

مقایسه اثربخشی درمان گروهی فراشناختی و فعال سازی رفتاری بر احساس گناه در زنان مبتلا به اختلال دیس تایمیک

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 Aleyasin*

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

Aleyasin_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 روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

سیدعلی آل یاسین (نویسنده مسئول)

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

حسن حیدری

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

حسین داوودی

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

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.*

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان فعال سازی رفتاری بر احساس گناه در زنان مبتلا به اختلال دیس تایمیک بود. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل با پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان دارای اختلال دیس تایمی مراجعه کننده به کلینیک های روان شناسی مستقر در منطقه ۸ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود که تعداد ۴۵ نفر به شیوه هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار این پژوهش پرسشنامه احساس گناه کوگلر و جونز (CJGFQ) (۱۹۹۲) بود. برای گروه آزمایش اول درمان فراشناخت (ولز، ۲۰۰۹) و برای گروه آزمایش دوم درمان فعال سازی رفتاری (دیمیدجیان و همکاران، ۲۰۰۸) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفته ای دوبار برگزار شد. داده ها با بهره گیری از تحلیل واریانس آمیخته تجزیه و تحلیل شدند. نتایج تحلیل واریانس نشان داد بین گروه ها در پس آزمون و پیگیری احساس گناه و مؤلفه های آن تفاوت معناداری وجود دارد ($p>0.05$). نتایج نشان داد هر دو مداخله در احساس گناه و مؤلفه های آن اثربخش بودند اما مداخله فعال سازی رفتار اثربخشی بیشتری را نشان می دهد و بین دو درمان تفاوت معنادار مشاهده شد ($p>0.05$). بر اساس نتایج این مطالعه می توان گفت که به دلیل تأثیر بیشتری که درمان فعال سازی رفتاری بر کاهش احساس گناه دارد می تواند به تنهایی و یا با درمان مکمل در کاهش احساس گناه ناشی از افسردگی در زنان مبتلا به اختلال دیس تایمیک مؤثر باشد.

واژه های کلیدی: احساس گناه، اختلال دیس تایمیک، درمان فراشناختی، درمان فعال سازی رفتاری.

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

یکی از متغیرهایی که می‌تواند به‌زیستی روانی^۸ بیماران مبتلا به افسرده‌خویی را تحت تأثیر قرار دهد، احساس گناه^۹ است (استالمیر^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲). احساس گناه نه یک وضعیت فکری، بلکه یک حالت هیجانی است. در احساس گناه، فرد خود را ارزیابی می‌کند (جانسن^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۲). در تفکر دین اسلام، احساس گناه ناشی از آگاهی فرد نسبت به عدم تطبیق اعمالش با هنجارهای تعیین‌شده و احکام به ثبت رسیده یک نظام اخلاقی مقدس است (قاضی مرادی، ۱۴۰۰). احساس گناه بالطبع می‌تواند هیجان منفی و ناکارآمد باشد که به سهولت اصلاح نمی‌شود و پیامدهای روانی نظیر استرس ادراک‌شده، بازداری و درنهایت آسیب روانی را به همراه دارد (کرانس^{۱۲} 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 سرازیر 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^{۱۳} 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 درمان شناختی - رفتاری^{۱۴} به نام درمان فعال‌سازی رفتاری^{۱۵} تدوین شده است که تمرکز اصلی آن بر روی رفتار و فعالیت افراد می‌باشد (دیمیجیان^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۱).

درمان فعال‌سازی رفتاری، که جزو درمان‌های موج سوم محسوب می‌شود، نوعی رفتاردرمانی خالص است که تکنیک‌های عینی و راحت‌الاجرا برای درمان افسردگی ارائه می‌دهد و به علت کوتاه‌مدت بودن طول دوره درمان، مقرون‌به‌صرفه است (مازوک چلی^{۱۷} 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^{۱۸} و همکاران، ۲۰۱۸).

درمان فعال‌سازی رفتاری، نوعی رفتاردرمانی محض^{۱۹} 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^{۲۰} و همکاران، ۲۰۱۳). می‌توان گفت فعال‌سازی رفتاری به‌عنوان 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. Johanssen
12. Kraines
13. Sharma
14. Cognitive Behavioral Therapy
15. Behavioral Activation Therapy
16. Dimidjian
17. Mazzucchelli
18. Leahy
19. Pure
20. Martell

نوعی رفتاردرمانی محض 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 به‌عنوان 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^۱، ۲۰۱۴).

آپوف^۲ 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 به‌طور معنی‌داری کاهش یافت. همچنین پولنیک و فلورا^۳ (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^۴ می‌باشد. درمان فراشناختی، به‌عنوان یک رویکرد شناخت درمانی خالص^۵، 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^۶ و همکاران، ۲۰۲۲). نظریه فراشناختی از این جانب که نگرش‌های ناسازگار و ناکارآمد فرد بر پردازش اطلاعاتی ذهن مؤثر هستند، تأکید دارد، به‌نوعی به نظریه‌های شناختی کلاسیک شباهت دارد، اما این نظریه بیشتر بر فرایند شناخت (نحوه پردازش و تعدیل افکار ناکارآمد) به‌جای تمرکز بر محتوای اصلی شناخت تأکید دارد (ولز^۷، ۲۰۱۹؛ کارتر^۸ و همکاران، ۲۰۲۲؛ دایتریکت^۹ و همکاران، ۲۰۲۱).

اصل بنیادین این درمان، این است که اختلال روان‌شناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه موسوم به سندرم شناختی-توجهی مرتبط است (ولز، ریوز، هال، فیشر، دوهرتی و همکاران، ۲۰۲۲). سندرم شناختی - توجهی تأثیر بسیار مهمی بر تنظیم هیجانی دارند و درمان فراشناختی قصد دارد تا این سندرم را برطرف ساخته و باورهای فراشناختی مربوط به آن را تعدیل 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 باورها، 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 فراباورهای^{۱۰} فرد ایجاد می‌شود (اوزگوک و تانریوردی، ۲۰۲۱).

بساک نژاد و همکاران (۱۳۹۲) نشان دادند که گروه‌درمانی فراشناختی نقش مؤثری در کاهش علائم درآمیختگی فکر - عمل، فرونشانی 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 دیس‌تایمیک می‌تواند گام مهمی در مسیر ابداع درمان‌های نوین در حیطه روان‌شناسی بالینی باشد. بدیهی است یافته‌های به‌دست‌آمده از چنین مطالعاتی می‌تواند در دو حیطه پیشگیری و درمان، راهبردهای نوینی را در اختیار پژوهشگران، روان‌شناسان بالینی و دیگر علاقه‌مندان به این حوزه قرار دهند. نظر به پژوهش‌های اندکی که در زمینه اثربخشی این روش‌های درمان بر اختلالات روانی بیماران مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک 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 دیس‌تایمیک 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. Hauschildt

7. Wells

8. Carter

9. Dietrichkeit

10. Meta belief

بر گروه بیماران دارای اختلال دیس‌تایمیک مقایسه نماید. به عبارت دیگر با توجه به تعداد روزافزون مبتلایان به این اختلال و از یک سو هزینه‌های قابل توجه مادی و معنوی که هم خانواده‌ها و هم دولت‌ها متحمل می‌شوند و با توجه به خلأ 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 دوره‌گیری 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. ر این 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 (افسرده‌خویی) توسط روان‌پزشک، عدم شرکت هم‌زمان در دوره‌های روان‌درمانی دیگر، عدم مصرف داروهای ضدافسردگی از حداقل یک ماه قبل از ارزیابی، سواد حداقل سیکل، گروه سنی ۲۰ الی ۵۰ 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 نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. این پژوهش با کد شناسه IR.IAU.ARAK.REC.1400.011 مصوبه اخلاق در شورای پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی 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 خانه‌ی 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، شرکت‌کنندگان پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه پژوهش به‌عنوان پیش‌آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایشی اول، درمان فراشناختی و گروه آزمایشی دوم، درمان فعال‌سازی رفتاری در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شیوه گروهی به‌صورت حضوری با توالی هر هفته دو جلسه در توسط پژوهشگر دریافت کردند. اما شرکت‌کنندگان 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، شرکت‌کنندگان 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 شرکت‌کنندگان 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^۱ (GFQ): این پرسشنامه توسط کولگر و جونز^۲ بین سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۲ (به نقل از نظیری، ۱۳۷۴) برای سنجش احساس گناه ساخته شده، تکمیل و اصلاح گردیده است. این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه و سه خرده‌مقیاس خصیصه گناه (سؤالات ۱-۲۰)، 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 Questionnaire

2. Kogler & Jones

نقض کرده یا تصور 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 نبوده 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 معیارهاست که در نمره‌گذاری نیز این مطلب لحاظ شده است. نمره‌گذاری سوالات ۳-۴-۶-۷-۴۳-۴۲-۴۱-۴۰-۳۹-۳۵-۳۳-۳۲-۳۰-۲۸-۲۳-۱۹-۱۸-۱۳-۱۱ صورت معکوس است. در دو مطالعه وسیع (با ۸۳۲ آزمودنی جوان دانشجوی و مجرد و نیز ۲۰۹ آزمودنی بزرگسال متأهل) روایی همگرا ۰/۶۷ و افتراقی ۰/۷۳ محاسبه 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 روان‌پزشک، دستیاران سال آخر روان‌پزشکی و کارشناسان ارشد روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت که همگی این افراد روایی محتوا و صوری آن را مورد تأیید قرار دادند. پایایی حاصل از بازآزمایی در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای به ترتیب برای خرده‌مقیاس‌های معیارهای اخلاقی، خصیصه گناه و حالت گناه، ۰/۸۱، ۰/۷۲ و ۰/۵۶ ذکر شده است (نظیری، ۱۳۷۴). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش حاضر ۰/۸۱ به دست آمد.

بسته آموزشی درمان فعال‌ساز 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	مرور ساختار درمان (محرمانه بودن اطلاعات، نقش‌ها، استفاده از مقیاس‌های خود گزارش‌دهی برای تشخیص علائم بیماری و نیاز به تمرینات خارج از جلسات درمان)، مرور تاریخچه پروتکل درمانی با نوجوان و والدینشان برای استفاده از درمان فعال‌سازی رفتاری، معرفی افسردگی و درمان فعال‌سازی رفتاری، نظارت بر فعالیت شرکت‌کنندگان، بررسی تأثیر روابط و فعالیت‌ها بر خلق‌وخو، معرفی مدل وضعیت - فعالیت - حالت برای نوجوانان، ارائه اطلاعات روان‌شناسی به والدین در مورد افسردگی نوجوانان
جلسات ۳ و ۴	معرفی نقش فعال‌سازی رفتاری در مدیریت خلق‌وخو - رفتار هدف محور در تقابل رفتار خلق و خودمحور، نظارت بر فعالیت و خلق‌وخو، صحبت با والدین در مورد تجربیات و نگرانی‌های آنان به‌عنوان والدین نوجوان افسرده، معرفی تحلیل عملکردی و نقش تقویت‌کننده در حفظ رفتار، معرفی پیامدهای کوتاه‌مدت در مقابل پیامدهای طولانی‌مدت انتخاب‌های رفتاری، استفاده از احساسات خوب
جلسات ۵ و ۶	بررسی و معرفی نقش استرس به‌عنوان یک عامل مهم برای افسردگی، معرفی راه‌حل مشکل به‌عنوان 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 تمرین در طول هفته، ارائه راه‌هایی برای والدین به‌منظور 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، تمرین اهداف ازپیش‌تعیین‌شده، حمایت از نوجوانان و والدین برای شناسایی ایده‌ها و نظارت والدین بر رفتار خود، نشان دادن اهمیت اجتناب به‌عنوان 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 تمرین در جلسات درمان بعدی لازم می‌باشد، حمایت از نوجوان و مرور اهمیت حفظ تمرکز بر روی برنامه و اهداف، تلاش برای بهبود حالت خلقی افسرده‌ساز.
جلسات ۱۱ و ۱۲	مرور و به‌روز کردن برنامه‌های تعیین‌شده 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	محتوا
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 به‌عنوان 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 به‌عنوان راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد، تحلیل سود و زیان نشخوار ذهنی و نگرانی، تحلیل فرایند سرکوب افکار به‌عنوان یک فرآیند ناکارآمد (ببر 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 به‌عنوان راهبرد فراشناختی کارآمد آموزش داده می‌شود و موانع موجود در به‌کارگیری روش‌ها، علامت‌بازی 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 ۴۵ نفر (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 ۴/۸ بود. همچنین جنسیت همه افراد شرکت‌کننده خانم بودند. در ادامه یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش ارائه می‌شود. برای توصیف داده‌ها از میانگین به‌عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف معیار به‌عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد.

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

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

احساس گناه	گواه	۱۲۹/۱۳	۱۴/۹۳	۱۲۸/۴۷	۱۴/۷۲	۱۲۸/۸۷	۱۴/۲۸
درمان فراشناختی		۱۳۴/۳۳	۱۶/۲۱	۹۰/۴۰	۱۰/۸۰	۹۰/۱۳	۱۰/۷۰
فعال سازی رفتاری		۱۳۰/۹۳	۱۳/۴۵	۶۹/۲۷	۹/۳۴	۶۸/۸۷	۹/۷۸

همان طور که در جدول ۳ ملاحظه می شود، مؤلفه های احساس گناه برای سه گروه گواه، درمان فراشناختی، فعال سازی رفتاری در سه مرحله سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان طور که ملاحظه می گردد، در گروه گواه میانگین مؤلفه خصیصه گناه، حالت گناه و معیار اخلاقی و نمره کل احساس گناه در پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون تغییر چندانی را نشان نمی دهد. ولی در گروه های درمان فراشناختی و فعال سازی رفتاری می توان شاهد کاهش قابل توجه مؤلفه های احساس گناه در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون بود. همچنین نمرات زیرمؤلفه های خصیصه گناه، حالت گناه و معیارهای اخلاقی در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون 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 - اسمیرنوف جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات احساس گناه و مؤلفه های آن در مراحل سه گانه اندازه گیری ($P > 0/05$) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس های احساس گناه در سه مرحله اندازه گیری پیش آزمون ($F=0/186$)، پس آزمون ($P=0/20$)، پس آزمون ($F=1/105$) و پیگیری ($P=0/123$) و پیگیری ($F=1/33$) در متغیر خصیصه گناه در ۳ مرحله اندازه گیری پیش آزمون ($F=1/782$)، پس آزمون ($F=0/214$)، پس آزمون ($F=1/543$) و پیگیری ($F=1/346$) در متغیر حالت گناه در سه مرحله اندازه گیری پیش آزمون ($F=1/23$)، پس آزمون ($F=0/817$) و پیگیری ($F=0/45$) و پیگیری ($F=1/72$) در متغیر معیارهای اخلاقی در سه مرحله اندازه گیری حالت گناه در سه مرحله اندازه گیری پیش آزمون ($F=0/64$)، پس آزمون ($F=1/127$)، پس آزمون ($F=0/115$) و پیگیری ($F=0/316$) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کواریانس با استفاده از آزمون امباکس در متغیر احساس گناه ($MBOX=29/73$)، پس آزمون ($F=1/04$)، پیگیری ($F=0/32$)، متغیر خصیصه گناه ($MBOX=17/47$)، پس آزمون ($F=1/35$)، پیگیری ($F=0/33$)، متغیر حالت گناه ($MBOX=31/54$)، پس آزمون ($F=1/814$)، پیگیری ($F=0/1$)، متغیر معیارهای اخلاقی ($MBOX=14/95$)، پس آزمون ($F=1/561$)، پیگیری ($F=0/35$) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون ها معنی دار نبود، همچنین به منظور بررسی پیش فرض کرویت از آزمون موجلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش فرض کرویت برای هیچ کدام از مؤلفه های احساس گناه به جز خصیصه گناه رعایت نشده است بنابراین برای تفسیر نتایج از روش گرینهاوس - گیسر استفاده شد.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون گروهی و بین گروهی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر
خصیصه گناه	درون گروهی	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	۳/۰۷	-	-	-
حالت گناه	بین گروهی	گروه	۲۴۱/۱۸	۷۶	۱۷۱۱/۱۴	۲۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲
		خطا	۳۱۴۸/۶۸	۷۶	۸۲/۸۶	-	-	-
		زمان	۸۲/۹۳	۱/۴۵	۵۷/۰۶	۰/۲۵	۰/۷۷	۰/۰۱
معیارهای اخلاقی	درون گروهی	زمان × گروه	۱۶۱۹/۶۳	۲/۹۱	۵۵۷/۲۴	۲/۴۵	۰/۰۵	۰/۱۱
		خطا	۱۲۵۴۴/۸۹	۵۵/۲۲	۲۲۷/۱۷	-	-	-
		گروه	۲۲۵۵/۲۲	۲	۱۱۲۷/۶۱	۴/۹۵	۰/۰۱	۰/۲۱
حالت گناه	بین گروهی	خطا	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
حالت گناه	بین گروهی	خطا	۶۲۱۸/۹۳	۶۵/۹۱	۹۴/۳۶	-	-	-
		گروه	۹۴/۷۲	۲	۴۷/۳۶	۰/۵۲	۰/۶	۰/۰۳

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

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 دوه‌دوی 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 بنفرونی برای مقایسه زوجی میانگین مؤلفه‌های احساس گناه

گروه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			پیگیری		
	تفاوت میانگین	آماره	سطح معناداری	تفاوت میانگین	آماره	سطح معناداری	تفاوت میانگین	آماره	سطح معناداری
خصیصه گناه	درمان	۳/۰۶۷	۳/۷۲۶	۳/۰۶۲	۳/۰۶۲	۳/۰۶۲	۳/۰۵۸	۳/۰۵۸	۰/۰۰۱
	فراشناختی	۴/۹۳۳	۳/۷۲۶	۱۱/۷۳۳*	۳/۰۶۲	۳/۰۶۲	۱۱/۶۶۷*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۱
فعال‌سازی رفتاری	گواه	-۱/۸۶۷	۳/۷۲۶	-۳۳/۰۶۷*	۳/۰۶۲	۳/۰۶۲	-۳۳/۲۶۷*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۱
	درمان	-۴/۹۳۳	۳/۷۲۶	-۱۱/۷۳۳*	۳/۰۶۲	۳/۰۶۲	-۱۱/۶۶۷*	۳/۰۵۸	۰/۰۰۱
حالت گناه	درمان	-۰/۴۰۰	۱/۳۸۸	-۱۲/۶۶۷*	۱/۵۸۴	۱/۵۸۴	-۱۲/۸۰۰*	۱/۶۹۴	۰/۰۰۱
	فراشناختی	۰/۶۰۰	۱/۳۸۸	۶/۲۶۷*	۱/۵۸۴	۱/۵۸۴	۶/۴۶۷*	۱/۶۹۴	۰/۰۰۱
فعال‌سازی رفتاری	گواه	-۱/۰۰۰	۱/۳۸۸	-۱۸/۹۳۳*	۱/۵۸۴	۱/۵۸۴	-۱۹/۲۶۷*	۱/۶۹۴	۰/۰۰۱
	درمان	-۰/۶۰۰	۱/۳۸۸	-۶/۲۶۷*	۱/۵۸۴	۱/۵۸۴	-۶/۴۶۷*	۱/۶۹۴	۰/۰۰۱
معیارهای اخلاقی	درمان	-۱/۲۰۰	۱/۱۲۰	۲/۳۳۳	۱/۳۲۱	۱/۳۲۱	۲/۰۶۷	۱/۲۸۲	۰/۳۴۴
	فراشناختی	-۰/۶۰۰	۱/۱۲۰	-۴/۰۶۷*	۱/۳۲۱	۱/۳۲۱	-۴/۵۳۳*	۱/۲۸۲	۰/۰۰۳
فعال‌سازی رفتاری	گواه	-۰/۶۰۰	۱/۱۲۰	۶/۴۰۰*	۱/۳۲۱	۱/۳۲۱	۶/۶۰۰*	۱/۲۸۲	۰/۰۰۱
	درمان	۰/۶۰۰	۱/۱۲۰	۴/۰۶۷*	۱/۳۲۱	۱/۳۲۱	۴/۵۳۳*	۱/۲۸۲	۰/۰۰۳
احساس گناه	درمان	۵/۲۰۰	۵/۴۴۳	-۳۸/۰۶۷*	۴/۳۳۳	۴/۳۳۳	-۳۸/۷۳۳*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۱
	فراشناختی	۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	۲۱/۱۳۳*	۴/۳۳۳	۴/۳۳۳	۲۱/۲۶۷*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۱
فعال‌سازی رفتاری	گواه	۱/۸۰۰	۵/۴۴۳	-۵۹/۲۰۰*	۴/۳۳۳	۴/۳۳۳	-۶۰/۱۰۰۰*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۱
	درمان	-۳/۴۰۰	۵/۴۴۳	-۲۱/۱۳۳*	۴/۳۳۳	۴/۳۳۳	-۲۱/۲۶۷*	۴/۲۹۱	۰/۰۰۱

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 معنی‌داری $0/05$ اختلاف 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 به‌صورت مثبت معنادار شده است. در نتیجه روش فعال‌سازی رفتاری در کاهش احساس گناه اثربخشی بیشتری نسبت به فراشناخت درمانی 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 دیس‌تایمیک 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 دیس‌تایمیک نسبت به فراشناخت درمانی داشته است.

یافته‌ها نشان داد که در درمان فراشناختی بر کاهش احساس گناه و مؤلفه‌های آن در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک مؤثر است، مطالعاتی که به‌طور مستقیم با نتایج این پژوهش همسو باشد، یافت نشد اما نتایج به‌دست آمده به‌صورت ضمنی با پژوهش شارما و همکاران (۲۰۲۲)، کارتر و همکاران (۲۰۲۲)، دایتریکت و همکاران (۲۰۲۱)، ولز (۲۰۱۹)، مرتضایی، علی میرزایی و شمسی (۱۳۹۶)، خوش لهجه صدق (۱۳۹۶)، قدم پور و همکاران (۱۳۹۵) و حسنودی و همکاران (۱۳۹۲) که اثربخشی درمان فراشناختی را در بیماران دارای اختلال افسردگی و دیس‌تایمیک را تأیید نموده بودند، همسو می‌باشد. در تبیین اثربخشی این درمان بر احساس گناه و مؤلفه‌های آن در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک 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 مثبت قدم بردارد و می‌تواند نشخوارهای فکری در حوزه احساس گناه در بیماران دارای افسردگی کاهش دهد (ما و تیزدل^۱، 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^۲ 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 پیش‌آگهی 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 فیدبک‌های درخور و مناسبی به بیماران دهد (ولز و متیوس^۳، ۱۹۹۴).

همچنین یافته‌ها نشان داد درمان فعال‌سازی رفتار بر کاهش احساس گناه و مؤلفه‌های آن در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک مؤثر است، که نتایج این یافته‌ها با نتایج آپوف 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 دیس‌تایمیک 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 به‌مرور زمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن بهبود خلق می‌گردد (مازوس چلی^۴ 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 به‌جای 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 دیس‌تایمیک اثربخش‌تر بوده است. یعنی درمان فعال‌سازی رفتاری، بیشتر توانسته است احساس گناه زنان مبتلا به اختلال

1. Ma & Teasdale

2. Bergersen

3. Matthews

4. Mazzuchelli

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 به‌جای 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 (ریتسچل، رامیرز، کراگید، ۲۰۱۱). طبق نظریه فعال‌سازی رفتاری، نشخوار فکری یک رفتار خصوصی است که جلوی درگیر شدن کامل در فعالیت‌های زندگی را می‌گیرد و بنابراین می‌تواند به‌عنوان 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 به‌جای درگیری در فعالیت‌های آن لحظه، وی را بر افکار درونی متمرکز می‌کند. دوم، نشخوار فکری جلوی حل مسأله‌ی اثربخش را می‌گیرد (مارتل و همکاران، ۲۰۱۰). از درمان فعال‌سازی رفتاری با استفاده از تکنیک‌های خاصی مانند برجسته‌ساختن پیامدهای نشخوار فکری، حل مسأله، 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 (مارتل و همکاران، ۲۰۱۰). پیشنهاد شده است که تغییر رفتاری و به دنبال آن درمان فعال‌سازی رفتاری، ممکن است بیابانگر روش به‌ویژه مؤثر تغییر در شناخت‌واره‌ها باشد (مارتل و همکاران، ۲۰۱۰). از این‌رو می‌توان از درمان فعال‌سازی رفتار به‌عنوان 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 تعمیم‌دهی باید جوانب احتیاط صورت گیرد. در این پژوهش نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند اتخاذ شد و این می‌تواند نتایج پژوهش را با محدودیت‌هایی مواجه سازد. در این مطالعه یافته‌ها از طریق پرسشنامه و به‌صورت 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 از این طریق دانش منسجمی در خصوص متغیرهای ذکرشده و روابط این سازه‌ها با سایر سازه‌ها که قابلیت بیشتری در برنامه‌ریزی‌های مربوطه دارد، حاصل شود. همچنین با توجه به برجسته 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. درنهایت پژوهشگران بدین وسیله از کلیه افراد شرکت‌کننده در این پژوهش به خاطر صبر، بردباری و اعتماد به پژوهشگران، نهایت تقدیر و تشکر را دارند.

منابع

- بساک نژاد، س.، زرگر، ی.، و حاتمی سربرزه، م. (۱۳۹۲). اثربخشی گروه درمانی شناختی - رفتاری بر درآمیختگی فکر - عمل. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۳(۱)، ۲۳-۳۲. https://cbs.ui.ac.ir/article_17302.html
- حسنوندی، ص.، ولی‌زاده، م.، و مهرابی زاده هنرمند، م. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی به شیوه ی گروهی بر علایم افسردگی و نشخوار فکری. *اصول بهداشت روانی*، ۱۵(۵۷)، ۱۴۲-۱۶۸. https://jfmh.mums.ac.ir/article_775.html
- 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(۶)، ۱۱۶-۱۲۸. https://hpijournals.pnu.ac.ir/article_3703.html

عطایی مغاللو، و. و عطایی مغاللو، 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 رفسنجان*، ۱۴(۴)، ۳۳۸-۳۲۵.
<http://journal.rums.ac.ir/article-1-2382-fa.html>

قاضی مرادی، ح. (۱۴۰۰). در ستایش شرم، جامعه‌شناسی شرم در ایران. تهران: اختران.
 قدم‌پور، ع.، عزیزی، ا.، و محمدی، ج. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان فراشناختی ذهن آگاهی انفصالی بر افسردگی پس از زایمان. *آموزش پرستاری*، ۵(۵)، ۲۲-۱۷.
<http://jne.ir/article-1-738-fa.html>

مرتضایی، ز.، علی میرزایی، 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://jnip.ir/article-1-104-fa.html>

نظیری، س. (۱۳۷۴). نقش احساس گناه در فرآیند پردازش اطلاعات بیماران وسواسی و ریشه‌های آن در روش‌های فرزندپروری کمال‌گرا. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، مؤسسه روانپزشکی تهران.

هاشمی، ز.، محمد علیلو، م.، و هاشمی نصرت آباد، ت. (۱۳۸۹). اثربخشی درمان فراشناختی بر اختلال افسردگی: گزارش موردی. *روانشناسی بالینی*، ۳(۳)، ۸۵-۹۷.
https://jcp.semnan.ac.ir/article_2032.html?lang=fa

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 Dahraei, 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., Foslief, 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., Nestoriuc, 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>.

Hauschildt, 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.

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.