

Research Article

The Effectiveness of Trauma-Focused ACT on Depression Symptoms and Distress Tolerance in Students with a History of Love Trauma

Ali Parvandi^{1*}, Ezzatollah Ahmadi², Reza Abdi² & Rahim Yousefi²

1. Ph.D. Candidate, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran. Email: ali.parvandi@azaruniv.ac.ir

2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Azarbaijan Shahid Madani University, Tabriz, Iran.

Abstract

Aim: This study aimed to evaluate the effectiveness of trauma-focused Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on depressive symptoms and distress tolerance in students with a history of romantic trauma.

Methods: A quasi-experimental design with pretest, posttest, and three-month follow-up, including a control group, was employed. The statistical population consisted of university students in Kermanshah in 2024 who had experienced romantic trauma. Twenty-eight participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The Beck Depression Inventory-II and the Distress Tolerance Scale were administered at three time points. The experimental group received ten 75-minute sessions of trauma-focused ACT based on Harris's (2021) protocol. Data were analyzed using repeated-measures ANOVA.

Results: Significant effects of time and time $\times$ group interaction were observed for both dependent variables at the 0.001 level, while the main group effect was significant at the 0.05 level. Bonferroni post hoc analyses showed significant differences between pretest and posttest, as well as pretest and follow-up, in the experimental group ($p < 0.05$). No significant differences were found between posttest and follow-up ($p > 0.05$).

Conclusion: Trauma-focused ACT is an effective intervention for reducing depressive symptoms and enhancing distress tolerance in students with romantic trauma histories.

Key words: Depression Symptoms, Distress Tolerance, Trauma-Focused ACT

Citation: Parvandi, A., Ahmadi, E., Abdi, R., & Yousefi, R. (2025). The Effectiveness of Trauma-Focused ACT on Depression Symptoms and Distress Tolerance in Students with a History of Love Trauma. *Appl. Psychol* 19 (3):55-80.

اثربخشی درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر ضربه بر علائم افسردگی و تحمل پریشانی در دانشجویان با تجربه ضربه عشق

علی پروندی^{۱*}، عزت‌اله احمدی^۲، رضا عبدی^۳ و رحیم یوسفی^۴

۱. کاندیدای دکتری تخصصی روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران. ایمیل: ali.parvandi@azaruniv.ac.ir
۲. دانشیار روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید مدنی آذربایجان، تبریز، ایران.

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف ارزیابی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر ضربه بر علائم افسردگی و تحمل پریشانی دانشجویان با تجربه ضربه عشق انجام شد.

روش: روش پژوهش، شبه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری ۳ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل دانشجویان دارای تجربه ضربه عشق دانشگاه‌های شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳ بود. به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۲۸ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. از پرسشنامه افسردگی بک (ویرایش دوم) و مقیاس تحمل پریشانی سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) در سه بازه زمانی (پیش‌آزمون، پس از مداخله و پیگیری) استفاده شد. گروه آزمایش ۱۰ جلسه درمانی ۷۵ دقیقه‌ای براساس پروتکل اکت متمرکز بر ضربه (هریس، ۲۰۲۱) دریافت کردند. داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اثر زمان و اثر تعامل زمان * گروه روی متغیرهای وابسته در سطح ۰/۰۰۱ و برای گروه در سطح ۰/۰۵ معنادار است. آزمون پس‌تقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها، نشان داد تفاوت میانگین‌ها در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیش‌آزمون-پیگیری به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$). اما در مرحله پس‌آزمون-پیگیری معنادار نیست ($p > 0/05$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که اکت متمرکز بر ضربه می‌تواند به عنوان رویکردی مؤثر برای کاهش علائم افسردگی و افزایش تحمل پریشانی در افراد دارای تجربه ضربه عشق، مورد استفاده روان‌درمانگران قرار گیرد.

کلید واژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد مبتنی بر ضربه؛ تحمل پریشانی، علائم افسردگی

استناد به این مقاله: پروندی، علی، احمدی، عزت‌اله، عبدی، رضا و یوسفی، رحیم. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر ضربه بر علائم افسردگی و تحمل پریشانی در دانشجویان با تجربه ضربه عشق. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۹ (۳): ۵۵-۸۰.

مقدمه

عشق یکی از عمیق‌ترین احساسات انسان بوده و روابط عاشقانه^۱، بخش مهمی از تجارب زندگی ما انسانها است. رابطه عاشقانه، تعاملات عاطفی متقابل، مداوم و داوطلبانه بین دو شریک^۲ است که با ابراز خاص محبت و صمیمیت مشخص می‌شود (شارما، ۲۰۲۱). روابط عاشقانه، گرچه فرصت‌هایی را برای صمیمیت، امنیت، عشق و تجربیات عاطفی مثبت مشترک فراهم می‌کنند و تأثیرات قابل توجهی بر ابعاد جسمانی و روانشناختی دارند، اما در عین حال می‌توانند منبعی برای تهدید و از دست دادن نیز باشند؛ چرا که بسیاری از این روابط، به دلایل مختلفی از جمله خیانت، کاهش علاقه به صمیمیت عاطفی و جذابیت ظاهری یا کاهش احساسات مثبت در رابطه، دچار گسست می‌شوند (هریس، ۲۰۲۳).

در دوره جوانی، از دست دادن موضوع عشق و قطع رابطه عاشقانه، یکی از بزرگ‌ترین ضربه‌های روانی است که می‌تواند برای یک فرد رخ دهد و تبدیل به یکی از غم‌انگیزترین تجارب زندگی فرد شود که به عنوان ضربه عشق^۳ مشخص می‌شود (مصباحی، امیری مجد، قمری و بزازیان، ۱۴۰۱). ضربه عشق، رویدادی استرس‌زا و آسیب‌زا است چرا که فرد بلافاصله بعد از درک ضربه، به ناراحتی روانی، عاطفی و فیزیولوژیکی شدیدی دچار می‌شود و می‌تواند منجر به نشانگان اختلال استرس پس از ضربه شود. این ضربه، اغلب ماشه‌چکان پریشانی روانشناختی از جمله غم، افسردگی، اضطراب، خشم، رفتارهای پرخطر و کاهش عزت نفس است که فرد را با چالشی بزرگ و درخور توجه مواجه می‌کند که اگر مورد غفلت قرار گیرد ممکن است پیامدهای تلخی مانند خودکشی و دیگرکشی برای شرکای رابطه عاشقانه به دنبال داشته باشد (راس، ۱۴۰۰).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که درد هیجانی ناشی از تجربه ضربه عشق می‌تواند منجر به پیامدهای مختلفی از جمله علائم افسردگی اساسی شود که می‌تواند پیامدهای ضربه عشق را بدتر کند (راس، ۱۴۰؛ ورهالن، آلونسو-مارتینز، رنکن و همکاران، ۲۰۲۲). طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی؛ ویرایش پنجم^۴، تشخیص اختلال افسردگی اساسی^۵، مستلزم وجود پنج علامت یا بیشتر در یک دوره دو هفته‌ای است. یکی از علائم حداقل باید وجود خلق افسرده^۶ و یا کاهش قابل توجه علاقه و لذت^۷ به همه یا تقریباً تمام فعالیت‌ها در اکثر ساعات روز و تقریباً تمام روزها باشد. همچنین فرد باید حداقل چهار علامت دیگر از علائم؛ کاهش یا افزایش

1. romantic relationships

2. partner

3. love trauma

4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

5. major depressive disorder

6. depressed mood

7. markedly diminished interest or pleasure

وزن و اشتها بدون گرفتن رژیم غذایی، بی خوابی یا پر خوابی، کندی روانی حرکتی یا سرآسیمگی، خستگی و فقدان انرژی، احساس بی ارزشی یا احساس گناه، کاهش توانایی تفکر و تمرکز یا عدم تصمیم گیری در تقریباً تمام روزها و افکار مکرر مربوط به مرگ و خودکشی، برنامه خودکشی یا اقدام به خودکشی داشته باشد و این علائم با ناراحتی یا اختلال بالینی قابل توجهی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا سایر زمینه های مهم همراه باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۱، ۲۰۲۲).

افسردگی می تواند اثرات مخرب طولانی مدت بر سلامت جسمانی، روانی و عملکرد اجتماعی فرد داشته باشد، بر احساس، تفکر و انجام فعالیت های روزانه مانند خواب، غذا خوردن یا کار تأثیر مخرب بگذارد (هالچین و ویتبورن، ۱۴۰۳) و توانایی فرد را برای مقابله با ضربه عشق به شدت کاهش دهد (راس، ۱۴۰۰). شواهد پژوهشی نشان می دهد که افسردگی با تحمل پریشانی پایین ارتباط معنادار دارد و می تواند میزان تحمل پریشانی^۲ فرد را کاهش دهد. تحمل پریشانی به عنوان توانایی شخص برای تحمل حالات عاطفی ناخوشایند از جمله اضطراب و افسردگی تعریف شده است (براون، برتون و ابوت، ۲۰۲۲). بنابراین، از دیگر پیامدهای مرتبط با ضربه عشق، تحمل پریشانی است که نقش مهمی در مهار اثرات ضربه عشق دارد (دورلی، کاشدان، الکساندر، بلالوک و مک نایت، ۲۰۱۹). تحمل پریشانی یک عامل خطر/تاب آوری فراتشخیصی^۳ است و به عنوان یکی از عوامل آسیب پذیر در شروع و حفظ اختلال های روان شناختی از جمله اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی مطرح می شود (براون و همکاران، ۲۰۲۲).

همه افراد در زندگی روزمره، موقعیت های استرس زا را تجربه می کنند، از ناراحتی های روزمره (مانند ترافیک و مشغله های کاری) تا رویدادهای مهم زندگی (مانند ازدادن یک عزیز، بیکاری و مسائل مربوط به روابط). صرف نظر از بزرگی عامل استرس زا، توانایی فرد در تحمل پریشانی نقش مهمی در نحوه هدایت آنها در این موقعیت های استرس زا دارد (اورجیتهم، مدودو، براوو و همکاران، ۲۰۲۴). تحمل پریشانی پایین، باعث می شود رنج هیجانی ناشی از رویداد استرس زا، بیشتر و شدیدتر، تجربه شود. نتایج پژوهش ها نشان می دهد افراد با تحمل پریشانی پایین قادر به تحمل هیجانات منفی نیستند، آنها را غیر قابل قبول تجربه می کنند و از راهبردهای مقابله هیجانی ناکارآمد با هدف کاهش درد عاطفی استفاده می کنند که به نوبه خود باعث تشدید بیشتر هیجانات می شود (لوبرتو، کروت، وانگ، یه، سلانو، هافمن و همکاران، ۲۰۲۱). در مقابل، افرادی که سطح تحمل پریشانی بالاتری دارند، تمایل دارند به شرایط سخت پاسخ دهند و

^۱. american psychiatric association

^۲. distress tolerance

^۳. transdiagnostic risk/resilience factor

می‌توانند به سرعت به حالت تعادل برگردند که در آن قادر به مقابله با عامل استرس‌زا هستند (اورجیت‌هام و همکاران، ۲۰۲۴).

پژوهش‌ها همچنین نشان می‌دهند که تحمل پریشانی پایین می‌تواند با شدت بیشتر علائم اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و همچنین تجربه مجدد، اجتناب و برانگیختگی بیش از حد نشانه‌ها ارتباط مرتبط باشد (ووجانویک، وبر، مک‌گریو، گرین، لین و اشمیتز، ۲۰۲۲) و با نتایج درمانی ضعیف همراه باشد (دورلی و همکاران، ۲۰۱۹).

دورلی و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش خود تحت عنوان تحمل پریشانی در روابط عاشقانه، به این نتیجه رسیدند که قطع روابط عاشقانه با آشفتگی و کاهش مؤلفه‌های تحمل پریشانی (تحمل، جذب، ارزیابی و سازگاری) ارتباط دارد. شواهد پژوهشی نشان می‌دهد تحمل پریشانی پایین با شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه، افسردگی و همچنین تجربه مجدد، اجتناب و شدت برانگیختگی بیش از حد نشانه‌ها ارتباط دارد (ووجانویک و همکاران، ۲۰۲۲).

بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد تاکنون رویکرد درمانی خاصی ویژه ضربه عشق و پیامدهای روانشناختی ناشی از آن در خارج معرفی نشده است. در داخل ایران، رویکردهای درمانی مختلفی برای این منظور مورد استفاده قرار گرفته است. یکی از این درمان‌ها، درمان پذیرش و تعهد^۱ است که به اختصار اکت^۲ خوانده می‌شود. از دیدگاه اکت، منشأ اصلی آسیب-شناسی روانی^۳، انعطاف‌ناپذیری روانشناختی^۴ است که به صورت پاسخ‌های سخت‌گیرانه و خشک به تجربیات درونی همچون افکار، احساسات و خاطراتی ظاهر می‌شود که می‌توانند بهزیستی فرد را مختل کرده و مانع پیگیری اقدامات ارزشمند شوند (انگ، بارتل و هافمن، ۲۰۲۴).

انعطاف‌ناپذیری روانشناختی به واسطه شش عامل کلیدی شکل می‌گیرد: اجتناب تجربه‌ای^۵ که به معنای تلاش برای گریز یا رهایی از مواجهه با رویدادهای درونی ناخواسته همچون افکار، احساسات، حس‌های بدنی و خاطرات است، حتی زمانی که این اجتناب خود مشکل‌آفرین می‌شود (هریس، ۲۰۲۳). آمیختگی شناختی^۶ که در آن فرد چنان به افکار خود می‌چسبد و با آنها «آمیخته می‌شود» که دیگر نمی‌تواند میان خود و این افکار تمایز قائل شود و در نتیجه، افکار را به مثابه واقعیت می‌پذیرد؛ از دست دادن تماس با لحظه حال^۷ که با قطع ارتباط با افکار و احساسات کنونی و غرق‌شدگی در افکار مرتبط با گذشته یا آینده همراه است؛ خود

1. acceptance and commitment therapy

2. ACT

3. psychopathology

4. psychological inflexibility

5. experiential avoidance

6. cognitive fusion

7. loss of contact with the present moment

مفهوم‌سازی شده^۱ که روایت‌های کلامی است که ما درباره خودمان می‌سازیم اینکه ما چه کسی هستیم و چگونه و چرا به آن شخص تبدیل شده‌ایم (به عنوان مثلاً من آدم ضعیفی هستم)؛ عدم شفافیت ارزش‌ها^۲ یعنی ناآگاهی یا سردرگمی نسبت به آنچه که واقعاً برای فرد مهم و ارزشمند است؛ و فقدان عمل متعهدانه که به کناره‌گیری از اقدامات هدفمند و ارزش‌محور منجر می‌شود (هریس، ۲۰۲۱).

هدف اساسی اکت، افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی است؛ یعنی تماس با لحظه حال، آگاهی کامل از افکار، عواطف، حس‌ها و استقبال از آن‌ها، به‌ویژه آن‌هایی که ناخواسته‌ها و ناخوشایند هستند، پذیرش آن‌ها و عمل براساس ارزش‌های بلندمدت نه براساس انگیزه‌ها، افکار و احساسات کوتاه‌مدت که اغلب با اجتناب تجربه‌ای و کنترل رویدادهای درونی ناخواسته مرتبط هستند (انگ و همکاران، ۲۰۲۴).

در اکت، برای افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی از ذهن‌آگاهی^۳ و شش مهارت اصلی اکت بهره گرفته می‌شود. این مهارت‌ها عبارت‌اند از: پذیرش^۴، یعنی پذیرش فعال تجارب درونی مثل افکار، احساسات، حس‌ها و خاطرات، بدون دفاع، تلاش برای تغییر آن‌ها یا قضاوت آن‌ها (وب، ۲۰۲۳)؛ گسلش شناختی^۵، یعنی فرآیند جدا کردن خود از تجربیات درونی، به‌گونه‌ای که فرد بتواند افکار را صرفاً به عنوان افکار، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را صرفاً خاطره و حس‌های بدنی را فقط حس بدنی ببیند، بدون معنا و تفسیری که ذهن به آن‌ها می‌دهد (پروندی، چلبیانلو و بافنده قراملکی، ۱۴۰۲)؛ بودن در لحظه حاضر؛ خود به عنوان زمینه^۶ که به معنای درک این است که افکار، احساسات و تجربیات صرفاً محتوای گذرا هستند و بر هویت اصلی فرد تأثیر نمی‌گذارند؛ یعنی صرف‌نظر از آنچه فرد در لحظه تجربه می‌کند، «خود اصلی» پایدار باقی می‌ماند؛ روشن‌سازی ارزش‌ها^۷، به معنای مسیرهای معنادار و انتخابی زندگی است که ما را هدایت می‌کنند تا براساس آنچه برای ما مهم است، اقدام هدفمند انجام دهیم و در نهایت عمل متعهدانه^۸ که براساس این ارزش‌ها صورت می‌گیرد (فانگ و وونگ، ۲۰۲۴).

گرچه اکت برای طیفی از اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلال وسواسی جبری و افسردگی به کار رفته و با وجود این که قاسمی طابق، بخشی پررودسری و فرنام (۱۴۰۱) در پژوهش خود گزارش کرده‌اند که درمان پذیرش و تعهد، موجب کاهش افسردگی و اجتناب تجربی در دختران

1. conceptualized self

2. lack of clarity of values

3. mindfulness

4. acceptance

5. cognitive defusion

6. self as context

7. values

8. committed action

با تجربه شکست عشق می‌شود اما پروتکل درمانی معرفی شده در این پژوهش، علاوه بر این که بر روی متغیرهای دیگری کار شده است، ویژه ضربه عشق نیست و از همان پروتکل کلی استفاده شده است. اما از آنجا که ضربه عشق یک رویداد آسیب‌زاست و اخیراً هریس (۲۰۲۱) راهنمای اکت متمرکز بر ضربه^۱ را معرفی کرده است می‌تواند نوید بخش بهبود پیامدهای ضربه عشق باشد که در حالت ایده‌آل، هدفش، بهبود علائم پس از ضربه است.

اکت متمرکز بر ضربه، رویکردی منعطف، جامع و مواجهه محور برای درمان مشکلات مرتبط با ضربه روانی است که شامل سه رشته در هم تنیده است: زندگی در حال، شفای گذشته و ساختن آینده (هریس، ۲۰۲۱). الف) زندگی در زمان حال: به مراجعان کمک می‌شود بیاموزند چگونه با زمان حال و محیط فیزیکی خود تماس برقرار کنند، خود را از شناخت‌ها و احساسات دشوار رها و جدا کنند، توجه خود را به «اینجا و اکنون» بازگردانند، با درون بدنشان ارتباط برقرار کنند و در آن بمانند؛ شفقت به خود را در پاسخ به دردشان تمرین کنند، روی کاری که انجام می‌دهند تمرکز کنند و درگیر آن شوند؛ غرق در گذشته و نگرانی در مورد آینده را متوقف کنند (مزید، عابد و زارگا، ۲۰۲۵). شفای گذشته: در این بخش، مراجع درمی‌یابد که چگونه رویدادها و تجارب گذشته، افکار، احساسات و رفتارهای کنونی او را شکل داده است و به طور فعال با این شناخت‌های گذشته محور و احساسات همراه آنها کار می‌شود؛ این فرآیند شامل تکنیک‌هایی همچون کار با «کودک درونی»، مواجهه تجسمی با خاطرات آسیب‌زا، بخشش خود و دیگران و نیز سوگواری است. ج) ساختن آینده: که بر تعیین اهداف مبتنی بر ارزش‌ها، از جمله طرح‌های پیشگیری از عود، برای کمک به مراجعان برای برنامه‌ریزی و آمادگی برای آینده مبتنی است (هریس، ۲۰۲۱).

از طرفی، تجربه عشق و روابط عاشقانه در دوران دانشجویی امری بسیار رایج است؛ با این حال، پایان این روابط می‌تواند به یک رویداد استرس‌زا تبدیل شود که در صورت ناتوانی فرد در سازگاری، ممکن است پیامدهایی چون آشفتگی روانی، افسردگی، افت تحصیلی و حتی ترک تحصیل به دنبال داشته باشد (رجبی و علیمرادی، ۱۳۹۷). از طرف دیگر، مرور نظام‌مند پژوهش‌های موجود در پایگاه‌های داخلی و خارجی نشان داد که تاکنون مطالعاتی منسجم در زمینه‌ی اثربخشی درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر ضربه بر علائم افسردگی و تحمل‌پریشانی در دانشجویان با تجربه ضربه عشق صورت نگرفته است. لذا با عنایت به مطالب ذکر شده، هدف پژوهش حاضر، ارزیابی اثربخشی اکت متمرکز بر ضربه بر علائم افسردگی و تحمل‌پریشانی در

^۱. trauma-focused ACT

دانشجویان با تجربه ضربه عشق بود. فرضیه پژوهش، این است که اکت متمرکز بر ضربه بر علائم افسردگی و تحمل پریشانی در دانشجویان با تجربه ضربه عشق تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش حاضر، شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل دانشجویان دارای تجربه ضربه عشق دانشگاه‌های شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. به روش نمونه‌گیری در دسترس، ۳۰ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دانشجوی مقطع کارشناسی یا کارشناسی ارشد و تجربه پایان یک رابطه عاشقانه آسیب‌زا در یکسال گذشته که منجر به پریشانی قابل توجه شده باشد و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: داشتن نشانگان یک اختلال روان‌شناختی دیگر، سابقه سوء مصرف مواد یا وابستگی به مواد، مصرف همزمان داروهای روانپزشکی، تحت رواندرمانی بودن و عدم ادامه‌ی جلسات درمان (بیش از دو جلسه) بود. داده‌ها با تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی با نرم افزار SPSS-۲۵ تجزیه و تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم^۱ (BDI-II)

توسط بک، استیر و براون (۱۹۹۶) برای سنجش شدت علائم افسردگی در نوجوانان و بزرگسالان طراحی شده است (موسوی افضل و حیدری نسب، ۱۴۰۱) و شامل ۲۱ گویه است که علائم جسمانی، شناختی و رفتاری افسردگی را در طول دو هفته گذشته بررسی می‌کند (وود و همکاران، ۲۰۲۲). هر گویه در مقیاس چهار درجه‌ای (۰ تا ۳) نمره‌گذاری می‌شود و نمره کل افسردگی دامنه‌ای از ۰ تا ۶۳ دارد (نوذری، نجاتی و میرزائیان، ۱۳۹۸). در جمعیت‌های غیربالینی، نمره بالای ۲۰ نشانگر افسردگی است. در افراد مبتلا به افسردگی، نمرات ۰-۱۳ نشان‌دهنده حداقل افسردگی، ۱۴-۱۹ (افسردگی خفیف)، ۲۰-۲۸ (افسردگی متوسط) و ۲۹-۶۳ (افسردگی شدید) است (رضایی، مجتبابی و شمالی اسکویی، ۱۴۰۲؛ بیراسیاز و همکاران، ۲۰۲۱). روایی این پرسشنامه از طریق روایی همگرا و همبستگی بالا با نسخه‌ی اول پرسشنامه افسردگی بک نشان داده شده است. تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که ساختار بای‌فاکتور شامل یک عامل کلی

^۱ Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

افسردگی و سه مؤلفه‌ی شناختی، عاطفی و جسمانی، بهترین برازش را دارد. همچنین، شاخص‌های آماری مانند ضریب امگا مک‌دونالد^۱ و امگا سلسله‌مراتبی^۲ نیز از روایی ساختاری و یک‌بعدی بودن این ابزار حمایت کرده‌اند (کیم و لی، ۲۰۲۴). نتایج فراتحلیلی نشان می‌دهد که همسانی درونی این پرسشنامه بین ۰/۷۳ تا ۰/۹۳ با میانگین ۰/۸۶ است. در پژوهش صیدی و همکاران (۲۰۱۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ و ضریب بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته ۰/۸۵ بدست آمد (موسوی افضل و حیدری نسب، ۱۴۰۱). فرم ایرانی این پرسشنامه توسط قاسم‌زاده و همکاران (۱۳۸۳) هنجاریابی شده و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه را ۰/۸۹ گزارش کرده‌اند (قاسمی طابق و همکاران، ۱۴۰۱). در این پژوهش، ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۷۴ محاسبه شد.

مقیاس تحمل پریشانی^۳

یک مقیاس خودگزارشی ۱۵ ماده‌ای و ۴ خرده مقیاس تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، برای سنجش میزان تحمل پریشانی هیجانی است که توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد و در مقیاس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالف: ۵ تا کاملاً موافق: ۱) نمره‌گذاری می‌شود (فولادوند، ۱۴۰۲). نمره برش، ۴۵ است و نمرات کمتر از ۴۵ نشان‌دهنده سطح تحمل پریشانی پایین در فرد است. نمره بالاتر از ۴۵ نشان‌دهنده تحمل پریشانی بالا است. برای به‌دست آوردن تحمل پریشانی کلی، نمره ۴ مقیاس با هم جمع می‌شود و نمره هر خرده مقیاس حاصل جمع ماده‌های مربوط به همان خرده مقیاس است. ضریب پایایی عامل‌های این مقیاس به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۶۴ تا ۰/۸۲ است و همچنین ضریب کل پایایی پرسشنامه برابر با ۰/۸۹ است (محمودپور، شریعتمدار، برجلی و شفیع‌آبادی، ۱۴۰۰). در ایران پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۶۷ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۷، ۰/۶۹ و ۰/۷۳ گزارش شده است (مقبلی هنزائی، امیدی و زنجانی، ۱۳۹۸). در این پژوهش، ضریب پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۷۲ محاسبه شد.

۱. mcdonald's omega

۲. omega hierarchical

۳. Distress Tolerance Scale (DTS)

شیوه اجرا

جهت شناسایی و انتخاب حجم نمونه، با پخش اطلاعات در دانشگاه‌ها، خوابگاه‌های دانشجویی، گروه‌های دانشجویی در فضای مجازی، افرادی که به مرکز مشاوره دانشگاه یا کلینیک مشاوره رستا مراجعه کردند به شناسایی و انتخاب حجم نمونه اقدام شد.

پس از شناسایی و انتخاب حجم نمونه، در جلسه‌ای، هدف کار پژوهشی و فرایند آن معرفی و رعایت اصول اخلاقی از جمله اصل رازداری یادآوری شد و ملاک‌های ورود و خروج آن در این جلسه ذکر گردید. کسانی که برای شرکت در پژوهش و طرح آزمایشی اعلام آمادگی و رضایت کردند، پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت تا آنها را تکمیل کنند. برای پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها یک ساعت وقت در نظر گرفته شد. بعد از تصحیح پرسشنامه‌ها ۳۰ نفر که واجد ملاک‌های ورود و خروج پژوهش بودند به روش در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گماشته شدند. به دلیل عدم همکاری ادامه جلسات، ۱ نفر از گروه آزمایش و ۱ نفر از گروه کنترل حذف شدند در نهایت ۲۸ نفر (گروه آزمایش ۸ زن و ۶ مرد و گروه کنترل ۷ مرد و ۷ زن) باقی ماندند.

حجم نمونه براساس محاسبه توان آزمون با استفاده از نرم‌افزار **G*Power 3** (فاول و همکاران، ۲۰۰۷) تعیین شد. در این محاسبه، برای آزمون مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل، اندازه اثر متوسط ($d = 0.7$ کوهن)، سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و توان آزمون ۰/۸۰ در نظر گرفته شد. براساس این پارامترها، حداقل حجم نمونه مورد نیاز ۲۸ نفر (۱۴ نفر در هر گروه) برآورد گردید. با توجه به احتمال ریزش نمونه، تعداد اولیه ۳۰ نفر انتخاب گردید تا توان آماری کافی حفظ شود.

پس از اجرای پرسشنامه‌های افسردگی بک و مقیاس تحمل پریشانی، به عنوان پیش‌آزمون، گروه آزمایشی ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای تحت مداخله اکت متمرکز بر ضربه، هفته‌ای دو جلسه طی ۲ ماه قرار گرفت. بعد از مداخله، پس‌آزمون انجام شد و ۳ ماه بعد نیز آزمون پیگیری اجرا شد.

برنامه مداخله

برنامه مداخله براساس پروتکل اکت مبتنی بر ضربه (هریس، ۲۰۲۱) اجرا شد. هدف و محتوای هر جلسه در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات و محتوای برنامه مداخله

جلسه	هدف و محتوا
جلسه اول	• شروع درمان • معارفه و آشنایی اعضا با موضوع پژوهش، کسب رضایت آگاهانه، تعیین اهداف درمانی و تعداد و زمان جلسات؛ قوانین گروه • رابطه درمانی: استعاره دو کوه • معرفی مدل نقطه انتخاب - شرایط دشوار (مثل مشکلات تحصیل و رابطه) - تجارب خصوصی دشوار (مثل افکار و احساسات) - گیر کردن در تجربیات خصوصی (آمیختگی یا اجتناب) - رفتارهای آشکار یا پنهان مشکل‌ساز، ناشی از آمیختگی یا اجتناب (حرکات دور) • تکلیف منزل (نوشتن شرح مختصر از تجربه شخصی ضربه عشق، فهرست محرک‌هایی که از آن اجتناب می‌شود)
جلسه دوم	• آموزش روانی • معرفی ضربه روانی، ضربه عشق و نشانگان آن • مدل شش ضلعی اکت از انعطاف‌پذیری روانشناختی • پیامد مطلوب اکت یعنی: انعطاف‌پذیری روانشناختی و شش فرایند ایجاد کننده آن • لنگر انداختن • معرفی اکت متمرکز بر ضربه؛ بررسی مدل نقطه انتخاب • تکلیف منزل (تمرین لنگر انداختن با فرمول A-C-E، تکمیل یک نمونه مدل نقطه انتخاب)
جلسه سوم	• راهبردهای کنترل مسأله‌ساز • درماندگی (نامیدی) خلاق: وقتی راه حل، مساله می‌شود • واکنش فرد به رویداد، تعیین‌کننده پیامدهای روان‌شناختی آن است، نه صرف وقوع رویداد • بررسی راهبردهای کنترل مسأله‌ساز و فواید و هزینه‌های این راهبردها؛ • استعاره‌های تغذیه ببر؛ به بستنی وانیلی فکر نکن، توپ در استخر، مردی در چاه و طناب‌کشی با هیولا • بررسی "حرکات دور" (مثلاً تعقیب هدف عشقی) و "حرکات به سوی" (مثلاً حضور مستمر در کلاس‌ها و تمرکز بر انجام تکالیف) در مدل نقطه انتخاب • تکلیف منزل (راهبردهای کنترل خاصی را که برای کاهش پریشانی‌اش انجام داده اید را بنویسید و بگوید کدام یک باعث کاهش علائم شده و کدام یک نشده است؛ بررسی فواید و هزینه‌ها و خساراتی که این راهبردهای کنترل در زندگی فرد داشته‌اند؛ یک مدل نقطه انتخاب تکمیل کند)

جلسه	هدف و محتوا
جلسه چهارم	اجتناب تجربه‌ای وقتی فرد برای اجتناب یا رهایی از تماس با رویدادهای درونی ناخواسته مثل افکار، احساسات، حس‌های بدنی و خاطرات تلاش می‌کند. اجتناب تجربه‌ای، راهبردهای مخرب و مختل کردن عملکرد زندگی فرد بررسی "حرکات دور" در مدل نقطه انتخاب (مثلا غیب از کلاس درس) زندگی پویا، شامل تجارب ناخوشایند است تقویت منفی ناشی از اجتناب تجربه‌ای استعاره‌های «هیولا و رها کردن طناب» و «موج بازگشته» پذیرش فعال تجارب درونی (بدون دفاع، تلاش برای تغییر و یا قضاوت آنها). نسبت به آنها باز باشد و به آنها فضا دهد آزادانه بیایند و بروند. تکلیف منزل (تجربیات درونی که از آنها اجتناب کرده است یادداشت کند، تکمیل مدل نقطه انتخاب)
جلسه پنجم	- پذیرش، آمیختگی و گسلش - ذهن‌آگاهی در عمل ترغیب پذیرش و شفقت به خود: استعاره مهمان ناخوانده آمیختگی شناختی و برابر دانستن افکار به عنوان واقعیت گسلش با افکار مرتبط با ضربه عشقی تمرین «لیمو، لیمو، لیمو...» و استعاره «برگه‌های شناور در رودخانه جاری» - تکلیف منزل (مرور استعاره‌های پذیرش و گسلش، تمرین گسلش و ذهن‌آگاهی، تکمیل مدل نقطه انتخاب)
جلسه ششم	- تماس با لحظه حاضر و دیدن خود به عنوان زمینه نه محتوا وقتی فرد در افکار و خاطرات گذشته (کاش بیشتر با او مهربان بودم، کاش بیشتر به او توجه می‌کردم) و نگرانی آینده (من هیچ وقت نمی‌توانم مثل او شریکی بدست بیاورم) گیر می‌کند. تماس با لحظه حاضر: فرد توجه خود را به آنچه اینجا و اکنون در جریان است از جمله افکار، احساسات، حس‌های بدنی و محرک‌های بیرونی (صوتی، بینایی، بویایی و غیره) معطوف می‌کند. آنچه را که در لحظه حال تجربه می‌کنیم قدر بدانیم و از آن لذت ببریم معرفی تمرین «خوردن ذهن‌آگاهانه کشمش» و «جایی باش که هستی» خود به عنوان زمینه: استعاره‌های «صفحه شطرنج» و «آسمان و هوا» - تکلیف منزل (تمرین ذهن‌آگاهی متمرکز بر ذهن، بدن و هیجان؛ تمرین تماس عمدی با لحظه کنونی؛ تکمیل مدل نقطه انتخاب)
جلسه هفتم	شفاف‌سازی ارزش‌ها و اقدام متعهدانه شفاف‌سازی ارزش‌ها به عنوان مسیرهای هدایت‌کننده زندگی معنادار و انتخابی (مثل تحصیلات)

جلسه	هدف و محتوا
	کارکرد ارزش‌ها به عنوان تکیه‌گاهی محکم تمرین قهرمانان اقدام متعهدانه: استعاره «انتظار برای قطار اشتباه» و «پل طنابی» بررسی "حرکات دور" و "حرکات به سوی" (مثلاً به روال قبل از ضربه عشق، سر کلاس درس می‌رود) در مدل نقطه انتخاب شکستن الگوهای مخرب کار با ذهن و بدن • تکلیف منزل (فهرست‌بندی و اولویت‌بندی ارزش‌ها، تکمیل مدل نقطه انتخاب)
جلسه هشتم	• "حرکات به سوی" برای رهایی از قلاب آرامش آموزی، خواب و خود آرام‌بخشی ایجاد حس انعطاف‌پذیر از خود مهارت‌های ارتباطی قدردانی آگاهانه • تکلیف منزل (محدود کردن محرک‌ها، حفظ ساعات خواب منظم، ورزش در طول روز)
جلسه نهم	• شفای گذشته • کار "کودک درون": سفر به گذشته با تصویرسازی کودک درونی برای آرامش و مراقبت از خود در دوران کودکی یا نوجوانی. خاطره‌ای دردناک از دوران کودکی را مرور می‌کنید و خود را به عنوان بزرگسالی تصور می‌کنید که امروز به عقب برمی‌گردید تا «کودکی را که در آن زمان بودید» را آسوده و آرام کنید. • مواجهه با خاطرات آسیب‌زا: (مواجهه تجسمی با خاطرات مرتبط با رابطه عشقی پریشان‌کننده) • سوگواری: تصدیق آنچه رخ داده است و کنار آمدن با فقدان، پذیرفتن آن، سازگاری با زندگی و درگیر شدن مجدد. در طول فرآیند سوگواری، طیف وسیعی از احساسات، از غم و اندوه و اضطراب گرفته تا خشم و گناه و همچنین واکنش‌های فیزیکی مانند اختلال خواب، خستگی، بی‌حالی و تغییر در اشتها را احساس می‌کنید. رها کردن لنگر در میان امواج عظیم درد عاطفی (غم و اندوه تا خشم و گناه) که بارها و بارها به فرد ضربه می‌زند، درد او را به عنوان یک واکنش طبیعی به از دست دادن عادی سازی می‌کند که پذیرش و شفقت خود را تقویت می‌کند. • رنجش و بخشش: متوقف کردن خودسرزنی (مثلاً من ارزشی ندارم و گرنه او مرا رها نمی‌کرد) و بخشش خود و رفتار توأم با درک و مهربانی با خود (قطع رابطه عاشقانه طبیعی است و من بدون او هم ارزشمند هستم و باید با خودم مهربان باشم و بیشتر به خودم برسم).

جلسه	هدف و محتوا
	- بخشش دیگری: (مثلا برای سلامتی و رفاه خودم، رهایی از سرزنش، قضاوت و رنجش را انتخاب می‌کنم و او را می‌بخشم چرا که او به عنوان یک انسان حق انتخاب و حتی اشتباه دارد). استعاره ذغال در دست. - تکلیف منزل (تمرین کودک درون؛ مواجهه (تجسمی، نوشتن و حضوری) با محرک‌های پریشان‌کننده و تمرین انعطاف‌پذیری روان‌شناختی)
جلسه دهم	- ساختن آینده - اهداف بلندمدت؛ بررسی رشد پس از ضربه - طرح حفظ و پیشگیری؛ طرح ایمنی در مدل نقطه انتخاب (روی فلش "حرکات دور" رفتارهای مشکل‌ساز (چه آشکار و چه پنهان) را می‌نویسیم تا مراقب آن باشیم (مثلاً نوشیدن الکل، رها کردن تکالیف تحصیلی). در فلش "حرکات به سوی" به ترتیب از پایین به بالا، یاریگران «دلائل زندگی»، حوزه‌های مهم زندگی؛ مهارت‌های مفید ذهن‌آگاهی (گسلش، پذیرش)، مهارت‌های شفقت به خود (مهربانانه با خود رفتار کردن) و مهارت‌های مراقبت از خود (خودآرامی، ابراز وجود، حل مسئله) و در بالای فلش، محیط امن (چه چیزی را به محیط وارد کنیم مثلاً دوست و کتاب یا از آن حذف کنیم مثلاً مواد مخدر و الکل تا آن را ایمن‌تر کنیم) و در انتها منابع اورژانسی مثل روانشناس یا یک فرد حامی قابل اعتماد را می‌نویسیم. - پایان دادن به درمان - تکلیف منزل (مرور مدل نقطه انتخاب هر جلسه، مرور تمرین‌ها و انجام آنها)

یافته‌ها

نمونه پژوهش شامل ۲۸ نفر دانشجو (۱۵ زن و ۱۳ مرد) با تجربه ضربه عشق بود. از این تعداد، ۲۰ نفر در مقطع کارشناسی و ۸ نفر در مقطع کارشناسی ارشد تحصیل می‌کردند. میانگین سنی کل نمونه برابر با ۲۵ سال بود. در گروه آزمایش ۱۴ نفر شامل ۸ زن و ۶ مرد حضور داشتند که میانگین سن آنها ۲۶ سال بود. همچنین در گروه کنترل ۱۴ نفر شامل ۷ زن و ۷ مرد شرکت داشتند که میانگین سن آنها ۲۴ سال بود.

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و نرمالیتی متغیرهای وابسته در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	گروه کنترل	شاپیرو-ویلک (sig)
علائم							
افسردگی	پیش‌آزمون	۱۲۳/۰۷	۱۴/۷۵	۱۲۱/۰۸	۱۵/۱۹	۰/۸۵	
	پس‌آزمون	۹۱/۵۷	۱۷/۶۴	۱۲۰/۹۲	۱۶/۲۴	۰/۶۰	

پیگیری	۹۰/۹۲	۱۷/۴۱	۱۱۹/۶۴	۱۶/۶۵	۰/۱۲
تحمل	۳۳/۹۳	۴/۱۸	۳۴/۴۰	۴/۲۹	۰/۶۵
پیش‌آزمون	۴۲/۴۰	۳/۰۱	۳۵/۶۱	۴/۸۸	۰/۳۱
پیشانی	۴۳/۸۰	۳/۱۸	۳۶/۱۲	۵/۰۵	۰/۱۰
پیگیری					

میانگین و انحراف معیار نمرات علائم افسردگی و تحمل پریشانی گروه آزمایش و گروه کنترل در جدول ۲ آورده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، میانگین علائم افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به قبل از مداخله کاهش معناداری داشته است. همچنین، نمرات تحمل پریشانی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون نسبت به قبل از مداخله افزایش قابل توجهی داشته و این وضعیت در مرحله پیگیری حفظ شده است. برای بررسی این نکته که آیا تفاوت‌های جنسیتی باعث افزایش واریانس خطا شده‌اند یا خیر، نتایج آزمون لوین جهت همگنی واریانس‌ها در سطوح جنسیتی نشان داد که در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری بین واریانس خطا در زنان و مردان وجود ندارد ($p > 0.05$).

جدول ۳. نتایج آزمون لوین جهت بررسی برابری واریانس‌های خطا

متغیر	مراحل	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
علائم افسردگی	پیش‌آزمون	۱/۱۹	۱	۲۸	۰/۲۸
	پس‌آزمون	۱/۴۲	۱	۲۸	۰/۲۴
	پیگیری	۰/۳۴	۱	۲۸	۰/۵۶
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون	۰/۲۳	۱	۲۸	۰/۶۳
	پس‌آزمون	۱/۳۹	۱	۲۸	۰/۲۴
	پیگیری	۲/۱۷	۱	۲۸	۰/۱۵

جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها در سه مرحله، نتایج آزمون لون^۱ در جدول ۳ ارائه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، مقادیر F به دست آمده در سه مرحله ارزیابی علائم افسردگی و تحمل پریشانی با درجات آزادی (۲۸ و ۱) معنادار نیست ($p > 0.05$).

^۱ . levene's test

نتیجه تفاوت معنی‌داری بین واریانس خطای گروه‌ها وجود ندارد و بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌های خطا رعایت شده است.

جدول ۴. آزمون ام-باکس جهت بررسی مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس

متغیر	ام باکس	df2	df1	F	Sig.
علائم افسردگی	۱۱/۰۶	۵۶۸۰/۳۰	۶	۱/۶۲	۰/۱۳
تحمل پریشانی	۱۳/۵۱	۵۶۸۰/۳۰	۶	۱/۹۸	۰/۰۶

جهت بررسی مفروضه برابری ماتریس‌های کوواریانس متغیرهای وابسته نتایج آزمون ام باکس در جدول ۴ ارائه شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، نتایج آماره ام باکس ($\text{Sig}=0/13$)؛ $\text{Sig}=0/06$ ؛ $p>0/001$) نشان می‌دهد داده‌ها از مفروضه برابری ماتریس کوواریانس تخطی نکرده‌اند؛ بنابراین، می‌توان از آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده کرد. همچنین جهت بررسی مفروضه کرویت، آزمون ماچلی انجام شد. نتایج نشان داد که فرض کروی بودن نقض نشده است ($\chi^2(2)=4/52$ ، Mauchly's $W=0/84$ ؛ $p=0/10$)

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	مجدور اتا
علائم افسردگی	زمان	۳۶۱/۶۸	۲	۹۵/۷۴*	۰/۷۲*
	گروه	۸۱۰/۰۰	۱	۹/۳۱**	۰/۲۵**
	زمان * گروه	۳۰۵/۸۶	۲	۶۳/۳۸*	۰/۶۹
تحمل پریشانی	زمان	۴۸۴/۲۸	۲	۸۰/۶۷	۰/۷۱*
	گروه	۵۱۳/۶۱	۱	۱۱/۰۹۶	۰/۲۸**
	زمان * گروه	۳۷۴/۲۸	۲	۶۲/۳۴	۰/۶۶*

* $P<0/01$ ** $P<0/05$

برای بررسی این که آیا تغییر یکسانی در نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل در طول زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) وجود دارد یا نه؟ نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ آورده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود در متغیر علائم افسردگی، ۲۵

درصد ناشی از تغییرات گروهی، ۷۲ درصد ناشی از اثر زمان و ۶۹ درصد ناشی از اثر متقابل زمان و گروه بود. در متغیر تحمل پریشانی، ۲۹ درصد ناشی از تغییرات بین گروهی، ۷۱ درصد ناشی از اثر زمان و ۶۶ درصد ناشی از اثر متقابل زمان و گروه بود. اثر زمان و اثر تعامل زمان * گروه برای متغیرهای علائم افسردگی و تحمل پریشانی در سطح ۰/۰۰۱ و برای گروه در سطح ۰/۰۵ معنادار است. بنابراین نتایج حاکی از آن است که نمرات در طول زمان و همچنین تعامل زمان و گروه معنادار هستند.

جدول ۶. نتایج تحلیل اثرات ساده برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	متغیر	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	Sig
گروه ۱	گروه ۲	-۶/۰۰۰	۱/۹۵	۰/۰۰۵
گروه ۲	علائم افسردگی	۶/۰۰۰	۱/۹۵	۰/۰۰۵
گروه ۱	گروه ۲	۵/۲۸	۱/۵۳	۰/۰۰۲
گروه ۲	تحمل پریشانی	-۵/۲۸	۱/۵۳	۰/۰۰۲

با توجه به معناداری اثر تعاملی زمان × گروه در تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر، نتایج تحلیل اثرات ساده برای بررسی تفاوت بین گروه‌ها در هر یک از زمان‌های اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در در جدول ۶ آورده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، در مرحله پیش‌آزمون تفاوت معناداری بین گروه مداخله و گروه کنترل وجود ندارد، که نشان‌دهنده همسانی وضعیت دو گروه قبل از شروع مداخله است. اما در مراحل پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معناداری به نفع گروه مداخله دیده می‌شود، به گونه‌ای که گروه مداخله علائم افسردگی کمتری داشته و تحمل پریشانی بیشتری نشان داده است. این یافته‌ها نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخله و پایداری این اثرات در طول زمان می‌باشد.

جدول ۷. آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها

متغیر	زمان	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
علائم افسردگی	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۴/۰۰	۰/۴۳	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۴/۴۶	۰/۴۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۴۶	۰/۲۷	۰/۳۰۲
	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	-۵/۱۱	۰/۵۷	۰/۰۰۱

متغیر	زمان	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
تحمل پریشانی	پیش‌آزمون - پیگیری	-۵/۵۳	۰/۶۱	۰/۰۰۱
پس‌آزمون - پیگیری		-۰/۵۳	۰/۲۳	۰/۰۸۶

نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین‌ها، در جدول ۷ آورده شده است. همانطور که مشاهده می‌شود، تفاوت میانگین‌ها در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیش-آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار است ($p < ۰/۰۵$). اما تفاوت میانگین نمرات در مراحل پس‌آزمون - پیگیری معنادار نیست ($p > ۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، ارزیابی اثربخشی اکت مبتنی بر ضربه بر علائم افسردگی و تحمل پریشانی در دانشجویان با تجربه ضربه عشق بود. نتایج نشان داد که برنامه مداخله، اثربخشی معناداری بر کاهش علائم افسردگی و افزایش تحمل پریشانی داشته است؛ به طوری که نمرات علائم افسردگی گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون کاهش و نمرات تحمل پریشانی افزایش معناداری داشته و دستاوردهای درمانی در ارزیابی پیگیری ۳ ماهه نیز پایدار بوده است، در حالی که در نمرات گروه کنترل، تغییر قابل ملاحظه‌ای مشاهده نشده است. بنابراین، اکت متمرکز بر ضربه، تأثیر معناداری بر کاهش علائم افسردگی و افزایش تحمل پریشانی در دانشجویان با تجربه ضربه عشق دارد. یافته‌های پژوهش با نتایج پژوهش قاسمی طابق و همکاران (۲۰۱۸) و مزید و همکاران (۲۰۲۵) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که تجربه ضربه عشق، ماشه چکان پریشانی روانشناختی قابل توجه، علائم افسردگی و کاهش تحمل پریشانی است. فرد دچار ضربه عشق از مواجهه با محرک‌های تداعی‌گر ضربه عشق مانند افکار، خاطرات، عکس، عکس‌ها، موسیقی و افراد اجتناب می‌کند. فرد با اجتناب، مانع زنده شدن خاطرات پریشان‌کننده و دردناک ضربه عشق می‌شود، اما به‌مرور، خود به مانعی در فرایند پردازش و بهبود تبدیل می‌گردد (راس، ۱۴۰۰). فرد همچنین در خاطرات و افکار خودکار و آزاردهنده مرتبط با با عشق از دست‌رفته غرق شده، بر بازگشت آن تمرکز می‌کند و امید به بازگشت او دارد به طوری که این افکار و خاطرات مزاحم و تکراری به طور مداوم در خواب و بیداری بر ذهن فرد وارد شده و بیش از حد انتظار مزاحم احساسات، رفتار و افکار فرد می‌شود. برای مثال، فرد ممکن است دچار افکار وسواسی و احساس گناه در مورد

کارهایی که باید انجام می‌داد تا هدف عشقی خود را از دست ندهد شود (ورهالن و همکاران، ۲۰۲۲).

علاوه بر این، فرد برانگیختگی فیزیولوژیکی مثل افزایش ضربان قلب، درد ناحیه شکمی، حالت تهوع، گیجی و منگی و حالات تجزیه، کاهش اشتها، وزن، انرژی و خستگی را تجربه می‌کند (هالجین و ویتبورن، ۱۴۰۳). به دنبال این پیریشانی و آشفتگی هیجانی و فیزیولوژیکی، عملکرد روزمره، به‌ویژه عملکرد تحصیلی فرد مختل می‌گردد؛ مثلاً دانشجو مدت طولانی در رختخواب بماند، از حضور در کلاس‌ها غیبت کند و در انجام تکالیف تحصیلی خود دچار مشکل شود و به سختی ترم را می‌گذراند یا ممکن است دچار افت تحصیلی و حتی ترک تحصیل از دانشگاه شود (راس، ۱۴۰۰). همچنین، فرد دچار افزایش برانگیختگی هیجانی مثل غم و اندوه، کاهش قابل توجه علاقه و لذت به فعالیت‌ها، کندی روانی حرکتی، خستگی و فقدان انرژی، احساس بی‌ارزشی یا احساس گناه، کاهش توانایی تفکر و تمرکز یا عدم تصمیم‌گیری، اضطراب و بی‌قراری، اختلال در خواب (پرخوابی یا بی‌خوابی) (هالجین و ویتبورن، ۱۴۰۳). خشم و تحریک‌پذیری بیش از حد و تمایل ناخودآگاه برای تعقیب کردن و تصاحب مجدد معشوق می‌شود (راس، ۱۴۰۰).

در تبیین اثرات مداخله، می‌توان گفت اکت متمرکز بر ضربه با تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، موجب تغییر نحوه‌ی واکنش و نوع رابطه فرد با تجارب مرتبط با ضربه عشق می‌شود. در گام اول، با بهره‌گیری از مفهوم «درماندگی خلاق»، فرد درمی‌یابد که آنچه تاکنون برای حل مشکل خود انجام داده کارایی لازم را نداشته و خود این راهبردهای کنترل، مسأله شده است و اکنون زمان آن رسیده که راه‌حل‌های جدید را امتحان کند و به جای تلاش برای اجتناب یا رهایی از تماس با افکار، احساسات، حس‌ها و خاطرات آزارنده و ناخواسته مرتبط با ضربه عشق، آنها را بدون دفاع، تلاش برای تغییر و یا قضاوت کردن، پذیرش کند (هریس، ۲۰۲۱) و نسبت به آنها باز باشد و به آنها فضا دهد آزادانه بیانند و بروند و بپذیرد چرا که این افکار و خاطرات به خودی خود مشکل‌ساز نیستند، اینها جزء طبیعی چنین تجربه‌ای برای هر انسانی هستند (هریس، ۲۰۲۳).

در حالت آمیختگی، فرد آنقدر محکم به افکار و خاطرات مزاحم و تکراری مرتبط با هدف عشقی می‌چسبد که با آنها «آمیخته» می‌شود لذا نمی‌تواند خود را از افکارش جدا کرده و افکار برایش به واقعیت تبدیل می‌شوند (هریس، ۲۰۲۳). گسلش، به فرد کمک می‌کند از آنچه در ذهنش می‌گذرد یک گام به عقب رود و کمی از افکارش فاصله بگیرد؛ در این حالت می‌تواند افکار

و خاطرات درونی خود را بدون گم شدن در آنها، گیر کردن در آنها یا آمیختگی با آنها مشاهده کند؛ می تواند به افکار خود توجه کند، آنها را تماشا کند، بپذیرد و در صورت تمایل آنها را رها کند (پروندی و همکاران، ۱۴۰۲). گسلش این امکان را به فرد می دهد که افکار را صرفاً به عنوان افکار ببیند، احساسات را فقط احساسات، خاطرات را فقط خاطرات و حس های بدنی را فقط حس بدنی ببیند؛ یعنی تجاری گذاری و نه واقعیت هایی مطلق و با حذف معنایی که ذهن به این تجربیات می دهد فرد از حالت غرق شدگی در افکار و خاطرات رنج آور رها می شود و بدین ترتیب، از میزان پریشانی و آشفتگی هیجانی او کاسته می شود (فانگ و وونگ، ۲۰۲۴).

زندگی در زمان حال سهم عمده از مداخله در اکت متمرکز بر ضربه است. در این مرحله، فرد می آموزد که با ذهن آگاهی، تماس با لحظه حاضر و محیط پیرامون خود را تقویت کند، با درون بدنش ارتباط برقرار کند و در آن بماند؛ روی کاری که انجام می دهد تمرکز کنند و درگیر آن شود (هریس، ۲۰۲۱). و از غلبه افکار و خاطرات گذشته (کاش بیشتر با او مهربان بودم، کاش بیشتر به او توجه می کردم) و نگرانی آینده (من هیچ وقت نمی توانم مثل او شریکی بدست بیاورم) مرتبط با ضربه عشق جلوگیری کند (هریس، ۲۰۲۳). او یاد می گیرد خود را مشاهده گر در نظر بگیرد که افکار و احساسات به خاطر او وجود دارند و او برابر با افکار و خاطراتش نیست (فانگ و وونگ، ۲۰۲۴).

بررسی ارزش ها (مثل تحصیل) به عنوان هدایت کننده های زندگی معنادار و انتخابی و اقدام متعهدانه، شرایطی را فراهم می کند که فرد به جای عمل براساس علائم افسردگی، براساس ارزش هایش عمل کند. پیوند اعمال با ارزش ها، احساس هدفمندی ایجاد کرده و انرژی روانی لازم برای حرکت در مسیر رشد را فراهم می سازد (وب، ۲۰۲۳). این ارتباط به افراد قدرت می دهد تا حتی در مواجهه با چالش های افسردگی، انتخاب هایی را انجام دهند که همسو با ارزش هایشان باشد مانند افزایش حضور در کلاس درس و انجام تکالیف تحصیلی. این زمینه را برای کاهش غم و اندوه، اضطراب و بی قراری، مشکلات خواب، خشم و تحریک پذیری، افزایش انرژی جسمانی و علاقه و لذت به فعالیت ها، احساس ارزشمندی، افزایش توانایی تفکر و تمرکز و تصمیم گیری، کاهش اجتناب از تجارب درونی منفی و نیز عکس، آهنگ، مکان و افرادی که موجب تداعی ضربه عشق می شوند، افزایش کارایی شخصی و تغییر باورهای آشفته ساز در مورد محرک های ضربه عشق فراهم می کند (هریس، ۲۰۲۳).

مهارت «شفای گذشته» نیز به مراجع کمک می کند در سفر به گذشته با تصویرسازی کودک درونی، خاطره ای دردناک را مرور کند تا اثر خاطره به مرور کم رنگ تر شود و با شفقت ورزی، خود را آسوده و آرام کند (هریس، ۲۰۲۱). با مواجهه تجسمی با خاطرات پریشان کننده رابطه عشقی

و فرایند سوگواری، درد عاطفی مکرر (غم و اندوه تا خشم و گناه) را به عنوان یک واکنش طبیعی به فقدان، عادی‌سازی کند، با فقدان موضوع عشقی کنار بیاید، آن را بپذیرد و با زندگی روزمره سازگار و درگیر مجدد آن شود (هریس، ۲۰۲۳). و با متوقف کردن خودسرزنی (همه‌اش تقصیر من بود، من ارزشی ندارم و گرنه او مرا رها نمی‌کرد)؛ بخشش و رفتار مهربانانه با خود (من بدون او هم ارزشمند هستم و باید با خودم مهربان باشم و بیشتر به خودم اهمیت بدهم) و بخشش دیگری (او به عنوان یک انسان حق انتخاب دارد) مرهمی بر زخم گذشته خود بگذارد (هریس، ۲۰۲۱).

مهارت «ساختن آینده» به فرد کمک می‌کند با طراحی برنامه‌ای برای حفظ و پیشگیری، مراقب رفتارهای مشکل‌ساز مثلاً نوشیدن الکل یا رها کردن تکالیف تحصیلی باشد. منابع یاری-رسان، حوزه‌های مهم زندگی؛ مهارت‌های مفید ذهن‌آگاهی (گسلش، پذیرش)، شفقت به خود (مهربانانه با خود رفتار کردن) و مراقبت از خود (خودآرامی، ابراز وجود، حل مسئله) را یادداشت می‌کند تا در دسترس داشته باشد، برای ایمن‌تر کردن محیط خود، چیزی را که به حفظ آرامش او کمک می‌کند مثلاً دوست و کتاب را فراهم کند و یا چیزهای که باعث بدتر شدن مشکل او می‌شود مثلاً مواد مخدر و الکل را حذف می‌کند و اینگونه شرایط ایمن‌تری را برای دوران بعد از بهبودی فراهم می‌کند (هریس، ۲۰۲۱).

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که اکت متمرکز بر ضربه، با افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، تماس با لحظه حال، شفای گذشته و ساختن آینده، می‌تواند علائم افسردگی را کاهش و تحمل پریشانی را افزایش دهد؛ به طوری که فرد دچار ضربه عشقی بهتر بتواند این چالش عمده را تحمل و از آن عبور کند و عملکرد روزمره خود را بویژه عملکرد تحصیلی را در سطح بهنجار مدیریت کند. بر این اساس، توصیه می‌شود اکت متمرکز بر ضربه به عنوان رویکردی مؤثر در درمان ضربه عشق توسط روان‌درمانگران مورد استفاده قرار گیرد.

پژوهش حاضر با وجود نتایج معنادار و امیدبخش، با چند محدودیت مهم همراه بود. نخست، نمونه پژوهش صرفاً شامل دانشجویان دارای تجربه ضربه عشق در دانشگاه‌های شهر کرمانشاه بود که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. این امر می‌تواند دامنه تعمیم نتایج را محدود کرده و ضرورت بررسی در سایر گروه‌های سنی، فرهنگی و جغرافیایی را برجسته سازد. همچنین، حجم نمونه نسبتاً اندک (۲۸ نفر) و دوره پیگیری نسبتاً کوتاه مدت (سه ماه) از دیگر محدودیت‌های این مطالعه محسوب می‌شوند.

براساس نتایج پژوهش حاضر، در سطح پژوهشی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و جامعه‌های آماری متنوع‌تری استفاده شود تا قابلیت تعمیم

افزایش یابد. همچنین، جهت بررسی پایداری و دوام اثربخشی مداخله‌ی اکت متمرکز بر ضربه، انجام پیگیری‌های بلندمدت‌تر (مثلاً در فواصل شش ماهه یا یک‌ساله) توصیه می‌شود. در سطح کاربردی، پیشنهاد می‌شود درمانگران و مشاورانی که با نوجوانان و جوانان دچار تجربه شکست عشقی کار می‌کنند، از این رویکرد درمانی برای کاهش علائم افسردگی و افزایش تحمل پریشانی بهره ببرند.

موازن اخلاقی

به منظور رعایت موازن اخلاق پژوهش، از کلیه شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه کتبی اخذ شد. در تمامی مراحل پژوهش، اصول اخلاقی شامل رازداری و محرمانه‌بودن هویت و اطلاعات آزمودنی‌ها، صداقت و امانت علمی، آگاهی شرکت‌کنندگان از اهداف پژوهش، اطمینان از بی‌خطر بودن مطالعه، و تأکید بر اختیاری بودن مشارکت رعایت گردید. همچنین به شرکت‌کنندگان اطلاع داده شد که در هر مرحله از پژوهش می‌توانند بدون هیچ‌گونه پیامد منفی از ادامه همکاری یا پاسخ‌گویی انصراف دهند.

در مورد گروه کنترل، اطمینان حاصل شد که صرفاً در فرآیند سنجش‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشارکت دارند و هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی بر آن‌ها اعمال نشد. به این گروه نیز اطلاع داده شد که در صورت تمایل، پس از اتمام پژوهش می‌توانند از خدمات مداخله‌ای مشابه بهره‌مند شوند. مقاله حاضر حاصل پایان‌نامه دکتری تخصصی روانشناسی نویسنده اول و مصوب معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه با کد اخلاق IR.AZARUNIV.REC.1403.029 است.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر حاصل پایان‌نامه دکتری تخصصی روانشناسی نویسنده اول و مصوب معاونت آموزشی و پژوهشی دانشگاه به تاریخ ۱۴۰۳/۰۴/۱۶ و با کد اخلاق IR.AZARUNIV.REC.1403.029 است. ارائه طرح، بیان مسأله، روش، محتوای مداخله، اجرای مداخله، گردآوری، تجزیه و تحلیل داده‌ها و نگارش نسخه اولیه مقاله بر عهده علی پروندی و کمک در طراحی پژوهش، نظارت، بازبینی تخصصی و ویرایش نهایی به عهده دکتر عزت‌اله احمدی، دکتر رحیم عبدی و دکتر رحیم یوسفی بوده است. لذا تمامی نویسندگان نقش مشارکتی و سهم صددرصد در مقاله داشته‌اند.

تعارض منافع

مقاله حاضر هیچ گونه حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری

از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که با همکاری آنها، انجام پژوهش میسر گردید، قدردانی می‌کنیم.

References

- American Psychiatric Association D. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5-TR)*: American psychiatric association Washington, DC; 2022. [\[link\]](#)
- Biracyaza E, Habimana S, Rusengamihigo D. (2021). Psychometric Properties of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in Cancer Patients: Cancer Patients from Butaro Ambulatory Cancer Center, Rwanda. *Psychol Res Behav Manag*; 14:665-674. [\[link\]](#)
- Brown, R. J., Burton, A. L., & Abbott, M. J. (2022). The relationship between distress tolerance and symptoms of depression: Validation of the Distress Tolerance Scale (DTS) and short-form (DTS-SF). *Journal of clinical psychology*, 78(12), 2609–2630. [\[link\]](#)
- Doorley, J. D., Kashdan, T. B., Alexander, L. A., Blalock, D. V., & McKnight, P. E. (2019). Distress tolerance in romantic relationships: A daily diary exploration with methodological considerations. *Motivation and Emotion*, 43 (3), 505–516. [\[Link\]](#)
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, AG. et al. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods* 39, 175–191 (2007). [\[link\]](#)
- Fooladvand, K. (2023). Comparing the difficulty in emotion regulation and distress tolerance in students with depressed and non-depressed symptoms. [Research]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 12(8), 57-64. [Persian]. [\[link\]](#)
- Fung, K. P.-L., & Wong, J. P.-H. (2024). Acceptance and commitment training (ACT) for mental health promotion: Reducing mental illness stigma and promoting valued-living. Toronto Metropolitan University Pressbooks. [\[link\]](#)

- Halgin, R. P., & Whitbourne, S. K. (2024). *Abnormal psychology* (Y. Seyed Mohammadi, Trans.; 9th ed., Vol. 1). Ravan Publishing. [Persian].
- Harris, R. (2023). *ACT with Love: Stop Struggling, Reconcile Differences, and Strengthen Your Relationship with Acceptance and Commitment Therapy*: New Harbinger Publications.[[link](#)]
- Harris, Russ. (2021). *Trauma-Focused ACT: A Practitioner's Guide to Working with Mind, Body, and Emotion Using Acceptance and Commitment Therapy* (1st edition). Oakland: Context Press.[[link](#)]
- Jackson-Koku, G. (2016). Beck depression inventory. *Occupational medicine*, 66(2), 174-175. [[link](#)]
- Kim YE, Lee B. Assessing the factor structure and construct validity of the Beck Depression Inventory (BDI-II) in a Korean preschool teacher sample. *OBM Neurobiology*. 2024;8(2):224. [[link](#)]
- Luberto, C. M., Crute, S., Wang, A., Yeh, G. Y., Celano, C. M., Huffman, J. C., & Park, E. R. (2021). Lower distress tolerance is associated with greater anxiety and depression symptoms among patients after acute coronary syndrome. *General Hospital Psychiatry*, 70, 143–144. [[link](#)]
- Mahmoudpour, A., Shariatmadar, A., Borjali, A., & Shafiabadi, A. (2021). Psychometric Properties of the Distress Tolerance Scale (DTS) in the Elderly. *Quarterly of Educational Measurement*, 12(46), 49-64. [Persian]. [[link](#)]
- Mesbahi, E., AmiriMajd, M., Ghamari, M., & Bazazian, S. (2022). Relationship between parental attachment and perception of love trauma syndrome: The mediating role of maladaptive schemas domain of disconnection and rejection. [Research]. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ)*, 11(5), 91-100. [[link](#)]
- Mezyed, S., Abed, E., & Zarga, D. (2025). The effectiveness of trauma-focused acceptance and commitment therapy in reducing symptoms of complex post-traumatic stress disorder: A single case study mixed method. *Humanities and Social Sciences*, 13(1), 67–84. [[link](#)]
- Moghbeli-Hanzaii, M., Omidi, A., & Zanjani, Z. (2019). The comparison of distress tolerance and experiential avoidance in people with health anxiety and normal people. [Research]. *Feyz Medical Sciences Journal*, 23(6), 689-697. [Persian]. [[link](#)]

- Moosavi afzal, a., & Heydarinasab, I. (2022). Predicting depressive symptoms based on neuroticism with respect to the mediating role of resilience and mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 14(2), 39-50. [Persian]. [[link](#)]
- Nozari, M., Nejati, V., & Mirzaian, B. (2020). Effectiveness of Transcranial direct current stimulation on executive functions and amelioration of symptoms of individuals with Major Depression Disorder. *Applied Psychology*, 13(4), 577-599. [Persian]. [[link](#)]
- Ong, C. W., Barthel, A. L., & Hofmann, S. G. (2024). The Relationship Between Psychological Inflexibility and Well-Being in Adults: A Meta-Analysis of the Acceptance and Action Questionnaire. *Behavior therapy*, 55(1), 26-41. [[link](#)]
- Oorjitham, S., Medvedev, O.N., Bravo, A.J. et al. (2024). Cross-national examination of the Distress Tolerance Scale using Rasch methodology. *Curr Psychol*, 43, 21162-21179. [[link](#)]
- Parvandi, A., Chalabianloo, G. and Bafandeh Gharamaleki, H. (2023). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Attention Bias to Threat and Safety Behaviors in Students with Social Anxiety Disorder. *Journal of Psychological Studies*, 19(3), 35-48. [Persian]. [[link](#)]
- Qasemitabeq, f., Bakhshipour-Roodsari, A., & farnam, A. (2022). *Journal of Clinical Psychology*, 14(2), 51-61. [Persian]. [[link](#)]
- Rajabi, S., & Alimoradi, K. (2018). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on self-concept clarity, depression, anxiety and stress, and self-esteem in students with Love trauma syndrome. *Journal of Psychological Studies*, 14(3), 131-146. [Persian]. [[link](#)]
- Rezaei, S., Mojtabaei, M., & Shomali Oskoei, A. (2023). Comparison of the Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy and Schema Therapy on Depression, Anxiety in Mothers with Autistic Children. *Applied Psychology*, 17(4), 143-168. [Persian]. [[link](#)]
- Rosse, R. B. (2007). *The Love Trauma Syndrome: Free Yourself from The Pain of A Broken Heart*: Translated by: Masoudi, F., Farrokhzad, T., Tarkavonnejad, S and Alizad Ashrafi, A. Saye Sokhan Publications. [Persian]. [[link](#)]
- Sharma G. (2021). *All about Romantic Love: A Three Sixty Degree View of Relationships*: Notion Press; 2021. [[link](#)]

- Verhallen, A. M., Alonso-Martínez, S., Renken, R. J., Marsman, J.-B. C., & ter Horst, G. J. (2022). Depressive symptom trajectory following romantic relationship breakup and effects of rumination, neuroticism and cognitive control. *Stress and Health*, 38(4), 653–665. [[link](#)]
- Vujanovic, A.A., Webber, H.E., McGrew, S.J., Green CE. Lane SD., Schmitz, J.M (2022). Distress tolerance: prospective associations with cognitive-behavioral therapy outcomes in adults with posttraumatic stress and substance use disorders. *Journal of Cognitive Behaviour Therapy*, 51(4), 326-342. [[link](#)]
- Webb, AJ. (2023). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Foundational Principles, Processes, and Treatment Components. [[link](#)]
- Woods, R., Lavoie, K. L., & Bacon, S. L. (2022). The factor structure and stability of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II) in a population undergoing bariatric surgery. *Obesity Surgery*, 32(11), 3732-3739. [[link](#)]

