

## مقایسه اثربخشی درمان گروهی فراشناختی و فعالسازی رفتاری بر احساس گناه در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک

### Comparing the effectiveness of metacognitive group therapy and behavioral activation on guilt in women with dysthymic disorder

Majid Jamehbozorgi

Ph.D. Student in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

Sayyed Ali Aleysin\*

Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran.

[Aleysin\\_psychology@yahoo.com](mailto:Aleysin_psychology@yahoo.com)

Hasan Heidari

Associate Professor, Department of Counseling and Psychology, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

Hossein Davoodi

Assistant Professor, Department of Counseling and Psychology, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.

مجید جامه بزرگی

دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

سیدعلی آل یاسین (نوبنده مسئول)

استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران.

حسن خیدری

دانشیار، گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

حسین داوودی

استادیار، گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

### چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان فعالسازی رفتاری بر احساس گناه در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک بود. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان دارای اختلال دیس‌تایمی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی مستقر در منطقه ۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که تعداد ۴۵ نفر به شیوه هدفمند اختخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. از این پژوهش پرسشنامه احساس گناه کوگلر و جونز (۱۹۹۲) (CJGFQ) بود. برای گروه آزمایش اول درمان فراشناخت (ولز، ۲۰۰۹) و برای گروه آزمایش دوم درمان فعالسازی رفتاری (دیمیدجیان و همکاران، ۲۰۰۸) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفت‌هایی دوبار برگزار شد. داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد بین گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری احساس گناه و مؤلفه‌هایش تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ ). نتایج نشان داد هردو مداخله در احساس گناه و مؤلفه‌هایش اثربخش بودند اما مداخله فعالسازی رفتار اثربخشی بیشتری را نشان می‌دهد و بین دو درمان تفاوت معنادار مشاهده شد ( $p < 0.05$ ). بر اساس نتایج این مطالعه می‌توان گفت که به دلیل تأثیر بیشتری که درمان فعالسازی رفتاری بر کاهش احساس گناه دارد می‌تواند به تنها و یا با درمان مکمل در کاهش احساس گناه ناشی از افسردگی در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک مؤثر باشد.

**واژه‌های کلیدی:** احساس گناه، اختلال دیس‌تایمیک، درمان فراشناختی، درمان فعالسازی رفتاری.

### Abstract

The aim of the present study was to compare the effectiveness of metacognitive therapy and behavioral activation therapy on guilt in women with dysthymic disorder. The current research was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design and control and with follow-up groups. The statistical population of this research included all women with dysthymic disorder who were referred to psychological clinics located in the 8th district of Tehran in 1400, and 45 people were selected in a purposeful way and randomly assigned to two experimental groups, and one control group. The instrument of this research was Kugler and Jon's Guilt Questionnaire (1992) (CJGFQ). For the first experimental group, metacognitive therapy (Wells, 2009), and for the second experimental group behavioral activation therapy (Dimidjian et al., 2008) was held in 8 90-minute sessions twice a week. The data were analyzed using mixed variance analysis. The results of the Varbans analysis showed that there is a significant difference between the groups in the post-test and follow-up of guilt and its components ( $p > 0.05$ ). The results showed that both interventions were effective in guilt and its components, but the behavior activation intervention showed more effectiveness, and a significant difference was observed between the two treatments ( $p > 0.05$ ). Based on the results of this study, it can be said that due to the greater effect of behavioral activation therapy on reducing guilt, alone or with complementary treatment, it can be effective in reducing guilt caused by depression in women with dysthymic disorder.

**Keywords:** Feeling of guilt, dysthymic disorder, metacognitive therapy, behavioral activation therapy.

## مقدمه

افسردگی یکی از مرسوم‌ترین اختلالات در حوزه روانی است که متخصصین سلامت در حوزه روان با آن روپرتو می‌شوند (یانگ<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) و پژوهش‌ها در حوزه شیوع‌شناسی نیز این اختلال را فرآیندترین اختلال در حوزه روان‌پزشکی گزارش کرده‌اند (سشنادری<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). به طور تقریبی ۲۰ درصد زنان و ۱۰ الی ۱۷ درصد مردان در طول عمر و زندگی‌شان مبتلا به این اختلال می‌شوند (لوینسون<sup>۳</sup>، ۲۰۱۶؛ کولینز و سگال<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). در این رابطه، اختلال دیس‌تایمی یا دیس‌تایمیا<sup>۵</sup> نام دیگر اختلال افسردگی مزمن است که مابین افسردگی خفیف و شدید قرار دارد (مور<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). این نوع بیماری موجب ناراحتی عمیق و احساس نامیدی می‌شود و تغییر خلق‌خواه و عملکرد فیزیکی در افراد ایجاد می‌کند (گو<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۲۲).

یکی از متغیرهایی که می‌تواند بهزیستی روانی<sup>۸</sup> بیماران مبتلا به افسردگی را تحت تأثیر قرار دهد، احساس گناه<sup>۹</sup> است (استالمیر<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). احساس گناه نه یک وضعیت فکری، بلکه یک حالت هیجانی است. در احساس گناه، فرد خود را ارزیابی می‌کند (جانسن<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). در تفکر دین اسلام، احساس گناه ناشی از آگاهی فرد نسب به عدم تطبیق اعمالش با هنجارهای تعیین‌شده و احکام به ثبت رسیده یک نظام اخلاقی مقدس است (قضی مرادی، ۱۴۰۰). احساس گناه بالطبع می‌تواند هیجان منفی و ناکارام باشد که به سهولت اصلاح نمی‌شود و پیامدهای روانی نظیر استرس ادرارک شده، بازداری و درنهاست آسیب روانی را به همراه دارد (کرانس<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). وقتی که این احساس در فرد به وجود می‌آید که کار انجام‌شده یا نشده، دیگر قابل جبران نیست، نشخوارهای فکری بر ذهن سازی‌بر می‌شوند که معمولاً با درمان‌های جبرانی، تا حدودی احساس فرد تغییر می‌کند، اما کامل از بین نمی‌رود و در افرادی که دارای زمینه اختلال روانی و آسیب‌پذیری هستند، اختلال به وجود می‌آورد (شارما<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۲).

در بحث امروز روان‌شناسی درمان‌های متنوع و متعددی در حوزه روان‌شناختی، برای افراد دارای انواع طیف‌های افسردگی بحث شده است که چندی از این درمان‌ها تأثیر خود را ثابت کنند. اخیراً پروتکل‌های جدیدتری از درمان‌شناختی - رفتاری<sup>۱۴</sup> به نام درمان فعال‌سازی رفتاری<sup>۱۵</sup> تدوین شده است که تمرکز اصلی آن بر روی رفتار و فعالیت افراد می‌باشد (دیمیدجیان<sup>۱۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

درمان فعال‌سازی رفتاری، که جزو درمان‌های موج سومی محسوب می‌شود، نوعی رفتار درمانی خالص است که تکنیک‌های عینی و راحت‌الاجرا برای درمان افسردگی ارائه می‌دهد و به علت کوتاه‌مدت بودن طول دوره درمان، مقرن به صرفه است (مازوک چلی<sup>۱۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). هدف فعال‌سازی رفتاری، افزایش رفتارهایی است که احتمالاً منجر به دریافت پاداش از سوی بیمار می‌شوند. پاداش‌ها ممکن است درونی (مانند لذت یا حس موفقیت) و یا بیرونی (مانند توجه اجتماعی) باشند (لیهی<sup>۱۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۸).

درمان فعال‌سازی رفتاری، نوعی رفتار درمانی محض<sup>۱۹</sup> است که مبتنی بر تحلیل کارکردی رفتار ارست و از نظریه رفتاری افسردگی ریشه گرفته است. با توجه به ویژگی‌های روش درمان فعال‌سازی رفتاری و اثربخشی آن بر اختلال افسردگی (مارتل<sup>۲۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۳)، می‌توان گفت فعال‌سازی رفتاری به عنوان درمانی معتبر برای درمان افسردگی مطرح است. در زمینه تأثیر این روش درمانی بر نشخوار فکری، درمان فعال‌سازی رفتاری آشکارا بر کاهش نشخوار فکری از دیدگاه کارکردی تحلیلی تمرکز می‌کند درمان فعال‌سازی رفتاری،

- 
- 1. Young
  - 2. Seshadri
  - 3. Levinson
  - 4. Collins & Segal
  - 5. Dysthymia
  - 6. Moore
  - 7. Guo
  - 8. Psychological Wellbeing
  - 9. Guilt Feeling
  - 10. Stalmeier
  - 11. Johannsen
  - 12. Kraines
  - 13. Sharma
  - 14. Cognitive Behavioral Therapy
  - 15. Behavioral Activation Therapy
  - 16. Dimidjian
  - 17. Mazzucchelli
  - 18. Leahy
  - 19. Pure
  - 20. Martell

نوعی رفتاردرمانی مغض است که مبتنی بر تحلیل کارکردی رفتار است و از نظریه رفتاری افسردگی ریشه گرفته است. با توجه به ویژگی‌های روش درمان فعال‌سازی رفتاری و اثربخشی آن بر اختلال افسردگی (مارتل و همکاران، ۲۰۱۰). می‌توان گفت فعال‌سازی رفتاری به عنوان درمانی معتبر برای درمان افسردگی مطرح است. در زمینه تأثیر این روش درمانی بر نشخوار فکری، درمان فعال‌سازی رفتاری آشکارا بر کاهش نشخوار فکری از دیدگاه کارکردی تحلیلی تمرکز می‌کند (آدیس و مارتل<sup>۱</sup>، ۲۰۱۴).

آپوف<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند درمان فعال‌سازی رفتاری بر بهبود بیماران مبتلا به افسردگی تأثیرگذار است. عطایی مغانلو و عطایی مغانلو (۱۳۹۴) در پژوهش خود نشان دادند درمان فعال‌سازی رفتاری توانست نمرات افسردگی و احساس گناه در گروه مداخله در مقایسه با گروه شاهد به طور معنی‌داری کاهش یافتد. همچنین پولنیک و فلورا<sup>۳</sup> (۲۰۱۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش معنی‌دار احساس گناه در افراد مبتلا به افسردگی می‌شود.

از سوی دیگر، یکی از رویکردهای درمانی جدید در این زمینه، درمان فراشناختی<sup>۴</sup> می‌باشد. درمان فراشناختی، به عنوان یک رویکرد شناخت درمانی خالص<sup>۵</sup>، به دلیل نارضایتی از رویکردهای شناختی رفتاری موجود که ویژگی‌های مهم تفکر غیرانطباقی و عوامل کنترل‌کننده آن را مورد توجه قرار نمی‌دهند، به وجود آمده است (هاشیلد<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). نظریه فراشناختی از این جانب که نگرش‌های ناسازگار و ناکارآمد فرد بر پردازش اطلاعاتی ذهن مؤثر هستند، تأکید دارد، به نوعی به نظریه‌های شناختی کلاسیک شباهت دارد، اما این نظریه بیشتر بر فرایند شناخت (نحوه پردازش و تعديل افکار ناکارآمد) به جای تمرکز بر محتواهای اصلی شناخت تأکید دارد (ولز<sup>۷</sup>؛ کارت<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۲۲؛ دایتریکت<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۲۱).

اصل بنیادین این درمان، این است که اختلال روان‌شناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه موسوم به سندرم شناختی<sup>-</sup> توجهی مرتبط است (ولز، ریوز، هال، فیشر، دوهرتی و همکاران، ۲۰۲۲). سندرم شناختی - تأثیرگذار مهمنی بر تنظیم هیجانی دارند و درمان فراشناختی قصد دارد تا این سندرم را بر طرف ساخته و باورهای فراشناختی مربوط به آن را تعديل نماید (ولز و همکاران، ۲۰۱۲). این روش درمانی یک روند رو به رشد در ابداع مداخله‌های جدید این است که مدل درمانی بر مبنای مکانیسم‌هایی بنا شود که از پردازش هیجانی طبیعی جلوگیری می‌نماید (ولز، ریوز، هال، دیویس، شیلدز و همکاران، ۲۰۲۲). مدل فراشناختی درمان یکی از این مداخله‌ها است. در این مدل فراشناخت‌ها به شکل باورهای ارزیابی‌ها و راهبردهای کنترل، از جمله عوامل اساسی ایجاد و حفظ این اختلال هستند و یک شیوه برانگیخته‌شده و فعال ارزیابی و مقابله با تهدیدی است که توسط فرایاورهای<sup>۱۰</sup> فرد ایجاد می‌شود (اوژگوک و تانریوردی، ۲۰۲۱).

بساك نژاد و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که گروه درمانی فراشناختی نقش مؤثری در کاهش علائم در آمیختگی فکر - عمل، فرون Shanani افکار و احساس گناه در جمعیت دختران دانشجو دارد. همچنین بایگان و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند درمان فراشناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر بیماران مبتلا به اختلال افسردگی تأثیرگذار است و باعث کاهش افسردگی افراد شده است.

با توجه به آنچه گفته شد بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر روی مبتلایان به اختلال دیس‌تايمیک می‌تواند گام مهمی در مسیر ابداع درمان‌های نوین در حیطه روان‌شناسی بالینی باشد. بدیهی است یافته‌های به دست آمده از چنین مطالعاتی می‌تواند در دو حیطه پیشگیری و درمان، راهبردهای نوینی را در اختیار پژوهشگران، روان‌شناسان بالینی و دیگر علاوه‌مندان به این حوزه قرار دهد. نظر به پژوهش‌های اندکی که در زمینه اثربخشی این روش‌های درمان بر اختلالات روانی بیماران مبتلا به اختلال دیس‌تايمیک در جمعیت ایرانی انجام شده، و با توجه به اهمیت بالینی که این دیدگاه می‌تواند در درمان این بیماری مؤثر باشد، پژوهش حاضر در جهت بررسی اثربخشی درمان فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری در بهبود علائم احساس گناه بیماران مبتلا به اختلال دیس‌تايمیک انجام شده است که با در نظر گرفتن گروه کنترل در کنار گروه آزمایش به بررسی دقیق‌تر کارایی این روش‌های درمان می‌پردازد و قصد دارد اثرات هر روش درمانی را

1. Addis & Martell

2. Uphoff

3. Polenick & Flora

4. Meta cognitive Therapy (MCT)

5. Pure cognitive Therapy

6. Hauchschildt

7. Wells

8. Carter

9. Dietrichkeit

10 Meta belief

مقایسه اثربخشی درمان گروهی فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری بر احساس گناه در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک  
Comparing the effectiveness of metacognitive group therapy and behavioral activation on guilt in women with ...

بر گروه بیماران دارای اختلال دیس‌تایمیک مقایسه نماید. به عبارت دیگر با توجه به تعداد روزافزون مبتلایان به این اختلال و از یکسو هزینه‌های قابل توجه مادی و معنوی که هم خانواده‌ها و هم دولتها متحمل می‌شوند و با توجه به خلاصه پژوهشی در زمینه مداخلات روان‌شناختی برای مقایسه این دو رویکرد بر احساس گناه، تحقیق حاضر با هدف مقایسه اثربخشی و تداوم اثر درمان فراشناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر احساس گناه در بیماران زن مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک انجام پذیرفت.

## روش

پژوهش حاضر به روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره گیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی بیماران مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی مستقر در منطقه ۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. حجم نمونه در این پژوهش با توجه به تعداد گروه‌ها و تعداد متغیرهای مورد بررسی تعیین شد. راین اساس، از جامعه مذکور ۴۵ نفر پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل (گروه آزمایش درمان فعال‌سازی رفتاری، ۱۵ نفر)، (گروه آزمایش درمان فراشناختی، ۱۵ نفر) و (گروه کنترل، ۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود افراد به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، جنسیت زن، دریافت تشخیص اختلال افسردگی دیس‌تایمیک (افسردگی خوبی) توسط روان‌پژوهش، عدم شرکت همزمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر، عدم مصرف داروهای ضدافسردگی از حداقل یک ماه قبل از ارزیابی، سواد حداقل سیکل، گروه سنی ۵۰ الی ۲۰ سال، آمادگی جسمانی و روانی برای پاسخ‌گویی به سؤالات و معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه عدم تمایل شرکت‌کنندگان به ادامه شرکت در پژوهش، شرکت همزمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر، غیبت بیش از دو جلسه و همکاری نکدن در تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. این پژوهش با کد شناسه IR.IAU.ARACK.REC.1400.011 مصوبه اخلاق در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین واحد خمین تصویب شده است. روش اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از انجام هماهنگی لازم با دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین و مدیریت کلینیک‌های آرامش و روانیه، زندگی آرام و خانه‌ای امید، پرونده بیماران در اختیار پژوهشگر قرار گرفت و با تماس تلفنی، مصاحبه اولیه‌ای با هریک از بیماران زن مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک متقاضی به عمل آمده و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج ۴۵ نفر از بیماران انتخاب و با گمارش تصادفی در سه گروه شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. پس از جایگزینی در گروه‌ها، شرکت کنندگان پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه پژوهش به عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایشی اول، درمان فراشناختی و گروه آزمایشی دوم، درمان فعال‌سازی رفتاری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی به صورت حضوری با توالی هر هفته دو جلسه در توسط پژوهشگر دریافت کردند. اما شرکت کنندگان گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان جلسات درمانی، مجدداً هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و ۶۰ روز بعد در مرحله پیگیری به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند، ۲- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی آزمودنی‌ها محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند، ۳- پژوهشگر متعهد شد نتایج پژوهش را در صورت تمایل آزمودنی‌ها برای آنها تفسیر کند، ۴- در صورت مشاهده هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم به آزمودنی‌ها ارائه شد، ۵- مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت کنندگان به دنبال نداشت، ۶- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. درنهایت برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته که توسط نرم‌افزار spss نسخه ۲۶ مورد تحلیل قرار گرفت، استفاده شد.

## ابزار سنجش

**پرسشنامه احساس گناه<sup>1</sup> (GFQ):** این پرسشنامه توسط کوگلر و جونز<sup>2</sup> بین سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۲ (به نقل از نظری، ۱۳۷۴) برای سنجش احساس گناه ساخته شده، تکمیل و اصلاح گردیده است. این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه و سه خرده مقیاس خصیصه گناه (سؤالات ۲۰-۱)، حالت گناه (سؤالات ۲۱-۳۰) و معیارهای اخلاقی (سؤالات ۳۱-۴۵) است. خصیصه گناه زمینه مستعد و پایدار احساس گناه، ندامت و سرزنش خود تعریف شده است. حالت گناه تجربه آنی فرد از این احساس است که اخیراً یکی از معیارهای اخلاقی خود را

1. Guilty Feelings'S Questionnaire

2. Kogler & Jones

نقض کرده یا تصویر می‌کند که نقض کرده است. معیارهای اخلاقی درجه پایبندی فرد به مجموعه‌ای از اصول اخلاقی تعریف شده است. در هیچ‌یک از این مقیاس‌ها رفتارهای خاص یا معیارهای ویژه مطرح نبود بلکه احساسات، حالات و پایبندی‌های کلی فرد مدنظر است. پاسخ‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود.. در هر سه مقیاس، نیمی از موارد جهت‌گیری معکوس دارند که نشانگر احساس گناه کمتر یا پایبندی نازل‌تر به معیارهای است که در نمره‌گذاری نیز این مطلب لحاظ شده است. نمره‌گذاری سوالات ۷-۶-۴-۳-۲-۱۱-۱۹-۲۳-۳۰-۳۲-۳۳-۳۵-۳۹-۴۰-۴۱-۴۲-۴۳ آزمودنی بزرگ‌سال متأهل) روایی همگرا ۶۷٪ و افتراقی ۷۳٪ محسوبه شده است. ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ این پرسشنامه در گزارش‌های فوق ۰/۷۹ در مورد حالت گناه و ۰/۸۹ در مورد خصیصه گناه گزارش شده است (نظیری، ۱۳۷۴). در ایران روایی محتوا و صوری آن توسط نظیری (۱۳۷۴) و به وسیله نظرخواهی از ۱۵ نفر از اساتید روان‌پژوهی، دستیاران سال آخر روان‌پژوهی و کارشناسان ارشد روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت که همگی این افراد روایی محتوا و صوری آن را مورد تأیید قرار دادند. پایابی حاصل از بازارآزمایی در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای به ترتیب برای خردمندانه‌ای معیارهای اخلاقی، خصیصه گناه و حالت گناه، ۰/۸۱ و ۰/۵۶ ذکر شده است (نظیری، ۱۳۷۴). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۸۱٪ به دست آمد.

**بسته آموزشی درمان فعال‌سازی رفتاری:** ساختار جلسات درمان فعال‌ساز رفتاری از پروتکل طراحی شده توسط دیمیدجیان و همکاران (۲۰۰۸) و نیز اقتباس از مارتل و همکاران (۲۰۱۰) اجرا گردید. شرح مختصر جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری در جدول ۱ ارائه گردیده است.

جدول ۱. مداخلات درمانی فعال‌سازی رفتاری دیمیدجیان و همکاران (۲۰۰۸) و مارتل و همکاران (۲۰۱۰)

| جلسه          | محتوا   |
|---------------|---|
| جلسات ۱ و ۲   | مروء ساختار درمان (محرمانه بودن اطلاعات، نقش‌ها، استفاده از مقیاس‌های خود گزارش‌دهی برای تشخیص علائم بیماری و نیاز به تمرينات خارج از جلسات درمان)، مروء تاریخچه پروتکل درمانی با نوجوان و والدینشان برای استفاده از درمان فعال‌سازی رفتاری، معرفی افسردگی و درمان فعال‌سازی رفتاری، نظرارت بر فعالیت شرکت‌کنندگان، بررسی تأثیر روابط و فعالیت‌ها بر خلق‌وحو، معرفی مدل وضعیت - فعالیت - حالت برای نوجوانان، ارائه اطلاعات روان‌شناسی به والدین در مورد افسردگی نوجوانان  |
| جلسات ۴ و ۳   | معرفی نقش فعال‌سازی رفتاری در مدیریت خلق‌وحو - رفتار هدف محور در تقابل رفتار خلق و خودمحور، نظرارت بر فعالیت و خلق‌وحو، صحبت با والدین در مورد تجربیات و نگرانی‌های آنان به عنوان والدین نوجوان افسرده، معرفی تحلیل عملکردی و نقش تقویت‌کننده در حفظ رفتار، معرفی پیامدهای طولانی مدت انتخاب‌های رفتاری، استفاده از احساسات خوب   |
| جلسات ۶ و ۵   | بررسی و معرفی نقش استرس به عنوان یک عامل مهم برای افسردگی، معرفی راه حل مشکل به عنوان راهی برای کشف آنچه در شرایط استرس‌زا باید انجام داد، معرفی مهارت‌های ارتباطی به والدین و ایجاد ارتباطات مناسب و اثربخش، معرفی و ارائه ایده‌های هوشمند از طریق تنظیم هدف‌های مؤثر، تعیین و تخصیص اهداف جزئی و کوتاه‌مدت برای رسیدن به اهداف بزرگ‌تر، تنظیم اهداف برای تمرين در طول هفته، ارائه راههایی برای والدین به منظور حمایت از نوجوانانشان.  |
| جلسات ۷ و ۸   | نشان دادن اهمیت شناسایی موانع داخلی و خارجی موجود در راه رسیدن به اهداف، معرفی استراتژی‌های رفتاری هدفمند برای غلبه بر موانع، تمرين اهداف از پیش تعیین شده، حمایت از نوجوانان و والدین برای شناسایی ایده‌ها و نظرارت والدین بر رفتار خود، نشان دادن اهمیت اجتناب به عنوان یک مانع داخلی مشترک و درک الگوی تکرار، پاسخ، اجتناب (TRAP).   |
| جلسات ۹ و ۱۰  | بررسی وضعیت نوجوانان و شناسایی آنچه که او می‌خواهد در بقیه جلسات درمان انجام دهد، بررسی مهارت‌های کلیدی برای کمک به نوجوانان برای وصول به اهداف خود، ارائه راههایی برای فعال شدن ایده‌ها و اهداف و بیشترین استفاده از احساسات خوب، تنظیم هدف، شناخت موانع و اجتناب، همکاری با نوجوانان برای برنامه‌ریزی و تعیین یک برنامه عملی برای ارزیابی اولویت‌ها، اهداف و فعالیت‌های که برای تمرين در جلسات درمان بعدی لازم می‌باشد، حمایت از نوجوان و مروء اهمیت حفظ تمرکز بر روی برنامه و اهداف، تلاش برای بهبود حالت خلقی افسرده‌ساز. |
| جلسات ۱۱ و ۱۲ | مروء و به روز کردن برنامه‌های تعیین شده در جلسات قبلی، ایجاد یک برنامه شخصی برای پیشگیری از تشدید بیماری برای کمک به نوجوانان و مدیریت عوامل افسرده‌ساز و علائم آن.   |

**بسته آموزشی درمان فراشناختی:** محتوای جلسات درمان فراشناختی نیز طبق کتاب راهنمای درمان فراشناختی برای افسردگی ولز (۲۰۰۹) اجرا گردید. شرح جلسات درمان فراشناخت در جدول ۲ ارائه گردیده است.

مقایسه اثربخشی درمان گروهی فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری بر احساس گناه در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک  
Comparing the effectiveness of metacognitive group therapy and behavioral activation on guilt in women with ...

جدول ۲. جلسات فراشناخت درمانی ولز (۲۰۰۹)

| جلسه  | محظوظ  |
|-------|--|
| اول   | در ابتدای جلسه اول شرکت‌کنندگان معرفی و با یکدیگر آشنا می‌شوند. بعد علائم ناهماهنگی و احساس تنهایی ارزیابی می‌شود و نیاز و اهمیت و ضرورت درمان مشخص می‌شود.  |
| دوم   | ابتدا منطق درمان فراشناختی برای اختلالات روان‌شناختی و ارتقای حالت‌های بهنجار توضیح داده می‌شود، سپس روش‌های درمانی مختلف برای ناهماهنگی شناختی و احساس تنهایی با استفاده از روش فراشناختی ارزیابی می‌شود.   |
| سوم   | در جلسه سوم باورهای مثبت و منفی فراشناختی در افراد شناسایی و ارزیابی می‌شود و معایب و مزایای این باورها مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.   |
| چهارم | در ابتدای جلسه راهبردهای کنترل فراشناختی افراد، تحلیل معایب و مزایای راهبردهای کنترل فراشناختی مورد استفاده شناسایی می‌شود و سپس راهبردهای کنترل فراشناختی مفیدتر به عنوان جایگزین آموزش داده می‌شود.  |
| پنجم  | افراد کاربرد شیوه‌های فاصله گرفتن از ذهن‌آگاهی در برخورد با افکار و راهبردهای ناکارآمد فراشناختی را آموزش می‌بینند (افراد یاد می‌گیرند با افکار خود مانند ابری در ذهن خود برخورد کنند، چنانچه نیاز به پردازش نداشته باشد).   |
| ششم   | در جلسه ششم شرکت‌کنندگان با راهبردهای نگرانی و نشخوار فکری به عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تحلیل سود و زیان نشخوار ذهنی و نگرانی، تحلیل فرایند سرکوب افکار به عنوان یک فرآیند ناکارآمد (بیر سفید) و پیامدهای درگیری با علائم، آموزش شیوه به تعویق انداختن نگرانی آشنا می‌شود. |
| هفتم  | در ابتدای جلسه افراد با نشانگان بی‌توجهی شناختی در تداوم اختلال‌های روانی آشنا می‌شوند، سپس به آن‌ها فنون آموزش توجه به افراد و آموزش این شیوه به افراد ارائه می‌شود.  |
| هشتم  | در جلسات پایانی شیوه متمرکز کردن توجه بر موقعیت به عنوان راهبرد فراشناختی کارآمد آموزش داده می‌شود و موانع موجود در به کارگیری روش‌ها، علامت‌یابی و رفع آن ارائه می‌شود و در پایان جلسه پرسشنامه‌ها برای اجرای پس‌آزمون در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده می‌شود.                     |

## یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در مورد اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که ۱۵ نفر گروه فعال‌سازی رفتاری، ۱۵ نفر درمان فراشناخت و ۱۵ نفر گروه گواه (حضور داشتند که میانگین و انحراف استاندارد معیار سن برای گروه فعال‌سازی رفتاری به ترتیب ۳۴/۵۱ و ۵/۲۹ سال، برای گروه درمان فراشناخت ۳۳/۷۵ و ۵/۶۱ سال و برای گروه گواه ۳۳/۵۸ و ۵/۴۸ بود. همچنین جنسیت همه افراد شرکت‌کننده خانم بودند. در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. برای توصیف داده‌ها از میانگین به عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد متغیر احساس گناه و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

| خاصیت‌های گناه   | پیش‌آزمون |              |         |              |         |              |
|------------------|-----------|--------------|---------|--------------|---------|--------------|
|                  | میانگین   | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| گواه             | ۷۰/۹۳     | ۱۰/۱۹        | ۷۰/۴۷   | ۱۰/۲۰        | ۷۰/۴۷   | ۱۰/۰۶        |
| درمان فراشناختی  | ۷۴/۰۰     | ۱۰/۵۳        | ۴۹/۱۳   | ۷/۱۹         | ۴۸/۸۷   | ۷/۳۲         |
| فعال‌سازی رفتاری | ۶۹/۰۷     | ۹/۸۹         | ۳۷/۴۰   | ۷/۴۳         | ۳۷/۲۰   | ۷/۴۶         |
| گواه             | ۳۹/۲۰     | ۴/۳۹         | ۳۷/۶۷   | ۵/۱۱         | ۳۶/۵۳   | ۵/۲۸         |
| درمان فراشناختی  | ۳۸/۸۰     | ۳/۰۸         | ۲۵/۰۰   | ۴/۶۹         | ۲۳/۷۳   | ۵/۲۸         |
| فعال‌سازی رفتاری | ۳۸/۲۰     | ۳/۸۲         | ۱۸/۷۳   | ۲/۸۹         | ۱۷/۲۷   | ۲/۹۶         |
| گواه             | ۳۶/۲۷     | ۳/۷۵         | ۳۵/۳۳   | ۴/۱۲         | ۳۴/۲۷   | ۳/۹۹         |
| درمان فراشناختی  | ۳۵/۰۷     | ۲/۱۵         | ۲۷/۶۷   | ۲/۸۹         | ۲۶/۳۳   | ۲/۶۴         |
| فعال‌سازی رفتاری | ۳۵/۶۷     | ۳/۰۹         | ۳۱/۷۳   | ۳/۷۳         | ۳۰/۸۷   | ۳/۷۶         |

| گواه             | احساس | گناه |
|------------------|-------|------|
| درمان فراشناختی  |       |      |
| فعال سازی رفتاری |       |      |

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، مؤلفه‌های احساس گناه برای سه گروه گواه، درمان فراشناختی، فعال سازی رفتاری در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، در گروه گواه میانگین مؤلفه خصیصه گناه، حالت گناه و معیار اخلاقی و نمره کل احساس گناه در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه‌های درمان فراشناختی و فعال سازی رفتاری می‌توان شاهد کاهش قابل توجه مؤلفه‌های احساس گناه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون بود. همچنین نمرات زیر مؤلفه‌های خصیصه گناه، حالت گناه و معیارهای اخلاقی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش داشته است.

بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته صورت گرفت. قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس آمیخته، از آزمون کولموگروف - اسمریونوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات احساس گناه و مؤلفه‌های آن در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری (F<sup>۰/۰۵</sup>) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های احساس گناه در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F<sup>۰/۱۸۶</sup>، P<sup>۰/۰۵</sup>) از آزمون (P<sup>۰/۰۵</sup>) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های احساس گناه در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (F<sup>۰/۱۲۳</sup>، F<sup>۰/۰۲۶۳</sup>، F<sup>۰/۱۳۳</sup>) و پیگیری (P<sup>۰/۰۲۰</sup>) در متغیر خصیصه گناه در ۳ مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (P<sup>۰/۰۱۰۵</sup>) و پیگیری (P<sup>۰/۰۱۰۵</sup>) در متغیر حالت گناه در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (P<sup>۰/۰۲۱۴</sup>) و پیگیری (P<sup>۰/۰۲۱۴</sup>) در متغیر حالت گناه در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (P<sup>۰/۰۲۳</sup>) و پیگیری (P<sup>۰/۰۲۳</sup>) در متغیر حالت گناه در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (P<sup>۰/۰۴۵</sup>) و پیگیری (P<sup>۰/۰۴۵</sup>) در متغیر حالت گناه در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (P<sup>۰/۰۵۳</sup>) و پیگیری (P<sup>۰/۰۵۳</sup>) در متغیر معیارهای اخلاقی در سه مرحله اندازه‌گیری حالت گناه در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون (P<sup>۰/۰۶۴</sup>) و پیگیری (P<sup>۰/۰۶۴</sup>) در متغیر معیارهای اخلاقی (P<sup>۰/۰۱۱۵</sup>) و پیگیری (P<sup>۰/۰۱۱۵</sup>) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کواریانس با استفاده از آزمون امباکس در متغیر احساس گناه (MBOX<sup>۰/۰۳۳</sup>، MBOX<sup>۰/۰۴۷</sup>، MBOX<sup>۰/۰۴۷</sup>)، متغیر خصیصه گناه (MBOX<sup>۰/۰۴۷</sup>، MBOX<sup>۰/۰۴۷</sup>)، متغیر حالت گناه (MBOX<sup>۰/۰۴۷</sup>، MBOX<sup>۰/۰۴۷</sup>) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی دار نبود، همچنین بهمنظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش‌فرض کرویت برای هیچ‌کدام از مؤلفه‌های احساس گناه به جز خصیصه گناه رعایت نشده است بنابراین برای تفسیر نتایج از روش گرینهاؤس - گیسر استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

| متغیر           | عوامل       | منابع تغییر | مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F آماره | سطح معناداری | میزان اثر |
|-----------------|-------------|-------------|--------------|------------|----------------|---------|--------------|-----------|
| خصیصه گناه      | زمان        |             | ۱۹۹۱/۷۶      | ۲          | ۹۹۵/۸۸         | ۲۷/۶۱   | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۴۲      |
|                 | زمان × گروه |             | ۸۱۰/۹۸       | ۴          | ۲۰۲/۷۵         | ۵/۶۲    | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۲۳      |
|                 | خطا         |             | ۲۴۱/۱۸       | ۷۶         | ۳۶/۰۷          | -       | -            | -         |
|                 | گروه        |             | ۲۴۱/۱۸       | ۷۶         | ۱۷۱۱/۱۴        | ۲۰/۶۵   | ۰/۰۰۰۱       | ۰/۵۲      |
| حالت گناه       | بین‌گروهی   |             | ۳۱۴۸/۶۸      | ۷۶         | ۸۲/۸۶          | -       | -            | -         |
|                 | زمان        |             | ۸۲/۹۳        | ۱/۴۵       | ۵۷/۰۶          | ۰/۲۵    | ۰/۷۷         | ۰/۰۱      |
|                 | زمان × گروه |             | ۱۶۱۹/۶۳      | ۲/۹۱       | ۵۵۷/۲۴         | ۲/۴۵    | ۰/۰۵         | ۰/۱۱      |
|                 | خطا         |             | ۱۲۵۴۴/۸۹     | ۵۵/۲۲      | ۲۲۷/۱۷         | -       | -            | -         |
| معیارهای اخلاقی | گروه        |             | ۲۲۵۵/۲۲      | ۲          | ۱۱۲۷/۸۱        | ۴/۹۵    | ۰/۰۱         | ۰/۲۱      |
|                 | بین‌گروهی   |             | ۸۶۵۶/۴۱      | ۳۸/۰۰۲     | ۲۲۷/۸          | -       | -            | -         |
|                 | زمان        |             | ۴۱۶/۴۱       | ۱/۷۳       | ۲۴۰/۰۸         | ۲/۵۴    | ۰/۰۹         | ۰/۰۶      |
|                 | زمان × گروه |             | ۱۵۱/۳۱       | ۳/۴۷       | ۴۳/۶۳          | ۰/۴۶    | ۰/۷۴         | ۰/۰۲      |
| بین‌گروهی       | خطا         |             | ۶۲۱۸/۹۳      | ۶۵/۹۱      | ۹۴/۳۶          | -       | -            | -         |
|                 | گروه        |             | ۹۴/۷۲        | ۲          | ۴۷/۳۶          | ۰/۵۲    | ۰/۶          | ۰/۰۳      |

مقایسه اثربخشی درمان گروهی فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری بر احساس گناه در زنان مبتلا به اختلال دیستایمیک

Comparing the effectiveness of metacognitive group therapy and behavioral activation on guilt in women with ...

| -    | -    | -    | -      | ۹۰/۷  | ۳۸       | ۳۴۴۶/۵۳ | خطا   | -          | -           | -    | -      | -    | -      |
|------|------|------|--------|-------|----------|---------|-------|------------|-------------|------|--------|------|--------|
| ۰/۰۱ | ۰/۵۶ | ۰/۴۶ | ۲۲۰/۵۳ | ۱/۳۳  | ۲۹۲/۹۸   | زمان    | احساس | ۰/۰۱       | ۰/۰۱        | ۴/۵۵ | ۲۱۸۷/۵ | ۲/۶۶ | ۵۸۱۲/۲ |
| ۰/۱۹ | -    | -    | ۴۸۱/۰۲ | ۵۰/۴۸ | ۲۴۲۸۳/۱۹ | خطا     | گناه  | درون گروهی | زمان × گروه | -    | -      | -    | -      |

بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌گردد در متغیر خصیصه گناه اثر زمان معنادار است ( $P<0.05$ ). بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیر تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیرهای خصیصه گناه، حالت گناه و احساس گناه تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه گواه در متغیر وابسته تفاوت وجود دارد همچنین در اثر گروه با توجه به مقادیر و سطح معناداری F در متغیرهای خصیصه گناه، حالت گناه و احساس گناه بین دو گروه درمان فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد مقایسه دوبعدی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله با استفاده از آزمون بونفرونی صورت گرفته است که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین مؤلفه‌های احساس گناه

| خصیصه     | درمان     | گواه      | فراشناختی | پیش‌آزمون |       |               |       | پس‌آزمون |          |               |       | بیگیری   |           |               |       |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------|---------------|-------|----------|----------|---------------|-------|----------|-----------|---------------|-------|
|           |           |           |           | معناداری  | آماره | تفاوت میانگین | سطح   | معناداری | آماره    | تفاوت میانگین | سطح   | معناداری | آماره     | تفاوت میانگین | سطح   |
| خالت      | درمان     | گواه      | فراشناختی | ۰/۰۰۱     | ۳/۰۵۸ | -۲۱/۶۰۰°      | ۰/۰۰۱ | ۳/۰۶۲    | -۲۱/۳۳۳° | ۱/۰۰۰         | ۳/۷۲۶ | ۳/۰۶۷    | فراشناختی | ۰/۰۰۱         | ۳/۰۵۸ |
| گناه      | فراشناختی | گواه      | رفتاری    | ۰/۰۰۱     | ۳/۰۵۸ | ۱۱/۶۶۷°       | ۰/۰۰۱ | ۳/۰۶۲    | ۱۱/۷۳۳°  | ۰/۵۷۸         | ۳/۷۲۶ | ۴/۹۳۳    | رفتاری    | ۰/۰۰۱         | ۳/۰۵۸ |
| رفتاری    | گواه      | فراشناختی | فعال‌سازی | ۰/۰۰۱     | ۳/۰۵۸ | -۳۳/۲۶۷°      | ۰/۰۰۱ | ۳/۰۶۲    | -۳۳/۶۷°  | ۱/۰۰۰         | ۳/۷۲۶ | -۱/۸۶۷   | فعال‌سازی | ۰/۰۰۱         | ۳/۰۵۸ |
| فعال‌سازی | درمان     | گواه      | رفتاری    | ۰/۰۰۱     | ۳/۰۵۸ | -۱۱/۶۶۷°      | ۰/۰۰۱ | ۳/۰۶۲    | -۱۱/۷۳۳° | ۰/۵۷۸         | ۳/۷۲۶ | -۴/۹۳۳   | رفتاری    | ۰/۰۰۱         | ۳/۰۵۸ |
| رفتاری    | فراشناختی | گواه      | درمان     | ۰/۰۰۱     | ۱/۶۹۴ | -۱۲/۸۰۰°      | ۰/۰۰۱ | ۱/۵۸۴    | -۱۲/۶۶۷° | ۱/۰۰۰         | ۱/۳۸۸ | -۰/۴۰۰   | درمان     | ۰/۰۰۱         | ۱/۶۹۴ |
| درمان     | گواه      | فراشناختی | رفتاری    | ۰/۰۰۱     | ۱/۶۹۴ | ۶/۴۶۷°        | ۰/۰۰۱ | ۱/۵۸۴    | ۶/۲۶۷°   | ۱/۰۰۰         | ۱/۳۸۸ | ۰/۶۰۰    | رفتاری    | ۰/۰۰۱         | ۱/۶۹۴ |
| رفتاری    | گواه      | فراشناختی | فعال‌سازی | ۰/۰۰۱     | ۱/۶۹۴ | -۱۹/۲۶۷°      | ۰/۰۰۱ | ۱/۵۸۴    | -۱۸/۹۳۳° | ۱/۰۰۰         | ۱/۳۸۸ | -۱/۰۰۰   | فعال‌سازی | ۰/۰۰۱         | ۱/۶۹۴ |
| فعال‌سازی | درمان     | گواه      | رفتاری    | ۰/۰۰۱     | ۱/۶۹۴ | -۶/۴۶۷°       | ۰/۰۰۱ | ۱/۵۸۴    | -۶/۲۶۷°  | ۱/۰۰۰         | ۱/۳۸۸ | -۰/۶۰۰   | رفتاری    | ۰/۰۰۱         | ۱/۶۹۴ |
| رفتاری    | فراشناختی | گواه      | درمان     | ۰/۰۴۴     | ۱/۲۸۲ | ۲/۰۶۷         | ۰/۲۵۴ | ۱/۳۲۱    | ۲/۳۳۳    | ۰/۸۷          | ۱/۱۲۰ | -۱/۲۰۰   | درمان     | ۰/۰۰۳         | ۱/۲۸۲ |
| درمان     | گواه      | فراشناختی | رفتاری    | ۰/۰۰۳     | ۱/۲۸۲ | -۴/۵۳۳°       | ۰/۰۱۱ | ۱/۳۲۱    | -۴/۰۶۷°  | ۱/۰۰۰         | ۱/۱۲۰ | -۰/۶۰۰   | رفتاری    | ۰/۰۰۱         | ۱/۲۸۲ |
| رفتاری    | گواه      | فراشناختی | فعال‌سازی | ۰/۰۰۱     | ۱/۲۸۲ | ۶/۶۰۰°        | ۰/۰۰۱ | ۱/۳۲۱    | ۶/۴۰۰°   | ۱/۰۰۰         | ۱/۱۲۰ | -۰/۶۰۰   | فعال‌سازی | ۰/۰۰۳         | ۱/۲۸۲ |
| فعال‌سازی | درمان     | گواه      | رفتاری    | ۰/۰۰۳     | ۱/۲۸۲ | ۴/۵۳۳°        | ۰/۰۱۱ | ۱/۳۲۱    | ۴/۰۶۷°   | ۱/۰۰۰         | ۱/۱۲۰ | ۰/۶۰۰    | رفتاری    | ۰/۰۰۱         | ۱/۲۸۲ |
| رفتاری    | فراشناختی | گواه      | درمان     | ۰/۰۰۱     | ۴/۲۹۱ | -۳۸/۷۳۳°      | ۰/۰۰۱ | ۴/۳۲۳    | -۳۸/۰۶۷° | ۱/۰۰۰         | ۵/۴۴۲ | ۵/۲۰۰    | درمان     | ۰/۰۰۱         | ۴/۲۹۱ |
| درمان     | گواه      | فراشناختی | رفتاری    | ۰/۰۰۱     | ۴/۲۹۱ | ۲۱/۲۶۷°       | ۰/۰۰۱ | ۴/۳۲۳    | ۲۱/۱۳۳°  | ۱/۰۰۰         | ۵/۴۴۲ | ۳/۴۰۰    | رفتاری    | ۰/۰۰۱         | ۴/۲۹۱ |
| رفتاری    | گواه      | فراشناختی | فعال‌سازی | ۰/۰۰۱     | ۴/۲۹۱ | -۶۰/۰۰۰°      | ۰/۰۰۱ | ۴/۳۲۳    | -۵۹/۲۰۰° | ۱/۰۰۰         | ۵/۴۴۲ | ۱/۸۰۰    | فعال‌سازی | ۰/۰۰۱         | ۴/۲۹۱ |
| فعال‌سازی | درمان     | گواه      | رفتاری    | ۰/۰۰۱     | ۴/۲۹۱ | -۲۱/۲۶۷°      | ۰/۰۰۱ | ۴/۳۲۳    | -۲۱/۱۳۳° | ۱/۰۰۰         | ۵/۴۴۲ | -۳/۴۰۰   | رفتاری    | ۰/۰۰۱         | ۴/۲۹۱ |
| رفتاری    | فراشناختی | گواه      | درمان     | ۰/۰۰۱     | ۴/۲۹۱ | -             | -     | -        | -        | -             | -     | -        | فراشناختی | ۰/۰۰۱         | ۴/۲۹۱ |

با توجه به جدول ۵ ملاحظه می‌شود تفاوت معناداری بین گروه‌های فراشناخت درمانی و گواه در متغیر خصیصه گناه ( $P<0.05$ ) و بین گروه‌های فراشناخت درمانی و گواه در متغیرهای خصیصه گناه، حالت گناه و احساس گناه و درمان فعال‌سازی رفتاری و گواه در متغیرهای خصیصه گناه، حالت گناه و معیارهای اخلاقی و احساس گناه ( $P<0.05$ ) وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین روش فعال‌سازی رفتاری و درمان فراشناختی در سطح معنادار وجود دارد. مطابق با جدول ۵ اختلاف میانگین روش

درمان فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری برای متغیر احساس گناه و مؤلفه‌هایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به صورت مشبت معنادار شده است. درنتیجه روش فعال‌سازی رفتاری در کاهش احساس گناه اثربخشی بیشتری نسبت به فراشناخت‌درمانی داشته است ( $P < 0.05$ ).

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با تعیین تفاوت بین اثربخشی و تداوم اثر درمان فراشناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر احساس گناه در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تايميك پرداخت. نتایج نشان داد که هر دو مداخله گروه درمانی بر کاهش احساس گناه مؤثر بودند و مداخله درمان فعال‌سازی رفتاری اثربخشی بیشتری در کاهش احساس گناه زنان مبتلا به اختلالات دیس‌تايميك نسبت به فراشناخت‌درمانی داشته است.

یافته‌ها نشان داد که در درمان فراشناختی بر کاهش احساس گناه و مؤلفه‌های آن در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تايميك موثر است، مطالعه‌ای که به طور مستقیم با نتایج این پژوهش همسو باشد، یافت نشد اما نتایج به دست آمده به صورت ضمنی با پژوهش شارما و همکاران (۲۰۲۲)، کارت و همکاران (۲۰۲۲)، دایتريكت و همکاران (۲۰۲۱)، ولز (۲۰۱۹)، مرتضائي، علی ميرزاي و شمسى (۱۳۹۶)، خوش لهجه صدق (۱۳۹۶)، قدم پور و همکاران (۱۳۹۵) و حسنوندی و همکاران (۱۳۹۲) که اثربخشی درمان فراشناختی را در بیماران دارای اختلال افسردگی و دیس‌تايميك را تأیید نموده بودند، همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی این درمان بر احساس گناه و مؤلفه‌های آن در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تايميك می‌توان گفت که افسردگی با نشخوار فکری و افکار منفی همراه است. به همین جهت این درمان روی ابعادی مانند کاهش نشخوارهای فکری و تبدیل فراشناخت منفی به مشتبه قدم بردارد و می‌تواند نشخوارهای فکری در حوزه احساس گناه در بیماران دارای افسردگی کاهش دهد (ما و تیزدل، ۲۰۰۴؛ ولز و همکاران، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر تغییرات در خلق به دنبال تغییرات در نشخوارها صورت پذیرفته است، که این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های هاشمی، محمدعلیلو و هاشمی نصرت آباد (۱۳۸۹)، برگرسن<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰)، ولز و همکاران (۲۰۰۸) و ما و تیزدل (۲۰۰۴) همسو است. درمان فراشناختی توسط ایجاد آگاهی و بینش در بیماران یک زمینه مناسب و خوب را برای کسب کردن پیش‌آگاهی بهتر و درمان موفق‌تر فراهم می‌آورد. همچنین می‌توان گفت که پروتکل درمانی فراشناختی اختلال افسردگی دارای یک برنامه‌ی تدوین مناسب و دقیق بوده و با استفاده از این روش درمانگر می‌تواند نسبت به نتایج درمانی خود اطلاع کافی کسب کند و فیدک‌های درخور و مناسبی به بیماران دهد (ولز و متیوس، ۱۹۹۴).

همچنین یافته‌ها نشان داد درمان فعال‌سازی رفتار بر کاهش احساس گناه و مؤلفه‌های آن در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تايميك مؤثر است، که نتایج این یافته‌ها با نتایج آیوف و همکاران (۲۰۲۰)، فلورا و پولنیک (۲۰۱۸) و عطایی مغانلو و عطایی مغانلو (۱۳۹۴) که اثربخشی درمان فعال‌سازی را بر افسردگی تأیید کرده‌اند، همسو و همخوان است. در ارتباط با تبیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر احساس گناه در زنان مبتلا به دیس‌تايميك می‌توان گفت که درمان فعال‌سازی رفتاری مختص به افسردگی به این دلیل مؤثر بوده است که باعث افزایش تقویت مثبت می‌شود. هدف اصلی این درمان، افزایش فراوانی رفتارهایی است که احتمال می‌رود باعث دریافت پاداش از سوی فرد مبتلا شوند. این پاداش‌ها امکان دارد که درونی (مانند درک حس لذت یا حس پیروزی) و یا بیرونی (مانند توجه انتخابی) باشند. این افزایش پاداش‌ها به بهبود خلق بیمار کمک می‌کنند (لیهی و همکاران، ۲۰۱۸). چنین فرایندی بهمروزمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن بهبود خلق می‌گردد (مازوس چلی<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). مارتل و همکاران (۲۰۰۴) نیز به این نتیجه رسیده‌اند که علت تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری می‌تواند این‌گونه بیان شود که در خلال درمان، بیماران مبتلا اگر سبک زندگی خود را تغییر دهند و قوانین جدیدتری را در زندگی خود دنبال کنند. یعنی به جای اینکه هنگامی که احساس غمگینی می‌کنند، خاموش شوند؛ هنگامی که احساس غمگینی می‌کنند، فعال شوند.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری در مقایسه با درمان فراشناختی بر کاهش احساس گناه در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تايميك اثربخش‌تر بوده است. یعنی درمان فعال‌سازی رفتاری، بیشتر توانسته است احساس گناه زنان مبتلا به اختلال

1. Ma & Teasdale

2. Bergersen

3. Matthews

4. Mazzucchelli

مقایسه اثربخشی درمان گروهی فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری بر احساس گناه در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک  
Comparing the effectiveness of metacognitive group therapy and behavioral activation on guilt in women with ...

دیس‌تایمیک را کاهش دهد. در تبیین اثربخش‌تر بودن درمان فعال‌سازی رفتاری بر احساس گناه می‌توان گفت که رویکرد درمانی فعال‌سازی رفتار تلاش دارد عواملی که در ابتلا به اختلال افسردگی نقش دارند را مورد شناسایی قرار دهد. از نظر این نوع درمان برای کاهش میزان افسردگی لازم است تغییراتی در برخی از جنبه‌های زندگی انجام گیرد و حالت کناره‌جویی که عاملی مهم در حفظ یا افزایش میزان علائم افسردگی است کاهش یابد. درمانگران فعال‌سازی رفتار برای رسیدن به اهداف فوق از روشی به نام روش فعالیت‌های هدایت‌شده استفاده می‌نمایند.

همچنین علت اثربخش‌تر بودن این درمان می‌تواند این باشد که در حین درمان، افراد یاد می‌گیرند که سبک زندگی‌شان را عوض کنند و قانون جدیدی را در زندگی‌شان دنبال کنند. یعنی به جای اینکه هنگامی که احساس غمگینی می‌کنند، خاموش شوند "هنگامی که احساس غمگینی می‌کنند، فعال شوند". در خصوص اثربخش‌تر بودن این درمان بر روی نشخوار فکری ناشی از احساس گناه نیز می‌توان گفت که یکی از اهداف فعال‌سازی رفتاری، کاهش نشخوار فکری افسرده‌ساز از طریق تمرکز بیمار بر فعالیت‌های محیطی می‌باشد (Rietveld, Ramerez, Krägelid, ۲۰۱۱). طبق نظریه فعال‌سازی رفتاری، نشخوار فکری یک رفتار خصوصی است که جلوی درگیر شدن کامل در فعالیت‌های زندگی را می‌گیرد و بنابراین می‌تواند به عنوان نوعی اجتناب عمل کند. طبق این نظریه، نشخوار فکری منجر به دو شکل خاص می‌شود که در بهبود افسردگی آماج درمان قرار می‌گیرند: نخست، نشخوار فکری فرد را محیطش جدا می‌کند و به جای درگیری در فعالیت‌های آن لحظه، وی را بر افکار درونی متمرکز می‌کند. دوم، نشخوار فکری جلوی حل مسئله ثمربخش را می‌گیرد (Martel و Hemkaran, ۲۰۱۰). از درمان فعال‌سازی رفتاری با استفاده از تکنیک‌های خاصی مانند بر جسته ساختن پیامدهای نشخوار فکری، حل مسئله، توجه دقیق به تجربه حسی، تمرکز مجدد بر تکلیف در دسترس، و برگرداندن توجه فرد از افکار نشخواری و مشکل‌ساز خارج شود. این تکنیک‌ها روشی فراهم می‌آورند که بدون درگیری در محتوای افکار، فرایند نشخوار فکری را هدف قرار می‌دهند (Martel و Hemkaran, ۲۰۱۰). پیشنهاد شده است که تغییر رفتاری و به دنبال آن درمان فعال‌سازی رفتاری، ممکن است بیانگر روش بهویژه مؤثر تغییر در شناخت‌واره‌ها باشد (Martel و Hemkaran, ۲۰۱۰). از این‌رو می‌توان از درمان فعال‌سازی رفتار به عنوان مداخله تأثیرگذار روان‌شناختی در درمان مشکلات زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک استفاده کرد.

یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر مربوط به قلمرو مکانی و زمانی مطالعه است. این مطالعه بر روی زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک منطقه ۸ شهر تهران اجرا شد، در صورت تعیین‌دهی باید جواب احتیاط صورت گیرد. در این پژوهش نمونه‌گیری به صورت هدفمند اتخاذ شد و این می‌تواند نتایج پژوهش را با محدودیت‌هایی مواجهه سازد. در این مطالعه یافته‌ها از طریق پرسشنامه و به صورت خودگزارش‌دهی توسط شخص به دست آمده و مشخص نیست نتایج حاصل از مداخله پژوهشی تا چه اندازه با رفتارهای واقعی در زندگی روزمره مرتبط است. هم‌راستایی این پژوهش با همه‌گیری ویروس کرونا در نتایج پژوهش بی‌تأثیر نبود. بر اساس این محدودیت‌های می‌توان گفت، این تحقیق بر روی زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک اجرا شد پیشنهاد می‌شود که بر روی سایر افراد که قابلیت اجرا دارد، اجرا شود و با نتایج این تحقیق مقایسه گردد. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در آینده مطالعاتی را طرح‌ریزی کنند که تأثیر فراشناخت درمانی و درمان فعال‌سازی رفتار و احساس گناه در کنار متغیرهای مختلف دیگر در سایر افراد مورد بررسی قرار گیرد تا این طریق دانش منسجمی در خصوص متغیرهای ذکر شده و روابط این سازه‌ها با سایر سازه‌ها که قابلیت بیشتری در برنامه‌ریزی‌های مربوطه دارد، حاصل شود. همچنین با توجه به بر جسته بودن نقش فعال‌سازی رفتاری بر احساس گناه افراد مبتلا به دیس‌تایمیک، پیشنهاد می‌شود، برنامه‌هایی از قبیل سخنرانی، برگزاری کارگاه و جلسات آموزش ویژه فعال‌سازی رفتاری می‌تواند اثرگذار باشد. در نهایت پژوهشگران بدین وسیله از کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش به خاطر صبر، برداشت و اعتماد به پژوهشگران، نهایت تقدير و تشکر را دارند.

## منابع

- بساك نژاد، س.، زرگر، ي.، و حاتمي سربرزه، م. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر درآمیختگی فکر - عمل. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، (۱)، ۳۲-۲۳.
- حسنوندی، ص.، ولی‌زاده، م.، و مهرابي‌زاده هنرمند، م. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه ی گروهی بر عالیم افسردگی و نشخوار فکری. اصول بهداشت روانی، (۱۵)، ۱۴۲-۱۶۸.
- خوش لهجه صدق، ا. (۱۳۹۶). تأثیر درمان فراشناختی در کاهش علایم افسردگی و اضطراب در بیماران زن مبتلا به یبوست. علوم تربیتی و روانشناسی، (۲۱)، ۱۱۶-۱۲۸.

[https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article\\_3703.html](https://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_3703.html)

عطایی مغانلو، و، و عطایی مغانلو، ر. (۱۳۹۴). تأثیر درمان فعال‌سازی رفتاری مبتنی بر تغییر سبک زندگی بر افسردگی، بهزیستی روان شناختی و احساس گناه در کودکان ۷ تا ۱۵ ساله مبتلا به دیابت. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسنجان*، ۱۴(۴)، ۳۲۵-۳۳۸.

<http://journal.rums.ac.ir/article-1-2382-fa.html>

قاضی مرادی، ح. (۱۴۰۰). درستایش شرم، جامعه‌شناسی شرم در ایران. *تهران: اختران*. قدمپور، ع.، عزیزی، ا.، و محمدی، ج. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراشناختی ذهن آگاهی انسالی بر افسردگی پس از زایمان. *آموزش پرستاری*، ۵(۵)، ۲۲-۲۷.  
<http://jne.ir/article-1-738-fa.html>

مرتضایی، ز.، علی‌میرزاچی، م.، و شمسی، س. (۱۳۹۶). مقایسه درمان فراشناختی و درمان برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر افسردگی، خود ارزشیابی و تنظیم هیجان در زنان مبتلا به افسردگی پس از زایمان. *ایده‌های نوین روانشناسی*، ۱(۳)، ۴۰-۳۰.  
<http://jnlp.ir/article-1-104-fa.html>

نظیری، س. (۱۳۷۴). نقش احساس گناه در فرآیند پردازش اطلاعات بیماران وسوسی و ریشه‌های آن در روش‌های فرزندپروری کمال‌گرا. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مؤسسه روانپژوهی تهران*. هاشمی، ز.، محمد علیلو، م.، و هاشمی نصرت آباد، ت. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی: گزارش موردی. *روانشناسی بالینی*,  
[https://jcp.semnan.ac.ir/article\\_2032.html?lang=fa](https://jcp.semnan.ac.ir/article_2032.html?lang=fa) ۸۵-۹۷ (۳)۲

Addis, M. E., & Martell, C. R. (2014). *Overcoming depression one step at a time: The new behavioral activation approach to getting your life back*. New Harbinger Publications, Incorporated.

Bayegan, K., Sotodeh Asl, N., Karami, A., & Asadzadeh Dahræi, H. (2020). Comparison of the Effectiveness of Metacognitive Therapy and Behavioral Activation on Depression in Elderly with Type 2 Diabetes. *Avicenna Journal of Neuro Psycho Physiology*, 7(1), 9-14. <http://ajnpp.umsha.ac.ir/article-1-305-en.html>

Bergersen, H., Foslie, F., Sunnerhagen, K. S., & Schank, A. K. (2010). Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years post stroke. *Journal of Stroke Cerebrovascular Diseases*, 23(2), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.strokecerebrovasdis.2009.06.005>

Carter, J. D., Jordan, J., McIntosh, V. VW., Frampton, C. MA., Lacey, C., Porter, R. J., Mulder, R. T. (2022). Long-term efficacy of metacognitive therapy and cognitive behaviour therapy for depression. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 56(2), 137-143. <https://doi.org/10.1177/00048674211025686>

Collins, E., & Segal, Z. (2020). Therapeutic mindfulness and depression. In M. H. Trivedi (Ed.), *Depression* (pp. 357-371). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med/9780190929565.003.0021>

Dietrichkeit, M., Hagemann-Goebel, M., Nestorius, Y., Mortiz, S., & Jelinek, L. (2021). Side effects of the metacognitive training for depression compared to a cognitive remediation training in patients with depression. *Scientific Reports*, 12(11):7861. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-87198-8>

Dimidjian, S., Barrera, M. Jr., Martell, C., Muñoz, R. F., & Lewinsohn, P. M. (2021). The origins and current status of behavioral activation treatments for depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7(4), 1-38. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy-032210-104535>

Dimidjian, S., Martell, C. R., Addis, M. E., & Herman-Dunn, R. (2008). *Behavioral activation for depression*. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (328-364). New York: The Guilford Press.

Guo, H. R., Wang, J. R., Wang, Y. L., Huang, B. L., Yang, X. H., & Ren, Y. M. (2022). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy combined with medication therapy in preventing recurrence of major depressive disorder in convalescent patients. *Front Psychology*, 18(13):882006. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.882006>

Hauschmidt, M., Arlt, S., Moritz, S., Yassari, A. H., & Jelinek, L. (2022). Efficacy of metacognitive training for depression as add-on intervention for patients with depression in acute intensive psychiatric inpatient care: A randomized controlled trial. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 1-14. <https://doi.org/10.1002/cpp.2733>.

Johannsen, M., Nissen, E. R., Lundorff, M., & O'Toole, M. S. (2022). Mediators of acceptance mindfulness-based therapies for anxiety and depression: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 94, 102156. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102156>

Kraines, M. A., Peterson, S. K., Tremont, G. N., Beard, C., Brewer, J. A., & Uebelacker, L. A. (2022). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression: a Systematic Review of Cognitive Outcomes. *Mindfulness*, 13, 1126-1135. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01841-7>

Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2018). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. 24 Ed, New York: Guilford Press.

Levinson, D. F. (2016). The genetics of depression: A review. *Biological Psychiatry*, 60, 84-92. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.08.024>

Ma, S. H., & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 31-40. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.72.1.31>

Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral activation for depression: A clinician's guide*. New York: Guilford.

مقایسه اثربخشی درمان گروهی فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری بر احساس گناه در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک

Comparing the effectiveness of metacognitive group therapy and behavioral activation on guilt in women with ...

- Martell, C., Addis, M., & Dimidjian, S. (2004). *Finding the Action in Behavioral Activation: The Search for Empirically Supported Interventions and Mechanisms of Change*. In Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. M (Eds), *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive behavioral tradition* (pp. 152–167). New York: Guilford Press.
- Mazzucchelli, T., Kane, R., & Rees, C. (2009). Behavioral activation treatments for depression in adults: a meta-analysis and review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 16(4), 383-411. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2009.01178.x>
- Moore, M. T., Lau, M. A., Haigh, E. A. P., Willett, B. R., Bosma, C. M., & Fresco, D. M. (2022). Association between decentering and reductions in relapse/recurrence in mindfulness-based cognitive therapy for depression in adults: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 90(2), 137-147. <https://doi.org/10.1037/ccp0000718>
- Polenick, C. A., & Flora, S. R. (2018). Behavioral activation for depression in older adults: theoretical and practical considerations. *Behavior Analyst*, 36(1), 35-55. <https://doi.org/10.1007/bf03392291>
- Seshadri, A., Orth, S. S., Adaji, A., Singh, B., Clark, M. M., Frye, M. A., McGillivray, J., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2021). Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Positive Psychotherapy for Major Depression. *American Journal of Psychotherapy*, 74(1), 4-12. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20200006>.
- Sharma, V., Sagar, R., Kaloiya, G., & Mehta, M. (2022). Effectiveness of Metacognitive Therapy in Patients With Depression and Comorbid Anxiety Symptoms: A Case Series From India. *Cureus*, 14(4): e24229. <https://doi.org/10.7759/cureus.24229>
- Stalmeier, T. D. M., Lubbers, J., Cladder-Micus, M. B., Hanssen, I., Huijbers, M. J., Speckens, A. E.M., & Geurts, D. E.M. (2022). Mindfulness based cognitive therapy (MBCT) reduces depression-related self-referential processing in patients with bipolar disorder: an exploratory task-based study. *Cognition and Emotion*, 2, 1-18. <https://doi.org/10.1080/02699931.2022.2105308>
- Uphoff, E., Pires, M., Barbui, C., Barua, D., Churchill, R., Cristofalo, D., Ekers, D., Fottrell, E., Mazumdar, P., Purgato, M., Rana, R., Wright, J., & Siddiqi, N. (2020). Behavioural activation therapy for depression in adults with non-communicable diseases. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8):CD013461. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013461.pub2>.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy: A practical guide*, (Ch.9: Major depressive disorder). New York: Guilford press.
- Wells, A. (2019). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. UK: Erlbaum.
- Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., & Wisely, J. (2008). chronic treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(2), 85-92. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2006.11.005>
- Young, J. E., Rygh, J. L., Weinberger, A. D., & Beck, A. T. (2018). *Cognitive therapy for depression*. In D. H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorders* (250-306). New York: Guilford Press.