

Research Paper

Study of the effectiveness of mindful sensorimotor interventions in the treatment of abnormal personality patterns leading to depression and anxiety: a mixed-method study

Hamed Kashanaki<sup>1</sup>, Seyed Saeid Pournaghash Tehrani<sup>2</sup>, Nima Ghorbani<sup>3</sup>, Hadi Bahrami Ehsan<sup>3</sup>

1. Ph.D Student, Faculty of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

2. Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

3. Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

**Citation:** Kashanaki H, Pournaghash Tehrani S.S, Ghorbani N, Bahrami Ehsan H. Study of the effectiveness of mindful sensorimotor interventions in the treatment of abnormal personality patterns leading to depression and anxiety: a mixed-method study. J of Psychological Science. 2021; 20(106): 1699-1716.

URL: <https://psychologicalscience.ir/article-1-1290-fa.html>



ORCID



doi [10.52547/JPS.20.106.1699](https://doi.org/10.52547/JPS.20.106.1699)

ARTICLE INFO

ABSTRACT

**Keywords:**

SensoriMotor,  
Mindful,  
Personality,  
Health

**Background:** Methods of achieving mindfulness have been implemented by slowing down movement, creating stillness, and following the traditional teachings of Buddhism. The long-term effectiveness of traditional mindfulness methods on anxiety and depression has been associated with conflicting results. Recently, bodily, dynamic, and objective interventions while moving and playing on the unconscious and strengthening consciousness for the integration of mind and body have been suggested. Can these therapeutic exercises change the abnormal patterns of an anxious and depressed personality?

**Aims:** This study aimed to study the effectiveness of mindful sensorimotor interventions in treating abnormal personality patterns leading to anxiety and depression in clients seeking psychotherapy.

**Methods:** This research is an explanatory mixed-method study. The first study was a quasi-experimental study with pre-test and post-test. The statistical population of the study was the clients of psychology clinics in Tehran. a sample of 20 (7 women and 13 men) of the clients of a psychology clinic in Tehran responded to Castello-Comrey (1967) anxiety and depression questionnaires before and after eight weeks of mindful sensorimotor interventions (Kashanaki et al., 2021). In the second study, during and after mindful sensorimotor interventions, personality disorders, mental health, and personality traits predicting anxiety and depression in one client were assessed by the SWAP personality test (Shedler and Westen, 2007).

**Results:** The results of a correlated t-test showed that mindful sensorimotor interventions are effective in reducing anxiety ( $p < 0.00001$ ) and depression ( $p < 0.05$ ). The second study showed that the patient changes his pathological personality patterns and personality disorder by interventions; this intervention transformed immature defenses into more mature defenses and increased mental health factors in him, which led to a decrease in anxiety and depression.

**Conclusion:** The results of this study showed the effectiveness of mindful sensorimotor interventions in reducing anxiety and depression. These challenging interventions and a variety of games are likely to empower and increase the capacity of the mind and body and motivate them to endure anxiety and cope with depression.

Received: 05 Jun 2021

Accepted: 01 Jul 2021

Available: 22 Dec 2021

\* **Corresponding Author:** Seyed Saeid Pournaghash Tehrani, Associate Professor, Department of Psychology, University of Tehran, Tehran, Iran.

E-mail: Spnaghash@ut.ac.ir

Tel: (+98) 9122074388

2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.



## Extended Abstract

### Introduction

Due to the high correlation between clinical disorders such as anxiety and depression and personality disorder, an integrated model of psychopathology that examines the common and distinctive etiological mechanism is necessary to treat depression and anxiety. Numerous studies have examined personality traits leading to anxiety and depression (Hong et al., 2021; Grouchi et al., 2020; Zhang, Dong, and Zhao, 2020). Most of these studies emphasized the role of emotion regulation problems as a common feature of anxious and depressed personality traits. Many researchers and therapists have recently considered mindfulness as one of the essential processes of emotion regulation.

Mindfulness improves people's physical and mental problems by creating a distance between action and intention, creating the capacity to observe the senses, thoughts, and feelings, and regulating the physical and mental flow of tensions. So far, mindfulness methods, such as stress reduction terms based on consciousness and similar therapies, have been implemented by slowing down movement, creating stillness, stopping, and following the same traditional teachings of Buddhism (Kabat Zain, 2019). The generality of the protocol of terms and not its design following the mental and physical capacity of each person, the lack of meaning to the emotions and sensations, and the lack of similarity of the training place (stillness, silence, and tranquility) to the noisy world full of movement and movement of the natural world including There are criticisms of this traditional view and meditation methods to achieve mindfulness. In other words, these methods are only a moderate and challenging way to achieve a healthy experience (Demarzo et al., 2015). When a person's strength increases, the person's mindfulness capacity increase (Mansouri and Besharat, 1398); As a result, objective interventions that work on the strength of mind and body and mindfulness at the same time can be more effective. For this reason, the first study of the present study examines the effectiveness of sensory-motor mindful interventions in reducing anxiety and depression by considering movement instead of

stillness as a purposeful activity and using dynamic, objective, and meaningful interventions. After evaluating the effectiveness, if the research hypothesis is confirmed, the second study answers how these interventions will be effective and how they will change the personality traits that lead to depression and anxiety.

### Method

This research was conducted by sequential mixed Explanatory method. In this method, first quantitative data were collected and analyzed, and then qualitative data were used to evaluate the effectiveness of the intervention process. In this method, qualitative findings are designed to compensate for the weakness of quantitative research results and explain the findings or a comprehensive study of why quantitative results occurred. The most common type is to place qualitative data in experimental or quasi-experimental design rather than interpret and strengthen its implementation (McKim, 2017). The qualitative study method of the research is an in-depth dynamic interview to assess personality, emotional regulation, mental health, and disorders predicting anxiety and depression. The interview duration is 5-10 hours, and it is performed in the form of conscious and unconscious assessment of the clients' biological, psychological, and communication symptoms. The first study of this research is quasi-experimental in terms of data collection and data and applied research in terms of purpose. Behavioral sensory-motor therapeutic interSpecialist therapists performed behavioral sensory-motor therapeutic interventions week). The statistical population of this study in the second study includes all adults who could answer the research questions and were ready to cooperate in advancing the research objectives. The research was conducted in Tehran. The patient population was referred to a counseling clinic in Tehran. The study sample consisted of 20 people who were referred to the clinic due to symptoms of anxiety or depression and were subject to receiving at least one official diagnosis of one of the problems. The number of participants in the present study was selected based on articles reviewed in health that emphasized the importance of a qualitative method of performing interventions and did not differentiate between the

number of samples (Goldberg et al., 2017). The total number of participants included 20 people with a mean age of 31.76 and a standard deviation of 8.5 from 18 to 52 years. Regarding gender, 14 men (70%) and six women (30%) participated in the present study. Inclusion criteria include A) Anxiety or depression and related disorders (diagnosis by a clinical evaluator), B) Ability to understand and respond to self-report tools. C) Satisfaction with patient participation and exclusion and exclusion criteria included illiteracy or inability to respond to self-report tools. In order to statistically analyze the research data, descriptive statistical methods and indicators including frequency, mean, standard deviation, and inferential statistics tests have been used. All steps have been performed using SPSS

statistical software. Sensory-motor mindfulness interventions were performed on the research sample for eight weeks in 90-minute sessions (one session per week). To determine the effect of the term at the beginning and end of the term, the dependent variable was measured by participants' response to Castello and Camry's (1967) Anxiety and Depression Questionnaire and compared by paired t-test, pre-test, and post-test in the group. To explain the effectiveness of the intervention, the second study of this study was conducted using a clinical case study method based on the bio-psychosocial model of health and a personality model. Patient personality and normal personality patterns during and after the interventions were evaluated using Schedler and Westen (Swap) evaluation test.

Table 1. Sample of interventions

<p>Healthy Hedonism</p> <p>Designing a strenuous physical movement by a trainer/therapist with TRX and doing challenging movements by clients, and measuring emotional/psychological state when faced with stress.</p>	<p>Therapist: How did you feel when you experienced physical stress? Client: Pain.</p> <p>Therapist: Did you realize that you need to rest when you are in pain? Client: No, I usually wake up late under pressure.</p> <p>Therapist: This is the pattern you use in life; you turn pain into suffering whereas letting yourself experience the pain and pleasure of rest. Client: When I rest, I am usually so engrossed in pleasure that I sabotage.</p> <p>Therapist: This is a destructive pleasure. You must have the capacity to be happy and enjoy so that you do not turn pleasure into destruction, and then the therapist will give the client the movement patterns of this behavior.</p>
--	--

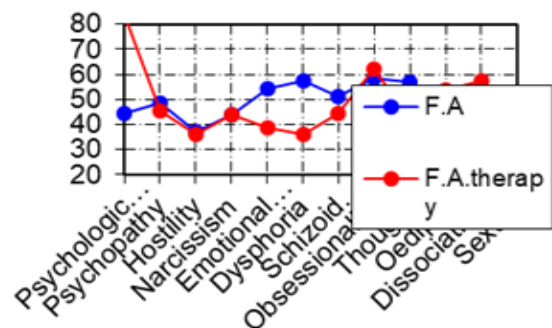
**Results**

This study showed a significant correlation between pre-test and post-test ( $p < 0.01$ ), which provides the conditions for performing paired t-test.

Based on the results of this table, it was found that the difference between the mean of pre-test and post-test is significant for 20 participants ( $p < 0.10$ ). Therefore, it can be said that interventions reduce anxiety.

Based on the results of this table, it was found that the difference between the mean of pre-test and post-test is significant for 20 participants ( $p < 0.05$ ). Therefore, it can be said that mindful sensory-motor interventions reduce depression.

In the second study, a patient swap test was performed during and after the interventions, and the results are listed below.



[Downloaded from psychologicalscience.ir on 2022-03-05]

[DOI: 10.52547/JPS.20.106.1699]

According to the Figure, an increase in the objective mental health index occurred after treatment. These characteristics in the test include mental strength, self-awareness, the meaning of life experiences, and the capacity for lovemaking. Also, dysfunction of emotion regulation, thought disorder, and schizoid orientation are reduced. In general, all patients' distorted personality patterns have decreased after treatment, and mental health has improved.

### Conclusion

The trainer or therapist activates the right hemisphere using motor-sensory consciousness interventions; Controlled activation of the right hemisphere of the brain awakens repressed emotions, and then their coach or therapist interprets them; This style of meaning determines the coherence of the two hemispheres of the brain. According to recent research, the method that can awaken and make sense of right hemisphere emotions in a controlled way is known as the most up-to-date and practical emotion-oriented therapeutic intervention (Schore, 2020). Mindful sensory-motor interventions reduced depression in clients by changing distorted personality patterns. Depression is treated when the emotions are restrained, and the individual's talents are suppressed (Ton et al., 2020). When the mind and body become cohesive, one can release inhibited energies. Here the rules of games and movements of these energies lead to construction, which is the key to the treatment and effectiveness of interventions on depression. Long-term research on psychotherapy,

especially cognitive psychotherapy, has often shown that both depression and anxiety will recur after treatment is over (Town et al., 2020); While the interventions of the present study, seeing the energy behind depression and anxiety, uses them for self-actualization and recovery, and this is the difference between repressive interventions and repressive interventions. Physical de-repression is the issue that will lead to treatment in long-term research in the field of anxiety and depression (Prince et al., 2020). According to recent theories in mindfulness, any method that determines the cohesion of mind and body can be known as a mindfulness-based therapeutic approach. (Siegel, 2020). Therefore, it can be said that sensory-motor interventions are a mindfulness-based therapeutic approach that is associated with a significant reduction in anxiety and depression and determine mental health and cohesion of mind and body.

### Ethical Considerations

**Compliance with ethical guidelines:** The authors extracted this article from the PhD dissertation of the first author, which approved under date, 03.02.2020 in the Faculty of Psychology, University of Tehran.

**Funding:** This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

**Authors' contribution:** The first author was the senior author, the second and the third were the supervisors and the fourth was the advisors.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** I would like to appreciate the supervisor, the advisors, and the psychology clinic participants.

## بررسی اثربخشی مداخلات بهشیار حسی حرکتی در درمان الگوهای کژکار شخصیت افسرده و مضطرب: یک مطالعه آمیخته

حامد کاشانکی<sup>۱</sup>، سید سعید پورنقاش تهرانی<sup>۲\*</sup>، نیما قربانی<sup>۳</sup>، هادی بهرامی احسان<sup>۳</sup>

۱. کاندیدای دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

۳. استاد، گروه روانشناسی دانشگاه تهران، تهران، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

<p><b>زمینه:</b> تحقیقات نشان داده است روش‌های سنتی بهشیاری با دوره‌های کاهش استرس بر پایه کند کردن حرکت، ایجاد سکون و دنبال کردن آموزه‌های سنتی بودیسم اجرا شده‌اند، اما اثربخشی طولانی مدت این روش‌ها بر اضطراب و افسردگی با نتایج ضد و نقیضی همراه بوده است. اخیراً مداخلات بدنمند، پویا و عینی حین حرکت و بازی بر ناهشیار و تقویت هشیاری برای انسجام ذهن و بدن پیشنهاد گردیده است. آیا این تمرینات درمانی می‌تواند به تغییر الگوهای کژکار شخصیت مضطرب و افسرده منجر شود؟</p> <p><b>هدف:</b> این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی مداخلات بهشیار حسی حرکتی در درمان الگوهای کژکار شخصیت منجر به اضطراب و افسردگی مراجعین متقاضی روان درمانی اجرا شد.</p>	<p><b>کلیدواژه‌ها:</b> حسی حرکتی، بهشیار، شخصیت، سلامت</p>
<p><b>روش:</b> این پژوهش یک مطالعه آمیخته از نوع تبیینی بود. روش مطالعه اول، شبه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری از مراجعین کلینیک‌های روانشناسی در تهران بوده‌اند. نمونه پژوهش، ۲۰ نفر (زن: ۷ و مرد: ۱۳) از افرادی است که با علائم اضطرابی یا افسردگی به یک کلینیک مراجعه کرده بودند. این افراد قبل و بعد از اجرای ۸ هفته‌ای مداخلات بهشیار حسی حرکتی (کاشانکی و همکاران، ۱۴۰۰) به پرسشنامه‌های اضطراب و افسردگی کاستلو کامری (۱۹۶۷) پاسخ دادند. در مطالعه دوم، در حین مداخلات بهشیار و بعد از آن، الگوهای کژکار شخصیت، سلامت‌روان و خصیصه‌های شخصیتی پیش‌بینی‌کننده اضطراب و افسردگی یکی از مراجعین، توسط آزمون شخصیت سوپ (شدلر و وستن، ۲۰۰۷) ارزیابی شد.</p>	
<p><b>یافته‌ها:</b> در مطالعه اول نتایج آزمون همبسته نشان داد که مداخلات بهشیار حسی حرکتی سبب کاهش اضطراب (<math>P &lt; 0/00001</math>) و افسردگی (<math>P &lt; 0/05</math>) می‌شود و مطالعه دوم نشان دهنده تغییر الگوهای کژکار شخصیت بیمار توسط مداخلات، تبدیل دفاع‌های ناپخته به دفاع‌های پخته و افزایش عوامل سلامت‌روان در بیمار بود که منجر به کاهش اضطراب و افسردگی شد.</p>	
<p><b>نتیجه‌گیری:</b> نتایج پژوهش نشان‌دهنده اثربخشی مداخلات بهشیار حسی حرکتی بر الگوهای شخصیتی کژکار افسرده و مضطرب بود. این مداخلات چالشی و بازی‌های متنوع احتمالاً سبب توانمندسازی و افزایش ظرفیت ذهن و بدن و ایجاد انگیزه برای تحمل اضطراب و مقابله با افسردگی می‌شود.</p>	<p>دریافت شده: ۱۴۰۰/۰۳/۱۵ پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۴/۱۰ منتشر شده: ۱۴۰۰/۱۰/۰۱</p>

\* نویسنده مسئول: سید سعید پورنقاش تهرانی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

رایانامه: Spnaghash@ut.ac.ir

تلفن: ۰۹۱۲۲۰۷۴۳۸۸

## مقدمه

اضطراب و افسردگی از رایجترین بیماری‌های عصر حاضر هستند که همه افراد در برهه از زندگی دچار آنها می‌شوند، عده‌ای غرق در آنها شده و برخی افراد با تغذیه و برنامه‌های منظم و دارودرمانی و سرکوب نشانه‌های افسردگی و اضطراب سعی بر کنترل آنها دارند. اگر این دو خصیصه در همه افراد وجود دارد، ممکن است بتوان نگاهی مثبت و نه منفی در مورد آنها داشت. اضطراب زمانی که سالم تنظیم شود کلید مسیریابی مؤثر، عشق‌ورزی، استحکام روانی و معنا شدن تجربه‌ها است و افسردگی زمانی که تحت مدیریت فرد درآید منجر به واقع‌بینی، مهار سالم هیجان، خودآگاهی و تجربه انسجام و پختگی شخصیت می‌شود (کالهوم و تداچی، ۲۰۱۴). اضطراب و افسردگی به صورت گذرا و پویا در همه افراد تجربه می‌شوند و این درک لحظه‌ای آن‌ها و خودآگاه شدن به آنهاست که سبب می‌شود ذهن فرد آموزش ببیند تا آنها را هر لحظه که رخ می‌دهند، مدیریت کند و بیشترین بهره را از این تجارب گذرا ببرد.

اضطراب را می‌توان ترس از احساسات یا تنش همراه با هیجان دانست. احساسات به خودی خود ترسناک نیستند ولی در فرآیند تحول، فرد به طور غلط یاد می‌گیرد که احساسات ترسناکند (گراچی، تیونینگ، فردریکسون و جاب، ۲۰۱۵)، به عنوان مثال بیماری با سابقه طولانی سرکوب خشم، زمانی که به تجربه این احساس نزدیک می‌شود همان علائمی را نشان می‌دهد که بیمار مبتلا به ترس مرضی در مواجهه با منبع اضطراب (فرضاً گربه) نشان می‌دهد؛ با این تفاوت که اینبار منبع ترس و اضطراب در درون و نه بیرون از بیمار است. ساختار مغزی در کودکی، احساس را برابر با عمل می‌داند. در واقع عصبانیت از مادر برابر با قتل مادر است و هر چقدر این احساسات در دوران زودتری از زندگی توسط قواعد سخت گیرانه والدین سرکوب شوند ترس ناشی از مواجهه شدن با آنها به دلیل مطابق با عمل شمردن و احساس گناه شدید، بیشتر است (کلاین، ۱۹۵۹). اضطراب در افراد سالم تنظیم می‌شود در حالی که در افراد ناسالم سرکوب می‌شود و این فرآیند باعث می‌شود افراد غرق در تنش و دچار انقباض، بی‌خوابی، سردرگمی، آشفتگی، بی‌قراری و علائم مشابه شوند یا در موقعیت‌های اجتماعی و ارتباطی، اضطراب بالایی تجربه کنند (بشارت و همکاران، ۱۳۹۳). در مداخلات بهشیار حسی - حرکتی دائماً وضعیت اضطراب

مراجع حین ارتباط با درمانگر بررسی می‌شود. در روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت<sup>۱</sup> اضطراب مشخص‌کننده مقاومت انتقالی<sup>۲</sup> اولیه است بدین معنی که درمانگر با توجه به اضطراب، به ناهشیار بیمار نزدیک می‌شود و می‌تواند با آن ارتباط برقرار کند (هویدوست، شوارتز، بندریان و ارتی، ۲۰۲۰). ازین رو ارزیابی اضطراب و مسیرهای آن در روند درمان ضروری می‌نماید (تون و همکاران، ۲۰۲۰). به صورت نظری انجام این کار آسان است ولی در عمل این طور نیست و فرآیند درمان، نیازمند روش‌هایی با ارزیابی‌های عینی تر است. در مداخلات بهشیار حسی حرکتی اضطراب از طریق سنجش قدرت تعادل، بررسی تعداد تنفس و سنجش انقباض‌های هشیار و ناهشیار بررسی می‌شود و در نتیجه آگاهی به اضطراب در این افراد بالا می‌رود.

تنش عضلات مخطط که دربرگیرنده تنش مزمن در بدن است، در ماهیچه لگنی منجر به درد قاعدگی، درد مقاربتی و بی‌نظمی در عادات ماهیانه می‌شود. تنش ماهیچه همچنین می‌تواند منجر به ایجاد فشار در گلو و اشکال در بلعیدن شود. فعالیت مفرط سیستم عصبی سمپاتیک همچنین منجر به علائمی شامل نگهداری ادرار، یبوست، خشکی چشم‌ها، حساسیت به نور در نتیجه انبساط مردمک‌ها، غش کردن، از دست دادن هشیاری، گیجی و تپش قلب و تنفس سریع می‌شود. فعالیت مفرط سیستم عصبی پاراسمپاتیک هم منجر به احساس ضعف موضعی، بی‌حسی در پاها و ضعف در راه رفتن، شنیدن زنگ در گوش، کوری، تاری دید، دید تونلی می‌شود. از دست دادن هوشیاری، فقدان حافظه، بی‌حسی یا گیجی می‌تواند به دلیل افت فشارخون در مغز رخ دهد. بی‌حسی، حالت تهوع، باد کردن شکم یا گاز شکم می‌تواند از تخلیه اضطراب در قسمت معده‌ای - روده‌ای ناشی شود که تحمل غذا را دشوار می‌سازد (نبورسکی و هاودلایز، ۲۰۱۸). پس می‌توان گفت ارتباط مستقیمی بین شدت درد، خشم و گناه سرکوب شده با الگوی اضطرابی و مقاومت بیمارانی که تحت روان‌درمانی قرار گرفتند، وجود دارد. فردی که تجربه فراوانی از سرکوب خشم دارد. به احتمال زیاد رفتارهای خودتنبیه‌گر بیشتری دارد و این خودتنبیهی، احساسات اضطراب‌زا به همراه دارد (عباس و همکاران، ۲۰۲۰). مداخلات بهشیار حسی حرکتی با آموزش نحوه نظم‌جویی هیجانی حین حرکت، بازی‌های متمرکز بر تنظیم هیجان و تقویت عضلات مخطط، به افراد کمک می‌کند از

1. Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy

2. Transference Resistance

فرآیندهای مهم نظم‌هنده به هیجان اخیراً مورد توجه بسیاری از پژوهشگران و درمانگران قرار گرفته است.

بهشیاری با فاصله ایجاد کردن بین عمل و نیت، ایجاد ظرفیت مشاهده‌گری حس‌ها، افکار و احساسات و تنظیم جریان بدنی و ذهنی تنش‌ها سبب بهبود مشکلات جسمانی و روانی افراد می‌شود. تاکنون روش‌های دستیابی به بهشیاری مانند دوره‌های کاهش استرس بر پایه بهشیاری و درمان‌های شبیه به آن، با کند کردن حرکت، ایجاد سکون، توقف و دنبال کردن همان آموزه‌های سنتی بودیسم اجرا شده است (کبت زین، ۲۰۱۹). عمومی بودن پروتکل دوره‌ها و نه طراحی آن متناسب با ظرفیت ذهنی و بدنی هر فرد، عدم معنادگی به هیجان‌ها و افکار حس‌شده و عدم شبیه بودن محل تمرین (سکون، سکوت و آرامش) به دنیای پرهیاهو و پر از حرکت و جابجایی دنیای واقعی از جمله انتقاداتی است که به این نگاه سنتی و به روش‌های مراقبه برای دستیابی به بهشیاری وارد است. به عبارتی دیگر، این روش‌ها تنها روشی متوسط و دشوار برای رسیدن به تجربه سلامتی هستند (دمارزو و همکاران، ۲۰۱۵). زمانی استحکام من بالا رود، فرد ظرفیت بهشیاری بیشتری پیدا می‌کند (منصوری و بشارت، ۱۳۹۸)؛ در نتیجه مداخلاتی عینی که روی استحکام ذهن و بدن و بهشیاری همزمان کار کند، می‌تواند اثربخشی بیشتری داشته باشد. به همین دلیل، مطالعه اول پژوهش حاضر با در نظر گرفتن حرکت به جای سکون به عنوان یک فعالیت هدفمند و استفاده از مداخلات پویا، عینی و معنادار، به بررسی اثربخشی مداخلات بهشیاری حسی حرکتی بر کاهش اضطراب و افسردگی می‌پردازد. پس از بررسی اثربخشی در صورت تأیید فرضیه پژوهش، در مطالعه دوم به این سؤال پاسخ داده می‌شود که این مداخلات چگونه مؤثر واقع خواهد شد و چگونه خصیصه‌های شخصیتی منجر به افسردگی و اضطراب را تغییر می‌دهد.

شکاف بین تشخیص عمق بالینی و تشخیص عینی تا حد زیادی تا به امروز وجود داشته است و پژوهش‌های پیشین در حوزه بهشیاری بیشتر روی عینیت نتایج (نه عینیت مداخلات) تمرکز داشتند و کمتر به بررسی نحوه اثربخشی و تغییر الگوهای شخصیت کژکار منجر به افسردگی و اضطراب پرداختند. می‌توان گفت یک علم خوب و یک کار بالینی خوب نتیجه تعامل دو طرفه این دو است. سوپ<sup>۱</sup>، آزمونی است که این شکاف را پر کرده است. آزمون سوپ نه تنها نقش قضاوت و هنر بالینی را نادیده نگرفته

اضطراب خود هشیار و در نتیجه قادر به تحمل هیجان‌ها سرکوب شده و بالا رفتن ظرفیت تحمل هیجانی شوند و هنر استفاده کردن از هیجان‌ها را یاد بگیرند.

بر اساس نظریات روانکاوی، افسردگی را می‌توان نشان‌دهنده خشم فروخورده یا خشم سرکوب‌شده دانست. دفاع رایج افسردگی، سرکوب هیجان، درماندگی، حمله به خود و درون فکنی است. کلاین، افسردگی را فرآیندی گریزناپذیر در رشد آدمی می‌داند. برای این اساس، افسردگی نشان‌دهنده انسجام نسبی شخصیت در دیدن واقعیت یا دیدن خشم و عشق در کنار هم است (هولدر و اسلاکتین، ۲۰۱۸). افراد افسرده عادت دارند بجای تجربه خشم، غم را تجربه کنند و این ناشی از عجزهای ناسالم این افراد یا چشم بستن به قدرت‌های واقعی خود است. بر اساس دیدگاه کوهوت، افسردگی شکست در روند ایده‌آل شدن است. شکست در روند ایده‌آل شدن همان شکست در روند معشوق بودن یا موردعشق و توجه قرارگرفتن است (کوهوت، ۱۹۸۱). به همین دلیل درمان اساسی افراد افسرده نیازمند یک رویکرد عینی است که در آن، فرد عشق به خود را تجربه کند و قادر شود متناسب با واقعیت ادراک شده، از ظرفیت‌های خود جهت جلب تحسین و پیشرفت استفاده کند. مداخلات بهشیار حسی حرکتی با الگویی از حرکت متمرکز بر نظم‌جویی هیجان، شناساندن دفاع‌ها حین تجربه خشم، ابراز سالم خشم، تقویت استعدادها و توجه سالم به بیمار، محیطی حمایتی برای او می‌سازد و سبب می‌شود بیمار از انرژی سرکوب شده خشم منجر به افسردگی در جهت خودآگاهی و واقع‌بینی استفاده کند و ظرفیتش برای تحمل عشق به خود و احساسات خوشایند ناشی از جلب توجه و تحسین متناسب با موقعیت، بالا رود.

با توجه به همبودی زیاد بین اختلالات بالینی مانند اضطراب و افسردگی و مشکلات شخصیتی، برای درمان افسردگی و اضطراب یک مدل تلفیقی از آسیب‌شناسی روانی که مکانیسم سبب‌شناسی متداول و متمایزی را بررسی می‌کند، ضروری است. در مطالعات متعددی خصیصه‌های شخصیتی منجر به اضطراب و افسردگی بررسی شده است (هانگ و تن، ۲۰۲۱؛ گروچی و همکاران، ۲۰۲۰؛ ژانگ، دانگ و جائو، ۲۰۲۰). در اکثر این پژوهش‌ها بر نقش مشکل نظم‌جویی هیجان به عنوان وجه اشتراک خصیصه‌های شخصیت مضطرب و افسرده تأکید داشتند. بهشیاری به عنوان یکی از

1. Shedler-westen Assessment Procedure (SWAP)

است بلکه با داشتن یک زبان مشخص و واحد تشخیص سبب شده است. مشاهدات درمانگران از بیماران با لغات واحد، قابل ارزیابی باشند و ملاک‌های تشخیصی علمی و استاندارد در آنها لحاظ شوند به طوری که امروزه در بسیاری از کلینیک‌های به روز سلامت روان و پژوهش‌های شخصیت مورد استفاده قرار می‌گیرد (شدلر، ۲۰۱۵). به همین دلیل در پژوهش حاضر جهت بررسی فرآیند اثربخشی مداخلات از مطالعه کیفی (آزمون ارزیابی پویایی تحلیلی شخصیت سوپ) استفاده شده است و با استفاده از این آزمون، معیارهای سلامت روان، الگوهای کژکار شخصیت، اختلالات شخصیت و خصیصه‌های شخصیتی منجر به اضطراب و افسردگی در حین و بعد از مداخلات درمانی سنجیده شد.

## روش

**الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:** این پژوهش با روش آمیخته تبیینی متوالی انجام شد. در این روش ابتدا داده‌های کمی جمع‌آوری و تحلیل و سپس جهت بررسی فرآیند اثربخشی مداخلات، از داده‌های کیفی استفاده شد. در این روش، یافته‌های کیفی به قصد جبران ضعف نتایج تحقیق کمی و تبیین یافته‌ها یا مطالعه جامع‌چرایی رخ داد نتایج کمی، طراحی می‌شود و رایج‌ترین نوع آن، جای دادن داده‌های کیفی در طرح آزمایشی یا شبه‌آزمایشی است تا تفسیر و اجرای آن را قوت دهد (مک‌کیم، ۲۰۱۷). روش مطالعه کیفی پژوهش از نوع مصاحبه عمیق پویایی جهت ارزیابی شخصیت، ارزیابی تنظیم هیجانی، سلامت روانی و اختلالات پیش‌بینی‌کننده اضطراب و افسردگی است. مدت زمان مصاحبه ۵ - ۱۰ ساعت است و در قالب سنجش هشیار و ناهشیار علائم زیستی، روانی و ارتباطی مراجع، اجرا می‌شود.

مطالعه اول این پژوهش از لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات و داده‌ها از نوع شبه‌آزمایشی و از نظر هدف، از نوع تحقیقات کاربردی می‌باشد. مداخلات درمانی بهشیار حسی - حرکتی در طول مدت ۸ هفته (یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هفته) توسط درمانگران متخصص اجرا شد.

جامعه آماری مورد بررسی این پژوهش در مطالعه دوم شامل تمام افراد بزرگسالی است که توانایی پاسخگویی به سؤالات پژوهش را داشتند و آماده به همکاری در پیشبرد اهداف پژوهش بوده‌اند. انجام پژوهش در شهر تهران صورت گرفته است. جمعیت بیمار از مراجعان کنندگان به یک

کلینیک مشاوره در تهران بوده‌اند. نمونه پژوهش، شامل ۲۰ نفر از افرادی است که به خاطر علائم اضطرابی یا افسردگی به کلینیک مراجعه کرده بودند و مشمول دریافت حداقل یک تشخیص رسمی یکی از مشکلات قرار گرفته‌اند. تعداد شرکت کنندگان پژوهش حاضر با استناد به مقالات بررسی شده در حوزه بهشیار که بر اهمیت روش کیفی اجرای مداخلات تأکید داشتند و تفاوتی بین تعداد نمونه قائل نبودند، انتخاب شد (گلدبرگ و همکاران، ۲۰۱۷). تعداد کل شرکت کنندگان دربرگیرنده ۲۰ نفر با میانگین سنی ۳۱/۷۶ و انحراف معیار ۸/۵ از ۱۸ تا ۵۲ سال بود. در مورد جنسیت نیز، ۱۴ مرد (۷۰ درصد) و ۶ زن (۳۰ درصد) در پژوهش حاضر شرکت کرده‌اند. معیارهای ورود شامل: الف؛ ابتلا به اضطراب یا افسردگی و اختلالات مرتبط با آن‌ها (تشخیص توسط ارزیاب کلینیک). ب؛ توانایی فهم و پاسخگویی به ابزار خودگزارشی. ج؛ رضایت جهت شرکت در مطالعه و خروج بیماران و معیارهای خروج شامل بی‌سوادی یا عدم توانایی پاسخگویی به ابزار خودگزارشی بود. به منظور تحلیل آماری داده‌های پژوهش از روش‌ها و شاخص‌های آماری توصیفی شامل فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و آزمون‌های آمار استنباطی استفاده شده است. کلیه مراحل با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS انجام شده است. مداخلات بهشیار حسی حرکتی به مدت ۸ هفته در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای (یک جلسه در هر هفته) بر روی نمونه پژوهش اجرا شد. جهت تعیین اثر دوره، در ابتدا و انتهای دوره، متغیر وابسته از طریق پاسخگویی شرکت کنندگان به پرسشنامه اضطراب و افسردگی کاستلو و کامری (۱۹۶۷) سنجیده و از طریق آزمون زوجی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه مقایسه شد. جهت تبیین فرآیند اثربخشی مداخلات، مطالعه دوم این پژوهش با روش مورد پژوهی بالینی براساس الگوی زیست - روانی - اجتماعی سلامت و مدل پویایی از شخصیت انجام شده است. با استفاده از آزمون ارزیابی شدلر و وستن (سوآپ)، شخصیت بیمار و الگوهای شخصیتی طبیعی در حین و بعد از انجام مداخلات ارزیابی و بررسی شد.



جدول ۱. الگوی زیستی روانی اجتماعی مداخلات به‌شمار حسی حرکتی، (کاشانکی و همکاران، ۱۴۰۰)

جلسات	بعد اجتماعی و نام دوره	الگوی‌های نظری و تئوری	تبدیل الگوهای نظری به الگوهای زیستی	تبدیل الگوهای روانی - زیستی به حرکت، چالش و بازی
جلسه اول و جلسه دوم	شخصیت گروهی <sup>۱</sup> (جبریل و همکاران، ۲۰۱۸)	رقابت بین گروهی، انسجام بین اعضا، رکوردهای گروهی، قدرت رهبری، تشخیص اضطراب و وسواس آسیب زنده به گروه، تشخیص خودتخریبی <sup>۲</sup> آسیب زنده به گروه.	استفاده از توان مغز و بدن جهت حفظ ثبات و پیشرفت گروه، شناخت اضطراب ناشی از تجربه قدرت رهبری، تقویت نرون‌های آینه <sup>۳</sup> به دلیل همدلی با اعضای گروه	بازی گروهی شیک و قدرتمند، بازی فشار، قدرت و مردانگی، بازی سرعت، پویایی و هماهنگی. چالش تعداد گروهی حرکات با تشخیص رهبر گروه از طریق شناخت اعضا.
جلسه سوم و چهارم	لذت‌گرایی سالم <sup>۴</sup> (سوارد، برونسکی و زیباردو، ۲۰۱۴)	شناخت چشم‌اندازهای زمانی <sup>۵</sup> شخصی (گذشته مثبت <sup>۶</sup> ، گذشته منفی <sup>۷</sup> ، حال مخرب <sup>۸</sup> ، حال لذت‌گرا <sup>۹</sup> ، آینده مثبت <sup>۱۰</sup> ، آینده منفی <sup>۱۱</sup> ) تشخیص لذت، درد و زجر	تشخیص اضطراب در بدن همراه با نگرانی از آینده، تشخیص افسردگی و خمودگی بدن ناشی از درگیر بودن ذهن با گذشته، تجربه رهایی و لذت ناشی از زندگی در لحظه حال، بالا رفتن ظرفیت بدنی تجربه حال خوشایند و هیجان مثبت، ترشح دوپامین و افزایش خلق، ناحیه و نوتولار استریوم <sup>۱۲</sup> ، این ناحیه اصلی ترین منبع عقده‌های قاعده‌ای <sup>۱۳</sup> مغز که در سیستم پاداش و هیجانات نقش دارد.	طراحی حرکت متناسب با ظرفیت بدنی هر فرد توسط مربی جهت پیدا کردن نقطه درد و لذت و پیشرفت. بازی مایندفول فوتبال، مایندفول بوکس، پیدا کردن نقطه جذابیت هر کس در حرکات ذهنی و بدنی و توانمندسازی جهت نمایش توانایی‌ها به صورت سازنده و نه مخرب و خودآزار
جلسه پنجم و ششم	اخلاق <sup>۱۴</sup> (شناخت وجدان سالم و ناسالم)، (گراهام و همکاران، ۲۰۱۳)، (گروجی و همکاران، ۲۰۱۶)	تشخیص ملاک‌های اخلاقی در خود: آسیب <sup>۱۵</sup> ، توجه به آسیب‌پذیری خود و محیط، هیجان، مراقبت، حمایت، مهربانی با خود، شفقت خود، سخت‌نگرفتن به خود و دیگران، دیدن محدودیت‌ها و آسیب‌پذیری‌ها. عدالت <sup>۱۶</sup> ؛ استفاده برابر از امکانات، توجه به فاصله طبقاتی، برتری‌جویی،	تقویت کر تکس قدامی مغز <sup>۱۷</sup> ، در نتیجه تقویت قسمت قضاوت، پیش‌بینی و تحلیل. شکل‌گیری ابعاد زیستی وجدان.	چالش حرکتی انتخاب بین اطاعت کورکورانه و آسیب زدن، چالش استفاده از همه امکانات بازی برای بردن، چالش انجام حرکت منحصر به فردی که خود فرد در آن تخصص داشته باشد. چالش وضع قانون بازی جوریکه خودش برنده باشد، چالش حرکتی تقویت شخصیت گروه از طریق دشمن مشترک، چالش خیانت به گروه با چسبیدن به مرجع قدرت

1. Group Personality
2. Self-Destructiveness
3. Mirror neuron
4. Healthy Hedonistic
5. Time Perspective
6. Past-Positive
7. Past-Negative
8. Present Fatalistic
9. Present Hedonistic
10. Future Positive
11. Future Negative
12. ventral striatum
13. Basal ganglia
14. Moralism
15. Harm
16. Fairness
17. Prefrontal Cortex

جلسات	بعد اجتماعی و نام دوره	الگوی های نظری و تئوری	تبدیل الگوهای نظری به الگوهای زیستی	تبدیل الگوهای روانی - زیستی به حرکت، چالش و بازی
جلسه هفتم و هشتم	خودمهارگری <sup>۵</sup> (مامایک، پاترنوستر و لاران، ۲۰۱۷) و (ووج و بایمستر، ۲۰۱۶)	اخلاقی سازی. رقابت برای دستیابی به امکانات.، خلوص <sup>۱</sup> : دین، فرار از دورویی، توهم عدم آسیب پذیری، قهرمان سازی، طبیعت و محیط زیست، وسواس. مرجع قدرت <sup>۲</sup> : اطاعت، سرباز، بالا دستی و زیر دست، احترام، سنت، نظم. گروه <sup>۳</sup> : وطن دوستی، تعهد، وفاداری و عدم خیانت. تشخیص خودمهارگری سالم و ناسالم در خود، مسئولیت پذیری، کنترل هیجان، نظم، خودنظارتی <sup>۴</sup> ، خود هدایتی <sup>۷</sup> ، خود تقویتی <sup>۸</sup> ، پیشرفت عملکرد و سازگاری، احساس گناه سالم و جبران، کنترل حرص و طمع، دیدن عواقب طمع و حرص زدن به صورت عینی، دیدن عجزهای سالم، کنترل تکانه <sup>۹</sup> ، کنترل خشم، دیدن میل و عمل نکردن به میل	تقویت کورتکس، تثویت: ناحیه ۱۱، ۱۲ و ۴۷ برودمن <sup>۱۰</sup> : این ناحیه در فرآیند تصمیم گیری بر پایه هیجان دخیل است. اینسولا <sup>۱۱</sup> ، بین لوب گیجگاهی <sup>۱۲</sup> و فرونتال قرار دارد و در سلامت و بهبودی نقش دارد. در کنترل هیجانی و تنظیم تعادل بدن نقش دارد.	بازی دفاع و حمله، بازی دفاع و حمله پویا، بازی ظرافت و کنترل، بازی کنترل قدرت پویا، بارفیکس کنترل حرکت، بازدارندگی و هدفمندی حرکات در چارچوب حرکات منظم ترتیبی و گروهی.

بر اساس جدول ۱، مداخلات بهشیار حسی حرکتی دربرگیرنده مداخلات مدون انسجام بخش ذهن و بدن و حرکت ها و بازی های نوین برای آگاهی به خصیصه های شخصیتی مؤثر و دستیابی به سلامت روان است. این مداخلات در ۴ بعد شامل خودمهارگری، اخلاق، لذت گرایی سالم و شخصیت گروهی طبقه بندی شده اند. هر بعد از مداخلات همراه با زیربنای نظری زیستی، روانشناختی و تبدیل آن ها به حرکت و چالش در جدول ۱

1. Purity
2. Authority
3. Ingroup
5. Self-Control
6. Self-Monitoring
7. Self-directed
8. Self-Reinforcement
9. Impulse Control
10. Brodmann area
11. Insula
12. Temporal

**جدول ۲. مثال درمانی از مداخلات بهشیار حسی حرکتی**

بعد اجتماعی و نام دوره	یک نمونه عینی از چالش‌ها	مثالی از مداخله درمانی
شخصیت گروهی	بایستی در قالب گروه‌های دو یا سه نفری در یک زمان مشخص یک توپ سنگین را با حرکات سریع از مانع عبور دهند. هر بار یک نفر به عنوان رهبر گروه انتخاب می‌شود، میزان سرعت همکاری، خودخواهی، فداکاری، تبعیت کردن و انسجام هر گروه سنجیده می‌شود.	درمانگر: بعد از اینکه به عنوان رهبر گروه خطا گردی بی‌دقتی حرکتی در تو بالا رفت مراجع: بله متوجه شدم، من نباید اشتباه می‌کردم و بدنم کم آورد. درمانگر: اشتباه کردن طبیعی‌ه ولی تو بعد از اینکه به عنوان یک رهبر گروه اشتباه می‌کنی قدرت تو در بخشش خودت و حفظ تمرکزت مهمه نه اینکه خودت را مجازات و سرزنش کنی و به دنبال آن تمام وقت خطا کردی مراجع: بله متوجه شدم. درمانگر: این خودمجازات‌گری و ایده آل‌گراییت بود که باعث کاهش تمرکز و قدرت بدنی تو شد نه اینکه بدنت ضعیف شده باشد. درمانگر: هنگام تجربه فشار بدنی چه احساسی داشتی؟ مراجع: درد آیا خودت متوجه شدی که نیاز است هنگام درد بدنی استراحت کنی؟ مراجع: خیر، معمولاً هنگام فشار دیر به خودم می‌آیم دزمانگر: این همان الگویی است که در زندگی به کار می‌گیری، درد را تبدیل به زجر می‌کنی در حالی که می‌توانی اجازه دهی درد و لذت استراحت را تجربه کنی مراجع: هنگام استراحت، معمولاً اینقدر غرق در لذت می‌شوم که خرابکاری می‌کنم. درمانگر: این همان لذت مخرب است. تو بایستی ظرفیت شاد بودن و لذت بردن را داشته باشی تا لذت را تبدیل به تخریب نکنی و سپس درمانگر الگوهای حرکتی این رفتار را به مراجع می‌دهد. درمانگر: هنگامی که در بازی متوجه شدی که امکانات کمتری برای ضربه به توپ نسبت به رقیبت داشتی چه احساسی پیدا کردی؟ مراجع: عصبانی شدم. باید امکانات برابر بود.
لذت‌گرایی سالم <sup>۱</sup>	طراحی یک حرکت سخت بدنی توسط مربی / درمانگر با TRX و انجام دادن حرکت دشوار توسط مراجع و سنجش وضعیت هیجانی / روانی هنگام مواجه با فشار	درمانگر: در دنیای واقعی امکانات برابر است؟ قطعاً خیر، بنابراین غمگین شدی نه عصبانی مراجع: درسته، احساس غم دارم. همیشه از اینکه دیگران از من امکانات بیشتری دارند غمگین بودم ولی با عصبانیت و پرخاش به این کمبود واکنش نشان می‌دادم. درمانگر: درسته و تا زمانی که با خشم به این کم بودن امکانات واکنش نشان می‌دهی نمی‌توانی از تمام ظرفیت ذهنی و بدنی خویش متناسب با همان امکانات محدود هم استفاده کنی. درمانگر: این تمرین چه احساسی برایت داشت؟ مراجع: زمانی که حواسم به بدن و ونفسم نبود تعادل را از دست می‌دادم. درمانگر: این همان جدایی ذهن و بدن است که در همه مواقع باعث می‌شود تصمیم و رفتاری متعادل انجام ندهی
اخلاق	چالش پذیرش واقعیت نداشتن امکانات نسبت به دیگران	
خودمهارگری	چالش کنترل تعادل خود روی استپ هنگام سر و صدا و حواس‌پرتی و مشاهده تجربه	

**جدول ۳. نمونه سؤالات پرسیده شده و نحوه سنجش ناهشیار الگوهای کژکار شخصیت توسط درمانگر متخصص**

سوال عینی	پاسخ مراجع	سنجش ناهشیار	تحلیل و ارزیابی
درمانگر: نوع ارتباط با اعضای خانواده چگونه است؟	مراجع: خیلی خوب، معمولاً با مادرم روزی ۵ بار صحبت می‌کنم و پدرم هم هفته‌ای یکبار می‌بینم. مادر و پدرم از هم جدا شده‌اند. و پدرم خیلی به مادرم ظلم کرد با این حال هفته‌ای یکبار او را می‌بینم و از موفقیت‌های مادرم به او می‌گویم تا بفهمد چه کسی را از دست داده است.	نوع ارتباط خوب نیست. احساسات متضادی به پدر و مادر دارد. خشم را نسبت به مادر سرکوب کرده است و عشق را نسبت به پدر، وابستگی شدید به مادر دارد طوری که احساسات مادر به پدرش تبدیل به احساسات خودش به پدر شده است.	احساسات متضاد و نفرت سرکوب شده بالا، اختلال وابستگی

<sup>1</sup>. Healthy Hedonistic

کدگذاری آنها در قالب متغیرهای شخصیت به روز و اثرگذار در حوزه روانشناسی نیز انجام شد. به همین دلیل این پژوهش انسجام دنیای ذهنی مراجع براساس متغیرهای عینی و کمی است و این کار الگوی مصاحبه‌های بالینی عمیق، دشوار و به شدت زمانبر (بین ۵ تا ۱۰ ساعت) است که نمونه آن در آزمون سوآپ دیده می‌شود (شدلر، ۲۰۱۵).

مصاحبه شخصیت سوآپ تمامی زوایای نظری و بالینی جهت توصیف شخصیت بیمار را فراهم می‌آورد. درمانگر ۲۰۰ عبارت توصیفی در مورد بیمار را براساس میزان شدت ارتباط آن‌ها با شخصیت وی در یک طیف لیکرت ۰ تا ۷ ارزیابی و نمره‌دهی می‌کند (وستن و همکاران، ۲۰۱۴). جهت انجام آزمون سوآپ نیاز است آیتم سؤالات مربوط به هریک از متغیرهای شخصیت در قالب مصاحبه پویایی به صورت جداگانه از بیمار پرسش شود. پایایی درونی این آزمون در تمام مطالعات بالای ۰/۸۰ و ۰/۰۹ بوده است. پایایی متوسط آزمون - بازآزمون ۶ تا ۹ ماهه برای مقیاس‌های عامل صفات ابعادی در دامنه ۰/۷۷ تا ۰/۹۶ بوده است. (شدلر و وستن، ۲۰۰۷).

در این پژوهش از مصاحبه عمیق پویایی استفاده شده است. مصاحبه پویایی بدین منظور صورت می‌گیرد که خصیصه‌های اخیر موجود در پژوهش‌ها را به صورت دقیق در بیمار واریسی کند و با آزمون سوآپ امکان فراهم کردن یک توضیح جامع، چند بعدی، استاندارد، عمیق و کمی برای سنجش نتایج بالینی مداخلات بهشیاری حسی حرکتی فراهم شود. در پژوهش حاضر آزمون سوآپ در تشخیص الگوهای کژکار شخصیت و سلامت روان حین فعال شدن الگوهای ناسالم شخصیت، الگوی تسهیل کننده درمان براساس شاکله‌های شخصیت و الگوی روان‌رنجوری بیمار در یک مصاحبه به مدت ۱۰ ساعت در سه روز، حین درمان و یک مصاحبه به مدت ۱۰ ساعت در سه روز بعد از درمان سنجیده شد.

### یافته‌ها

در مطالعه اول پژوهش، تعداد ۲۰ نفر (۱۳ مرد و ۷ زن) با میانگین سنی ۳۲/۱۵ و انحراف معیار ۸/۵۵ شرکت کردند. این تمرینات به مدت ۸ هفته در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای (یک جلسه در هر هفته) اجرا شد. جهت تعیین اثر دوره، در ابتدا و انتهای دوره، متغیر وابسته از طریق پاسخگویی شرکت کنندگان به پرسشنامه اضطراب و افسردگی سنجیده و از طریق آزمون t زوجی، پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقایسه شدند.

در جدول ۲، نمونه و مثال چالش بهشیار هر سبک و مداخلات درمانی مرتبط با آنها ذکر شده است. همانطور که در جدول مشاهده می‌شود؛ مداخلات بهشیار حسی حرکتی، سبکی از چالش، حرکت و مداخلات درمانی را منسجم کرده است و به دلیل عینیت بالای حرکت و چالش، درک مداخلات درمانی در این رویکرد، برای مراجعین ساده‌تر است.

### ب) ابزار

مقیاس افسردگی و اضطراب (کاستلو و کومری، ۱۹۶۷): این مقیاس ۲۳ ماده که ۹ ماده‌ی آن میزان اضطراب را به عنوان صفت و بقیه ۱۴ ماده‌ی آن میزان افسردگی را می‌سنجد. آزمودنی‌ها باید میزان موافقت خود را با هر یک از ماده‌های مقیاس طبق درجه‌بندی پنج درجه‌ای لیکرت، از "عمدتا مخالف" (۱)، تا "عمدتا موافق" (۵) مشخص کنند. روایی و پایایی این مقیاس در پژوهش قربانی و همکاران (۲۰۰۸)، تأیید شده است، به طوری که مقیاس اضطراب ضریب آلفای ۰/۷۵ برای آزمودنی‌های ایرانی و ۰/۸۲ برای آزمودنی‌های آمریکایی داشته است. همچنین مقیاس افسردگی ضریب آلفای ۰/۹۲ برای آزمودنی‌های ایرانی و ۰/۹۳ برای آزمودنی‌های آمریکایی نشان داده است.

آزمون سوآپ: آزمون سوآپ یک آزمون تشخیصی و ابعادی جهت ارزیابی طیف وسیعی از مشکلات روانشناختی، اختلالات شخصیت و سلامت روان است. تمام آیتم‌های سوآپ از طیف گسترده‌ای از منابع ادبیات بالینی آسیب‌شناسی شخصیت در ۵۰ سال اخیر، پژوهش‌های گسترده بر روی مکانیسم‌های مقابله‌ای، دفاع‌ها و تنظیم هیجان، پژوهش‌های کارکرد بین‌فردی در افراد دارای اختلالات شخصیت و خصیصه‌های شخصیتی در جمعیت غیربالینی به دست آمد. کارآمدی آیتم‌های سوآپ در طول ۱۲ سال با در نظر گرفتن نظرات بیشتر از ۲۰۰۰ مشاور و درمانگر مورد ارزیابی و اصلاح قرار گرفت (بلاگف و همکاران، ۲۰۱۵). اجرای آزمون سوآپ نیازمند یادگیری مهارت بالینی در مصاحبه تشخیصی بر پایه مبانی نظری، نحوه کار با نرم افزار سوآپ-۲۰۰، نحوه تفسیر نتایج آزمون (سه نمودار ارزیابی) و نحوه استفاده از نتایج آزمون در کار بالینی است (شدلر، ۲۰۱۵). این روش در پاسخ به پیش‌بینی کم و عدم کاربردی بودن اطلاعات پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی هنگام ارزیابی رفتار عینی پاسخ‌دهنده ایجاد شده است. این روش در پرسیدن سؤالات شخصی از مراجع و

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان

میانگین	انحراف معیار	تعداد
۳۲/۱۵	۸/۵۵	۲۰

در جدول ۵ میانگین، انحراف معیار و آلفای کرونباخ مربوط به مقیاس‌ها در این پژوهش ارائه شده است. بر اساس جدول یاد شده، ضریب آلفای کرونباخ نشان دهنده پایایی مناسب ابزارهای مورد مطالعه در این پژوهش است.

قبل از اجرای آزمون t، پیش‌فرض‌های انجام این آزمون بررسی می‌شود. مقیاس داده‌های پژوهش حاضر از نوع فاصله‌ای و داده‌ها از یک جامعه واحد به دست آمده است.

عدم معناداری آزمون کولموگروف - اسمیرنوف ( $P > 0/05$ ) نرمال بودن توزیع داده‌ها را نشان می‌دهد. بنابراین هر سه متغیر وابسته دارای توزیع

نرمالی هستند و می‌توان از تحلیل‌های پارامتریک برای آن استفاده کرد. بین پیش‌آزمون - پس‌آزمون همبستگی معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ) که شرایط را برای اجرای آزمون t زوجی مهیا می‌کند.

بر اساس نتایج این جدول مشخص شد اختلاف میانگین پیش‌آزمون - پس‌آزمون برای ۲۰ نفر شرکت‌کننده معنادار است ( $p > 0/01$ ). بنابراین می‌توان گفت مداخلات سبب کاهش اضطراب می‌شود.

بر اساس نتایج این جدول مشخص شد اختلاف میانگین پیش‌آزمون - پس‌آزمون برای ۲۰ نفر شرکت‌کننده معنادار است ( $p > 0/05$ ). بنابراین می‌توان گفت مداخلات بهشیار حسی حرکتی سبب کاهش افسردگی می‌شود.

در مطالعه دوم پژوهش، آزمون سوآپ یک بیمار در حین مداخلات و بعد از آن اجرا شد و نتایج آن در ادامه ذکر می‌شود.

جدول ۵. میانگین، انحراف معیار و دیگر آماره‌های مربوط به ابزارهای پژوهش در گروه آزمایشی

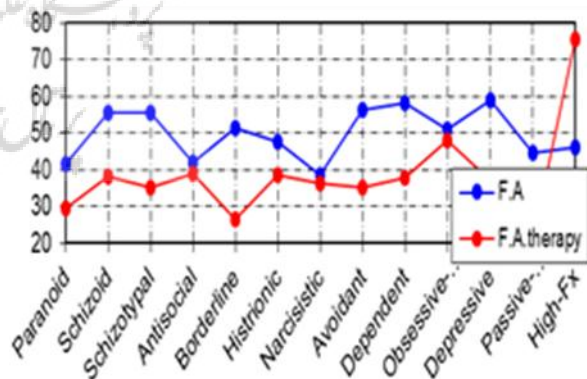
مقیاس	میانگین		انحراف معیار		آلفای کرونباخ	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
اضطراب	۳/۱۷	۲/۷۲	۰/۷۴	۰/۶۷	۰/۸۳	۰/۸۲
افسردگی	۲/۴۳	۲/۱۷	۰/۶۸	۰/۶۳	۰/۸۸	۰/۹۱

جدول ۶. مقایسه پیش‌آزمون - پس‌آزمون (t زوجی) (اثر دوره بر روی اضطراب)

گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین خطای انحراف معیار	t	درجه آزادی	سطح معناداری
پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۲۶	۰/۵۶	۰/۱۲	۲/۰۹	۱۹	۰/۰۵

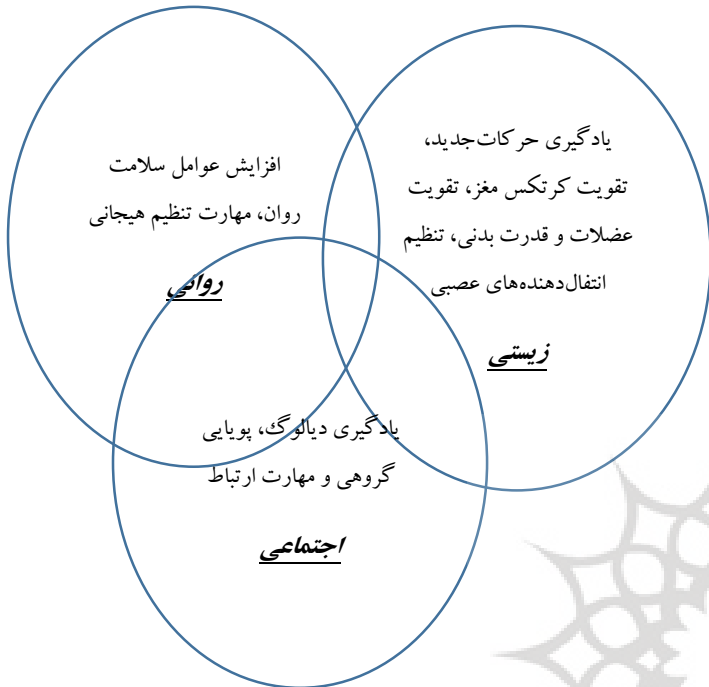
کژکار شخصیت بیمار و سلامت روان بعد از درمان (پارانویید: ۲۹؛ اسکیزوئید: ۳۸؛ اسکیزوتایپال: ۳۵؛ ضداجتماعی: ۳۹؛ مرزی: ۲۵؛ نمایشی: ۳۸؛ خودشیفته: ۳۶؛ اجتنابی: ۳۵؛ وابسته: ۳۸؛ وسواسی - جبری: ۴۷؛ افسرده: ۳۶؛ منفعل - پرخاشگر: ۲۱؛ سلامت روان: ۲۵)

همانطور که در شکل مشخص است، تمام الگوهای کژکار شخصیتی بیمار بعد از درمان پایین آمده‌است و سلامت روان بالا رفته است. بر اساس شکل ۲، شاکله شخصیت بیمار تغییراتی اساسی کرده است. بیشترین تغییرات مربوط به کاهش افسردگی، افزایش قدرت تنظیم هیجانی، سلامت روان و کارکرد ذهنی و بدنی بوده است.



شکل ۱. مدل تشخیصی الگوهای کژکار شخصیت بیمار و سلامت روان حین درمان (پارانویید: ۴۲؛ اسکیزوئید: ۵۶؛ اسکیزوتایپال: ۵۵؛ ضداجتماعی: ۳۹؛ مرزی: ۵۱؛ نمایشی: ۴۸؛ خودشیفته: ۳۸؛ اجتنابی: ۵۶؛ وابسته: ۵۸؛ وسواسی - جبری: ۵۱؛ افسرده: ۵۹؛ منفعل - پرخاشگر: ۴۶؛ سلامت روان: ۴۷) / مدل تشخیصی الگوهای

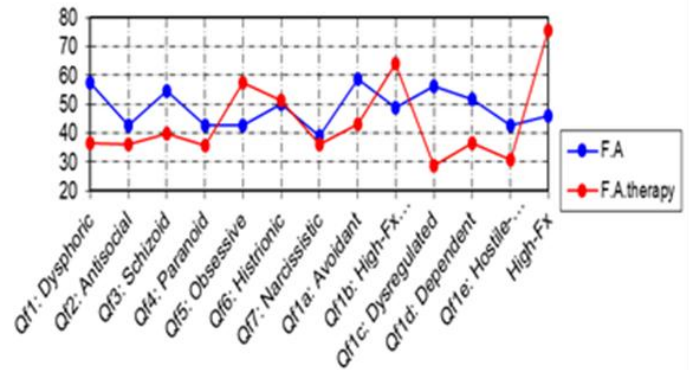
شدن تجربه‌های زندگی و ظرفیت عشق‌ورزی است. همچنین بدکارکردی تنظیم هیجان، اختلال فکر و جهت‌گیری اسکیزوئید کاهش پیدا کرده است.



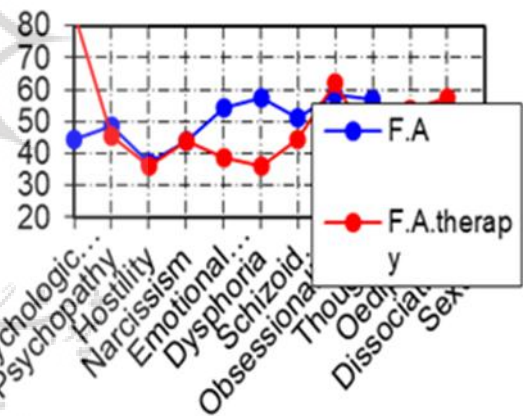
شکل ۴. تبیین فرآیند اثربخشی مداخلات براساس رویکرد روانشناسی سلامت (زیستی - روانی - اجتماعی)

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد که مداخلات بهشیار حسی حرکتی تغییراتی در شخصیت ایجاد می‌کند که با کاهش افسردگی و اضطراب همراه است. در مطالعات پیشین که به بررسی اثربخشی رویکردهای درمانی بهشیری می‌پرداختند، توجه به علت هیجان، معنا شدن تجربه و ارزیابی پویای شخصیت وجود نداشت و تمامی این رویکردها همان آموزه‌های سنتی بودا را در قالب مداخلات درمانی بهشیری آموزش می‌دادند (رینگسین، پانزوان و اشناپدر، ۲۰۲۰). مطالعه حاضر نشان‌دهنده اثربخشی چشمگیر مداخلات بهشیار حسی حرکتی بر اضطراب بود. به عبارتی دیگر، مداخلات بهشیار حسی حرکتی طوری طراحی شده‌اند که افراد فرآیند هشیار و ناهشیار تنظیم اضطراب را یاد می‌گیرند. در تنظیم اضطراب، افراد یاد می‌گیرند که برای حفظ تعادل، تداوم قدرت، حفظ توجه و تمرکز و حفظ ظرفیت و تیزی، نیازمند توجه بدن هستند. جدایی ذهن از بدن همان وضعیتی است که در



شکل ۲. توصیف الگوی تسهیل‌کننده درمان بر اساس شاکله شخصیت بیمار حین درمان (افسرده: ۵۷؛ ضداجتماعی: ۴۱؛ اسکیزوئید - اسکیزوتایپال: ۵۴؛ پارانوئید: ۴۳؛ وسواسی: ۴۲؛ نمایشی: ۵۰؛ خودشیفته: ۳۹؛ اجتنابی: ۵۹؛ افسرده با کارکرد بالا: ۴۹؛ مرزی - عدم پایداری هیجانی: ۵۶؛ وابسته - قربانی: ۵۲؛ متخاصم - برونی‌ساز: ۴۳؛ سلامت‌روان: ۴۷) / توصیف الگوی تسهیل‌کننده درمان بر اساس شاکله شخصیت بیمار بعد درمان (افسرده: ۳۶؛ ضداجتماعی: ۳۶؛ اسکیزوئید - اسکیزوتایپال: ۴۰؛ پارانوئید: ۳۶؛ وسواسی: ۵۸؛ نمایشی: ۵۱؛ خودشیفته: ۳۶؛ اجتنابی: ۴۳؛ افسرده با کارکرد بالا: ۶۴؛ مرزی - عدم پایداری هیجانی: ۲۷؛ وابسته - قربانی: ۳۷؛ متخاصم برونی‌ساز: ۳۰؛ سلامت روان: ۷۶)



شکل ۳. الگوی روان‌رنجوری بیمار بر پایه شخصیت حین درمان (سلامت‌روان: ۴۴؛ جامعه‌ستیزی: ۴۸؛ خصومت: ۳۷؛ خودشیفته: ۴۲؛ عدم تنظیم هیجان: ۵۴؛ دیسفوریا: ۵۸؛ جهت‌گیری اسکیزوئید: ۵۰؛ وسواس ذهنی: ۵۸؛ اختلال فکر: ۵۷؛ تعارض ادیبی: ۴۹؛ گسیختگی: ۴۶؛ تعارض جنسی: ۴۱) / الگوی روان‌رنجوری بیمار بر پایه شخصیت بعد درمان (سلامت‌روان: ۸۴؛ جامعه‌ستیزی: ۴۵؛ خصومت: ۳۶؛ خودشیفته: ۴۲؛ عدم تنظیم هیجان: ۳۸؛ دیسفوریا: ۳۶؛ جهت‌گیری اسکیزوئید: ۴۴؛ وسواس ذهنی: ۶۲؛ اختلال فکر: ۴۲؛ تعارض ادیبی: ۵۴؛ گسیختگی: ۵۷؛ تعارض جنسی: ۴۱)

براساس شکل ۳، افزایش شاخص عینی سلامت‌روان بعد از درمان رخ داده است. این شاخص‌ها در آزمون، شامل استحکام روانی، خودآگاهی، معنا

حتی بعد از اتمام طول درمان، باز هم بهبودی را تجربه خواهد کرد (کالدیروولی و همکاران، ۲۰۲۰). تفاوت عمده مداخلات بهشیار حسی - حرکتی تمرکز بیشتر بر مداخلات عینی مانند فعالیت بدن و حرکت بجای مداخلات ذهنی است در نتیجه در مداخلات بهشیار حسی - حرکتی میزان دروغ‌هایی که مراجع به خود و درمانگر می‌گوید تا حد زیادی کاهش پیدا می‌کند. در این مداخلات، بازسازی کانال‌های بدنی اضطراب و هیجان سریع‌تر بازبایی می‌شوند و همزمان مداخلات درمانی هم توسط درمانگر ارائه خواهد شد. زمانیکه حافظه بدنی فعال می‌شود احتمال فراموشی این مداخلات تقریباً به صفر می‌رسد. در نتیجه مداخلات هیجان‌مدار روان درمانی پویایی در یک فضای حسی حرکتی با چارچوب اجتماعی که هر دوره دارد، یک رویکرد درمانی منسجم زیستی روانی اجتماعی را می‌سازد که نتیجه آن اثربخشی چشمگیر بر کاهش اضطراب، افسردگی و شکوفایی استعداد های ذهنی و بدنی است.

مطالعه دوم پژوهش حاضر نشان داد این روش درمانی، قادر است شخصیت بیمار و کژکار را به سمت یک شخصیت منسجم و سلامت تغییر دهد. ساختار شخصیتی بیمار از یک شخصیت اجتنابی، منزوی، گوشه‌گیر و افسرده تبدیل به یک فرد دقیق، منظم، وظیفه‌شناس و با کارکرد بالا تغییر کرده است. تغییر الگوهای شخصیتی افزایش دهنده ریسک اضطراب و افسردگی سبب می‌شود خشم فروخورده در بازی‌ها معنا و تنش‌ها تبدیل به حرکت و کشف استعدادها می‌شود. همچنین بازی‌های حسی - حرکتی می‌تواند منجر به مهارت حل مسئله خلاق شود و همسو با پژوهشی است که نشان داد حل مسئله خلاق با کاهش افسردگی همراه می‌شود (ارشادی منش، ۱۴۰۰).

تغییر الگوهای تنظیم هیجانی در این بیمار مشهود است. این تغییر نقش اساسی یادگیری مهارت تنظیم هیجانی آموزش داده شده مداخلات را در تغییر ساختار شخصیت را نشان می‌دهد. درمان اختلال شخصیت وابسته و اجتنابی، درمان علائم افسردگی، مشکلات تنظیم هیجانی و ناپایداری خلق و افزایش معنادار سلامت روان از نتایج مطالعه کیفی پژوهش حاضر است. پژوهش‌های پیشین معمولاً به یک پژوهش کمی اکتفا می‌کردند و کمتر به بررسی فرآیند تغییر می‌پرداختند. به عنوان نمونه فومرو و همکاران (۲۰۲۰) در یک فراتحلیل گسترده نشان دادند پژوهش‌های جدید حوزه بهشیاری برای تبیین اثربخشی مداخلات بهشیاری نیاز است سلامت، خودآگاهی و

این مداخلات دائم بررسی می‌شود و فرد یاد می‌گیرد که در طول تمام حرکات و بازی‌ها، ذهن را در بدن نگه دارد و همین کلید اثربخشی چشمگیر این مداخلات بر کاهش اضطراب است. در اکثر پژوهش‌های پیشین که بر روی اضطراب انجام شده بود، اضطراب را به عنوان یک عامل مخرب در نظر می‌گرفتند (سعید، کانینگهام و بلاخ، ۲۰۱۹)؛ در حالی که در مداخلات بهشیار حسی - حرکتی اضطراب نشانه وجود یک تعارض است که هر لحظه در طول جلسه بررسی و علت زیربنایی آن شناسایی می‌شود. مربی یا درمانگر با استفاده از مداخلات بهشیاری حسی حرکتی، نیمکره راست را فعال می‌کند؛ فعال‌سازی کنترل شده نیم‌کره راست مغز، هیجان‌ات سرکوب شده را بیدار و سپس مربی یا درمانگر آنها را معنا می‌کند؛ این سبک از معنا کردن، انسجام دو نیم‌کره مغز را رقم می‌زند. بر اساس پژوهش‌های اخیر، روشی که بتواند هیجان‌ات نیمکره راست را به شکل کنترل شده بیدار و معنا کند از به روزترین و کاربردی مداخلات درمانی هیجان‌مدار شناخته می‌شود (شور، ۲۰۲۰).

مداخلات بهشیار حسی - حرکتی با تغییر الگوهای کژکار شخصیت سبب کاهش افسردگی در مراجعین شد. افسردگی زمانی درمان می‌شود که هیجان‌ات بازداری شده و استعدادهای فرد، سرکوب‌زدایی شود (تون و همکاران، ۲۰۲۰). زمانیکه ذهن و بدن منسجم می‌شوند، فرد می‌تواند انرژی‌های بازداری شده را آزاد کند. در اینجا قوانین بازی‌ها و حرکات این انرژی‌ها را به سمت سازندگی سوق می‌دهد و همین کلید درمان و اثربخشی مداخلات بر افسردگی است. تحقیقات بلند مدت بر روی روان‌درمانی‌ها خصوصاً روان‌درمانی‌های شناختی معمولاً نشان داده‌اند که افسردگی و اضطراب هر دو بعد از تمام شدن طول درمان، دوباره رخ خواهند داد (تون و همکاران، ۲۰۲۰)؛ در حالیکه مداخلات پژوهش حاضر با دیدن انرژی نهفته پشت افسردگی و اضطراب، آنها را جهت خودشکوفایی و بهبودی به کار می‌گیرد و همین تفاوت مداخلات سرکوب‌زدا با مداخلات سرکوب کننده است. سرکوب‌زدایی‌های بدنی همان مسئله‌ای است که در پژوهش‌های بلند مدت حوزه اضطراب و افسردگی موجب درمان خواهد شد (پرینس و همکاران، ۲۰۲۰).

از بین رویکردهای درمانی، مداخلات روان‌درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت بیشترین شباهت را به مداخلات بهشیار حسی حرکتی دارد. این مداخلات جزو معدود درمان‌هایی هستند که ماندگاری بالایی دارند بیمار

براساس نظریات اخیر حوزه بهشیاری هر روشی که انسجام ذهن و بدن را رقم بزند، می‌تواند رویکردی درمانی مبتنی بر بهشیاری شناخته می‌شود (سیگل، ۲۰۲۰). بنابراین می‌توان گفت مداخلات بهشیار حسی حرکتی یک رویکرد درمانی مبتنی بر بهشیاری است که با کاهش محسوس اضطراب و افسردگی همراه می‌شود و سلامت روان و انسجام ذهن و بدن را رقم می‌زند؛ با این وجود، برای تبدیل شدن به یک رویکرد جهان شمول و منسجم راه زیادی در پیش دارد و مطالعات کیفی و کمی بیشتری با تعداد نمونه بالا و متنوع نیاز است.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است در رشته روانشناسی سلامت در دانشکده روانشناسی دانشگاه تهران و تاریخ تصویب پروپوزال ۹۸/۱۱/۱۴ است.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** نویسنده اول محقق اصلی این پژوهش است. نویسندگان دوم و سوم استاد راهنما و نویسنده چهارم استاد مشاور رساله می‌باشند.

**تضاد منافع:** نویسندگان هیچ تضاد منافی در رابطه با این پژوهش اعلام نمی‌نمایند.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از اساتید راهنما و مشاوران این تحقیق و نیز مراجعین کلینیک روانشناسی که در انجام این تحقیق یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

پذیرش خود<sup>۱</sup> را در مراجعین بررسی کنند و در نظر گرفتن سلامت روان و خودآگاهی سرعت بهبودی را بالا می‌برد. نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده تفاوت مداخلات بهشیار حسی حرکتی با دیگر مداخلات درمانی در سرعت اثربخشی درمان اختلالات است. این اثربخشی از طریق آموزش عملی حسی حرکتی مهارت خودآگاهی هیجانی و تنظیم هیجانی رخ داد. مهارت‌های تنظیم هیجانی نقش اصلی را در تأثیر مداخلات درمانی دارند. این نتایج همسو با پژوهش‌های در ارتباط با نقش واسطه‌ای فرآیندهای تنظیم هیجانی در ارتباط خصیصه‌های شخصیت و سلامت روان است (عباسی و همکاران، ۲۰۲۰). بالا رفتن معنادار سلامت روان و کارکرد بالا حین افسردگی نشان می‌دهد این مداخلات، ظرفیت را برای تحمل افسردگی بالا می‌برد و به جای اینکه فرد غرق در غم ناشی از دیدن واقعیت‌ها شود سعی می‌کند در غم واقعیت‌ها شنا و دستاوردهای جدیدی کسب کند. بالا رفتن استحکام روانی، خودآگاهی، ظرفیت عشق‌ورزی و معنا شدن تجربه‌ها از دیگر اثرات منحصر به فرد این مداخلات بود. به طور کلی نتیجه مطالعه دوم نشان داد مداخلات بهشیار حسی حرکتی نه تنها اختلالات را درمان می‌کند بلکه ظرفیت فرد را برای شکوفاسازی استعدادها و رسیدن به بالاترین حد بهره‌وری، بالا می‌برد.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی

<sup>1</sup>. Self-Acceptance



## References

- Abbasi, M., Ghorbani, N., Imani, A. H., & Tahbaz Hoseinzadeh, S. (2020). Exploring the mediating role of integrative self-knowledge in the relationship between mindfulness and well-being in the context of a mindfulness-based stress reduction program. *International Journal of Psychology*, 56(2), 249-256. DOI: 10.1002/ijop.12705. [Link]
- Abbass, A., Town, J., Holmes, H., Luyten, P., Cooper, A., Russell, L., ... & Kisely, S. (2020). Short-term psychodynamic psychotherapy for functional somatic disorders: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 89(6), 363-370. DOI: 10.1159/000507738. [Link]
- Baumeister, R. F., & Vohs, K. D. (2016). Strength model of self-regulation as limited resource: Assessment, controversies, update. In *Advances in experimental social psychology*, 54, 67-127. Doi: 10.1016/bs.aesp.2016.04.001. [Link]
- Besharat M, Masoudi M, Dehghani S, Motahari S, Pourkhaghan F. (2014). Social anxiety symptoms and anger: The mediating role of emotion regulation difficulties. *Journal of psychological science*, 13(51). 321-339. (Persian). [Link]
- Caldioli, A., Capuzzi, E., Riva, I., Russo, S., Clerici, M., Roustayan, C., ... & Buoli, M. (2020). Efficacy of intensive short-term dynamic psychotherapy in mood disorders: A critical review. *Journal of affective disorders*, 375-379. Doi: 10.1016/j.jad.2020.04.002. [Link]
- Costello, C. G., & Comrey, A. L. (1967). Scales for measuring depression and anxiety. *The Journal of Psychology*, 66(2), 303-313. Doi: 10.1080/00223980.1967.10544910. [Link]
- Demarzo, M. M., Montero-Marin, J., Cuijpers, P., Zabaleta-del-Olmo, E., Mahtani, K. R., Vellinga, A., ... & García-Campayo, J. (2015). The efficacy of mindfulness-based interventions in primary care: a meta-analytic review. *The Annals of Family Medicine*, 13(6), 573-582. Doi: 10.1370/afm.1863. [Link]
- Ershadi Manesh S. (2021). A controlled comparison of the efficacy of creative problem solving therapy and cognitive behavioural therapy in adolescent' depression. *Journal of psychological science*, 20(100). 485-501. (Persian). [Link]
- Fumero, A., Peñate, W., Oyanadel, C., & Porter, B. (2020). The effectiveness of mindfulness-based interventions on anxiety disorders. a systematic meta-review. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 10(3), 704-719. Doi: 10.3390/ejihpe10030052. [Link]
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Simpson, T. L., Kearney, D. J., & Davidson, R. J. (2017). Is mindfulness research methodology improving over time? A systematic review. *PloS one*, 12(10), e0187298. 10.1371/journal.pone.0187298. [Link]
- Graham, J., Haidt, J., Koleva, S., Motyl, M., Iyer, R., Wojcik, S., Ditto, P. (2013). Moral foundations theory: The pragmatic validity of moral pluralism. *Advances in Experimental Social Psychology*, 47, 55-130. Doi: 10.1016/B978-0-12-407236-7.00002-4. [Link]
- Grecucci, A., Sığircı, H., Lapomarda, G., Amodeo, L., Messina, I., & Frederickson, J. (2020). Anxiety regulation: from affective neuroscience to clinical practice. *Brain Sciences*, 10(11), 846. Doi: 10.3390/brainsci10110846. [Link]
- Grecucci, A., Theuninck, A., Frederickson, J., & Job, R. (2015). Mechanisms of social emotion regulation: From neuroscience to psychotherapy. *Emotion regulation: Processes, cognitive effects and social consequences*, 57-84. Doi: 10.3389/fpsyg.2017.00985. [Link]
- Holder, A., & Slotkin, P. (2018). *Anna Freud, Melanie Klein, and the psychoanalysis of children and adolescents*. Routledge. Doi: 10.4324/9780429471827. [Link]
- Hong, R. Y., & Tan, Y. L. (2021). DSM-5 personality traits and cognitive risks for depression, anxiety, and obsessive-compulsive symptoms. *Personality and Individual Differences*, 169, 110041. Doi: 10.1016/j.paid.2020.110041. [Link]
- Hoviatdoost, P., Schweitzer, R. D., Bandarian, S., & Arthey, S. (2020). Mechanisms of Change in Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy: Systematized Review. *American journal of psychotherapy*, 73(3), 95-106. Doi: 10.1176/appi.psychotherapy.20190025. [Link]
- Jebreel, D. T., Doonan, R. L., & Cohen, V. (2018). Integrating spirituality within yalom's group therapeutic factors: A theoretical framework for use with adolescents. *group*, 42(3), 225-244. Doi: 10.13186/group.42.3.0225. [Link]
- Kabat-Zinn, J. (2019). Filling up all our Moments. *Mindfulness*, 10(4), 772-773. Doi: 10.1007/s12671-018-1086-x. [Link]
- Kohut, H. (2018). *The Search for the Self: Selected Writings of Heinz Kohut 1978-1981*. Routledge.

- Mamayek, C., Paternoster, R., & Loughran, T. A. (2017). Self-control as self-regulation: a return to control theory. *Deviant behavior*, 38(8), 895-916. Doi: 10.1080/01639625.2016.1206730. [Link]
- Mansouri J, besharat M. (2019). The mediating role of ego strength between attachment styles and mindfulness. *Journal of psychological science*, 18(79). 785-796. (Persian). [Link]
- McKim, C. A. (2017). The value of mixed methods research: A mixed methods study. *Journal of Mixed Methods Research*, 11(2), 202-222. Doi: 10.1177/1558689815607096. [Link]
- Neborsky, R. J., & Ten Have-De Labije, J. (2018). *Mastering intensive short-term dynamic psychotherapy: a roadmap to the unconscious*. Routledge. Doi: 10.4324/9780429477119. [Link]
- Prince, E. J., Siegel, D. J., Carroll, C. P., Sher, K. J., & Bienvenu, O. J. (2020). A longitudinal study of personality traits, anxiety, and depressive disorders in young adults. *Anxiety, Stress, & Coping*, 1-9. Doi: 10.1080/10615806.2020.1845431. [Link]
- Reangsing, C., Punsuwun, S., & Schneider, J. K. (2020). Effects of Mindfulness Interventions on Depressive Symptoms in Adolescents: A Meta-Analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 103848. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2020.103848. [Link]
- Saeed, S. A., Cunningham, K., & Bloch, R. M. (2019). Depression and anxiety disorders: benefits of exercise, yoga, and meditation. *American family physician*, 99(10), 620-627 [Link]
- Schore, A. N. (2021). The Interpersonal Neurobiology of Intersubjectivity. *Frontiers in Psychology*, 12, 1366. Doi: 10.3389/fpsyg.2021.648616. [Link]
- Shedler, J. (2015). Integrating clinical and empirical perspectives on personality: The Shedler-Westen Assessment Procedure (SWAP). *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment*, 225-252. DOI:10.1037/14549-010. [Link]
- Shedler, J., & Westen, D. (2007). The Shedler-Westen assessment procedure (SWAP): making personality diagnosis clinically meaningful. *Journal of personality assessment*, 89(1), 41-55. Doi: 10.1080/00223890701357092. [Link]
- Shires, A., Sharpe, L., Davies, J. N., & Newton-John, T. R. (2020). The efficacy of mindfulness-based interventions in acute pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain*, 161(8), 1698-1707. Doi: doi: 10.1097/j.pain.0000000000001877. [Link]
- Sword, R. M., Sword, R. K., Brunskill, S. R., & Zimbardo, P. G. (2014). Time perspective therapy: A new time-based metaphor therapy for PTSD. *Journal of Loss and Trauma*, 19(3), 197-201. Doi: 10.1080/15325024.2013.763632. [Link]
- Town, J. M., Abbass, A., Stride, C., Nunes, A., Bernier, D., & Berrigan, P. (2020). Efficacy and cost-effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy for treatment resistant depression: 18-Month follow-up of the Halifax depression trial. *Journal of Affective Disorders*, 273, 194-202. Doi: 10.1016/j.jad.2020.04.035. [Link]
- Westen, D., Waller, N. G., Shedler, J., & Blagov, P. S. (2014). Dimensions of personality and personality pathology: Factor structure of the Shedler-Westen Assessment Procedure-II (SWAP-II). *J Pers Disord*, 28(2), 281-318. Doi: 10.1521/pedi\_2012\_26\_059. [Link]
- Xiang, Y., Dong, X., & Zhao, J. (2020). Effects of envy on depression: the mediating roles of psychological resilience and social support. *Psychiatry Investigation*, 17(6), 547-555. Doi: 10.30773/pi.2019.0266. [Link]