

اثربخشی درمان تعهد و پذیرش و روانپوشی فشرده و کوتاه مدت بر سازمان شخصیت و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به سردرد تنشی

احسان ابولپور^۱، طناز یوسفی^۲، فرناز کلیدری^۳، رسول کاظمی نافچی^۴، فاطمه فیروزی^۵

چکیده

مقدمه: سردرد یکی از شایع ترین شکایات پزشکی و نوعی اختلال عصبی ناتوان کننده در درمانگاه های عصب شناختی است که سازمان شخصیت بیماران را تحت تأثیر قرار می دهد. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان تعهد و پذیرش و پویشی فشرده و کوتاه مدت بر سازمان شخصیت، تنظیم هیجان در زنان مبتلا به سردرد تنشی انجام شد.

روش پژوهش: این مطالعه به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر تمامی بیماران مبتلا به سردرد تنشی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی اعصاب و روان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول کوهن تعیین شد. از آنجایی که احتمال ریزش برخی نمونه ها وجود داشت و هم چنین در جهت تعمیم پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و این ۴۵ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در ۲ گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

یافته ها نتایج مطالعه حاکی از تأثیر روش تعهد و پذیرش و رواندرمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت بر ابعاد سازمان شخصیت و تنظیم هیجان در مبتلایان به سردرد تنشی بود ($P < 0/01$) و میزان اثربخشی هر دو روش مشابه بود ($P > 0/05$).

نتیجه گیری: با توجه به نتایج، متخصصین فعال در حوزه روانی - تنی به خصوص سردردتنشی می توانند در درمان این افراد استفاده از روش های تعهد و پذیرش و رواندرمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت را در کنار سایر درمان ها مدنظر قرار دهند.

واژه های کلیدی: تنظیم هیجان، درمان پویشی فشرده و کوتاه مدت، سازمان شخصیت، سردردتنشی

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۲/۱۱/۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۴

استناد: ابولپور احسان، یوسفی طناز، کلیدری فرناز، کاظمی نافچی رسول، فیروزی فاطمه. اثربخشی درمان تعهد و پذیرش و روانپوشی فشرده و کوتاه مدت بر سازمان شخصیت و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به سردردتنشی، خانواده و بهداشت، ۱۴۰۳؛ ۱۴(۲): ۱۴۴-۱۳۱

^۱ - کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد فیروزآباد، دانشگاه آزاد اسلامی، فارس، ایران. Ehsanabolpour1361@gmail.com

^۲ - دانشجو دکتری، گروه روانشناسی، واحد تهران شمال، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. tanaz.yousefi@me.com

^۳ - کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران (نویسنده مسئول).

Farnazkelidari1998@gmail.com, tell: 09121234567

^۴ - کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، دانشگاه خلیج فارس، بوشهر، ایران. rasoolkazeminafchijahromi@gmail.com

^۵ - کارشناسی ارشد، گروه روان شناسی، واحد تهران مرکز، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. Fatemeh.firouzi7270@gmail.com

مقدمه:

بیماری‌های روان‌تنی به بیماری‌های جسمی گفته می‌شود که عوامل روانی در شروع یا تشدید آنها مؤثر باشد که از مهم‌ترین آنها می‌توان به کولیت مزمن، فشارخون، بیماری‌های قلب و عروق کرونر و بالاخره سردرد تنشی اشاره نمود (۱) / سردرد یکی از شایع‌ترین شکایات پزشکی و نوعی اختلال عصبی ناتوان‌کننده در درمانگاه‌های عصب شناختی است که سازمان شخصیت بیماران را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). سردرد شدید می‌تواند در نحوه انجام کار و زندگی فردی و اجتماعی افراد تأثیرگذار باشد و در طولانیمدت در سازمان شخصیت تأثیری منفی به جا و بگذارد (۳). مطالعات زیادی بر روی اثرات بیولوژیکی، محیطی، عوامل روانشناختی و اجتماعی بر حملات سردرد انجام گرفته است. نتایج این مطالعات مؤید ارتباط بین عوامل روانشناختی و شخصیتی این بیماران با سردرد است (۴-۵). تا به امروز تحقیقات و اقدامات درمانی زیادی پیرامون سردرد تنشی انجام شده است. در این پژوهش به متغیرهای مؤثر در سردرد تنشی از جمله سازمان شخصیت و تنظیم هیجان می‌پردازیم.

ویژگی‌های شخصیتی عبارت است از مجموعه‌ای سازمان یافته و تشکیل شده از خصوصیات تقریباً ثابت و پایدار که بین یک فرد از فرد دیگر تمایز ایجاد می‌کند (۶). یک مدل ابعادی از شخصیت که به بررسی سازوکارهای عمیق و بنیادین درون روانی می‌پردازد و این ارتباط را در دوره‌های مختلف رشد روانی که به آن آسیب وارد شده است بررسی می‌کند، مدل سازمان شخصیت است که بر اساس نظریات روانکاوی و تجربیات بالینی اتوکرنبرگ به دست آمده است (۷). کرنبرگ در نظریه سازمان شخصیت‌اش به این موضوع پرداخته که چارچوب شخصیت، یک چارچوب پایدار از روابط موضوعی^۱ درونی شده است که تصویر لایه بندی شده‌ای از سازمان شخصیت که امکان درجه بندی ابعادی حوزه‌های متعدد کارکرد شخصیت را فراهم ساخته است. او با ارائه دادن ابزار خود گزارش دهی از ساختار شخصیت، تصویری لایه بندی شده از میزان و شدت آسیب پذیری شخصیت به دست آورده است و بر اساس آن گفته می‌شود که شخصیت از چند حوزه کارکردی تشکیل شده است (۳). هدف مدل کرنبرگ رسیدن به درک بیشتر در مورد سازمان شخصیت و فهم آن است که همچنین الگویی به وسیله‌ی رویکرد روانکاوی سعی در نحوه رابطه فرد با خود، دیگران و آینده را تبیین کند (۸).

به دشواری در خودتنظیم‌گری هیجانی و به عبارت دیگر به ناتوانی در پردازش شناختی اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها گفته می‌شود (۵). این متغیر روان‌شناختی متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت‌گیری فکری بیرونی است. این مشخصه‌ها که سازه ناتوانی هیجانی را تشکیل می‌دهند، بیانگر نقایصی در پردازش شناختی و تنظیم هیجان‌ات است (۶). اعتقاد بر این است که ناتوانی هیجانی، عامل خطر ساز برای بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی است؛ زیرا افراد مبتلا به این عارضه بسیار تحت فشار همبسته‌های جسمانی هیجانی هستند که به کلام در نمی‌آیند. این نارسایی مانع تنظیم هیجان‌ات شده، سازگاری موفقیت‌آمیز را دشوار می‌کند. افراد مبتلا به ناگویی هیجانی برای بیان احساساتشان دست به فعالیت‌های غیرکلامی مخربی می‌زنند (۷). برای بهبود ویژگی‌های روان‌شناختی مرتبط با سلامت مبتلایان به افسردگی، روش‌های بسیاری از جمله درمان پذیرش و تعهد^۲ [۱۴] وجود دارد. در درمان پذیرش و تعهد به افراد آموزش می‌شود تا آگاه باشند، شرایط را بپذیرند و بدون قضاوت اقدام به مشاهده کنند [۱۵]. این شیوه برگرفته از موج سوم روان‌درمانی است که هدف آن ایجاد و ارتقاء انعطاف‌پذیری روانی یعنی انتخاب و اجرای بهترین راه از میان راه‌کارهای موجود می‌باشد [۱۶]. این شیوه از طریق آموزش آگاهی شناختی، پذیرش روانی، جداسازی شناختی،

^۱ Subject relations

^۲ -Acceptance and commitment therapy

گسلش شناختی، روشن سازی ارزش ها و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه باعث انعطاف پذیری روانی می شود [۱۷]. هم چنین، بهزیستی درمانی برگرفته از رویکرد روانشناسی مثبت نگر است و به افراد آموزش می دهد تا سلامت و بهزیستی خود را از طریق پذیرش خود، زندگی هدفمند، رشد شخصیت، تسلط بر محیط، خودمختاری و روابط مثبت با دیگران بهبود دهند [۱۸]. این شیوه، شیوه‌ای سازمان یافته، رهنمودی، مشکل محور و مبتنی بر الگوی درمانی است که از خویشتن نگری با استفاده از یادداشت روزانه و تعامل سازنده با درمانگر استفاده می کند [۱۹]. تکنیک‌های اصلی این شیوه شامل بازسازی شناختی افکار با تأکید بر افکار مثبت، زمان بندی فعالیت‌های قابل کنترل و لذت بخش و آموزش جسارت و حل مسأله هستند [۲۰].

به عبارتی دیدگاه روان پویشی کوتاه مدت فشرده تابعی از الگوی روانکاو فروید است که توسط دانشمند ایرانی به نام دوانلو در دانشگاه مک گیل طراحی و توسعه یافت که در آن روش بلند مدت، روان تحلیلی به یک روش کوتاه مدت، اثربخش، سازمان یافته و روشن تبدیل شده است و در این درمان به بیماران کمک می شود تا اضطراب و هیجانیشان را تنظیم و بر ضد دفاع‌هایشان تغییر دهند که همراه با این تغییر من فرد نیرومند تر می شود و می تواند با احساساتی روبه رو شود که از آنها اجتناب کرده است (۱۴). در یک مطالعه مروری فراتحلیل اخیر، کارایی روان درمانگرهای پویشی کوتاه مدت در ۱۳ تحقیق از نوع کارآزمایی بالینی بر اختلالات بدنی سازی بررسی شد. نتایج این تحقیق نشان داد که روان درمانگرهای پویشی کوتاه مدت می توانند به عنوان روش‌های درمانی قابل اعتماد در اختلالات بدنی سازی به کار گرفته شوند، در پژوهشی فرزادی و همکاران روان درمانی روان پویشی کوتاه مدت و فشرده را آزمایش کردند و نتایج نشان داد که درمان پویشی کوتاه مدت و فشرده بر سلامت روان افراد موثر است. (۱۵)؛ بنابراین این پژوهش با هدف تعیین تأثیر روان درمانی پویشی فشرده و کوتاه مدت و تعهد و پذیرش بر بهبود سازمان شخصیت و تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به سردرد تنشی انجام گردید.

روش پژوهش:

این مطالعه به روش نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دوماهه با گروه کنترل بود. جامعه مورد نظر تمامی بیماران مبتلا به سردرد تنشی مراجعه کننده به کلینیک تخصصی اعصاب و روان شهر تهران در سال ۱۴۰۲ بود. حجم نمونه مورد بررسی با مراجعه به جدول کوهن تعیین شد. به این طریق که در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و توان آماری ۰/۸۳، برای هر گروه ۱۲ نفر تعیین شد. اما از آن جایی که احتمال ریزش برخی نمونه‌ها وجود داشت و هم چنین در جهت تعمیم پذیری بیشتر نتایج، حجم نمونه در هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. در مرحله اول به شیوه نمونه گیری در دسترس ۴۵ نفر انتخاب و این ۴۵ نفر در گام دوم به صورت تصادفی ساده (به شیوه قرعه کشی) در ۲ گروه آزمایش (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: رضایت کامل جهت شرکت در جلسات درمانی، نداشتن بیماری دیگری غیر از سردرد تنشی (با سؤال کردن از افراد شرکت کننده در پژوهش)، تحصیلات حداقل در سطح راهنمایی و بالاتر (به جهت درک درمان پویشی)، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان (مانند فلوکستین و سرتالین)، عدم دریافت خدمات روان شناختی (مانند درمان افسردگی و یا اضطراب) در سه ماه گذشته و عدم سابقه دریافت آموزش درمان پویشی کوتاه مدت و فشرده بود. ملاک‌های خروج از مطالعه شامل غیبت بیشتر از دو جلسه، ابتلاء به بیماری‌های روانی از جمله افسردگی، شرکت همزمان در سایر کارگاه‌های آموزشی روان شناختی و انصراف از ادامه همکاری بود. رضایت آگاهانه، توجیه مشارکت کنندگان در مورد روش و هدف انجام پژوهش، رعایت اصل رازداری و محرمانه

نگهداشتن اطلاعات به دست آمده، آزادی مشارکت کنندگان در ترک مطالعه از جمله اصول اخلاقی رعایت شده در این مطالعه بوده است. برای جمع‌آوری داده‌ها علاوه بر فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی (شامل: سن، جنسیت، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل) از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی سازمان شخصیت و تنظیم هیجان در ۳ مرحله پیش‌آزمون (قبل از آموزش)، پس‌آزمون (بعد از آموزش) و پی‌گیری (۲ ماه بعد از اتمام آموزش) استفاده گردید. نمونه‌گیری در بهمن ۱۴۰۱ انجام و مداخله از فروردین ۱۴۰۲ شروع و تا آخر خرداد ماه ادامه داشت و تا اواخر شهریور ماه دوره پی‌گیری نیز انجام گرفت. شرکت‌کنندگان در پژوهش ریزش نداشتند و آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شد لازم به ذکر است به این افراد اطلاع رسانی شد که هر زمان تمایل داشتند می‌توانند از این مطالعه خارج شده و اقدام به دریافت خدمات روان‌شناختی کنند. بعد از خاتمه مطالعه، آزمودنی‌های گروه کنترل به طور رایگان خدمات روان‌شناختی رایگان توسط روان‌شناس بالینی دریافت کردند. ابزار سنجش عبارتند از:

سازمان شخصیت: جهت ارزیابی سلامت طراحی شده است به سنجش سازمان شخصیت مرتبط با سلامت افراد می‌پردازد و دارای ۳۶ روی در ۸ بعد سلامت می‌باشد که عبارت‌اند از عملکرد جسمی محدودیت نفت به علت مشکلات جسمی درد جسمانی سلامت عمومی محدودیت نقش به علت مشکلات اساسی سلامت روانی شادابی و نشاط و عملکرد اجتماعی است که مربوط به عملکرد جسمی ۱۰ عملکرد اجتماعی ۲ محدودیت نقش به علت مشکلات جسمی ۴ به علت مشکلات اساسی ۳ سلامت ذهنی و روانی ۵ شادابی و نشاط چهار و درد جسمانی چهار و سلامت عمومی ۴ را به خود اختصاص دادند. حقیقت سلامتی نیز یک سؤال را به خود اختصاص می‌داد که جزء با دهشت آن نبود و امتیازبندی هم نمی‌شد پایایی پرسش‌نامه تأیید شده و پایایی برای ترجمه آن نیز مورد تأیید قرار گرفته است برای نمره دهی پرسش‌نامه در هر دو امتیاز گویه‌ها با هم جمع شده و تبدیل به مقیاسی از صفر تا صد (۱۶).

پرسش‌نامه دشواری در تنظیم هیجانی: این پرسش‌نامه توسط گرتز و همکارش ساخته شده و یک شاخص خودگزارشی است که برای ارزیابی دشواری در تنظیم هیجانی به شکل جامع‌تر نسبت به ابزارهای موجود در این زمینه طراحی گردیده است. این پرسش‌نامه دارای ۳۶ سؤال و شش عامل و بر اساس پرسش‌نامه پنج درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی شده است که نمرات بالاتر از ۱۱۰ نشان دهنده دشواری بیش‌تر در تنظیم هیجانی است. عامل‌ها که عبارت‌اند از: عامل اول عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی با ۶ سؤال، عامل دوم دشواری در انجام رفتار هدفمند با ۵ سؤال، عامل سوم دشواری در کنترل تکانه با ۶ سؤال، عامل چهارم فقدان آگاهی هیجانی با ۶ سؤال، عامل پنجم دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی با ۸ سؤال و عامل ششم فقدان شفافیت هیجانی با ۵ سؤال در نظر گرفته شده است. سوالات ۲۴، ۳۴، ۲۲، ۱، ۲، ۶، ۷۸، ۱۰، ۱۷، ۲۰ دارای نمره‌گذاری معکوس می‌باشند. گرتز و رومرو روایی این پرسش‌نامه را ۰/۹۳ و آلفای کرونباخ آن را ۰/۸۰ گزارش کردند (۱۳). ضریب پایایی پرسش‌نامه در مطالعه حاضر به ترتیب ۰/۶۰ برای عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، ۰/۶۲ برای دشواری در انجام رفتار هدفمند، ۰/۶۳ برای دشواری در کنترل تکانه و ۰/۶۵ برای فقدان آگاهی هیجانی ۰/۶۷ برای دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و برای نمره کل دشواری در تنظیم هیجانی ۰/۷۹ به دست آمد.

گروه آزمایش درمان پویایی را به مدت ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. هر دو گروه با استفاده از پرسش‌نامه‌های سازمان شخصیت و تنظیم هیجان در سه مرحله مورد ارزیابی قرار گرفتند. مطابق دستورنامه روان‌پوشی کوتاه مدت، یعنی مراحل هفت‌گانه پرسش در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، به شرح جدول ۱ و مطابق با کتابچه راهنمای روان‌درمانی پویایی دونلو (۱۹) انجام شد.

جدول ۱- سرفصل محتوای جلسات روان درمانی روان پویایی کوتاه مدت فشرده بر افزایش تنظیم هیجان و سازمان شخصیت

جلسه	محتوا جلسه
۱	در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویایی که درمانگری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل شرکت کنندگان پرداخته شد.
۲	با توجه به نوع دفاع‌های (بازدگانه)، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هرکدام به اجرا درآمده است. انواع دفاع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هرکدام به طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند.
۳	کار با دفاع‌های تاکتیکی واژه‌های سر بسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر - پوششی. مداخله کوثر: شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع
۴	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده شرکت کنندگان، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیر مستقیم و افکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر: چالش با دفاع ها و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع و تردید در دفاع
۵	بررسی دفاع نشخوار ذهنی و دلیل تراشی. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع، چالش، مسدود کردن دفاع.
۶	دفاع‌های عقلی سازی و کلی گویی و تعمیم دادن. مداخله کوثر: روشن سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع
۷	تاکتیک‌های منحرف سازی و فراموش کردن. مداخلات کوثر: روشن کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع
۸	انکار و تکذیب کردن. مداخلات کوثر: روشن کردن، تردید در دفاع و چالش با دفاع
۹	بیرونی سازی و ابهام. مداخلات کوثر: روشن، چالش با دفاع
۱۰	طفره رفتن، تردید وسواسی. مداخلات کوثر: روشن کردن، چالش با دفاع
۱۱	بدنی سازی و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله کوثر: روشن سازی.
۱۲	سرکشی، نافرمانی، مقدمه چینی و گریه کردن و استفاده از دفاع‌های واپس رونده. مداخلات کوثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن سازی

۱۳	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات، علایم غیر کلامی. تبعیت - انفعال. مداخلات کوثر: روشن کردن تردید در دفاع، چالش با دفاع، روشن کردن، چالش
۱۴ و ۱۵	در دو جلسه آخر ضمن تحکیم دستاوردها، برنامه پیگیری و به خصوص زمان انجام پس‌آزمون و ضمن تشکر از بیماران، پایان جلسات اعلام شد.

جدول ۲- خلاصه جلسات آموزش پذیرش و تعهد برای بزرگسالان

جلسه اول	یجاد اتحاد درمانی، آشنایی اعضا با یکدیگر، تعیین قوانین جلسات، آشنایی با درمان پذیرش و تعهد و اهداف آن، بحث در مورد ارزیابی‌های ابتدایی و انتهایی، انجام پیش‌آزمون
دوم	افزایش آگاهی مراجع از کنترل هیجانی و همچنین پیامدهای تلاش‌های کنترلی (اجتناب تجربی در ارتباط با اختلال پس از سانحه)، تمرین یادداشت کردن افکار رجوعی مرتبط با اختلال پس از سانحه، استعاره مهمان ناخوانده، تمرین فکر نکردن به جیب زرد، استعاره ببر گرسنه
سوم	بهبود گسلش نسبت به افکار خاص مرتبط با اختلال پس از سانحه، تماس با لحظه حال، تنفس هدفمند، تمرین خوردن ذهن‌آگاهانه کشمش، بررسی قدرت کلمات بر افکار و اعمال و آموزش زندان واژگان، تمرین برچسب زدن به افکار، استعاره راننده اتوبوس
چهارم	تقویت خود مشاهده‌گر، معرفی انواع خود و بحث در مورد آشکارسازی نقش خود را به عنوان یک فرد برقرارکننده ارتباط، استعاره شطرنج
پنجم	آشکارسازی ارزش‌های شخصی مرتبط با برقراری ارتباط، تمرین شرکت در خاکسپاری خود، استعاره درخت ارزش‌ها، تکمیل پرسش‌نامه حوزه‌های ارزشمند زندگی
ششم	برانگیختن اقدام متعهدانه و شناسایی موانع احتمالی، بحث در مورد ارتباط ارزش‌ها با اعمال، درک و شناخت عمل متعهدانه، بحث در مورد اقدامات مؤثر برای کنترل اختلال پس از سانحه و متعهد ماندن به آن‌ها، استعاره نهال
هفتم	تمرکز بر فعالیت‌های ارزش‌محور و اهداف محرک در مسیر ارزش‌ها، بررسی تمرین منزل جلسه قبل، بحث در مورد اهداف کوتاه مدت و بلند مدت و فعالیت‌های متناسب با هر هدف
هشتم	مرور، جمع‌بندی مطالب و خاتمه، ارزیابی پس‌آزمون

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر بود. به منظور بررسی جمعیت شناختی آزمودنی‌ها از آزمون دقیق فیشر و پیش فرض نرمال بودن، از آزمون Kolmogorov-Smirnov، برای پیش فرض کرویت از آزمون Mauchly و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون Levene استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

در طول اجرای پژوهش مبتلایان به سردرد تنشی با رضایت و رغبت شرکت کردند و به آنها اطمینان داده شد در صورت تمایل، نتایج مطالعه به اطلاع آنها خواهد رسید. در تمام مراحل پژوهش بدون رضایت افراد، عکس برداری و فیلم برداری صورت نگرفت. هم چنین، تمامی ابزارها به صورت رایگان در اختیار اعضاء قرار گرفت و هیچ موردی از ریزش نمونه مشاهده نشد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام شد. روش آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه گیری‌های مکرر بود. به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن از آزمون شاپیروویلک، برای پیش فرض کرویت از آزمون ماچلی^۱ و برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لون^۲ و برای مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی بون فرونی^۳ استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها:

در جدول ۳، توزیع فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیر سن ارائه شده است. چنان‌که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، بین توزیع فراوانی گروه‌های سنی و جنسیت در گروه‌های پژوهش تفاوت معنادار وجود ندارد ($P > 0.05$).

جدول ۳- توزیع فراوانی سن و جنسیت بزرگسالان ۱۸ تا ۴۰ سال

متغیرها	طبقات	گروه تعهد و پذیرش (n=۱۵) (درصد) تعداد	گروه روانپوشی (n=۱۵) (درصد) تعداد	گروه (n=۱۵) (درصد) تعداد	کنترل مقدار *P
سن (سال)	۲۵-۱۸	۶ (۴۰)	۵ (۳۳/۴)	۵ (۴۰)	۰/۴۵۱
	۳۰-۲۶	۶ (۴۰)	۷ (۴۶/۶)	۷ (۴۰)	
جنسیت	۴۰-۳۱	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	۳ (۲۰)	۰/۴۷۲
	مرد	۱۳ (۸۶/۷)	۱۲ (۸۰)	۱۴ (۹۳/۳)	
	زن	۲ (۱۳/۳)	۳ (۲۰)	۱ (۶/۷)	

* آزمون مجذور کای، $P < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

در ادامه در جدول ۴، میانگین و انحراف استاندارد نمره تنظیم هیجان و سازمان شخصیت در هر سه گروه را نشان می‌دهد. چنان‌که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، در متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل تغییرات چشم‌گیرتری در مرحله پس‌آزمون و پی‌گیری مشاهده می‌شود. به منظور بررسی معناداری این تغییرات از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد.

^۱ -Mauchly

^۲ -Levene

^۳ -Bonferroni

جدول ۴- میانگین و انحراف استاندارد نمره سازمان شخصیت و تنظیم هیجان

متغیر	زمان	گروه تعهد و پذیرش (n=۱۵)		گروه روانپوشی (n=۱۵)		کنترل
		انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	
سازمان شخصیت	پیش‌آزمون	± ۲/۳۵	۱۸/۷۸	± ۲/۶۹	۱۸/۷۸	± ۱۹/۶۷
	پس‌آزمون	± ۲/۷۸	۲۱/۳۳	± ۲/۴۱	۲۰/۸۷	± ۱۹/۶۰
	پی‌گیری	± ۲/۶۶	۱۹/۶۷	± ۱/۴۵	۲۰/۶۷	± ۱/۶۲
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	± ۴/۵۲	۲۵/۰۰	± ۴/۷۶	۲۳/۵۳	± ۲۴/۴۷
	پس‌آزمون	± ۳/۲۹	۳۴/۸۷	± ۵/۲۵	۳۲/۲۷	± ۲۵/۶۰
	پی‌گیری	± ۴/۲۰	۳۲/۶۷	± ۴/۰۲	۳۰/۷۳	± ۳/۴۹

برای مقایسه اثربخشی تعهد و پذیرش و رواندرمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت از تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون، پیش‌فرض‌های اصلی آن بررسی و تأیید شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیروویلک بررسی شد و مقادیر این آزمون برای نمره تنظیم هیجان و سازمان شخصیت در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار بودند ($P < 0.05$) و این موضوع بیانگر نرمال بودن توزیع داده‌ها در هر سه مرحله و در هر سه گروه بود. به‌منظور ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس خطا از آزمون ماچلی استفاده گردید. نتیجه این آزمون نشان داد که پیش‌فرض کرویت در داده‌ها برای هر دو مؤلفه نمره سازمان شخصیت ($P = 0.536$, $\chi^2 = 3.37$) و نمره تنظیم هیجان ($P = 0.064$, $\chi^2 = 16.12$) برقرار بود. آزمون لون نیز نشان داد مفروضه همسانی واریانس گروه‌ها برقرار است ($P < 0.05$).

بر اساس جدول ۵، آزمون با فرض کرویت در اثرات بین آزمودنی، اثر اصلی گروه در نمره مؤلفه تنظیم هیجان معنی‌دار به‌دست آمده است ($P = 0.004$). به عبارت دیگر، میانگین کلی نمره مؤلفه تنظیم هیجان در گروه‌های آزمایش (تعهد و پذیرش و درمان پویایی فشرده و کوتاه مدت) و کنترل تفاوت معنی‌داری دارد ($P = 0.004$). نتایج نشان داد که ۲۳/۴ درصد از تفاوت‌های مشاهده شده در نمره مؤلفه سازمان شخصیت، به اثر مداخله مربوط است. نتایج اثرات درون آزمودنی نیز نشان داده است که اثر اصلی زمان در نمره معنی‌دار به‌دست آمده است ($P < 0.001$). به عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین نمره ابعاد سازمان شخصیت و تنظیم هیجان در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در کل نمونه پژوهش معنی‌دار بوده است ($P < 0.001$)، به طوری که به ترتیب ۲۲/۷ درصد و ۷۵/۵ درصد تفاوت مشاهده شده در میانگین نمره ابعاد سازمان شخصیت و تنظیم هیجان در مراحل مختلف آزمون، ناشی از اثر مداخله می‌باشد. هم‌چنین، اثر تعاملی زمان و گروه در نمره ابعاد سازمان شخصیت و تنظیم هیجان معنی‌دار به‌دست آمده است (به ترتیب، $P = 0.004$ و $P < 0.001$)، که نشان می‌دهد روند تغییرات میانگین نمرات تنظیم هیجان و سازمان شخصیت در سه مرحله

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در سه گروه مورد مطالعه تفاوت معنی‌داری دارند و به ترتیب ۱۷/۲ و ۵۱/۸ درصد از تفاوت مشاهده شده بین گروه‌ها در مراحل مختلف آزمون، ناشی از اثر مداخله می‌باشد (جدول ۵).

جدول ۵- نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر برای نمرات تنظیم هیجان و سازمان شخصیت

متغیر	منبع اثر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	مقدار P	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
نمره سازمان شخصیت	زمان	۴۸/۵۷	۱/۷۷	۲۷/۳۱	۱۲/۳۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۲۷	۰/۹۹۱
	تعامل (زمان×گروه)	۳۴/۴۸	۳/۵۵	۹/۶۹	۴/۳۷	۰/۰۰۴	۰/۱۷۲	۰/۸۹۵
	خطا (زمان)	۱۶۵/۶۰۰	۷۴/۶۹	۲/۲۱				
بین‌گروهی	گروه	۵/۲۰۰	۲	۲/۶۰	۲۳۹/۰۰	۰/۷۸۸	۰/۰۱۱	۰/۰۸۰
	خطا	۴۵۶/۵۳	۴۲	۱۰/۸۷				
	زمان	۱۱۰۰/۹۰	۱/۴۶	۷۵۰/۵۰	۱۲۹/۷۶	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۵	۱
نمره تنظیم هیجان	تعامل (زمان×گروه)	۳۸۲/۷۸	۲/۹۳	۱۳۰/۴۷	۲۲/۵۶	<۰/۰۰۱	۰/۵۱۸	۱
	خطا (زمان)	۳۵۶/۳۱۱	۶۱/۶۰	۵/۷۸				
	گروه	۵۹۷/۰۳	۲	۲۹۸/۵۱	۶/۴۰	۰/۰۰۴	۰/۲۳۴	۰/۸۸۱
بین‌گروهی	خطا	۱۹۵۸/۶۲	۴۲	۴۶/۶۳				

$P < 0/05$ اثر معنی‌دار

بحث و نتیجه‌گیری :

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثر تعهد و پذیرش با روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بر تنظیم هیجان و سازمان شخصیت در مبتلایان به سردرد تنشی ود. نتایج این تحقیق حاکی از اثربخشی دو روش تعهد و پذیرش و روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بر تنظیم هیجان بود.

یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان پویایی فشرده و کوتاه مدت منجر به بهبودی بیماران سردردتنشی در شاخص تنظیم هیجان شده است. نتایج حاصل از این پژوهش با پژوهش‌های اورواتی عزیز^۱ (۲۰)، کراینکا^۲ و همکاران (۲۱) و کنت^۳ و همکاران (۲۲). در

^۱ -Orvati Aziz

^۲ -Cyranka

^۳ -Knekt

درمان برای تجربه احساسات «به ظرفیت سازی ایگو می‌پردازیم» تا از طریق دفاع کردن، به منظور تجربه نکردن هیجان‌ات منفی از مکانیسم‌های دفاعی استفاده نکنند. در واقع با ظرفیت سازی من برای بیمار، کمک به بهبود او می‌کنیم و این کار را از طریق نزدیک کردن بیمار به احساساتش بدون این‌که از مکانیزم دفاعی استفاده کنند انجام می‌دهیم. در واقع ایجاد احساس تسلط بر احساسات به وسیله چالش با دفاع‌ها در فرایند درمان است که حال بیمار را بهبود می‌بخشد و به تبع آن باعث بهبود کیفیت زندگی او نیز می‌شود. ناتوانی در تنظیم عواطف ریشه در سال‌های اولیه زندگی و شکست در فرایند درونی سازی ویژگی "خود-مراقبتی" والدین دارد. توانایی خودمراقبتی یک ظرفیت روان‌شناختی و یکی از عملکردهای ایگو است. این ظرفیت، از فرد در مقابل آسیب محافظت کرده و منجر به تضمین بقاء می‌شود. ظرفیت خودمراقبتی شامل توانایی سنجش واقعیت، قضاوت، کنترل، وجود اضطراب با کارکرد اخطار دادن به فرد و توانایی نتیجه‌گیری منطقی و استنتاج است. ظرفیت خود مراقبتی به واسطه‌ی تعامل والد-کودک و اقدامات حمایتی و مهرورزی والدین در سال‌های اولیه کودکی ایجاد می‌شود. از آن‌جا که افراد سردردتنشی فاقد این درونی سازی‌ها هستند، در توانایی خودمراقبتی، حفظ عزت نفس و تنظیم ارتباطات دچار مشکل هستند. در واقع نقص در خودمراقبتی و خودتنظیمی، موجب به وجود آمدن احساسات دردناک و گیج کننده در فرد می‌شود و رنج روان‌شناختی سنگینی را برای فرد به همراه دارد. در درمان پویایی فرد قادر به افزایش کارکرد من و افزایش تنظیم هیجان برای خود خواهد شد و دیگر نیازی به استفاده از رفتارهای غیرانطباقی که کارکرد را برای وی داشتند ندارد و به طبع فرد می‌تواند راحت‌تر زندگی کند. آن‌چه در فرایند درمان پویایی کوتاه مدت اتفاق می‌افتد باعث آگاه‌تر شدن نسبت به احساسات و عواطف پنهانی ناهشیار در خلال رابطه درمانی است. مراجع از نامناسب بودن تجارب هیجانی خود آگاه می‌شود و به "من" اجازه داده می‌شود تا ابراز وجود کرده و با موقعیت‌های تغییر یافته سازگاری پیدا کند. با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاورین با فراگیری رویکرد پویایی در مواجهه با بیماران سردردتنشی از رویکرد روان‌پویایی کوتاه مدت استفاده کنند. همچنین، مداخلات روان‌درمانی دیگر در این جامعه سنجیده شود. پیشنهاد می‌شود بقیه متخصصین و محققین روان‌پویایی فشرده و کوتاه مدت با متغیرهای دیگر در جامعه‌های دیگر آزمایش کنند.

درمان تعهد و پذیرش اغلب به عنوان نظارت فراشناختی بر افکار، هیجان‌ات، ادراکات و احساسات توصیف می‌شود. این فرآیند نشان می‌دهد که اتخاذ رویکردی آگاهانه، نیاز به تنظیم هیجان موقعیت‌ها را از بین می‌برد. تصور می‌شود که افکار و هیجان‌ات با گذشت زمان بالا و پایین می‌روند و از آن‌جایی که درمان تعهد و پذیرش مستلزم پذیرش تجربه فرد است، نیازی به برخورد فعال با آن‌ها نیست (۳۲). درمان تعهد و پذیرش، توجه به احساسات جسمانی همراه با مکانیسم صحبت کردن را افزایش می‌دهد که باعث تغییرات طولانی مدت در مدیریت موفق سردردتنشی می‌شود. همچنین، از طریق آموزش این روش افراد یاد می‌گیرند تا افکار خودکار، عادت‌ها یا الگوهای رفتاری را رها کنند و با رهایی از آن‌ها انعطاف‌پذیرتر شده و تغییر رفتار تسهیل می‌شود. شواهدی نیز وجود دارد که نشان می‌دهد درمان تعهد و پذیرش، اجتناب که راه‌کاری برای تسکین پیامدهای هیجانی ناشی از سردردتنشی در این افراد است را کاهش داده و افزایش حساسیت‌زدایی و پذیرش خود را آسان می‌کند (۱۳). در این مطالعه نیز افراد از آموزش‌ها یاد گرفتند تا با استفاده از تکنیک‌های درمان تعهد و پذیرش اضطراب خود را کاهش دهند و هیجان‌ات خود را بهتر مدیریت کنند. روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت نیز برای مبتلایان به سردردتنشی انجام شده و نتایج مثبتی به همراه داشته است، در واقع یافته‌ها در درمان افرادی که سردردتنشی دارند تا به امروز مثبت بوده است (۲۴-۲۳، ۱۱).

هم‌چنین، مطالعات مختلفی مؤید اثرات مثبت روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت بر سازمان شخصیت هستند (۲۷-۲۵). افراد دارای سردرد تنشی با مشکل عدم کنترل صحیح هیجانات و افکار مربوط به آن‌ها و موقعیت‌هایشان روبه‌رو هستند. این افراد درگیر آمیختگی شناختی، مشغول بودن به گذشته و آینده، تمرکز بیشتر بر مشکلات، عدم تناسب فعالیت‌ها با اهداف و ارزش‌ها، هستند. روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدته دلیل ساز و کارش مانند پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه، مشاهده بدون قضاوت و خودداری از اجتناب تجربه‌ای می‌تواند منجر به افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی شود که این می‌تواند باعث بهبود تنظیم هیجان و در ادامه مقابله با اضطراب اجتماعی در این افراد شود (۲۰، ۱۶، ۱۱). در واقع روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت ب موجب افزایش افزایش سازگاری روان و انعطاف‌پذیری در این افراد می‌شود (۲۵). در مطالعه حاضر نیز بر فرآیندهای اصلی روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت تمرکز شد و تکنیک‌های مورد استفاده آن‌ها برای شرکت‌کنندگان به آموزش گذاشته شد. در واقع افراد از آموزش‌ها یاد گرفتند تا با استفاده از تکنیک‌های آموخته شده، انعطاف‌پذیری بیشتری را به دست آورده و در نهایت منجر بهبود سازمان شخصیت شد.

در این مطالعه اثربخشی روش‌های مداخله‌ای مشابه بود و تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی دو مداخله مذکور وجود نداشت، اما در تبیین این‌که چرا روان‌پویایی در تنظیم هیجان با تفاوت اندکی مؤثرتر از تعهد و پذیرش بود. از محدودیت‌های پژوهش می‌توان عدم امکان غربال بیماران به لحاظ متغیرهایی مانند تیپ شخصیت، سازمان شخصیت، انگیزه ورود به درمان و انتظارات، تعمیم نتایج را با دشواری روبه‌رو کرده بود. رویکرد روان پویایی خود دارای محدودیت‌هایی است که طبیعتاً با محدودیت‌های این تحقیق گره خورده است؛ تناسب مراجعان با این رویکرد درمانی یکی از عواملی است که می‌بایست به آن توجه نمود. اختلالات خاصی هستند که مناسب این روش درمانی نیستند و نامناسب بودن آن‌ها در مراحل اولیه توالی پویایی مشخص می‌شوند. این اختلالات عبارت‌اند از: سایکوزهای اختلال شدید در کنترل تکانه، حالت‌های شدید الکلیسم. پیشنهاد می‌شود این مطالعه در جامعه‌های دیگر و با متغیرهای جدید انجام شود. هم‌چنین، با توجه به پی‌گیری کوتاه مدت انجام شده، پیشنهاد می‌شود مطالعاتی با پی‌گیری بلند مدت انجام شود.

با توجه به نتایج به دست آمده، تعهد و پذیرش و روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدت موجب بهبود تنظیم هیجان و سازمان شخصیت در مبتلایان به سردرد تنشی شدند. از این رو متخصصین فعال در حوزه سردرد تنشی می‌توانند در درمان این افراد استفاده از روش‌های تعهد و پذیرش روان‌درمانی پویایی فشرده و کوتاه مدتر را در کنار سایر درمان‌ها مدنظر قرار دهند. لازم به ذکر است که با توجه به محدودیت‌های این مطالعه می‌بایست در تعمیم نتایج احتیاط کرد.

تشکر و قدردانی: پژوهش‌گران مطالعه حاضر بر خود لازم می‌دانند از تمامی افراد یاری‌رسان در این پژوهش از جمله مبتلایان به سردرد تنشی برای شرکت در آموزش‌ها کمال قدردانی را داشته باشند.

منابع:

- (1) Headache Classification Committee of IHS. The international classification of headache disorders, 3rd edn (beta version). Cephalalgia; 2013
- (2) Martin PR. Stress and Primary Headache: Review of the Research and Clinical Management. Curr Pain Headache Rep, 2016; 20(7): 45.

- (3) Lacy BE, Patel NK. Rome criteria and a diagnostic approach to irritable bowel syndrome. *J Clin Med*, 2017; 6(11): E99.
- (4) Patel N, Shackelford K. Irritable Bowel Syndrome. StatPearls Treasure Island (FL) (Serial online), 2022; jan1: 1-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534810/>. 12/10. 2022.
- (5) Pashing S, Khosh Lahjeh Sedgh. A Comparison of effectiveness of acceptance commitment therapy and metacognitive therapy on reducing symptoms, psychological capital and quality of life of patients suffering from irritable bowel syndrom. *Medical Sciences* 2019; 29(2): 181-90.
- (6) Dehghan Manshadi Z, Neshat Doost HT, Talebi H. Coping strategies among Iranian children with experience of Sarpol-e-Zahab earthquake: factor structure of children's Coping Strategies Checklist-revision1 (CCSC-R1). *BMC Psychol* 2020; 8(1): 92.
- (7) Heshmati R, Lo C, Khooy MP, Naseri E. Pathway linking Emotional Suppression to Depression and Anxiety in Cancer Patients undergoing Chemotherapy: The Mediating Role of Ego-strength. *Curr Aging Sci*, 2022; 6(1): 105
- (8) Messina I, Scottà F, Marchi A, Benelli E, Grecucci A, Sambin M. Case Report: Individualization of Intensive Transactional Analysis Psychotherapy on the Basis of Ego Strength. *Front Psychol*, 2021; 12(1): 1-12.
- (9) Abbass A, Kisely S, Kroenke K. Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for somatic Disorders. *Psychotherapy and psychosomatic*, 2009; 78: 265-74.
- (10) Russell L, Abbass A, Alder S. A review of the treatment of functional neurological disorder with intensive short-term dynamic psychotherapy. *Epilepsy Behav*, 2022; 130.
- (11) Farzdi H, Heidarei A, Moradimanesh F, Naderi F. The Effectiveness of Short-Term Dynamic Psychotherapy on Symptoms Severity and Disease Perception among Patients with Irritable Bowel Syndrome: A Pilot study". *Community Health*, 2021; 8 (2): 221-31. (Persian)
- (12) Menzies R, O'Brian S, Lowe R, Packman A, Onslow M. International Phase II clinical trial of CBTPsych: A standalone Internet social anxiety treatment for adults who stutter. *Journal of Fluency Disorders*, 2016; 48: 35-43.
- (13) Emami Meybodi A, Banijamali SH, Yazdi Seyede M, Moazeni A, Shafiei M. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Training on Improvement of Cognitive, Emotional and Behavioral Rions in Individuals with Stuttering. *MEJDS*, 2015; 5(11): 109-18. (Persian)
- (14) Aghamohammadi F, Saed O, Ahmadi R, Kharaghani R. The effectiveness of adapted group mindfulness-based stress management program on perceived stress and emotion regulation in midwives: a randomized clinical trial. *BMC Psychology*, 2022; 10(1): 123.

- (15) Emge G, Pellowski MW. Incorporating a mindfulness meditation exercise into a stuttering treatment program. *Communication Disorders Quarterly*, 2019; 40(2): 125-8.
- (16) Garcia-Rubio C, Rodríguez-Carvajal R, Castillo-Gualda R, Moreno-Jiménez JE, Montero I. Long-term effectiveness of a mindfulness based intervention (MBI) program for stuttering: A case study. *Clínica y Salud*, 2021; 32(2): 55-63.
- (17) Altafi Sh. Examining and comparing self-efficacy and personality traits of drug addicts and non-addicts. Master's thesis in clinical psychology: Tehran; Shahed University; 2009: 56-79 [Persian]
- (18) Markstrom CA, Sabino VM, Turner BJ, Berman RC. The psychosocial inventory of ego strengths: Development and validation of a new Eriksonian measure. *Journal of youth and adolescence*, 1997; 26(6): 705-32
- (19) Jafarpour H, Akbari B, Shakernia I, Asadi Mojreh S. Comparison of the effectiveness of emotion regulation training and mindfulness training on the reduction rumination in the mothers of children with mild intellectual disability. *JCMH*, 2021; 7(4): 76-94. (Persian)
- (20) Ataabadi S, Yousefi Z, Khayatan F. Development and Validation of Mothers' Anxiety Scale of Children with Stuttering Disorder. *MEJDS*, 2021; 11: 188. (Persian)
- (21) Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*, 2006; 44(1): 1-25
- (22) Babaie Z, Saeidmanesh M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Stress and Depression in Adolescents Aged 14 to 18 Years with Stuttering: A Randomized Controlled Clinical Trial. *JRRS*, 2019; 15(5): 243-8. (in Persian)
- (23) Naz H, Kausar R. Acceptance and Commitment Therapy Integrated with Stuttering Management: A Case Study. *Bahria Journal of Professional Psychology*, 2020; 19(2): 133-53.
- (24) Hashemi SS, Sharifi Daramadi P, Dastjerdi Kazemi M, Rezaei S. The efficacy of acceptance and commitment group therapy program on social anxiety and speech fluency in adolescents with stuttering. *JPS*, 2022; 21(115): 1301-13. (in Persian)
- (25) Erfani E, Rafiepoor A, Ahadi M, Serami G. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Emotion Regulation in Men with Bulimia Nervosa. *Family and Health*, 2021; 11(1): 91-104. (in Persian)