

## اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی زنان سرپرست خانوار

### *The Effectiveness of Acceptance and Commitment therapy on Attachment Styles and Defensive Mechanisms of Female Heads of Households*

Sadaf Mohammadi

M.A. of Counseling, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

**Elaheh Khoshnevis (Corresponding author)**

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

Email: Elaheh.khoshnevis@gmail.com

**Shahrbanoo Jalaei**

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

**Abstract**

**Aim:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy on attachment styles and defense mechanisms of female headed households. **Method:** The method of doing a semi-experimental research with a pre-test post-test design with a control group. After selecting two experimental and control groups, acceptance and commitment therapy is given to the members of the experimental group for 8 sessions of 90 minutes and the control group does not receive any training. After the end of the eighth session, the questionnaire will be returned to the members of both groups (test and control). By completing the questionnaires, the data will be prepared and submitted to the subjects by statistical analysis. The statistical population of this study is women headed by households in Tehran (2018), the number of subjects under study was 30 after the questionnaire of higher-ranking mechanisms, were selected and then randomly divided into two experimental and control groups Any 15 people will be replaced. Data were analyzed by multivariate analysis of covariance using SPSS 23 software. **Results:** The results of this study indicate that the acceptance and commitment therapy and commitment to attachment styles and defense mechanisms of female head of household in Tehran is effective. acceptance and commitment therapy to attachment styles in female headed households in Tehran is effective (At the 0.05 error level). **Conclusion:** Considering the results, it can be concluded that the acceptance and commitment therapy can be an effective therapy to decrease the Attachment Styles and Defensive Mechanisms of Female Heads of Households through training concepts such as Identification of values, mindfulness and committed action.

**Keywords:** Acceptance and commitment therapy, attachment style, defense mechanisms.

صدف محمدی

کارشناسی ارشد مشاوره، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

الهه خوشنویس (نویسنده مسئول)

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد

اسلامی، تهران، ایران

Email: Elaheh.khoshnevis@gmail.com

شهربانو جلائی

استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد

اسلامی، تهران، ایران

چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی زنان سرپرست خانوار انجام شد. **روش:** روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایش با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش تمامی زنان سرپرست خانوار تحت پوشش مرکز بهزیستی شهرداری افسریه در سال ۱۳۹۷ بودند. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ۳۰ نفر از زنانی که دارای سبک دلبستگی ناایمن بودند (کسب نمره پایین‌تر از ۱۰ در مقیاس سبک دلبستگی ایمن) و در مقیاس مکانیزم‌های دفاعی نیز نمرات آنها ۲ انحراف معیار بالاتر از میانگین بود، انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایش در معرض ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی قرار گرفت. برای گروه کنترل مداخله‌ای صورت نگرفت. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه سبک دلبستگی سیمپسون (۱۹۹۰) و پرسشنامه مکانیزم‌های دفاعی آندروز و همکاران (۱۹۹۳) استفاده شد. داده‌های پژوهش توسط تحلیل کوواریانس چندمتغیری به وسیله نرم افزار آماری SPSS23 تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تمامی سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا و مکانیزم‌های دفاعی رشدیافته، رشدنا یافته و روان‌آزرده زنان سرپرست خانوار شهر تهران (در سطح خطای ۰/۰۵) موثر است. **نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج به‌دست‌آمده می‌توان نتیجه‌گیری نمود که درمان پذیرش و تعهد می‌تواند با آموزش مفاهیمی همچون شناسایی ارزش‌ها، ذهن‌آگاهی و عمل متعهدانه به عنوان یک درمان موثر برای بهبود سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی قلمداد شود.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سبک‌های دلبستگی، مکانیزم‌های

دفاعی، زنان سرپرست خانوار

## مقدمه

زنان سرپرست خانوار زنانی هستند که بدون حضور منظم یا حمایت یک مرد بزرگسال، سرپرستی خانواده را به عهده دارند و سرپرست خانواده به کسی اطلاق می‌شود که مسئولیت اداره اقتصادی خانواده را به دوش دارد و تصمیم‌گیری‌های عمده و حیاتی به عهده او است. زنان پس از بی‌سرپرست شدن، معمولاً در برابر یکسری مشکلات قرار می‌گیرند، مانند تأمین و مراقبت از کودک (اگر فرزندی داشته باشد)، یافتن سرپناهی مناسب، تأمین معیشت خانواده و دشواری‌های ناشی از اینکه او تنها بزرگسال خانواده است و باید نقش مادر و پدر را یکجا بازی کند. این گروه از زنان به دلیل پایین بودن درآمد نمی‌توانند مسکن مناسبی اجاره کنند و مجبورند در مناطق نامناسب که اجاره کمتری دارند سکونت داشته باشند که مشکلات فرهنگی خاص خود را در پی دارد یا سلامتی آنها در خانه‌های غیراستاندارد مورد تهدید قرار می‌گیرد (وینمان و لیورپول-تاسی<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). زنان بی‌سرپرست در جامعه ایران دارای مشکلات اقتصادی و اجتماعی فراوانی‌اند که این فرایند سبب ایجاد مشکلات روان‌شناختی، هیجانی، ارتباطی و فردی می‌گردد (فرزادفر، مولوی و آتش‌پور، ۱۳۸۵؛ شعبان‌زاده، بهرام‌آبادی، حاتمی، زهراکار، ۱۳۹۲؛ جمال، سپاه منصور و فلاحیان، ۱۳۹۲؛ آدات<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۹).

یکی از مفاهیمی که از بطن خانواده شکل می‌گیرد و ممکن است بر اساس درگیری زنان در فرایند سرپرستی خانواده دچار آسیب شود، مفهوم دلبستگی<sup>۳</sup> است (سالارمحمدی، ۱۳۹۵). دلبستگی، الگویی تفهیم یافته از پاسخ به روابط صمیمانه فرد است که تصور می‌شود که تجربیات قبلی روابط صمیمانه را منعکس می‌کند و در طول زمان ثبات نسبی دارد. همچنین دلبستگی به صورت الگوهای تفکر، احساس و رفتارهای شخصی در رابطه نزدیک با مراقب، شریک عاطفی و دیگر افراد صمیمی مانند دوستان تعریف شده است. منظور از دلبستگی به والدین احساس امنیت عاطفی نوجوان نسبت به والدین و میزان جستجو و استفاده نوجوان از آنان در شرایط تنش‌زا هست (فاکی و تابنر<sup>۴</sup>، ۲۰۱۹). عدم موفقیت در شکل‌گیری دلبستگی ایمن، می‌تواند تأثیرات منفی بر رفتارهای افراد برجای بگذارد. افرادی که مشکلات رفتاری شدید همچون بزهکاری و پرخاشگری برایشان تشخیص داده شده است، اغلب دچار مشکلات دلبستگی بوده‌اند (صدری، زارع بهرام‌آبادی و غیائی، ۱۳۹۵).

مشخصه‌هایی برای تشخیص دلبستگی و تمایز آن با سایر پیوندهای عاطفی معرفی شده که شامل جستجوی مجاورت، تأثیر پایگاه ایمن، اعتراض به جدایی، واکنش نسبت به تهدید، پاسخ خاص به شخص مورد دلبستگی، ثبات و عدم حساسیت به تجربه‌های مشترک با شخص مورد علاقه است (کبک، لیدک، کوهل، آلفرینک و کورت<sup>۵</sup>، ۲۰۱۷). افراد دارای دلبستگی ایمن آن دسته از افرادی هستند که نسبت به خود و دیگران نگرش مثبت دارند، در ارتباطاتشان متعهد

1. Wineman, Liverpool-Tasie

2. Audet

3. attachment

4. Fuchs, Taubner

5. kebeck, Liedtke, Kohl, Alferink, Kret

هستند و در روابط صمیمانه احساس راحتی می‌کنند (شانماگام، جووت و مایر<sup>۱</sup>، ۲۰۱۲). بزرگسالان دارای سبک دلبستگی دوسوگرا با عدم تعادل در احساسات و تعارضات بیشتر مشخص می‌شوند (کید، هامر و استپتو<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). این افراد میان نیاز قوی خود برای روابط نزدیک و صمیمانه از یک سو و احساس ناامنی از پاسخگویی دیگران به نیازهای خود و احتمال طرد شدن از سوی دیگران درمانده هستند و بالاخره بزرگسالان دارای سبک دلبستگی اجتنابی دارای هراس از نزدیکی و صمیمیت هستند و به هیچ عنوان خواهان نزدیکی هیجانی نبوده و خودمختاری را ترجیح می‌دهند (مورلی و موران<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱).

یکی از متغیرهایی که با سبک دلبستگی افراد رابطه دارد، مکانیزهای دفاعی است (پاکوفته و اخلاقی، ۱۳۹۶؛ بشارت، ۱۳۹۶). چنانکه افراد دارای سبک دلبستگی ایمن بیش از افراد دارای سبک دلبستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته استفاده کرده و افراد دارای سبک دلبستگی نایمن و نایمن دوسوگرا بیش از افراد دارای سبک دلبستگی ایمن از مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته و نورتیک استفاده می‌کنند (بشارت، ۱۳۹۶). مشخص شده است که افراد مبتلا به اختلال‌های روانی، دارای سبک‌های دفاعی رشد نیافته و غیرانطباقی، و در جمعیت غیربالینی سبک‌های دفاعی به مراتب رشد یافته‌تر است (بابل<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). احمد، ساین و کامال<sup>۵</sup> (۲۰۱۹) در پژوهشی دریافت که افرادی که مکانیسم‌های دفاعی پخته را بکار می‌برند با فشار روانی به خوبی کنار آمده و سازگارانه به تعارض پاسخ می‌دهند. برودی، هود و هس<sup>۶</sup> (۲۰۱۰) در پژوهش خود در مورد مکانیسم‌های دفاعی در زنان به این نتیجه دست یافت زمانی که زنان از مکانیسم‌های دفاعی رشدیافته در برابر اتفاقات بد استفاده می‌کنند اضطراب آنها بسیار کمتر از زمانی می‌شود که مکانیسم‌های دفاعی رشد نیافته را به کار می‌گیرند.

تاکنون روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی برای بهبود شاخص‌های مرتبط با سلامت روان زنان سرپرست خانواده بکار گرفته شده است. یکی از درمان‌های پرکاربرد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۷</sup> است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که توسط هیز (۲۰۰۴) معرفی شد، با استفاده از شش فرایند مرکزی منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در مراجعین می‌شود. پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، شش فرایندی است که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرد (ایزدی، عسگری، نشاط دوست، عابدی، ۱۳۹۱). شیوه به کارگیری این شش فرایند بدین صورت است که در ابتدای درمان تلاش می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی افزایش یابد. در گام دوم آگاهی روان‌شناختی فرد نسبت به زمان حال در کانون توجه قرار گرفته و نسبت به افزایش آن اقدام می‌شود. در قدم سوم جداسازی فرد از تجارب ذهنی مورد هدف است، به شکلی که بتواند عمل مستقل از تجارب را در خود نهادینه کند. در گام چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز بر خودتجسمی که فرد

<sup>۱</sup>. Shanmugam, Jowett, Meyer

<sup>۲</sup>. Kidd, Hamer, Steptoe

<sup>۳</sup>. Morley, Moran

<sup>۴</sup>. Babl

<sup>۵</sup>. Ahmad, Singh, Kamal

<sup>۶</sup>. Brody, Houde, Hess

<sup>۷</sup>. Acceptance and Commitment Therapy

برای خود در ذهنش ساخته، است. در قدم پنجم، به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را شناخته و به طور واضح مشخص سازد. در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه به همراه پذیرش تجارب ذهنی (پورفرج‌عمران، ۱۳۹۰). در درمان مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری کاهش نشانگان اختلال به شکل مستقیم مورد هدف قرار می‌گیرد، در حالی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات و احساسات روان‌شناختی مورد هدف قرار می‌گیرد و فعالیت‌های معنادار زندگی بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌شود (کروسبی و توهینگ<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶).

نتایج پژوهش‌های پیشین کارآیی بالینی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را نشان داده است. چنانکه پژوهشگرانی همچون اصلی‌آزاد، منشئی و قمرانی (۱۳۹۸)؛ پورفراهانی، احمدبرآبادی و حیدرنیا (۱۳۹۷)؛ روحی و جربه کار (۱۳۹۷)؛ بارت-نیلور، گرسول و داوسون<sup>۲</sup> (۲۰۱۸)؛ پلگر<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۱۸)؛ فلجاس-کانتراس و گومز<sup>۴</sup> (۲۰۱۸)؛ اون، لی و توهینگ<sup>۵</sup> (۲۰۱۸)؛ توهینگ و همکاران (۲۰۱۸)؛ الینبرگ، هافمن، جنسن و فروستهولم<sup>۶</sup> (۲۰۱۷)؛ یو، نورتن و مک کریکن<sup>۷</sup> (۲۰۱۷)؛ ورسب و همکاران<sup>۸</sup> (۲۰۱۶)؛ و توهینگ و همکاران (۲۰۱۵) در نتایج پژوهش خود گزارش کرده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به کاهش آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی در افراد مختلف شود.

ضرورت انجام پژوهش حاضر را می‌توان در این نکته بیان نمود که زنان سرپرست خانوار به دلیل عدم حمایت مناسب از سوی اطرافیان، فشار و تیدگی روان‌شناختی و هیجانی فراوانی را تجربه می‌کنند که این فرایند منجر به آسیب به فرایند دلبستگی و چگونگی بهره‌گیری از مکانیسم‌های دفاعی در آنها می‌شود. این روند سبب می‌شود تا لزوم توجه به این گروه از جامعه برجسته شود. چرا که عدم توجه مناسب و عدم استفاده از درمان‌های روان‌شناختی کارآ برای این گروه، آنها به مرور توانایی روان‌شناختی خود را از دست داده و دچار آسیب مضاعف می‌شوند. با توجه به موارد ذکر شده در مورد آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی زنان سرپرست خانوار، به نظر می‌رسد که بکارگیری روش‌های درمانی مناسب برای این افراد ضروری است. علاوه بر این تاکنون پژوهشی با عنوان بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی زنان سرپرست خانوار انجام نشده است. بنابراین هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی زنان سرپرست خانوار تاثیر است.

<sup>1</sup>. Crosby, Twohig

<sup>2</sup>. Barrett-Naylor, Gresswell, Dawson

<sup>3</sup>. Pleger

<sup>4</sup>. Flujas-Contreras, Gomez

<sup>5</sup>. Ong, Lee, Twohig

<sup>6</sup>. Eilenberg, Hoffmann, Jensen, Frosthalm

<sup>7</sup>. Yu, Norton, McCracken

<sup>8</sup>. Wersebe

## روش

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان سرپرست خانوار شهرستان تهران بود. برای انتخاب نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. دلیل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم تمایل همه افراد جامعه آماری به حضور در پژوهش و عدم دسترسی کامل به آنها بود. به این منظور ابتدا از ۹۱ نفر از زنان سرپرست خانوار تحت پوشش مرکز بهزیستی شهدای افسریه که در ۳ ماهه دوم سال ۱۳۹۷ به این مرکز مراجعه کرده‌اند خواسته شد تا به پرسشنامه‌های سبک دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی پاسخ دهند و سپس ۳۰ نفر از زنانی که دارای سبک دلبستگی ناایمن بودند (نمرات پایین‌تر از ۱۰ در بعد دلبستگی ایمن) و در مقیاس مکانیزم‌های دفاعی نیز نمرات آنها ۲ انحراف معیار بالاتر از میانگین (نمرات بالاتر از ۱۰ در زیرمقیاس‌های مکانیزم‌های دفاعی) بود، به شیوه دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در گروه آزمایش و کنترل (هر کدام ۱۵ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از نداشتن همسر (به دلیل فوت، بیماری، از کارافتادگی، زندانی یا متواری بودن)، به عهده داشتن سرپرستی فرزند/ فرزندان، رضایت به شرکت داشتن در طرح، دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، حداقل سطح تحصیلات سیکل، داشتن دلبستگی ناایمن و استفاده از مکانیزم‌های دفاعی رشدنا یافته و روان‌آزرده. همچنین عدم تمایل به ادامه روند درمان گروهی، غیبت بیش از سه جلسه و عدم انجام تکالیف مشخص شده به عنوان معیارهای خروج تعریف شدند. به علت غیبت‌های مکرر (۵ جلسه) دو نفر از شرکت‌کننده گان گروه آزمایش، داده‌های آنها از تحلیل حذف شد. بر این اساس حجم نمونه به ۲۸ نفر کاهش یافت (۱۳ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل). گروه آزمایش در معرض ۸ جلسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گروهی قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اتمام جلسات برای هر دو گروه پس‌آزمون اجرا شد و نمرات در پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد مقایسه قرار گرفت.

## ابزار

پرسشنامه مکانیزم‌های دفاعی<sup>۱</sup>: این ابزار توسط آندروز<sup>۲</sup> و همکاران در سال ۱۹۹۳ طراحی شده و دارای ۴۰ سوال است که ۲۰ مکانیزم دفاعی در سه سطح رشدیافته، رشدنا یافته و روان‌آزرده مورد ارزیابی قرار می‌دهند. مقیاس نمره گذاری به صورت لیکرت می‌باشد که فرد به هر سوال میزان موافقت خود را در یک مقیاس ۹ درجه‌ای اعلام می‌کند. فرد در هر یک از مکانیزم‌های دفاعی نمره‌ای بین ۲ تا ۱۸ به دست می‌آورد، در هر کدام از مکانیزم‌های دفاعی که نمره فرد از ۱۰ بیشتر شود، به معنی استفاده فرد از آن مکانیزم است و در سبک‌های کلی میانگین نمرات فرد در هر سبک مشخص شده و با نمره میانگین فرد در سبک‌های دیگر مقایسه می‌شود. فرد دارای سبکی دفاعی است که بیشترین میانگین را داشته باشد. نتایج مطالعات در ژاپن نشان داد که این ابزار دارای روایی همزمان با پرسشنامه شخصی مادزلی است. در فرانسه و برزیل و پرتغال نیز مشخص شد که این پرسشنامه ابزار مفید و سودمندی به شمار رفته و از روایی

<sup>۱</sup>. Defense Mechanisms Questionnaire

<sup>۲</sup>. Androuz

و اعتبار مطلوبی برخوردار است (فتحی‌آشتیانی، ۱۳۸۸). پرسشنامه سبک‌های دفاعی در ایران نیز توسط حیدری‌نسب (۱۳۸۵) مورد بررسی و هنجاریابی قرار گرفت. بنابر یافته‌های مربوط به روایی محتوایی، روایی همزمان و روایی سازه، مشخص شد که این پرسشنامه همانند نسخه اصلی از روایی مطلوبی برخوردار است (حیدری‌نسب، ۱۳۸۵). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

**پرسشنامه سبک دلبستگی<sup>۱</sup>:** این پرسشنامه توسط سیمپسون<sup>۲</sup> (۱۹۹۰) ساخته شده است. این آزمون شامل ۱۳ جمله در مقیاس لیکرتی است که آزمودنی در پاسخ به هر سوال باید یکی از گزینه‌های طیف ۵ درجه‌ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) را انتخاب کند. از این ۱۳ سوال، ۵ سوال برای ارزیابی سبک دلبستگی ایمن، ۴ سوال برای ارزیابی سبک دلبستگی اجتنابی و ۴ سوال برای ارزیابی سبک دلبستگی دوسوگرایی اضطرابی می‌باشد. سیمپسون به منظور بررسی روایی این پرسشنامه از مقیاس عشق رابین<sup>۳</sup> (۱۹۷۰؛ به نقل از سیمپسون، ۱۹۹۰) و مقیاس وابستگی برشید و فی<sup>۴</sup> (۱۹۹۷) استفاده کرد. همبستگی بین مقیاس عشق رابین با سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرایی اضطرابی به ترتیب ۰/۲۲، -۰/۲۲ و -۰/۱۲ بود. همبستگی بین مقیاس وابستگی برشید و فی با سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرایی اضطرابی به ترتیب ۰/۲۶، ۰/۲۸ و -۰/۱۲ به دست آمد. عطاری، عباسی سرچشمه و مهرابی زاده (۱۳۸۵) برای بررسی روایی این آزمون از سه سوال محقق ساخته استفاده نمودند که همبستگی برای این سه سوال با سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرایی اضطرابی به ترتیب ۰/۵۹، ۰/۵۴ و -۰/۲۴ به دست آمد. پایایی این پرسشنامه برحسب آلفای کرونباخ و اجرای مجدد در فاصله‌های زمانی یک هفته تا دو سال ۰/۷۰ برآورد شده است. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرایی اضطرابی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۹ و ۰/۷۷ به دست آمد.

### روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش، ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مرکز بهزیستی شهدای افسریه، انجام شد. سپس با مراجعه به این مرکز حجم نمونه برای پژوهش حاضر انتخاب گردید. سپس با رضایت کتبی و گمارش افراد در گروه‌های آزمایش و کنترل، پرسشنامه پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه در طی دو ماه مطابق با جدول یک انجام شد در حالی که گروه کنترل مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نکرده و در

<sup>۱</sup>. Attachment Style Questionnaire

<sup>۲</sup>. Simpson

<sup>۳</sup>. Rabin

<sup>۴</sup>. Bershid, Fei

انتظار دریافت این مداخله بود. بدین صورت که در صورت اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افراد گروه کنترل نیز پس از اتمام فرایند پژوهش این مداخله را دریافت خواهند کرد. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت زنان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه کنترل اطمینان داده خواهد شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به افراد هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۴) در ایران توسط غضنفری، امیری و زنگ‌آبادی، (۱۳۹۴) هنجاریابی شده است.

جدول ۱: خلاصه مداخلات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از غضنفری و همکاران، ۱۳۹۴)

ردیف	جلسه	شرح جلسه
۱	جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن، تعریف مولفه‌های پژوهش و بیان هدف اجرای طرح برای افراد حاضر در پژوهش.
۲	جلسه دوم	بحث در مورد آزمایشات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه با استفاده از استعاره مزرعه و جعبه ابزار، چالش با برنامه تغییر مراجع، مشخص کردن تکلیف منزل.
۳	جلسه سوم	بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل/ احساسات/ خاطرات و علائم جسمانی به عنوان پاسخ با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده، مشخص کردن تکلیف منزل.
۴	جلسه چهارم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی و تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف همراه با تمرین پیاده‌روی با ذهن. مشخص کردن تکلیف منزل.
۵	جلسه پنجم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر با استفاده از استعاره اتوبوس و مسافران، مشخص کردن تکلیف منزل.
۶	جلسه ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن با استفاده از استعاره قطارهای زیر پل. مشخص کردن تکلیف منزل.
۷	جلسه هفتم	معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی با استفاده از استعاره قطب نمای ذهنی. مشخص کردن تکلیف منزل.
۸	جلسه هشتم	به کارگیری تجارب به دست آمده در زندگی واقعی و جمع بندی و تکلیف مادام‌العمر.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، هم‌چنین از تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری IBM-SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#### یافته‌ها

دامنه سنی شرکت‌کننده گان بین ۲۶ تا ۶۳ سال بود. میانگین سنی و انحراف معیار آن برابر با  $44/61 \pm 9/71$  بود. سطح تحصیلات شرکت‌کنندگان نیز از زیردیپلم تا فوق لیسانس و بالاتر متغیر بوده است. بیشترین و کمترین فراوانی به ترتیب مربوط به سطح تحصیلات دیپلم (۱۴ نفر) و فوق لیسانس و بالاتر (۱ نفر) بود. میانگین سبک‌های دلبستگی، مکانیزهای دفاعی و نمره کل در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای مورد بررسی دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	آزمایش		کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ایمن	۱۳/۳۰	۳/۱۷	۱۳/۸۶	۳/۵۳
اجتنابی	۱۰/۸۶	۳/۱۹	۱۰/۳۳	۲/۱۱
دوسوگرا	۱۱/۰۷	۲/۷۵	۱۰/۱۳	۱/۶۹
رشد یافته	۳۸/۳۰	۸/۵۶	۳۹/۳۳	۷/۷۹
رشدنا یافته	۱۲/۸۴	۱۳/۴۰	۱۲/۰۷	۱۳/۲۰
روان‌آورده	۳۷/۹۲	۶/۸۹	۳۶/۷۳	۶/۶۸

نتایج یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی بر اثر ارائه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تغییر یافته است. اما معناداری این تغییرات در ادامه به وسیله آزمون استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کواریانس چندمتغیره، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک<sup>۱</sup> بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برقرار است. همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای پژوهش رعایت شده است. از طرفی نتایج آزمون  $t$  نشان داد که تفاوت میانگین نمرات پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته معنادار نبوده است. در نهایت نتایج در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مرحله پس‌آزمون در متغیرهای سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی معنادار نبوده است ( $p > 0/05$ ). این بدان معناست که فرض همگنی شیب خط رگرسیون در متغیرهای سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی برقرار بوده است. حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود.

جدول ۳: آزمون باکس برای بررسی پیش‌فرض‌های یکسانی ماتریس واریانس‌ها

آزمون باکس	نمره F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
۳۵/۴۰	۰/۹۱	۲۸	۲۷۳۱/۹۰	۰/۵۸

با بررسی جدول ۳ مشخص می‌گردد، شرط یکسانی ماتریس واریانس‌ها رعایت گردیده و آزمون  $F$  با محدودیتی مواجه نمی‌باشد.

جدول ۴: نتایج آزمون چهارگانه تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی زنان

سرپرست خانوار

ارزش	مقدار F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	سطح معناداری
اثر پیلاهی	۰/۷۷	۵	۱۸	
لامبدای ویلکز	۰/۲۲	۵	۱۸	۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ	۳/۴۱	۵	۱۸	
بزرگترین ریشه روی	۳/۴۱	۵	۱۸	

<sup>۱</sup>. Shapiro-wilk



با معناداری آزمون کواریانس چندمتغیری این نتیجه حاصل می‌گردد که باید حداقل در یکی از متغیرهای سبک‌های دلبستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) و مکانیزم‌های دفاعی زنان سرپرست خانوار بین دو گروه آزمایش و کنترل در اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تفاوت معنادار وجود داشته باشد. بنابراین جهت بررسی این نکته که معناداری مشاهده شده در کدام یک از متغیرهای سبک‌های دلبستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) و مکانیزم‌های دفاعی است، به بررسی تحلیل به کواریانس تک‌متغیری پرداخته شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیره اثرات گروه (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) بر ابعاد سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی

منبع	متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	مجذور اتا
گروه	ایمن	۱۸/۹۴	۱	۱۸/۹۴	۱۰/۸۷	۰/۰۰۳	۰/۳۲
	اجتنابی	۲۵/۲۲	۱	۲۵/۲۲	۱۱/۶۵	۰/۰۰۲	۰/۳۳
	دوسوگرا	۲۷/۰۶	۱	۲۷/۰۶	۲۵/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲
گروه	رشد یافته	۸۰/۱۷	۱	۸۰/۱۷	۲۵/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲
	رشد نایافته	۵۱/۵۶	۱	۵۱/۵۶	۱۲/۹۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	روان‌آزرده	۱۳۴/۱۸	۱	۱۳۴/۱۸	۱۲/۱۴	۰/۰۰۲	۰/۳۴

بر اساس داده‌های جدول ۵ بین گروه آزمایش و کنترل در تمامی ابعاد سبک‌های دلبستگی (ایمن، اجتنابی، دوسوگرا) و مکانیزم‌های دفاعی (رشد یافته، رشد نایافته، روان‌آزرده) تفاوت معنادار وجود دارد. توضیح بیشتر اینکه، بر اساس داده‌های جدول فوق و بر همچنین میانگین‌ها بدست آمده (جدول ۲) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری سبک دلبستگی ایمن زنان سرپرست خانوار شهر تهران را افزایش و دو سبک دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا را در آنها کاهش داده است. همچنین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری مکانیزم‌های دفاعی رشد یافته زنان سرپرست خانوار شهر تهران را افزایش و مکانیزم‌های دفاعی روان‌آزرده و رشد نایافته را کاهش داده است.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی زنان سرپرست خانوار شهر تهران بود. نتایج تحلیل کواریانس حاکی از اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های دلبستگی و مکانیزم‌های دفاعی زنان سرپرست خانوار شهر تهران بود. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های دلبستگی تاثیر دارد. نتایج پژوهش حاضر مبنی بر کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با یافته پورفرهانی و همکاران (۱۳۹۷)؛ بارت-نیلور و همکاران (۲۰۱۸)؛ پلگر و همکاران (۲۰۱۸)؛ فلجاس-کانتراس و گومز (۲۰۱۸) همسو بود. این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود گزارش کرده‌اند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهبود مولفه‌های روان‌شناختی و هیجانی، دلبستگی افراد را مورد تغییر قرار دهد.

در تبیین یافته حاضر باید گفت در تبیین یافته‌های پژوهش همانگونه که کراسبی و تاوهیگ (۲۰۱۶) عنوان کردند، می‌توان بیان داشت که سبک دلبستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا)، ناشی از وجود نگرش‌های منفی و نامطمئن و وجود روان‌بنه‌های ناسازگار اولیه نسبت به چهره‌های دلبستگی به خاطر نحوه رفتار با وی در کودکی است. فرد نایمن، دائم در مورد طرد و رها شدن از چهره دلبستگی، نگران است. در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد آموخته

می‌شود که به جای اجتناب فکری و عملی از افکار و موقعیت‌های اضطراب‌زای ناشی از نبود چهره دلبستگی، با افزایش روانی و ذهنی نسبت به تجارب درونی مانند افکار و احساساتی که در حضور و صحبت در جمع، به افراد دیگر دارند، و نیز با اهداف اجتماعی‌تر و تعهد به آنها، با دلبستگی نایمن خود مقابله کنند. این فرایند باعث می‌شود تا از میزان دلبستگی نایمن زنان سرپرست خانوار کاسته شود. در واقع، یافته فوق را می‌توان اینگونه تبیین کرد که رویارویی فعال و موثر با افکار و احساسات، پرهیز از اجتناب تجربه‌ای، تغییر نگاه نسبت به خود و نسبت به داستانی که در آن فرد به خود نقش قربانی را تحمیل کرده است، نیز بازنگری در ارزش‌ها و اهداف در روابط از طریق برقراری روابط ایمن بدون نگرانی با دیگران و در نهایت تعهد به اهداف مبتنی بر اجتماعی شدن را می‌توان جزء عوامل اصلی مؤثر در این روش درمانی دانست (بارت-نیلور و همکاران، ۲۰۱۸). در واقع، در این پژوهش فرایندهای مرکزی درمان مذکور، به زنان سرپرست خانوار آموزش داد که چگونه عقیده بازداری فکر در رابطه با پذیرش دیگران را در روابط و یافتن چهره‌های جدید رها کنند، از افکار مزاحم گسیخته شوند، به جای خود مفهوم سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت کنند و رویدادهای درونی را به جای مهار خود بپذیرند. تمام این فرایندها باعث می‌شود تا زنان سرپرست خانوار گذشته خود را که منجر به شکل‌گیری دلبستگی نایمن، دوسوگرا و اجتنابی شده است را کنار نهاده و با تمرکز بر زمان حال، دلبستگی‌های آشفته را رها و به جای آن دلبستگی ایمن را تقویت کند. از همین رو است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند منجر به بهبود میانگین نمرات سبک دلبستگی ایمن و کاهش میانگین نمرات اجتنابی و دوسوگرا در زنان سرپرست خانوار شود.

همچنین نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مکانیزم‌های دفاعی زنان سرپرست خانواد تاثیر داشته است. این یافته همسو با نتایج پژوهش اصلی آزاد و همکاران (۱۳۹۸)؛ روحی و جربه کار (۱۳۹۷)؛ توهیگ و همکاران (۲۰۱۸)؛ الینبرگ، هافمن، جنسن و فروستهولم (۲۰۱۷)؛ یو، نورتن و مک کریکن (۲۰۱۷)؛ ورسب و همکاران (۲۰۱۶) و توهیگ و همکاران (۲۰۱۵) بود. نتایج این پژوهش‌ها نشان از آن داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند سبک‌های مقابله‌ای و ظرفیت روانی افراد را تحت تاثیر قرار داده و از این طریق می‌تواند منجر به تغییر استفاده از مکانیزم‌های دفاعی منجر شود.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که وقتی سبک دفاعی غالب فرد، روان‌آزرده و رشدنیافته باشد، معمولاً از طریق انکار و ابطال و نادیده‌انگاری (از نمونه مکانیزم‌های نورو تیک و رشدنیافته)، با موضوع استرس و موقعیت استرس‌زا مواجه می‌شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، شرکت کننده به اعلام تعهد خود و گام برداشتن در مسیر زندگی سالم تشویق شده و این شامل اقدامات رفتاری، حتی هنگام رویارویی با موانع، مانند افکار و احساسات منفی است. در این درمان، هر عملی با عملکرد آن در ذهن مقایسه و تحلیل می‌شود. ممکن است درمانگر از مراجع بپرسد این رفتار در خدمت چیست؟ آیا در خدمت اجتناب و پاسخ به ذهن است یا در خدمت نزدیک شدن به ارزش‌ها؟ این روش شامل هر دو راهبرد پذیرش و تعهد رفتاری به تغییر است. با توجه به اینکه بازداری افکار ناخواسته، سبب افزایش فراوانی

این افکار می‌شود، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اجتناب را با تشویق به پذیرش و کاهش زبان کلامی و اشاره مستقیم به نتایج اجتناب زاید، کاهش می‌دهد. می‌توان گفت که افکار و احساساتی که بر اثر اجتناب و بازداری قوت گرفته بودند، پس از آنکه پذیرش شدند، فراخوانی آنها کمتر خواهد شد. پس مؤثر بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک رشد نیافته از جمله انکار در زنان سرپرست خانوار را می‌توان اینگونه توضیح داد که این درمان، هم از طریق افزایش آگاهی از مشکل و پذیرش مطلق جنبه‌های اضطراب‌آور آن باعث کاهش یا رفع تحریف‌های رایج در سبک رشد نیافته می‌شود و هم از طریق تعهد و ارزش‌گذاری، از بی‌اثر بودن و نامناسب بودن عمل جلوگیری می‌کند. علاوه بر این می‌توان گفت استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می‌شود که افراد از افکار تنیدگی‌زا کمتر احساس رنج نمایند (توهیگ و همکاران، ۲۰۱۵). بر این اساس زنان سرپرست خانوار حاضر در این پژوهش با بکارگیری فنون آگاهی و مدیریت افکار، نسبت به پردازش‌های آسیب‌زادر فرایند شناختی خود آگاهی یافته و تلاش می‌کنند تا در دام آن نیفتند که مجبور به استفاده از مکانیسم‌های دفاعی شوند. از طرف دیگر یکی از فنون مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تصریح ارزش‌ها برای مراجع است. چنانکه به جای ارزش‌های تعریف شده در فرایند شناختی مراجع، ارزش‌های جدید تعریف و جایگزین می‌شود که این ارزش‌گذاری مجدد در فرایند شناختی زنان سرپرست خانوار سبب کاسته شدن از بروز تفکر آشفته‌ساز آنان می‌شود. کاهش افکار آشفته‌ساز و پردازش شناختی ناکارآمد نیز ضرورت استفاده از مکانیسم‌های دفاعی را این افراد کاهش می‌دهد.

محدود بودن دامنه تحقیق به زنان سرپرست خانوار شهر تهران؛ عدم بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری تصادفی، عدم مهار عوامل مؤثر بر سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی زنان سرپرست خانوار و عدم برگزاری مرحله پیگیری از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر استان‌ها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر آسیب‌ها، شناسایی و کنترل عوامل مؤثر بر سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی زنان سرپرست خانوار، برگزاری مرحله پیگیری و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی زنان سرپرست خانوار، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان روشی کارآمد در جهت بهبود سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی زنان سرپرست خانوار در مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و مراکز بهزیستی مورد استفاده قرار گیرد.

### تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

### تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد صدف محمدی در رشته روان‌شناسی گرایش مشاوره خانواده در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب بود. بدین وسیله از تمام زنان حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین مرکز بهزیستی که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

## منابع

- اصلی آزاد، مسلم، منشی، غلامرضا، قمرانی، امیر (۱۳۹۸). اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان وسواس - ناخودداری و درآمیختگی فکر و عمل در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری. فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی، ۱۸(۷۳)، ۶۷-۷۶.
- ایزدی، راضیه، عسگری، کریم، نشاط دوست، حمیدطاهر، عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۱). گزارش موردی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فراوانی و شدت نشانه‌هایی اختلال وسواسی اجباری. مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان، ۱۴(۱۰): ۱۰۷-۱۱۲.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۶). نقش واسطه‌ای مکانیسم‌های دفاعی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ناگویی هیجانی، فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۶(۱): ۷-۲۲.
- پاکوفته، نسرين، اخلاقی، حسین. (۱۳۹۶). رابطه سبک های دلبستگی، مکانیزم‌های دفاعی و نشخوار فکری با باورهای وسواسی در زنان شهر تهران. مجله رویش روان‌شناسی، ۶(۴): ۱۹۷-۲۱۶.
- پورفرهانی، منیره، احمدبرآبادی، حسین، حیدرینیا، احمد. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش اجتناب آزمایش و علائم فیزیولوژیکی دختران نوجوان بی‌سرپرست دارای اضطراب اجتماعی. فصلنامه روانشناسی تحلیلی شناختی، ۹(۳۵)، ۷۲-۶۱.
- پورفرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. فصلنامه دانش و تندرستی، ۶(۲): ۱-۵.
- جمال، محمود، سپاه منصور، مژگان، فلاحیان، معصومه. (۱۳۹۲). مقایسه بهزیستی روان‌شناختی زنان سرپرست خانواده با زنان دارای سرپرست، مجله زن در توسعه و سیاست، ۱۱(۴): ۵۴۲-۵۳۱.
- روحی، رومینا، جربه کار، مهشید. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (act) بر افزایش تحمل آشفتگی و تنظیم شناختی در دانش‌آموزان با اختلال اضطراب اجتماعی، فصلنامه روانشناسی تحلیلی شناختی، ۹(۳۲)، ۷۴-۶۵.
- سالار محمدی، طاهره. (۱۳۹۵). مقایسه سبک فرزندپروری و سبک دلبستگی در بین زنان سرپرست خانوار و زنان عادی شهرستان بوشهر، سومین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، تربیت حیدریه، دانشگاه تربت حیدریه.
- شعبان‌زاده، افسانه، زارع بهرام‌آبادی، مهدی، حاتمی، حمیدرضا، زهرا کار، کیانوش. (۱۳۹۲). بررسی رابطه میان سبک های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی زنان سرپرست خانوار شهر تهران. فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه، ۴(۱۶): ۲۰-۱.
- صدری، مریم، زارع بهرام‌آبادی، مهدی، غیائی، مهناز. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر کیفیت دلبستگی و مهارت اجتماعی کودکان دارای اختلال نافرمانی مقابله‌ای. فصلنامه سلامت روانی کودک، ۳(۲): ۱۱-۲۲.
- عطاری، یوسفعلی، عباسی سرچشمه، ابولفضل، مهربانی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۹۵). بررسی روابط ساده و چندگانه نگرش مذهبی، خوشبینی و سبک‌های دلبستگی با رضایت زناشویی در دانشجویان مرد متأهل دانشگاه شهید چمران اهواز. مجله علوم تربیتی، ۷۵: ۸۸-۱۰۳.
- غضنفری، فیروزه، امیری، فاطمه، زنگی‌آبادی، معصومه. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فرانشناختی بر بهبود علائم وسواس-جبری زنان مبتلا به اختلال وسواس-اجباری شهر خرم‌آباد، مجله مطالعات ناتوانی، ۵(۱۱): ۱۶۸-۱۶۰.
- فرزادفر، منیر، مولوی، حسین، آتش‌پور، سیدحمید. (۱۳۸۵). تاثیر آموزش شادمانی به شیوه فوردایس بر کاهش افسردگی زنان بی‌سرپرست، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۳۰: ۳۹-۵۰.

- Ahmad, F., Singh, A., Kamal, A. (2019). Chapter 23 - Salicylic Acid-Mediated Defense Mechanisms to Abiotic Stress Tolerance. *Plant Signaling Molecules, Role and Regulation Under Stressful Environments*, 355-369.
- Audet, C.M., Wainberg, M.L., Oquendo, M.A., Yu, Q., Peratikos, M.B., Duarte, C.S., Martinho, S., Green, A.N., González-Calvo, L., Moon, T.D. (2018). Depression among female heads-of-household in rural Mozambique: A cross-sectional population-based survey. *Journal of Affective Disorders*, 227: 48-55.
- Babl, A., Holtforth, M., Perry, J.C., Schneider, N., Dommann, E., Heer, S., Stähli, A., Aeschbacher, N., Eggel, M., Eggenberg, J., Sonntag, M., Berger, T., Caspar, F. (2019). Comparison and change of defense mechanisms over the course of psychotherapy in patients with depression or anxiety disorder: Evidence from a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 252: 212-220.
- Barrett-Naylor, R., Gresswell, D.M., Dawson, D.L. (2018). The effectiveness and acceptability of a guided self-help Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention for psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 88: 332-340.
- Brody, S., Houde, S., Hess, U. (2010). Greater Tactile Sensitivity and Less Use of Immature Psychological Defense Mechanisms Predict Women's Penile-Vaginal Intercourse Orgasm. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(9): 3057-3065.
- Crosby, J.M., Twohig, M.P. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: A Randomized Trial. *Behavior Therapy*, 47(3): 355-366.
- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J.S., Frostholm, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 92, 24-31.
- Flujas-Contreras, J.M., Gomez, I. (2018). Improving flexible parenting with Acceptance and Commitment Therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8: 29-35.
- Fuchs, N.F., Taubner, S. (2019). Exploring the interplay of attachment style and attachment-related mood on short-term change in mentalization: A pilot study. *Personality and Individual Differences*, 144: 94-99.
- Kebeck, K.K., Liedtke, C., Kohl, W., Alferink, J., Kret, M.E. (2017). Attachment style moderates theory of mind abilities in depression. *Journal of Affective Disorders*, 213: 156-160.
- Kidd, T., Hamer, M., Steptoe, A. (2011). Examining the association between adult attachment style and cortisol responses to acute stress. *Psychoneuroendocrinology*, 36(6): 771-779.
- Morley, T.E., Moran, G. (2011). The origins of cognitive vulnerability in early childhood: attachment to later depression. *Mechanisms linking early Clinical Psychology Review*, 31(7), 1071-1082.
- Ong, C.W., Lee, E.B., Twohig, M.P. (2018). A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 104: 14-33.
- Pleger, M., Treppner, K., Diefenbacher, A., Schade, C., Dambacher, C., Fydrich, T. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy compared to CBT+: Preliminary results. *The European Journal of Psychiatry*, 32(4): 166-173.
- Shanmugam, V., Jowett, S., Meyer, C. (2012). Eating psychopathology amongst athletes: Links to current attachment styles. *Eating Behaviors*, 13(1): 5-12.
- Twohig, M.P., Vilaradaga, J.C.P., Levin, M.E., Hayes, S.C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3): 196-202.
- Wersebe, H., Lieb, R., Meyer, A.H., Hoyer, J., Wittchen, H., Andrew, T. (2016). Changes of valued behaviors and functioning during an Acceptance and Commitment Therapy Intervention. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1): 63-70.
- Wineman, A., Liverpool-Tasie, L.S.O. (2017). Land Markets and Land Access Among Female-Headed Households in Northwestern Tanzania. *World Development*, 100: 108-122.
- Yu, L., Norton, S., McCracken, L.M. (2017). Change in "Self-as-Context" ("Perspective-taking") Occurs in Acceptance and Commitment Therapy for People with Chronic Pain and is Associated with Improved Functioning. *The Journal of Pain*, 18(6): 664-672.