

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر استحکام من در زنان مبتلاء به اختلال وسواس فکری - عملی

مریم عزتپور^۱، زهرا تنها^{۲*}، کورش امرایی^۳، کورش گودرزی^۴

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف، مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر استحکام من در زنان مبتلاء به اختلال وسواس فکری - عملی انجام شد.

روش پژوهش: این پژوهش، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل، کلیه بیماران بیمارستان اعصاب و روان مهر، امام رضا و مرکز بهداشت خرم آباد در نیمه دوم سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند که از این جامعه ۴۲ شرکت کننده در سه گروه روان درمانی پویایی کوتاه مدت (۱۴ نفر)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۳ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داده شدند و به پرسشنامه‌ی استحکام روانی کلاف و همکاران (۲۰۰۲) در ۳ مرحله پاسخ دادند و برای گروه‌های مداخله طی ۸ جلسه بر اساس پروتکل درمانی برنامه‌ریزی شد و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند و داده‌های بدست آمده توسط تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، تفاوت میانگین مؤلفه‌های استحکام من در مراحل پیش آزمون (پس آزمون و پیش آزمون) پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس آزمون - پیگیری غیر معنادار است.

نتیجه‌گیری: بر این اساس چنین نتیجه گیری شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با روان درمانی پویایی کوتاه مدت روش موثرتری برای افزایش استحکام من در بیماران مبتلاء به اختلال وسواس فکری - عملی است.

کلیدواژه‌ها: استحکام من، اختلال وسواس فکری - عملی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، روان درمانی پویایی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۱/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۲/۱۶

استناد: عزتپور مریم، تنها زهرا، امرایی کورش، گودرزی کورش. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر استحکام من در زنان مبتلاء به اختلال وسواس فکری - عملی، ۱۴۰۳؛ (۱)۱۴: ۸۷-۶۹

^۱ - دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

^۲ - (نویسنده مسئول): استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد خرم آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، خرم آباد، ایران.

Email: zahratanhai@gmail.com Tell: 09013642238

^۳ - دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

^۴ - گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران



© حقوق برای مؤلف (آن) محفوظ است. این مقاله با دسترسی آزاد در خانواده و بهداشت تحت مجوز کرییتیو کامنز <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/> منتشر شده که طبق مفاد آن هرگونه استفاده غیر تجاری تنها در صورتی مجاز است که به اثر

اصلی به نحو مقتضی استناد و ارجاع داده شده باشد.

مقدمه :

اضطراب^۱ و ترس تجربه‌های انسانی جهانشمولی‌اند که در سازگاری و بقای انسان نقشی اساسی دارند. عملکرد اصلی ترس، آگاه‌اندن فرد از یک تهدید یا خطر است فردی ممکن است قبل از رفتن به ملاقاتی مهم یا مصاحبه‌ای استخدامی، از فکر آن دچار اضطراب شود. فرد دیگری بعد از تجربه تهوع در اتوبوس می‌ترسد از اینکه مبادا دوباره این اتفاق بیفتد. حتی برخی از ترس‌های خاص که برای متخصصان بالینی به خوبی شناخته شده است، مثل ترس از بلندی یا ترس از مکان‌های بسته نیز قابل درک‌اند. اما اگر ترس از افکار خود فرد باشد، چه؟ و اگر این افکار در مورد اعمال یا موقعیت‌های بسیار بعید و غیرمحمول باشند، چه؟ در پاسخ به این ترس، افراد می‌آموزند که ظاهراً آیین‌هایی خاص، یا برخی شیوه‌های پاسخ‌دهی که به آنها عادت کرده‌اند، منجر به تسکین موقت پریشانی‌شان می‌شود، هر چند این پاسخ ممکن است منطقاً با ترس ارتباطی نداشته باشد. این اختلال اضطرابی غیرمعمول و ظاهراً غیرقابل توضیح، اختلال وسواس فکری و عملی خوانده می‌شود (۱).

اختلال وسواس فکری و عملی^۲، اختلال ناهمگن و ناتوان‌کننده‌ای است که به لحاظ آسیب‌شناسی و درمان از دیگر اختلالات اضطرابی مجزاست و اخیراً در پیش‌نویس‌هایی که از پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی وجود دارد، این اختلال به عنوان یک طبقه جداگانه (جدای از افسردگی و اضطراب) مطرح شده است (۲). نشانگان اصلی اختلال وسواس فکری - عملی عبارتند از وسواس‌های فکری یا عملی برگشت‌کننده که به دلیل شدید بودن وقت‌گیر هستند یا به پریشانی آشکار یا اختلال عمده منجر می‌شوند (۳).

وسواس‌های فکری، افکار، تکانه‌ها یا تصاویر مزاحم و برگشت‌کننده‌ای هستند که ناخواسته و نامناسب تجربه می‌شوند؛ در حالی که وسواس‌های عملی، رفتارهای تکرار شونده‌ی اعمال ذهنی هستند که فرد احساس می‌کند ملزم است آنها را در پاسخ به وسواس فکری یا بر طبق قواعدی که سفت و سخت به کار بسته می‌شوند، اجرا کند (۴). عوامل مختلفی در شکل‌گیری و تداوم اختلال وسواس فکری - عملی نقش دارند و در این زمینه پژوهش‌های متعددی صورت گرفته است (۵). همچنین مطالعات نشان دادند که این اختلال می‌تواند برخی مولفه‌های سلامت جسمی و روانشناختی انسان را تحت تأثیر دهد (۶).

یکی از متغیرهایی که ارتباط مستقیمی بر شدت و ضعف اختلال وسواس فکری - عملی دارد، استحکام من^۳ است (۷) که را به عنوان بخشی از کارکردهای اولیه شخصیت که برای سازگاری موفقیت‌آمیز با محیط‌های اجتماعی تعریف می‌کند (۸). اصطلاح استحکام من به ترکیبی از ظرفیت‌های روانشناختی درونی که فرد در تعامل با دیگران و محیط اجتماعی خویش به کار می‌گیرد، اشاره دارد (۹). این ظرفیت‌ها نمی‌توانند مستقل از طبیعت نیازهای فرد و شرایط محیط پیرامون وی ارزیابی شوند. در رابطه با استحکام من دو سازه شخصیتی مهار من و تاب‌آوری من معرفی شده است. این سازه‌ها، دو جنبه مهم از عملکرد شخصیت و به عنوان سازه‌های مرکزی شخصیت به منظور درک انگیزه، هیجان و رفتار در نظر گرفته می‌شوند که حاصل تلاش برای مفهوم بندی "من" هستند (۱۰). به علاوه سبک‌های دفاعی من و راهبردهای مقابله با استرس نیز در کنار این دو سازه از ابعاد استحکام من به شمار می‌آیند (۱۱).

اصطلاح مهار من اشاره دارد به این که فرد چگونه قادر است تکانه‌هایش را در موقعیتی خاص کنترل کند؛ توانایی برای تاخیر در لذت، ابراز پرخاشگری خودانگیختگی و بازدارنده رفتار (۱۲). براساس نظریه‌ای که توسط جک و جان بلاک در طول دهه‌های مختلف توسعه یافته، تفاوت‌های فردی در ابعاد مهار من از بیش‌مهارگری تا کم‌مهارگری متغیر است (۱۳). افرادی که بیش‌مهارگری دارند در اعمالشان نسبتاً بازدارنده شده هستند و ابراز عواطف آنها گاهی اوقات بیش از حد محدود است. تاب‌آوری من از مفهوم مهار من مشتق می‌شود و به ظرفیت‌های پویایی برای تعدیل کنترل به منظور بهینه‌سازی سیستم شخصیت

^۱ anxiety^۲ obsessive-compulsive disorder^۳ ego strength

نسبت به بافت محیطی اشاره دارد (۱۴). بنابراین، تاب آوری من تغییرات موقتی و انطباقی بین درجات مختلف کنترل را نشان می‌دهد. روان شناسان تاب آوری را به عنوان توانایی رهایی جستن از تجربیات منفی از طریق سازگاری منعطف با مقتضیات در حال تغییر تجربیات استرس‌زا تعریف کرده‌اند (۱۵). افراد در این توانایی متفاوت هستند؛ هرچه تاب آوری فرد بیشتر با شدف بیشتر می‌تواند بین درجاتی از کنترل به شکلی سازگارانه تغییر مسیر دهد. افرادی که تاب آور هستند، منعطف هستند و قادرند با موقعیت‌های جدید آسان‌تر سازگار شوند؛ در حالی که افراد با من شکننده، در محیط‌های باثبات می‌توانند موثر باشند، آن‌ها تمایل دارند که پشتکار داشته باشند و استرس و اضطرابشان را به خوبی مدیریت نمی‌کنند (۱۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تفکر و سواسی ناشی از ناکامی در مهار اولیه افکار است و آن نیز به کوشش افراطی در سرکوبی افکار منجر می‌شود که حاصل آن تشدید و تقویت این افکار است. در نتیجه کوشش برای کنترل و مهار، افزایش و چرخه کوشش افراطی تداوم می‌یابد. بیش مهارگری و ضعف در تاب‌آوری از ویژگی‌های افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی در پژوهش‌های زیادی نشان داده شده است (۱۷).

هیر و آلامیر^۱ (۱۸) معتقد است افرادی که استحکام من بالایی دارند در مواجهه با چالش‌های مختلف تاب‌آوری بالایی را از خود نشان می‌دهند، اما افرادی که استحکام من ضعیفی دارند در تحمل اضطراب و پری‌شانی از خود ضعف نشان می‌دهند. استحکام من بالا به فرد کمک می‌کند تا در شرایط استرس‌زا، ثبات و پایداری هیجانی خود را حفظ کند در حالیکه ضعف در استحکام من باعث ادراک بیشتر تهدید و آشفتگی هیجانی می‌شود. بنابراین به نظر می‌رسد شکل‌گیری اختلال‌های روانی با میزان استحکام من در ارتباط باشد (۱۹). یافته‌های پژوهش مسینا و همکاران (۲۰) نشان داد که بیماران با استحکام من بالا، سریع‌تر درمان و بهبودی می‌یابند ولی درمان بیماران با استحکام من پایین، کندتر است. بنابراین با استناد به اهمیت استحکام من و نقش تأثیرگذار آن بر پویایی‌ها و کنش‌وری‌های روانشناختی فردی و بین‌شخصی آن و کمک به کشف مکانیسم‌های تأثیرگذاری این سازه است.

برای درمان وسواس فکری - عملی درمان‌های متعددی مطرح شده است. بین این درمان‌ها، روشی که در سالیان اخیر بیشتر مورد توجه بوده، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۲ که در دهه ۸۰ توسط هیز (۲۱) در دانشگاه نوادا مطرح و با عنوان اختصاری ACT شناخته شد (۲۲). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برخلاف رویکرد درمان شناختی رفتاری سنتی، مستقیماً بر روی کاهش نشانگان عمل نمی‌کند، بلکه در عوض، سودمندی و کارکرد تجارب روانشناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات و احساسات روانشناختی را هدف قرار می‌دهد. این روش فعالیت‌های معنادار زندگی را بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌کند (۲۳). اصول زیربنایی آن شامل: ۱- پذیرش (تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفتنه کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها)؛ ۲- عمل مبتنی بر ارزش (تعهد توأم با تمایل به عمل، به عنوان اهداف معنادار شخصی بیشتر از حذف تجارب ناخواسته) است.

همین‌طور روش‌های زبانی و فرآیندهای شناختی هستند که در تعامل با دیگر وابستگی‌های غیرکلامی، منجر به کارکرد سالم می‌شوند. این روش شامل تمرینات مبتنی بر مواجهه، استعاره‌های زبانی و روش‌هایی چون مراقبت ذهنی است. در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روانشناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یافته و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش یابد (۲۴). به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید (این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها)، به طور کامل

^۱ Hair, Alamer

^۲ Acceptance and Commitment-based Therapy

پذیرفت (۲۵). فرآیند مرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد می‌آموزد چگونه دست از بازداری فکر بردارند، چگونه با افکار مزاحم آمیخته نشوند و باعث می‌شود فرد هیجانات نامطبوع را بیشتر تحمل کند (۲۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند بر بسیاری از نشانه‌ها و تظاهرات بالینی اختلال وسواس فکری و عملی، مثلاً اجتناب، بازداری فکر، کیفیت زندگی مختل و مشکلات خلقی، تأثیر مثبت بگذارد (۲۷).

از دیگر درمان‌های مطرح شده در این مطالعه، روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت است. اساسی‌ترین تمرکز این درمان بر درد هیجانی یا روان شناختی است که در آن زندگی به عنوان یک فرآیند مشکل و طاقت فرسا تصور می‌شود، روان در کشمکش برای مقابله و تحمل آن ساخته می‌شود و دفاع‌ها یا سازو کارهای اجتناب از درد را به وجود می‌آورد؛ راه‌هایی از دیدن، فکر کردن، احساس کردن و رفتار کردن که بیشتر این فعالیت‌ها خارج از آگاهی اتفاق می‌افتند (۲۸). این تلاش‌های ناهشیار برای اجتناب از درد هیجانی اغلب شکست می‌خورند، اما چون آگاهی ما محدود است با این وجود آنها بارها و بارها تکرار می‌شوند درمان روان پویشی کمک به مراجع است تا آنچه را که به شیوه کامل‌تری در فرآیند درمان تجربه می‌کند مجدداً فرمول بندی کند و ناراحتی ناشی از آن را تحمل کند. فهمی که درمانگر و مراجع در مورد این مشکلات به وجود می‌آورند آگاهی مراجع را گسترش می‌دهد و راه ورود به گزینه‌های جدید برای مدیریت تعارض را باز می‌کند. همچنین ظرفیت مراجع برای تحمل درد هیجانی و مقابله با عدم رضایت را افزایش می‌دهد و توانایی‌اش را برای اندیشیدن و کنجکاوی در مورد تجربه‌هایش بالا می‌برد (۲۹).

روان درمانی پویشی کوتاه مدت از طریق فعالیت‌های مالان و همکارن تکامل یافت و وجوه مشترک مداخله‌ی روان پویشی کوتاه مدت فشرده تجربه هیجان‌های عمیق حین جلسه‌ی درمان، سطوح بالای فعالیت درمانگر، تشویق بیمار به همکاری و توجه فعال به محدودیت زمانی و همین‌طور داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه است (۳۰). لیپرو و مالتپی^۱ (۳۱) تأکید کردند که، از تأکیدات درمان‌های پویشی کوتاه مدت، تلاش پیوسته‌ی درمانگر برای تجربه عمیق عاطفی / هیجانی به عنوان عنصری شفاف‌بخش است. مطالعات گسترده در دو دهه گذشته، نشان داده است که افشا، چه در گفتار و چه نوشتاری سلامت جسمانی و روانی و نیز عملکرد سیستم ایمنی و اعصاب خودمختار را بهبود می‌بخشد (۳۲). موضع فعال درمانگر و به کارگیری صحیح فنون سبب می‌شود بیمار در کمترین زمان ممکن نتیجه بهینه را کسب نماید (۳۳). تأکید روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر کمک فوری به بیمار برای تجربه هیجانات ناهشیاری است که موجب اضطراب ناهشیار، بروز نشانه‌های اختلال و دفاع‌های گوناگون شده است. روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت به طور بالینی در نمونه‌هایی با مشکلات چندگانه روان پزشکی و نمونه‌هایی از بیماران دارای افسردگی با مقاومت بالا و اختلالات شخصیت موثر واقع شده است (۳۴).

برطبق مطالب مطرح شده می‌توان گفت، با وجود اینکه مولفه‌های تحقیق، در مطالعات متعددی مورد بررسی قرار گرفته‌اند اما ترکیب متغیرهای موجود در پژوهش حاضر در هیچ مطالعه مستقلی تاکنون به کار گرفته نشده است. همچنین در هیچ مطالعه‌ای میزان اثربخشی دو روش درمانی فوق بر اختلال وسواس فکری - عملی بررسی نشده است لذا، هدف کلی از مطالعه فوق این است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر استحکام من در زنان مبتلاء به اختلال وسواس فکری - عملی مورد مقایسه قرار گیرد.

روش پژوهش:

^۱ Leiper, Maltby

^۲ Disclosure

این پژوهش، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل، کلیه بیماران مراجعه کننده به مراکز مشاوره بیمارستان اعصاب و روان مهر، امام رضا و مرکز بهداشت خرم آباد در نیمه دوم سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بودند که از این جامعه ۴۲ شرکت کننده با در نظر گرفتن معیار ورود (کسب نمره ۲۰ و بالاتر از آن در پرسشنامه وسواس فکری - عملی؛ عدم مصرف داروهای اختلال وسواس؛ یکسان بودن طول مدت ابتلاء به اختلال وسواس؛ عدم ابتلاء به سایر اختلالات روانشناختی و شخصیتی) و ملاک‌های خروج از پژوهش (مصرف داروهای روانپزشکی و روان گردان؛ غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی؛ شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش) در سه گروه روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت (۱۴ نفر)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۳ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و در گروه‌های آزمایش و کنترل قرار داده شدند و به پرسشنامه‌ی استحکام روانی کلاف و همکاران (۲۰۰۲) در ۳ مرحله پاسخ دادند و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی ۸ جلسه بر اساس پروتکل درمانی بر شیوه‌ی هیز و همکارانش (۱۹۹۹) و گروه روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت بر اساس پروتکل درمان دوانلو (۲۰۰۰) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برنامه‌ریزی شد و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند و داده‌های بدست آمده توسط تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. ابزار پژوهش عبارت بود از:

مقیاس استحکام من: پرسشنامه‌ی استحکام روانی در سال ۲۰۰۲ توسط کلاف و همکاران^۱ ساخته شد. این مقیاس دارای ۴۸ سوال و ۶ خرده مقیاس (چالش، تعهد، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به نفس در توانایی‌ها و اعتماد به نفس فردی) در یک مقیاس ۵ امتیازی لیکرت از دامنه‌ی ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) مورد ارزیابی قرار گرفت. ضریب پایایی به روش آزمون-آزمون مجدد توسط کالف و همکاران (۳۵)، ۰/۹ و در این پژوهش‌های ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ برای آن گزارش شد. در این پژوهش، پایایی خرده مقیاس‌ها به روش آلفای کرونباخ تعیین و مقادیر زیر برای هر یک از خرده مقیاس‌ها بدست آمد: کنترل هیجان: ۰/۷۷، کنترل زندگی: ۰/۷۸، چالش: ۰/۷۸، تعهد: ۰/۷۴، اطمینان (توانایی‌ها): ۰/۷۸، و اطمینان (بین فردی): ۰/۷۵ در ضمن پایایی استحکام روان کلی نیز ۰/۹۳ بدست آمد (۳۵). ضرایب همبستگی محاسبه شده به‌شمارت (۳۶) برای ارزیابی همسانی درونی در خرده مقیاس‌های چالش، تعهد، کنترل هیجان، کنترل زندگی، اطمینان به توانایی‌ها و اطمینان و بین فردی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۰، ۰/۷۳، ۰/۷۲، ۰/۸۰ و ۰/۷۴ گزارش شدند. این مقیاس در تحقیقات مختلفی در داخل کشور بکار رفته است. در پژوهش حاضر پایایی این سازه با استفاده از آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های چالش، تعهد، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به نفس در توانایی‌ها و اعتماد به نفس فردی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۰، ۰/۷۳، ۰/۷۹ و ۰/۸۱ به دست آمد که نشان از پایایی مناسب پرسشنامه است.

درمان پذیرش و تعهد: در پژوهش حاضر، پروتکل درمانی بر مبنای شیوه‌ی هیز و همکارانش در سال ۱۹۹۹ تدوین شد. این برنامه در ۸ هفته هر هفته ۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای بیماران مبتلاء به وسواس فکری - عملی توسط درمانگر اجرا شد.

جدول ۱. شرح بسته درمان پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محتوای جلسات
اول	مصاحبه و ارزیابی، توضیح شرایط و فرایند درمان توضیح الگوی زیربنایی ACT	آموزش و اجرای تمرینات ذهن آگاهی که در هر جلسه لازم اجرا است، تغییر از طریق استفاده از تمرین ناامیدی خلق، تمرین پوشش سخت برای توضیح روند درمان

^۱ Clough, Earle, Sewell

دوم	توضیح مفهوم پذیرش و زندگی در اکنون	تمرین ذهن آگاهی، در این جلسه از رضایت، رنج اولیه و ثانویه صحبت می‌شود، استفاده از تمثیل شخص ولگرد، استفاده از تمثیل پیاده‌روی در باران
سوم	توضیح مفهوم خود زمینه‌ای	تمرین ذهن آگاهی، بافتار انگاشتن خویشتن، تمثیل ریگ های روان، تیشه زدن به ریشه دلیل یابی زدن، استفاده از تکنیک ناهم آمیزی
چهارم	توضیح مفهوم گسلس از تهدیدهای زبانی	تمرین ذهن آگاهی، بافتار انگاشتن خویشتن، تمرین رویارویی با آدم آهنی غول پیکر، روش رو کردن "بله، اماها"
پنجم	سنجش اولیه ارزش‌ها و توضیح اهداف	تمرین ذهن آگاهی، تمرین فرونشانی افکار
ششم	روشن‌سازی ارزش‌ها	تمرین ذهن آگاهی، قطب نمای ارزش‌ها اتوبوس، تعیین هدف، برنامه ریزی فعالیت
هفتم	توضیح مفهوم عمل متعهدانه	تمرین ذهن آگاهی، تمرین مشاهده گر، تمثیل صفحه شطرنج
هشتم	ختم جلسات و نتیجه گیری با هدف آمادگی برای عود تا پیشگیری از عود	تمرین محتوا روی کارت، تکالیف مادام العمر زندگی را زندگی کنیم.

روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده: در پژوهش حاضر از مدل درمان براساس پروتکل درمان دوانلو طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی بیماران به اختلال سواس فکری - عملی انجام شد. هدف و محتوای جلسات مطابق دستورنامه روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت، یعنی مراحل هفت گانه پرسش در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دست یابی مستقیم به ناهشیار، تحلیل انتقال و کاوش پویشی در ناهشیار تدوین شده است.

جدول ۲: شرح بسته روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده در ۸ جلسه

جلسه	هدف	محتوای جلسات
اول	معارفه، پرسش از مشکل بیمار	توالی پویشی ابتدا با پرسش درباره مشکل بیمار آغاز می‌شود. در اینجا توانایی بیمار در پاسخگویی و کاوش در خصوص ماهیت و عوامل مشکلش مشخص می‌شود
دوم	تکنیک فشار	معمولاً بیمار مشکلات و علائم خود را به صورت مبهم و نامشخص بیان می‌کند. در این مرحله بیمار در برابر فشار درمانگر برای پاسخ‌های مشخص‌تر و دقیق‌تر و شناخت ماهیت واقعی احساسات تجربه شده مانند خشم مقاومت نشان می‌دهد و درمانگر با درخواست شناخت دقیق و کامل چگونگی تجربه درونی بیمار از احساسات خود فشار را افزایش می‌دهد.
سوم	چالش با مقاومت	به دنبال فشار درمانگر بین مقاومت بیمار (میل به فرار از درد) و پیمان درمانی (میل به رهایی از مشکل) تعارض درون روانی ایجاد می‌شود و دفاع‌های تاکتیکی و اصلی فعال می‌شوند. در این مرحله درمانگر ماهیت و پیامد آنها را برای بیمار روشن می‌کند و با مقابله کردن و سد کردن آنها، به چالش با آنها می‌پردازد.
چهارم	تجلی مقاومت انتقالی و چالش با آن	چالش با مقاومت به برانگیختگی احساسات پیچیده انتقالی منجر می‌شود. درمانگر در این مرحله نیز با استفاده از روش‌های سازی و چالش در شکستن سیستم‌های دفاعی وابسته به انتقال می‌کوشد. در این فرایند تنش درونی بین مقاومت و پیمان درمانی به

حداکثر خود می رسد و این فرایند ادامه می یابد تا پیمان درمانی بر مقاومت غلبه کند و امکان رخنه در مواد آسیب شناختی ناهشیار بیمار فراهم گردد.			
در این مرحله بیمار احساسات انتقالی خود را بطور واقعی لمس می کند. بهره گیری از تخیل برای به تصویر کشیدن تکانه روشی است که در این مرحله برای دسترسی بیمار به تجربه کامل و ابراز هیجانات بکار می رود. در نتیجه درمانگر و بیمار هردو می توانند نیروهای پویایی آسیب شناختی را بطور مستقیم مشاهده کنند.	دستیابی به ناهشیار با غلبه پیمان درمانی بر مقاومت	پنجم	
در این مرحله درمانگر با بکارگیری مثلث تعارض و مثلث شخص انتقال را تحلیل می کند. درمانگر همچنین شباهت ها و تمایزهای روش بیمار در دفاع از احساسات دردناک و اضطراب آور در روابط کنونی، گذشته و انتقالی وی را تحلیل می کند تا بیمار نسبت به سبک دفاع های خود در برابر احساسات و مشکلاتی که برای خود ایجاد می کرده بینش یابد تا بتواند از دفاع ها دست بردارد.	تحلیل انتقال	ششم	
در این مرحله به دلیل تسلط کامل پیمان درمانی رخنه های مکرر در احساسات ناهشیار رخ می دهد و احساسات ناهشیار خشم، گناه، اندوه و عشق افشای و تجربه می شوند. در این مرحله درمانگر فرایند توالی پویایی را تحلیل و تلخیص می کند و بینشی را که بیمار بدست آورده، مستحکم می سازد.	کاوش پویایی در ناهشیار	هفتم	
جمع بندی نهایی، اجرای مجدد پرسشنامه ها، تقدیر و تشکر و پایان دادن به درمان	جمع بندی و اتمام	هشتم	

یافته ها:

در این پژوهش ۴۲ شرکت کننده در سه گروه روان درمانی پویایی کوتاه مدت (۱۴ نفر)، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۳ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) حضور داشتند. میانگین و انحراف استاندارد سنی شرکت کنندگان در گروه روان درمانی پویایی کوتاه مدت به ترتیب برابر با ۳۱/۷۹ و ۳/۹۱ سال، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به ترتیب برابر با ۲۹/۳۱ و ۵/۴۴ سال و در گروه کنترل برابر با ۳۲/۲۷ و ۵/۲۲ سال بود. در گروه روان درمانی پویایی ۴ مرد و ۱۰ زن، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳ مرد و ۱۰ زن و در گروه کنترل ۴ مرد و ۱۱ زن حضور داشتند. در گروه روان درمانی پویایی میزان تحصیلات ۲ نفر از شرکت کنندگان زیردیپلم، ۷ نفر دیپلم، ۱ نفر لیسانس و ۳ نفر بالاتر از لیسانس بود. در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد میزان تحصیلات ۳ نفر از شرکت کنندگان زیردیپلم، ۵ نفر دیپلم، ۲ نفر لیسانس و ۳ نفر بالاتر از لیسانس بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۳ نفر از شرکت کنندگان زیردیپلم، ۸ نفر دیپلم، ۱ نفر لیسانس و ۳ نفر بالاتر از لیسانس بود. در گروه روان درمانی پویایی ۶ نفر مجرد و ۸ نفر متاهل بودند، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴ نفر مجرد، ۷ نفر متاهل و ۲ نفر از همسر خود جدا شده بودند و در گروه کنترل ۵ نفر مجرد، ۹ نفر متاهل و ۱ نفر از همسر خود جدا شده بود. جدول ۳ میانگین، انحراف استاندارد و شاخص شاپیرو-ویلک (سطح معناداری) هر یک از مؤلفه های استحکام من را در شرکت کنندگان گروه های پژوهش، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می دهد.

جدول ۳: میانگین، انحراف استاندارد و مقادیر شاپیرو-ویلک (سطح معناداری) هر یک از مؤلفه ها					
متغیر	مؤلفه	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
χ^2	چالش	پذیرش و تعهد	$3/80 \pm 17/61$	$4/21 \pm 26/46$	$4/26 \pm 26/79$

۳/۷۸ ± ۲۳/۵۰	۳/۸۷ ± ۲۴/۷۱	۳/۷۵ ± ۱۶/۴۳	روان درمانی پویایی	
۲/۶۳ ± ۱۷/۲۷	۲/۷۶ ± ۱۷/۸۰	۲/۲۶ ± ۱۶/۶۰	گروه کنترل	
۶/۵۱ ± ۳۴/۱۵	۶/۳۶ ± ۳۶/۱۵	۴/۱۶ ± ۲۲/۱۵	پذیرش و تعهد	تعهد
۵/۹۶ ± ۲۹/۱۴	۴/۸۷ ± ۳۱/۲۸	۵/۲۰ ± ۲۲/۸۶	روان درمانی پویایی	
۵/۱۹ ± ۲۳/۷۳	۶/۸۷ ± ۲۵/۱۳	۵/۲۸ ± ۲۴/۴۰	گروه کنترل	
۳/۶۸ ± ۲۳/۹۲	۳/۴۹ ± ۲۴/۶۹	۳/۶۰ ± ۱۷/۴۶	پذیرش و تعهد	کنترل
۴/۴۲ ± ۲۴/۵۰	۴/۷۳ ± ۲۲/۹۳	۳/۴۰ ± ۱۶/۲۱	روان درمانی پویایی	هیجانی
۳/۵۱ ± ۱۷/۲۰	۴/۳۶ ± ۱۸/۰۷	۳/۷۷ ± ۱۸/۳۳	گروه کنترل	
۳/۸۴ ± ۲۵/۵۳	۴/۱۷ ± ۲۳/۴۵	۴/۴۲ ± ۱۵/۷۶	پذیرش و تعهد	کنترل
۳/۵۶ ± ۲۱/۹۲	۴/۱۰ ± ۲۰/۷۹	۳/۲۱ ± ۱۶/۰۰	روان درمانی پویایی	زندگی
۳/۷۰ ± ۱۶/۳۳	۳/۲۵ ± ۱۷/۰۰	۳/۰۲ ± ۱۷/۵۳	گروه کنترل	
۴/۶۸ ± ۳۱/۶۹	۵/۰۳ ± ۳۲/۸۴	۵/۶۶ ± ۱۹/۶۹	پذیرش و تعهد	اعتماد
۴/۰۹ ± ۲۸/۲۱	۴/۱۱ ± ۲۹/۸۶	۵/۹۱ ± ۲۰/۵۰	روان درمانی پویایی	به
۳/۷۸ ± ۲۰/۴۷	۴/۱۴ ± ۲۲/۹۳	۴/۱۶ ± ۲۱/۸۰	گروه کنترل	توانایی
				های
				خود
۳/۴۲ ± ۲۳/۷۷	۳/۵۸ ± ۲۳/۰۰	۳/۵۴ ± ۱۴/۹۲	پذیرش و تعهد	اعتماد
۴/۰۰ ± ۲۲/۱۴	۳/۳۰ ± ۲۲/۳۶	۳/۳۱ ± ۱۵/۷۱	روان درمانی پویایی	بین
۳/۲۹ ± ۱۷/۱۳	۳/۴۳ ± ۱۸/۰۷	۳/۰۷ ± ۱۷/۰۰	گروه کنترل	فردی
(۰/۹۳۷) ۰/۹۷۴	(۰/۵۰۲) ۰/۹۴۳	(۰/۳۴۴) ۰/۹۳۰	پذیرش و تعهد	چالش
(۰/۶۲۴) ۰/۹۵۴	(۰/۲۶۵) ۰/۹۲۶	(۰/۰۳۲) ۰/۸۶۱	روان درمانی پویایی	
(۰/۴۳۶) ۰/۹۴۴	(۰/۲۷۱) ۰/۹۲۹	(۰/۶۲۱) ۰/۹۵۶	گروه کنترل	
(۰/۵۵۸) ۰/۹۴۷	(۰/۵۸۶) ۰/۹۴۹	(۰/۷۸۱) ۰/۹۶۲	پذیرش و تعهد	تعهد
(۰/۱۶۹) ۰/۹۱۲	(۰/۶۶۸) ۰/۹۵۷	(۰/۲۸۸) ۰/۹۲۸	روان درمانی پویایی	
(۰/۱۱۴) ۰/۹۰۵	(۰/۳۷۹) ۰/۹۴۰	(۰/۴۰۶) ۰/۹۴۲	گروه کنترل	
(۰/۵۰۷) ۰/۹۴۴	(۰/۲۶۰) ۰/۹۲۱	(۰/۲۰۱) ۰/۹۱۳	پذیرش و تعهد	کنترل
(۰/۰۸۲) ۰/۸۹۰	(۰/۱۹۶) ۰/۹۱۷	(۰/۳۱۶) ۰/۹۳۱	روان درمانی پویایی	هیجانی
(۰/۴۱۵) ۰/۹۴۳	(۰/۱۳۰) ۰/۹۰۹	(۰/۲۷۶) ۰/۹۳۰	گروه کنترل	
(۰/۴۶۸) ۰/۹۴۱	(۰/۲۰۷) ۰/۹۱۴	(۰/۲۲۱) ۰/۹۱۶	پذیرش و تعهد	کنترل
(۰/۹۸۵) ۰/۹۸۲	(۰/۵۲۰) ۰/۹۴۷	(۰/۴۵۸) ۰/۹۴۳	روان درمانی پویایی	زندگی
(۰/۱۴۸) ۰/۹۱۳	(۰/۵۵۱) ۰/۹۵۲	(۰/۳۹۴) ۰/۹۴۱	گروه کنترل	
(۰/۰۴۳) ۰/۸۶۴	(۰/۳۶۲) ۰/۹۳۲	(۰/۸۲۶) ۰/۹۶۵	پذیرش و تعهد	اعتماد به
(۰/۴۴۹) ۰/۹۴۲	(۰/۸۴۵) ۰/۹۶۸	(۰/۹۹۵) ۰/۹۸۵	روان درمانی پویایی	توانایی
(۰/۰۶۱) ۰/۸۸۷	(۰/۵۱۸) ۰/۹۵۰	(۰/۰۵۶) ۰/۸۸۵	گروه کنترل	های خود

شاپیرو - و بلک (سطح معناداری)

اعتماد	پذیرش و تعهد	۰/۱۳۳) ۰/۹۰۰	۰/۹۷۳) ۰/۹۲۳	۰/۹۴۸) ۰/۵۷۰)
بین	روان درمانی پویشی	۰/۶۸۵) ۰/۹۵۸	۰/۸۹۹) ۰/۱۰۹	۰/۳۹۳) ۰/۹۳۸
فردی	گروه کنترل	۰/۰۷۲) ۰/۸۹۲	۰/۱۴۲) ۰/۹۱۱	۰/۳۸۷) ۰/۹۴۰

جدول ۳ نشان می‌دهد که در دو گروه آزمایش میانگین نمرات مؤلفه‌های ششگانه استحکام من در مراحل پس از آزمون و پیگیری افزایش یافته است. در مقابل تغییرات مشابهی در مراحل مزبور در گروه کنترل مشاهده نشد. جدول ۱ نشان می‌دهد که ارزش شاپیرو-ویلک مربوط به مؤلفه چالش ($P=0/032$) در گروه روان درمانی پویشی در مرحله پیش آزمون و اعتماد به توانایی‌های خود ($P=0/043$) در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مرحله پیگیری معنادار است. اگرچه این مطلب بیانگر توزیع غیر نرمال آن دو مؤلفه در گروه و مرحله یاد شده است، با وجود این با توجه به سطح معناداری به دست آمده برای شاخص شاپیرو-ویلک، حجم نمونه نزدیک در گروه‌ها و مقاومت آزمون‌های آماری تحلیل واریانس در برابر انحراف از مفروضه‌ها می‌توان انتظار داشت که این مقدار انحراف از مفروضه نتایج تحلیل را بی اعتبار نسازد.

در این پژوهش برای ارزیابی مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای وابسته از آزمون لون^۱ استفاده شد و نتایج نشان داد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به هیچ یک از مؤلفه‌ها در گروه‌ها و در سه مرحله معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا در بین داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش برقرار بود. در ادامه مفروضه‌های همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته با استفاده از آماره ام‌باکس و شرط کرویت یا مفروضه برابری ماتریس کوواریانس خطاها با استفاده از تست موخلی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون مفروضه‌های برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

متغیر	برابری ماتریس واریانس کوواریانس‌ها			برابری ماتریس کوواریانس خطا		
	M.Box	F	p	شاخص موخلی	χ^2	p
چالش	۱۵/۷۷	۱/۱۶	۰/۲۳۰	۰/۹۸۸	۰/۴۸	۰/۷۸۸
تعهد	۱۳/۰۶	۰/۹۷	۰/۴۸۰	۰/۹۳۹	۲/۴۱	۰/۳۰۰
کنترل هیجانی	۱۳/۶۷	۱/۰۱	۰/۴۳۶	۰/۹۳۱	۲/۷۰	۰/۲۵۹
کنترل زندگی	۱۶/۴۱	۱/۲۱	۰/۲۶۷	۰/۹۵۱	۱/۸۹	۰/۳۸۸
اعتماد به توانایی‌های خود	۱۴/۱۴	۱/۰۵	۰/۴۰۴	۰/۹۲۳	۳/۰۵	۰/۲۱۸
اعتماد بین فردی	۱۰/۲۳	۰/۷۶	۰/۶۹۷	۰/۸۴۳	۶/۵۷	۰/۰۳۷

نتایج تحلیل در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که شاخص آماره ام‌باکس برای هیچ یک از مؤلفه‌های استحکام من معنادار نیست. این مطلب بیانگر برقراری مفروضه همگنی ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته در بین داده‌هاست. همچنین جدول ۴ نشان می‌دهد که ارزش مجذور کای حاصل از تست موخلی برای مؤلفه اعتماد بین فردی ($P=0/037$) معنادار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای آن مؤلفه برقرار نبوده و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن نمرات با استفاده از روش گیسر-گرینهوس اصلاح شد.

پس از ارزیابی مفروضه‌های تحلیل و اطمینان از برقراری آنها، داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد. جدول ۵ نتایج تحلیل چند متغیری در مقایسه اثر اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر مؤلفه‌های استحکام من را نشان می‌دهد.

^۱. Leven

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیرهای مستقل بر استحکام من

متغیر وابسته	لامبدای ویلکز	F	df	P	η^2	توان آزمون
چالش	۰/۵۸۲	۵/۲۶	۴ و ۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۳۷	۰/۹۷۹
تعهد	۰/۵۹۶	۵/۶۱	۴ و ۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۲۸	۰/۹۷۲
کنترل هیجانی	۰/۴۶۹	۸/۷۴	۴ و ۷۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵	۰/۹۹۹
کنترل زندگی	۰/۵۳۲	۷/۰۶	۴ و ۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۷۱	۰/۹۹۳
اعتماد به توانایی‌های خود	۰/۵۶۶	۶/۲۶	۴ و ۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۴۸	۰/۹۸۵
اعتماد بین فردی	۰/۵۳۷	۶/۹۳	۴ و ۷۶	۰/۰۰۱	۰/۲۶۷	۰/۹۹۲

منطبق بر نتایج جدول شماره ۵ اثر اجرای متغیرهای مستقل بر مؤلفه‌های چالش (لامبدای ویلکز = ۰/۵۸۲، F = ۵/۲۶، P = ۰/۰۰۱، η^2 = ۰/۲۳۷)، کنترل هیجانی (لامبدای ویلکز = ۰/۴۶۹، F = ۸/۷۴، P = ۰/۰۰۱، η^2 = ۰/۳۱۵)، کنترل زندگی (لامبدای ویلکز = ۰/۵۳۲، F = ۷/۰۶، P = ۰/۰۰۱، η^2 = ۰/۲۷۱)، اعتماد به توانایی‌های خود (لامبدای ویلکز = ۰/۵۶۶، F = ۶/۲۶، P = ۰/۰۰۱، η^2 = ۰/۲۴۸) و اعتماد بین فردی (لامبدای ویلکز = ۰/۵۳۷، F = ۶/۹۳، P = ۰/۰۰۱، η^2 = ۰/۲۶۷) جدول شماره ۶ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در مقایسه اثر اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی پویشی بر مؤلفه‌های استحکام من را نشان می‌دهد.

جدول ۶: نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر در مقایسه اثر متغیرهای مستقل بر استحکام من

متغیر	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	p	η^2
چالش	اثر گروه	۹۰۵/۵۲	۵۰۱/۴۱	۳۵/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۴۴
	اثر زمان	۶۶۳/۵۲	۴۸۷/۹۸	۵۳/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۷۶
	اثر تعاملی گروه × زمان	۳۶۵/۹۴	۹۴۱/۹۲	۷/۵۸	۰/۰۰۱	۰/۲۸۰
تعهد	اثر گروه	۸۵۹/۱۳	۱۱۱۶/۳۴	۱۵/۰۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳۵
	اثر زمان	۷۲۱/۸۷	۱۵۷۵/۱۰	۱۷/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۳۱۴
	اثر تعاملی گروه × زمان	۷۹۳/۴۶	۲۶۳۳/۲۹	۵/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۲۳۲
کنترل هیجانی	اثر گروه	۴۱۷/۵۸	۷۸۷/۲۵	۱۰/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۳۴۷
	اثر زمان	۴۳۰/۹۸	۴۵۷/۹۱	۳۶/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۵
	اثر تعاملی گروه × زمان	۴۲۸/۳۸	۱۰۱۳/۱۳	۸/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۲۹۷
کنترل زندگی	اثر گروه	۴۵۴/۷۲	۴۹۸/۹۷	۱۷/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷۶
	اثر زمان	۴۸۸/۷۶	۴۹۹/۸۲	۳۸/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۴

۰/۳۰۱	۰/۰۰۱	۸/۳۸	۱۱۰۴/۱۶	۴۷۴/۶۵	اثر تعاملی گروه×	اعتماد به توانایی های خود
زمان						
۰/۵۰۹	۰/۰۰۱	۲۰/۲۰	۸۷۳/۳۸	۹۰۴/۷۶	اثر گروه	اعتماد به توانایی های خود
۰/۴۴۵	۰/۰۰۱	۳۱/۲۳	۹۸۱/۱۰	۷۸۵/۶۵	اثر زمان	
۰/۳۲۸	۰/۰۰۱	۹/۵۴	۱۶۳۴/۴۹	۷۹۹/۴۰	اثر تعاملی گروه×	
زمان						اعتماد بین فردی
۰/۲۳۵	۰/۰۰۵	۶/۰۰	۸۱۱/۱۸	۲۴۹/۶۵	اثر گروه	
۰/۶۱۶	۰/۰۰۱	۶۲/۶۹	۳۴۳/۴۳	۵۵۲/۰۷	اثر زمان	
۰/۳۶۵	۰/۰۰۱	۱۱/۱۹	۵۷/۵۱	۳۲۹/۵۷	اثر تعاملی گروه×	اعتماد بین فردی
زمان						

جدول ۶ نشان می‌دهد که اثر تعاملی گروه× زمان برای مؤلفه های چالش ($F = ۷/۵۸$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۲۸۰$)، تعهد ($F = ۵/۸۸$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۲۳۲$)، کنترل هیجانی ($F = ۸/۲۵$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۲۹۷$)، کنترل زندگی ($F = ۰/۳۰۱$)، $\eta^2 = ۰/۳۶۵$)، اعتماد به توانایی های خود ($F = ۸/۳۸$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۳۲۸$) و اعتماد بین فردی ($F = ۹/۵۴$ ، $P = ۰/۰۰۱$ ، $\eta^2 = ۰/۳۶۵$)، استحضام من معنادار است. در ادامه جدول ۵ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی پویشی کوتاه مدت بر مؤلفه های استحضام من در سه گروه و در سه مرحله اجرا را نشان می‌دهد.

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مؤلفه های استحضام من

مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین	زمان ها	متغیر
۰/۰۰۱	۰/۷۹	-۶/۱۱	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۰/۷۷	-۵/۶۳	پیگیری	پیش آزمون
۱/۰۰	۰/۷۲	۰/۴۸	پیگیری	پس آزمون
۰/۰۰۱	۱/۱۲	-۷/۷۲	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۱/۳۹	-۵/۸۷	پیگیری	پیش آزمون
۰/۴۸۱	۱/۲۹	۱/۸۵	پیگیری	پس آزمون
۰/۰۰۱	۰/۷۲	-۴/۵۶	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۰/۷۵	-۴/۵۴	پیگیری	پیش آزمون
۱/۰۰	۰/۸۸	۰/۰۲	پیگیری	پس آزمون
۰/۰۰۱	۰/۹۱	-۳/۹۸	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۰/۷۸	-۴/۸۳	پیگیری	پیش آزمون
۰/۸۲۶	۰/۷۷	-۰/۸۵	پیگیری	پس آزمون
۰/۰۰۱	۱/۰۳	-۷/۸۸	پس آزمون	پیش آزمون
۰/۰۰۱	۱/۱۰	-۶/۱۳	پیگیری	پیش آزمون
۰/۱۴۲	۰/۸۶	۱/۷۵	پیگیری	پس آزمون

پیش آزمون	پس آزمون	۵/۲۶-	۰/۶۵	۰/۰۰۱	
پیش آزمون	پیگیری	۵/۱۴-	۰/۶۵	۰/۰۰۱	
پس آزمون	پیگیری	۰/۱۳	۰/۴۶	۱/۰۰	
متغیر	تفاوت گروه ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال	
چالش	پذیرش و تعهد	روان درمانی پویشی	۲/۰۷	۰/۸۰	۰/۰۴۰
	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۶/۳۹	۰/۷۸	۰/۰۰۱
	روان درمانی پویشی	گروه کنترل	۴/۳۳	۰/۷۶	۰/۰۰۱
تعهد	پذیرش و تعهد	روان درمانی پویشی	۳/۰۶	۱/۱۹	۰/۰۴۲
	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۶/۴۰	۱/۱۷	۰/۰۰۱
	روان درمانی پویشی	گروه کنترل	۳/۳۴	۱/۱۵	۰/۰۱۸
کنترل هیجانی	پذیرش و تعهد	روان درمانی پویشی	۰/۸۱	۱/۰۰	۱/۰۰
	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۴/۱۶	۰/۹۸	۰/۰۰۱
	روان درمانی پویشی	گروه کنترل	۳/۳۵	۰/۹۶	۰/۰۰۴
کنترل زندگی	پذیرش و تعهد	روان درمانی پویشی	۲/۰۲	۰/۸۰	۰/۰۴۶
	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۴/۶۳	۰/۷۸	۰/۰۰۱
	روان درمانی پویشی	گروه کنترل	۲/۶۲	۰/۷۶	۰/۰۰۵
اعتماد به توانایی های خود	پذیرش و تعهد	روان درمانی پویشی	۱/۸۹	۱/۰۵	۰/۲۴۲
	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۶/۳۴	۱/۰۳	۰/۰۰۱
	روان درمانی پویشی	گروه کنترل	۴/۴۶	۰/۹۸	۰/۰۰۱
اعتماد بین فردی	پذیرش و تعهد	روان درمانی پویشی	۰/۴۹	۱/۱۴	۱/۰۰
	پذیرش و تعهد	گروه کنترل	۳/۱۶	۱/۰۰	۰/۰۰۹
	روان درمانی پویشی	گروه کنترل	۲/۶۷	۰/۹۸	۰/۰۲۸

نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه های استحکام من در مراحل پیش آزمون- پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس آزمون - پیگیری غیر معنادار است. همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثرات گروه در جدول ۵ نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه های استحکام من در دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل معنادار است. به طوری که هر دو شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی پویشی کوتاه مدت منجر به افزایش میانگین نمرات مؤلفه های استحکام من شده و روند تغییر میانگین نمرات در جدول ۳ نشان می‌دهد که تغییرات ناشی از هر دو شیوه درمان بعد از گذشت دو ماه از مداخله همچنان پابرجا مانده است. نتایج جدول ۷ نشان داد که تفاوت اثر دو شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی پویشی بر مؤلفه های چالش ($p = 0/042$)، تعهد ($p = 0/042$) و کنترل زندگی ($p = 0/046$) استحکام من معنادار است. به طوری که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با روان درمانی پویشی کوتاه مدت میانگین آن مؤلفه ها را بیشتر افزایش داده است. براین اساس چنین نتیجه گیری شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با روان درمانی پویشی کوتاه مدت روش موثرتری برای افزایش استحکام من در بیماران مبتلاء به اختلال وسواس فکری - عملی است.

بحث و نتیجه گیری:

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر استحکام من در زنان مبتلاء به اختلال وسواس فکری - عملی انجام شد و نتایج نشان داد، تفاوت میانگین مؤلفه‌های استحکام من در مراحل پیش‌آزمون پس‌آزمون و پیش‌آزمون پیگیری به لحاظ آماری معنادار، اما تفاوت میانگین آن نمرات در مراحل پس‌آزمون پیگیری غیر معنادار است. همچنین، تفاوت میانگین مؤلفه‌های استحکام من در دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل معنادار است. به طوری که هر دو شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی پویایی کوتاه مدت منجر به افزایش میانگین نمرات مؤلفه‌های استحکام من شده و تغییرات ناشی از هر دو شیوه درمان بعد از گذشت دو ماه از مداخله همچنان پایدار مانده است. علاوه بر این، تفاوت اثر دو شیوه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و روان درمانی پویایی بر مؤلفه‌های چالش، تعهد و کنترل زندگی استحکام من معنادار است. به طوری که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت میانگین آن مؤلفه‌ها را بیشتر افزایش داده است. براین اساس چنین نتیجه‌گیری شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت روش موثرتری برای افزایش استحکام من در بیماران مبتلاء به اختلال وسواس فکری - عملی است.

نتایج حاصل با یافته‌های پژوهش اکبریان و همکاران (۱۱)، عنایت و همکاران (۱۷)، مقتدر و پاک‌سرشت (۹)، برزگر و همکاران (۱۳۹۷)، جنسن و همکاران (۲۳)، فلیو-سولر^۱ و همکاران (۱۶) همسو می‌باشد.

در تبیین اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استحکام من در بیماران وسواس می‌توان گفت در این رویکرد درمانی، باور بر این است که درد بخشی اجتناب‌ناپذیر از زندگی بوده که می‌توان آن را پذیرفت، در حالی که تلاش برای اجتناب از درد باعث رنج بیشتر می‌شود. مبارزه با درد به عنوان شکلی از عدم پذیرش یا مقاومت در برابر «آنچه هست» تلقی می‌شود. شدت رنج بستگی به میزان آمیختگی مراجع با افکار و هیجانات مرتبط با درد دارد (۱۹). مطالعات مرتبط نشان می‌دهند که اجتناب یک واکنش رایج به درد مزمن است و می‌تواند اشکال بی‌شماری داشته باشد، مانند اجتناب از کار یا فعالیتهای اجتماعی یا استفاده بیش از حد از الکل، غذا یا دارو. این روش اغلب در کوتاه‌مدت کمک می‌کند، اما در بلندمدت، اجتناب تجربی منجر به سرخوردگی، نارضایتی از زندگی و احساس بی‌اهمیتی می‌شود (۱۴).

در واقع، تکنیکهای پذیرش در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (مانند مشاهده و پذیرش افکار و هیجانات به همان شکلی که هستند) به تحمل درد کمک می‌کند. به نظر می‌رسد پذیرش درد نشان دهنده شکلی سازگارانه از مقابله با درد است که به موجب آن فرد به تجربیات مرتبط با درد بدون تلاش برای کنترل آن‌ها پاسخ می‌دهد و درگیر فعالیتهای ارزشمند و همچنین رسیدن به اهداف شخصی، بدون توجه به این تجربیات منفی می‌شود (۱۱). از این رو، استفاده از تکنیکهای پذیرش درد روشی مثبت برای تنظیم درد در نظر گرفته می‌شود که منجر به سطوح پایین‌تر شدت درد و ناتوانی ناشی از آن می‌شود.

یکی دیگر از فرایندهای انعطاف‌پذیری روانی، اقدام متعهدانه است. تعهد به انجام کارهایی که باید انجام شود، یک جزء کلیدی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۱۶). در این رویکرد، درمانگر به جای مبارزه با درد، بر حرکت به سمت یک زندگی حیاتی تأکید دارد. این فرایند به عنوان توانایی عملکرد مؤثر مطابق با ارزشهای شخصی در حضور تجربیات خصوصی منفی است (۱۹). در اکت مراجع می‌آموزد که بدون توجه به درد فعالیتهای ارزشمند خود مانند تماس اجتماعی، ورزش، روابط صمیمانه، نقشهای والدینی، کار حرفه‌ای یا مشارکت اجتماعی که به زندگی معنا می‌بخشند، را دنبال کند (یو ۱۱). بنابراین درمان پذیرش و تعهد بر کنترل درد تکیه نمی‌کند، بلکه به مراجعان کمک می‌کند تا درد و محدودیت‌های مرتبط با آن را بهتر بپذیرند، بر

^۱. Feliu-Soler

اساس ارزش‌های خود عمل کنند و اصولی را که در طول درمان آموخته‌اند، در زندگی روزمره خود ادغام کنند. بنابراین با اینکه هدف اکت کاهش درد نیست، اما منجر به کاهش درد می‌شود؛ زیرا بیماران به پذیرش بیشتر درد و تمرکز بیشتر روی جنبه‌های مهم زندگی خود می‌پردازند.

یافته‌های حاصل از تحلیل آماری نشان داد که روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر استحکام من در زنان مبتلاء به اختلال وسواس فکری - عملی نیز اثربخش است. در تبیین این یافته می‌توان گفت روان درمانی پویشی کوتاه مدت، روشی قابل اعتماد را برای برخورد شفقت‌آمیز با مقاومت، تقویت اراده و انگیزه بیماران برای رویارویی با گذشته و رهایی خود واقعی ابداع کرد. چیزی که دوانلو دید و درمان‌گران **ISTDP** همچنان شاهد آن هستند، این است که انسان‌ها قدرت، اراده و انگیزه ذاتی برای درمان دارند که حتی از ناتوان‌کننده‌ترین مشکلات سلامت روان قدرتمندتر است **ISTDP**، در اصل، روشی است که برای رها شدن نیروی شفابخشی که در درون هر یک از ما قابل ظهور است، طراحی شده است و تمام ظرفیت‌های آن را در درمان اعمال می‌کند. چیزی که در مورد **ISTDP** بسیار زیبا و الهام‌بخش است، کار با افرادی است که اغلب برای دهه‌ها تلاش کرده‌اند، ناگهان قدرت و اعتماد به نفس خود را برای تغییر زندگی خود به دست می‌آورند (۳۲). فرآیندهای ناهشیار می‌توانند منجر به اثرات منفی بر سلامت در هر سیستم بدنی شوند. از جمله دستگاه گوارش، سیستم قلبی عروقی، سیستم تنفسی، سیستم ایمنی، سیستم عضلانی و پوست. اضطراب و دفاع می‌تواند منجر به افزایش نگرانی در مورد بدن و تعاملات منفی با سیستم درمان و سلامت شود. علاوه بر این، این مشکلات به طور ثانویه می‌تواند منجر به ناتوانی و افسردگی شود. درمان‌گران **ISTDP** می‌دانند که مشکلات بیمار ناشی از دفاعی است که در پاسخ به اضطراب همراه با احساس ناخودآگاه ایجاد می‌شود. اضطراب و دفاع‌ها ممکن است برای شخصی که آنها را تجربه می‌کند کاملاً ناهشیار باشد. در نتیجه آن روابط مخرب، علائم جسمی و طیف وسیعی از علائم روان‌پزشکی باشد. بخش عمده‌ای از بیماران مبتلاء به اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد و مشکلات بین فردی بلاک شدن احساسات را دارند (۳۴).

از دلایل اقربخشی این روش درمانی این است که در ابتدا برای آشنایی بیمار با این فرآیندهای ناهشیار و سپس کمک به بیمار در جهت غلبه بر فرآیندهای مسدود هیجانی انجام می‌شود و این اغلب به معنای تمرکز همزمان بر احساساتی است که بیمار در اتاق درمان در طول مصاحبه دارد و به مسیرهایی اشاره می‌کند که بیمار از احساسات و ارتباط با درمانگر پرهیز می‌کند. هنگامی که این احساسات تجربه می‌شوند، تنش، اضطراب و سایر علائم فیزیکی و دفاعی به سرعت کاهش می‌یابد. سپس بیمار و درمان‌گر می‌توانند سائق‌های هیجانی محرکی را ببینند که از آنها دفاع می‌شد. پس از آن، ممکن است فرآیند بهبودی رخ دهد که در آن احساسات اجتناب شده قدیمی تجربه شده و از طریق آنها حل و فصل رخ دهد. این درمان "یک نسخه برای همه" نیست: این درمان برای هر فرد و میزان تحمل اضطراب او طراحی شده است. اگر بیمار تحمل بسیار کمی برای اضطراب داشته باشد، درمان ابتدا به ایجاد تحمل اضطراب و توانایی تامل در نشانه‌ها و افکار بدن کمک می‌کند. هنگامی که تحمل اضطراب بهبود یابد، بیمار شروع به تجربه ایمن احساسات می‌کند. در پایان یک درمان موفق، اضطراب جسمی و دفاع‌های اصلی از بین می‌روند. بنابراین سلامت و روابط بیمار آزادانه رشد می‌کنند همان‌گونه که پیش از ترومای اصلی بودند. این درمان و انواع آن به طور گسترده مورد بررسی قرار گرفته است. نشان داده شده است که برای افسردگی، اضطراب، علائم جسمی، سوء مصرف مواد، اختلالات خوردن و اختلال وسواس موثر است (۳۴).

محدودیت‌های پژوهش: این پژوهش مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی است که از جمله آنها می‌توان به تعداد نمونه، افراد مبتلاء به اختلال وسواس مراجعه کننده به بیمارستان بوده است و بنابراین امکان تعمیم نتایج به سایر بیماران با اختلالات نیمه بالینی وسواس را ندارد: محدودیت در انتخاب گروه نمونه با توجه به برخی از متغیرهای روان‌شناختی (مانند دانش و نگرش مراجعان درباره مداخلات درمانی، انتظارات و ذهنیت روان‌شناختی آنها) و جمعیت‌شناختی (مانند سطح تحصیلات و شرایط اقتصادی) از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر محسوب می‌شود، لذا پیشنهاد می‌گردد که افراد وسواس در جامعه مانند

سالمندان، بیماران جسمی، دانشجویان و دانش آموزان نیز انجام شود و علاوه بر آن در طولانی مدت تاثیر پیگیری را مورد بررسی قرار دهند.

ملاحظات اخلاقی: این مقاله برگرفته از پایان نامه دکتری تخصصی است و نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال سپاسگزاری را داشته باشند.

تضاد منافع: نویسندگان اظهار میدارند هیچگونه تعارض منافی در مورد این مطالعه وجود ندارد.

منابع:

1. Soluk Özdemir Y, Paker N, Şişmanoğlu Ataç N, Buğdaycı D, Öneş K. COVID-19-related anxiety and obsession levels in stroke patients and family caregivers and their effects on caregiver burden. *Neuropsychiatr.* 2024;38(1):24-31. English. doi:10.1007/s40211-024-00490-7. Epub 2024 Feb 5. PMID: 38315321.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. *N Engl J Med.* 2020;382(8):727-33. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2001017>.
3. Wang C, Pan R, Wan X, et al. A longitudinal study on the mental health of general population during the COVID-19 epidemic in China. *Brain Behav Immun.* 2020;87:40-8. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.028>.
4. Caycho-Rodríguez T, Rivera-Calcina R, Vilca LW, Carbajal-León C, Valencia PD, Yupanqui-Lorenzo DE, Arias Gallegos WL, Reyes-Bossio M, Oré-Kovacs N, Rojas-Jara C, Gallegos M, Polanco-Carrasco R, Cervigni M, Martino P, Lobos-Rivera ME, Moreta-Herrera R, Palacios Segura DA, Samaniego-Pinho A, Figares AB, Lee SA. Assessment of Obsessive Thoughts About COVID-19 in 7 Latin American Countries: Structure and Measurement Invariance of the Obsession With COVID-19 Scale. *OMEGA - Journal of Death and Dying.* 2023; 10(1): 97-117. <https://doi.org/10.1177/00302228231210148>
5. Boer D, Hanke K, He J. On detecting systematic measurement error in cross-cultural research: A review and critical reflection on equivalence and invariance tests. *Journal of Cross-Cultural Psychology.* 2018; 49(5): 713-743. <https://doi.org/10.1177/0022022117749042>
6. Aaycho-Rodríguez T, Tomás JM, Vilca LW, Carbajal-León C, Cervigni M, Gallegos M, Martino P, Barés I, Calandra M, Anaconda CAR, López-Calle C, Moreta-Herrera R, Chacón-Andrade ER, Lobos-Rivera ME, Del Carpio P, Quintero Y, Robles E, Lombardo MP, Recalde OG, Videla CB. Socio-demographic variables, fear of COVID-19, anxiety, and depression: Prevalence, relationships and explanatory model in the general population of seven Latin American countries. *Frontiers in Psychology.* 2021; 12 (7): 695-989. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.695989>
7. Abrams M, Chronos A, Milisavljevic Grdinic M. Childhood abuse and sadomasochism: New insights. *Sexologies.* 2022; 31(3): 240-259. <https://doi.org/10.1016/j.sexol.2021.10.004>.
8. Berger P, Berner W, Bolterauer J, Gutierrez K, Berger K. Sadistic personality disorder in sex offenders: Relationship to antisocial personality disorder and sexual sadism. *Journal of Personality Disorders.* 1999; 13(2): 175-186. <https://doi.org/10.1521/pedi.1999.13.2.175>.

9. Blasco-Belled A, Rogoza R, Alsinet C. Vulnerable narcissism is related to the fear of being laughed at and to the joy of laughing at others. *Personality and Individual Differences*. 2022; 190:111536. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2022.111536>.
10. Bougar MR, Nourimoghadam S, Soroushvala A, Khodarahimi S, Abdi M, Sadeghi M, Mazraeh N. The effects of attachment style and object relations on aggression in individuals with spousal violence: The mediating role of dark tetrad personality traits. *Current Psychology*. 2023; 1(4): 25-31. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-04912-7>.
11. Bradbury-Jones C, Isham L. The pandemic paradox: The consequences of COVID-19 on domestic violence. *Journal of Clinical Nursing*. 2020; 29(13–14): 2047–2049. <https://doi.org/10.1111/jocn.15296>.
12. Buckels EE. Multifaceted assessment of sadistic tendencies. In P. K. Jonason (Ed.), *Shining light on the dark side of personality: Measurement properties and theoretical advances*. 2023: 194–204.
13. Cazala F, Sajous-Turner A, Caldwell MF, Van Rybroek GJ, Kiehl KA, Harenski CL. Childhood trauma predicts sadistic traits and violent behavior in incarcerated youth. *Child Psychiatry and Human Development*. Advance online publication; 2023.
14. Chen S, Cheng Y, Zhao W, Zhang Y. Psychological pain in depressive disorder: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 2023; 32(13–14): 4128–4143. <https://doi.org/10.1111/jocn.16543>.
15. Chester DS, DeWall CN, Enjaian B. Sadism and aggressive behavior: Inflicting pain to feel pleasure. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2019; 45(8): 1252–1268. <https://doi.org/10.1177/0146167218816327>.
16. Einy S, Narimani M, Sadeghi-Movahhed F. Comparing the effectiveness of metallization-based therapy and cognitive-analytic therapy on ego strength and defense mechanisms in people with Borderline personality disorder. *Internal Medicine Today*. 2019; 25(4): 324–339. <http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-3183-en.html>.
17. Farmani A, Bougar MR, Khodarahimi S, Farahmand H. The incidence of psychosocial disturbances during the coronavirus disease-19 pandemic in an Iranian sample. *Current Psychology*. 2023; 42(10): 8562–8571. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02341-y>.
18. Hair J, Alamer A. Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM) in second language and education research: Guidelines using an applied example. *Research Methods in Applied Linguistics*. 2022; 1(3): 100027. <https://doi.org/10.1016/j.rmal.2022.100027>.
19. Heinze JE, Hsieh HF, Thulin EJ, Howe K, Miller AL, Zimmerman MA. Adolescent exposure to violence and intimate-partner violence mediated by mental distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*. 2021; 72: 101-215. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2020.101215>.
20. Kelly WE, Mathe JR. Revisiting trait and state predictors of nightmare frequency and nightmare distress. *Dreaming*. Advance online publication; 2024.
21. Byrne G, Cullen C. Acceptance and Commitment Therapy for Anger, Irritability, and Aggression in Children, Adolescents, and Young Adults: A Systematic Review of Intervention Studies. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2024; 25(2): 935-946. <https://doi.org/10.1177/15248380231167393>
22. Maughan AL, Lunskey Y, Lake J, Mills JS, Fung K, Steel L, Weiss JA. Parent, child, and family outcomes following Acceptance And Commitment Therapy for parents of autistic

- children: A randomized controlled trial. *Autism*. 2024; 28(2): 367-380.
<https://doi.org/10.1177/13623613231172241>
23. Han J, Feng S, Wang Z, He J, Quan H, Li C. The Effect of Maternal Trait Mindfulness on Preschoolers' Social Competence: The Chain-Mediating Role of Maternal Self-Control and Problematic Social Media Use. *Behav Sci (Basel)*. 2023; 13(10):805. [doi: 10.3390/bs13100805](https://doi.org/10.3390/bs13100805). [PMID: 37887455](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37887455/); [PMCID: PMC10604749](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/PMC10604749/).
 24. Poddar S, Sinha V K, Urbi M. Acceptance and commitment therapy on parents of children and adolescents with autism spectrum disorders. *Int J Educ Psychol Res*. 2024; 1 (13):221-5. Available <https://www.ijeprjournal.org/text.asp?2015/1/3/221/158331>
 25. Gallego A, Serrat M, Royuela-Colomer E, et al. Study protocol for a three-arm randomized controlled trial investigating the effectiveness, cost-utility, and physiological effects of a fully self-guided digital Acceptance and Commitment Therapy for Spanish patients with fibromyalgia, *Digital health*, 2024;10(11): 15-19 [doi:10.1177/20552076241239177](https://doi.org/10.1177/20552076241239177)
 26. Wiley JD, Reynolds J, Strate L, Porter A, Seymour P, Beach R, Patel R. Medicare inclusion of licensed mental health counselors and marriage and family therapists. *Journal of Rural Mental Health*. 2024; 48(2): 143–144. <https://doi.org/10.1037/rmh0000262>
 27. Sarlaki A, Farokhzad M, Khanzadeh F, Younesi Sinaki M, Razavi Mahdiiian SZ, Tayyar Parvin M. Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Object Relations, Anger, and Guilt in Women with Major Depressive Disorder. *Psychological Achievements*, 2024
 28. Farzadkia M, Farhangi A, Abolghasemi S. Comparing the Effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction and Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy in Reducing Intolerance of Uncertainty and Depression in Women with Fibromyalgia, *Women's Health Bulletin*. 2023; 10(1):44-51. [doi:10.30476/whb.2023.97334.1206](https://doi.org/10.30476/whb.2023.97334.1206)
 29. Agne R, Fiona M. Living in two worlds: A qualitative analysis of first-time mothers experiences of maternal ambivalence. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2023; 17(3): 1-15.
 30. Altmann U, Zimmermann A, Kirchmann HA, Kramer D, Fembacher A, Bruckmayer E, Pfaffinger I, Von Heymann F, Auch E, Steyer R, Strauss BM. Outpatient psychotherapy reduces health-care costs: A study of 22,294 insurant over 5 years. *Frontiers in Psychiatry*. 2016; 7(98): 103-119. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2016.00098>
 31. Amir I, Shefler G. The “Lechol Nefesh” project: Intensive and long term psychoanalytic psychotherapy in public mental health centers. *Psychoanalytic Inquiry*. 2020; 40(7): 536–549. <https://doi.org/10.1080/07351690.2020.1810528>.
 32. Attema AE, Brouwer WBF, Claxton K. Discounting in economic evaluations. *Pharmacoeconomics*. 2018; 36(7): 745–758. <https://doi.org/10.1007/s40273-018-0672-z>
 33. Federica V, Elia E, Chiara A, Carla G, Lucia B, Elisa Z, Patrizia Z, Paola S. A prospective randomized controlled trial of Psycho dermatology on the efficacy of Rilastil Difesa Sterile® cream in the hand eczema of healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Journal of Dermatological Treatment*. 2023; 34(7):1-29.
 34. Kwon P, Olson ML. Rumination and depressive symptoms: Moderating role of defense style immaturity. *Personality and Individual Differences*. 2023; 43(4):715-724.

35. Besharat M. Development and validation of ego strength scale: A preliminary study. *Journal of Psychological Science*. 2017; 15(60): 445-467. [URL: http://psychologicalscience.ir/article-1-163-fa.html](http://psychologicalscience.ir/article-1-163-fa.html)