

The Effectiveness of Psychotherapy Based on Core Conflictual Relationship Theme in Ego Development and Self-Destructiveness

Ashraf Sadat Mousavi, PhD
Hazrat-e Masoume University

Parviz Azadfalsh, PhD
Tarbiat Modares University

پرویز آزادفلاح
دانشیار گروه روان‌شناسی
دانشگاه تربیت مدرس

اشرف سادات موسوی*
استادیار گروه روان‌شناسی
دانشگاه حضرت معصومه (س)

Mohsen Dehghani, PhD
Shahid Beheshti University

محسن دهقانی
دانشیار گروه روان‌شناسی
دانشگاه شهید بهشتی

چکیده

هدف این پژوهش تعیین سودمندی مداخله روان‌درمانگری مبتنی بر بن‌مایه تعارضی در ارتقای تحول‌یافتگی من و کاهش خودتخریب‌گری و طرح پژوهش شبه‌تجربی با دو گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری دانشجویان دانشگاه تهران و شهید بهشتی بود که نمره آن‌ها در نسخه فارسی سیاهه افسردگی بک (دایسون و محمدخانی، ۲۰۰۷) نشانگر افسردگی متوسط و شدید بود. نمونه‌برداری به‌صورت هدفمند و براساس معیارهای ورود و خروج برای گروه آزمایش و گواه ۱۲ نفر بود. برای گردآوری داده‌ها مقیاس خودتخریب‌گری مزمن (کلی و دیگران، ۱۹۸۵)، آزمون تکمیل جمله دانشگاه واشنگتن (منرز و دورکین، ۲۰۰۱)، ویرایش دوم سیاهه افسردگی بک (۱۹۹۶) و زیرمقیاس افسردگی مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی (لوی‌باند و لوی‌باند، ۱۹۹۵) و زیرمقیاس افسردگی فهرست نشانگان ۹۰ ماده‌ای به‌کار رفتند. گروه آزمایش تحت مداخله روان‌درمانگری مبتنی بر بن‌مایه تعارضی به‌صورت انفرادی قرار گرفتند. برای ارزیابی آثار درمانی، ابتدا، میانه و انتهای درمان و یک و سه ماه پس از خاتمه درمان، هر دو گروه مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها به روش تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر با تکرار روی یک عامل تحلیل شدند. تحلیل روند نشان داد در گروه آزمایش روان‌درمانگری مبتنی بر بن‌مایه تعارضی با حرکت در مسیر ارتقای سطح تحول من، به کاهش خودتخریب‌گری (با دو شاخص نمره مقیاس خودتخریب‌گری مزمن و نشانه‌های افسردگی) منجر شد. استفاده از روش‌های روان‌درمانگری که سازش‌یافتگی بیشتر من را هدف قرار می‌دهند، به‌عنوان روی‌آوری مناسب در تقلیل گرایش‌های خودتخریب‌گرانه محسوب می‌شود.

واژه‌های کلیدی: خودتخریب‌گری، تحول‌یافتگی من، روان‌درمانگری مبتنی بر بن‌مایه تعارضی، تحلیل روند

Abstract

This study aimed to evaluate the efficacy of the Core Conflictual Relationship Theme (CCRT) psychotherapy in increasing ego development and decreasing self-destructiveness. The research design of the present study was quasi-experimental with two experimental and control groups. The statistical population consisted of those students of Tehran and Shahid Beheshti universities whose scores on the Beck Depression Scale indicated moderate or severe depression. The sample was selected by the purposive sampling method and 12 subjects were assigned for each experimental and control group according to entry and exit criteria. Chronic Self-Destructiveness Scale (Kelley et al., 1985), Washington University Sentences Completion Test (Manners & Durkin, 2001), Beck Depression Inventory-II (1996), and the depression subscales of Symptom CheckList-90 (Derogates & Cleary, 1977) and Depression, Anxiety and Stress Scales (Lovibond & Lovibond, 1995) were used for data gathering. The experimental group was treated with CCRT psychotherapy, individually. Both groups were evaluated at the beginning, middle, and end of the treatment and one and three months after finishing the treatment in order to evaluate treatment effects. Data were analyzed through the variance analysis of repeated measures on one factor. The trend analysis showed that in the experimental group, CCRT psychotherapy led to a decrease in self-destructiveness (with two indices of the score of CSDS and depression symptoms) by helping to improve ego development. The application of psychotherapy techniques, which aim at increasing ego adjustment, is an appropriate method for decreasing self-destructive tendencies

Keywords: self-destructiveness, ego development, psychotherapy based on core conflictual relationship theme, trend analysis

received: 14 April 2023

accepted: 08 May 2024

دریافت: ۱۴۰۲/۰۱/۲۵

پذیرش: ۱۴۰۲/۰۷/۱۷

*Contact information: a.mosavi@hmu.ac.ir

مقدمه

از نظر کلی و دیگران (۱۹۸۵) خودتخریبی^۱ تمایل به انجام رفتارهایی است که احتمال تجربه نتایج منفی را افزایش و احتمال کسب موفقیت آتی را کاهش می‌دهد. به بیان دیگر، الگوهای شکستجویی، مجموعه‌ای بادوام از رفتارهای نامنطقی و فراگیری است که پیامدهای روان‌شناختی منفی و درازمدت آن به مزایای کوتاهمدت و فوری حاصل از آن غلبه دارد (بامیستر و سکر، ۱۹۸۸). این رفتارها با نوعی تصویر خودنالایق^۲ و سبک بین‌فردی خودقربانی‌ساز^۳ در ارتباط است (وی و کو، ۲۰۰۷). خودتخریبی پدیده‌ای نامشخص است و می‌توان تجلیات آن را روی یک پیوستار و در ادامه دیگر رفتارهای انسان در نظر گرفت؛ به‌گونه‌ای که در یک‌سوی پیوستار، مراقبت کامل از خود^۴ و در سوی دیگر آن گرایش‌های به‌شدت خودتخریب‌گر و در انتهای آن خودکشی قرار دارد (تارپ، ۲۰۰۲). در حیطه گرایش‌های خودتخریب‌گر، اگرچه تمایز روشنی میان گرایش‌های خودتخریب‌گر مستقیم و غیرمستقیم^۵ وجود دارد (برای مثال دودکردن سیگار پس از صرف شام و تصمیم‌گیری برای پایان‌دادن به زندگی)، اما تمامی این گرایش‌ها عناصر مشترکی دارند: این گرایش‌ها تلاش‌هایی برای تعدیل تجارب عاطفی، شناختی یا اجتماعی و با اشکال مختلف اختلال‌های روانی (برای مثال افسردگی، اضطراب و اختلال‌های برون‌ی) در ارتباط‌اند (ناک، ۲۰۱۰). پژوهش‌ها نشان می‌دهد شیوه‌های مختلف روان‌درمانی می‌تواند از شدت رفتارهای خودتخریب‌گر بکاهد. برای مثال تأثیر روان‌درمانگری بر کاهش رفتارهای خودتخریب‌گر در مصرف‌کنندگان مواد مخدر (قنبری، تونزنده‌جانی و نجات، ۲۰۲۰) و افراد خودکشی‌کننده و درخودمانده (هانتجنز و دیگران، ۲۰۲۰) آشکار شده است. برای تبیین خودتخریب‌گری مدل‌های مختلفی

پیشنهاد شده است. در جمع‌بندی این مدل‌ها، می‌توان مدل کلی را بدین شکل تشریح کرد که نوع برداشت فرد از رویدادهای تنیدگی‌زا می‌تواند به خودتخریب‌گری منجر شود. به بیان دیگر ارزیابی از موقعیت، واسطه بین رویداد تنیدگی‌زا و اقدام به خودتخریبی است. متغیرهای مختلفی می‌توانند نوع برداشت فرد از رویداد تنیدگی‌زا را تحت تأثیر قرار دهند. برای مثال پژوهش‌ها نقش خودارزیابی‌ها^۶ (جانسون، گودینگ، وود و تاریر، ۲۰۱۰)، متغیرهای اجتماعی – مانند حمایت اجتماعی (بریونز، تبرنو و آرناز، ۲۰۰۷)، خوش‌بینی^۷ (کارور، شی‌پر و سگرس‌توم، ۲۰۱۰؛ کریپل و هندرسون – کینگ، ۲۰۱۰)، مسندمهارگری^۸ (کریمی و و علی‌پور، ۲۰۱۱)، نظم‌جویی هیجانی^۹ (تروی و ماوس، ۲۰۱۱؛ وانگ و سادینو، ۲۰۱۱)، احساس گناه، شرم و خودانتقادی (موسوی، آزادفلاح، دهقانی و فراهانی، ۲۰۱۶) و سطح تحول‌یافتگی من (موسوی، آزادفلاح، دهقانی و فراهانی، ۲۰۱۶) را بررسی کرده‌اند.

رفتارهای خودتخریب‌گر غیرمستقیم برای توصیف دامنه وسیعی از رفتارهایی به‌کار می‌رود که در نهایت باعث مرگ می‌شود اما به‌طور مستقیم یا آشکار به پایان زندگی نمی‌انجامد (راسالس، وندل‌رایس و براون، ۲۰۲۲). برای مثال نداشتن امید برای تغییر دادن خود و آینده و دیدگاه دائمی منفی نسبت به خود، مؤلفه‌های بسیار مهمی در خودتخریب‌گری است (بران‌سان و هارتزler، ۲۰۰۰). دیدگاه روان‌پویشی^{۱۰} توجه ویژه‌ای به گرایش‌های خودتخریب‌گر دارد؛ در این دیدگاه خودتخریب‌گری را می‌توان مسیری برای ارضای غریزه مرگ در نظر گرفت. از سوی دیگر در نظریه‌های روان‌پویشی، «من»^{۱۱} نقطه اتکای سازش‌یافتگی با محیط است. در این دیدگاه فرد سازش‌یافته فردی است که بتواند با من توانمند خویش، میان خواسته‌های بن، فرامن و واقعیت سازش برقرار کند.

1 - self-destructiveness

2 - undeserving self-image

3 - self-sacrificing interpersonal style

4 - good enough self-care

5 - direct and indirect forms

6 - self-appraisals

7 - optimism

8 - locus of control

9 - emotional regulation

10 - psycho-dynamic

11 - ego

بالا تر باز می‌مانند، به‌عنوان شخصیت‌های برانگیخته تشخیص داده می‌شوند. در سیر تحول بهنجار، کودک مراحل دیگر (خودحمایت‌گری^۴، هم‌نواپی^۵، خودآگاهی^۶، وظیفه‌شناسی^۷، فردیت‌یافتگی^۸ و خودپیروی^۹) را طی می‌کند تا به مرحله نهایی توحید یافتگی برسد. از نظر لووینگر این مرحله با افراد خودشکوفای در نظریه مازلو^{۱۰} بهترین هم‌خوانی را دارد. در این مرحله پیچیدگی شناختی وجود دارد؛ طبع هستی‌گرایانه و لطیف است و توحید یافتگی جزء و کل و دنیای درون و بیرون وجود دارد (های و لووینگر، ۱۹۹۶). پژوهش‌ها همراهی سطح تحول یافتگی من و تحول اخلاقی را نشان داده است (لووینگر، ۱۹۷۹).

تحول من از ابتدا، در قالبی دیالکتیک^{۱۱} رقم می‌خورد و نسل سوم درمان‌های پویشی کوتا مدت بر این باورند که مشکل کنونی بیمار برگرفته از روابط گذشته‌ای است که تعامل‌های کنونی فرد با دیگران را شکل می‌دهد. از این رو در این درمان‌ها رابطه با درمانگر از اهمیت خاصی برخوردار است (چارمن، ۲۰۰۴). این دسته از درمان‌ها بر روابط موضوعی و موضوع‌های سازش‌نیافته در روابط بین‌فردی تأکید دارند. موضوع، شخص یا شیء با اهمیتی است که هدف احساس‌ها و کشاننده‌های فرد است و نیاز او را برآورده می‌سازد. در نوع خاصی از این دسته از درمان‌ها، بن‌مایه تعارضی ارتباط^{۱۲} (لوپورسکی، ۱۹۹۸) مورد واکاوی قرار می‌گیرد و هدف آن است که روابط بین‌فردی جدیدی تجربه و سپس در فرد درونی شود. روان‌درمانگری مبتنی بر بن‌مایه تعارضی از سه مؤلفه اصلی تشکیل می‌شود: خواست یا آرزو^{۱۳} (W)، پاسخی از دیگری^{۱۴} (RO) و پاسخی از خویش^{۱۵} (RS). در این درمان، درمانگر تنها به وقایع ارتباطی گوش می‌دهد و از خلال آن‌ها سه مؤلفه را استخراج می‌کند. هدف

از این رو یک من قوی در برخورد با تنیدگی محیطی، از ظرفیت‌های سازش‌یافته حل مسئله استفاده می‌کند و به‌عکس، یک من ضعیف در چنین موقعیتی، به فاجعه‌سازی می‌پردازد و روش‌های سازش‌نیافته در پیش می‌گیرد. از این دیدگاه می‌توان خودتخریب‌گری را محصول سازش‌یافتگی آسیب‌شناختی^۱ فرد با محیط دانست. به سخن دیگر به‌نظر می‌رسد در جریان تحول، در برخی افراد، شیوه سازش‌نیافته حل مسئله و رویارویی با تنیدگی‌ها شکل گرفته است که در تعامل‌های بعدی در گستره زندگی تکرار این شیوه یا شیوه‌های سازش‌نیافته بر اساس یک بازنمایی نمادین (آن‌چنان که در مفهوم گسترده انتقال نمایان است) محقق می‌شود.

از دیدگاه لووینگر (۱۹۹۶) من بعد محوری شخصیت است و از نظر وسعت، تنها نسبت به هوش در درجه دوم اهمیت قرار دارد. این مؤلفه، مانند «چارچوب ارجاع» یا «نقشه‌ای برای درک خود و جهان پیرامونی» عمل می‌کند (های و لووینگر، ۱۹۹۶). لووینگر تحول یافتگی من را روی یک مقیاس هشت‌درجی ترسیم می‌کند که نخستین مرحله آن، مرحله برانگیختگی^۲ و مرحله نهایی آن، توحید یافتگی^۳ است. در پایین‌ترین مرحله در این نظریه، کودک در سلطه نیازهای جسمانی و برانگیختگی‌هاست و برای مهار آن‌ها وابسته به دیگران است. وابستگی به دیگران رنگ جسمانی دارد و همه چیز در ساده‌ترین شکل به حالت دوگانه تقسیم می‌شود: خوب یا بد. تنبیه، مستبدانه و تلافی‌جویانه است و کودک نمی‌تواند ناراحتی جسمانی را از ناراحتی روانی تمیز دهد. این وضعیت برای کودک خردسال بهنجار است. با نزدیک‌شدن به سن مدرسه، در صورت طی‌شدن سیر طبیعی تحول، کودک به مرحله بالاتر صعود می‌کند، اما افرادی که از تحول مرحله

- 1 - pathologic
- 2 - impulsive stage
- 3 - integrated
- 4 - self-protective
- 5 - conformist
- 6 - self-aware
- 7 - conscientious
- 8 - individualistic

- 9 - autonomous
- 10 - Maslow, A.
- 11 - dialectic
- 12 - core conflictual relationship theme
- 13 - wish
- 14 - a response from other
- 15 - a response from the self

رفع نشانه‌ها و برخی تغییرات مهم، اما محدود در شخصیت است. مراجع به‌وسیله فرایند حل و فصل و با رسیدن به ریشه‌های کودکی، به این موفقیت نائل می‌آید که ROها از یک انتقال منحرف‌شده یا اجبار تکرار نشأت می‌گیرد. در اجبار تکرار، فرد در روابط فعلی به‌گونه‌ای عمل می‌کند تا همان الگوهای رفتاری پدر و مادر با او تکرار شود. در جریان درمان، فرد به این موضوع بینش پیدا می‌کند و قادر می‌شود با تغییر RS، RO را تغییر دهد و بدین‌صورت آرزوی خود را تحقق بخشد. به بیان دیگر در روان‌درمانگری مبتنی بر بن‌مایه تعارضی با در نظر گرفتن مؤلفه‌های درگیر در پاسخ فرد، سعی می‌شود اثر الگوی ارتباطی گذشته بر رفتار فرد، به سطح هشیار برسد تا فرد بتواند الگوی پاسخ دیگری را جایگزین کند. باید اشاره کرد که بسیاری از تنیدگی‌هایی که فرد تجربه می‌کند، در یک چهارچوب ارتباطی شکل می‌گیرد و این درمان با هشیار کردن مراجع و به تعبیری آزاد کردن وی از راحل‌ها و شیوه‌های ارتباطی گذشته - که برگرفته از یک من تحول‌نیافته است - در مسیر تحول‌یافتگی من حرکت می‌کند.

وقتی از تحول‌یافتگی من صحبت می‌شود، متغیری مدنظر است که پدیدآیی آن در یک چهارچوب تحولی و معطوف به گذشته است. در واقع مداخله‌ها و درمان‌هایی که با روی‌آورد روان‌پویشی (چه در قالب کلاسیک و چه در شکل مداخله‌های کوتاه‌مدت نوین) مورد استفاده قرار می‌گیرند، همگی با هدف توانمندسازی و ارتقای سطح تحول‌یافتگی من عمل می‌کنند. با این حال، تحقق این هدف به شکلی متفاوت در مداخله‌های کلاسیک و روی‌آوردهای نوین پیگیری می‌شود؛ در مداخله‌های کلاسیک نوعی تغییر بنیادین شخصیت، در شکلی گسترده در نظر است اما در درمان‌های تحلیلی کوتاه‌مدت، تنها توانمندسازی من در محدوده معینی دنبال می‌شود.

با توجه به آنچه بیان شد، با پذیرش این فرض که خودتخریب‌گری محصول سازش‌یافتگی آسیب‌شناختی فرد با محیط و به بیان دیگر، تدبیر

من برای رویارویی با محیط تنیدگی‌زا است و از سوی دیگر با در نظر گرفتن این موضوع که تحول‌یافتگی من از ابتدا به‌صورت دیالکتیک شکل می‌گیرد و این فرایند در طول زندگی ادامه دارد، به‌گونه‌ای که در جریان درمان می‌توان فرد را از سازش‌یافتگی‌های آسیب‌شناختی گذشته جدا کرد، می‌توان انتظار داشت که درمان مناسب، با افزایش توانمندی من، به کاهش خودتخریب‌گری منتهی شود. به بیان دیگر اگر من نقطه اتکای شخصیت برای مقابله با فشارهای محیطی است و من ضعیف راهبردهای سازش‌نیافته را در دسترس دارد، توانمند کردن من، می‌تواند روشی برای کاهش این راهبردهای سازش‌نیافته و از جمله خودتخریب‌گری باشد. بر این اساس هدف این پژوهش تعیین سودمندی مداخله روان‌درمانگری مبتنی بر بن‌مایه تعارضی در ارتقای تحول‌یافتگی من و کاهش خودتخریب‌گری است.

روش

طرح پژوهش شبه‌تجربی، با دو گروه آزمایش و گواه به‌شیوه اندازه‌گیری‌های مکرر بود. بدین ترتیب که در مورد هر دو گروه پیش از شروع، پس از پایان، یک و سه‌ماه پس از پایان دوره درمانی (پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه) سنجش انجام شد. همچنین در فاصله شروع و پایان مداخله نیز بسته به طول دوره درمانی، هر چهار یا پنج جلسه یک سنجش انجام شد. بدین ترتیب گروه آزمایش بسته به طول دوره مداخله، ۵ یا ۶ بار سنجش داشتند. در مورد افراد گروه آزمایش که در میانه مداخله، دوبار مورد ارزیابی قرار گرفتند، میانگین دوبار ارزیابی در متغیرهای مورد بررسی به عنوان نمره میانی درمان در نظر گرفته شد. شایان ذکر است در مورد زنان، تکمیل کردن پرسشنامه‌ها در دوره پیش‌قاعدگی انجام نشد.

شرکت‌کنندگان در پژوهش بر مبنای نمونه‌برداری هدفمند از بین دانشجویان دانشگاه تهران و شهید بهشتی که نمره آن‌ها در سیاهه افسردگی بک، نشانگر افسردگی متوسط و شدید بود، انتخاب شدند. براساس بررسی‌های انجام‌شده در ایران، نمره کمتر از ۱۴،

دریافت الکتروشوک و ۵) تحصیل در رشته روان‌شناسی. شرکت‌کنندگان در جلسهٔ مصاحبهٔ اولیه مورد بررسی قرار گرفتند و وجود نشانه‌های افسردگی و شاخص‌های لازم برای ورود به درمان‌های روان‌پوشی کوتاه‌مدت در آن‌ها بررسی شد. برای گردآوری داده‌ها، از ابزارهای زیر استفاده شد:

مقیاس خودتخریب‌گری مزمن^۱ (کلی و

دیگران، ۱۹۸۵). این مقیاس تمایل فرد برای رفتار به شیوه‌ای خودتخریب‌گر را می‌سنجد و محتوای ماده‌ها، چهار حوزه مسامحه^۲، مراقبت ضعیف بهداشتی^۳، شواهدی از تخلف^۴ و نبود برنامه‌ریزی^۵ را پوشش می‌دهد. به‌وسیله تحلیل همسانی درونی ماده‌ها، دو سنجۀ ۵۲ ماده‌ای از خودتخریب‌گری مزمن برای هر جنس به‌دست آمد. ۷۳ مادهٔ مقیاس خودتخریب‌گری مزمن بر اساس مقیاس لیکرت از ۵ (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) تا صفر (اصلاً در مورد من صدق نمی‌کند) پاسخ داده شد. برخی از ماده‌ها مختص زنان و برخی دیگر مختص مردان و تعدادی از ماده‌ها نیز میان دو جنس مشترک است (کلی و دیگران، ۱۹۸۵). اعتبار به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ تا ۰/۹۷ و ضریب اعتبار بازآزمایی یک‌ماهه ۰/۹۰ تا ۰/۹۸ گزارش شده است. در بررسی نسخهٔ فارسی این مقیاس (موسوی، آزادفلاح، دهقانی و فراهانی، ۲۰۱۵)، تحلیل عاملی ماده‌های مردان چهار عامل سهل‌انگاری و عدم تقید، مسامحه، مخاطره‌جویی و تخدیرطلبی و تحلیل عاملی ماده‌های زنان سه عامل مسامحه و خطرپذیری، بی‌نظمی و عدم مراقبت و برنامه‌ریزی را به‌دست داد. مقادیر ضرایب آلفای کرونباخ عامل‌های مربوط به مردان ۰/۸۷ تا ۰/۸۷ و عامل‌های مربوط به زنان ۰/۶۹ تا ۰/۸۰ به‌دست آمده است. در این پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ کل و سه عامل مسامحه و خطرپذیری، بی‌نظمی و عدم مراقبت و برنامه‌ریزی به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۶ و ۰/۴۱ به‌دست آمد. همبستگی نمرهٔ کل خودتخریب‌گری با زیرمقیاس افسردگی مقیاس

۱۹-۱۴، ۲۸-۲۰ و ۶۳-۲۹ به‌ترتیب نشانگر کمترین حد نشانه‌ها، افسردگی خفیف، افسردگی متوسط و سطوح بالای افسردگی است (ابراهیمی، دژکام و ثقه‌الاسلام، ۲۰۱۴). از آنجا که احساس گنهکاری از تظاهرات هیجانی افسردگی و بازخورد منفی و انتقاد دایم نسبت به خود از تظاهرات شناختی افسردگی است (دادستان، ۱۹۹۸)، گروهی که در مقیاس افسردگی نمرهٔ بالاتر از میانگین دارند، نمونهٔ مناسبی برای این پژوهش بود. همچنین از منظر روان‌تحلیل‌گری بروز افسردگی نشانگر غلبهٔ کشانندهٔ ویرانگری بر کشانندهٔ زندگی است و یکی از شکل‌های خودتخریب‌گری در این دیدگاه به حساب می‌آید.

نمونه از دو منبع تأمین شد: ۱) دانشجویانی که در اجرای اولیهٔ سیاههٔ افسردگی بک حائز شرایط بودند (نمرهٔ لازم در سیاههٔ افسردگی بک)، برای شرکت در جلسات درمانی دعوت شدند. افرادی که پاسخ مثبت دادند، طی یک جلسهٔ مشاوره مورد ارزیابی قرار گرفتند و در صورت دارا بودن ملاک‌های ورود، در یکی از گروه‌های آزمایش یا گواه جای گرفتند (۲۰ نفر). ۲) دانشجویانی که در مرکز درمانی کلینیک خانواده و کودک شهید بهشتی به پژوهشگر مراجعه کردند و حائز شرایط لازم بودند (چهار نفر). در مورد این افراد امکان جایگزینی تصادفی وجود نداشت.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: ۱) افسردگی متوسط یا شدید طبق سیاههٔ افسردگی بک (نمرهٔ خام ۲۰-۶۳؛ ۲) دامنهٔ سنی ۱۸ تا ۳۰ سال؛ ۳) تأیید نتیجهٔ سیاههٔ افسردگی بک در مصاحبهٔ بالینی بر اساس DSM-V؛ ۴) داشتن شاخص‌های لازم برای ورود به درمان روان‌پوشی در مصاحبهٔ بالینی اولیه و ۵) عدم ابتلا به اعتیاد (عدم وجود نشانه‌ها ناشی از اعتیاد). ملاک‌های خروج عبارت بود از: ۱) همبودی اختلال‌های محور II، سابقهٔ ضربهٔ مغزی و ابتلا به صرع؛ ۲) وجود نشانه‌های روان‌گسستگی؛ ۳) دریافت همزمان داروی روان‌پزشکی یا درمان‌های موازی؛ ۴)

- 1 - Chronic Self-Destructiveness Scale
- 2 - carelessness
- 3 - evidence of transgressions

- 4 - justice
- 5 - lack of planfulness

افسردگی، اضطراب، تنیدگی^۱ (لوی‌باند و لوی‌باند، ۱۹۹۵) و «فهرست نشانگان ۹۰ ماده‌ای» ۰/۲۹ و ۰/۲۹ به‌دست آمد.

آزمون تکمیل جمله دانشگاه واشنگتن^۲

(منرز و دورکین، ۲۰۰۱). این آزمون ابتدا در سال ۱۹۷۰ منتشر شد و سپس در سال‌های ۱۹۸۵ و ۱۹۹۶ مورد تجدیدنظر قرار گرفت (منرز و دورکین، ۲۰۰۱). نسخه تنظیم‌شده در سال ۱۹۹۶ شامل ۳۶ ماده است که از آزمودنی خواسته می‌شود با نخستین کلماتی که به ذهنش می‌رسد، جمله را کامل کند. می‌توان از ۱۸ ماده نخست، به‌عنوان فرم کوتاه آزمون استفاده کرد. هر یک از ماده‌ها بر مبنای دستورالعمل مشخص (های و لووینگر، ۱۹۹۶)، کدگذاری و سپس نمره کلی محاسبه می‌شود. پاسخ‌گویی به آن ۱۰ تا ۳۰ دقیقه طول می‌کشد و می‌توان آن را به‌صورت فردی یا گروهی اجرا کرد. پاسخ‌های آزمودنی روی یک مقیاس هشت‌درج‌های تحول‌یافتگی من دسته‌بندی می‌شود: خودحمایت‌گری، هم‌نوایی، خودآگاهی، وظیفه‌شناسی، فردیت‌یافتگی، خودپیروی و توحید‌یافتگی. ویژگی‌های روان‌سنجی این آزمون در ایران تأیید شده است (تقی‌یاره، ۲۰۰۴). در پژوهش موسوی و دیگران (۲۰۱۶الف) این آزمون از همسانی درونی مناسب در دامنه‌ای از ۰/۱۲ تا ۰/۳۳ برخوردار بود و مقادیر ضرایب آلفای کرونباخ و اعتبار بازآزمایی ۵ هفته‌ای به‌ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۵ به‌دست آمد. در این پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ این ابزار ۰/۶۴ و همبستگی با زیرمقیاس افسردگی مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی (لوی‌باند و لوی‌باند، ۱۹۹۵) و فهرست نشانگان ۹۰ ماده‌ای^۳ ۰/۳۷ و ۰/۳۰ به‌دست آمد.

نسخه فارسی سیاهه افسردگی بک - ویرایش دوم^۴

(دابسون و محمدخانی، ۲۰۰۷). نسخه انگلیسی این سیاهه در سال ۱۹۹۶ از نسخه اصلی به‌دست آمد که مانند نسخه پیشین ۲۱ ماده داشت و هر ماده روی مقیاس لیکرت صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شود. این سیاهه یک ابزار خودگزارش‌دهی برای

نشانه‌های افسردگی است که برای سنجش شدت افسردگی افراد بالاتر از ۱۳ سال طراحی شده است. همبستگی این نسخه با پرسشنامه افسردگی همیلتون (همیلتون، ۱۹۶۰) ۰/۷۱ و اعتبار بازآزمایی آن ۰/۹۳ گزارش شده است (دابسون و محمدخانی، ۲۰۰۷). در این پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ این سیاهه ۰/۷۰ و همبستگی با زیرمقیاس افسردگی مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی (لوی‌باند و لوی‌باند، ۱۹۹۵) و فهرست نشانگان ۹۰ ماده‌ای ۰/۶۳ و ۰/۶۱ به‌دست آمد.

زیرمقیاس افسردگی مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی^۵

(لوی‌باند و لوی‌باند، ۱۹۹۵). نسخه کوتاه این مقیاس ۲۱ ماده دارد که هر هفته ماده، یکی از سازه‌های افسردگی، اضطراب و تنیدگی را می‌سنجد. هر ماده روی مقیاس لیکرت از صفر تا سه پاسخ داده می‌شود. اعتبار همگرایی نسخه اصلی مناسب گزارش شده است، برای مثال همبستگی با سیاهه افسردگی بک ۰/۸۱ بود (لوی‌باند و لوی‌باند، ۱۹۹۵). آلفای کرونباخ نسخه فارسی زیرمقیاس افسردگی DASS ۰/۹۳ (اصغری‌مقدم، ساعد، دیباج‌نیا و زنگنه، ۲۰۰۸) و همبستگی با سیاهه افسردگی بک (دابسون و محمدخانی، ۲۰۰۷) ۰/۷۰ گزارش شده است (صاحبی و دیگران، ۱۳۸۴). در این پژوهش از زیرمقیاس افسردگی این مقیاس استفاده شد و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۴ و همبستگی با سیاهه افسردگی بک و زیرمقیاس افسردگی فهرست نشانگان ۹۰ ماده‌ای ۰/۶۳ و ۰/۷۸ به‌دست آمد.

زیرمقیاس افسردگی فهرست نشانگان ۹۰ ماده‌ای (دراگاتیس و کلری، ۱۹۷۷). این فهرست ۹

بعد اضطراب، پرخاشگری، افسردگی، حساسیت در روابط میان‌فردی، شکایت‌های جسمانی، وسواس اجبار، ترس مرضی، روان‌گسستگی و افکار پارانوئیدی را ارزیابی می‌کند. زیرمقیاس افسردگی در این پژوهش ۱۳ ماده دارد و بر اساس مقیاس لیکرت از صفر (به هیچ وجه) تا ۴ (خیلی زیاد) پاسخ داده می‌شود. این آزمون اولین بار توسط دراگاتیس^۶ در سال ۱۹۷۳ ارائه شد و نسخه

1 - Depression, Anxiety and Stress Scales

2 - Washington University Sentences Completion Test

3 - Symptom CheckList- 90

4 - Root Mean Square Error of Approximation(RMSA)

5 - Depression, Anxiety and Stress Scales

6 - Derogates, L.R.

شرکت‌کنندگان گروه گواه نیز پس از اتمام پیگیری‌ها، یک جلسه ۸۰-۶۰ دقیقه‌ای برگزار شد. لازم به ذکر است پس از انتخاب شرکت‌کنندگان و ارائه توضیحات اولیه، پیش از شروع پژوهش، شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش را اعلام کردند. چکیده‌ای از روند جلسات روان‌درمانگری مبتنی بر بن‌مایه تعارضی ارتباط در جدول ۱ آمده است. بدیهی است به‌دلیل ماهیت روان‌پوشی درمان CCRT ارائه چهارچوب خشک و غیرقابل انعطاف امکان‌پذیر نیست و لازم است درمانگر دوره کامل این نوع درمان را گذرانده باشد. همچنین تعداد جلسات هر مرحله برحسب توانمندی‌های مراجع، نوع و شدت مشکل و ارتباط درمانی متفاوت است، اما به‌طور متوسط می‌توان برای هر مرحله تعداد جلسات حدودی را تعیین کرد.

کامل آن در سال ۱۹۷۷ منتشر شد (دراگاتیس و کلری، ۱۹۷۷). ضریب همبستگی نسخه فارسی زیرمقیاس افسردگی با مقیاس رضایت از زندگی ۰/۵۳- گزارش شده است (سلیمی، آزاد مرزآبادی و عابدی درزی، ۲۰۱۰). در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ این زیرمقیاس ۰/۷۲ و همبستگی با سیاهه افسردگی بک و زیرمقیاس افسردگی مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی (لوی‌باند و لوی‌باند، ۱۹۹۵) ۰/۶۱ و ۰/۷۸ به‌دست آمد. پس از مشخص شدن نتایج بررسی‌های اولیه برای انتخاب هدفمند شرکت‌کنندگان و گمارش آنان در گروه‌های آزمایش و گواه، برای هر یک از شرکت‌کنندگان گروه آزمایش به‌صورت انفرادی ۱۱ تا ۱۸ جلسه درمانی ۴۵-۶۰ دقیقه‌ای مطابق دستورالعمل جلسات روان‌درمانگری مبتنی بر بن‌مایه تعارضی ارتباط (CCRT) برگزار شد. برای هر یک از

جدول ۱

خلاصه روان‌درمانگری مبتنی بر بن‌مایه تعارضی ارتباط (برگرفته از لوبورسکی، ۱۹۹۸)

مرحله	جلسه	اقدامات جلسه درمانی	پیامد
ارزیابی اولیه	۳-۱	آشنایی با مراجع، ویژگی‌ها و شرایط پرورشی و تربیتی او فهرست کردن مشکلات مراجع درخواست از مراجع برای بیان رویدادهای ارتباطی ثبت رویدادهای ارتباطی همراه با سه مؤلفه (Wish, RO, RS) هر رویداد ارتباطی	استخراج CCRT های مراجع الویت‌بندی CCRT ها
مرحله یک: CCRT	۷-۴	بیان رویدادهای ارتباطی توسط مراجع ثبت رویدادهای ارتباطی مشخص کردن مؤلفه‌های رویدادهای ارتباطی	روشن‌شدن اهمیت و قدرت و فراوانی CCRT (ها) هشیارشدن مراجع نسبت به CCRT تغییر ماهیت مکانیزم‌های همساز با خود به مکانیزم‌های ناهمساز با خود ارائه پاسخی متفاوت با CCRT در برخی موقعیت‌های واقعی
مرحله دوم: درمانی	۱۱-۸	ایجاد پل ارتباطی میان CCRT کنونی با گذشته بیان رویدادهای ارتباطی به‌صورت مفصل و با جزئیات هرچه بیشتر از طریق پرسیدن سوالات هدایت‌کننده مانند «یادت می‌آید در محیط چه کسانی بودند؟»، «یادت می‌آید چه لباسی بر تن داشتی؟»، «کمی وضعیت بدنی خودت و طرف مقابل را بیشتر برایم توصیف کن» بررسی خاطرات و موقعیت‌های ارتباطی با بار هیجانی مشابه به‌کارگیری تکنیک‌های حمایتی اشاره به زمان رو به اتمام درمان	فراخوانی هیجان‌های همراه با رویداد ارتباطی فراخوانی خاطرات با بار هیجانی مشابه فهم شباهت و ارتباط میان RO های کنونی و RO های دوران کودکی (RO های کنونی، انتظار کاذب و در حقیقت انتقال از گذشته است) فعال‌شدن مکانیزیم‌های دفاعی موفقیت بیشتر در ارائه پاسخ متفاوت با CCRT در موقعیت‌های واقعی
مرحله سوم: خاتمه	۱۵-۱۲	بازخورد موفقیت‌های مراجع به او کار روی موقعیت‌های ارتباطی محدود باقیمانده	مراجع پیشرفت‌هایش را باور می‌کند که در موقعیت‌های بعدی می‌تواند مستقل از درمانگر عمل کند کاهش نشانه‌ها امکان تجربه همزمان احساس‌های متضاد تحمل‌کردن بهتر تنیدگی‌ها توانایی بیان نیازها و خواست‌های خود به‌صورت صحیح و دقیق

برخی از CCRT‌های شناسایی شده در پژوهش بدین شرح بود:

W: مقبول دیگران بودن و پذیرش همان‌گونه که هست

RO: توجه به کاستی‌ها، کنار گذاشته شدن

RS: انفعال، کنار کشیدن از رابطه، واگذاری حق به دیگران

W: داشتن احساس قدرت و رضایت در روابط با دیگران

RO: بی‌اعتنایی کردن به من، نادیده گرفتن من و تصمیم من، به‌صورتی که اعتماد به خودم را از دست می‌دهم.

RS: سرزنش خود، نشخوار فکری، احساس منفور بودن، ساکت شدن

W: برای خودم ارزش قائل باشم و اعتماد به خود داشته باشم

RO: تمسخر می‌کنند، مورد ارزیابی و قضاوت قرار

جدول ۲

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و گواه

گروه	سن (سال)		وضعیت تأهل (تعداد)		جنس (تعداد)	
	M	SD	دامنه سنی	مجرد	متأهل	زن
آزمایش	۲۳/۰۸۳	۳/۰۸۸	۲۰-۲۹	۱۰	۲	۷
گواه	۲۲/۳۳۳	۳/۴۶۴	۱۹-۳۰	۹	۳	۷

میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد بررسی در دو گروه آزمایش و گواه در دفعات مختلف ارزیابی در جدول ۳ آمده است. از آنجا که در پیش‌آزمون

در متغیرهای مورد بررسی بین دو گروه تفاوت معنادار وجود نداشت، نمرات پیش‌آزمون به‌عنوان متغیر همپراش وارد تحلیل نشد.

می‌دهند

RS: آرزوی نامرئی بودن و دیده نشدن، کمتر کردن روابط

W: محترم و دوست‌داشتنی باشم

RO: تحقیر می‌کنند، مقایسه می‌کنند، سوءاستفاده می‌کنند

RS: نشان دادن ناراحتی و عقب کشیدن انفعالی/ احساس آویزان دیگران بودن

یافته‌ها

تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر با تکرار روی یک عامل^۱ برای بررسی آثار درمانی و تفاوت دو گروه انجام شد.

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه در جدول ۲ آمده است. بین ویژگی‌های جمعیت‌شناختی دو گروه تفاوت معنادار وجود نداشت.

جدول ۳

میانگین و انحراف استاندارد متغیرها در دفعات مختلف ارزیابی در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	پیش‌آزمون	آزمون میانی	پس‌آزمون	پیگیری یک‌ماهه	پیگیری سه‌ماهه
تحول من	آزمایش ۴/۶۸۵ (۰/۲۱۰)	۴/۶۴۱ (۰/۲۰۹)	۴/۷۷۸ (۰/۴۰۷)	۴/۸۱۰ (۰/۴۹۰)	۴/۹۸۲ (۰/۷۸۰)
	گواه ۴/۷۵۰ (۰/۴۰۹)	۴/۸۰۱ (۰/۴۶۳)	۴/۷۵۴ (۰/۳۹۹)	۴/۷۵۴ (۰/۴۳۱)	۴/۷۵۵ (۰/۳۸۹)
خودتخریب‌گری	آزمایش ۲/۳۴۴ (۰/۴۰۷)	۲/۲۹۶ (۰/۴۳۶)	۲/۱۸۷ (۰/۳۸۳)	۲/۴۲۴ (۰/۲۹۶)	۲/۲۶۵ (۰/۴۶۰)
	گواه ۱/۹۷۶ (۰/۵۶۶)	۲/۰۴۲ (۰/۶۲۳)	۱/۹۷۷ (۰/۵۷۷)	۱/۹۸۷ (۰/۵۶۸)	۱/۹۸۵ (۰/۵۴۴)
افسردگی سیاهه افسردگی بک	آزمایش ۱/۲۵۰ (۰/۲۵۰)	۰/۷۲۲ (۰/۳۱۶)	۰/۶۲۱ (۰/۲۹۲)	۰/۴۸۰ (۰/۲۶۴)	۰/۴۳۷ (۰/۳۶۸)
	گواه ۱/۰۰۸ (۰/۱۷۴)	۱/۰۲۸ (۰/۱۱۷)	۱/۰۴۴ (۰/۱۹۵)	۱/۰۲۸ (۰/۱۳۳)	۱/۱۳۹ (۰/۱۷۳)
افسردگی مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی	آزمایش ۱/۸۹۶ (۰/۳۲۵)	۱/۳۰۴ (۰/۶۹۴)	۱/۲۷۴ (۰/۷۱۹)	۱/۲۷۴ (۰/۷۱۹)	۰/۷۳۸ (۰/۲۱۸)
	گواه ۱/۵۱۲ (۰/۳۰۷)	۱/۵۱۲ (۰/۳۰۷)	۱/۴۷۶ (۰/۲۸۸)	۱/۴۰۵ (۰/۲۹۱)	۱/۵۴۸ (۰/۲۸۵)
افسردگی فهرست نشانگان ۹۰ ماده‌ای	آزمایش ۲/۲۷۶ (۰/۱۸۴)	۱/۲۴۹ (۰/۸۴۸)	۱/۵۳۲ (۰/۸۱۹)	۱/۴۸۷ (۰/۷۰۸)	۱/۱۰۲ (۰/۶۲۹)
	گواه ۱/۷۸۹ (۰/۳۲۵)	۱/۸۲۱ (۰/۲۶۵)	۱/۷۳۱ (۰/۳۷۸)	۱/۸۴۶ (۰/۲۲۰)	۱/۸۹۷ (۰/۲۱۶)

برای تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر با تکرار روی یک عامل استفاده شد. در این بخش یک بار داده‌ها با سه بار سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه) و یک بار با پنج بار سنجش (پیش‌آزمون، میان‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری یک‌ماهه و پیگیری سه ماهه) تحلیل شدند. با توجه به آماره‌های مربوط به مفروضه کرویت موخلی^۱ و در مواردی که این آزمون معنادار شد، نتایج آزمون گرین‌هاوس-گایزر^۲، نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با تکرار روی یک عامل قابل تفسیر است (جدول ۴).

اختلاف تغییرات تحول من در دو گروه معنادار نبود، اما بررسی روند تغییرات، نشانگر کاهش سطح معناداری تفاوت سطوح متوالی طی ارزیابی‌ها بود. البته پس از قطع مداخله سطح معناداری افزایش و سپس دوباره کاهش یافت. در مورد متغیر خودتخریب‌گری،

یافته‌های مربوط به سه بار ارزیابی نشان داد تفاوت بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاس خودتخریب‌گری مزمن در دو گروه معنادار بود، اما پس از قطع مداخله، میزان خودتخریب‌گری در گروه آزمایش افزایش یافت که این روند در پیگیری سه‌ماهه دوباره با کاهش مواجه شد، اگرچه میزان این کاهش به سطح معناداری نرسید. در مورد متغیر افسردگی (شاخص دیگر خودتخریب‌گری)، با هر سه مقیاس، میزان افسردگی در ارزیابی‌های سه‌گانه کاهش یافت؛ میزان افسردگی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و از پس‌آزمون به پیگیری سه‌ماهه کاهش معنادار داشت. در مورد این متغیرها هنگامی که به‌طور دقیق‌تر تحلیل با پنج بار ارزیابی انجام شد، باز هم کاهش تدریجی نشانه‌ها مشاهده شد، اگرچه به دلیل کاهش تدریجی، تفاوت‌ها در برخی موارد به حد معنادار نبود (جدول ۴).

تفاوت بین مراحل مختلف ارزیابی، بسته به عضویت گروهی

متغیر	دفعات ارزیابی	تفاوت دو مرحله متوالی	SS	df	F	sig	اندازه اثر
تحول من	۳	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۰۵۷	۱	۰/۸۲۹	۰/۳۷۲	-
		پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه	۰/۲۲۶	۱	۰/۸۳۶	۰/۳۷۰	-
		پیش‌آزمون و میان‌آزمون	۰/۰۵۴	۱	۰/۶۴۳	۰/۴۳۱	-
	۵	میان‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۲۲۱	۱	۲/۲۸۷	۰/۱۴۵	-
		پس‌آزمون و پیگیری ۱	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۲۹	۰/۸۶۶	-
		پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه	۰/۱۷۵	۱	۱/۹۹۰	۰/۱۷۲	-
خودتخریب‌گری	۳	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۱۵۰	۱	۴/۹۰۷	۰/۰۳۷	۰/۱۸۲
		پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه	۰/۰۳۰	۱	۱/۱۳۴	۰/۲۹۹	-
		پیش‌آزمون و میان‌آزمون	۰/۰۷۷	۱	۲/۴۲۸	۰/۱۳۳	-
	۵	میان‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۰۱۲	۱	۰/۲۸۸	۰/۵۹۷	-
		پس‌آزمون و پیگیری ۱	۰/۳۱۲	۱	۶/۹۰۶	۰/۰۱۵	۰/۲۳۹
		پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه	۰/۱۴۸	۱	۲/۰۰۳	۰/۱۷۱	-
افسردگی سیاهه افسردگی بک	۳	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۲/۶۵۱	۱	۲۵/۷۴۵	۰/۰۰۰	۰/۵۳۹
		پس‌آزمون و پیگیری ۳ ماهه	۰/۴۷۰	۱	۳/۸۹۴	۰/۰۶۱	-
		پیش‌آزمون و میان‌آزمون	۱/۷۹۹	۱	۱۷/۹۳۵	۰/۰۰۰	۰/۴۴۹
	۵	میان‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۰۸۲	۱	۱/۲۵۸	۰/۲۷۴	-
		پس‌آزمون و پیگیری ۱	۰/۰۹۴	۱	۱/۹۴۴	۰/۱۷۷	-
		پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه	۰/۱۴۴	۱	۱/۸۷۰	۰/۱۸۵	-
افسردگی مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی	۳	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۱/۸۷۸	۱	۵/۰۱۳	۰/۰۳۶	۰/۱۸۶
		پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه	۲/۲۱۲	۱	۶/۷۴۹	۰/۰۱۶	۰/۲۳۵
		پیش‌آزمون و میان‌آزمون	۱/۹۱۹	۱	۵/۴۴۷	۰/۰۲۹	۰/۱۹۸
	۵	میان‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۰۰۰	۱	۰/۰۰۸	۰/۹۳۱	-
		پس‌آزمون و پیگیری ۱	۰/۰۳۱	۱	۱/۱۳۸	۰/۲۹۸	-
		پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه	۲/۷۶۳	۱	۹/۹۸۶	۰/۰۰۵	۰/۳۱۲
افسردگی فهرست نشانگان ۹۰ ماده‌ای	۳	پیش‌آزمون و پس‌آزمون	۲/۸۲۳	۱	۶/۴۱۹	۰/۰۱۹	۰/۲۲۶
		پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه	۲/۱۳۲	۱	۴/۵۳۹	۰/۰۴۵	۰/۱۷۱
		پیش‌آزمون و میان‌آزمون	۶/۷۲۲	۱	۱۵/۱۹۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰۸
	۵	میان‌آزمون و پس‌آزمون	۰/۸۳۳	۱	۹/۲۶۶	۰/۰۰۶	۰/۲۹۶
		پس‌آزمون و پیگیری ۱	۰/۱۵۴	۱	۰/۸۷۶	۰/۳۵۹	-
		پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه	۱/۱۴۰	۱	۱/۹۸۴	۰/۱۷۳	-

چهار بار سنجش دیگر، معنادار بود. در هیچ یک از متغیرها، تفاوت بین پس‌آزمون- پیگیری یک‌ماهه و پس‌آزمون- پیگیری سه‌ماهه معنادار نبود (جدول ۵).

برای بررسی روند تغییرات درمانی در گروه آزمایش، مقایسه‌های دوتایی^۱ با اصلاح بنفرونی^۲ نشان داد در متغیر افسردگی سنجیده شده با سیاهه افسردگی بک، تفاوت بین پیش‌آزمون و هر

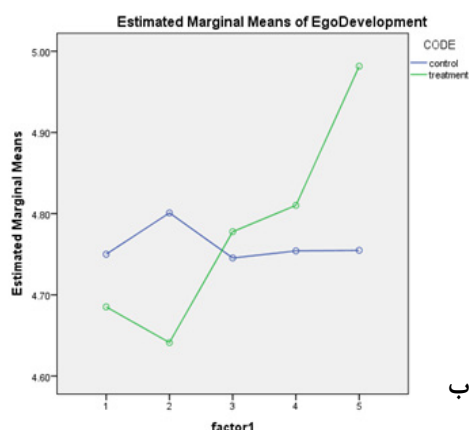
جدول ۵

تفاوت‌های دوتایی میان مراحل مختلف ارزیابی

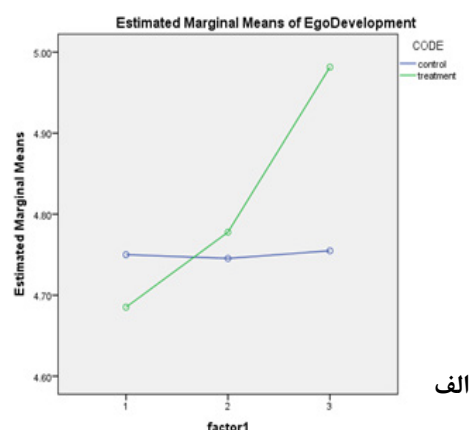
میان‌آزمون- پیگیری ۳ ماهه	پیش‌آزمون- پیگیری ۳ ماهه	پیش‌آزمون- پیگیری ۱ ماهه	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	پیش‌آزمون- میان‌آزمون		
۰/۲۸۶	۰/۸۱۳	۰/۷۷۰	۰/۶۲۹	۰/۵۲۸	اختلاف میانگین‌ها	افسردگی سیاهه افسردگی بک
۰/۰۴۵	۰/۱۳۸	۰/۱۴۳	۰/۱۲۹	۰/۱۲۳	انحراف استاندارد	
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲	۰/۰۰۵	۰/۰۱۳	سطح معناداری	
	۱/۱۳۱				اختلاف میانگین‌ها	افسردگی مقیاس افسردگی، اضطراب، تنیدگی
	۰/۱۴۵				انحراف استاندارد	
	۰/۰۰۰				سطح معناداری	
	۱/۱۷۳	۰/۷۸۸		۱/۰۲۶	اختلاف میانگین‌ها	افسردگی فهرست نشانگان ۹۰ ماده‌ای
	۰/۲۲۷	۰/۲۱۳		۰/۲۶۷	انحراف استاندارد	
	۰/۰۰۳	۰/۰۳۵		۰/۰۲۷	سطح معناداری	

متغیرهای مورد ارزیابی در گروه گواه نسبتاً ثابت بود، اما در گروه آزمایش، در متغیر تحول من، سیر افزایشی و در دیگر متغیرها سیر کاهشی وجود داشت.

نمودارهای مربوط به تغییر متغیرها در طول مراحل ارزیابی در دو گروه آزمایش و گواه، در نمودارهای ۱ تا ۵ آمده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود کمیت تمامی

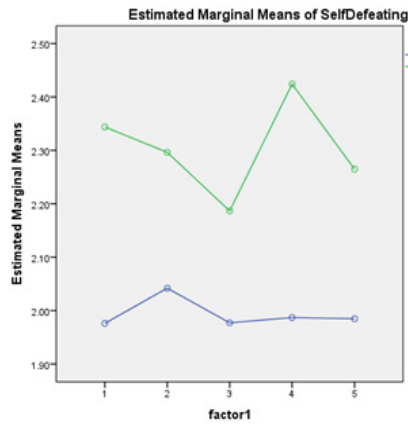


ب

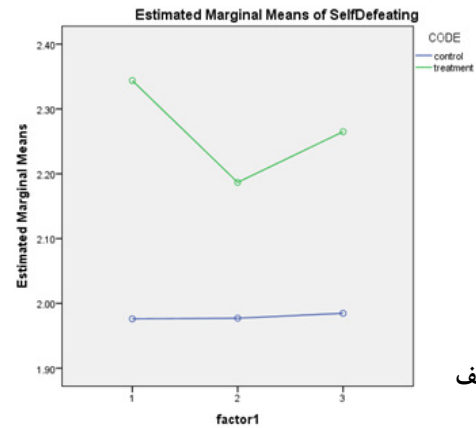


الف

نمودار ۱. تغییرات متغیر تحول من در طول مراحل ارزیابی در دو گروه آزمایش و گواه: الف) سه بار ارزیابی و ب) پنج بار ارزیابی

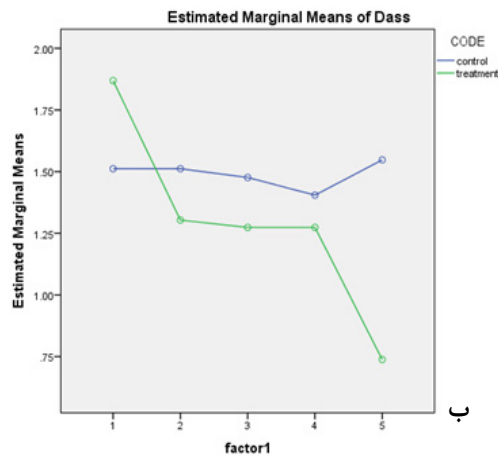


ب

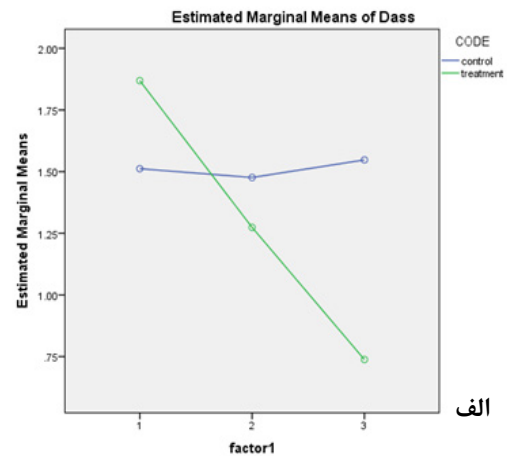


الف

نمودار ۲. تغییرات متغیر خودتخریب‌گری در طول مراحل ارزیابی در دو گروه آزمایش و گواه: الف) سه بار ارزیابی و ب) پنج بار ارزیابی

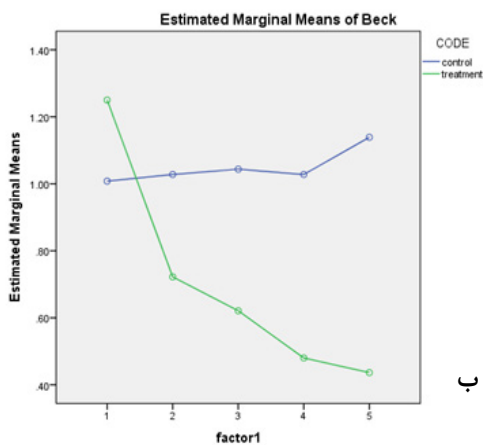


ب

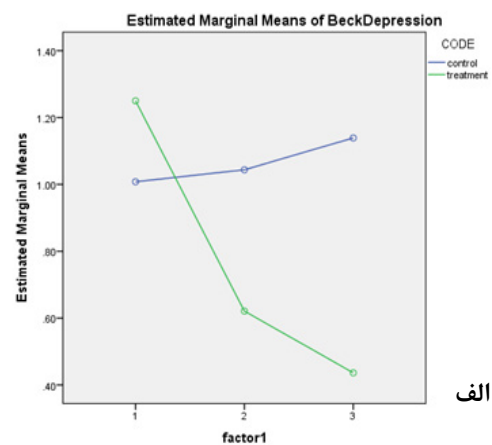


الف

نمودار ۳. تغییرات متغیر افسردگی DASS در طول مراحل ارزیابی در دو گروه آزمایش و گواه: الف) سه بار ارزیابی و ب) پنج بار ارزیابی

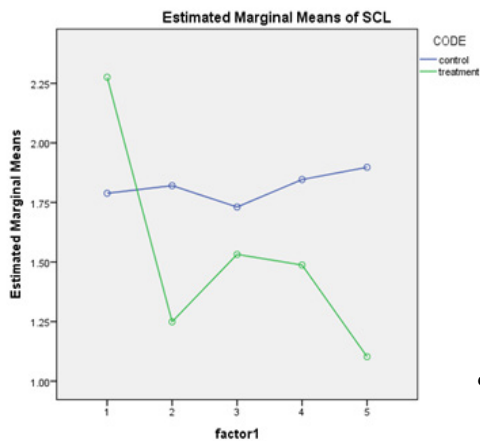


ب

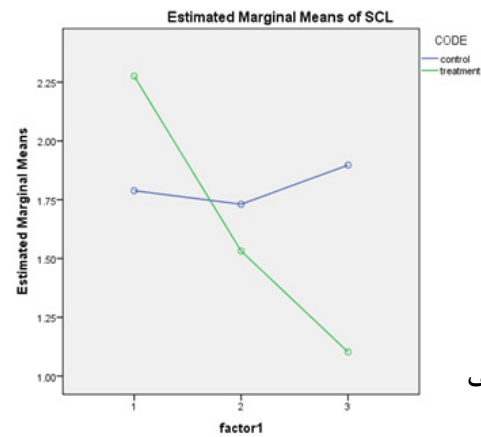


الف

نمودار ۴. تغییرات متغیر افسردگی بک در طول مراحل ارزیابی در دو گروه آزمایش و گواه: الف) سه بار ارزیابی و ب) پنج بار ارزیابی



ب



الف

نمودار ۵. تغییرات متغیر افسردگی SCL-90 در طول مراحل ارزیابی در دو گروه آزمایش و گواه: الف) سه بار ارزیابی و ب) پنج بار ارزیابی

بحث

استفاده از روان‌درمان‌گری‌های تحلیلی کوتاه‌مدت در درمان اختلالات مختلف، بر این فرض بنیادین مبتنی است که عوامل زیربنایی اختلال در بستر تحول شخصیت قرار دارند. یکی از عوامل اثرگذار در تحول شخصیت، پویایی‌های ارتباطی حاکم در زندگی فرد است که به ویژه در تعامل با نخستین مراقبین فرد در گستره کودکی جریان داشته است. از این جهت دیدگاه‌های مبتنی بر روابط موضوعی^۱ با تمرکز بیشتری به پویایی‌های ارتباطی گذشته و بازنمایی^۲ آن‌ها در ذهن می‌پردازند و تکرار این بازنمایی‌ها را در زندگی جاری ردیابی می‌کنند. روان‌درمانگری مبتنی بر بن‌مایه تعارضی ارتباط نیز با تأکید بر این بازنمایی‌های ارتباطی به صورت‌بندی تعارض‌های ارتباطی که در گسترش مشکلات سهم دارند، می‌پردازد و در پی آن تکنیک‌های درمان‌های روان‌پویایی کوتاه‌مدت را به کار می‌گیرد.

در این پژوهش اجرای مداخله تغییر معناداری در سطح تحول‌یافتگی من در پی نداشت. در مورد این یافته باید اشاره کرد وقتی از تحول‌یافتگی من به عنوان یک سازه بنیادین و زیربنایی شخصیت صحبت می‌شود، نمی‌توان انتظار داشت با تعداد محدود جلسه درمانی، سیر تغییر معنادار آن را با آزمون‌های آماری و در قالب مقیاس مشاهده کرد، بلکه بهتر است تغییر آن به صورت روندی و بالینی پیگیری شود. در این نوع مداخلات بیش از آنکه هدف، تغییر در شخصیت باشد، بیشتر مبتنی بر حذف نشانه‌های آسیب‌شناختی و تغییر در الگوهای رفتاری است. کما اینکه وقتی از سطح سازه بنیادین شخصیت، به

سطوح سطحی‌تر حرکت می‌کنیم، شاهد تغییرات معنادار آماری در همین بازه زمانی هستیم (تغییرات افسردگی که جلوتر مورد بحث قرار می‌گیرد). ذکر این نکته نیز لازم است برخلاف درمان‌های کلاسیک روان‌تحلیل‌گری، در روان‌درمانگری‌های پویایی و کوتاه‌مدت با وجود پابندی به مفروضه‌های اصلی، به دلیل محدودیت زمانی، هرگز تحول اساسی شخصیت دنبال نمی‌شود.

در بررسی روند تغییرات بر اساس نمودارها مشاهده می‌شود در گروه آزمایش از مرحله پیش‌آزمون به مرحله میان‌آزمون، شاهد سیر کاهشی (و البته غیرمعنادار) در سطح تحول‌یافتگی من هستیم، در صورتی که در همین دوره گروه گواه با سیر افزایشی (و البته غیرمعنادار) روبه‌رو بود. کاهش میزان سطح تحول من در میان‌آزمون در گروه آزمایش را می‌توان به هشیارشدن مراجع نسبت به الگوهای تعارضی ارتباطی نسبت داد. میان‌آزمون مصادف با انتهای مرحله اول و شروع مرحله دوم درمان بود، در این مرحله با کار کردن روی الگوی تعارضی مراجع و وصل کردن این الگوی تعارضی به گذشته مراجع، به هم ریختن موقتی سازش‌یافتگی مراجع پدیده غیرقابل انتظاری نیست؛ چرا که در این مرحله خاطرات آسیب‌زای کودکی مورد بررسی قرار می‌گیرد و عواطف و احساسات همراه با آن‌ها تجربه و برون‌ریزی می‌شود. هشیار به سازوکارهای اختلال و از بین رفتن سازش‌یافتگی‌های آسیب‌شناختی، به‌طور موقت سازش‌یافتگی را مختل می‌سازد. الگوهای رفتاری سازش‌نا یافته و نامناسب مراجع به دلیل استفاده طولانی‌مدت، مورد پذیرش او هستند و نوعی سازش‌یافتگی مرضی در فرد به وجود می‌آورند، که

اگرچه مرضی است، اما به‌هرحال به‌سازش‌یافتگی او با محیط کمک می‌کند. همان‌طور که اشاره شد به دلیل استفاده طولانی‌مدت، فرد به وجود آن‌ها مرضی‌بودن آن‌ها آگاهی ندارد و با استفاده از آنها، در سازش‌یافتگی نسبی به سر می‌برد. تقریباً در پایان مرحله یک، با آگاه شدن مراجع به TRCC، این الگوهای رفتاری از حالت همساز با خود، به حالت ناهمساز با خود درمی‌آیند و بنابراین به‌طور موقت، سازش‌یافتگی فرد از بین می‌رود. کاهش غیرمعنادار سطح تحول من در گروه آزمایش در میانه مداخله را می‌توان با از بین رفتن موقتی این سازش‌یافتگی‌های مرضی تبیین کرد.

افزایش غیرمعنادار میزان تحول‌یافتگی من در گروه گواه در همین بازه زمانی را می‌توان به نوع به پدیده تست‌آشنایی نسبت داد. با توجه به نوع مقیاس تحول من که شامل جملات ناتمامی است که مراجع باید آن‌ها را با نخستین جملاتی که به ذهنش می‌رسد، تکمیل کند، می‌توان انتظار داشت که یک بار تکمیل کردن این آزمون، ذهن فرد را نسبت به ماده‌های آن حساس سازد و باعث شود که فرد درباره جملاتی که می‌توانست برای تکمیل ماده‌های مقیاس بنویسد، فکر کند و محتوای پیچیده‌تری را پردازش کند. از این‌رو در نوبت بعدی سنجش، احتمال اینکه فرد بتواند نمره بالاتری را کسب کند، بیشتر خواهد شد. زیرا همان‌طور که در دستورالعمل مقیاس هم آمده است، معمولاً (و نه همیشه) پاسخ‌های طولانی‌تر با نمره بالاتر تحول‌یافتگی من همراه است (های و لووینگر، ۱۹۹۶). پس از این افزایش غیرمعنادار در گروه گواه، در نوبت‌های بعدی سنجش، روند کاهشی تا حد پایه و سپس ثبات روند مشاهده شد. اما در گروه آزمایش در هر سه بار سنجش بعدی با روند افزایشی روبه‌رو هستیم. البته شیب افزایش در فاصله میان آزمون - پس آزمون و پیگیری یک‌ماهه - پیگیری سه ماهه بیشتر از شیب افزایش در فاصله پس آزمون - پیگیری یک‌ماهه است. به بیان دیگر در فاصله قطع درمان تا پیگیری یک‌ماهه به نوعی از سرعت افزایش، کاسته شده است که این مطلب در روند تغییرات خودتخریب‌گری توضیح داده می‌شود. با توجه به مطالب بیان شده می‌توان گفت مداخله TRCC به

لحاظ آماری به ارتقای سطح تحول‌یافتگی من منجر نشد، ولی روند تغییرات به لحاظ بالینی معنادار بود. در زمینه پژوهش‌های انجام‌شده برای افزایش سطح تحول من، یکی از بهترین مداخلات توسط سالیوان^۱ (۱۹۷۵ نقل از لووینگر، ۱۹۷۹) روی ۴۱ دانش‌آموز سال آخر دبیرستان در طول یک سال انجام شد. این طرح شامل چهار مرحله بود: ۱) بحث اخلاقی، ۲) مشاوره و آموزش همدلی، ۳) فلسفه و روان‌شناسی اخلاقی و ۴) رهبری بحث‌های اخلاقی با کودکان دبستانی. پیش و پس از دوره، هر دو گروه آزمایش و گواه به آزمون تکمیل جمله و قضاوت اخلاقی کلبِرگ^۲ پاسخ دادند. یافته‌ها نشان داد گروه آزمایش به‌طور معنادار افزایش سطح داشت. لسکرت^۳ و دیگران (۱۹۷۷) نقل از لووینگر، (۱۹۷۹) در چند شرکت، برنامه‌ای برای افزایش سطح تحول من ترتیب دادند. برنامه آموزشی آن‌ها که چندین ماه طول کشید، به افزایش کمی در میانگین سطح تحول من در افرادی انجامید که در شروع دوره پایین‌تر از مرحله همنوایی بودند، اما در افزایش سطح تحول من در افرادی که ابتدای دوره، بالاتر از مرحله همنوایی بودند، مؤثر نبود. در جمع‌بندی این پژوهش‌ها می‌توان گفت تلاش برای افزایش سطح تحول من در پژوهش‌هایی با دوره زمانی کوتاه (چند هفته) موفقیت‌آمیز نبوده است، اما پژوهش‌هایی که ۶ تا ۹ ماه طول کشیده‌اند، به تغییرات معنادار انجامیده‌اند (لووینگر، ۱۹۷۹).

در مورد تأثیر مداخله TRCC بر خودتخریب‌گری، یافته‌ها نشان داد مداخله TRCC به کاهش خودتخریب‌گری (با دو شاخص نمره افسردگی و نمره مقیاس خودتخریب‌گری) منجر شد. پژوهش‌های انجام‌شده برای درمان خودتخریب‌گری نشان داده‌اند ناکامی، نیازهای برآورده نشده هیجانی، نداشتن امید برای تغییر دادن خود و آینده و دیدگاه دائمی منفی نسبت به خود، مؤلفه‌های بسیار مهمی در خودتخریب‌گری هستند. بنابراین بینش پیدا کردن فرد نسبت به افکار و احساسات باید از نخستین اقدامات درمانی باشد (بران‌سان و هارتزler، ۲۰۰۰). نتایج پژوهشی در مورد مصرف‌کنندگان مواد مخدر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ و آموزش مهارت‌های زندگی باکیفیت^۵ رفتارهای خودتخریب‌گر را کاهش داد (قنبری و دیگران، ۲۰۲۰). پژوهش دیگری

1 - Sullivan, P. J.

2 - Kohlberg moral judgment

3 - Lasker, H. M.

4 - acceptance and commitment therapy

5 - quality of life skills training

که روی ۸۲۱ بیمار درخودمانده، خودکشی کننده یا دارای رفتارهای خودجراحی انجام شد، نشان داد شش ماه جلسات منظم هفتگی با روی آورد رفتاردرمانی دیالکتیکی^۱ به علاوه آموزش گروهی ۲/۵ ساعته مهارت‌ها هر دوهفته یکبار به مدت ۶ ماه توانست در کاهش رفتارهای خودتخریبی مؤثر باشد (هانتجنز و دیگران، ۲۰۲۰).

هنگامی که تحلیل مربوط به سه بار سنجش بررسی می‌شود، تفاوت دو گروه در تغییرات متغیر خودتخریب‌گری در بازه زمانی پیش‌آزمون-پس‌آزمون معنادار است. به بیان دیگر با وجود ثبات گروه گواه در این دوره، در گروه آزمایش کاهش خودتخریب‌گری مشاهده می‌شود، اما پس از قطع درمان (پس‌آزمون-پیگیری سه‌ماهه) خودتخریب‌گری در گروه آزمایش افزایش می‌یابد. با دقت‌تر کردن سنجش و افزایش دفعات ارزیابی، نکات جالبی به دست می‌آید: در گروه آزمایش از زمان سنجش پیش‌آزمون تا میان‌آزمون و پس‌آزمون کاهش روند خودتخریب‌گری مشاهده می‌شود، اما توجه به شیب نمودار نشان می‌دهد پس از طی کردن مراحل میانی درمان، شیب کاهش فزونی می‌گیرد؛ یافته‌ای که با کاهش مقدماتی و سپس افزایش میزان سطح تحول‌یافتگی من در همین بازه‌های زمانی همخوان است. اما پس از قطع درمان و در بازه پس‌آزمون-پیگیری یک‌ماهه افزایش ناگهانی خودتخریب‌گری در گروه آزمایش مشاهده می‌شود، به‌طوری که حتی برخلاف انتظار، تغییرات در این مرحله، به سود گروه گواه معنادار می‌شود. این تغییر این‌گونه تبیین می‌شود که به‌ویژه در درمان‌های روان‌پویشی کوتاه‌مدت، که رابطه با درمانگر از اهمیت خاصی برخوردار است (چارمن، ۲۰۰۴)، قطع درمان می‌تواند یک رویداد آسیب‌زا تلقی شود چرا که قطع درمان، با قطع حمایت‌های دریافتی از طرف درمانگر همراه است. به همین دلیل است که در درمان‌های کوتاه‌مدت مرحله پایان بسیار مهم است و تعداد جلسات مشخصی به آن اختصاص می‌یابد (چارمن، ۲۰۰۴). در واقع حرکت به‌سوی قطع درمان در درمان‌های کوتاه‌مدت باید به دقت صورت پذیرد و حتی بهتر است جلسات درمانی پیگیری (و نه صرفاً ارزیابی) با مدت زمان محدود وجود داشته باشد که مراجع بتواند دوباره با درمانگر ارتباط برقرار کند و احساس نکند رابطه را به‌طور کلی از دست داده و از آن گسسته است.

ترسیم چارچوب مراحل و تعداد تقریبی جلسات از ابتدای درمان، تا حدودی برای مراجع روشن ساخته است که

این ارتباط مدت زیادی طول نخواهد کشید. از اواسط مرحله دوم نیز گهگاه به مراجع یادآوری می‌شود که به‌تدریج درمان رو به انتهاست. این عوامل می‌تواند مراجع را به‌تدریج برای پایان دادن به درمان توانمند سازد. علاوه بر این، بازگویی پیشرفت‌های مراجع و یادآوری مواردی که مراجع توانسته است خارج از جلسه درمانی، به تنهایی موفقیت‌آمیز عمل کند، می‌تواند قدرتمند شدن مراجع را برای او پررنگ‌تر جلوه دهد، تا بتواند بهتر خودش را باور کند. به نوعی در مرحله پایان آنچه در طول درمان رخ داده است، برای مراجع مرور می‌شود و مقایسه واکنش‌ها و الگوهای رفتاری او پیش و پس از هشیاری به TRCC، به او کمک می‌کند قدرتمند شدنش را بپذیرد و بتواند راحت‌تر از درمانگر جدا شود.

یافته‌ها در مورد شاخص دیگر خودتخریب‌گری یعنی نشانه‌های افسردگی، نشان داد روند گروه آزمایش در طول دوره درمانی و سپس پیگیری‌های یک‌ماهه و دوم‌ماهه کاهش معنادار داشت. همان روندی که در مورد متغیرهای خودتخریب‌گری و سطح تحول من در مرحله میان‌آزمون به چشم خورد، در اینجا نیز وجود داشت. به بیان دیگر در زمان ارزیابی میانی -که با پایان مرحله اول و آغاز مرحله دوم درمان TRCC همزمان است- هنگامی که شخص به تعارض‌های خود هشیار می‌شود و کم‌کم سایه گذشته خود را بر روابط کنونی درک می‌کند، شیب کاهش نشانه‌های افسردگی کم می‌شود، به‌گونه‌ای که در مورد سیاهه افسردگی بک، مقدار F از ۷۱/۵۳۹ به ۱/۸۵۲ و در مورد مقیاس SSAD، مقدار F از ۵/۷۴۴ به ۰/۸۰۰ می‌رسد. کاهش شیب تغییرات در نمودارهای ۳-ب و ۴-ب و تغییر شیب در نمودار ۵-ب نیز گویای همین مطلب است. البته از آنجا که متغیر مورد ارزیابی در اینجا نشانه‌های رفتاری بود و نه سازه‌های بنیادی‌تر، سیر کاهش هم‌چنان معنادار بود.

بررسی اندازه اثر در مواردی که تفاوت دو گروه آزمایش و گواه معنادار بود، نشان داد ۸۱/۲ درصد از واریانس مشاهده شده در نمره خودتخریب‌گری توسط عضویت گروهی تبیین می‌شود. این مقدار در مورد سیاهه افسردگی بک به بیش از ۰۵ درصد و در مورد مقیاس افسردگی SSAD و LCS حدود ۵۳ درصد بود. یافته‌های حاصل از مقایسه بنفرونی (عدم معناداری اختلاف میان پس‌آزمون-پیگیری یک ماهه و پس‌آزمون-پیگیری سه‌ماهه) نیز نشان داد درمان به نسبت ثابت در طول زمان اثربخشی خود را حفظ کرده است.

- Charman, D. P. (2004). Effective psychotherapy and effective psychotherapists. In D. P. Charman, *Core Processes in brief psychodynamic psychotherapy. Advancing effective practice*. Mahwah, New Jersey: London, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Dadsetan, P. (1998). *Developmental psychopathology from infancy through adulthood* (Vol 1). Tehran: Samt Pub. [In Persian].
- Derogates, L. R., & Cleary, P. A. (1977). Confirmation of dimensional structure of SCL-90: A study in construct validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33(4), 981-989.
- Ebrahimi, H., Dejkam, M., & Seghatoleslam, T. (2014). Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. *Iranian Journal of Psychology and Clinical Psychology*, 19 (4), 275-282. [In Persian].
- Ghanbari, H., Touzandeh Jani, H., & Nejat, H. (2020). Comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment-Based Therapy (ACT) and Quality of Life therapy (QOLT) on self-destructive behaviors and emotional cognitive regulation in substance abusers. *Fundamentals of Mental Health*, 22(1), 47-55. [In Persian].
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 56-62.
- Huntjens, A., van den Bosch, L. M. C.W., Sizoo, B., Kerkhof, A., Huibers, M. J. H., & van der Gaag, M. (2020). The effect of dialectical behaviour therapy in autism spectrum patients with suicidality and/ or self-destructive behaviour (DIASS): Study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *BioMed Central Psychiatry*, 20(127), 1-11.
- Hy, L. X., & Loevinger, J. (1996). *Measuring ego development*. Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publisher.
- Hy, L. X., & Loevinger, J. (1998). *Technical foundations for measuring ego development: The Washington University sentence completion test*. Hove: Psychology Press.
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., & Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, 48(3), 179-186.

در مورد محدودیت‌های این پژوهش باید اشاره کرد انتخاب شرکت‌کنندگان به جهت تسهیل در فرایند اجرای مداخله در یک دوره کوتاه و همچنین اهمیت کنترل متغیرهای مزاحم، از جمعیت غیربالینی صورت گرفته است. پیشنهاد می‌شود مداخله مورد نظر، در مورد جمعیت‌های بالینی که به جهت افسردگی و یا رفتارهای خودتخریب‌گر به کلینیک‌ها مراجعه می‌کنند، نیز اجرا شود. همچنین در این پژوهش تنها پیگیری ۱ و ۳ ماهه برای بررسی نتایج درمانی انجام شد، برگزاری جلسات درمانی پیگیری، و ارزیابی با فواصل زمانی ۳ و ۶ ماه و بررسی نتایج می‌تواند نکات بیشتری را مشخص سازد.

بدین‌وسیله از تمامی دانشجویانی که در پژوهش شرکت کردند، همچنین خانم دکتر موسوی، مدیر کلینیک خانواده و کودک دانشگاه شهید بهشتی، صمیمانه قدردانی می‌شود. تمامی شرکت‌کنندگان برای شرکت در پژوهش رضایت شفاهی خود را اعلام کردند و اطمینان لازم در مورد محرمانه‌بودن اطلاعات به آنها داده شد. حمایت مالی از پژوهش حاضر و تعارض منافع وجود نداشت.

منابع

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Asghari Moghaddam, M.A., Saed, F., Dibajnia, P., & Zangeneh, J. (2008). A preliminary validation of the Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS) in non-clinical sample. *Daneshvar Raftar*, 15(31), 23-38. [In Persian].
- Baumeister, R. F., & Scher, S. J. (1988). Self-defeating behavior patterns among normal individuals: review and analysis of common self-destructive tendencies. *Psychological Bulletin*, 104(1), 3-22.
- Briones, E., Tabernero, C., & Arenas, A. (2007). Effects of disposition and self-regulation on self-defeating behavior. *The Journal of Social Psychology*, 147(6), 657-679.
- Brownson, C., & Hartzler, B. (2000). *Defeat your self-defeating behavior: Understanding and overcoming harmful patterns*. Clearinghouse for Structured-Thematic Groups & Innovative Programs. Austin: University of Texas at Austin.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Segerstrom, S.C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879-889.

- Mousavi, A. S., Azadfalalah, P., Farahani, H., & Dehghani, M. (2015). The validity, reliability and factorial structure of the Chronic Self-Destructiveness Scale (CSDS). *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*, 21(2), 132-143. [In Persian].
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363.
- Rosales, K., Wendel Rice, E., & Brown, L. M. (2022). Indirect Self-Destructive Behaviors. In: Maurizio Pompili (Ed.). *Suicide risk assessment and prevention*. Switzerland: Springer Nature Switzerland AG.
- Sahebi, A., Asghari, M.J., & Salari, R.S. (2015). Validation of Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian Population. *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 1(4), 36-54. [In Persian].
- Salimi, H., Azad Marzabadi, E., & Abedi, M. (2010). Determining the mental health condition and its correlation with job burnout and life satisfaction in a military university personnel. *Ebnesina*, 13(3 and 4), 4-11. [In Persian].
- Stefan-Dabson, K., Mohammadkhani, P., & Masah-Choulabi, O. (2007). Psychometrics characteristic of Beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder. *Rehabilitation*, 8(Special Issue), 82-90. [In Persian].
- Taghiyare, F. (2004). *The relationship of ego development, attachment to God and religious orientation*. Psychology, Shahid Beheshti University, Iran. [In Persian].
- Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2011). Resilience in the face of stress: Emotion regulation as a protective factor. In S. M. Southwick, B.T. Litz, D. Charney, & M. J. Friedman (Eds.). *Resilience and mental health: Challenges across the lifespan*. England: Cambridge University Press.
- Turp, M. (2002). The many faces of self-harm. *Psychodynamic Practice*, 8(2), 197-217.
- Wang, M., & Saudino, K. J. (2011). Emotion regulation and stress. *Journal of Adult Development*, 18(2), 95-103.
- Wei, M., & Ku, T.Y. (2007). Testing a conceptual model of working through self-defeating patterns. *Journal of Counseling Psychology*, 54(3), 295-305.
- Karimi, R., Alipour, F. (2011). Reduce job stress in organizations: Role of locus of control. *International Journal of Business and Social Science*, 2(18), 232-236. [In Persian].
- Kelley, K., Byrne, D., Przybyla, D., Ebery, C., Ebedy, B., Greendlinger, V., Gorsky, J.M. (1985). Chronic self-destructiveness: Conceptualization, measurement, and initial validation of the construct. *Motivation and Emotion*, 9(2), 135-151.
- Krypel, M. N., & Henderson-King, D. (2010). Stress, coping styles, and optimism: Are they related to meaning of education in students' lives? *Social Psychology Education*, 13, 409-424.
- Loevinger, J. (1979). Construct validity of the sentence completion test of ego development. *Applied Psychological Measurement*, 3(3), 281-311.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behavioral Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Luborsky, L. (1998). The early life of the idea for the core conflictual relationship theme method. In L. Luborsky & P. Crits-Christoph (Eds.), *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method* (pp. 3-14). Washington, DC: American Psychological Association.
- Manners, J., & Durkin, K. (2001). A critical review of the validity of ego development theory and its measurement. *Journal of Personality Assessment*, 77(3), 541-567.
- Mousavi, A., Azadfalalah, P., Dehghani, M., & Farahani, H. (2016b). Prediction of self-destruction based on depression symptom, internalized self-criticism, shame and guilt, and differences between men and women. *International Journal of Behavioral Sciences*, 10(2), 57-62.
- Mousavi, A.S., Azadfalalah, P., Dehghani, M., & Farahani, H. (2016a). Psychometric Properties of the Persian Version of Washington University Sentences Completion Test (WUSCT). *Journal of Developmental Psychology: Iranian Psychologists*, 13(50), 157-167. [In Persian].

