

مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر اختلالات روان شناختی و الگوهای رفتاری دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D  
 مریم صالحیان<sup>۱</sup>، حسن احدی<sup>۲</sup>، آدیس کراسکیان موجمباری<sup>۳</sup>، احمد کربلایی محمد میگونی<sup>۴</sup>

## Comparing the effectiveness of group therapy based on Acceptance and Commitment therapy with group therapy based on Mindfulness of psychological disorders and behavior patterns of students with Type D personality

Maryam Salehyan<sup>1</sup>, Hassan Ahadi<sup>2</sup>, Adis Kraskian Mojembari<sup>3</sup>, Ahmad Karbalaei Mohammad Meigouni<sup>4</sup>

### چکیده

**زمینه:** تیپ شخصیتی D یا شخصیت درمانده با دو مؤلفه عواطف منفی و بازداری اجتماعی زمینه ساز اختلالات روان شناختی است. پژوهش این است که آیا گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه درمانگری مبتنی بر توجه آگاهی بر روی الگوهای رفتاری دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D اثربخش است؟ **هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه ماندگاری اثر گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه درمانگری مبتنی بر آگاهی بر اختلالات روان شناختی و الگوهای رفتاری دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D اجرا گردید. **روش:** طرح پژوهش از نوع "پیش آزمون-پس آزمون- پیگیری با گروه گواهی گسترش یافته" است. گروه نمونه شامل 45 نفر از دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D بود که بر اساس گمارش و آرایش تصادفی انتخاب شدند. برای جمع آوری اطلاعات از مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5)، پرسشنامه‌های DS-14 (دنولت- 1993) و DASS-42 (لاویبوند و لاویبوند- 1995) استفاده شد. **یافته‌ها:** اثربخشی و ماندگاری اثر دو مداخله گروه درمانی بر اختلالات روان شناختی و الگوهای رفتاری دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D، به صورت معناداری ( $P \leq 0/01$ ) در یک سطح بود. **نتیجه گیری:** نتایج نشان داد که دو مداخله گروه درمانی به کاهش اختلالات روان شناختی و الگوهای رفتاری دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D انجامید. **واژه کلیدها:** گروه درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر توجه آگاهی، تیپ شخصیتی D، اختلالات روان شناختی

**Background:** Type D Personality or helpless personality with two components of negative affectivity and social inhibition is cause of psychological disorders. The research question is that whether the group therapy based on Acceptance and Commitment with group therapy based on Mindfulness is effective on behavior patterns of students with type D personality? **Aims:** The purpose of this study was to compare the effectiveness of group therapy based on Acceptance and Commitment with a group therapy based on Mindfulness of psychological disorders and behavior patterns of students with type D personality and assessment of the permanent effect of the two therapeutic approaches. **Method:** The research design is "pre-test-posttest-follow-up with expanded control group". The sample group consisted of 45 students with type D personality, which were selected randomly assigned and arrangement. To collect data structured clinical interviews (SCID-5), DS-14 (Denollet- 1993) and DASS-42 (Lavibond & Lavibond- 1995), questionnaires were used. **Result:** The effectiveness and the permanent effect of the two interventional group therapy on psychological disorders and type D students was in one level ( $P \leq 0/01$ ). **Conclusions:** The results showed that two interventional group therapy led to reduction of psychological disorders and behavior patterns of students with type D personality. **Key words:** group therapy, acceptance and commitment therapy, mindfulness based therapy, Type D personality, psychological disorders

**Corresponding Author:** h\_ahadi@gmail.com

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۱. Ph.D in General Psychology, Kraj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

۲. استاد، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول)

۲. Professor of Psychology Department, Kraj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (Corresponding Author)

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۳. Assistant Professor of Psychology Department, Kraj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۴. Assistant Professor of Psychology Department, Kraj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

## مقدمه

افزوده علمی و کاربردی رویکرد درمانی معاصر، دو نوع مداخله گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی مبتنی بر توجه آگاهی به دلیل دارا بودن وجوه مشترک؛ مانند: تمرکز بر توجه آگاهی، پذیرش، گسلش و ارزش‌ها انتخاب و استفاده شده است (محمدی و همکاران، ۱۳۹۴). مرور مطالعات انجام شده در دنیا و ایران نشان داد که اغلب پژوهش‌ها، تأثیر درمان‌های موج سوم را بر روی انواع اختلالات روان‌شناختی بررسی نموده است (هیرن و فاین لای، ۲۰۱۸؛ ورسب و همکاران، ۲۰۱۸؛ برامول و ریچاردسون، ۲۰۱۸؛ پان و همکاران، ۲۰۱۸؛ نیکلای سیک و همکاران، ۲۰۱۳؛ حکم آبادی و همکاران، ۱۳۹۶؛ خدایاری فرد، حجازی و حسینی نژاد، ۱۳۹۴). در حالی که هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی مقایسه کارایی و ماندگاری اثر گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه درمانگری مبتنی بر توجه آگاهی بر روی اختلالات روان‌شناختی و الگوهای رفتاری دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D می‌باشد.

## فرضیه‌ها

در این پژوهش فرضیه‌ها به شرح ذیل مورد آزمون واقع شدند:

- ۱- گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانگری مبتنی بر توجه آگاهی بر اختلالات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D (و مؤلفه‌های آن)، مؤثر است و اثربخشی آنها در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) است.
- ۲- گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانگری مبتنی بر توجه آگاهی بر الگوهای رفتاری دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D (و مؤلفه‌های آن)، مؤثر است و اثربخشی آنها در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) است.

## روش

پژوهش حاضر از نوع کاربردی با روش "نیمه آزمایشی" است که با طرح "پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه گسترش یافته" انجام شد. در پژوهش حاضر، جامعه آماری شامل کلیه دانشجویان شاغل به تحصیل مؤسسه آموزش عالی علمی کاربردی جهاد دانشگاهی سمنان در سال تحصیلی ۹۷-۹۶، به تعداد ۳۲۰ نفر، بود که پس از انجام غربالگری از دانشجویان آن مؤسسه، ضمن توضیح ماهیت و اهداف پژوهش، تعداد ۷۰ نفر از آنان ملاک‌های ورود به گروه نمونه پژوهش را دارا بودند که براساس نمونه‌گیری

تیپ شخصیتی D، یا شخصیت درمانده، یکی از بارزترین الگوهای رفتاری در بین اقشار بهنجار جامعه است که در اثر تعامل دو مؤلفه عاطفه منفی و بازداری اجتماعی پدید می‌آید و در نتیجه فرد از یک سو، گرایش به تجارب هیجانی منفی دارد و از دیگر سو، به بازداری هیجانات تجربه شده می‌پردازد که مانع تعاملات اجتماعی فرد می‌شود (دنولت و کنرادز، ۲۰۱۱). به عبارت دیگر، درسخ شخصیتی D، ملاک‌های روان‌نژندی و درونگرایی وجود دارد. لذا، افرادی که در زیر مقیاس هیجانات منفی نمرات بالایی کسب می‌کنند، دارای نگرش منفی نسبت به خود، دیگران و جهان بوده و در پردازش اطلاعات سوگیری منفی دارند و نشانگان افسردگی، اضطراب و استرس بیشتر مشاهده می‌شود و کسانی که در زیر مقیاس بازداری اجتماعی نمرات بالایی دریافت می‌نمایند، از بی‌کفایتی در تعاملات اجتماعی رنج می‌برند و فاقد مهارت‌های لازم برای مدیریت رفتاری و تنظیم تجارب هیجانی هستند و در برابر اختلالات روان‌شناختی آسیب‌پذیر بوده و در هنگام مواجهه با آشفتگی، شیوه‌های مقابله‌ای ناکارآمد و انفعالی را به کار می‌بندند (دمیرسی و دمیرسی، ۲۰۱۷؛ چانگ، گریسلی و هوو، ۲۰۱۷؛ استکا و همکاران، ۲۰۱۶؛ گاودا، ۲۰۱۶؛ تاکس بری، ۲۰۱۶؛ ون دوورن و همکاران، ۲۰۱۶؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۷). به عبارت دیگر، در افراد دارای الگوی رفتاری تیپ شخصیتی D، سیستم‌های رفتاری - مغزی جنگ و گریز و بازداری رفتاری، فعال بوده به طوری که سیستم جنگ و گریز با سازه‌های منفی چون اضطراب و افسردگی ارتباط بیشتری داشته و سیستم بازداری رفتاری با حالت‌های استرس، اضطراب، روان‌نژندی و توقف رفتار در برابر تهدید، آمیخته است (کولن و بریتوپونس، ۲۰۱۵). امروزه، نسل سوم درمان‌های شناختی و رفتاری، به تبیین علمی مؤلفه‌های هیجانی هم از بعد آسیب‌شناختی و هم از بعد درمانی پرداخته و نیز مؤلفه "پذیرش" و "توجه" را به عنوان هسته اصلی رویکردهای درمانی در نظر گرفته و با ایجاد نگاه فرآیندی به آسیب‌شناختی و توجه به نقش زبان و بافتار و پابندی به سنت علمی مبتنی بر شواهد تجربی، جایگاه ویژه‌ای به درمان‌های موج سوم بخشیده است. از دیگر سو، درمان‌های نسل سوم هم شامل مداخلاتی است که مبتنی بر آموزش توجه آگاهی است و هم مداخلاتی را در بر می‌گیرد که توجه آگاهی را به عنوان مؤلفه‌ای کلیدی به کار می‌برد. لذا، در پژوهش حاضر، برای ارتقاء ارزش

تعاریف و معیارهای DSM-5 است که برای مقاصد بالینی و پژوهشی طراحی شده است. اجرای SCID-I به طور معمول به حداقل ۹۰ دقیقه نیاز دارد که نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه گر در مورد پاسخ‌های مصاحبه شونده است و به همین دلیل مصاحبه گر باید واجد دانش و تجربه بالینی در زمینه آسیب‌شناسی روانی باشد (محمد خانی و همکاران، ۱۳۸۹). محمد خانی و همکاران (۱۳۸۹) قابلیت اعتماد آزمون - بازآزمون برای این ابزار را ۰/۸۵ مشخص کرده اند.

پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42): مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS-42 در سال ۱۹۹۵ توسط لایویند و لایویند تهیه شد. این مقیاس دارای دو فرم می باشد. فرم اصلی آن دارای ۴۲ سؤال است که هریک از سازه‌های روانی «استرس»، «اضطراب» و «افسردگی» را توسط ۱۴ سؤال متفاوت مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این مقیاس سه عامل اضطراب، افسردگی و استرس را در افراد طی یک هفته گذشته اندازه‌گیری می نماید. لایویند و لایویند (۱۹۹۵)، در مطالعات خود قابلیت اعتماد بازآزمایی را برای زیر مقیاس‌های فرعی به ترتیب؛ ۰/۸۱ برای استرس، ۰/۷۹ برای اضطراب، ۰/۷۱ برای افسردگی بیان کردند. برای درستی این مقیاس نیز از مقیاس اضطراب و افسردگی بک استفاده شد، که ضرایب همبستگی به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۴ به دست آمد (اصغری مقدم و همکاران، ۱۳۸۷).

مقیاس تیپ شخصیتی D (DS-14) - دنولت، سال ۱۹۹۳: این مقیاس دارای ۱۴ سؤال و با دو زیر مقیاس بازداری اجتماعی و عواطف منفی توسط دنولت در سال ۲۰۰۵ ساخته شد که به صورت لیکرت پنج تایی درجه‌بندی شده است و نمره بالای فرد در هر دو مؤلفه مذکور، بیانگر دارا بودن سنخ شخصیت D می‌باشد. همچنین، برای هر زیرمقیاس نقطه برش ۱۲ در نظر گرفته شده است (طالبیان، ۱۳۸۹). قابلیت اعتماد این مقیاس با استفاده از روش بازآزمایی در بلژیک ۰/۸۱ و بر اساس محاسبه آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶ محاسبه شده است (احمدپور مبارکه و همکاران، ۱۳۸۶). درستی این مقیاس نیز در سطح مطلوبی قرار دارد، به طوری که زیر مقیاس هیجان منفی با زیرمقیاس روان‌رنجوری مقیاس پنج عامل بزرگ همبستگی ۰/۷۴ دارد، که در سطح ۰/۰۱ معنادار بوده است (دنولت، ۱۹۹۸).

در این پژوهش پروتکل گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر پایه برنامه درمانی جورج ایفرت و جان فورثایت (۲۰۰۵)، برای ۱۲

تصادفی، ۴۵ نفر از دانشجویان که دارای تیپ شخصیتی D، افسردگی، اضطراب و استرس بودند، انتخاب شده و از طریق آرایش و گمارش تصادفی، ۱۵ نفر آنها در گروه آزمایشی برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر آنان در گروه آزمایشی برای درمان مبتنی بر توجه‌آگاهی و ۱۵ نفر دیگر نیز در گروه گواه جایگزین شدند که ملاک‌های ورود به گروه نمونه پژوهش شامل: ۱- دارا بودن الگوی رفتاری تیپ شخصیتی D، ۲- دارا بودن اختلالات روان‌شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس)، ۳- جنسیت دختر، ۴- دانشجوی مقطع کارشناسی، ۵- اعلام رضایت کتبی برای مشارکت در پژوهش برای هر ۳ گروه، ۶- رعایت ملاحظات اخلاقی مرتبط با پژوهش و ملاک‌های خروج از گروه نمونه پژوهش شامل: ۱- دارا بودن اختلال شدید روانی، ۲- مصرف داروهای روان‌پزشکی، ۳- عدم رعایت ملاحظات اخلاقی مرتبط با پژوهش بود. به منظور اجرای پژوهش، ابتدا در یک جلسه پیش‌آزمون، بر روی افراد هر گروه مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5)، توسط روان‌پزشک انجام شد و رضایت‌نامه کتبی و آگاهانه و عدم تعارض منافع در پژوهش و تحقیقات بالینی، از اعضاء اخذ شد. برای گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت دو جلسه در هفته و برای گروه درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت دو جلسه در هفته در نظر گرفته شد. پس از اتمام گروه درمانی، پرسشنامه‌ها (مقیاس تیپ شخصیتی D (DS-14) - دنولت، سال ۱۹۹۳ و مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42) - لایویند و لایویند، سال ۱۹۹۵)، توسط اعضای ۲ گروه آزمایشی و گواه تکمیل شد و مجدداً بعد از گذشت ۳ ماه در مرحله پیگیری پرسشنامه‌ها بر روی افراد اجرا گردید و در پایان دوره به اعضای گروه گواه پکیج آموزشی داده شد. داده‌های حاصل از پژوهش با استفاده از "تحلیل کوواریانس یک‌راهه تک متغیری، آزمون تعقیبی بنفرونی و آزمون میانگین دو گروه وابسته" مورد تحلیل و بررسی واقع گردید.

## ابزار

ابزارهای مورد استفاده پژوهش حاضر، مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5)، پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42)، مقیاس تیپ شخصیتی D (DS-14) - دنولت، سال ۱۹۹۳، بود. مصاحبه بالینی ساختاریافته (SCID-5): در این مطالعه از نسخه بالینی SCID-I استفاده شد. مصاحبه ساختاریافته یک ابزار جامع استاندارد شده برای ارزیابی اختلالات اصلی روان‌پزشکی بر اساس

جلسه تدوین گردید که محتوای آن به تفکیک هر جلسه به شرح جدول الف ارائه شد. همچنین، در این پژوهش، پروتکل درمانی مبتنی بر توجه آگاهی، بر پایه برنامه درمانی مارگارت کولن و گنزالو

بریتوپونس (۲۰۱۷)، برای ۸ جلسه تدوین گردید که محتوای آن به شرح جدول ب و به تفکیک هر جلسه ارائه شد.

جدول الف. پروتکل گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	
محتوای جلسه	شماره
معرفی اعضا و ایجاد انگیزه و مروری بر ساختار جلسات و قواعد اصلی گروه، معرفی ویژگی‌های خاص شیوه درمانی، مفهوم‌سازی متغیرهای پژوهش، اجرای پیش‌آزمون پرسشنامه‌های پژوهش.	۱
آشنایی با شش ضلعی انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شش ضلعی آسیب‌شناسی روانی، معرفی ماشین ذهن و کارکرد آن، معرفی زبان و تله‌های زبانی از نگاه ACT، معرفی محصولات ذهنی، آموزش پذیرش تجارب بر اساس توجه آگاهی، استفاده از استعاره و ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۲
مرور تمرینات جلسه قبل، آموزش مفاهیم درماندگی خلاق و نوپیدی‌سازنده، کنترل خود مسئله است، آموزش رفتارهای ارزش‌مدار به جای الگوهای رفتاری کنترل، آموزش تعیین اهداف برای زندگی، استفاده از استعاره، و ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۳
مرور تمرینات جلسه قبل، بررسی الگوهای رفتاری اجتناب تجربه‌ای و هزینه‌های آن، آموزش کنترل حوادث بیرونی در مقایسه با کنترل مسائل درونی، آموزش بهتر احساس کردن به جای احساس بهتر داشتن، استفاده از استعاره و ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۴
مرور تمرینات جلسه قبل، آموزش مفهوم خود به عنوان بافتار یا زمینه در برابر خود به عنوان محتوا، آموزش انواع خود: خود مفهوم‌سازی شده و خود مشاهده‌گر، آموزش چگونگی دستیابی به خود به عنوان زمینه با استفاده از ارزش‌ها، اهداف و گسلش، استفاده از استعاره و ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۵
مرور تمرینات جلسه قبل، تمرین توجه آگاهی رسمی، آموزش موضوع پذیرش یا تمایل و ارتباط بین پذیرش، تمایل و اقدام هدفمند و متعهدانه آموزش رنج پاک و ناپاک، آموزش پاسخ رفتاری به جای واکنش رفتاری، استفاده از استعاره و ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۶
مرور تمرینات جلسه قبل، تصریح ارزش‌ها و هدف‌گذاری اقدام متعهدانه، ارائه جدول ارزش‌ها، استفاده از استعاره و ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۷
مرور تمرینات جلسه قبل، آموزش مفاهیم گسلش و آمیختگی و نحوه ایجاد گسلش بین فکر، احساس و عمل، و فراهم نمودن فضایی در بدن برای پذیرش تجارب نامطلوب و خاموشی آن، دستیابی به اهداف از طریق گسلش شناختی، استفاده از استعاره و ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۸
مرور تمرینات جلسه قبل، تمرین توجه آگاهی غیر رسمی، آموزش توسعه راه‌حل‌های گسترش دهنده خزانه رفتاری، یادگیری هیجانی اصلاحی (خاموشی و گسلش)، استفاده از استعاره و ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۹
مرور تمرینات جلسه قبل، آموزش نگاه کردن به افکار به جای نگاه کردن از افکار، آموزش مفهوم شفقت و انواع آن، آموزش حرکت در مسیر ارزش‌ها از طریق شفقت‌ورزی، استفاده از استعاره و ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۱۰
مرور تمرینات جلسه قبل، آموزش عمل متعهدانه با استفاده از فن غلبه بر F. E. A. R از طریق D. A. R. E، بررسی موانع انجام عمل (جمع‌بندی و پیشگیری از عود)، استفاده از استعاره و ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۱۱
مرور تمرینات جلسه قبل، بررسی طرح‌های نگهدارنده در شرکت‌کنندگان برای تداوم دستاوردهایی که طی گروه درمانی حاصل کرده‌اند: آموزش فرآیند خود پاداش‌دهی و خاموشی، بحث و تبادل نظر با اعضا در ارتباط با مباحث مطروحه، استفاده از استعاره، اجرای پس‌آزمون به صورت هم‌زمان با گروه گواه و تعیین زمان پیگیری برای اعضا و اختتامیه.	۱۲

جدول ب. پروتکل گروه درمانی مبتنی بر توجه آگاهی	
محتوای جلسه	شماره
معرفی اعضا و ایجاد انگیزه و مروری بر ساختار جلسات و قواعد اصلی گروه، معرفی ویژگی‌های خاص شیوه درمانی، مفهوم‌سازی متغیرهای پژوهش، اجرای پیش‌آزمون پرسشنامه‌های پژوهش.	۱
آموزش مفاهیم توجه آگاهی، ارزش‌ها، اهداف و حیطه‌های مختلف زندگی، آموزش تصویرسازی هدایت شده، ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۲
مرور تمرین‌های جلسه قبل، آموزش توجه آگاهی رسمی و غیررسمی، آشنایی با کارکرد ذهن، آموزش تکنیک وارسی بدن، ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۳
مرور تمرین‌های جلسه قبل، آموزش توجه آگاهی روی احساس‌ها، آموزش اصل اجتناب از درد و کسب لذت به منظور آشنایی با مفاهیم اجتناب و آمیختگی، ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۴
مرور تمرین‌های جلسه قبل، آموزش تکنیک توجه آگاهی روی افکار، تصویرسازی ذهنی هدایت شده، آموزش رابطه افکار، هیجان و خلق، آموزش پاسخ رفتاری به جای واکنش رفتاری، ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۵
مرور تمرین‌های جلسه قبل، آموزش مفهوم گشودگی، آموزش مفهوم و ماهیت بخشش، بررسی موانع درونی و بیرونی بخشش، تفاوت بخشش و آشتی، خطاهای شناختی در بخشش، مراحل بخشش، تمرین مراقبه بخشش، ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۶
مرور تمرین‌های جلسه قبل، آموزش توجه آگاهی روی هیجان، آشنایی با نظام‌های عصبی رفتاری و کارکردهای آن، آموزش انواع توجه، آموزش شفقت‌ورزی، ارائه تمرین‌های ارتقاء زندگی برای جلسه آینده.	۷
مرور تمرین‌های جلسه قبل، بررسی طرح‌های نگهدارنده در شرکت‌کنندگان برای تداوم دستاوردهایی که طی گروه درمانی حاصل کرده‌اند. آموزش فرآیند خود پاداش‌دهی و خاموشی، پس‌خوراندن از شرکت‌کنندگان درباره برنامه درمانی، اجرای پس‌آزمون به صورت هم‌زمان با گروه گواه و تعیین زمان پیگیری برای اعضا و اختتامیه.	۸

### داده‌ها و یافته‌ها

نتایج جدول ۱، بیانگر آن است که گروه‌های نمونه پژوهش براساس متغیرهای جمعیت‌شناختی (وضعیت تأهل، مقطع تحصیلی و سن) و نتایج آزمون مجذور خی دو متغیری، با سطح معناداری ۰/۴۰۷، ۰/۵۰۷ و ۰/۳۴۳ همگن بودند. در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد داده‌ها در سه گروه پژوهشی به تفکیک متغیرها و مؤلفه‌ها، گزارش شده است. همچنین داده‌ها بر اساس شاخص z کولموگروف اسمیرنوف مورد بررسی واقع گردید و نشان داد که در متغیرهای پژوهشی (اختلالات روان-شناختی و الگوهای رفتاری تیپ شخصیتی D) و مؤلفه‌های آن (افسردگی، اضطراب، استرس، عاطفه منفی و بازداری اجتماعی)، در هر سه نوبت اندازه‌گیری و در هر سه گروه پژوهش، سطح معناداری

آن بزرگتر از ۰/۰۵ ( $P < 0.05$ ) است، بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد توزیع داده‌ها بهنجار می باشد. نتایج جدول ۳، بیانگر آن است که پیش فرض همگن بودن سه گروه پژوهشی در نمرات پیش‌آزمون بر اساس یکسانی واریانس‌ها، رابطه خطی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون و یکسانی شیب رگرسیون-ها با سطح معناداری  $P < 0.05$  رعایت شده و نیز پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه تک متغیری به تفکیک متغیرها (اختلالات روان‌شناختی و الگوهای رفتاری تیپ شخصیتی D) و مؤلفه‌ها (افسردگی، اضطراب، استرس، عاطفه منفی و بازداری اجتماعی) به ترتیب با سطح معناداری  $P < 0.05$ : ۰/۹۷۷، ۰/۶۴۴، ۰/۳۹۷، ۰/۶۳۰، ۰/۷۰۵، ۰/۳۴۸ اعمال شده است.

سطح معناداری	$\chi^2$	df	گروه پژوهشی			متغیر
			Control	Mindfulness	ACT	
۰/۴۰۷	۱۲/۸۰۰	۲	۲	۳	۵	مجرد
			۱۳	۱۲	۱۰	متأهل
۰/۵۰۷	۱/۳۵۸	۲	۱۰	۱۱	۸	کاردانی
			۵	۴	۷	کارشناسی
۰/۳۴۳	۲/۱۴۳	۲	۷	۵	۹	کمتر از ۳۲
			۸	۱۰	۶	بیشتر از ۳۲

گروه	متغیر / مؤلفه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش	افسردگی	۲۳/۶۰	۵/۹۶	۱۳/۲۷	۳/۶۰
	اضطراب	۲۳/۵۳	۶/۹۱	۱۳/۸۷	۳/۸۰
	استرس	۲۵/۱۳	۴/۸۵	۱۴/۵۳	۳/۷۸
اختلالات روان‌شناختی	عاطفه منفی	۱۸/۸۰	۳/۸۴	۱۰/۸۰	۲/۲۴
	بازداری اجتماعی	۱۹/۶۷	۴/۰۱	۱۱/۰۷	۳/۶۳
الگوهای رفتاری تیپ D	تیپ D	۳۸/۴۷	۵/۹۶	۲۱/۸۷	۴/۹۶
	پیگیری	۱۸/۸۰	۳/۸۴	۱۰/۸۰	۲/۲۴
انحراف استاندارد	میانگین	۱۳/۶۷	۳/۶۰	۱۳/۲۷	۳/۶۰
	انحراف استاندارد	۳/۷۷	۵/۹۶	۳/۷۷	۵/۹۶

ادامه جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد داده‌های پژوهش						
گروه	متغیر/ مؤلفه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	
درمان مبتنی توجه آگاهی	افسردگی	۲۳/۲۰	۵/۲۴	۱۵/۲۰	۵/۲۳	۳/۴۱
	اضطراب	۲۳/۴۷	۵/۹۰	۱۴/۶۷	۴/۱۲	۳/۱۴
	استرس	۲۳/۸۷	۴/۷۰	۱۶/۲۷	۴/۴۶	۲/۳۱
n=۱۵	عاطفه منفی	۱۹/۸۰	۴/۸۷	۱۲/۶۷	۳/۲۲	۳/۰۰
	بازداری اجتماعی	۱۸/۹۳	۳/۷۳	۱۱/۵۳	۳/۶۴	۳/۱۴
	تیپ D	۳۸/۷۳	۵/۸۰	۲۴/۲۰	۳/۷۴	۴/۱۳
گواه	افسردگی	۲۳/۲۷	۵/۰۶	۲۳/۵۳	۵/۲۱	۶/۸۴
	اضطراب	۲۵/۵۳	۷/۵۴	۲۵/۹۳	۵/۴۶	۴/۸۸
	استرس	۲۶/۴۰	۵/۵۴	۲۵/۸۰	۴/۶۰	۴/۵۸
n=۱۵	عاطفه منفی	۲۰/۳۳	۴/۵۸	۱۸/۶۷	۳/۶۸	۴/۱۴
	بازداری اجتماعی	۱۸/۵۳	۳/۴۸	۱۶/۱۳	۲/۸۰	۴/۰۱
	تیپ D	۳۸/۸۷	۵/۸۷	۳۴/۸۰	۵/۰۳	۷/۱۸

جدول ۳. نتایج بررسی پیش فرض همگن بودن گروه‌ها در نمرات پیش آزمون و پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس						
متغیر/ مؤلفه	همگن بودن نمره‌های پیش آزمون		پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس		یکسانی شیب رگرسیون‌ها	یکسانی واریانس‌ها
	F <sub>(۲,۴۲)</sub>	سطح معناداری	F <sub>(۱,۴۲)</sub>	رابطه خطی بین پیش آزمون و پس آزمون		
افسردگی	۰/۰۲۳	۰/۹۷۷	۴/۱۸۸ *	۰/۲۰۸	۲/۴۲۶	۰/۱۱۵
اضطراب	۰/۴۴۵	۰/۶۴۴	۵/۳۰۸ *	۰/۹۱۵	۱/۲۴۸	۰/۲۹۸
استرس	۰/۹۴۵	۰/۳۹۷	۷/۳۰۱ *	۰/۹۰۲	۱/۱۶۸	۰/۳۲۱
عاطفه منفی	۰/۴۶۷	۰/۶۳۰	۴/۵۶۵ *	۰/۲۶۷	۲/۵۴۱	۰/۱۰۹
بازداری اجتماعی	۰/۳۵۳	۰/۷۰۵	۵/۹۳۷ *	۰/۰۵۸	۲/۲۲۱	۰/۱۲۲
تیپ D	۰/۰۱۸	۰/۳۴۸	۴/۵۶۲ *	۰/۶۶۲	۳/۲۱۱	۰/۰۷۸

\*  $P \leq 0/05$ 

نتایج جدول ۴ بیانگر آن است که میانگین نمره تیپ شخصیتی D و میانگین نمره اختلالات روان‌شناختی و مؤلفه‌های آنها، در نوبت پس‌آزمون، پس از حذف اثر پیش‌آزمون (پس‌آزمون‌های تعدیل شده)، در سه گروه پژوهشی تفاوت معناداری (۱۴/۵۳، ۱۶/۷۱، ۲۵/۳۶) دارند ( $P \leq 0/01$ ) که در این حالت حجم اثر بالا بوده و نشان دهنده اهمیت عملی دو مداخله درمانی می‌باشد.

نتایج جدول ۵ بیانگر آن است که اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر اختلالات روان‌شناختی و الگوهای رفتاری (تیپ شخصیتی D و مؤلفه‌های آن) دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D در یک سطح بوده ( $P \leq 0/01$ ) و در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) یکسان است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کواریانس یک راهه تک متغیری، شاخص اندازه اثر، پس آزمون های تعدیل شده و زیر گروه های همگن

متغیر	تحلیل کواریانس		گروه	پس آزمون های تعدیل شده	ACT	Mindfulness	Control	زیر گروه های همگن	
	اندازه اثر: مجذور اتا ۲	F <sub>(۲,۴۱)</sub>						۱	۲
افسردگی	۰/۵۰۸	۲۱/۱۶۶**	ACT	۱۳/۲۱	-----	-۲/۰۳	-۱۰/۳۵**	۱۳/۲۱	۱۳/۲۱
			Mindfulness	۱۵/۲۴	۲/۰۳	-----	-۸/۳۲**	۱۵/۲۴	۱۵/۲۴
			control	۲۳/۵۵	۱۰/۳۵**	۸/۳۲**	-----	۲۳/۵۵	۲۳/۵۵
اضطراب	۰/۶۲۶	۳۴/۲۸۰**	ACT	۱۴/۰۳	-----	-۰/۸۲	-۱۱/۵۶**	۱۴/۰۳	۱۴/۰۳
			Mindfulness	۱۴/۸۵	۰/۸۲	-----	-۱۰/۷۴**	۱۴/۸۵	۱۴/۸۵
			control	۲۵/۵۹	۱۱/۵۶**	۱۰/۷۴**	-----	۲۵/۵۹	۲۵/۵۹
استرس	۰/۵۹۸	۳۰/۴۴۲**	ACT	۱۴/۵۳	-----	-۲/۱۷	-۱۰/۸۳**	۱۴/۵۳	۱۴/۵۳
			Mindfulness	۱۶/۷۱	۲/۱۷	-----	-۸/۶۶**	۱۶/۷۱	۱۶/۷۱
			control	۲۵/۳۶	۱۰/۸۳**	۸/۶۶**	-----	۲۵/۳۶	۲۵/۳۶
عاطفه منفی	۰/۵۵۲	۲۵/۲۶۶**	ACT	۱۳/۲۱	-----	-۱/۷۰	-۷/۶۱**	۱۰/۹۴	۱۰/۹۴
			Mindfulness	۱۵/۲۴	۱/۷۰	-----	-۵/۹۱**	۱۲/۶۴	۱۲/۶۴
			control	۲۳/۵۵	۷/۶۱**	۵/۹۱**	-----	۲۳/۵۵	۲۳/۵۵
بازداری اجتماعی	۰/۳۵۹	۱۱/۴۹۷**	ACT	۱۴/۰۳	-----	-۰/۶۴	-۵/۳۳**	۱۰/۹۲	۱۰/۹۲
			Mindfulness	۱۴/۸۵	۰/۶۴	-----	-۴/۶۹**	۱۱/۵۶	۱۱/۵۶
			control	۲۵/۵۹	۵/۳۳**	۴/۶۹**	-----	۲۵/۵۹	۲۵/۵۹
تیپ D	۰/۶۱۸	۳۳/۱۸۶**	ACT	۱۴/۵۳	-----	-۲/۳۰	-۱۲/۸۹**	۲۱/۸۹	۲۱/۸۹
			Mindfulness	۱۶/۷۱	۲/۳۰	-----	-۱۰/۵۸**	۲۴/۲۰	۲۴/۲۰
			control	۲۵/۳۶	۱۲/۸۹**	۱۰/۵۸**	-----	۲۵/۳۶	۲۵/۳۶

\*\* P ≤ ۰/۰۱

جدول ۵. نتایج آزمون میانگین دو گروه وابسته برای مقایسه نمره های پس آزمون و پیگیری (n=۱۰)

گروه	متغیر / مؤلفه	میانگین تفاوت ها	انحراف استاندارد تفاوت ها	خطای استاندارد	t <sub>(df=۱۴)</sub>	سطح معناداری
افسردگی	افسردگی	۰/۴۰۰	۲/۵۵۸	۰/۶۶۰	۰/۶۰۶	۰/۵۵۴
	اضطراب	۰/۵۳۳	۲/۸۰۰	۰/۷۲۳	۰/۷۳۸	۰/۴۷۳
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)	استرس	۰/۱۳۳	۳/۴۲۰	۰/۸۸۳	۰/۱۵۱	۰/۸۸۲
	عاطفه منفی	۰/۴۰۰	۱/۸۰۵	۰/۴۶۶	۰/۸۵۸	۰/۴۰۵
بازداری اجتماعی	بازداری اجتماعی	۰/۲۶۷	۲/۳۱۴	۰/۵۹۷	۰/۴۴۶	۰/۶۶۲
	تیپ شخصیتی D	۰/۱۳۳	۳/۱۳۷	۰/۸۱۰	۰/۱۶۵	۰/۸۷۲
افسردگی	افسردگی	۰/۹۳۳	۲/۲۸۲	۰/۵۸۹	۱/۵۸۴	۰/۱۳۶
	اضطراب	۰/۶۶۷	۲/۲۸۹	۰/۵۹۱	۱/۱۲۸	۰/۲۷۸
درمان توجه آگاهی (Mindfulness)	استرس	۰/۶۶۷	۳/۱۳۲	۰/۸۰۹	۰/۸۲۴	۰/۴۲۴
	عاطفه منفی	۰/۲۰۰	۱/۴۷۴	۰/۳۸۰	۰/۵۲۶	۰/۶۰۷
بازداری اجتماعی	بازداری اجتماعی	۰/۰۶۷	۲/۴۶۳	۰/۶۳۶	۰/۱۰۵	۰/۹۱۸
	تیپ شخصیتی D	۰/۲۶۷	۲/۱۵۴	۰/۵۵۶	۰/۴۸۰	۰/۶۳۹

\*\* P ≤ ۰/۰۱

### بحث و نتیجه گیری

شخصیتی D بود. یافته های به دست آمده از گروه نمونه نشان داد که اثربخشی گروه درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه درمانگری مبتنی بر توجه آگاهی بر کاهش اختلالات روان شناختی (افسردگی، اضطراب و استرس) و الگوی رفتاری دانشجویان دارای

هدف این مطالعه مقایسه اثربخشی و ماندگاری اثر گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه درمانی مبتنی بر توجه آگاهی بر اختلالات روان شناختی و الگوهای رفتاری دانشجویان دارای تیپ

و خردگرایانه پرداخته و متعهدانه عمل نماید (کولن و بریتوپونس، ۲۰۱۵). همچنین، در بافتار درمان، پذیرش کاملاً به صورت تجربی حاصل می‌شود و تمرین‌های نومیدی سازنده، گسلش شناختی و توجه آگاهی در تسهیل روند پذیرش به عنوان فرآیندی تجربی به کار گرفته می‌شود (محمدی و همکاران، ۱۳۹۴)، که در کاهش اختلالات روان‌شناختی و الگوی رفتاری بازداری اجتماعی دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D اثربخش بوده و به ماندگاری اثر این رویکرد درمانی در افراد کمک شایان توجهی می‌نماید. از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این است که با توجه به تأثیر اختلالات روان‌شناختی بر روی سیستم عصبی رفتاری مغز که باعث بیش فعال شدن سیستم‌های جنگ و گریز و برانگیختگی گردیده و منجر به افزایش عملکرد خود متفکر شده، به طوری که فرد با استفاده از نگرش قضاوتی، به رفتار اجتنابی بپردازد (کولن و بریتوپونس، ۲۰۱۵؛ ایفرت و ثابت، ۲۰۰۵). لذا، درمان مبتنی بر توجه آگاهی به افراد کمک می‌نماید تا از طریق به‌شیراری، به جنبه‌های زمان حال معطوف شده و با تقویت خود مشاهده‌گر، فرصت شناسایی پیامدهای رفتار میسر گردیده و با بهبود رابطه فرد با افکارش، تغییرات رفتاری مؤثرتری را در افراد مبتلا به اختلالات روان‌شناختی با الگوی رفتاری تیپ شخصیتی D به دنبال خواهد داشت. به نظر می‌رسد این رویکرد درمانی از طریق خودنظارتی و رویارویی با افکار، هیجانات و حس‌های بدنی به حساسیت‌زدایی پاسخ‌های شرطی شده پرداخته (محمدی و همکاران، ۱۳۹۴) و با مجهز کردن فرد به مهارت خود شفقتی منجر به کاهش رفتارهای اجتنابی و اختلالات روانی در طول زمان شده و بدینوسیله می‌توان ماندگاری اثر آن را تبیین نمود. با توجه به اجرای تک جنسیتی پژوهش که به عنوان محدودیت آن می‌توان برشمرد می‌باشد و از سویی با عنایت به جنبه نوآوری موضوع پژوهشی، پیشنهاد می‌شود مؤلفه‌های تیپ شخصیتی D، در آزمون‌های طرح پایش روان-شناختی دانشجویان نو ورود دانشگاه‌ها در هر دو جنس (دختر و پسر) گنجانده شده و برنامه‌های آموزشی راهنمایی گروهی با رویکردهای موج سوم شناختی و رفتاری در مراکز مشاوره دانشجویی به منظور اصلاح الگوهای رفتاری بازداری اجتماعی آنان به صورت گسترده و تداوم بخش اجرا شده و به مقایسه و ماندگاری اثر آن در طول دوره تحصیل پرداخت.

تیپ شخصیتی D در یک سطح بوده ( $P \leq 0/01$ ) و در طول زمان، یعنی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه، دارای ماندگاری اثر و پایداری یکسان می‌باشند. نتایج حاصل از فرآیند و پیامد پژوهشی‌ها در ارتباط با مقایسه اثربخشی دو مداخله درمانی نشان داد که هر دو رویکرد درمانی در بهبود گستره وسیعی از اختلالات کاربرد دارد (محمدی و همکاران، ۱۳۹۴). به طوری که، نتایج این پژوهش با تحقیقات هیرن و فاین لای (۲۰۱۸)، ورسب و همکاران (۲۰۱۸)، برامول و ریچاردسون (۲۰۱۸)، پان و همکاران (۲۰۱۸)، نیکلای سیک و همکاران (۲۰۱۳)، حکم آبادی و همکاران (۱۳۹۶)، خدایاری فرد، حجازی و حسینی نژاد (۱۳۹۴) همخوان است. در واقع این یافته‌ها ماهیت درمانهای موج سوم شناختی و رفتاری را در توجه به نقش زبان، بافتار و نگاه عمیق تر و فرآیندی به آسیب‌شناسی شناختی را بر رنگ‌تر نشان داده و مؤلفه‌های هیجانی را هم از بعد درمانی و هم از بعد آسیب‌شناسی تبیین نموده است، که به مدد آنها، ویژگی‌های پذیرش، انعطاف‌پذیری شناختی، نگرش غیرقضاوتی و آگاهانه، زیستن در لحظه حال، گسلش شناختی، افزایش گستره توجه و حساسیت توجه آگاهانه به سرخ‌های محیطی، بدنی و روان‌شناختی، در فرد ایجاد شده (محمدی و همکاران، ۱۳۹۴) و به کاهش علائم اختلالات روان‌شناختی و الگوی رفتاری بازداری اجتماعی در تیپ شخصیتی D کمک می‌نماید. به عبارت دیگر، نتایج حاصل از این پژوهش مؤید آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مشکلات انسان را ترکیبی از پیش‌زمینه‌های زیستی، عوامل محیطی و عادت‌های یادگرفته شده، فرض کرده که از طریق تداعی‌ها و پیامدهایشان مانند شرطی‌سازی کلاسیک و عاملی آموخته شده‌اند (ایفرت و ثابت، ۲۰۰۵). لذا، جلسات درمان صرف شناسایی کارکرد پاسخ‌های مشکل ساز و مداخله در آنها می‌شود و از طریق ایجاد پذیرش و تمرین‌های تجربی که مبتنی بر قانون خاموشی شرطی‌سازی پاسخگر می‌باشد، به تضعیف کنترل تجربی و آمیختگی شناختی پرداخته و با استفاده از استعارات، فرد را با بازی‌های کلامی مانند: قضاوت و دلیل‌آوری آشنا کرده و او را از موانع درونی آگاه نموده (ایفرت و ثابت، ۲۰۰۵) و به او کمک می‌کند تا به جای واکنش خودکار و شرطی شده به وقایع، از طریق ارزیابی الگوهای رفتارهای اجتنابی (کولن و بریتوپونس، ۲۰۱۵) و ارزیابی عوامل شناختی (امیری و همکاران، ۱۳۹۷)، برای فعال‌سازی حیطه‌های مختلف زندگی برنامه‌ریزی نموده و به تصمیم‌گیری در مورد انتخاب پاسخ رفتاری هدفگرا، ارزشمدار



## منابع

- احمدپور مبارکه، علیرضا؛ احدی، حسن؛ مظاهری، محمد مهدی؛ نفیسی. غلامرضا. (۱۳۸۶). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش تیپ شخصیتی D و رابطه آن با بیماری کرونری قلب. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان*، ۳۲، ۶۰-۳۷.
- اصغری مقدم، محمد علی؛ ساعد، فواد؛ دیاج نیا، پروین؛ زنگنه، جعفر. (۱۳۸۷). بررسی مقدماتی اعتبار و روایی مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس (DASS-42) در نمونه های غیر بالینی. *دو ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه شاهد، دانشور رفتار*، ۱۵ (۳۱)، ۳۸-۲۳.
- امیری، محسن؛ پورحسین، رضا؛ نجفی، سارا؛ معراجی، لیلیا؛ معصومی، مینا. (۱۳۹۷). تأثیر آموزش روشهای مدیریت تنیدگی بر بهزیستی روانشناختی در میان والدین کودکان با ناتوانیهای جسمانی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷ (۶۶)، ۱۷۵-۱۶۵.
- ایفرت، جورج؛ نایت، جان فور پی. (۲۰۰۵). *درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای اختلالات اضطرابی (راهنمای متخصصین برای استفاده از پذیرش، توجه آگاهی و راهبردهای مبتنی بر ارزش تغییر رفتار)*. ترجمه علی فیضی، میلاد خواجه پور و سجاد بهرامی. (۱۳۹۶). چاپ اول، تهران: انتشارات ابن سینا.
- بشارت، محمد علی؛ حافظی، الهه؛ رنجبر شیرازی، فرزانه؛ رنجبری، توحید. (۱۳۹۷). مقایسه ناگویی هیجانی و مکانیسم های دفاعی در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی، اضطراب فراگیر، وسواس فکری - عملی یا جمعیت عمومی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۷ (۶۶)، ۱۹۹-۱۷۵.
- حکم آبادی، ابراهیم؛ بیگدلی، ایمان الله؛ اسدی، جوانشیر؛ اصغری ابراهیم آباد، محمد جواد. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شخصیت سنخ D و پیروی از درمان در بیماران کرونری قلبی: نقش تعدیل کننده حافظه کاری و حافظه آینده نگر. *فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی سلامت*، ۶ (۴)، ۱۶۱-۱۳۸.
- خدایاری فرد، محمد؛ حجازی، الهه؛ حسینی نژاد، ناهید. (۱۳۹۴). اثربخشی مشاوره شناختی رفتاری مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر خودکارآمدی و رضایت زناشویی زنان وابسته به سوء مصرف مواد دارای همسر و فرزند. *فصلنامه پژوهش های کاربردی روانشناختی*، ۶ (۲)، ۷۵-۶۱.
- طالبیان، فرزانه. (۱۳۸۹). بررسی ارتباط و شدت علائم تیپ شخصیتی D در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک پذیر، پایان نامه پزشکی، دکتری حرفه ای، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان.
- کولن، مارگارت؛ بریتوپونس، گنزالو. (۲۰۱۵). چگونه هیجانان خود را متعادل کنیم؟ (برنامه هشت هفته ای برای بهبود تنظیم هیجان و تاب آوری). ترجمه میثم بازانی و علی اکبر فروغی. (۱۳۹۶). چاپ اول. تهران: انتشارات ابن سینا.
- محمدخانی، پروانه؛ جوکار، مهران؛ جهانی تابش، عذرا؛ تمنایی فر، شیما. (۱۳۸۹). *مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات محور DSM-IV-TR*، تهران: انتشارات فرادید.
- محمدی، ابوالفضل و همکاران. (۱۳۹۴). *مقدمه ای بر نسل سوم درمان های شناختی - رفتاری*. تهران: انتشارات ارجمند. چاپ اول.
- Bramwell, Kate., Richardson1, Thomas. (2018). Improvements in Depression and Mental Health after Acceptance and Commitment Therapy are Related to Changes in Defusion and Values-Based Action. *Journal of Contemporary Psychotherapy*; 48:9-14.
- Chung, Y-C, Greasley, AE and Hu, L-Y. (2017). The relationship between musical preferences and Type D personality. *Journal of Psychology of Music*. ISSN 0305- 7356. <https://doi.org/10.1177/0305735617733809>
- DEMİRCİ, Seden., DEMİRCİ, Kadir., DEMİRCİ, Serpil. (2017). The Effect of Type D Personality on Quality of Life in Patients with Multiple Sclerosis. *Journal of Arch Neuropsychiatry* 7; 54: 272-276 . DOI: 10.5152/npa.2016.12764.
- Denollet, J., Conraads, VM. (2011). Type D personality and vulnerability to adverse outcomes in heart disease. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 78(Suppl 1): 9-13.
- Denollet, J. (1998). Personality and coronary heart disease: the type- D scale -16 (DS16). *Annals of Behavioral Medicine*, 20(3), 209-15.
- Hearn, Jasmine Heath., Finlay, Katherine Anne. (2018). Internet- delivered mindfulness for people with depression and chronic pain following spinal cord injury: a randomized, controlled feasibility trial. *Journal of International Spinal Cord Society*; (<https://doi.org/10.1038/s41393-0180090-2>)
- Nyklićek, Ivan., Beugen, Sylvia van., Denollet, Johan. (2013). Effects of mindfulness- based stress reduction on distressed (Type D) personality traits: a randomized controlled trial. *Journal of Behavioral Medicine*, 36, 361-370. DOI 10.1007/s10865-012-9431-3.
- Steca, Patrizia., D'Addario, Marco., Magrin, Maria Elena., Miglioretti, Massimo., Monzani, Dario., Pancani, Luca., Sarini, Marcello., Scignaro, Marta., Vecchio, Luca., Fattirolli, Francesco., Giannattasio Cristina., Cesana, Francesca., Riccobono, Salvatore Pio., Greco, Andrea. (2016). A Type A and Type D Combined Personality Typology in Essential Hypertension and Acute Coronary Syndrome Patients: Associations with Demographic, Psychological, Clinical, and Lifestyle Indicators.

- PLoS ONE*, 11(9), 1-28.  
doi:10.1371/journal.pone.0161840.
- Gawda, Barbara. (2016). Type D Personality Associated With Health and Mental Health Problems: A Comment on Lussier and Loas (2015). *Journal of Psychological Reports*; 118(3): 1039– 1043. DOI: 10.1177/0033294116649156.
- Pan, Wan-Lin., Gauc, Meei-Ling., Leeb, Tzu-Ying., Joud, Hei-Jen., Liue, Chieh-Yu., Wenf, Tzung-Kuen. (2018). Mindfulness based programme on the psychological health of pregnant women. *Journal of Women and Birth*; 799, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.018> .
- Tuxbury, Annmarie. (2016). Type D Personality and Injury Relationship in Collegiate Track Athletes. *The Honors Program Senior Capstone Project*. Faculty Sponsor: Ron Deluga.
- Van Dooren, Fleur E.P., Verhey, FransR.J., Pouwer, Frans., Schalkwijk, CasperG., Sep, Simone J.S., Stehouwer, Coen D.A., Henry, RonaldM.A., Dagnelie, Pieter C., Schaper, Nicolaas C., vanderKallen, Carla J.H., Koster, Annemarie., Schram, Miranda T., Denollet, Johan. (2016). Association of Type D personality with increased vulnerability to depression: Is there a role for inflammation or endothelial dysfunction? The Maastricht Study. *Journal of Affective Disorders*, 189, 118– 125.
- Wersebe, Hanna., Lieb, Roselind., Meyer, Andrea H., Hofer, Patrizia., Gloster, Andrew T. (2018). The link between stress, well-being, and psychological flexibility during an Acceptance and Commitment Therapy self-help intervention. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18, 60-68.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی