

## پژوهش تک‌آزمودنی بهبود مهارت‌های ارتباطی و عزت نفس بیمار مبتلا به اختلال ارثی سیستم عصبی، حسی و خودمختار نوع ۲ (HSAN2) با روش درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT)

آرش جلوداری<sup>۱</sup>، فاطمه سادات مرعشیان<sup>۲\*</sup>

۱. کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

۲. استادیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۲۵

دریافت: ۱۳۹۹/۱۲/۱۶

### Single Case of improving Communicational Skills and Self-esteem of Patients with HSAN2 Using Mode Deactivation Therapy (MDT)

Arash Jelodari<sup>1</sup>, Fatemeh Sadat Marashian<sup>2\*</sup>

1. M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

2. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Received: 2021/03/06

Accepted: 2022/07/16

10.30473/cjpsy.2021.60613.1621

#### Abstract

The current research aimed to examine the effectiveness of Mode Deactivation Therapy (MDT) in improving the communicational skills and self-esteem of patients with HSAN2. The research design was a quasi-experimental single case with multiple baselines. The statistical population of the research included 50 patients with HSAN2 all over the world from whom 2 were recruited (one from Iran and one from Canada) using a purposive sampling method with inclusion-exclusion criteria. The patients filled out the Interpersonal Communication Skills Questionnaire and the Rosenberg Self-Esteem Scale. The data were analyzed using clinical significance, visual inspection, diagnostic improvement, and the six indices of efficacy. According to the results, the total percentage of improvement for communicational skills and self-esteem were 52.65 and 53.57, respectively. One can conclude that the Mode Deactivation Therapy (MDT) was effective in improving the communicational skills and self-esteem of the patients with HSAN2 by identifying maladjustment core beliefs and replacing them with useful alternatives via the verification-clarification-validation process.

**Keywords:** Mode Deactivation Therapy, HSAN2, Neuropathy, Communicational Skills, Self-esteem.

#### چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT) در بهبود مهارت‌های ارتباطی و عزت نفس بیماران مبتلا به اختلال ارثی سیستم عصبی، حسی و خودمختار نوع ۲ (HSAN2) بود. طرح پژوهش حاضر، طرح شبه آزمایشی تک موردی با طرح خط پایه چندگانه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل ۵۰ بیمار دچار اختلال ارثی سیستم عصبی، حسی و خودمختار نوع ۲ در سطح جهان بود. نمونه آماری این پژوهش شامل ۲ نفر بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند یک نفر از ایران و یک نفر از کانادا با ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به پرسشنامه مهارت‌های میان‌فردی (ICSQ) و مقیاس عزت نفس روزنبرگ (RSES) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از معناداری بالینی، ترسیم دیداری، بهبود تشخیصی و شاخص‌های ششگانه کارایی تجزیه و تحلیل شدند. براساس نتایج، درصد بهبودی کلی پس از درمان برای مهارت‌های ارتباطی ۵۲/۶۵ و برای عزت نفس ۵۳/۵۷ بود. براساس نتایج می‌توان نتیجه گرفت که درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت با شناسایی باورهای هسته‌ای ناسازگار و جایگزین ساختن آنها با جایگزین‌های سازنده از راه فرآیند اعتباردهی، شفاف‌سازی و مسیردهی مجدد به طور معناداری در بهبود مهارت ارتباطی و عزت نفس بیماران دچار اختلال ارثی سیستم عصبی، حسی و خودمختار نوع ۲ (HSAN2) مؤثر بود.

**کلیدواژه‌ها:** درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت، HSAN2، نوروپاتی، مهارت‌های ارتباطی، عزت نفس.

## مقدمه

اختلال عصبی ارثی سیستم حسی و خودمختار نوع ۲ (HSAN2) یک بیماری ژنتیکی نادر است که معمولاً در کودکی با تأثیرگذاری بر اعصاب موجود در پاها و پایین بازوها و دست‌ها شروع می‌شود (رادیر و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۰۵). نشانه‌های آن با انگشتان دست و پای ملتهب به ویژه حول ناخن‌ها شروع می‌شود. در نهایت، افراد مبتلا، احساس را در دستان و پاها از دست می‌دهند. این مسئله می‌تواند جدی شود و حتی در موارد مفرط اگر درمان نشود، می‌تواند منجر به قطع اندام شود (وایزمن، کویبتنر و ماشاراوی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). مشاهدات بالینی و شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که بیماران دچار HSAN2 به علت مواجهه مداوم با شرایط وخیم و مزمن پزشکی و ایجاد مشکلات بسیار در زندگی اجتماعی و خصوصی خود (برای مثال، غیبت زیاد از مدرسه، بستری‌های بلند مدت در بیمارستان، دردهای شدید ناشی از درگیر شدن اعضای مختلف بدن در جراحی‌های ایجاد شده و غیره)، دچار اختلالاتی در مهارت‌های ارتباطی<sup>۴</sup> و عزت نفس<sup>۵</sup> خود می‌شوند (جلوداری، سوارت و حسینی<sup>۶</sup>، ۲۰۲۱).

بر اساس پژوهش‌ها، افرادی که از بیماری‌های مزمن رنج می‌برند، به مرور زمان دچار اختلالاتی در مهارت‌های ارتباطی خود می‌شوند و هرچه این بیماری مزمن‌تر و حادث‌تر باشد، شدت وجود این اختلالات ارتباطی می‌تواند بیشتر باشد (جلوداری و همکاران، ۲۰۲۱). ارتباطات را می‌توان به عنوان فرآیند تبادل اطلاعات از یک شخص ارائه‌دهنده اطلاعات از راه روش‌های کلامی یا غیرکلامی به شخص دریافت‌کننده اطلاعات تعریف کرد (محمودی، صمدی و فیض‌اله‌زاده، ۱۳۹۵). مهارت‌های ارتباطی میان‌فردی به عنوان توانایی کار کردن با گروه، ارائه آموزش و خدمات به دیگران، راهنمایی و مشاوره، مذاکره و گفتگو و همچنین، توانایی کار کردن با افراد و فرهنگ‌های مختلف تعریف شده است (آرنولد و باگز<sup>۷</sup>، ۲۰۱۹). نداشتن این مهارت‌ها می‌تواند مانع از برقراری روابط سالم و سازنده، مشارکت و همکاری با دیگران و قدردانی و تمجید شود و واکنش‌های اجتماعی نامعقولی به همراه داشته باشد؛ در مقابل، داشتن مهارت‌های ارتباطی بیشتر سبب

افزایش مهارت‌های حل تعارض، سازگاری و رشد و کاهش تعارض‌ها و ناسازگاری‌ها می‌شود (کیم و وایت<sup>۸</sup>، ۲۰۱۸). در نتیجه، بررسی و ارزیابی مهارت‌های ارتباطی بین فردی و رفع زود هنگام کمبودهای آن‌ها می‌تواند مانع از بروز بسیاری از مشکلات رفتاری و بین فردی باشد. در ارتباط با اهمیت روابط در بهبود بیماری‌ها، میرزایی علویجه، مطلق، حسینی و جلیلیان (۱۳۹۶) عنوان کرده‌اند که نه تنها مهارت‌های ارتباطی پرستاران و اطرافیان بیماران با نرخ و سرعت بهبودی آن‌ها در ارتباط مستقیم است، بلکه رشد مهارت‌های ارتباطی میان فردی خود بیماران نیز می‌تواند به افزایش امید و همچنین برگشت سریع‌تر آن‌ها به سلامت کمک شایانی کند. به تازگی، مناقشه‌های بسیاری در ارتباط با اهمیت عزت نفس در تأثیرگذاری بر پیامدهای زندگی اشخاص ایجاد شده است. عزت نفس یک جهت‌گیری مثبت یا منفی نسبت به خود و یک ارزیابی کلی از ارزش خود است (هیل<sup>۹</sup>، ۲۰۱۵). برخی نظریه‌پردازان از قبیل باومیستر<sup>۱۰</sup> (۲۰۰۳)، به نقل از لی و کیم<sup>۱۱</sup> (۲۰۱۹) بر این باورند که عزت نفس یک نشانه دوم و فرعی از چیز دیگری است - اگر اتفاق‌های خوب رخ دهد عزت نفس بالا می‌رود و اگر اتفاق‌های بد رخ دهد پایین می‌آید. به هر روی، برخی نظریه‌پردازان دیگر معتقدند که یک حس خود قوی موجب پیشرفت سودمند، تجارب مثبت و محافظت در برابر مشکلات بهداشت روانی، سوء مصرف مواد و رفتار ضد اجتماعی می‌شود؛ می‌توان نتیجه‌گیری نمود که سطوح بالای عزت نفس متمایل به افزایش سطح شادکامی و رضایت از زندگی افراد است (جلوداری، ۱۳۹۵). این مسئله می‌تواند همسو با اندیشه باومیستر باشد که فرد برای اجتناب از مورد تهدید واقع شدن عزت نفس خود، از خطراتی مثل مشارکت در یک رقابت دوری می‌کند. به عبارت دیگر، این به معنای دوری از احساس بی‌ارزشی است، چرا که مقایسه‌های آن‌ها متمایل به کاهش سطوح شادکامی و رضایت از زندگی است (تاکور<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۸). همچنین، فرض بر این است که عزت نفس نسبت به وقایع زندگی پاسخگو است. یعنی، تغییرات زندگی که موجب نزدیک شدن فرد به آرمان‌هایش می‌شود، باعث افزایش عزت نفس می‌شود و به نوبه خود، رضایت از زندگی بیشتری را به همراه دارد.

1. Hereditary Sensory & Autonomic Neuropathy type II
2. Roddier et al.
3. Weisman, Quintner, & Masharawi
4. communicational skills
5. self-esteem
6. Jelodari, Swart, & Hosseini
7. Arnold & Boggs

8. Kim & White
9. Hill
10. Baumister
11. Lee & Kim
12. Thakur

## روش

در این پژوهش از طرح آزمایشی تک موردی<sup>۱۳</sup> (SCED) که آزمایش تک‌آزمودنی هم گفته می‌شود و از نوع آزمایش بالینی است، استفاده شد. جامعه آماری این پژوهش شامل ۵۰ بیمار دچار اختلال ارثی سیستم عصبی، حسی و خود مختار نوع ۲ در سطح جهان بود. هیچ‌گونه آمار تفکیکی رسمی در ارتباط با تعداد این بیماران در کشورهای مختلف وجود ندارد. نمونه آماری این پژوهش به دلایل ذیل شامل ۲ نفر بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند یک نفر از ایران و یک نفر از کانادا با ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. ۱- طرح پژوهش موردی تعداد آزمودنی‌های کمتری نسبت به طرح‌های گروهی نیاز دارد و تعداد یک یا دو آزمودنی هم کفایت می‌کند (کیزر<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۴)؛ ۲- درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT) یک درمان با مفهوم‌پردازی موردی است که برای اولین بار در ایران مورد استفاده قرار می‌گیرد بنابراین، ارزیابی نخستین اثربخشی آن با طرح تک موردی پیشنهاد می‌شود (کیزر، ۲۰۱۴)؛ و ۳- تعداد کمی از جامعه و دسترسی محدودی به نمونه وجود داشت. ملاک‌های ورود شامل این موارد بود: تشخیص رسمی بیماری HSAN2 توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب، سن حداقل ۲۵ سال (حداقل سن با توجه به گذر از سن نوجوانی و همچنین عبور نسبی از تحصیلات مدرسه‌ای و دانشگاهی در نظر گرفته شد تا شرایط خلق حساس نوجوانی و همچنین ورود اولیه به محیط دانشگاه و تأثیرات آن کنترل شود)، شدید بودن علائم بیماری (با دستکم یک قطع اندام و تحلیل رفتگی انگشتان دست و پا تعیین شد). ملاک‌های خروج شامل موارد ذیل بود: واجد اختلال شخصیتی بودن (براساس ملاک‌های DSM-5)، مصرف داروی روان‌پزشکی، گذراندن هرگونه دوره روان‌شناختی که ممکن است با آموزه‌های کنونی همپوشانی داشته باشد. آزمودنی ۱ مرد، دارای تحصیلات کارشناسی ارشد و شاغل بود، مجرد بود و همراه با خانواده زندگی می‌کرد، در سن ۴ سالگی تشخیص HSAN2 برای او تأیید شد، چند اندام وی به دلیل بیماری قطع شده بود و در حال حاضر زیر نظر هیچ پزشکی نبود. آزمودنی ۲، زن، دارای تحصیلات کارشناسی و شاغل بود، مجرد بود و تنها زندگی می‌کرد، در سن ۲ سالگی تشخیص HSAN2 برای او تأیید شد، یک اندام وی به دلیل بیماری قطع شده بود و در حال حاضر زیر نظر هیچ پزشکی نبود.

یکی از درمان‌های جدیدی که برای درمان مشکلات و اختلالات رفتاری ابداع شده است، درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت<sup>۱</sup> (MDT) است (اپش، بیس و مورفی<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت در اوایل دهه ۲۰۰۰ در واکنش به دشواری‌های درمان نوجوانان دارای همبودی<sup>۳</sup> بالا که منجر به مقاومت مداوم نسبت به درمان‌های رایج و شکست‌های درمانی می‌شد، توسعه یافت (مورفی و سیو<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷). MDT جدیدترین نوع درمان در میان رویکردهای درمان موج سوم برای درمان پرخاشگری، اختلالات پرخاشگرانه-جنسی، اختلالات رفتار نافرمانی، افسردگی و غیره در میان نوجوانان و جوانان است و به تازگی در سیستم‌های درمانی شامل خانوادگی، زوج و گروهی نیز به کار رفته است (بیلز، بلاسم<sup>۵</sup> و اپش، ۲۰۱۴). چارچوب نظری درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت به جای تمرکز بر مشکلات و بدکارکردی فرد با یک مدل آسیب‌شناختی، افکار و احساسات بد کارکردی را به عنوان افکار و احساسات معقول در یک بافت شخصی می‌پذیرد و با کاوش ریشه‌های مشکل، ذهنیت‌های آن‌ها را بازتنظیم و غیرفعال می‌کند، در حالی که نسبت به جلوه‌های کنونی این مشکلات در لحظه حال بدون خود داوری یا اجتناب آگاه است (سوارت و اپش<sup>۶</sup>، ۲۰۱۴). مفاهیم MDT از جنبه‌های متعدد رفتار درمانی عملکردی-تحلیلی<sup>۷</sup> (FAP)، درمان پذیرش و تعهد<sup>۸</sup> (ACT)، رفتار درمانی دیالکتیکی<sup>۹</sup> (DBT) و رفتار درمانی شناختی<sup>۱۰</sup> (CBT) گرفته شده است (اپش، وارد و ایویل<sup>۱۱</sup>، ۲۰۰۳؛ اپش و دایمیو<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۲، ترجمه: حسینی و جلوداری، ۱۳۹۹). با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش حاضر به دنبال بررسی اثربخشی درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT) در بهبود مهارت‌های ارتباطی و عزت نفس بیماران مبتلا به اختلال ارثی سیستم عصبی، حسی و خودمختار نوع ۲ (HSAN2) بود.

1. Mode Deactivation Therapy
2. Apsche, Bass, & Murphy
3. comorbid
4. Murphy & Siv
5. Bayles & Blossom
6. Swart & Apsche
7. functional analytic behavioral therapy
8. acceptance and commitment therapy
9. dialectical behavior therapy
10. cognitive behavior therapy
11. Ward & Evile
12. DiMeo

13. single-case experimental design

14. Kaiser

## ابزارهای اندازه‌گیری

پرسشنامه مهارت‌های میان‌فردی<sup>۱</sup> (ICSQ): این پرسشنامه توسط فترو، رودز و هی<sup>۲</sup> (۲۰۱۰)، به نقل از محمودی و همکاران (۱۳۹۵) ساخته شده و شامل ۵۴ گویه و ۶ عامل همدلی و صمیمیت، ابراز وجود، مهارت‌های ارتباطی، توانایی حفظ ارتباطات، حل تعارض و گوش دادن است. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس یک طیف لیکرت ۵ رتبه‌ای (از ۱ = هرگز تا ۵ = خیلی زیاد) است. دامنه نمره‌های این پرسشنامه بین ۵۴ تا ۲۷۰ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده مهارت‌های ارتباطی بالاتر است. ضریب آلفای کرونباخ کل این پرسشنامه ۰/۸۲ و برای مؤلفه‌های آن بین ۰/۶۸ تا ۰/۹ گزارش و روایی سازه آن با استفاده از روش تحلیل عاملی تأیید شده است (محمودی و همکاران، ۱۳۹۵). به منظور بررسی پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر، روی یک نمونه ۳۰ نفری از بیماران دچار قند نوع ۲<sup>۳</sup> اجرا شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸ به دست آمد.

مقیاس عزت نفس روزنبرگ<sup>۴</sup> (RSES): این مقیاس توسط روزنبرگ (۱۹۶۵)، به نقل از رجبی و بهلول (۱۳۸۶) تهیه شده و شامل ۱۰ ماده است. ماده‌های این مقیاس براساس یک طیف لیکرت ۴ رتبه‌ای (از ۱ = کاملاً مخالفم تا ۴ = کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره‌های این مقیاس بین ۱۰ تا ۴۰ است که نمره بالاتر نشان‌دهنده عزت نفس بالاتر است. رجبی و بهلول (۱۳۸۶) ضرایب همسانی درونی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و روایی واگرایی آن را با استفاده از مقیاس وسواس مرگ ۰/۳۴- گزارش کردند. جلوداری (۱۳۹۵) پایایی این مقیاس را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ گزارش کرد. به منظور بررسی پایایی این مقیاس در پژوهش حاضر، روی یک نمونه ۳۰ نفری از بیماران دچار قند نوع ۲ اجرا شد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

## روش اجرا

در ابتدا، پژوهشگر در یک انستیتوی تخصصی روان‌درمانی در کشور آفریقای جنوبی که در کار با درمان غیرفعال‌سازی

ذهنیت تخصص داشتند، دوره آموزش تخصصی درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت را توسط دکتر جوان سوارت از بنیان‌گذاران این درمان گذراند. سپس، پزشکان متخصص مغز و اعصاب<sup>۵</sup> که در حیطه اختلال ارثی سیستم عصبی، حسی و خودمختار نوع ۲ (HSAN2) در ایران فعالیت داشتند از راه جستجوی مقالات پژوهشی این بیماری و پرسجو در میان همکارانشان شناسایی و از این راه، یک بیمار دچار این بیماری شناسایی شد. سپس، با کمک پزشک مربوطه و برقراری تماس با پزشکان خارجی، یک بیمار دیگر در کشور کانادا شناسایی شد. علاوه بر این، بیماران دچار HSAN2 دارای یک انجمن حمایتی در شبکه اجتماعی FACEBOOK هستند که برخی از آن‌ها یا والدینشان از کشورهای مختلف در آن عضویت دارند. پس از شناسایی این بیماران، با آن‌ها تماس گرفته و ضمن توضیح هدف پژوهش و حقوق آن‌ها، برای شرکت در پژوهش از آن‌ها دعوت به عمل آمد. به طور همزمان، با مراجعه به یک بیمارستان دولتی در یکی از شهرهای استان خوزستان، به شناسایی ۳۰ بیمار دچار قند خون نوع ۲ برای محاسبه ضرایب آلفای کرونباخ ابزارهای مورد استفاده در پژوهش اقدام شد. در ادامه، براساس دستورالعمل سوارت (۲۰۱۵) که توسط پژوهشگر براساس شرایط بیمار اصلاح شده بود، درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت با نظارت جوان سوارت به صورت مجازی برای بیمار خارجی به وسیله نرم‌افزار ارتباطاتی MOODLE<sup>۶</sup> با کمک گروه متخصص فناوری ارتباطات کلینیک روان‌شناسی و مشاوره روان‌آرام و امین‌کرایی (روان‌شناس و عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز) به صورت حضوری برای بیمار ایرانی اجرا شد. در نهایت، برای سنجش عملیاتی کارایی بر اساس ملاک بهبود تشخیصی از مصاحبه ساختاریافته توسط یک روان‌شناس بالینی و پس از پایان درمان از پرسشنامه استفاده شد تا بهبود تشخیصی سنجیده شود. در نهایت، سنجش پیگیری در یک، دو و سه ماه پس از درمان روی بیماران اجرا شد. لازم به اشاره است که این پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی - واحد اهواز بررسی و با شناسه اخلاق IR.IAU.AHVAZ.REC.۱۴۰۰،۰۳۰ مصوب گردیده است.

1. Interpersonal Communication Skills Questionnaire
2. Fetro, Rhodes, & Hey
3. diabetes type 2
4. Rosenberg Self-Esteem Scale

5. neurologist
6. Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment

**جدول ۱. محتوای مداخله درمانی براساس راهنمای سوارت (۲۰۱۵)**

جلسه	محتوای جلسه
اول	رضایت آگاهانه، ایجاد ارتباط و اتحاد درمانی، پاسخ به ابهامات بیمار، شرح نظریه MDT و اصول آن، ارائه تکلیف خانگی، بررسی و مرور تکلیف بیمار در فاصله بین جلسه اول و دوم.
دوم	تکمیل پرسشنامه باورهای هسته‌ای چندجزئی - فرم کوتاه (ایش و دایمیو، ۲۰۱۲، ترجمه: حسینی و جلوداری، ۱۳۹۹).
سوم	تکمیل پرسشنامه نقطه قوت‌های ترس (ایش و دایمیو، ۲۰۱۲، ترجمه: حسینی و جلوداری، ۱۳۹۹).
چهارم	تاکید بر ارزش و اهمیت آگاه شدن و مشاهده کردن افکار و احساسات مشکل‌زا یا ناخوشایند، توضیح مفاهیم رفتار درونی‌سازی و برونی‌سازی شده، توضیح اهمیت ذهن آگاهی و پذیرش به منظور حذف نیاز به کنترل یا اجتناب کردن از تجارب منفی، توضیح نیاز به درک، آگاهی و ارزیابی واقع‌گرایانه سرنخ‌های هیجانی و ایجاد مهارت‌های تنظیم هیجان، ارائه تکلیف خانگی.
پنجم	آموزش ذهن آگاهی، پذیرش و همدلی برای خود و دیگران، ارائه تمرین‌های ذهن آگاهی.
ششم	مرور اصول مهم، بررسی پیشرفت، فراخوانی بازخورد، پرداختن به دغدغه‌ها، تشویق بیمار به توصیف تجاربش در درمان.
هفتم	تکمیل کاربرگ محرک‌ها، ترس‌ها، و باورها (ایش و دایمیو، ۲۰۱۲، ترجمه: حسینی و جلوداری، ۱۳۹۹).
هشتم	تکمیل کاربرگ مجموع باورها و رفتارها (ایش و دایمیو، ۲۰۱۲، ترجمه: حسینی و جلوداری، ۱۳۹۹).
نهم	معرفی فرآیند اعتباردهی، شفاف‌سازی و مسیردهی مجدد (VCR)، اعتباردهی به باورهای بیمار با استفاده از «دانه حقیقت».
دهم	شفاف‌سازی باورها و چشم‌اندازهای بیمار.
یازدهم	مسیردهی مجدد به باورهای بیمار.
دوازدهم	تقویت و جمع‌بندی.

درمان برابر ۱۳/۵۶ و مرحله پیگیری ۱۴/۵۵ بود ( $p < 0/05$ ). درصد بهبودی پس از درمان و پیگیری نیز به ترتیب برابر با ۴۶/۱۱ و ۴۹/۵ بود.

به علاوه، درصد بهبودی کلی پس از درمان و پس از پیگیری به ترتیب ۵۲/۶۵ و ۵۶/۶۱ بود که بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد<sup>۳</sup> (پاین<sup>۴</sup>، ۱۹۸۹، به نقل از خجسته‌مهر، عباسپور، رجبی، عالیپور، عطاری و رحمانی، ۱۳۹۳) در مرحله درمان و مرحله پیگیری در طبقه درمان موفق قرار می‌گیرد و به طور کل حاکی از موفقیت درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT) در افزایش مهارت‌های ارتباطی بیماران است.

همان‌گونه که نمودار ۱ نشان می‌دهد، میانگین و سطح نمره‌های مهارت‌های ارتباطی بیمار اول در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش پیدا کرده است. همچنین براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه<sup>۵</sup> (فیشر، کلی و لوماس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۳)، به دلیل بالا بودن همه نقطه داده‌های ترسیم در بالای خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات، تغییر به دست آمده در این بیمار غیرتصادفی، نتیجه مداخله درمانی و معنادار است.

**تجزیه و تحلیل داده‌ها**

در این پژوهش از معناداری بالینی استفاده شده است. معناداری بالینی به ارزش عملی یا اهمیت اثر مداخله‌ای که انجام شده است، اطلاق می‌گردد. دو رویکرد عمده و پرکاربرد در معناداری بالینی عبارت‌اند از رویکرد شاخص تغییر پایا<sup>۱</sup> و رویکرد مقایسه هنجارین<sup>۲</sup>. همچنین برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و ارزیابی کارایی، از روش‌های ترسیم دیداری یا تحلیل نمودار گرافیکی، بهبود تشخیصی و شاخص‌های شش‌گانه کارایی نیز استفاده به عمل آمده است.

**یافته‌ها**

همان‌گونه که در جدول ۲ نشان داده شده است، برای بیمار اول، میانگین مرحله خط پایه برابر ۱۲۵، مرحله پس از درمان ۱۹۹ و مرحله پیگیری ۲۰۴/۶۷ بود. همچنین، شاخص تغییر پایای مرحله پس از درمان برابر ۱۵/۷۵ و مرحله پیگیری ۱۶/۹۵ بود ( $p < 0/05$ ). درصد بهبودی پس از درمان و پیگیری نیز به ترتیب برابر با ۵۹/۲ و ۶۳/۷۳ بود.

برای بیمار دوم نیز، میانگین مرحله خط پایه برابر ۱۳۸/۲۵، مرحله پس از درمان ۲۰۲ و مرحله پیگیری ۲۰۶/۶۷ بود. همچنین، شاخص تغییر پایای مرحله پس از

3. Blanchard's category  
4. Poppen  
5. conservative dual criterion  
6. Fisher, Kelley, & Lomas

1. reliable change index  
2. normative comparisons

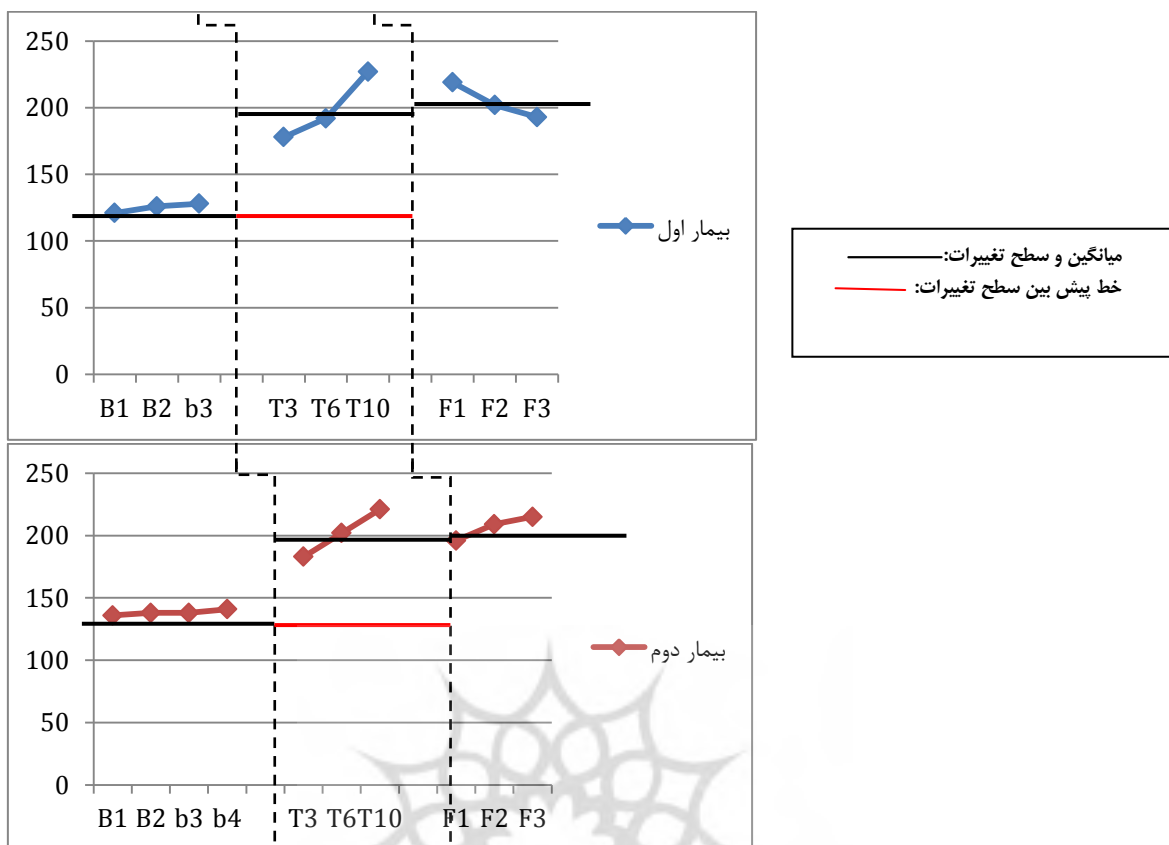
**جدول ۲.** روند تغییر مراحل درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT) دو بیمار در پرسشنامه مهارت‌های میان‌فردی

درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT)		گروه درمانی
بیمار دوم	بیمار اول	مراحل درمان
خط پایه		
136	121	خط پایه اول
138	126	خط پایه دوم
138	128	خط پایه سوم
141	-	خط پایه چهارم
25/138	125	میانگین مرحله خط پایه
درمان		
183	178	جلسه چهارم
202	192	جلسه هفتم
221	227	جلسه دوازدهم
202	199	میانگین مرحله درمان
56/13	74/15	شاخص تغییر پایا (درمان)
11/46	2/59	درصد بهبودی پس از درمان
65/52		درصد بهبودی کلی پس از درمان
پیگیری		
196	219	پیگیری اول (۱ ماه)
209	202	پیگیری دوم (۲ ماه)
215	193	پیگیری سوم (۳ ماه)
67/206	67/204	میانگین مرحله پیگیری
55/14	95/16	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
5/49	73/63	درصد بهبودی پس از پیگیری
61/56		درصد بهبودی کلی پس از پیگیری

بود. برای بیمار دوم نیز، میانگین مرحله خط پایه برابر ۲۱، مرحله پس از درمان ۳۱/۶۶۶ و مرحله پیگیری ۳۰/۶۶۶ بود. همچنین، شاخص تغییر پایای مرحله پس از درمان برابر ۱۲/۴۱۶ و مرحله پیگیری ۱۱/۲۵۲ بود ( $p < 0.05$ ). درصد بهبودی پس از درمان و پیگیری نیز به ترتیب برابر با ۵۰/۷۹ و ۴۲/۰۲۸ بود. به علاوه، درصد بهبودی کلی پس از درمان و پس از پیگیری به ترتیب ۵۳/۵۷۶ و ۴۲/۸۳۲ بود که بر اساس طبقه‌بندی بلانچارد (پاپن، ۱۹۸۹، به نقل از خجسته‌مهر و همکاران، ۱۳۹۳) در مرحله درمان و مرحله پیگیری در طبقه ی درمان موفق قرار می‌گیرد و به طور کل حاکی از موفقیت درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT) در افزایش عزت نفس بیماران است.

همچنین، میانگین و سطح نمره‌های مهارت‌های ارتباطی بیمار دوم در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش پیدا کرده است، تعداد نقطه داده‌های ترسیم (۶ نقطه) از تعداد مورد نیاز (۶ نقطه) بیمار دوم در بالای خط پیش‌بین سطح و روند تغییرات قرار دارد و بنابراین تغییر به دست آمده در این بیمار غیرتصادفی، نتیجه مداخله درمانی و معنادار است.

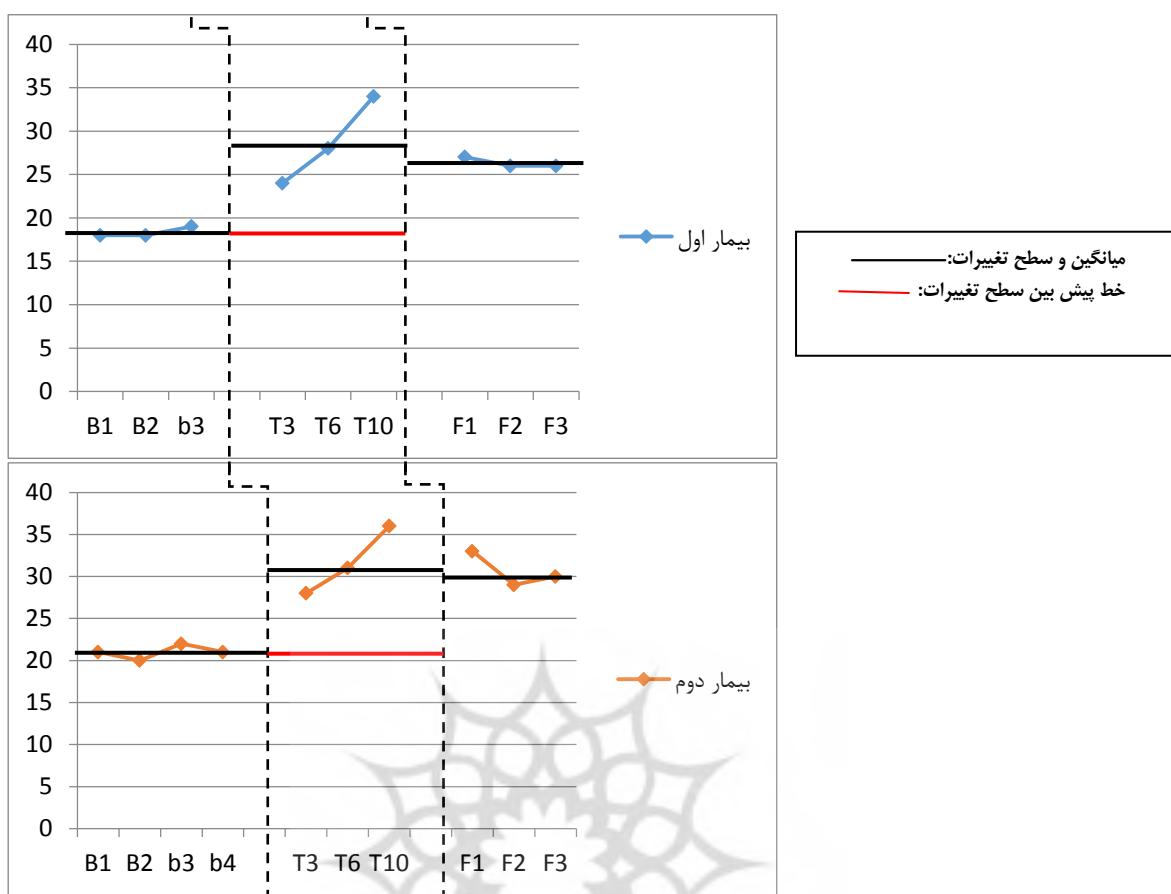
همان‌گونه که در جدول ۳ نشان داده شده است، برای بیمار اول، میانگین مرحله خط پایه برابر ۱۸/۳۳۳، مرحله پس از درمان ۲۸/۶۶۶ و مرحله پیگیری ۲۶/۳۳۳ بود. همچنین، شاخص تغییر پایای مرحله پس از درمان برابر ۱۲/۰۲۹ و مرحله پیگیری ۹/۳۱۳ بود ( $p < 0.05$ ). درصد بهبودی پس از درمان و پیگیری نیز به ترتیب برابر با ۵۶/۳۶۲ و ۴۳/۶۳۷



**نمودار ۱:** روند تغییر نمره‌های پرسشنامه‌ی مهارت‌های میان‌فردی در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT)

**جدول ۳:** روند تغییر مراحل درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT) دو بیمار در مقیاس عزت نفس

درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT)		گروه درمانی
بیمار دوم	بیمار اول	مراحل درمان
خط پایه		
21	18	خط پایه اول
20	18	خط پایه دوم
22	19	خط پایه سوم
21	-	خط پایه چهارم
21	333/18	میانگین مرحله خط پایه
درمان		
28	24	جلسه چهارم
31	28	جلسه هفتم
36	34	جلسه دوازدهم
666/31	666/28	میانگین مرحله درمان
416/12	029/12	شاخص تغییر پایا (درمان)
79/50	362/56	درصد بهبودی پس از درمان
576/53		درصد بهبودی کلی پس از درمان
پیگیری		
33	27	پیگیری اول (۱ ماه)
29	26	پیگیری دوم (۲ ماه)
30	26	پیگیری سوم (۳ ماه)
666/30	333/26	میانگین مرحله پیگیری
252/11	313/9	شاخص تغییر پایا (پیگیری)
028/42	637/43	درصد بهبودی پس از پیگیری
832/42		درصد بهبودی کلی پس از پیگیری



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های مقیاس عزت نفس در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری در درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT)

بررسی اثربخشی درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT) در بهبود مهارت‌های ارتباطی و عزت نفس بیماران مبتلا به اختلال ارثی سیستم عصبی، حسی و خودمختار نوع ۲ (HSAN2) بود. همان‌گونه که در جدول ۲ و نمودار ۱ مشاهده شد، درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT) در بهبود مهارت‌های ارتباطی آزمودنی‌ها اثربخش بود. بنابراین، پاسخ به پرسش اول پژوهش، مثبت است. براساس نتایج، دریافت شد که هر دو بیمار، اثربخشی بالایی را تجربه کردند که این اثربخشی در پیگیری ۳ ماهه نیز حفظ شد. این یافته با نتایج پژوهش پیش، بیس و سیو (۲۰۰۶) همسو است. یکی از اصلی‌ترین فنون مورد استفاده در درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت، انجام مصاحبه‌های اختصاصی و استفاده از پرسشنامه‌های اختصاصی آن جهت شناخت باورهای مشکل‌زا، موقعیت‌های اضطراب‌زا و ترسناک و شناسایی اهداف و آرزوهای بیماران است. نتایج مصاحبه‌های ضمن درمان و پرسشنامه‌های اختصاصی مورد استفاده نشان دادند که از جمله مواعی که برای بیماران دچار HSAN2 وجود

همانگونه که نمودار ۲ نشان می‌دهد، میانگین و سطح نمره‌های عزت نفس بیمار اول در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش پیدا کرده است. همچنین براساس ملاک دوگانه محافظه‌کارانه (فیشور و همکاران، ۲۰۰۳)، به دلیل بالا بودن همه نقطه داده‌های ترسیم در بالای خط پیشبین سطح و روند تغییرات، تغییر به دست آمده در این بیمار غیرتصادفی، نتیجه مداخله درمانی و معنادار است.

همچنین، میانگین و سطح نمره‌های عزت نفس بیمار دوم نیز در مرحله درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه افزایش پیدا کرده است، تعداد نقطه داده‌های ترسیم (۶ نقطه) از تعداد مورد نیاز (۶ نقطه) بیمار دوم در بالای خط پیشبین سطح و روند تغییرات قرار دارد و بنابراین، تغییر به دست آمده در این بیمار غیرتصادفی، نتیجه مداخله درمانی و معنادار است.

### بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که پیشتر گفته شد، پژوهش حاضر به دنبال



پیشنهادات درمان شناختی رفتاری سنتی متفاوت است که پذیرش و اعتباردهی به صورت عمدی به بیمار فراقکن می‌شود و همچنین به واسطه ذهن‌آگاهی و توجه مثبت نامشروط به جای این که باورهای هسته‌ای غیرسازنده به طور مستقیم به عنوان غیرمنطقی و غیرواقع‌گرایانه مورد چالش و حمله قرار گیرند، جایگزین‌های سازنده آن در بیمار رشد می‌یابد. همچنین، ارتباط ایجاد شده بین درمانگر و بیمارها نیز به عنوان فرصتی برای تمرین و تجربه کردن رابطه به شمار می‌رود که در آن بیمار بدون ترس از مورد قضاوت واقع شدن، به تمرین مهارت‌های ارتباطی که پیش از این آن‌ها را نمی‌دانسته یا از امتحان آن‌ها می‌ترسیده است، می‌پردازد و همزمان جرئت‌ورزی خود را نیز افزایش می‌دهد. همچنین، همان‌گونه که در جدول ۳ و نمودار ۲ مشاهده شد، درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT) در بهبود عزت نفس آزمودنی‌ها اثربخش بود و این اثربخشی در پیگیری ۳ ماهه نیز همچنان تداوم داشت. بنابراین، پاسخ به پرسش دوم پژوهش، مثبت است. این یافته با نتایج پژوهش ایمانی و ایزدی (۱۳۹۸) همسو است. نتایج پژوهش حاضر حاکی از آن بود که هر دو بیمار بر حسب عزت نفس دارای وضعیت بسیار نامطلوب و وضعیتی بودند که دلایل آن را می‌توان در محدودیت‌ها و معلولیت‌های شدید جسمانی، محدودیت‌های شدید تجارب اجتماعی بسیار کم، مواجه شدن با تجارب ناخوشایند فراوان در محیط‌های بیمارستانی و حتی تحصیلی دانست. در همین راستا، بیمار اول عنوان کرد که در زمان تحصیل در دوره نوجوانی با برخوردهای نامناسب و تحقیرکننده از طرف همکلاسان و گاهاً معلم‌ها مواجه بوده است که سبب خودکم‌بینی و آسیب به عزت نفس وی شده است. همچنین، بیمار دوم نداشتن جذابیت بدنی و مواجه بودن با چالش‌های جدی در زندگی شخصی و کاری برای خودکفا بودن را از جمله عواملی دانست که با مقایسه مداوم با سایر افراد سبب کاهش شدید احساس خودارزشمندی و عزت نفس وی شده است. پیش‌بینی‌ها و آرزوهایی که هر دو بیمار در ابتدای روند درمان در ارتباط با آینده زندگیشان داشتند، بسیار محدود و نشان‌دهنده عدم خوش‌بینی نسبت به زندگی و جایگاهشان در دنیا بود. نسخه کوتاه پرسشنامه باورهای هسته‌ای چندجزمی (CCBQ-SV) یکی از ابزارهای مهم در درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT) است که یک پروفایل شخصیتی از بیمار بر حسب هشت خوشه شخصیتی، یعنی، ضداجتماعی، اجتنابی، مرزی، وابسته، نمایشی، خودشیفته،

داشت که سبب بروز مهارت‌های ارتباطی ضعیف می‌شد، می‌توان به پایین بودن سطوح عزت نفس، وابستگی هیجانی و عاطفی زیاد به دیگران و داشتن نگرش منفی زیاد نسبت به بدن خود به دلیل وجود نقص‌های پزشکی فراوان از جمله قطع عضو و بدشکلی‌های بدنی اشاره کرد. علاوه بر این، محدودیت‌های فراوان ارتباطی به دلیل ایزوله شدن طولانی مدت در بیمارستان‌ها یا خانه برای کنترل و درمان عفونت‌ها و شرایط پزشکی باعث محدود شدن برقراری ارتباطات غنی با دیگران و کاهش چشمگیر فرصت‌های یادگیری می‌شد، به گونه‌ای که به اذعان هر دو بیمار، زمان‌های بسیاری را به صورت بستری در بیمارستان‌ها سپری می‌کردند، به گفته بیمار اول، در هر سال حدود ۲ الی ۴ مرتبه و هر مرتبه به مدت دستکم ۳۰ روز در بیمارستان بستری بوده است. وجود شرایط سخت زندگی و مراقبت‌های پزشکی همیشگی باعث بروز محدودیت‌های بسیاری برای بیماران از جمله محدود شدن زمان بازی و نوع بازی‌ها در دوره کودکی و نوجوانی، کاهش شدید توانمندی بدنی حتی راه رفتن می‌شود. علاوه بر این، وجود همین محدودیت‌ها سبب کاهش چشمگیر تعاملات اجتماعی در طول بزرگسالی می‌شود به گونه‌ای که به اذعان هر دو بیمار، حضور آن‌ها در مهمانی‌های خارج از خانه، حضور در دانشگاه و تفریحات خارج از منزل بسیار محدود بوده است و همین امر باعث عدم شکل‌گیری دوستی و ارتباطات با افراد غیر از خویشاوندان می‌شود. به دنبال همین مسئله، درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت با شناسایی باورهای هسته‌ای مخربی که در طول زمان‌های گذشته مبنی بر داشتن نقص‌های پزشکی که سبب ناتوانی آن‌ها در ارتباطات اجتماعی می‌شود، ناشایسته بودن آن‌ها به علت فرانگرفتن مهارت‌های طبیعی و نداشتن تجاربی که هر فردی به صورت طبیعی در طول روند رشد به دست می‌آورد، ضمن تأیید طبیعی بودن این باورها در شرایطی که آزمودنی‌ها تجربه کرده‌اند، با فرآیند اعتباردهی، شفاف‌سازی و جهت‌دهی مجدد (VCR) به تغییر و تبدیل آن‌ها از باورهای غیرسازنده و سالم به باورهای سازنده می‌پردازد و با ارائه تمرین‌ها و تکالیف متعدد (از جمله آموختن زیر بنای نظری درمان، توالی شناختی-رفتاری، شناخت اهداف زندگی و غیره)، به افراد می‌آموزد که می‌توانند روابط اثربخش و لذت‌بخشی را بدون تهدید شدن حس هویت خود تجربه کنند. فرآیند VCR، عنصر درمانی فعالی در طرح درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT) محسوب می‌شود. این رویکرد از این جهت با

با ۵۲/۶۵ و برای عزت نفس ۵۳/۵۷ بود که حاکی از بهبود همه اهداف درمان بود.

ملاک دوم: کلیت تغییر: منظور از کلیت تغییر آن است که چند درصد از آزمودنی‌های نمونه تغییر کرده و نکرده‌اند. براساس نتایج جدول‌های ۳ و ۴ می‌توان مشاهده کرد که هر دو آزمودنی پژوهش (۱۰۰ درصد افراد) در کلیه متغیرها تغییر کرده‌اند.

ملاک سوم: عمومیت تغییر: منظور از عمومیت تغییر آن است که در سایر حوزه‌های زندگی چقدر تغییر رخ داده است. به دلیل تعداد زیاد پرسشنامه‌ها و دفعات پاسخ‌دهی، به این منظور پرسشنامه‌ای ارائه نشد اما براساس مصاحبه‌های صورت گرفته، احساسات خوشحالی، امید، خوش‌بینی نسبت به آینده و کیفیت کلی زندگی آزمودنی‌ها افزایش یافته بود.

ملاک چهارم: میزان پذیرش: منظور از میزان پذیرش آن است که افراد تا چه اندازه در فرآیند درمان مشارکت داشته و آن را به پایان رسانده‌اند. هر دو آزمودنی تا پایان دوره درمان و همچنین دوره پیگیری حضور داشته و بنابراین، میزان پذیرش آزمودنی‌های پژوهش کامل بود.

ملاک پنجم: ایمنی: منظور از ایمنی آن است که آیا در اثر درمان سلامت روانی و جسمانی بیماران کاهش یافته است که بر اساس مصاحبه صورت گرفته در پایان جلسات درمان، هیچگونه عوارض روانی یا جسمانی توسط آزمودنی‌ها گزارش نشد.

ملاک ششم: ثبات: منظور از ثبات آن است که دستاوردهای درمان چقدر دوام داشته‌اند. براساس درصدهای بهبودی پس از پیگیری برای کلیه متغیرهای پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که نتایج پژوهش در طول زمان دارای ثبات بوده است.

در پایان، لازم است تا به محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش اشاره شود. تنها محدودیتی که پژوهش حاضر با آن مواجه بود، عدم دسترسی مستقیم و حضوری به یکی از آزمودنی‌ها بود که با استفاده از امکانات دنیای مجازی و در بستر شبکه جهانی اینترنت صورت گرفت. با توجه به این که پژوهش حاضر با دو محور اصلی (بررسی درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت و جامعه بیماران نادر) صورت گرفت، پیشنهادهای نظری این پژوهش روی بررسی بیشتر اثربخشی این درمان و همچنین توجه بیشتر به بیماران

پارانویید، و پرخاشگری منفعل ایجاد می‌کند و به موقعیت‌های بالقوه تهدیدکننده زندگی که ممکن است بر اساس یک باور خاص توسعه یافته باشند، هشدار می‌دهند. باورهای تهدیدکننده زندگی به تنظیم هیجان خیلی ضعیف، درونی‌سازی شدید افکار و احساسات و عزت نفس پایین مربوط است. عزت نفس پایین می‌تواند با ارائه درمان اثربخش تداخل داشته باشد چرا که معمولاً فرد خودپنداره غیرواقع‌گرایانه‌ای دارد که با محیط در تعادل نیست. آن‌ها یا یک رویکرد مقاومتی/مواجهه‌ای/غفلت‌گرایانه نسبت به درمانگر می‌گیرند یا در حالی که برای گرفتن تأیید و اجتناب از موقعیت‌های ناخوشایند و مواجهه همه گام‌ها را طی می‌کنند، مطیع می‌شوند و به درمانگر می‌چسبند. از همین رو، در این درمان توجه ویژه‌ای به وضعیت و بهبود عزت نفس بیماران می‌شود. آموزش درمان به بیماران، محول کردن وظیفه شناسایی باورهای تداخلگر با درمان به خود بیماران محول می‌شود و پس از شناسایی باورهای هسته‌ای آن‌ها، به غیرفعال‌سازی آن‌ها پرداخته می‌شود. مفهوم باورهای هسته‌ای شامل هدف نیمه‌هشیار آن‌ها و چگونگی ساخته شدن آن‌ها توسط تجارب جمعی زندگی به بیماران آموزش داده می‌شود. در نتیجه تجارب جمعی زندگی هر شخص تا به امروز، باورهای هسته‌ای برای کمک‌رسانی به فرد برای مقابله با و معنا دادن به وقایع و موقعیت‌ها طراحی شده‌اند. این‌ها که باورهای شخصیتی نیز نامیده می‌شوند، می‌توانند در تأثیرگذاری بر نگرش‌ها و دیدگاه‌های افراد درباره خودشان، دیگران و دنیا به طور کلی، بسیار مضر باشند. باورهای مثبتی مثل این که دیگران قابل اعتماد هستند و عزت فرد سالم و موجه است وجود دارد، اما این باورهای منفی هستند که اغلب با ایجاد پریشانی و رفتارهای نامطلوب، مشکل‌زا هستند. هنگامی که باورهای هسته‌ای غیرمفید توسط یک موقعیت ناراحت کننده آغاز می‌شوند، می‌توانند باعث نگرانی و اضطراب شوند. احساسات منفی، هیجان‌ها و نشانه‌های فیزیکی به افکار منفی متصل هستند که منجر به اعمال غیرمفیدی مثل کناره‌گیری، پرخاشگری، خوردن افراطی، نوشیدن مشروب یا سایر مشکلاتی شوند که به طور منفی بر عملکرد فرد، تعاملات اجتماعی و روابط و عزت نفس او تأثیر می‌گذارند.

### بررسی ملاک‌های شش‌گانه کارایی بالینی

ملاک اول: اندازه تغییر: منظور از اندازه تغییر آن است که چقدر در هدف‌های اصلی درمان بهبود رخ داده است. درصد بهبودی کلی پس از درمان برای مهارت‌های میان‌فردی برابر

### سیاسگزاری

به این وسیله، پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند تا از همکاری کلیه افرادی که در به نتیجه رسیدن این اثر با همکاری صادقانه و خالصانه داشتند، کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند. به طور ویژه، خانم لاله حسینی که با همکاری و مشورت‌های علمی و مرور اصلاح این اثر، نقش چشمگیری در انجام و کیفیت آن داشتند؛ سرکار خانم دکتر جوان سوارت که با راهنمایی‌های دائمی خود در طول تمام مراحل انجام این اثر در پیشبرد علمی آن تلاش فراوان نمودند؛ جناب آقای ایرج جلوداری و تیم فنی‌شان جهت فراهم‌سازی تجهیزات فنی و برقراری ارتباط‌های با کیفیت برای ایجاد جلسه‌های درمان؛ جناب آقای دکتر امین کرابی که مشاوره آماری این اثر را بر عهده داشتند.

این مقاله، مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با کد پژوهشی ۱۰۶۲۹۵۲۶۹۵۸۴۹۲۱۱۳۹۷۱۶۲۳۱۹۸۶۷ است.

رجبی، غلامرضا و بهلول، نسرین (۱۳۸۶). سنجش پایایی و روایی مقیاس عزت نفس روزنبرگ در دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران. *پژوهش‌های تربیتی و روان‌شناختی*، ۳(۲)، ۳۳-۴۸.

محمودی، فیروز؛ صمدی، زهرا و فیض‌اله‌زاده، زینب (۱۳۹۵). تحلیل ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مهارت‌های بین فردی (ISA) از دیدگاه دانشجویان دانشگاه تبریز و علوم پزشکی تبریز. *مجله توسعه آموزش در علوم پزشکی*، ۹(۲۴)، ۷۲-۸۴.

میرزایی علویچه، مهدی؛ مطلق، محمداسماعیل؛ حسینی، سیدنصراله و جلیلیان، فرزاد (۱۳۹۶). مهارت‌های ارتباطی دانشجویان پرستاری با بیماران در دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه. *پژوهش در آموزش علوم پزشکی*، ۹(۳)، ۴۷-۵۴.

Apsche, J. A., Bass, C. K., & Siv, A. M. (2006). Summary of Mode Deactivation Therapy, Cognitive Behavior Therapy and Social Skills Training with two-year post treatment results. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 2(1), 29-44.

<http://dx.doi.org/10.1037/h0100765>

مبتلا به اختلال ارثی سیستم عصبی، حسی و خودمختار نوع ۲ (HSAN2) متمرکز است. بنابراین پیشنهاد می‌شود که از طرح آزمایشی گروهی نیز برای بررسی اثربخشی درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (MDT) استفاده شود. همچنین، با توجه به جامعه اصلی درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت (یعنی، نوجوانان و بزرگسالان دچار اختلال نافرمانی و اختلال شخصیتی ضداجتماعی) پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده این درمان روی هر دو جامعه به خصوص بزهکاران و زندانیان بررسی شود. با در نظر گرفتن توجه بسیار کم یا به عبارت بهتر، عدم توجه پژوهشگران به جوامع بیماران، قویا پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده روی این جوامع صورت گیرند. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده روی بیماران مبتلا به اختلال ارثی سیستم عصبی، حسی و خودمختار نوع ۲ (HSAN2) به کیفیت زندگی مرتبط با سلامت و کیفیت زندگی کلی آن‌ها با استفاده از درمان‌های مختلف پرداخته شود.

### منابع

ایش، جک و دایمیو، لوسیا (۲۰۱۲). *درمان غیرفعال‌سازی ذهنیت برای پرخاشگری و رفتار نافرمانی در نوجوانان*. ترجمه لاله حسینی و آرش جلوداری (۱۳۹۹). تهران: نشر صالحیان (مؤسسه آموزش عالی ایرانیان).

ایمانی، مهشاد و ایزدی، راضیه (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر آرام‌سازی حالت بر طرحواره‌های ناسازگار و خودکارآمدی نوجوانان دختر در خانواده‌های طلاق. *دومین کنگره سراسری موج سوم درمان‌های رفتاری، کاشان*.

جلوداری، آرش (۱۳۹۵). *بررسی مدل رابطه بین هوش هیجانی و رضایت از زندگی: نقش میانجی گر عزت نفس و حمایت اجتماعی ادراک شده*. پایان‌نامه کارشناسی رشته مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز.

Apsche, J. A., Ward, S. R., & Evile, M. M. (2003). Mode deactivation: A functionally based treatment, theoretical constructs. *The Behavior Analyst Today*, 3(4), 455-459.

Apsche, J. A., Bass, C. K., & Murphy, C. J. (2004). A comparison of two treatment studies: CBT and MDT with adolescent

- male sex offenders with reactive Conduct Disorder and/or personality traits. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 1(2), 179–190.
- Arnold E. C., & Boggs, K. U. (2019). *Interpersonal relationships e-book: Professional communication skills for nurses*. London: Elsevier.
- Bayles, C., Blossom, P., & Apsche, J. (2014). A brief review and update of mode deactivation therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(1), 1-3.
- Fisher, W. W., Kelley, M. E., & Lomas J. E. (2003). Visual aids and structured criteria for improving visual inspection and interpretation of single-case designs. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36, 387–406.
- Hill, E. (2015). *the Relationship between Self-Esteem, Subjective Happiness and Overall Life Satisfaction*. Degree – Bachelor of Arts Honour Degree. National College of Ireland.
- Jelodari, A., Swart, J., & Hosseini, L. (2021). Psychological analyzing a patient with Hereditary Sensory Autonomic Neuropathy - Type 2: A case study [Unpublished manuscript].
- Kaiser, A. P. (2014). Using single-case research designs in programs of research. In T. R. Kratochwill & J. R. Levin (Eds.), *Single-case intervention research: Methodological and statistical advances* (pp. 309–324). American Psychological Association.  
<http://www.jstor.org/stable/j.ctv1chr5g.17>
- Kim, B., & White, K. (2019). How can health professionals enhance interpersonal communication with adolescents and young adults to improve health care outcomes? Systematic literature review. *International Journal of Adolescence and Youth*, 23(2), 198-218.
- Lee, J. H., & Kim, H. K. (2019). The effect of appearance satisfaction and university adaptability on the self-esteem among university students. *Journal of the Korean Applied Science and Technology*, 36, 362-370.
- Murphy, C. J., & Siv, A. M. (2007). A one year study of Mode Deactivation Therapy: Adolescent residential patients with conduct and personality disorders. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 3(3), 327-341.
- Roddier, K., Thomas, T., Marleau, G., Gagnon, A. M., Dicaire, M. J., ... & Brais, B. (2005). Two mutations in the HSN2 gene explain the high prevalence of HSN2 in French Canadians. *Neurology*, 64(10), 1762-7.
- Swart, J. (2015). Conceptualizing mode deactivation therapy as a moodle-based online program for adolescents and adults to relieve belief-oriented distress. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(4), 32-41.
- Swart, J., & Apsche, J. (2014). Mindfulness, mode deactivation, and family therapy: A winning combination for treating adolescents with complex trauma and behavioral problems. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(2), 9-14.
- Thakur, M. B. (2018). Examining the association between hope, optimism, self-esteem and life satisfaction: The Indian context. *Journal of Psychosocial Research*, 13, 23-31.
- Weisman, A., Quintner, J., & Masharawi, Y. (2019). Congenital insensitivity to pain: A misnomer. *The Journal of Pain*, 20(9), 1011-1014.



**COPYRIGHTS**

© 2022 by the authors. Licensee PNU, Tehran, Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY4.0) (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)