

Comparing the effectiveness of metacognitive therapy and behavioral activation therapy on cognitive-emotional regulation 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.

Seyyed ali Aleyasin

Assistant professor, Department of clinical psychology, Faculty of Humanities, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran.

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.

Abstract

Aim: The present study aimed to compare the effectiveness of metacognitive therapy and behavioral activation therapy on reducing negative emotional regulation and increasing positive emotional regulation in female patients with dysthymic disorder. **Method:** The present study was a semi-experimental one with a pre-test-post-test-follow-up design with a control group. The statistical population of this research included all patients with dysthymic disorder who attended the psychological clinics located in the 8th district of Tehran, 45 of whom were selected in a purposeful way and randomly assigned to two experimental groups and one control group. The instrument of this research was the cognitive-emotional regulation questionnaire of Garnefski et al. (2002) with the validity of 0.73 to 0.88. For the first experimental group, metacognitive therapy (Wells, 2009) and for the second experimental group behavioral activation therapy (Dimidjian et al., 2008) were held in eight 90-minute sessions, but the control group did not receive any intervention. The data were analyzed using mixed variance analysis and Benferroni in SPSS-26 software. **Results:** The results indicated that metacognitive therapy and behavioral activation therapy reduced cognitive-emotional regulation and its components at the end of the interventions and the follow-

مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجانی در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک

دیس‌تایمیک

مجید جامه بزرگی

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

*سید علی آل یاسین

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

حسن حیدری

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

حسین داودی

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

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش تنظیم هیجانی منفی و افزایش تنظیم هیجان مثبت در بیماران زن مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک انجام شد. **روش:** پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران دارای اختلال دیس‌تایمی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی مستقر در منطقه ۸ شهر تهران بود که تعداد ۴۵ نفر به شیوه غیرتصادفی و در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار این پژوهش پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) با اعتبار ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ بود. برای گروه آزمایش اول درمان فراشناخت (ولز، ۲۰۰۹) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و برای گروه آزمایش دوم درمان فعال‌سازی رفتاری (دیمیدجیان و همکاران، ۲۰۰۸) در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برگزار شد، اما گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با بهره‌گیری از تحلیل واریانس آمیخته و بنفرونی در نرم‌افزار SPSS-26 تجزیه و تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از آن بود که درمان فراشناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش تنظیم شناختی هیجانی و مؤلفه‌های آن در پایان مداخلات و دوره پیگیری شده بودند ($p > 0/05$). همچنین درمان فعال‌سازی رفتاری در کاهش

* نویسنده مسئول: Email: researcher.991@gmail.com

پذیرش: ۱۴۰۱/۰۹/۰۱

دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۲۱

مقاله پژوهشی

up period ($p>0.05$). Also, behavioral activation therapy is more effective than metacognitive therapy in reducing emotional cognitive regulation symptoms ($p>0.05$).
Conclusions: Due to the effect of behavioral activation therapy on depression, it can be effective alone or with complementary therapy in reducing cognitive-emotional regulation and depressive symptoms in patients with dysthymic disorder.

Keywords: Metacognitive Therapy, Behavioral Activation Therapy, Cognitive-Emotional Regulation, Dysthymic Disorder

علائم تنظیم شناختی هیجانی، نسبت به درمان فراشناختی اثربخشی بیشتری را نشان می‌دهد ($p>0.05$). نتیجه‌گیری: درمان فعال‌سازی رفتاری به دلیل تأثیری که بر افسردگی دارد می‌تواند به تنهایی و یا با درمان مکمل در کاهش تنظیم شناختی هیجانی و علائم افسردگی در بیماران مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک مؤثر باشد.

واژگان کلیدی: درمان فراشناختی، درمان فعال‌سازی رفتاری، تنظیم شناختی هیجانی، اختلال دیس‌تایمیک

مقدمه

افسردگی^۱ یکی از شایع‌ترین اختلالاتی است که متخصصین بهداشت روانی با آن مواجه می‌شوند (Young & et al., 2018) و مطالعات همه‌گیرشناسی نیز این اختلال را شایع‌ترین اختلال روان‌پزشکی گزارش کرده‌اند (Seshadri & et al., 2021). تقریباً ۲۰ درصد زنان و ۱۰ الی ۱۷ درصد مردان در طول عمرشان به این اختلال مبتلا می‌شوند (Levinson, 2016; Collins & Segal, 2020). در این رابطه، اختلال دیس‌تایمی یا دیس‌تایمیا نام دیگر اختلال افسردگی مزمن است که مابین افسردگی خفیف و شدید قرار دارد (Moore & et al., 2022). این نوع بیماری موجب ناراحتی عمیق و احساس ناامیدی می‌شود و تغییر خلق‌وخو و عملکرد فیزیکی در افراد ایجاد می‌کند (Guo & et al., 2022). طبق آمار وزارت بهداشت کشور ایران ۲۳/۶ درصد از مردم دچار اختلالات مختلف روانی هستند یعنی از هر چهار نفر در ایران حداقل یک نفر مشکل اختلال روانی دارد، به طوری که گفته می‌شود ۲۳ درصد جمعیت ۱۵ تا ۶۴ سال کشور از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند؛ به عبارت دیگر از هر چهار نفر در این گروه سنی یک نفر دچار یکی از اختلالات روان‌پزشکی هستند که بیش از ۶۰ درصد افراد دارای اختلالات روان «افسردگی» دارند. این در حالی است که بنا بر اعلام مسئولان وزارت بهداشت کشور ایران تنها ۴۴ درصد افراد دارای اختلال روان که نیازمند به خدمات درمانی روان‌پزشکی برای درمان هستند، به مراکز درمانی مراجعه کرده و ۵۶ درصد آنها هیچ مراجعه‌ای نداشته‌اند. (به نقل از URL1)، حدود ۱۷ تا ۱۹٪ افراد حداقل یک بار در طی زندگی خود دچار افسردگی می‌شوند (Teasdale & et al, 2000). به علاوه، این بیماری بار زیادی را از نظر اقتصادی بر جامعه تحمیل می‌کند، به طوری که یکی از پرخسارت‌ترین بیماری‌های جهان به شمار می‌آید. علائم این بیماری همچون کاهش انرژی و علاقه، کاهش انگیزه، اشکال در تمرکز، اختلال در اعمال نباتی، تغییر در سطح فعالیت و توانایی‌های شناختی و افکار مرگ باعث ازکارافتادگی و غیبت‌های شغلی مکرر می‌شود و عملکرد روانی، اجتماعی و شغلی فرد را تخریب می‌کند (Levinson, 2016).

تنظیم هیجانی^۲ ضعیف به عنوان عاملی مشترک و بین تشخیصی در نظر گرفته شده است که با اشکال مختلف آسیب‌شناسی روانی در ارتباط است (Kring & Sloan, 2020)، تنظیم هیجان شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی

1. Depression

2. Emotion Regulation

و رفتاری هشیار و ناهشیار است که کاهش، جهت حفظ یا افزایش یک هیجان صورت می‌گیرد (Stalmeier & et al., 2022).

تنظیم هیجانی به‌عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی روانی، فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (Gross, 2015). برخی از نظریه‌پردازان (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2017) استدلال کرده‌اند که اشکال در کاربرد راهبردهای تنظیم هیجان ممکن است عوامل بین‌تشخیصی بسیار مهمی باشد که زیربنای انواع مختلف آسیب‌شناسی روانی از جمله افسردگی را تشکیل می‌دهند. تنظیم هیجان به‌طور فزاینده‌ای در حال ملحق شدن به مدل‌های آسیب‌شناسی روانی^۳ است (Mennin & Farach, 2007).

امروزه درمان‌های روان‌شناختی متعددی برای بیماران مبتلا به افسردگی وجود دارد که تعدادی از آن‌ها توانسته‌اند اثربخشی خود را به اثبات برسانند. در سال‌های اخیر شکل‌های جدیدی از درمان شناختی- رفتاری^۴ ایجاد شده‌اند که یکی از این رویکردها، درمان فعال‌سازی رفتاری^۵ است که تمرکز اصلی آن بر رفتارها و فعالیت‌ها است (Dimidjian & et al., 202).

نظریه‌پردازان شناختی بر این باورند که افراد مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک، یک سبک شناختی خاصی دارند که ویژگی آن بدبینی، و این باور است که حوادث ناخوشایند غیرقابل‌پیش‌بینی هستند. این سبک شناختی شامل افکار خودکاری می‌شود که بر احتمال شکست و شرمندگی اجتماعی تأکید می‌ورزد. 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 (Mazzucchelli, Kane & Rees, 2009). 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 (Leahy, Holland & McGinn, 2018).

درمان فعال‌سازی رفتاری، نوعی رفتاردرمانی محض^۶ 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 (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2013). 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 (Addis & Martell, 2014). درمانگران فعال‌سازی رفتاری به‌جای محتوای نشخوار فکری، فرایند آن را مورد هدف قرار می‌دهند (Tanrıverdi & Özgüç, 2022).

³.Psychopathology

⁴.Cognitive Behavioral Therapy

⁵.Behavioral Activation Therapy

⁶. Pure Behavior Therapy

آپوف^۷ و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند درمان فعال‌سازی رفتاری بر بهبود بیماران مبتلا به افسردگی مؤثر بوده است. همچنین بدایت و عسکری (۲۰۲۰) در پژوهش خود نشان دادند گروه‌درمانی فعال‌سازی رفتاری بر بهبود راهبردهای تنظیم هیجانی و کاهش افکار خودکشی دانش‌آموزان دختر با اختلال افسردگی اساسی تأثیر دارد. همچنین پولنیک و فلورا^۸ (۲۰۱۸) در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که آموزش فعال‌سازی رفتاری باعث کاهش معنی‌دار تنظیم شناختی هیجانی منفی در افراد مبتلا به افسردگی می‌شود.

از سوی دیگر، یکی از رویکردهای درمانی جدید در این زمینه، درمان فراشناختی^۹ است. درمان فراشناختی، به‌عنوان یک رویکرد شناخت درمانی خالص^{۱۰}، 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 (Hauschildt & et al., 2022). نظریه فراشناختی از لحاظ تأکید بر این اصل که باورهای ناکارآمد فرد بر پردازش ذهنی تأثیر می‌گذارند، به نظریه شناختی سنتی شباهت دارد، اما این نظریه به‌جای تمرکز بر محتوای شناخت بر فرایند شناخت (سبک‌های پردازش و کنترل ناکارآمد تفکر) تأکید می‌ورزد (Carter & et al., 2022; Dietrichkeit & et al., 2021; Wells, 2009).

اصل بنیادین این درمان، این است که اختلال روان‌شناختی با فعال شدن نوعی سبک تفکر ناسازگارانه موسوم به سندرم شناختی - توجهی مرتبط است (Wells & et al., 2022). 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 کند (Wells & et al., 2012). این روش درمانی یک روند رو به رشد در ابداع مداخله‌های جدید است که مدل درمانی بر مبنای مکانیسم‌هایی بنا شود که از پردازش هیجانی طبیعی جلوگیری می‌کند (Wells & et al., 2022). 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^{۱۱} فرد ایجاد می‌شود (Özgül & Tanriverdi, 2021). بایگان و همکاران (۱۴۰۰) 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.

مرور پیشینه‌های ذکرشده، نشان داد که برخی محققان در زمینه ماهیت و عملکرد باورهایی در عملکرد ضعیف تنظیم هیجانی و نقش واسطه آن در افسردگی تحقیقاتی انجام داده‌اند. این تحقیقات اساسی را برای پژوهش‌های تجربی فراهم می‌کند. نظر به پژوهش‌های اندکی که در زمینه اثربخشی این روش‌های درمان بر اختلالات روانی بیماران مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک در جمعیت ایرانی انجام شده، با توجه به اهمیت بالینی که این دیدگاه می‌تواند در درمان این بیماری داشته باشد و با توجه به شیوع بالای افسردگی و اثرات منفی آن بر عملکرد فردی و

7. Uphoff

8. Polenick & Flora

9. Meta cognitive Therapy (MCT)

10. Pure cognitive Therapy

11. Meta belief

اجتماعی، شغل، تحصیل و تقریباً تمامی جنبه‌های زندگی یک فرد نیاز مبرمی به توسعه و گسترش مداخلات اثربخش، کوتاه‌مدت و به لحاظ تجربی تاییدشده در این جمعیت وجود دارد. همچنین انجام تحقیق بر روی روش‌های درمانی شناخته‌شده و بررسی اثربخشی آنها کمک مؤثری به درمانگران در پیشبرد اهداف درمان و دستیابی سریع‌تر به نتایج مثبت درمانی حاصل می‌شود.

با توجه به آنچه گفته شد بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر روی مبتلایان به اختلال افسردگی 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 داشته باشد، پژوهش حاضر در جهت بررسی اثربخشی درمان فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری در علائم تنظیم شناختی هیجانی 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 بر گروه بیماران دارای اختلال دیس‌تایمیک مقایسه کند. به‌عبارت‌دیگر با توجه به تعداد روزافزون مبتلایان به این اختلال و از یک‌سو هزینه‌های قابل‌توجه 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 تنظیم شناختی هیجانی، تحقیق حاضر با هدف تعیین تفاوت اثربخشی و تداوم اثر درمان فراشناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجانی در بیماران زن مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی از نظر روش نیمه‌آزمایشی بود و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری ۶۰ روزه با گروه کنترل استفاده گردید.

با توجه به طرح تحقیق گفته‌شده، دیاگرام آن به صورت زیر است:

جدول (۱) دیاگرام طرح

T_2 گروه آزمایش ۱	R	T_1	X_1	T_2
T_2 گروه آزمایش ۲	R	T_1	X_2	T_2
T_2 گروه کنترل	R	T_1	-	T_2

منظور از T_1 پیش‌آزمون، T_2 پس‌آزمون و T_2 پیگیری و X مداخلات درمانی می‌باشد.

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. گروه‌های منتخب برای اجرای مداخله نیمه آزمایشی و ایفای نقش کنترل، از قبل سه گروه متفاوت بودند. بر این اساس، از جامعه مذکور ۴۵ نفر پس از مصاحبه مقدماتی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و در دسترس 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 بود. ابزار گردآوری اطلاعات شامل:

- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی^{۱۲} (CERQ): این پرسشنامه بر مبنای پرسشنامه اصلی کنترل شناختی هیجان و توسط گارنفسکی و همکاران (2002) در کشور هلند تدوین شده است این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۱۸ ماده است. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و هم برای افراد بهنجار و هم برای جمعیت‌های بالینی قابل استفاده است. این پرسشنامه از ۹ خرده‌مقیاس تشکیل شده است. خرده‌مقیاس‌های مذکور ۹ راهکار شناختی ملامت خود، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است. هر خرده‌مقیاس شامل ۴ ماده است. نمره کل هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از طریق جمع کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید بنابراین دامنه نمرات هر خرده‌مقیاس بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر راهکار مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی است. در پژوهش گارنفسکی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ برای نه خرده‌مقیاس پرسشنامه مذکور بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است همچنین حسنی (۱۳۹۰) در ایران ضریب آلفای کرونباخ را بین دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ و اعتبار این آزمون را در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ گزارش کرده 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 روانه، زندگی آرام و خانه 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، 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 پیش از اجرای آزمودنی قرار گرفتند. پس از جایگزینی در گروه‌ها، آزمودنی‌ها پیش از اجرای مداخله، به پرسشنامه تنظیم هیجانی 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 روزهای دوشنبه و پنج‌شنبه توسط پژوهشگر دریافت کردند. اما آزمودنی‌های گروه

¹². Cognitive-emotional Regulation Questionnaire

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 تنظیم هیجان پاسخ دادند. در پژوهش حاضر اصول اخلاقی رازداری، محرمانه بودن اطلاعات، رضایت کتبی آگاهانه جهت شرکت در پژوهش و آزادی شرکت کنندگان جهت ادامه همکاری در فرآیند پژوهش رعایت گردید. همچنین برای شرکت‌کنندگان گروه کنترل جهت رعایت مسائل اخلاقی در پژوهش و تشکر و قدردانی از آنها، پس از پایان یافتن پژوهش، جلسات درمانی برگزار شد.

ساختار جلسات درمان فعال‌ساز رفتاری از پروتکل طراحی شده توسط دیمیدجیان، مارتل و هرمن-دان^{۱۳} (۲۰۰۸) و نیز اقتباس از مارتل و همکاران (۲۰۱۰) در قالب یک برنامه گروهی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌طور هفتگی و محتوای جلسات درمان فراشناختی نیز طبق کتاب راهنمای درمان فراشناختی برای افسردگی (Wells, 2009) در قالب ۸ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به‌طور هفتگی اجرا گردید. شرح مختصر جلسات درمان فعال‌سازی رفتاری در جدول ۲ و درمان فراشناخت در جدول ۳ ارائه گردیده است. برای بررسی یافته‌های توصیفی از شاخص‌های میانگین، انحراف استاندارد، فراوانی و درصد استفاده شد. درنهایت داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته و بنفرونی در نرم‌افزار spss-26 تجزیه و تحلیل شدند.

جدول (۲) مداخلات درمانی فعال‌سازی رفتاری ۱۲ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای دیمیدجیان و همکاران (۲۰۰۸) و مارتل و همکاران (۲۰۱۰)

جلسات	مباحث
اول و دوم	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 افراد
سوم و چهارم	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
پنجم و ششم	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
هفتم و هشتم	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)
نهم و دهم	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 است، حمایت از نوجوان و مرور اهمیت حفظ تمرکز بر روی برنامه و اهداف، تلاش برای بهبود حالت خلقی افسرده‌ساز.
یازدهم و دوازدهم	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.

¹³. Dimidjian, Martell & Herman-Dunn

جدول (۳) جلسات فراشناخت درمانی ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای 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 فون 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، 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 ۱۴ نفر (۳۱ درصد) از شرکت‌کنندگان در تحقیق ۲۰ تا ۳۰ سال سن و ۲۱ نفر (۴۶ درصد) بین ۳۰ تا ۴۰ سال سن، و ۱۰ نفر (۲۳ درصد) دارای ۴۰ تا ۵۰ سال سن بودند. در ضمن میانگین و انحراف استاندارد میانگین سنی افراد شرکت‌کننده به ترتیب ۳۷/۲۸ و ۵/۲۹ سال است. ۲۵ نفر (۵۵/۶ درصد) از افراد شرکت‌کننده در تحقیق دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۴ نفر (۸/۹ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق‌دیپلم، ۱۰ نفر (۲۲/۲ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس، ۵ نفر (۱۱/۱ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس و ۱ نفر (۲/۲ درصد) دارای مدرک تحصیلی دکتری بودند.

همان‌طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی برای سه گروه کنترل، درمان فراشناختی، فعال‌سازی رفتاری در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد، در گروه کنترل میانگین مؤلفه تنظیم هیجانی منفی و تنظیم هیجانی مثبت در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر چندانی را نشان نمی‌دهد. ولی در گروه‌های درمان فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری شاهد کاهش قابل توجه مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی منفی و افزایش مؤلفه تنظیم شناختی مثبت در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون هستیم.

جدول (۴) میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های تحقیق به تفکیک برای سه گروه کنترل، درمان فراشناختی، فعال‌سازی رفتاری در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۳۹/۲۰	۴/۳۹	۳۷/۶۷	۵/۱۱	۳۶/۵۳	۵/۲۸
۳۸/۸۰	۳/۰۸	۲۵/۰۰	۴/۶۹	۲۳/۷۳	۵/۲۸
۳۸/۲۰	۳/۸۲	۱۸/۷۳	۲/۸۹	۱۷/۲۷	۲/۹۶
۱۶/۲۷	۳/۷۵	۱۵/۳۳	۴/۱۲	۱۴/۲۷	۳/۹۹
۱۵/۰۷	۲/۱۵	۱۷/۶۷	۲/۸۹	۱۶/۳۳	۲/۶۴
۱۵/۶۷	۳/۰۹	۲۱/۷۳	۳/۷۳	۲۰/۸۷	۳/۷۶

بررسی معنادار بودن این تغییرات با استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته صورت گرفت. قبل از اجرای آزمون، آزمون تحلیل واریانس آمیخته، از آزمون شاپیرو-ویلکز جهت بررسی نرمال بودن توزیع نمرات تنظیم شناختی هیجانی و مؤلفه‌های آن در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری ($p > 0.05$) از آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌های تنظیم شناختی منفی در ۳ مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون ($F=1/782, P=0/214$)، پس‌آزمون ($F=1/543, P=0/252$) و پیگیری ($F=1/346, P=0/46$) در متغیر تنظیم شناختی مثبت در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون ($F=1/23, P=0/3$)، پس‌آزمون ($F=0/817, P=0/45$) و پیگیری ($F=1/72, P=0/19$) و برای بررسی همگنی ماتریس واریانس - کواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس در متغیر تنظیم شناختی هیجانی مثبت ($F=29/73, MBOX=1/04, F=0/32, P=0/32$) و متغیر تنظیم شناختی هیجانی منفی ($MBOX=17/47, F=1/35, P=0/33$) استفاده شد؛ که نتایج این آزمون‌ها معنی‌دار نبود، همچنین به منظور بررسی پیش‌فرض کرویت از آزمون موچلی استفاده شد و نتایج نشان داد پیش‌فرض کرویت برای همه مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی رعایت شد.

جدول (۵) نتایج تحلیل واریانس آمیخته مربوط به اثرات درون‌گروهی و بین‌گروهی

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	میزان اثر
تنظیم هیجانی منفی	درون‌گروهی	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	۳۱۷/۰۷	-	-	-
تنظیم هیجانی مثبت	بین‌گروهی	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
تنظیم هیجانی مثبت	درون‌گروهی	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
معیارهای اخلاقی	بین‌گروهی	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	۴۳/۳۳	۰/۴۶	۰/۷۴	۰/۰۲
تنظیم شناختی هیجانی	درون‌گروهی	خطا	۶۲۱۸/۹۳	۶۵/۹۱	۹۴/۳۶	-	-	-
		گروه	۹۴/۷۲	۲	۴۷/۳۶	۰/۵۲	۰/۶	۰/۰۳
		خطا	۳۴۴۶/۵۳	۳۸	۹۰/۷	-	-	-
تنظیم شناختی هیجانی	درون‌گروهی	زمان	۲۹۲/۹۸	۱/۳۳	۲۲۰/۵۳	۰/۴۶	۰/۵۶	۰/۰۱
		زمان × گروه	۵۸۱۲/۲	۲/۶۶	۲۱۸۷/۵	۴/۵۵	۰/۰۱	۰/۱۹
		خطا	۲۴۲۸۳/۱۹	۵۰/۴۸	۴۸۱/۰۲	-	-	-

بر این اساس نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته در جدول ۵ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۵ ملاحظه می‌گردد در متغیر تنظیم هیجانی منفی 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 تنظیم هیجانی منفی و تنظیم هیجانی مثبت تفاوت معناداری وجود دارد و مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گروه کنترل در متغیر وابسته تفاوت وجود دارد همچنین در اثر گروه با توجه به مقادیر و سطح معناداری F در متغیرهای تنظیم هیجانی منفی و تنظیم هیجانی مثبت بین دو گروه درمان فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد مقایسه دوبه‌دوی این گروه‌ها به تفکیک هر مرحله با استفاده از آزمون بنفرونی صورت گرفته است که نتایج آن در جدول ۶ ارائه شده است. با توجه به جدول ۵ ملاحظه می‌شود تفاوت معناداری بین گروه‌های فراشناخت درمانی و کنترل در متغیر تنظیم هیجانی منفی ($P < 0/05$) و بین گروه‌های فراشناخت درمانی و کنترل در متغیرهای تنظیم هیجانی منفی و تنظیم هیجانی مثبت ($P < 0/05$) وجود دارد. همچنین نتایج نشان داد بین روش فعال‌سازی رفتاری و درمان فراشناختی در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ اختلاف معنادار وجود دارد. مطابق با جدول ۶ اختلاف میانگین روش درمان فراشناختی و فعال‌سازی رفتاری برای متغیر تنظیم شناختی هیجانی و مؤلفه‌هایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به‌صورت مثبت معنادار شده است. در نتیجه روش فعال‌سازی رفتاری در کاهش تنظیم شناختی منفی و افزایش تنظیم هیجانی مثبت اثربخشی بیشتری نسبت به فراشناخت درمانی داشته است ($P < 0/05$).

جدول (۶) آزمون بنفرونی برای مقایسه زوجی متغیرهای تحقیق در سه گروه آزمونی (کنترل، فعال‌سازی رفتاری و درمان فراشناختی)، و در

سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

		پس‌آزمون			پیش‌آزمون					
پیگیری	۱/۶۹۴	۱۲/۸۰۰ ⁺	۰/۰۰۰	۱/۵۸۴	۱۲/۶۶۷ ⁺	۱/۰۰۰	۱/۳۸۸	۰/۴۰۰		
کنترل	درمان	۰/۰۰۰	۱/۶۹۴	۱۲/۸۰۰ ⁺	۰/۰۰۰	۱/۵۸۴	۱۲/۶۶۷ ⁺	۱/۰۰۰	۱/۳۸۸	۰/۴۰۰
فعال‌سازی رفتاری	فراشناختی	۰/۰۰۱	۱/۶۹۴	۶/۴۶۷ ⁺	۰/۰۰۱	۱/۵۸۴	۶/۲۶۷ ⁺	۱/۰۰۰	۱/۳۸۸	۰/۶۰۰
کنترل	فعال‌سازی رفتاری	۰/۰۰۰	۱/۶۹۴	۱۹/۲۶۷ ⁺	۰/۰۰۰	۱/۵۸۴	۱۸/۹۳۳ ⁺	۱/۰۰۰	۱/۳۸۸	۱/۰۰۰
درمان	فعال‌سازی رفتاری	۰/۰۰۱	۱/۶۹۴	۶/۴۶۷ ⁺	۰/۰۰۱	۱/۵۸۴	۶/۲۶۷ ⁺	۱/۰۰۰	۱/۳۸۸	۰/۶۰۰
کنترل	درمان	۰/۳۴۴	۱/۲۸۲	۲/۰۶۷	۰/۲۵۴	۱/۳۲۱	۲/۳۳۳	۰/۸۷۰	۱/۱۲۰	۱/۲۰۰
فعال‌سازی رفتاری	فراشناختی	۰/۰۰۳	۱/۲۸۲	۴/۵۳۳ ⁺	۰/۰۱۱	۱/۳۲۱	۴/۰۶۷ ⁺	۱/۰۰۰	۱/۱۲۰	۰/۶۰۰
کنترل	فعال‌سازی رفتاری	۰/۰۰۰	۱/۲۸۲	۶/۶۰۰ ⁺	۰/۰۰۰	۱/۳۲۱	۶/۴۰۰ ⁺	۱/۰۰۰	۱/۱۲۰	۰/۶۰۰
درمان	فعال‌سازی رفتاری	۰/۰۰۳	۱/۲۸۲	۴/۵۳۳ ⁺	۰/۰۱۱	۱/۳۲۱	۴/۰۶۷ ⁺	۱/۰۰۰	۱/۱۲۰	۰/۶۰۰

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش تنظیم هیجانی منفی و افزایش تنظیم هیجان مثبت در بیماران زن مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک بود. یافته‌ها نشان داد هر دو درمان بر تنظیم شناختی هیجانی در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک اثربخش هستند و تداوم اثر دارند. نتایج حاکی از آن بود که بین درمان‌های مذکور بر تنظیم شناختی هیجانی تفاوت معنادار وجود دارد به عبارتی درمان فعال‌سازی رفتار بر تنظیم هیجانی اثربخش‌تر بوده است.

در تبیین اثربخشی درمان فراشناختی بر تنظیم شناختی هیجانی و مؤلفه‌های آن در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک، مطالعه‌ای که به‌طور مستقیم با نتایج این پژوهش همسو باشد، یافت نشد اما نتایج به‌دست‌آمده به‌صورت ضمنی با پژوهش شارماو همکاران (۲۰۲۲)، ولز (۲۰۲۲)، کارتر و همکاران (۲۰۲۲)، دیتریکیت و همکاران (۲۰۲۱)، مرتضایی، علی میرزایی و شمس (۲۰۱۷)، خوش لهجه صدق (۲۰۱۷)، قدم‌پور، عزیزی و محمدی (۲۰۱۷)، حسنوندی، ولی‌زاده و مهربانی زاده هنرمند (۲۰۱۳) که اثربخشی درمان فراشناختی را در بیماران دارای اختلال افسردگی و دیس‌تایمیک را تأیید کرده بودند، همسو است. در تبیین اثربخشی این درمان بر تنظیم شناختی هیجانی و مؤلفه‌های آن در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک می‌توان گفت که افسردگی با مواردی از قبیل نشخوار فکری و فراشناخت‌های مثبت و منفی همراه است. از این‌رو اگر درمان روی مؤلفه‌هایی از قبیل کاهش نشخوارهای فکری و تغییر فراشناخت‌ها گام بردارد می‌تواند علائم تنظیم شناختی هیجانی منفی در افراد مبتلا به افسردگی را کاهش دهد (Ma & Teasdale, 2004). موفقیت درمان فراشناختی افسردگی درگرو هدف قرار دادن مشخصه اصلی افسردگی یعنی نشخوار فکری است (Wells & et al., 2008). در پژوهش حاضر تغییرات در خلق به دنبال تغییرات در نشخوارها صورت پذیرفته است، که این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های برگرسن و همکاران (۲۰۱۱)، هاشمی، محمدعلیلو و نصرت‌آباد (۲۰۱۰)، بنهوفر و همکاران (۲۰۰۹)، فیشر و ولز (۲۰۰۷)، ولز و همکاران (۲۰۰۸)، سیگل، قیناسی و تاس (۲۰۰۷)، ولز و کینگ (۲۰۰۶)، تیزدل و همکاران (۲۰۰۱)، ما و تیزدل (۲۰۰۴) و تیزدل و همکاران (۲۰۰۰) همسو است.

افکار منفی سمج (نشخوار فکری و نگرانی) به‌عنوان یکی از چند عامل هم‌زمان در آسیب‌پذیری و حفظ اختلال مؤثر شناخته می‌شوند و به‌عنوان راهبردهای مقابله‌ای مدنظر قرار می‌گیرند. محتوای باورهای فراشناختی مثبت، شامل موضوعاتی در رابطه با نشخوار فکری به‌عنوان راهبرد مقابله‌ای است. باورهای فراشناختی منفی، نشخوار فکری موضوعاتی را در ارتباط با تنظیم شناختی هیجانی دربر می‌گیرد. اگرچه بسیاری از مردم معتقدند، نشخوار فکری به حل مشکل آنها کمک می‌کند، اما پاسخ به مشکلات از طریق نشخوار فکری با مشکلات و تنش بیشتر همراه است. بنابراین می‌توان احتمال داد که درمان به کار گرفته‌شده در این پژوهش توانسته است نشخوار فکری مربوط به تنظیم شناختی هیجانی آزمودنی‌ها را تحت تأثیر قرار دهد. نولن و هوکسما در تبیین اثربخشی فنون فراشناختی، به ماهیت این درمان اشاره کرده، آن را در اثربخش بودن روند درمان مؤثر دانسته‌اند (Papageorgiou & Wells, 2000). از آنجاکه در افسردگی الگوهای تفکر شخص، بر خود و موضوعات تهدیدکننده متمرکز می‌شود،

درمان مذکور بر تغییر این الگوهای تفکر، تأکید می‌کند. از سوی دیگر درمان فراشناختی به تغییر فرآیندها و فعالیت‌هایی از قبیل نشخوار فکری، پایش تهدید، تمرکز بر خطر، فرونشانی افکار و رفتارهایی مانند اجتناب رفتاری، شناختی و هیجانی که افراد افسرده برای مقابله با ناهماهنگی ادراک‌شده و تنظیم هیجانات منفی ناشی از آن انجام می‌دهند، ولی در درازمدت نتیجه معکوس می‌گیرند، پرداخته است (Wells & Sembi, 2004). در واقع درمان فراشناختی از طریق ایجاد بینش در بیماران زمینه را برای به دست آوردن نتایج درمانی بهتر فراهم می‌کند. به عبارت دیگر هدف مدل درمانی فراشناختی اختلال افسردگی، نشان دادن فراشناخت‌ها و فرآیندهای تداوم‌بخش دوره‌های افسرده‌ساز است. همچنین در تبیین نتایج درمان می‌توان به این نکته اشاره کرد که درمان فراشناختی افسردگی دارای برنامه ارزیابی و مقیاس‌های دقیقی بوده و از این طریق درمانگر را از نتایج درمانی خود مطلع کرده و بازخوردهای مناسبی به بیماران می‌دهد. برخی اصول تغییر رفتاری می‌توانند باورهای فراشناختی را به چالش بکشانند. بنابراین یکی از دلایل پایداری نتایج درمانی در مرحله پیگیری می‌تواند به علت افزایش کنترل فراشناختی افراد دارای علائم افسردگی بر باورهای فراشناختی‌شان باشد. افزایش کنترل فراشناختی این امکان را به افراد افسرده می‌دهد که رابطه جدیدی با افکار خود برقرار کرده، فراشناخت‌هایی که شیوه ناسازگارانه تفکر منفی تکرارشونده را فزونی می‌بخشند یا باعث افزایش تشدید تنظیم شناختی هیجانی منفی می‌شوند، تغییر دهند (Wells & Matthews, 1994).

در کل با توجه به تغییراتی که در هر سه آزمودنی اتفاق افتاده است می‌توان نتیجه گرفت که تسهیل سبک‌های زیر بنایی تفکر از جمله نشخوار فکری و باورهای فراشناختی توانسته موجب کاهش افکار خود آیند منفی گردد و در نتیجه موجب کاهش تنظیم شناختی هیجانی منفی و افزایش تنظیم هیجان مثبت در بیماران مبتلا به دیس‌تایمیک شد. اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر کاهش تنظیم شناختی هیجانی با نتایج آپوف و همکاران (۲۰۲۰)، پولنیک و فلورا (۲۰۱۸) و عطایی مغالو و عطایی مغالو (۲۰۱۵) که اثربخشی درمان فعال‌سازی را بر افسردگی تأیید کرده‌اند، همسو و همخوان است.

در ارتباط با تبیین اثربخشی درمان فعال‌سازی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجانی در زنان مبتلا به دیس‌تایمیک می‌توان گفت که نظریه رفتاری افسردگی پیشنهاد می‌کند که این درمان به این دلیل اثربخش است که منجر به افزایش تقویت مثبت می‌گردد. 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 انتخابی) باشند. این افزایش پاداش‌ها به بهبود خلق بیمار کمک می‌کنند (Leahy et al., 2018). چنین فرایندی به مرور زمان منجر به افزایش تقویت محیطی و به دنبال آن بهبود خلق می‌گردد (Mazzucchelli & et al., 2009). مارتل و همکاران (۲۰۰۴) نیز پیشنهاد کرده‌اند که علت اثربخشی 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 اثربخشی این درمان بر روی نشخوار فکری دارای خودسرزنشگری و تنظیم شناختی هیجانی نیز می‌توان

گفت که یکی از اهداف فعال‌سازی رفتاری، کاهش نشخوار فکری افسرده‌ساز از طریق تمرکز بیمار بر فعالیت‌های محیطی است (Ritschel & et al., 2011). 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 مسألهٔ تمربخش را می‌گیرد. درمان فعال‌سازی رفتاری با استفاده از تکنیک‌های خاصی مانند برجسته ساختن پیامدهای نشخوار فکری، حل مسأله، توجه دقیق به تجربهٔ حسی، تمرکز مجدد بر تکلیف در دسترس، سبب برگرداندن توجه فرد از افکار نشخواری و مشکل‌ساز می‌شود. این تکنیک‌ها روشی فراهم می‌آورند که بدون درگیری در محتوای افکار، فرایند نشخوار فکری را هدف قرار می‌دهند. پیشنهاد شده است که تغییر رفتاری و به دنبال آن درمان فعال‌سازی رفتاری، ممکن است بیانگر روش به‌ویژه مؤثر تغییر در شناخت‌واره‌ها باشد (Martell & et al., 2010).

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که درمان فعال‌سازی رفتاری در مقایسه با درمان فراشناختی بر کاهش تنظیم شناختی هیجانی منفی و افزایش تنظیم هیجانی مثبت در زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک اثربخش‌تر بوده است. یعنی درمان فعال‌سازی رفتاری، بیشتر توانسته است تنظیم شناختی هیجانی منفی زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک را کاهش دهد و در مقابل تنظیم شناختی هیجانی مثبت را افزایش دهد. در تبیین اثربخش‌تر بودن درمان فعال‌سازی رفتاری بر تنظیم شناختی هیجانی می‌توان گفت که رویکرد درمانی فعال‌سازی رفتار تلاش دارد عواملی را که در ابتلا به اختلال افسردگی نقش دارند 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 می‌کنند. در این روش از یک سلسله از رویکردهای مربوط به تغییر رفتار استفاده می‌شود که در نهایت با استفاده از آنها مراجع بتواند میزان تقویت‌کنندگان بیشتری را از محیط به دست آورد. هدف درمان فعال‌سازی رفتار افزایش فعالیت‌ها به صورت تصادفی یا انجام فعالیت‌ها برای لذت بردن یا بهبود یافتن حالت خلق نیست بلکه هدف این روش درمانی پی‌ریزی روش‌هایی است که مراجع بتواند تقویت‌کنندگان بیشتری را از محیط زندگی خود به دست آورد. نقش درمانگر فعال‌سازی رفتار، به‌مانند نقش یک مربی است. به‌عبارت‌دیگر زمانی که مراجع تلاش دارد تا تکنیک‌های فعال‌سازی را اجرا کند، درمانگر کمک‌های تخصصی برای موفقیت در اجرای این تکنیک‌ها را فراهم می‌سازد. همچنین درمانگر در طول درمان تلاش می‌کند مشکلات مراجع را در قالب‌های کوچک درآورد تا امکان حل آنها بیشتر گردد (Ritschel & et al., 2011).

در مجموع می‌توان گفت یافته‌های این مطالعه نشان داد، با استفاده از این روش‌های درمانی می‌توان نشانه‌های افسردگی مزمن را در افراد مبتلا به دیس‌تایمیک بهبود بخشید، بنابراین به‌کارگیری این روش‌ها توسط مشاوران و روان‌شناسان در کلینیک‌های روان‌شناختی توصیه می‌شود.

از محدودیت‌های مهم تحقیق حاضر، می‌توان به استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی اشاره کرد، لذا برای حصول اطمینان بیشتر از نتایج، پیشنهاد می‌شود در کنار پرسشنامه، از ابزارهای دیگر مثل مصاحبه و آزمون‌های روان‌شناختی استفاده شود تا بر غنای یافته‌ها افزوده گردد. از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن پژوهش بر زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناختی منطقه ۸ تهران در سال ۱۳۹۹ اشاره کرد، از دیگر محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد و عدم کنترل طول مدت اختلال دیس‌تایمیک به‌عنوان متغیر تأثیرگذار در اثربخشی مداخله به دلیل دسترسی محدود به تعداد نمونه بیشتر اشاره کرد. لذا پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه دیگری با گروه‌های مختلف در سایر شهرها و با فرهنگ‌های متفاوت انجام شود تا محدودیت تعمیم‌پذیری نتایج رفع گردد همچنین پیشنهاد می‌گردد روش نمونه‌گیری به صورت تصادفی انجام پذیرد. همچنین می‌توان از درمان فعال‌سازی رفتار به‌عنوان مداخله تأثیرگذار روان‌شناختی در درمان مشکلات زنان مبتلا به اختلال دیس‌تایمیک استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری تخصصی رشته روان‌شناسی نویسنده اول در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمین است که در تاریخ ۱۳۹۹/۱۰/۲۰ توسط شورای پژوهشی دانشگاه به تصویب رسیده است. پژوهشگر پس از کسب تأییدیه از کمیته اخلاق با شناسه IR.IAU.ARAK.REC.1400.011 فرآیند پژوهش را انجام داده است. از تمامی مشاوران و روان‌شناسان کلینیک‌های روان‌شناختی منطقه ۸ شهر تهران که در انجام این پژوهش با ما همکاری کرده‌اند کمال تشکر را داریم.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

References

- 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.
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2020). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- Ataie Moghanloo, V., & Ataie Moghanloo, R. (2015). The effect of behavioral activation therapy based on lifestyle changes on depression, psychological well-being and guilt in children aged 7 to 15 years with diabetes. *Journal of Rafsanjan University of Medical Science*, 14(4), 338-325. [Persian]
- Banhofer, T., Crane, C., Harguse, E., Amrasinghe, M., Winder, R., & Williams, J. M. G. (2009). Mindfulness- based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 366-73.
- 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.
- Bedayat, E., & Askary, M. (2020). The Effectiveness of Behavioral Activation Group Therapy on

- Emotional Regulation and Suicidal Ideation Strategies in Female Students With Major Depressive Disorder. *Rooyesh*, 9(1), 47-56. [Persian]
- 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 and Cerebrovascular Diseases*, 23(2), 1-6.
- Carter, J. D., Jordan, J., McIntosh, V. V. W., Frampton, C. M. A., Lacey, C., Porter, R. J., & Mulder, R. T. (2022). Long-term efficacy of metacognitive therapy and cognitive behaviour therapy for depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(2), 137-143.
- Collins, E., & Segal, Z. (2020). Therapeutic mindfulness and depression. In M. H. Trivedi (Ed.), *Depression* (pp. 357–371). Oxford University Press.
- Daughters, S. B., Braun, A. R., Sargeant, M. N., Reynolds, E. K., Hopko, D. R., Blanco, C., & Lejuez, C. W. (2018). Effectiveness of a brief behavioral treatment for inner-city illicit drug users with elevated depressive symptoms: the life enhancement treatment for substance use (LETS Act!). *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(1), 122-129.
- 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.
- 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.
- 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.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 117-132.
- Ghadampour, E., Azizi, A., & Mohammadi, J. (2017). Efficacy of detached mindfulness in metacognitive therapy on postpartum depression. *Nursing Education*, 5(5), 17-22. [Persian]
- Garnefski, N., Kraaij, V., Spinhoven, P. (2002). Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire. Leiderorp: Datec.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26.
- 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..
- Hasani, J. (2011). Evaluation of validity and reliability of the short form of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. *Behaviour Science Research*, 9(4), 229-240. [Persian]
- Hasanvandi, S., Valizadeh, M., & Mehrabizadeh Honarmand, M. (2013). The effectiveness of group-based metacognitive therapy on symptoms of depression and rumination. *Principles of Mental Health*, 15(57), 142-168. [Persian]
- Hashemi, Z., Mohammadaliloo, M., & Nosratabad, T. (2010). Effectiveness of metacognitive therapy on major depression disorder: A Case Report. *Clinical Psychology*, 12(3), 85-97. [Persian]
- 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 and Psychotherapy*, 1-14.
- Khoshlahjeh Sedgh, A. (2017). The effect of metacognitive therapy in reducing symptoms of depression and anxiety in female patients with constipation. *Educational Sciences and Psychology*, 6(21):116-128. [Persian]
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (2020). Emotion regulation in psychopathology: A transdiagnostic

- approach to etiology and treatment. New York: Guilford.
- 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.
- 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.
- 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.
- Martell, C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). Behavioral activation for depression: A clinician's guide. New York: Guilford.
- 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.
- Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 14, 329-352.
- 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.
- Mortezaei, Z., Ali Mirzaei, M., & Shamsi, S. (2017). Comparison of metacognitive therapy and stress reduction program therapy based on mindfulness on depression, self-evaluation and emotion regulation in women with postpartum depression. *New ideas of psychology*, 1(3), 30-40. [Persian]
- Özgülç, S., & Tanriverdi, D. (2021). Effect of metacognitive training applied on depression and cognitive distortion levels of depression patients. *Current Psychology*, 1-10.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2000). Treatment of recurrent major depression with attention training. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 407-13.
- Polenick, C. A., & Flora, S. R. (2018). Behavioral activation for depression in older adults: theoretical and practical considerations. *Behavior Analyst*, 36(1), 35-55.
- Rahbaran, R., Karami, R., & ShahMohammadi, M. (2018). The effectiveness of behavioral activation therapy on reducing rumination and depressive disorder in adolescents. *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 14(52), 17-26. [Persian]
- Ritschel, L. A., Ramirez, C. L., Jones, M., & Craighead, W. E. (2011). Behavioral activation for depressed teens: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(2), 281-99.
- Seshadri, A., Orth, S. S., Adaji, A., Singh, B., Clark, M. M., Frye, M. A., McGillivray, J., & Fullertyszkiwicz, M. (2021). Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Positive Psychotherapy for Major Depression. *American journal of Psychotherapy*, 74(1), 4-12.
- Sharma, V., Sagar, R., Kaloija, 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.
- Siegle, G. J., Ghinassi, F., & Thase, M. E. (2007). Neurobehavioral therapies in the 21st century: Summary of an emerging field and an extended example of cognitive control training for depression. *Cognitive Therapy Research*, 31(2), 235-62.
- 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.
- Tanriverdi, D., & Özgülç, S. (2022). Metacognitive features and cognitive distortions of the patients with major depression. *Current Psychology*, 1-7.

- Teasdale, J. D., Scott, J., Moore, R. G., Hayhurst, H., Pope, M., & Paykel, E. S. (2001). How does cognitive therapy prevent relapse in residual depression? Evidence from a controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 347-57.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, J. M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M., Lau, & M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 615-23.
- 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 Systematic Review*, 8(8), CD013461.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: A platform trial. *Behaviour Research therapy*, 50, 367-373.
- Wells, A., & King, P. (2006). Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37, 206-212.
- Wells, A., & Matthews, G. (1994). *Attention and emotion: A clinical perspective*. UK: Erlbaum.
- Wells, A., Reeves, D., Heal, C., Davies, L. M., Shields, G. E., Heagerty, A., Fisher, P., Doherty P., & Capobianco, L. (2022). Evaluating Metacognitive Therapy to Improve Treatment of Anxiety and Depression in Cardiovascular Disease: The NIHR Funded PATHWAY Research Programme. *Front Psychiatry*, 13, 886407.
- Wells, A., Reeves, D., Heal, C., Fisher, P., Doherty, P., Davies, L., Heagerty, A., & Capobianco, L. (2022). Metacognitive therapy self-help for anxiety-depression: Single-blind randomized feasibility trial in cardiovascular disease. *Health Psychology*, 41(5), 366.
- Wells, A., & Sembi, S. (2004). Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(3), 307-18.
- 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.
- 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.
- 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.
- URL1: <https://www.shia-news.com/fa/news/171338>