مقاله
پژوهشی

اثربخشی درمان فراشناختی بر علایم افسردگی و کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی

محمد شاکری[1]، هادی پرهون[2*]، شهرام محمد خانی[3]، جعفر حسنی[4]، کمال پرهون[5]

[1]دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران
[2]دانشجوی دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
[3]دانشیار گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
[4]دانشیار گروه روان شناسی بالینی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران
[5]دانشجوی دکتری روانشناسی کودکان استثنایی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران
[*]**نویسنده مسئول**: تهران، خیابان شهید مفتح، دانشگاه خوارزمی
پست الکترونیک: Hadi.parhon43@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: *افسردگی یکی از شایع ترین اختلالات روانی می باشد، روش‌های متنوعی جهت درمان آن وجود دارد. این مطالعه با هدف بررسی اثر بخشی درمان فراشناختی بر کاهش علایم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلاء به اختلال افسردگی اساسی انجام شده است.*

مواد و روش کار: *در یک طرح تجربی با پیش آزمون- پس آزمون توام با گروه کنترل، و با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۲۲ آزمودنی زن، که براساس ملاک های DSM-V توسط روانپزشک افسرده اساسی تشخیص داده شدند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند؛ گروه آزمایش طی دو ماه تحت درمان فراشناختی قرار گرفت، نمرات پرسش نامه ی افسردگی بک (BDI-II) و پرسش نامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) قبل و بعد از مداخله و در مرحله پیگیری سه ماهه در هر دو گروه جمع آوری و با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس مختلط مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.*

یافته ها: *یافته ها نشان داد که درمان فراشناختی به طور معنی داری موجب کاهش نشانه های افسردگی ($p<۰/۰۰۱$) و افزایش کیفیت زندگی ($P<۰/۰۰۱$) گروه آزمایش در مرحله ی پس آزمون و پیگیری شده است.*

نتیجه‌گیری: *درمان فراشناختی تغییرات معنی داری در کاهش علایم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران ایجاد کرد و این نتیجه در چارچوب دیدگاه های رفتاری موج سوم قابل تفسیر است. به نظر می رسد این درمان در کاهش علایم افسردگی اساسی و بهبود کیفیت زندگی این بیماران موثر باشد، لذا به عنوان یک روش درمان موثر برای اختلال افسردگی اساسی توصیه می شود.*

واژه های کلیدی: *افسردگی اساسی، درمان فراشناختی، کیفیت زندگی*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹۴؛ دوره ۷ (۲): ۲۵۳-۲۶۵
Journal of North Khorasan University 2015;7(2):253-265

وصول: ۹۳/۱۲/۱۸
اصلاح: ۹۴/۲/۷
پذیرش: ۹۴/۵/۲۵

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

افسردگی اساسی یکی از شایع ترین اختلال های روانی می باشد [۴-۱]، به طوری که برآوردهای همه گیر شناسی نشان داده اند که شیوع طول عمر این اختلال در جمعیت عمومی بین ۱۳ تا ۱۹ درصد است [۵]. بار قابل ملاحظه هیجانی، اجتماعی و اقتصادی اختلال افسردگی اساسی برای مبتلایان، خانواده و اجتماع از یک سو و تخمین شیوع سالانه ۲/۹ تا ۱۲/۶ درصد در جمعیت عمومی [۶]، همچنان افسردگی را در حوزه مسائل بهداشت روان به عنوان یکی از محورهای اساسی در پژوهش ها باقی نگه داشته است. افسردگی یک عامل پیش‌بین قوی بر آسیب کیفیت زندگی بزرگسالان محسوب می شود [۸،۷] به طوری که یافته‌های پژوهشی جدید حاکی از آن است که حتی سطوح خفیف افسردگی با کاهش معنا دار کیفیت زندگی در افراد بزرگسال همراه است [۹]. بر خلاف قرن گذشته، چالش اساسی قرن پیش‌رو نه زنده ماندن، بلکه زندگی با کیفیت درخور و شایسته است. نتایج مطالعات نشان می دهد که مشکلات روانی عاطفی بیش از هر عامل دیگری کیفیت زندگی افراد را تهدید می کند [۱۱،۱۰]، از آنجایی که درمان افسردگی همواره با بهبود کیفیت زندگی در این بیماران همراه بوده است [۱۲]، توجه و رسیدگی خاص به بهداشت روانی افراد و اقدامات درمانی مناسب، مسئله عمده ای است که باید با دقت بیشتری به آن پرداخت. یکی از شیوه‌های رایجی که برای درمان افسردگی به کار برده می شود دارو درمانی است [۱۳] که می تواند نشانه‌های خاص افسردگی را کاهش دهد، لکن از منظر متخصصان ناکافی، ناپایدار و همراه با عوارض است، زیرا بر خلاف مداخلات روان‌شناختی، داروهای ضد افسردگی ضمن ایجاد واکنش‌های نامناسب قلبی- عروقی، عصبی و هاضمه‌ای ناتوان از ایجاد مهارت‌های سازشی برای پیشگیری از عود و بازگشت مجدد افسردگی می باشد [۱۴]. از آنجایی که درمان های روان شناختی، دارای حداقل عوارض ناخواسته هستند [۱۵] و دارو ها در درمان بیماری های روانی، زیاد موثر واقع نشده اند و بعد از قطع دارو میزان عود در آنها بالا می باشد، و نقش یک روان درمانگر به عنوان کسی که می تواند کمبود های عاطفی و حمایتی فرد بیمار را برطرف سازد با هیچ دارویی نمی توان جایگزین کرد، توجه به روان درمانی ها در درمان بیماران افسرده امری اجتناب ناپذیر می باشد. در طول چند دهه گذشته روش‌های روان‌شناختی متعددی برای درمان افسردگی به کار برده شده که از آن جمله می توان به رفتار درمانی، روان‌درمانی بین فردی و شناخت درمانی اشاره کرد، هر چند همه این درمان‌ها از اثربخشی مناسب برخوردار هستند، اما در میان آن ها تفاوت‌هایی از نظر میزان اثر، و یا مقرون به صرفه بودن وجود دارد [۱۷،۱۶]. به طوری که درمان شناختی- رفتاری علی رغم این که درمان روان شناختی رایج برای افسردگی محسوب می شود و اثر بخشی آن در پژوهش های زیادی مورد تایید قرار گرفته است اما تنها نیمی از بیمارانی که تحت این درمان قرار می گیرند بهبود می یابند و عود در آن شایع است [۱۸]. با توجه به این معایب، رویکرد جدید دیگری که در سالیان اخیر در حیطه روان درمانی برای درمان اختلال افسردگی مطرح شده است رویکرد فراشناخت می باشد که درون مایه اصلی آن از رویکرد شناختی بر گرفته شده است اما به جای تمرکز بر محتوای تفکر که در دیدگاه شناختی بر آن تاکید می شود بر فرایند تفکر تمرکز می کند [۲۰،۱۹]. ولز و متیوس[1] بیان کردند این دیدگاه که به طرحواره به عنوان اطلاعات نامربوطی بنگریم و این عقیده که درمانگر می تواند آن ها را از ذهن بیمار پاک کند و به جای آن فرضیات واقعی تری را جایگزین کند نمی تواند مثمرثمر باشد زیرا، مردم باور ها را شکل می دهند و به طور فعال بر اساس قوانین درونی آن ها را مورد تجدید نظر قرار می دهند [۲۱]. بنابراین آن چیزی که دارای اهمیت است، صورت بندی پردازش شناخت درونی و قوانین و ساز و کارهایی است که موجب می شود تا بیماران به تعبیر و تفسیر باور های ناسازگار بپردازند، و آنچه که مورد نیاز است، یک چارچوب شناختی کامل برای بازنمایی تعامل بین دانش خود و آشفتگی هیجانی است [۲۲]. بنابراین درمان فراشناختی افسردگی بر کاهش فرایند های شناختی غیر سودمند و تسهیل سبک های فراشناختی پردازش تمرکز دارد [۲۰]. این درمان بیمار را به گسیختن نشخوارهای فکری، کاهش تمایلات خود نظارتی غیر سودمند و ایجاد سبک های

1- Wells , Matthews

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

سازگارانه قادر می سازد، هدف آن گسترش کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطاف در بیمار است و از اینکه پردازش به صورت نگرانی و نشخوار فکری و بازنگری و تهدید انجام گیرد جلوگیری می نماید [۲۴،۲۳]. افزون بر این مشتمل بر فنونی برای چالش با باورهای فراشناختی منفی (در مورد غیر قابل کنترل بودن افکار افسرده کننده) و باورهای فراشناختی مثبت (در مورد ضرورت انجام نشخوار فکری برای مقابله و یافتن پاسخ) است [۲۵]. بنابراین می توان گفت که درمان فراشناختی از این جهت که به اصلاح فکر می پردازد شکلی از شناخت درمانی است، اما این درمان بر فرایند و دانش فراشناختی تاکید می کند در مدل های اختصاصی، در نظریه و مفهوم سازی و تکنیک هایی که برای این منظور به کار می برد با شناخت درمانی متفاوت است [۲۰]. پژوهش ها نشان می دهد که استفاده از درمان فراشناختی برای اختلال هایی مثل اضطراب فراگیر [۲۶]، استرس پس از سانحه [۲۷،۲۴]، اختلال وسواس جبری [۲۸] و اختلال افسردگی [۲۲،۱۹] موثر واقع شده است. ولز و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی که بر روی ۱۲ بیمار مبتلا به افسردگی عود کننده انجام شد، نشان دادند که درمان فراشناختی دارای اثر بخشی زیادی و پایداری طولانی مدت در کاهش علایم این بیماران است [۱۹]. شواهد پژوهشی در مورد آثر بخشی درمان فراشناختی بر افسردگی امیدوار کننده است اما از آنجایی که این روش درمانی به تازگی در حیطه روان درمانی افسردگی مطرح شده است تبیین و تحلیل میزان اثر بخشی آن نیاز به تعمق و تحقیقات بیشتری دارد [۲۹]. با توجه به اهمیت پژوهش های اثر بخشی در تعمیم نتایج به جامعه و موقعیت های درمانی واقعی گرچه در مورد افسردگی و درمان آن در دنیا پژوهش های مختلفی صورت پذیرفته، اما در مورد بررسی اثربخشی این درمان حداقل در جمعیت ایرانی پژوهش های بسیار اندکی انجام گرفته است. بر همین اساس، پژوهش حاضر در پی بررسی میزان اثر بخشی درمان فراشناختی بر کاهش علایم و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی می باشد.

روش کار

پژوهش حاضر در قالب یک طرح شبه تجربی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل مراجعان سرپایی زن مراکز خصوصی روانپزشکی و مراکز خدمات مشاوره و روان‌شناختی شهر تهران در نیمه ی دوم سال ۱۳۹۲ که حداقل یکبار تشخیص اختلال افسردگی را توسط روانپزشک دریافت داشته بودند، تشکیل دادند. بر اساس ملاک‌های (DSM - V) و انجام مصاحبه بالینی ساختاریافته، با روش نمونه گیری در دسترس ۲۲ نفر واجد ملاک های اختلال افسردگی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل جایگزین شدند. بدین صورت که به هرکدام از گروه های آزمایش (۱۱ نفر) و گروه کنترل (۱۱ نفر) تعلق گرفت. نمونه انتخاب شده از لحاظ متغیر های سن، جنس، وضعیت تاهل، شغل و تحصیلات با هم همگن شدند. دامنه سنی ۲۱ تا ۴۵ و میانگین ۳۱/۵۶ سال با انحراف استاندارد (SD=۷/۲۴) بود. در متغیر جمعیت شناختی سطح تحصیلات نمونه مورد پژوهش به چهار گروه (سیکل، دیپلم، فوق دیپلم و لیسانس و بالاتر) تقسیم شدند که بیشترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلاتی دیپلم با ۸ نفر بود و کمترین فراوانی به گروه فوق دیپلم با ۴ نفر اختصاص داشت. سطوح سیکل و لیسانس و بالاتر که هر کدام ۵ نفر بودند، در دامنه میانی قرار داشتند. از طرف دیگر، در متغیر جمعیت شناختی شغل از نمونه انتخاب شده ۱۰نفر بیکار و ۱۲ نفر شاغل بود. همچنین در متغیر جمعیت شناختی وضعیت تأهل، ۹ نفر از نمونه انتخاب شده مجرد، ۱۰ نفر متأهل و ۳ نفر مطلقه بودند. نخست در مرحله ی پیش آزمون ابزار های پژوهش در هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا گردید سپس گروه آزمایش ۸ جلسه درمان فراشناختی به صورت فردی و با فاصله ی زمانی یک هفته و هر جلسه به مدت ۶۰ دقیقه در کلینیک گلستان آرا دریافت کردند. این در حالی بود که گروه کنترل هیچ مداخله یا درمانی را دریافت نکرد و تنها در جلسات ارزیابی پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه شرکت کردند. ملاک‌های ورود شامل دریافت تشخیص افسردگی اساسی توسط روانپزشک، موافقت برای شرکت در پژوهش و رضایت‌نامه

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

کتبی، داشتن تحصیلات حداقل سال سوم راهنمایی، عدم مصرف داروهای ضد افسردگی، داشتن سن بالاتر از ۱۸ و کمتر از ۵۵ سال و ملاک‌های خروج شامل وجود سایر اختلالات روانپزشکی، مصرف مواد مخدر یا شرایطی که افسردگی قابل انتساب به اثرات مصرف دارو یا مواد مخدر باشد، ابتلا به اختلال خلقی دو قطبی. وجود عقب ماندگی ذهنی، ابتلاء آزمودنی به بیماری جسمی که افسردگی قابل انتساب به عوارض آن باشد و وجود تشنج و بیماری های نورولوژیک بود. ملاحظه های اخلاقی در این پژوهش بادر نظر گرفتن مواردی از جمله: در دسترس بودن پژوهشگر، گرفتن رضایت نامه کتبی از آزمودنی، محرمانه ماندن نتایج، پرداخت هزینه رفت و آمد در مواردی که رفت و آمد برای آزمودنی دشوار بود و اینکه آزمودنی ها در هر مرحله از پژوهش که مایل بودند می توانستند از ادامه همکاری در پژوهش صرف نظر نمایند، رعایت شد. تحلیل داده های پژوهش بر اساس نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در مورد ارزیابی های به عمل آمده از متغیر های افسردگی و کیفیت زندگی به وسیله نسخه ی ۲۱ نرم افزار SPSS صورت گرفت. در این پژوهش برای ارائه اطلاعات توصیفی از محاسبه شاخص های آمار توصیفی همچون میانگین و انحراف معیار استفاده شد. همچنین به منظور بررسی تاثیر درمان فراشناخت بر علایم افسردگی و کیفیت زندگی افراد مبتلا اختلال افسردگی اساسی از روش آماری تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. در این آزمون زمان (نمرات آزمودنی ها در جلسات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه (آزمایش و کنترل) به عنوان عامل بین آزمودنی ها وارد مدل شدند. مفروضه های آزمون تحلیل واریانس مختلط یعنی طبیعی بودن توزیع، تساوی واریانس ها، فاصله‌ای بودن مقیاس اندازه گیری و انتخاب مستقل آزمودنی ها رعایت شد.

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم (BDI-II): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است [۳۰]. این ویرایش در مقایسه با نسخه اول بیشتر با معیار های DSM-IV همخوانی بیشتری دارد و همانند ویرایش اول آن،BDI-II نیز ۲۱ سوالی است و تمام عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی بک مورد پوشش قرار می دهد. این پرسشنامه با مقیاس درجه بندی هامیلتون، همبستگی۰/۷۱ دارد و پایایی بازآزمایی یک هفته ای آن ۰/۹۱می باشد، همسانی درونی این پرسشنامه نیز ۰/۹۱گزارش شده است [۳۰]. مشخصات روانسنجی این پرسشنامه در یک نمونه ۹۴ نفری در ایران بدین شرح گزارش شده است: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه، ۰/۸۹، ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته، ۰/۹۴ بوده است [۳۱].

پرسشنامه ی کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: این پرسش نامه، فرم کوتاه پرسش نامه WHOQOL-۱۰۰ است که بعد از ادغام برخی از حیطه ها و حذف تعدادی از سوالات آن تدوین شده و شامل ۲۶ سوال است [۳۲]. اسکوینگتون[1] و همکاران [۱۲] ویژگی های روان سنجی این ابزار را در ۲۴ شهر از کشورهای مختلف بررسی کردند. که آلفای کرونباخ برای سلامت جسمانی ۰/۸۲، برای سلامت روانی ۰/۸۱، برای سلامت محیط ۰/۸۰ و برای روابط اجتماعی ۰/۶۸ به دست آمد. روایی این ابزار با استفاده از دو روش روایی افتراقی و روایی ساختاری بررسی و قابل قبول گزارش شد. نجات و همکاران [۳۳] به ترجمه و استاندارد سازی این ابزار پرداختند. این محققان پایایی مقیاس را با استفاده از روش باز آزمایی و نیز ثبات درونی مورد بررسی قرار دادند. در روش بازآزمایی، شاخص همبستگی درون خوشه ای هر چهار حیطه ی این مقیاس بالای ۰/۷ گزارش شد. آلفای کرونباخ همه ی حیطه ها نیز، جز حیطه ی روابط اجتماعی با آلفای ۰/۵۵، بالای ۰/۷ بود که روی هم رفته این پرسشنامه از روایی و پایایی خوب و قابل قبولی برای ایرانیان برخوردار است. این پرسش نامه وضعیت آزمودنی ها را با مقیاس لیکرت ۵ درجه ای می سنجد. در سوال ۱ کیفیت زندگی آزمودنی از بسیار بد =۱ تا بسیار خوب =۵ و در سوال ۲ سلامتی آزمودنی از بسیار ناراضی =۱ تا بسیار راضی =۵ درجه بندی می شوند. در سوالات ۳ تا ۹ دامنه ی پاسخ ها از بسیار زیاد =۱ تا اصلا =۵ گسترده است. سوالات ۵، ۶، ۷، ۸ و ۹ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. دامنه ی پاسخ های سوالات ۱۰ تا ۱۴ از اصلا =۱ تا کاملا =۵ ،

1- Skevington

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

سوال ۱۵ از بسیار بد =۱ تا بسیار خوب =۵، سوالات ۱۶ تا ۲۵ از بسیار ناراضی =۱ تا بسیار راضی =۵ و سوال ۲۶ از همیشه =۱ تا هرگز =۵ پراکنده است. در نهایت، کمترین نمره ای که هر فردی می تواند به دست آورد ۲۶ و بالاترین نمره ۱۳۰ است. نمره ی بیشتر نشان از کیفیت زندگی بهتر و بالاتر دارد.

درمان فراشناختی: درمان فراشناختی شیوه مداخله‌ای کوتاه مدت است که شامل جلسات درمانی است که بر اساس دستورالعمل گام به گام" راهنمای عملی درمان فراشناختی برای اختلال افسردگی" که توسط ولز در سال ۲۰۰۹ ارائه شد و در قالب ۸ جلسه درمانی اجرا گردید [۲۵] خلاصه برنامه جلسات به شرح زیر می باشد.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان فراشناختی

جلسات	محتوای جلسات
اول	فرمول بندی کلی مراجع، معرفی مدل، شناسایی دوره های نشخوار ذهنی (افزایش فراشناخت)، تمرین تکنیک افزایش توجه، کامل کردن فرم آموزش توجه، تکالیف خانگی (تمرین تکنیک افزایش توجه دو بار در هر روز و یادداشت کردن تکلیف آموزش توجه).
دوم	بررسی تکالیف خانگی و مقیاس افسردگی عمده، مخصوصاً در زمان نشخوار ذهنی و افکار غیر قابل کنترل، معرفی و تمرین ذهن آگاهی گسلیده، نشان دادن به تعویق انداختن نشخوار ذهنی به شکلی آزمایشی برای اصلاح کردن عقاید غیر قابل کنترل، تمرین آموزش توجه، تکلیف خانگی شامل: تمرین آموزش توجه، کاربرد ذهن آگاهی گسلیده و به تعویق انداختن نشخوار ذهنی.
سوم	بررسی تکالیف خانگی، مقیاس افسردگی عمده مخصوصاً زمان نشخوار ذهنی و در زمان عقاید غیر قابل کنترل، شناسایی ماشه چکان های نشخوار ذهنی و تمرین ذهن آگاهیی گسلیده، چالش با فراشناخت های غیر قابل کنترل، شناسایی سطوح فعالیت و مقابله، تکلیف خانگی: تمرین فن آموزش توجه، به کارگیری به تعویق انداختن نشخوار ذهنی و ذهن آگاهی.
چهارم	بازبینی تکالیف خانگی و مقیاس افسردگی عمده، بررسی نشخوار ذهنی و افکار غیر قابل کنترل، بررسی سطوح فعالیت و سبک های مقابله ای غیر سودمند، چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، تمرین فن آموزش توجه، تکلیف خانگی شامل: تمرین فن آموزش توجه به همراه بیمار، استفاده وسیع از ذهن آگاهی و به تعویق انداختن نشخوار و تنظیم فعالیت ها.
پنجم	بازبینی تکالیف خانگی و مقیاس افسردگی عمده مخصوصاً در زمان نشخوار ذهنی، بررسی عقاید مثبت و سطح فعالیت، بررسی و کاربرد وسیع استفاده از ذهن آگاهی، ادامه دادن به چالش با عقاید مثبت در مورد نشخوار ذهنی، بازبینی سطوح فعالیت و افزایش زمان تامل تا واکنش (به فکر فرو رفتن) کشف و مانع شدن از رفتار مقابله ای مضر (برای مثال خواب یا استفاده از الکل)، تمرین فن آموزش توجه به همراه بیمار، تکلیف خانگی شامل: تمرین فن آموزش توجه، به تعویق انداختن نشخوار ذهنی، افزایش فعالیت.
ششم	بازبینی تکالیف خانگی و مقیاس افسردگی اساسی مخصوصاً در زمان نشخوار، عقاید مثبت و سطح فعالیت، شناسایی عقاید منفی و چالش با آنان در مورد هیجان و افسردگی، تمرین آموزش توجه به همراه بیمار، تکلیف خانگی شامل: تمرین فن آموزش توجه، به تعویق انداختن نشخوار و حفظ فعالیت ها.
هفتم	بازبینی تکالیف خانگی و مقیاس افسردگی اساسی مخصوصاً در زمان نشخوار و عقاید و راهبرد های مقابله ای غیر سودمند، کشف و اصلاح ترس های عود کننده، تمرین فن آموزش توجه به همراه مراجع، تکلیف خانگی شامل: تمرین فن آموزش توجه، بیان مقدمات لازم جهت آماده سازی بیماران برای خاتمه درمان.
هشتم	بازبینی تکلیف خانگی و مقیاس افسردگی عمده، مرور کلی جلسات درمانی، بحث در مورد جلوگیری از عود، پایش علایم باقی مانده ی افسردگی، کار روی عقاید فراشناختی باقی مانده.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی ها در جلسات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در پرسشنامه های افسردگی بک، کیفیت زندگی در جدول ۲ و نتایج آزمون تحلیل واریانس مختلط در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۲ شاخص های آمار توصیفی مربوط به نمرات افسردگی بک و کیفیت زندگی در دو گروه در سه مقطع زمانی را نشان می دهد.

همانطور که داده‌های جدول ۲ نشان می دهد، بین میانگین دو گروه در زمان های مختلف اجرا در دو متغیر تفاوت وجود دارد. برای بررسی تفاوت میانگین‌ها و آزمون فرضیه‌ها با توجه به وجود سه مرحله اندازه گیری در دو گروه و همچنین وجود چندین متغیر وابسته، از تحلیل واریانس مخطلط چندمتغیری استفاده شد که نتایج در ادامه آمده است.

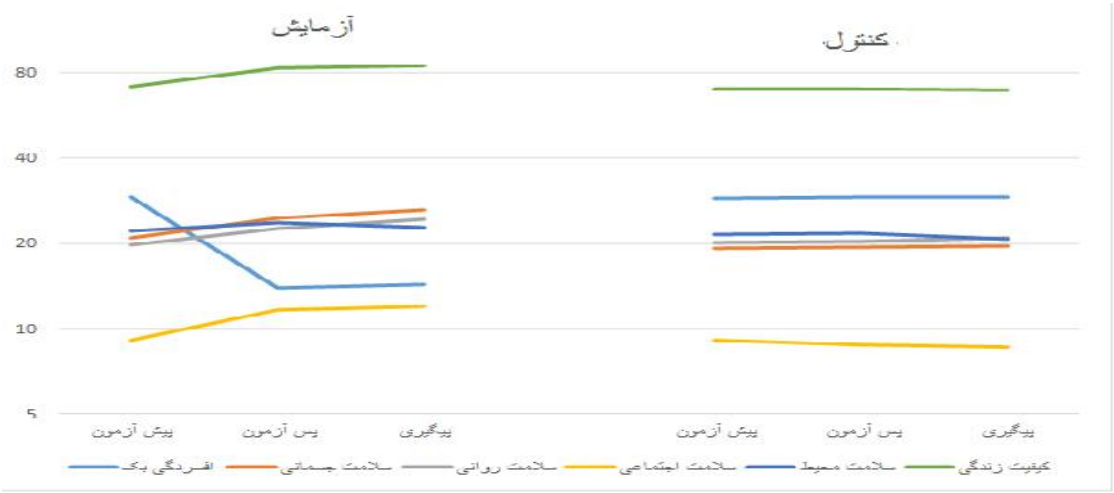
بر اساس جدول ۳ نتایج آزمون چند متغیره اثر هتلینگ نشان می‌دهد حداقل در یکی از متغیرهای وابسته هم در بعد زمان (F=۲۸/۰۹، P<۰/۰۱) و هم در بعد تعامل زمان و گروه (F=۱۴/۰۷ ، P<۰/۰۱) تفاوت معناداری وجود دارد.بدین معنی از مرحله پیش آزمون تا پیگیری و هم در پس آزمون تا پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد که نشان از اثر بخشی برنامه‌ی درمانی حداقل در یکی از متغیرهای وابسته دارد.

جدول ۴ نتایج نشان می دهد که اثر عامل زمان بر متغیر هایی افسردگی (F=۲۸/۳۷، P<۰/۰۱) و نمره ی کل کیفیت زندگی(F=۲۴/۵۱، P<۰/۰۰۱)، سلامت جسمانی (F=۱۶/۶۲، P<۰/۰۰۱)، سلامت روانی (F=۱۷/۸۱، P<۰/۰۰۱)، سلامت اجتماعی (F=۷/۱۳، P<۰/۰۵) معنادار بوده است اما برای متغیر سلامت محیط (F=۱/۶۱، P<۰/۲۱) معنا دار نبود. به عبارت دیگر،

جدول۲: شاخص های آمار توصیفی نمرات افسردگی بک و کیفیت زندگی

گروه	مقیاس	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
آزمایش	افسردگی بک	۲۹/۱۸±۶/۷۵	۱۳/۹۱±۵/۲۹	۱۴/۳۶±۴/۹۵
	سلامت جسمانی	۲۰/۸۶±۳/۰۷	۲۴/۶۴±۳/۹۷	۲۶/۱۸±۳/۹۵
	سلامت روانی	۱۹/۶۸±۳/۸۸	۲۲/۵۹±۴/۴۰	۲۴/۳۲±۳/۷۸
	سلامت اجتماعی	۹/۰۸±۲/۱۳	۱۱/۶۸±۲/۳۳	۱۱/۹۶±۲/۳۷
	سلامت محیط	۲۲/۰۹±۲/۹۷	۲۳/۵۵±۳/۴۸	۲۲/۷۳±۳/۲۴
	کیفیت زندگی کل	۷۱/۷۳±۱۰/۱۷	۸۳/۴۶±۱۱/۰۷	۸۵/۱۹±۱۰/۴۰
کنترل	افسردگی بک	۲۸/۸۲±۶/۸۹	۲۹/۰۸±۷/۲۴	۲۹/۱۴±۷/۴۳
	سلامت جسمانی	۱۹/۲۷±۳/۵۷	۱۹/۴۵±۳/۷۶	۱۹/۵۹±۴/۱۱
	سلامت روانی	۲۰/۰۷±۳/۸۶	۲۰/۳۳±۳/۵۸	۲۰/۸۳±۳/۷۴
	سلامت اجتماعی	۹/۱۳±۲/۵۳	۸/۷۲±۲/۲۹	۸/۵۷±۲/۶۴
	سلامت محیط	۲۱/۴۶±۳/۸۶	۲۱/۶۸±۳/۹۵	۲۰/۷۳±۳/۴۹
	کیفیت زندگی کل	۶۹/۹۳±۹/۳۴	۷۰/۱۸±۹/۵۶	۶۹/۷۲±۹/۴۷

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]



شکل۱: مقایسه ی میانگین گروه آزمایش و کنترل درمراحل اندازه گیری

جدول ۳: خلاصه نتایج آزمون‌های مختلف چند متغیری

منبع	آزمون	Value	F	Df	Sig	اندازه اثر
زمان	اثر هتلینگ	۱۰/۴۳	۲۸/۰۹	۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹
زمان*گروه	اثر هتلینگ	۵/۷۴	۱۴/۰۷	۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱

جدول ۴: نتایج تفاوت های بین‌گروهی برای افسردگی بک و کیفیت زندگی

منبع پراش	آزمون	SS	Df	MS	F	Sig	اندازه اثر
زمان	افسردگی بک	۸۸۲/۷۵	۲	۴۴۱/۳۷	۲۸/۳۷	۰/۰۱	۰/۷۶
	سلامت جسمانی	۱۰۹/۰۹	۲	۵۴/۵۴	۱۶/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	سلامت روانی	۱۱۳/۵۷	۲	۵۶/۷۸	۱۷/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۴۷
	سلامت اجتماعی	۴/۹۳	۲	۲/۹۶	۷/۱۳	۰/۰۵	۰/۲۸
	سلامت محیط	۱۵/۴۸	۲	۷/۷۴	۱/۶۱	۰/۲۱	۰/۰۷
	کیفیت زندگی کل	۶۸۵/۸۴	۲	۳۴۲/۹۱	۲۴/۵۱	۰/۰۰۱	۰/۵۵
زمان*گروه	افسردگی بک	۷۸۰/۶۳	۲	۳۹۰/۳۱	۲۵/۱۰	۰/۰۱	۰/۶۱
	سلامت جسمانی	۲۷/۰۳	۲	۱۳/۵۱	۴/۱۲	۰/۰۵	۰/۱۷
	سلامت روانی	۱۰۵/۵۷	۲	۵۲/۷۸	۱۶/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	سلامت اجتماعی	۲/۹۳	۲	۱/۴۷	۳/۱۳	۰/۱۰	۰/۰۸
	سلامت محیط	۳/۸۴	۲	۱/۹۲	۰/۴۰	۰/۶۷	۰/۰۲
	کیفیت زندگی کل	۲۷۹/۳۶	۲	۱۳۹/۶۸	۹/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۳۳

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

افسردگی از پیش آزمون تا پیگیری کاهش معناداری داشته است، در حالی که میزان کیفیت زندگی در گروه آزمایش افزایش داشته است. اثر تعامل زمان با گروه در افسردگی (F=۲۵/۱۰، P<۰/۰۱)، و نمره ی کل کیفیت زندگی (F=۹/۹۸، P<۰/۰۰۱)، سلامت جسمانی (F=۴/۱۲، P<۰/۰۵)، سلامت روانی (F=۱۶/۵۵، P<۰/۰۰۱) معنی دار است. اما برای متغیر های سلامت اجتماعی و محیط معنی دار نبود. به عبارت دیگر، در مرحله ی پس آزمون و پیگیری نیز بین گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای افسردگی، نمره ی کل کیفیت زندگی، سلامت جسمانی و سلامت روانی تفاوت معناداری بوده است که این نشان دهنده پایداری درمان در طول زمان می باشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی درمان فراشناختی بر کاهش علایم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران افسرده اساسی انجام شد. همانطور که یافته ها نشان داد، بین نمرات پیش آزمون و پس آزمون افسردگی و برخی از جنبه های کیفیت زندگی در گروه تحت درمان فراشناختی نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی داری مشاهده شد. نتایج حاصل از این پژوهش، با یافته های پژوهش هایی دیگر از جمله ولز و همکاران (۲۰۱۲)، هاشمی و همکاران (۲۰۱۰)، دامن و همکاران (۲۰۱۵)، پرهون[1] و همکاران (۲۰۱۲) و ولز و همکاران (۲۰۰۹) که نشان داده اند درمان فراشناختی روشی موثر در درمان افسردگی است همسو می باشد [۱۹، ۲۲، ۳۴-۳۷]. با توجه به نتایج به دست آمده به نظر می رسد که الگوی فراشناختی ولز در کاهش علایم افسردگی و افزایش برخی از جنبه های کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال افسردگی موثر است. در تبیین این نتایج می توان به این نکته اشاره کرد که از آنجایی که بر طبق دیدگاه فراشناختی عامل اصلی در تداوم افسردگی، نشخوار فکری است و شواهد حاکی از تاثیر منفی نشخوار فکری بر هیجان، تداوم خلق افسرده و سوگیری در تفکر و رفتار ها است [۲۶] و از آنجایی که ولز و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهشی نشان دادند که کاهش افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی منجر به کاهش نشخوار فکری می شود، بنابراین می توان استنباط کرد که تغییرات در خلق افسرده در گروه آزمایش، نتیجه ی تغییرات در نشخوارهای ذهنی و عقاید مربوط به آن است. با توجه به اینکه در این پژوهش نشخوار های ذهنی و عقاید مثبت و منفی راجع به آن از یک سو و آموزش کنترل توجه از سوی دیگر هدف اصلی مداخله را تشکیل می داد، می توان فرض نمود به دنبال کاهش نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی در مورد آنها، خلق افسرده نیز کاهش پیدا کرده و در نتیجه این امر کاهش نشانه های افسردگی نیز صورت پذیرفته است. به طور کلی می توان گفت درمان فراشناختی به دلیل کاهش باورهای فراشناختی دخیل در تداوم نشانه های افسردگی منجر به کنترل مکانیسم های زیربنایی علایم شناختی، هیجانی و رفتاری می شود. از آنجایی که مدل فراشناختی بر خلاف مدل شناختی متمرکز بر فرایند های شکل گیری شناخت واره ها (فراشناخت واره) به جای کنترل مستقیم شناخت واره ها است در واقع این درمان با مورد آماج قرار دادن عوامل سطح بالای کنترل شناخت نه تنها افکار ناکارامد و باور های غیر منطقی را کاهش می دهد بلکه راهبرد های ناکارامد رفتاری را نیز کاهش می دهد، کاهش یافتن علایم رفتاری، شناختی و هیجانی با مداخله ی مستقیم بر مکانیزم های تداوم بخش علایم افسردگی از ادعا های این درمان می باشد که در پژوهش حاضر مدعی فوق مورد تایید قرار گرفت. همچنین می توان گفت بیماران مبتلا به اختلال افسردگی به دلیل استفاده فراوان از راهبرد های ناکارامد رفتاری (اهمال کاری، پرخوابی اجتناب، گوشه گیری)، شناختی (نشخوار فکری، مرور خاطرات منفی گذشته، تجزیه و تحلیل افراطی روی داد های ناخوشایند گذشته) و هیجانی (گریه کردن، خودسرزنشگری واکنش های هیجانی شدید به سر نخ های اتفاقات ناخوشایند گذشته) تقریبا تمام زندگی خود را صرف رها شدن از هیجان های و منفی گذشته و تغییرات آن ها می کنند این راهبردها نه تنها موثر و رهایی بخش نیست بلکه کارکرد های اجتماعی، شغلی، تحصیلی و روانشناختی فرد را به شدت تحت تاثیر قرار می دهد از آنجایی که درمان

1-parhoon

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

فراشناختی به طور غیر مستقیم موجب کاهش راهبر های ناکارآمد می شود می تواند به بهبود کیفیت زندگی وافزایش ناکارامدی فرد در تمام جوانب زندگی انجامد. در واقع در فراشناخت درمانگران با قطع مکانیسم های تداوم بخش راهبرد های ناکارامد توجه او را از درگیر شدن مکرر با اتفاقات ناخوشایند گذشته خلاص می کند و به فرد این توانایی را می دهد که توجه و تمرکز خود را از دام حلقه های معیوب شناختی هیجانی و رفتاری نجات دهد تا که بتواند بر سایر جوانب زندگی فرد معطوف شود در واقع همان طور که نتایج پژوهش حاضر و سایر پژوهش های قبلی انجام شده بیانگر آن است که دستاورد های آن تنها به کاهش علایم بالینی نمی شود بلکه وسعت آن به بهبود کارکردهای اجتماعی، شغلی، تحصیلی نیز منجر می شود. می توان نتایج حاصله را چنین تبیین کرد که بیمارانی که تحت درمان فراشناختی قرار می گیرند در نتیجه انجام تکنیک ها و تکالیف این درمان فرد افسرده زمان زیادی برای غرق شدن در افکار و خاطرات منفی و نشخوار های فکری منفی نخواهد داشت. بنابراین این موضوع باعث می شود بر جنبه های دیگر زندگی خود توجه بیشتری کند و این موجب، احساس انرژی بیشتر و مثبت اندیشی در آن ها می شود، در چنین شرایطی قادر به انجام فعالیت هایی می شوند که قبلاً آن ها را نادیده گرفته یا قادر به انجام آن نبودند. افزون بر این نتایج پژوهش نشان داد که درمان فراشناخت به طور معنی داری موجب افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی شد. یافته های این بخش با نتایج پژوهش های دیگر ازجمله پرهون و همکاران [۲۰۱۲]، نشاط دوست و همکاران [۲۰۰۹] که نشان داده اند مداخلات روانشناختی موجب بهبود کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال افسردگی می شود مطابقت دارد [۳۷،۳۸]. کیفیت زندگی دارای شاخص های مانند: سلامت جسمانی، سلامت روانی، سلامت اجتماعی و سلامت محیط است. همانطور که مشاهده شد بین دو گروه آزمایش و کنترل در شاخص سلامت جسمانی تفاوت معنی داری وجود دارد که این امر را می توان این چنین تبیین نمود: با توجه به اینکه افسردگی به طور فراوانی با ادراکات و افکار منفی در مورد سلامت جسمانی در ارتباط است می توان گفت که در گروه درمانی پس از کاهش افسردگی افراد، افکار مثبت و مثبت اندیشی در آنها بیشتر شده و سلامتی خود را بهتر ارزیابی می کنند و در نتیجه نمره آن ها نیز در این شاخص از کیفیت زندگی نیز افزایش می یابد. همچنین یکی دیگر از شاخص های موثر در سلامت جسمانی احساس نشاط و سرزندگی می باشد که این شاخص رابطه معکوس با احساس غمگینی و ناامیدی دارد با توجه به اینکه یکی از مهمترین علایم افسردگی، احساس غمگینی و نا امیدی و احساس خستگی و کاهش انرژی است بیمار هرچه احساس افسردگی بیشتری داشته باشد، احساس نشاط و سرزندگی کمتر خواهد داشت، و در نتیجه می توان گفت در این پژوهش به موازات کاهش شدید علایم افسردگی گروه آزمایش، احساس نشاط و سرزندگی در آنها بیشتر شده و در نتیجه سلامت جسمانی خود را بهتر ارزیابی کرده اند. یکی دیگر از شاخص های کیفیت زندگی سلامت روانی می باشد، همانطور که ملاحظه شد در این شاخص نیز بین گروه کنترل و آزمایش در مرحله ی پس آزمون تفاوت معنی داری مشاهده شد. این نتیجه را می توان اینچنین تبیین نمود با توجه به اینکه شاخص سلامت روان به طور عمده احساسات افسردگی و اضطراب و تغییرات درک شده در مورد سلامت عمومی مورد ارزیابی قرار می دهد، از آنجایی که کانون اصلی درمان فراشناختی غلبه بر نشخوار های ذهنی و عقاید مثبت و منفی در مورد آن ها می باشد دنبال کاهش نشخوارهای ذهنی و عقاید مثبت و منفی در مورد آن ها خلق افسرده نیز کاهش پیدا می کند و در نتیجه این امر کاهش نشانه های افسردگی نیز صورت می پذیرد، بنابراین وضعیت سلامت روان خود را بهتر ارزیابی می کنند. افزون بر این در مرحله ی پس آزمون بین دو گروه در شاخص سلامت اجتماعی نیز تفاوت معنی داری مشاهده شد، می توان نتایج حاصله را چنین تبیین کرد با توجه به اینکه یکی از راهبرد های مقابله ای غیر انطباقی بیماران افسرده، اجتناب از فعالیت ها و تماس اجتماعی است، این بیماران به منظور فراهم ساختن زمان بیش تر برای نشخوار فکری یا برای افزایش آرامش خود، فعالیت هایشان را کاهش می دهند، چون به غلط معتقند که نشخوار فکری، فرصت ارزشمندی برای بهبودی آن ها فراهم می سازد. بنابراین

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

بیمارانی که تحت درمان فراشناختی قرار می گیرند در نتیجه انجام تکنیک ها و تکالیف درمان فراشناختی فرد افسرده زمان زیادی برای غرق شدن در افکار و خاطرات منفی و نشخوار های فکری منفی نخواهد داشت. در نتیجه این موضوع باعث می شود بر جنبه های دیگر زندگی خود توجه بیشتری کند و روابط اجتماعی خود را گسترش دهند. علاوه بر این در شاخص سلامت محیط بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری مشاهده نشد که این نتیجه را می توان اینچنین تبیین نمود که با توجه به اینکه بعد محیطی کیفیت زندگی بیشتر جنبه ی عینی دارد و در رابطه با امکانات و بافت محیطی اطراف فرد می باشد بنابراین قابل انتظار است که این شاخص این بعد تغییر چندانی نخواهد داشت. همچنین پژوهش حاضر دارای محدودیت ازجمله پایین بودن حجم نمونه، روش نمونه گیری در دسترس، انتخاب نمونه از بین زنان، دوره پیگیری سه ماهه و کنترل نکردن متغیر هوش بود. در پایان در جهت بالا بردن اعتبار بیرونی یافته ها به پژوهشگران علاقه مند به این حوزه پیشنهاد می شود که درمان فراشناختی را به صورت گروهی با تعداد نمونه های بالاتر مورد بررسی قرار دهند و مطالعات پیگیری را در دوره های طولانی تر (حداقل یک سال) دنبال نمایند، همچنین پیشنهاد می شود اثر بخشی این درمان را در مقایسه با سایر درمان ها از جمله دارو درمانی و درمان شناختی - رفتاری مورد بررسی قرار دهند.

نتیجه گیری

اگر چه قضاوت درباره اثربخشی روش های مختلف درمانی در چارچوب الگوی شناختی هنوز زود است، با این حال به نظر می رسد درمان فراشناختی افسردگی با توجه به تاکید بر رابطه ی متقابل نشخوار های ذهنی و افسردگی و فراشناخت در مقایسه با سایر مدل های نظری در موقعیت بهتری قرار دارد و در کاهش شدت علایم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال افسردگی اساسی موثر است.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر با همکاری مدیریت محترم کلینیک گلستان آرا انجام گرفت، از این رو بر خود فرض می دانیم که از مدیریت محترم و کارکنان کلینک که در اجرای پژوهش مساعدت لازم را به عمل آوردند و تمامی دوستانی که ما را در این پژوهش یاری دادند کمال تشکر و قدردانی را داشته باشیم. در ضمن قابل ذکر است پژوهش حاظر به طور شخصی انجام شده است و سازمان خاصی از این پژوهش حمایت مالی به عمل نیاورده است.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

References

1. Avenevoli S, Swendsen J, He J-P, Burstein M, Merikangas KR, Major Depression in the National Comorbidity Survey–Adolescent Supplement: Prevalence, Correlates and Treatment, J Am Acad Child Adolesc Psychiatr, 2015 1;54(1):37-44.e2.
2. Bentley SM, Pagalilauan GL, Simpson SA, Major Depression, Med Clin.2014 98(5):981-1005.
3. Godfrin K, Van Heeringen C, The effects of mindfulness-based cognitive therapy on recurrence of depressive episodes, mental health and quality of life: A randomized controlled study, Behav Res Ther.2010;48(8):738-46.
4. Serrano-Blanco A, Palao DJ, Luciano JV, Pinto-Meza A, Lujan L, Fernandez A,“ et al”, Prevalence of mental disorders in primary care: results from the diagnosis and treatment of mental disorders in primary care study (DASMAP), Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol.2010 Feb;45(2):201-10.
5. Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF, Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions, Arch Gen Psychiatr, 2005 Oct;62(10):1097-106.
6. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, “et al”, The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), JAMA : J Am Med Assoc.2003 Jun 18;289(23):3095-105.
7. da Silva Lima AFB, de Almeida Fleck MP, Subsyndromal depression: An impact on quality of life? J Affect Disord.2007 6;100(1–3):163-9.
8. Stafford L, Berk M, Reddy P, Jackson HJ, Comorbid depression and health-related quality of life in patients with coronary artery disease, J Psychosom Res.2007 Apr;62(4):401-10.
9. Chachamovich E, Fleck M, Laidlaw K, Power M, Impact of major depression and subsyndromal symptoms on quality of life and attitudes toward aging in an international sample of older adults, The Gerontologist, 2008 Oct;48(5):593-602.
10. Yağlı NV, Ülger Ö, The Effect of Yoga on Quality of Life and Depression in Elderly Patients with Breast Cancer, Complementary Therapies in Clinical Practice, 2015, 21(1) : 7–10
11. Michalos A, Orlando J, A Note on Student Quality of Life, Soc Indic Res.2006;79(1):51-9.
12. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA, The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group, Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation, 2004; Mar;13(2):299-310. PubMed PMID: 15085902. Epub 2004/04/17. eng.
13. LaidLaw K, Tompson LW, Gallagher- Tompson D, Comperhensive conceptualization of cognitive behavioral therapy for late life depression, Behav Cogn Psychother,2004;32:389- 92.
14. Watt LM, Cappeliez P, Integrative and instrumental reminiscence therapies for depression in older adults: Intervention strategies and treatment effectiveness, Aging Ment Health,2000;4(2):166-77.
15. Ahmed I, Taketishta J. Late -life depression. Generation.1997;20(4):17-24.
16. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P, Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies, J Consult Clin Psychol,2008 Dec;76(6):909-22.
17. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, “et al”, A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression, J Consult Clin Psychol,1996 Apr;64(2):295-304.
18. Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT, The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses, Clin Psychol Rev.2006 Jan;26(1):17-31.
19. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin CR, Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: a platform trial, Behav Res Ther.2012 Jun;50(6):367-73.
20. Jordan J, Carter JD, McIntosh VV, Fernando K, Frampton CM, Porter RJ,“ et al”, Metacognitive therapy versus cognitive behavioural therapy for depression: a randomized pilot study, Psychiatr Psychol Law,2014 Oct;48(10):932-43.
21. Wells A, Matthews G, Attention and emotion: A clinical perspective, Hove, UK: Erlbaum; 1994.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

22. Wells A, Fisher P, Myers S, Wheatley J, Patel T, Brewin C, Metacognitive Therapy in Recurrent and Persistent Depression: A Multiple-Baseline Study of a New Treatment, Cogn Ther Res.2009;33(3):291-300. English.
23. Papageorgiou C, Wells A, A Prospective Test of the Clinical Metacognitive Model of Rumination and Depression, Int J Cogn Ther.2009;2(2):123-31.
24. Wells A, Sembi S, Metacognitive therapy for PTSD: a preliminary investigation of a new brief treatment, J Behav Ther Exp Psychiatry,2004 12;35(4):307-18.
25. Wells A, Met cognitive therapy: A practical guide, New York: Guilford press; 2009.
26. McEvoy PM, Erceg-Hurn DM, Anderson RA, Campbell BNC, Swan A, Saulsman LM, "et al", Group metacognitive therapy for repetitive negative thinking in primary and non-primary generalized anxiety disorder: An effectiveness trial, J Affect Disord,2015;175(0):124-32.
27. Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J, "et al", Chronic PTSD Treated With Metacognitive Therapy: An Open Trial, Cogn Behav Pract.2008 2;15(1):85-92.
28. Fisher PL, Wells A, Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series, J Behav Ther Exp Psychiatry,2008 6;39(2):117-32.
29. Churchill R, Moore THM, Furukawa TA, Caldwell DM, Davies P, Jones H, "et al", Third wave' cognitive and behavioural therapies versus treatment as usual for depression (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews,2013;Published Online:18 OCT 2013.
30. Beak AT, steer RA, Brown G k, Beck Depression Inventory for measuring depression , Arch Gen psychology,1996;4:561-71.
31. Fata L, Birashk B, Atif Waheed MK, Dobson K, By means of this scheme, the state of emotional and cognitive processing of emotional information, Thought and Behavior in Clinical Psychology,2005;2:20-5. perssion.
32. World Health Organization, Health Communications and Public Relations Available at http//C/TEMP/fact130.html, Accessed Novem ber 2009
33. Nejat S, Montazeri A, Halakoi K, Kazem M, Standard of the World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF): translation and psychometric Iranian species. Journal of Public Health and Institute of Public Health Research.2007;4(4):1-12[Persian].
34. Hashemi Z, Mohammadaliloo M, Nosratabad T, Effectivenss of metacognitive therapy on major depression disorder: Case study, Clin Psychol Rev.2010;12(3):85-97[Persian].
35. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV, Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence, J Consult Clin Psychol,2002 Apr;70(2):275-87.
36. Dammen T, Papageorgiou C, Wells A, An open trial of group metacognitive therapy for depression in Norway, Nord J Psychiatry, 2015 Feb;69(2):126-31.
37. parhoon H, Moradi A, Hatami M, parhoon K, Comparison of the Brief Behavioral Activation Treatment and Meta-cognitive Therapy in the Reduction of the Symptoms and in the Improvement of the Quality of Life in the Major Depressed Patients, journal of research in psychological health, 2012;6(4):36-52[Persian].
38. Neshatdost H.T., Nilfroshzadeh M.A., Dehghani F., Molavi H, Effectiveness of cognitive behavior stress management therapy on patient's quality of life with alopecia in skin disease and leishmaniusis research current of Isfahan, Journal of Arak University of medical science , 2009, 12. 125-132[Persian].

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

Effectiveness of meta-cognitive therapy on depressive symptoms and quality of life of patients with major depression disorder

Shakeri M[1], Parhoon H[2], Mohammadkhani SH[3], Hasani J[4], Parhoon K[5]

[1] PhD Student of Health Psychology, Faculty Member, North Khorasan University of Medical Sciences,Bojnurd,Iran
[2] Ph.D student of health Psychology, University of Kharazmi University, Tehran, Iran
[3]Associate Professor, University of Kharazmi, Tehran, Iran
[4]Associate Professor, University of Kharazmi, Tehran, Iran
[5]PhD student of Psychology of Exceptional Children, University of Allameh Tabatabai, Tehran, Iran
***Corresponding Author:** Tehran, Shahid Mofateh ST, University of Kharazmi
Email: Hadi. Parhon43@gmail.com

Original Article

Journal of North Khorasan University 2015;7(2):253-265

Abstract

Background & Objectives: *Depression is one of the most popular psychological disorders. There are various methods of treatment on it. This study aimed to assess the efficacy of meta-cognitive therapy in reducing depressive symptoms and improving quality of life in patients with MDD has been conducted.*

Methods and materials: *The design was an experimental with pre and post-test and control group. Sampling method was available sampling. The 22 female subjects were evaluated by the psychiatrist for choosing according to DSM-V. Then subjects were put in one of two groups; experimental and control. The experimental group was studied for two months. BDI-II and WHOQOL-BREF were given to the subjects before and after treatment and at the 3 month follow up period. The results were analyzed using mixed analysis of variance.*

Results: *The results showed that meta-cognitive therapy, significantly reduced depressive symptoms (p<0/001) and increased quality of life (p<0/001) in the experimental group in the post-test and follow-up phase.*

Conclusion: *metacognitive therapy created significant changes to reduce depressive symptoms and improve the life quality of depressed patient. This result is interpretable in the context of the third wave of behavioral perspective. It seems that this therapy is effective in reducing depressive symptoms and improving life quality of these patients, therefore it is recommended as an effective therapy for major depression.*

Key words: *Major Depression, Meta-cognitive Therapy, Quality of Life.*

Recivied: 9 Mar 2015
Revised:27 Apr 2015
Accepted:16 Aug 2015

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]