعات مورد آزمایش قرار گرفته است. هم چنین، بر پایه یافته‌های پژوهشی، این مقیاس می‌تواند

آسیب‌پذیری افراد را نسبت به افسردگی تعیین کند. به علاوه، نشان داده شده است که این مقیاس می‌تواند پیش-بینی کننده یک دوره بالینی افسردگی باشد (۲۵، ۲۶).

در تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چندمتغیری و تحلیل نموداری برای بررسی اثرات متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته استفاده شد. همچنین درصد‌های بهبودی آزمودنی‌های گروه آزمایش در هر یک از متغیرهای پژوهش محاسبه شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-19 و سطح آماری ۰/۰۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

۱۲ شرکت کننده در گروه مداخله (درمان گروهی فراشناختی) و ۱۲ شرکت کننده در گروه کنترل (در لیست انتظار برای درمان) قرار گرفتند. ۴ نفر از شرکت کنندگان گروه مداخله و کنترل (۲ نفر در هر گروه) به علت عدم حضور منظم در جلسات گروهی درمان یا ارزیابی از پژوهش کنار گذاشته شدند. گروه درمان فراشناختی شامل ۸ زن و ۲ مرد، گروه کنترل شامل ۶ زن و ۴ مرد بود. ۳ نفر از شرکت کنندگان گروه مداخله و ۴ نفر از شرکت کنندگان گروه کنترل مجرد و بقیه متأهل بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌های گروه مداخله ۳۰ و ۵/۵۵ و میانگین و انحراف استاندارد سن آزمودنی‌های گروه کنترل ۳۱ و ۶/۵۰ بود. همچنین میانگین و انحراف استاندارد میزان تحصیلات آزمودنی‌های گروه مداخله ۱۴/۱۰ و ۲/۸۴ و میانگین و انحراف استاندارد میزان تحصیلات آزمودنی‌های گروه کنترل ۱۲/۸۸ و ۳/۱۷ بود. ارزش t گروه‌های مستقل نشان می‌دهد بین دو گروه از نظر سن ($P=0/65$) و تحصیلات ($P=0/84$) تفاوت معناداری وجود ندارد. لذا، دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت-شناختی هم‌تا هستند. همچنین، ارزش t گروه‌های مستقل نشان می‌دهد که میانگین نمرات افسردگی ($P=0/98$)، باورهای فراشناختی ($P=0/62$) و پاسخ‌های نشخواری

($P=0/71$) در پیش آزمون در دو گروه تفاوت معناداری ندارند. در جدول شماره ۲ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (MANCOVA) بر روی نمرات پس آزمون (پس از حذف اثرات پیش آزمون) برای مقایسه نتایج درمان گروه مداخله با گروه کنترل آورده شده است.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش (به خصوص در متغیر افسردگی با اندازه‌ی اثر ۰/۸۷) در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل به‌طور معناداری کاهش پیدا کرده است؛ که به نظر می‌رسد درمان گروهی فراشناختی به بهبود شرکت-کنندگان انجامیده است. نتایج این جدول نشان می‌دهد که میانگین نمرات شرکت کنندگان گروه مداخله به نسبت گروه کنترل در تمامی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه فراشناخت-۳۰ (باورهای مثبت، باور کنترل ناپذیری و خطر، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی) به جز خرده‌مقیاس اطمینان شناختی کاهش معناداری یافته است. بر طبق این جدول بیشترین تفاوت میانگین نمرات به ترتیب مربوط به خرده‌مقیاس‌های نیاز به کنترل افکار با اندازه اثر ۰/۵۰، خودآگاهی شناختی با اندازه‌ی اثر ۰/۴۵، باور کنترل ناپذیری و خطر با اندازه‌ی اثر ۰/۴۴ و باور فراشناختی مثبت با اندازه‌ی اثر ۰/۲۷ می‌باشد. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که درمان گروهی فراشناختی در بهبود باورهای فراشناختی مؤثر است. همچنین نتایج تحلیل کواریانس مربوط به متغیر پاسخ‌های نشخواری نشان می‌دهد که میانگین و انحراف استاندارد نمرات این متغیر در گروه درمان فراشناختی در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است و در سطح ۰/۰۰۷ معنادار بوده است. این نتایج نشان می‌دهد درمان گروهی فراشناختی بر بهبود پاسخ‌های نشخواری مؤثر بوده است. میانگین درصد بهبودی شرکت کنندگان در گروه مداخله برای متغیر افسردگی ۰/۳۵، برای پاسخ‌های نشخواری ۰/۴۹ و بیشترین میانگین در خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی فراشناخت-۳۰ مربوط به خرده‌مقیاس باورهای فراشناختی

جدول ۱: جلسات درمان گروهی فراشناختی

جلسه	محتوا و تکنیک‌های جلسات
اول	آماده‌سازی آزمودنی‌ها، تشخیص باورهای فراشناختی منفی و مثبت در رابطه با نشخوارفکری، فرمول‌بندی موردی، تمرین تکنیک آموزش توچه (ATT).
دوم	هوشیاری فراگیر بی‌طرفانه (DM)، به تعویق انداختن نشخوارفکری.
سوم	تمرین بیشتر فنون DM، ATT و به تعویق انداختن نشخوارفکری، چالش با راهبردهای ناکارآمد و باورهای فراشناختی مثبت و منفی.
چهارم	تمرین بیشتر فنون DM، ATT و به تعویق انداختن نشخوارفکری، آزمایش تعدیل نشخوارفکری، برنامه‌ریزی فعالیت‌های لذت بخش.
پنجم	چالش با باورهای مثبت و منفی بیماران با استفاده از روش‌های کلامی (بررسی شواهد و تحلیل مزایا و معایب).
ششم	چالش با باورهای مثبت و منفی بیماران با استفاده از روش‌های رفتاری.
هفتم	چالش‌های کلامی و رفتاری با باورهای فراشناختی باقی مانده و حل نشده در رابطه با نشخوارفکری، تدوین برنامه‌های پردازشی جدید.
هشتم	طرح کلی، برنامه‌ریزی برای جلسات تقویتی.

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد و نتایج آزمون تحلیل کوواریانس (پس از حذف اثرات نمرات قبل از مداخله) متغیرهای پژوهش در دو گروه مداخله و کنترل

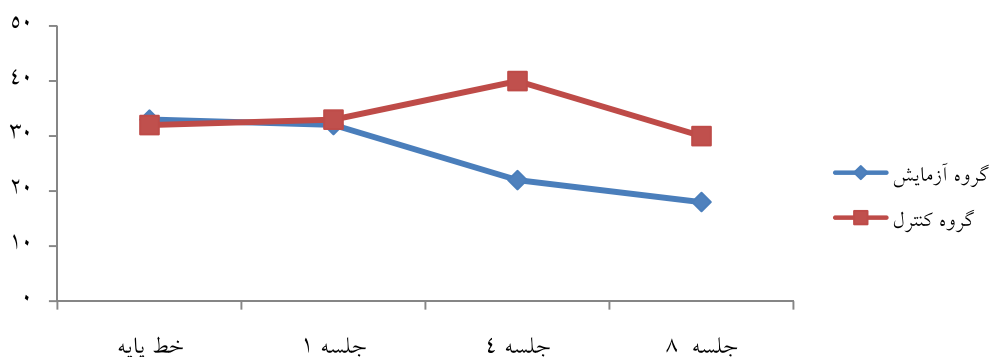
متغیر	قبل از مداخله		بعد از مداخله		اندازه‌ی اثر	سطح معناداری	F	میانگین (انحراف استاندارد)	گروه کنترل	گروه مداخله	میانگین (انحراف استاندارد)	میانگین (انحراف استاندارد)
	میانگین (انحراف استاندارد)	گروه کنترل	میانگین (انحراف استاندارد)	گروه مداخله								
افسردگی	۳۲/۶۶ (۵/۴۷)	۳۲ (۵/۱۲)	۳۰/۶۶ (۴/۸۷)	۱۸ (۳/۵۹)	۰/۸۷	۰/۰۰۱	۱۲۲/۶	۱۸ (۳/۵۹)	گروه کنترل	۳۲ (۵/۱۲)	۳۰/۶۶ (۴/۸۷)	۱۸ (۳/۵۹)
باور فراشناختی مثبت	۷/۸۸ (۳/۶۸)	۸/۳۰ (۴/۹۶)	۶/۳۰ (۳/۷۷)	۶/۳۰ (۳/۷۷)	۰/۲۷۸	۰/۰۲	۶/۵۳	۶/۳۰ (۳/۷۷)	گروه کنترل	۸/۳۰ (۴/۹۶)	۶/۳۰ (۳/۷۷)	۶/۳۰ (۳/۷۷)
باور فراشناختی منفی	۱۴/۱۱ (۳/۷۸)	۱۴/۳۰ (۳/۶۲)	۹ (۳/۲۳)	۹ (۳/۲۳)	۰/۴۴۴	۰/۰۰۱	۱۳/۵۷	۹ (۳/۲۳)	گروه کنترل	۱۴/۳۰ (۳/۶۲)	۹ (۳/۲۳)	۹ (۳/۲۳)
اطمینان شناختی	۱۰/۶۶ (۳/۶۴)	۱۵/۱۰ (۵/۷۴)	۱۰/۶۰ (۴/۱۴)	۱۰/۶۰ (۴/۱۴)	۰/۰۰۱	۰/۹۰	۰/۰۱	۱۰/۶۰ (۴/۱۴)	گروه کنترل	۱۵/۱۰ (۵/۷۴)	۱۰/۶۰ (۴/۱۴)	۱۰/۶۰ (۴/۱۴)
نیاز به کنترل افکار	۱۵/۳۳ (۴/۸۲)	۱۳/۵۰ (۲/۹۹)	۱۶/۳۳ (۴/۵۲)	۹ (۳/۸۵)	۰/۵۰۷	۰/۰۰۱	۱۷/۴۹	۹ (۳/۸۵)	گروه کنترل	۱۳/۵۰ (۲/۹۹)	۱۶/۳۳ (۴/۵۲)	۹ (۳/۸۵)
خودآگاهی شناختی	۱۲/۳۳ (۲/۹۵)	۱۲/۲۰ (۳/۹۶)	۱۲/۴۴ (۳/۴۰)	۸/۴۰ (۲/۹۸)	۰/۴۵۵	۰/۰۰۱	۱۴/۱۷	۸/۴۰ (۲/۹۸)	گروه کنترل	۱۲/۲۰ (۳/۹۶)	۱۲/۴۴ (۳/۴۰)	۸/۴۰ (۲/۹۸)
پاسخ‌های نشخواری	۴۳/۵۶ (۳/۶۹)	۴۴/۱۲ (۳/۴۸)	۴۵/۴۲ (۴/۷۶)	۲۲ (۳/۱۲)	۰/۶۵۴	۰/۰۰۷	۹/۶۸	۲۲ (۳/۱۲)	گروه کنترل	۴۴/۱۲ (۳/۴۸)	۴۵/۴۲ (۴/۷۶)	۲۲ (۳/۱۲)

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی فراشناختی (GMCT) بر افسردگی، باورهای فراشناختی و پاسخ‌های نشخواری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی (MDD) انجام شد. بدین منظور از یک گروه مداخله (تحت درمان گروهی فراشناختی) و یک گروه کنترل (در لیست انتظار برای درمان) استفاده شد. دو گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی همتا بودند و میانگین نمرات پیش‌آزمون متغیرها در دو گروه تفاوت معناداری نداشت. نتایج پس‌آزمون نشان می‌دهد که میانگین نمرات شرکت‌کنندگان گروه مداخله به نسبت گروه کنترل در مورد افسردگی، پاسخ‌های نشخواری و تمامی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی فراشناخت-۳۰ (باورهای مثبت، باور کنترل ناپذیری و خطر، نیاز به کنترل

مثبت ۰/۴۹ و کم‌ترین میانگین مربوط به خرده‌مقیاس اطمینان شناختی ۰/۱۳ بوده است. نتایج نمودار ۱ نشان می‌دهد که نمرات افسردگی شرکت‌کنندگان در گروه درمان فراشناختی نسبت به گروه کنترل در پرسش‌نامه BDI-II کاهش چشمگیری داشته است. بر اساس نتایج این نمودارها، کاهش نمرات افسردگی از جلسه چهارم درمان به بعد بیشتر و سریع‌تر بوده است.

به علاوه، میانگین درصد بهبودی گروه مداخله برای افسردگی ۰/۳۵، برای پاسخ‌های نشخواری ۰/۴۹ و بیشترین میانگین درصد بهبودی در خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه فراشناخت مربوط به خرده‌مقیاس باورهای فراشناختی مثبت (۰/۴۹) و کم‌ترین میانگین مربوط به خرده‌مقیاس اطمینان شناختی (۰/۱۳) بود.



نمودار ۱: تغییر نمرات افسردگی بر اساس پرسش‌نامه‌ی BDI-II در دو گروه مداخله و کنترل

است و می‌تواند به من آسیب وارد کند). همچنین باورهای فراشناختی منفی نتایج بین فردی و اجتماعی نشخوار فکری را در برمی‌گیرد (برای مثال: مردم مرا طرد می‌کنند اگر بدانند من نشخوار فکری می‌کنم). اگر چه بسیاری از مردم معتقدند، نشخوار فکری به حل مشکل آنها کمک می‌کند؛ اما، پاسخ به مشکلات از طریق نشخوار فکری با مشکلات و تنش بیشتر همراه است. نولن- هوکسما و دیویس (۲۷) نشان دادند طی یک دوره یک‌ساله نشخوارکنندگان فکری به نسبت غیر نشخوار کنندگان حوادث پرتنش‌تری را گزارش می‌کنند.

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان گروهی فراشناختی بر بهبود باورهای فراشناختی و پاسخ‌های نشخواری در بیماران افسردگی اساسی اجرا شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان گروهی فراشناختی باعث کاهش شدت علائم افسردگی بیماران MDD می‌شود. محققان این پژوهش ضمن جست و جو در منابع مختلف، تاکنون به پژوهشی در زمینه اثربخشی درمان گروهی فراشناختی بر اختلال افسردگی دست نیافته‌اند و نتایج به دست آمده در این پژوهش از این نظر منحصر به فرد است. در مجموع یافته‌های حاصله با نتایج سایر تحقیقات در زمینه اثربخشی رویکرد فراشناختی در اختلال افسردگی (۲، ۴، ۶، ۱۰، ۱۱، ۱۵، ۲۸) همسو است. از آن‌جا که نگرانی و نشخوار فکری دو خصیصه مهم سندرم شناختی- توجّهی در اختلالات روان‌شناختی، آن-

افکار و خودآگاهی شناختی) به جز خرده‌مقیاس اطمینان شناختی کاهش معناداری یافته است.

افسردگی در اثر فعال شدن نشخوار فکری و الگوهای پاسخ‌دهی ناسازگارانه، تداوم یافته و تشدید می‌شود. الگوی تفکر افراد دچار اختلال روان‌شناختی با ماهیت تکراری و نشخواری مربوط به موضوعات خود با کنترل دشوار متمرکز می‌شود. این وضعیت، نشانه سندرم شناختی- توجّهی است؛ که ویژگی آن توجّه معطوف به خود افزایش یافته است (۲). افکار منفی سمج (نشخوار- فکری و نگرانی) به عنوان یکی از چند عامل همزمان در آسیب‌پذیری و حفظ اختلال مؤثر شناخته می‌شوند و به عنوان راهبردهای مقابله‌ای مد نظر قرار می‌گیرند. ولز و پاپاجورجیو (۶) با استفاده از مصاحبه نیمه ساختار یافته، باورهای فراشناختی و محتوای آن را در بیماران افسرده کشف کردند. نتایج پژوهش‌های آنها نشان داد، همه بیماران باورهای منفی و مثبت فراشناختی را درباره نشخوار فکری حفظ می‌کنند. محتوای باورهای فراشناختی مثبت، شامل موضوعاتی در رابطه با نشخوار فکری به عنوان راهبرد مقابله‌ای است (برای مثال: برای فهم اشتباهات و شکست‌های گذشته و پیدا کردن راه حل باید نشخوار کنم). باورهای فراشناختی منفی، درباره نشخوار فکری موضوعاتی را در ارتباط با غیر قابل کنترل بودن و خطرناک بودن نشخوار فکری در بر می‌گیرد (به عنوان مثال: نشخوار فکری درباره‌ی مشکلاتم غیر قابل کنترل

گونه که توسط رویکرد درمان فراشناختی مطرح شده است، می‌باشند و از طرفی احتمال همراهی اختلال اضطراب با افسردگی ۲۰ برابر می‌باشد (۲۹)، می‌توان انتظار داشت که با کاهش افسردگی، اضطراب نیز کاهش پیدا کند. از طرفی با توجه به نتایج، به نظر می‌رسد رویکرد درمانی فراشناخت از طریق رفع نگرانی و نشخوارفکری و ایجاد شیوه فراشناختی انعطاف‌پذیر، مسیر پردازش طبیعی را که در اکثر اختلالات روانی (و از جمله افسردگی) مخدوش شده، را هموار می‌سازد (۶، ۱۰، ۳۰). مطالعات مختلف (۶، ۳۱-۳۴) نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی پیش‌بینی کننده‌های مهم علایم اختلالات هیجانی هستند؛ که با تعدیل آنها می‌توان به بهبود مراجعان کمک کرد. یافته‌های پژوهش حاضر این مسأله را تأیید می‌کند. نتایج پژوهش حاضر در مورد پنج خرده‌مقیاس پرسش‌نامه فراشناخت-۳۰ نشان می‌دهد که میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه مداخله به نسبت گروه کنترل در تمامی خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه‌ی فراشناخت-۳۰ (باورهای مثبت، باور کنترل ناپذیری و خطر، نیاز به کنترل افکار و خودآگاهی شناختی) به جز خرده‌مقیاس اطمینان شناختی کاهش معناداری یافته است؛ که با نتایج پژوهش‌های پاپاجورجیو و ولز (۶)، هاشمی و همکاران (۲۸)، باقری نژاد و همکاران (۴) همسو است.

با نگاهی به محتوا و فرآیند درمان فراشناختی افسردگی می‌توان دریافت که نقش متقابل نشخوار فکری و باورهای فراشناختی منفی و مثبت در افسردگی بسیار مورد توجه قرار گرفته است. به گونه‌ای که ولز (۳۵) تأکید دارد که تا زمانی‌که نشخوار فکری به صورت مستقیم مورد چالش قرار نگیرد و در این میان باورهای فراشناختی منفی و مثبت تغییر نیابند، درمان افسردگی مؤثر نخواهد بود. به نظر می‌رسد اطمینان شناختی در مقایسه با سایر باورهای فراشناختی در تداوم افسردگی نقش کم‌تری داشته باشد. اگرچه درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی اساسی سابقه طولانی ندارد و هنوز پژوهش‌های

زیادی درباره آن انجام نشده است، نتایج این پژوهش و پژوهش‌های مشابه به لحاظ بالینی می‌تواند چشم‌اندازهای نویدبخشی را در اختیار متخصصین قرار دهد. یافته‌های این پژوهش حاکی از آن است که درمان گروهی فراشناختی می‌تواند روی راهبردهایی که به‌طور ویژه برای اصلاح باورهای فراشناختی مثبت و منفی طراحی شده‌اند، متمرکز باشد که در نهایت منجر به بهبود اختلال افسردگی اساسی می‌شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تعداد کم آزمودنی‌ها و عدم پیگیری نتایج اشاره کرد. از این رو پیشنهاد می‌شود در طرح‌های پژوهشی بعدی نمونه‌ها بیشتر باشد و نتایج با پیگیری‌های دقیق دنبال شود. با توجه به نقش مؤثر تکنیک آموزش توجه در درمان اختلال افسردگی، پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌گران آینده این تکنیک را به تنهایی برای درمان افسردگی به شیوه گروهی به کار بندند و تأثیر آن را بررسی نمایند. همچنین می‌توان تأثیر گروهی درمان فراشناختی را با دیگر گروه‌درمانی‌های مؤثر در اختلال افسردگی مقایسه نمود.

در مجموع بر اساس نتایج این مطالعه، درمان گروهی فراشناختی در بهبود میزان افسردگی، باورهای فراشناختی و پاسخ‌های نشخواری بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی مؤثر است. درمان‌گران باید با در نظر گرفتن نقش نشخوارهای فکری در تداوم اختلال افسردگی اساسی، به درمان آن در قالب برنامه‌های گروه-درمانی مبتنی بر اصلاح نگرش‌های ناکارآمد و آموزش شیوه‌های صحیح کنترل فکر توجه ویژه مبذول دارند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از مدیریت، همکاران و پرسنل محترم کلینیک‌های روانشناسی رهیاب، آستان قدس و بیمارستان ابن سینا شهر مشهد و تمام بیماران محترمی که ما را در انجام هر چه بهتر این پژوهش یاری رساندند تشکر می‌شود. حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.

References

1. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, (9th Edition). Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009: 1629-44.
2. Wells A, Papageorgiou C. Metacognitive therapy for depressive rumination. *Depressive Rumination: Nature, Theory and Treatment*. Chichester, UK: Wiley; 2004: 45-67.
3. Rippere V. What the thing to do when your's feeling depressed? A pilot study. *Behaviours reseaech and therapy*. 1997; 15(2): 185-91.
4. Bagherinejad M, Salehi Fadardi J, Tabatabaei SM. The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian university students. *Journal of Educational and Psychological Studies*. 2010; 11(1): 28-38. [Persian]
5. Matthews G, Wells A. Rumination, depression and metacognition: The S-REF model. In C. Papageorgiou & A. Wells (Eds.), *Depressive rumination: Nature, theory and treatment* . Chichester, UK: Wiley; 2004: 125-51.
6. Wells A, Papageorgiou C. Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behav Res Ther*. 2001; 39(6): 713-20.
7. Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther*. 1996; 34(11-12): 881-8.
8. Lo CS, Ho SMY, Hollon SD. The effects of rumination and negative cognitive styles on depression: A mediation analysis. *Behav Res Ther*. 2008; 46(4): 487-95.
9. Fisher PI, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exper Psychiatry*. 2008; 39(2): 117-32.
10. Papageorgiou C, Wells A. Treatment of recurrent major depression with attention training .*Cognitive Behavioral practice*. 2000; 7(4): 407-13.
11. Dolatshahi M, Shareh H. Effectiveness of Attention Training Technique in Treating A Case of Major Depressive Disorder. Unpublished manuscript. [Persian]
12. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley 2000; 13-19.
13. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford; 2009, 195-222.
14. Yilmaz EA, Gencoz T, Wells A. 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*. 2011; 25(3):389-96.
15. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR. Metacognitive Therapy in Recurrent and Persistent Depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*. 2009; 33(3): 291-300.
16. Hasanvandi S, Valizadeh M, Mehrabizadeh Honarmand M. Effect of group metacognitive therapy on depression symptoms and rumination. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2013; 1(57): 432-42. [Persian]
17. Heimberg RG, Salzman DG, Holt CS, Blendell KA. Cognitive behavioural group treatment for social phobia: Effectiveness at five-year followup. *Cognitive Therapy and research*. 1993; 17, 325-39.
18. Morrison N. Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2001; 29, 311-32.
19. Scott MJ, Stradling SG. Group cognitive therapy for depression produse clinically significant reliable change in community-based settings. *Behavioural Psychotherapy*. 1990; 18:1-19.
20. Beck AT, Steer RA., Brown, GK. *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation. 1996.
21. Fata L, Birashk B, Atefvahid M, Dabson K. Meaning Assignment Structures/ Schema, Emotional States and Cognitive Processing of Emotional Information: Comparing Two Conceptual Frameworks. *IJPCP*. 2005; 11 (3) :312-26.
22. Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of the Metacognitions Questionnaire: Properties of the MCQ-30. *Behavior Research and Therapy*. 2004; 42, 385- 96.
23. Shirinzadeh Dastgiri S, Gudarzi M, Ghanizadeh A, Taghavi S. Comparison of Metacognitive and Responsibility beliefs in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Normal Individuals . *IJPCP*. 2008; 14 (1) :46-55.
24. Shareh H. Metacognitive therapy, fluvoxamine and combined treatment in treating Iranian patients with obsessive-compulsive disorder. *PHD Thesis*. Iran University of Medical Sciences. Tehran. 2010. [Persian]
25. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination Reconsidered: A Psychometric Analysis. *Cognitive Therapy and Research*. 2003, 27 (3): 247-59.
26. Luminet O. Measurement of depressive rumination and associated constructs. *Depressive Rumination:*

- Nature, Theory, and Treatment. Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd; 2004.
27. Nolen-Hoeksema S, Davis CG. Thanks for sharing that”: Ruminators and their social support networks. *J Pers Soc Psychol*. 1999; 77(4): 801–14.
 28. Hashemi Z, Mohammad alilou M, Hashemi Nosrat-abad T. The Effectiveness of Meta Cognitive Therapy on Major Depression Disorder: A Case Report. 3. 2010; 2 (3) :85-97. [Persian]
 29. Dozois DJA, Dobson KS. The prevention of anxiety and Depression, Theory, research, and practice. American psychological association. 2004; 185-6.
 30. Nolen-Hoeksema S, Morrow J. Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*. 1993; 7(6): 561-70.
 31. Spada M, Wells A. Metacognitions about alcohol use in problem drinkers. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2006; 13(2): 138-43.
 32. Shareh H, Gharraee B, Atef-Vahid MK, & Eftekhar M. Metacognitive Therapy (MCT), Fluvoxamine, and Combined Treatment in Improving Obsessive-Compulsive, Depressive and Anxiety Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences* 2010; 4: 17–25.
 33. Andooz Z. Efficacy of the Wales’ model of meta-cognitive therapy in treatment of one case with obsessive compulsive disorder. *Andeeshe va Raftar* 2004; 12(1): 59-66. [Persian]
 34. Mohammadkhani S, farjad M. The Relationship of the Metacognitive Beliefs and Thought Control Strategies with Obsessive–Compulsive Symptoms in Nonclinical Population. 2009; 1 (3) :35-51 [Persian]
 35. Wells A. Detached mindfulness in cognitive therapy: A metacognitive analysis and ten techniques. *J Ratio Emot Cogn Behav Ther*. 2005; 23(4): 337-55.

The Effectiveness of Group Metacognitive Therapy in Improving Metacognitive Beliefs and Ruminative Responses of Patients with Major Depressive Disorder

Shareh H., Ph.D

Assistant Professor of Clinical Psychology, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran, IR.

Dolatshahi M., MSc

MSc in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Torbat Jam Branch, Department of psychology, Torbate Jam, Iran.

Kahani M., MSc

MSc in Clinical Psychology, Islamic Azad University, Torbat Jam Branch, Department of psychology, Torbate Jam, Iran.

Received:20/12/2013, Revised:05/02/2014, Accepted:27/02/2014

Corresponding author:

Hossein Shareh, Hakim Sabzevari University, Sabzevar, Iran, IR.
Email: hsharreh@yahoo.com.au

Abstract

Background: The relationship between metacognitions and depressive symptoms has been proved during the past decades. The aim of this study was to consider effectiveness of group metacognitive therapy (GMCT) in improving metacognitive beliefs and ruminative responses of patients suffering from major depressive disorder (MDD).

Materials and Methods: This study was a pre-posttreatment experimental design with control group. The statistical society included all of patients with MDD who were referred or came to Rahyab psychological Clinic, Astane Ghods psychology clinic and Ebne Sina hospital in Mashhad, Iran in 2013. Twenty four patients were selected via a purposive and available sampling method and were assigned to experimental and control groups randomly. Experimental group experienced 8 weeks of GMCT and control group did not receive any treatments. All subjects completed 3 questionnaires at pre and post-treatment: the Beck Depression Inventory-2nd edition (BDI-II), Metacognitions Questionnaire-30 (MCQ-30), and Ruminative Response Scales (RRS). Data were analyzed by percentage improvement and multiple analysis of covariance (MANCOVA).

Results: Results showed that GMCT compared to control group lead to significant improvement in depression, metacognitive beliefs and ruminative responses) $P < .001$. In experimental group, improvement percentage mean for depression and ruminative responses were .35 and .49 respectively. Also, in experimental group, positive metacognitive beliefs and cognitive confidence had the most and the least improvement percentage mean in metacognitions, respectively.

Conclusion: Result of this research showed that GMCT could be effective in improving metacognitive beliefs and ruminative responses of patient with MDD.

Key words: Group metacognitive therapy, major depressive disorder, metacognitive beliefs, ruminative response.