

مقایسه اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشتفتگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلا به پراشتهای روانی

Comparison of the effectiveness of short-term solution-oriented psychotherapy and schema therapy on perturbation tolerance and unbearable intolerance in women with mental disorders

Reyhaneh Hashemi Saraj

Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Hassan Toozandehjani*

Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

h.toozandehjani@ymail.com

Ahmad Zendehdel

Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

ريحانه هاشمي سراج

دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

حسن توزنده جانی

دانشیار، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

احمد زنده دل

استادیار، گروه روان شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

Abstract

The aim of this study was to compare the effectiveness of short-term solution-oriented psychotherapy and schema therapy on tolerance of confusion and indecisive intolerance in women with neurological disorders. This study was a quasi-experimental study (pre-test design, post-test, follow-up with a control group). The statistical population included all patients with dementia in Karaj in the period 2021-2022. The statistical sample consisted of 45 women who were purposefully selected. Then, 15 patients were randomly assigned to the treatment waiting group and 30 patients to the two experimental groups (15 patients in each group). The first group of short-term psychotherapy is a solution based on the difficult model; The second group received a treatment regimen based on Yang et al.'s model in 8 and 10 90-minute sessions, respectively. Data were collected using the Freestone Intolerance Uncertainty Scale (IUS) (1994) and the Simmons and Gahr (2005) Self-Assessment Scale (DTS). Analyzed. The results showed that short-term solution-oriented psychotherapy and schema therapy was effective on turbulence tolerance and uncertainty intolerance in women with mental disorders ($P < 0.05$), but according to the results obtained from the Bonferroni test, there was no difference in the effectiveness of the two in increasing turbulence tolerance. There was no reduction in uncertainty intolerance ($p < 0.05$).

Keywords: Perturbation tolerance, Psychiatric disorders, Schema therapy scheme Solution-oriented psychotherapy, Uncertainty intolerance

چکیده

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشتفتگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلا به پراشتهای روانی بود. این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال پراشتهای عصبی در شهر کرج در سال ۱۴۰۰ - ۱۴۰۱ بود. نمونه آماری شامل ۴۵ نفر از این زنان بود که به صورت هدفمند انتخاب شدند. سپس، به طور تصادفی ۱۵ نفر در گروه انتظار درمان و ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین گردیدند. گروه اول روان درمانی کوتاه مدت راه حل مبتنی بر الگوی دشاز؛ گروه دوم طرحواره درمانی مبتنی بر الگوی یانگ و همکاران را به ترتیب طی ۸ و ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از مقیاس تحمل ناپذیری بلاتکلیفی فریستون (FST) (1994) و مقیاس خودسنجی سیمونز و گاہر (DTS) (2005) جمع‌آوری شد. اداده‌های پژوهش، به روش تحلیل واریانس آمیخته (با اندازه‌گیری مکرر) موردن تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشتفتگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی زنان مبتلا به پراشتهای روانی اثربخش بوده استند ($P < 0.05$ ، اما ابا توجه به نتیجه به دست آمده از آزمون بونفرونی هیچ تفاوتی در اثربخشی این دو در افزایش تحمل آشتفتگی و کاهش تحمل ناپذیری بلاتکلیفی مشاهده نشد ($p > 0.05$) نتیجه‌گیری می‌شود. این دو مداخله تا حد زیادی توانستند تحمل آشتفتگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی را افزایش دهند و از این‌رو می‌توانند در درمان مبتلایان به پراشتهای روانی استفاده شوند.

واژه‌های کلیدی: پراشتهای روانی، تحمل آشتفتگی، تحمل ناپذیری بلاتکلیفی، روان درمانی راه حل محور، طرحواره درمانی

مقدمه

در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی انجمن روانی آمریکا پراشتاهای عصبی به عنوان عمدت‌ترین اختلال خوردن شناخته شده است (راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، ۲۰۲۲). پراشتاهای عصبی تکرار دوره‌های پرخوری و رفتارهای جبرانی نامتناسب حداقل دو بار در هفته است (ملی^۱ و همکاران، ۱۳۹۴). دوره‌های پرخوری با خوردن در دوره‌های زمانی منفصل و مقدار غذایی مشخصاً بیشتر از مقدار غذایی که اکثر مردم در دوره‌های زمانی و موقعیت‌های مشابه می‌خورند و احساس عدم کنترل برخوردن در طی دوره‌ها مشخص می‌شود (الیوبی^۲ و همکاران، ۲۰۲۲). شواهد پزشکی نشان می‌دهد که پراشتاهای عصبی موجب بروز مشکلات جدی در سلامتی افراد نظیر فشارخون بالا، دیابت، بالا رفتن کلسترول به دنبال آن مشکلات قلبی عروقی می‌شود (ویس و آونا، ۲۰۲۰). از جمله مؤلفه‌های روان‌شناختی اختلال پراشتاهای عصبی که توجه نظری گسترده‌ای را در مطالعات معاصر به خود معطوف کرده است سطح پایین تحمل آشфтگی (آیار و سابانسیوگولار^۳، ۲۰۲۱) و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی^۴ (کیم^۵ و همکاران، ۲۰۰۷) اشاره نمود. از شاخص‌های مهم تعیین نیازها و شرایط سلامتی افراد مبتلا به اختلال پراشتاهای عصبی سطح تحمل آشфтگی آن‌ها است (اسچایومبرگ^۶ و همکاران، ۲۰۲۱). هاول^۷ و همکاران، (۲۰۱۰) نشان دادند که تحمل آشфтگی علائم اختلال‌های اضطرابی را تشدید می‌کند. افراد با تحمل آشфтگی پایین پاسخ برانگیختگی خود را آزاردهنده می‌یابند و بتایراین تجربه اضطراب در پاسخ به محرك تقویت می‌شود. بر این اساس، این سازه نقش مهمی در گسترش و تداوم پراشتاهای عصبی ایفا می‌کند (ویتون^۸ و همکاران، ۲۰۱۲). بر اساس نظریه شناختی، تحمل آشфтگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی علائم اختلال‌های اضطرابی را تشدید می‌کند. بر این اساس، این سازه‌ها نقش مهمی در گسترش و تداوم پرخوری روانی ایفا می‌کند (لین^۹ و همکاران، ۲۰۲۰).

این سازه نقش مهمی در ایجاد و تداوم نگرانی بیش از حد افراد ایفا می‌کند. عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند به عنوان نوعی سوگیری شناختی تعریف شود که چگونگی ادراک، تفسیر و پاسخ به موقعیت‌های مبهم را در سطح شناختی، هیجانی و رفتاری تحت تأثیر قرار می‌دهد (به نقل از سانگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). افرادی که در برابر بلاتکلیفی تحمل ناپذیر هستند، معتقدند که بلاتکلیفی استرس‌زا و ناراحت‌کننده است، بلاتکلیفی در مورد آینده ناعادلانه است، رویدادهای منفی غیرمنتظره هستند و باید از آن‌ها اجتناب کرد و همچنین بلاتکلیفی با توانایی فرد برای عمل و رفتار کردن تداخل می‌کند (لی^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۱). بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد که مشکلات رفتاری افراد مبتلا به اختلال پراشتاهای عصبی مشکلاتی را در زندگی روزمره آن‌ها به وجود می‌آورد و استرس فراوانی بر محیط زندگی این افراد وارد می‌کند (مرکوریو^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر ارتباط این سازه با نگرانی و آشфтگی ناشی از بلاتکلیفی، به صورت معناداری با برانگیختگی اضطرابی همراه با فقدان لذت همبستگی دارد (کوئنر و داگاس^{۱۳}، ۲۰۱۳). از طرفی پژوهش ایتو^{۱۴} و همکاران (۲۰۲۲) نشان داد که عدم تحمل بلاتکلیفی، یکی از پیش‌بینی کننده‌های سازگاری پایین افراد مبتلا به اختلال پراشتاهای عصبی با محیط است.

مداخلات متعددی برای افزایش تحمل آشфтگی و کاهش تحمل ناپذیری بلاتکلیفی وجود دارد که از آن جمله می‌توان به روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور^{۱۵} و طرحواره درمانی اشاره کرد. در اغلب مواقع، درمان اغلب نیازی به زمان طولانی ندارد و یک تغییر کوچک

1 . Lemly

2 . El Ayoubi

3 . Wiss & Avena

4 - Ayar, Sabanciogullari

5. anxiety sensitivity

6 . Kim

7 . Schaumberg

8 . Howell

9 . Wheaton

10 . Lin

11 . Song

12 . Li

13 . Mercurio

14 . Dugas

15 . Ito

16 . solution focused brief therapy

توسط مراجع، اغلب برای تنظیم یک فرآیند تغییر بزرگ کافی است (جوبرت و گوس^۱، ۲۰۲۱). روان درمانی راه حل محور یکی از درمان‌های کوتاه مدت است که با نگاه غیرآسیب‌شناختی به مسائل توجه می‌کند و از عامل ارتباط به عنوان زیربنای شیوه درمان استفاده می‌کند (فینلایسون^۲ و همکاران، ۲۰۲۱). اثربخشی این رویکرد مداخله‌ای بر افزایش تحمل آشфтگی و کاهش تحمل ناپذیری بلاتکلیفی به این دلیل اهمیت دارد که کوتاه مدت است و بر توانایی‌ها تاکید می‌کند و به تغییرات جزئی به عنوان عامل اصلی برای تغییرات بزرگ‌تر تکیه دارد (نورث کات^۳ و همکاران،). درمانگران راه حل محور به جای توجه به کمبودها و ناتوانی‌ها، پایه‌ی اولیه کارشان را بر روی نیروها، منابع و توانایی‌های مراجع قرار می‌دهند (سامرز فلاناگان^۴ و همکاران، ۲۰۱۵).

از جمله رویکردهای درمانی مؤثر دیگر در این زمینه، طرح‌واره درمانی است. پیشنهادشده است که طرح‌واره درمانی ممکن است یک جایگزین بالرژش برای اختلال‌های خوردن در برخی موارد باشد. طرح‌واره درمانی، درمانی یکپارچه و نوینی است که توسط یانگ و همکارانش (۱۹۹۴) و عمدتاً بر اساس مفاهیم و روش‌های درمان شناختی-رفتاری به وجود آمده است (بوترهون دی هان^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). در این الگوی درمانی، هسته طرح روان‌شناختی که طرح‌واره ناسازگار اولیه^۶ نامیده می‌شود و معمولاً مربوط به بیمارانی با اختلال‌های شخصیتی است، به وسیله راهبردهای شناختی، عاطفی، رفتاری و بین فردی مورد پیگیری و مداخله درمانی واقع می‌شود (یانگ^۷ و همکاران، ۲۰۰۳). طرح‌واره درمانی به جای مداخله در سطح شانه‌ها، ریشه‌های عمیق ایجاد و حفظ مشکلات مراجعت جستجو می‌کند و بر روی باورهای هسته‌ای و تاریخچه بیمار تمرکز دارد. در این درمان برخلاف درمان شناختی-رفتاری، رابطه درمانی و اتحاد درمانی مورد تمرکز بوده و نقش مهمی را ایفا می‌کند (اسکندری، ۱۳۹۳)، درمان طرح‌واره درمانی نسبتاً طولانی‌تر است (ما^۸ و همکاران، ۲۰؛ متیو^۹، ۲۰۱۴ و رزیوم^{۱۰}، ۲۰۱۴) و عدم مقایسه درمان کوتاه مدت در مقابل یک درمان نسبتاً طولانی مدت در اختلالات خوردن، از جمله خلاء پژوهشی بود که پژوهشگر را به این مقایسه واداشت.

از سوی دیگر با توجه به آنچه از معروفی دو درمان کوتاه‌مدت راه حل محور و طرح‌واره درمانی گذشت، می‌توان گفت درمان کوتاه‌مدت راه حل محور بیشتر بر روی منابع و شرایط فعلی فرد و امیدها به آینده متمرکز است؛ اما طرح‌واره درمانی به درک پایه‌های مشکلات روان‌شناختی فرد در دوران کودکی، ارتباط مراجع - درمانگر و نشاندن فرمول‌بندی مشکل بر زمینه تاریخچه فردی گسترده‌تری پای می‌فشارد؛ بررسی این نکته که توجه به حال یا آینده یا توجه به گذشته کدامیک می‌تواند در بهبود اختلال خوردن مؤثرتر باشد پژوهشگران را بر آن داشت تا به بررسی تفاوت تأثیر این دو درمان بر پراشتھایی روانی بپردازنند.

درمان کوتاه‌مدت راه حل محور برای بیماران پراشتھایی روانی امیدوارکننده است. این رویکرد تغییرات قابل توجهی در رفتار خوردن، پاکسازی و نگرش‌های غیرطبیعی در مورد شکل بدن و مزمن نشان داده است و نسبت به سایر درمان‌ها مؤثرتر است. اما در درازمدت نیاز به پیگیری دارد. این مسئله نشان می‌دهد که درمانگر باید بر شناسایی متغیرهای زمینه‌ای که منجر به بازگشت به رفتارهای جبرانی مانند محدودیت غذایی و پاکسازی است، باشد. با توجه به نقش شناخت در اختلال‌های خوردن، شناسایی باورهای هسته‌ای و طرح‌واره‌های شناختی از مفاهیم قابل بحث است. بر همین اساس با توجه به مطالعات انجام‌شده اثربخشی درمان کوتاه‌مدت راه حل محور و طرح‌واره درمانی بر تحمل آشфтگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی موردنبررسی قرار گرفت. لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور و طرح‌واره درمانی بر تحمل آشфтگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلا به پراشتھایی روانی است.

روش

1 - Joubert, Guse

2 - Finlayson

3 - Northcott

4- Sommers-Flanagan

5 - Boterhoven de Haan

6 - Maladaptive schema Symptoms

7- Young

8 - Ma

9 - Matthew

10 - Roozebooin

مقایسه اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشфтگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلا به پراشتھای روانی
Comparison of the effectiveness of short-term solution-oriented psychotherapy and schema therapy on perturbation ...

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال پراشتھای عصبی بود که جهت استفاده از خدمات روان شناختی در سه ماه اول سال ۱۴۰۰ به کلینیک های روان شناسی و مراکز تخصصی تغذیه شهر کرج مراجعه کرده و تمایل به حضور در پژوهش را داشتند. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از این زنان بود که به صورت هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفر جایگزین شدند. ملاک های ورود به پژوهش: داشتن تشخیص اختلال پراشتھای عصبی با استفاده از پرسشنامه مقیاس تشخیص اختلال خوردن^۱ (EDDS) و همچنین تشخیص روان شناسان و روان پژشکان کلینیک های روان شناسی و مراکز تغذیه شهر کرج، تحصیلات حداقل دیپلم، سن ۲۰ تا ۴۰ سال، عدم ابتلا به سایر اختلال های روانی و شخصیتی با استفاده از گزارش درج شده در پرونده های ثبت شده در کلینیک ها و مراکز تخصصی تغذیه مورد هدف توسط روان شناسان و روان پژشکان کلینیک های درمانی، عدم شرکت هم زمان در سایر برنامه های درمانی و عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی، اعلام رضایتمندی بود. ملاک های خروج شامل، غیبت بیش از دو جلسه و عدم همکاری در جلسات درمانی بود. لازم به ذکر است که قبیل از انجام پیش آزمون هدف مطالعه، اطمینان از محرومانه بودن اطلاعات، پرهیز از هرگونه آسیب به شرکت کنندگان، رعایت اصل آزادی در شرکت و خروج از مطالعه؛ همچنین گروه در انتظار درمان به دو گروه ۷ و ۸ نفر تقسیم و بر روی یکی از این گروه ها مداخله کوتاه مدت راه حل محور و بر روی گروه دوم نیز طرحواره درمانی انجام شد. لازم به ذکر است که قبیل از انجام پیش آزمون هدف مطالعه، اطمینان از محرومانه بودن اطلاعات، پرهیز از هرگونه آسیب به شرکت کنندگان و رعایت اصل آزادی به اطلاع آنان رسید.

به منظور انجام پژوهش یک جلسه توجیهی برگزار شد و فرم رضایت نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات دموگرافیک بین شرکت کنندگان توزیع شد. باهدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد مناسب اختصاص داده شد. پس از انتخاب و گمارش آزمودنی ها و قبل از اجرای جلسات درمان آزمودنی های هر دو گروه از طریق پرسشنامه های تحمل آشфтگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس گروه روان درمانی کوتاه مدت تحت مداخله ۸ جلسه ای و بر اساس جلسات ۹۰ دقیقه ای هفته ای یکبار و گروه طرحواره درمانی نیز تحت مداخله ۱۰ جلسه ای ۹۰ دقیقه ای هفته ای یکبار به صورت جلسات حضوری قرار گرفتند. گروه در انتظار درمان نیز مداخله ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات مداخله، آزمودنی های هر سه گروه مجدداً با ابزار پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند و بعد از گذشته یک ماه نیز پیگیری صورت گرفت. داده های حاصل از پژوهش با استفاده از SPSS نسخه ۲۶ و روش آماری تحلیل واریانس آمیخته (با اندازه گیری مکرر) و آزمون بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس تحمل آشفتگی^۲ (DTS): این مقیاس خود سنجی توسط سیمونز و گاهر در سال ۲۰۰۵ ساخته شد و دارای ۱۵ ماده و ۴ زیر مقیاس تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است که روی یک مقیاس پنج درجه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف نمره گذاری می شوند (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). در پژوهش سیمونز و همکاران (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای ابعاد تحمل آشفتگی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۲، ۰/۷۸، ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ گزارش شد. همبستگی درون طبقه ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ بود. همچنین، مشخص شد که این مقیاس دارای روابط ملکی و همگرای اولیه خوبی است. این مقیاس با پذیرش خلق رابطه ای مثبت ($r=0/51$) و با مقیاس های راهبرده ای مقابله ای استفاده از الكل و ماری جوانا و همچنین استفاده از آن ها برای بهبود ($r=-0/53$)، رابطه منفی دارد (سیمونز و همکاران، ۲۰۰۵). در ایران نیز در پژوهش توکلی و کاظمی زهرانی (۱۳۹۷) ضریب پایایی به روش باز آزمایی در فاصله هی زمان دو هفته برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاس های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ بود. همبستگی تحمل آشفتگی با شیوه های مقابله ای مسئله محور، هیجان محور، کمتر مؤثر و مؤثر به ترتیب ۰/۲۱۳، ۰/۲۷۸، ۰/۳۳۷، ۰/۱۹۶ و ۰/۲۷۸ است. همچنین بین مقیاس تحمل آشفتگی با هیجان مثبت، هیجان منفی و ابستگی به سیگار به ترتیب همبستگی های ۰/۵۴۳، ۰/۲۲۴ و ۰/۶۵۳ به دست آمده است (توکلی و همکاران، ۱۳۹۷). آلفای کرونباخ گزارش شده در پژوهش حاضر ۰/۸۷ بود.

مقیاس تحمل ناپذیری بلا تکلیفی^۱ (IUS): این مقیاس دارای ۲۷ ماده است که توسط فریستون^۲ و همکاران (۱۹۹۴) برای ارزیابی واکنش‌های هیجانی، شناختی و رفتاری افراد به موقعیت‌های غیر حتمی تدوین شد. این مقیاس در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً درست = ۵ تا کاملاً نادرست = ۱) نمره‌گذاری می‌شود. روایی این آزمون را فریستون و همکاران (۱۹۹۴) رضایت‌بخش گزارش کردند. بوهر و داگاس^۳ (۲۰۰۲) ضریب آلفای کرونباخ به دست‌آمده برای این مقیاس ۰/۹۴ گزارش کردند (بوهر و همکاران، ۲۰۰۲). نسخه‌ی انگلیسی آن توسط کریستین^۴ و همکاران (۲۰۰۶) اعتباریابی شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه نگرانی ($\alpha=0/60$)، مقیاس افسردگی بک^۵ ($\alpha=0/59$) و مقیاس اضطراب بک ($\alpha=0/55$) در سطح معنی‌داری به دست‌آمده است (به نقل از بشارت و همکاران، ۱۳۹۴). در ایران روایی سازه، همگرا و تشخیصی (افتراقی) مقیاس تحمل ناپذیری بلا تکلیفی از طریق اجرای همزمان مقیاس اضطراب بک (BAI)، بک و همکاران، (۱۹۹۳)، پرسشنامه نگرانی (PSWQ)، می‌یر^۶ و همکاران، (۱۹۹۰)، فهرست عواطف مشبت و منفی (PANAS)، واتسون^۷ و همکاران، (۱۹۸۸) و مقیاس سلامت روانی (MHI-28)، بشارت، (۱۳۸۸) توسط بشارت (۱۳۸۸) محاسبه شد. نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره شرکت‌کنندگان در مقیاس تحمل ناپذیری بلا تکلیفی با اضطراب، عواطف منفی و درماندگی روان‌شناختی همبستگی مشبت معنادار از ۰/۴۳ تا ۰/۶۲ ($P<0/001$) و عواطف مشبت و بهزیستی روان‌شناختی منفی معنادار از ۰/۴۱ – ۰/۵۷ ($P<0/001$) وجود دارد. این نتایج، روایی همگرا و تشخیصی مقیاس تحمل ناپذیری بلا تکلیفی را تأیید می‌کنند. نتایج مقدماتی تحلیل عاملی تأییدی نیز دو عامل نپذیرفت و اجتناب از بلا تکلیفی، بلا تکلیفی بازدارنده از عمل را برای مقیاس تحمل ناپذیری بلا تکلیفی تائید کرد (بشارت و همکاران، ۱۳۹۴). همچنین بشارت (۱۳۸۹) ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی نپذیرفت و اجتناب از بلا تکلیفی ۰/۸۷، برای بلا تکلیفی بازدارنده از عمل ۰/۸۷ و برای نمره کل تحمل ناپذیری بلا تکلیفی ۰/۸۹ گزارش کرد (به نقل از بشارت و همکاران، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ گزارش شده ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس تشخیص اختلال خوردن (EDDS): مقیاس تشخیص اختلال خوردن، نشانه‌های اختلال خوردن را می‌سنجد. این ابزار توسط استیک^۸ و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است و شامل سه زیر مقیاس است که برای آزمودن نشانه‌های اختلال کاماشتهایی عصبی، اختلال پراشتاهایی عصبی و اختلال خوردن مفروط طراحی شده است. نمره‌گذاری به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای و نمره برش ۱۶/۵ به طور رایج برای تشخیص بیماران بالینی از گروه در انتظار درمان به کار می‌رود (غلامی حسنارودی و همکاران، ۱۴۰۰). پایایی این ابزار بر اساس آلفای کرونباخ در پژوهش واگنر^۹ (۲۰۱۱) ۰/۸۷ برای نمونه با وزن نرمال و ۰/۸۳ برای نمونه دارای اضافه وزن گزارش شده است. این مقیاس یک فرآیند توسعه و اعتبارسنجی دقیق را با رعایت دقیق تعدادی از مراحل طی کرد. توسعه دهنده‌گان ابتدا مجموعه‌ای از آیتم‌ها را برای ارزیابی معیارهای تشخیص اختلال خوردن در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ایجاد کردند. این موارد توسط یک پانل متشکل از ۱۴ متخصص اختلال خوردن مورد ارزیابی قرار گرفت. نتایج نشان داد که قابلیت اطمینان یک‌هفته‌ای بازارزمانی برای بی‌اشتهاایی (کاپا = ۰/۹۵) و ضرایب بازارزمانی کافی برای پرخوری عصبی (کاپا = ۰/۷۱) و اختلال پرخوری (کاپا = ۰/۷۵) است (استیک و همکاران، ۲۰۰۰). در ایران نیز آلفای کرونباخ گزارش شده برای این مقیاس در پژوهش غلامی حسنارودی و همکاران (۱۴۰۰) برابر با ۰/۷۹ گزارش شد. ضرایب همسانی درونی این مقیاس در ایران برای اشتهاایی روانی، پراشتاهایی روانی و پرخوری افزایشی به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۸۲ و ۰/۸۳ به دست آمد. روایی این مقیاس به این صورت گزارش شد که بیشتر مقدار KMO از ۰/۶۰ بیانگر کفایت نمونه‌ای برای مقیاس تشخیصی اختلالات خوردن است. همچنین فرض صفر آزمون بارتلت نیز رد شده است که نشان از روا بودن سوالات مقیاس دارد (غلامی حسنارودی و همکاران، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ گزارش شده برای مقیاس حاضر ۰/۸۰۳ بود.

1. Uncertainty intolerance

2. Feriston

3. Buhr, Dugas

4. Cristin

5 . Beack

6 - Myer

7 - Watson

8 - Stice

9 - Wagner

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی کوتاه مدت راه حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشفتگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلا به پراستهای روانی
Comparison of the effectiveness of short-term solution-oriented psychotherapy and schema therapy on perturbation ...

پروتکل روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور برگرفته از کتاب مفاهیم کلیدی در درمان راه حل محور دشاز (۱۹۸۵) به نقل از تشویقی و همکاران (۱۳۹۹) است.

جدول ۱. جلسات روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل مدار مبتنی بر الگوی دشاز (۱۹۸۵) به نقل از تشویقی و همکاران (۱۳۹۹)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	پس از معرفی اعضاء به یکدیگر و ایجاد رابطه حسنی و بیان برخی قوانین گروه، به تعریف مشکل از دیدگاه مراجع پرداخته شد؛ سپس از مراجع دعوت شد که مشکل را در یک کلمه بگویند و آن کلمه را به یک جمله تبدیل کنند. تبدیل مشکل به اهداف قابل دسترس و بحث و مناظره درباره مشکل در ادامه جلسه صورت پذیرفت در آخر نیز تکالیف جلسه بعد از آن شد.
جلسه دوم	در جلسه دوم به بررسی تکالیف هفته قبل پرداخته شد؛ سپس به تعیین هدف برای هریک از افراد گروه به کمک خودشان اقدام شد و در ادامه به بررسی راه حل‌های بر طرف‌کننده شکایات و رسیدن به اهداف پرداخته شد و درنهایت با فرمول‌بندی حلقه‌های راه حل مشکلات جلسه پایان یافت. برای تکلیف نیز از افراد گروه خواسته شد تا اهداف خود از شرکت در جلسات مشاوره را نوشه و در جلسه بعد همراه خود بیاورند.
جلسه سوم	خلاصه‌ای از جلسه قبل و بررسی مشکلات تا لحظه حاضر مطرح شد؛ سپس به بحث و گفتگو درباره آینده پرداخته شد. استفاده از فن استنایها و سؤالات معجزه‌ای در ادامه جلسه مطرح شد و درنهایت بر پیدا کردن یک داستان مثبت در زندگی مراجع و مرتبط با مشکل آن‌ها تأکید شد. برای تکلیف از افراد گروه خواسته شد تا هفته آینده فکر کنند در چه موقعیت‌هایی مشکلات رفتاری نداشته یا کمتر داشته‌اند.
جلسه چهارم	در جلسه چهارم خلاصه‌ای از جلسه قبل مطرح گردید، تکالیف داده شده مورد بررسی قرار گرفت، در ادامه جلسه به توضیح فنون شاهکلید و سؤالات مقایسه‌ای پرداخته شد و از افراد گروه خواسته شد تا این فن‌ها را درباره مشکلاتشان به کار ببرند.
جلسه پنجم	در جلسه پنجم تکالیف هفته قبل بررسی شد و سپس فنون و نامودی، سؤالات راه حل محور، برهان خلف و شرط‌بندی متناقض توضیح داده شد. برای تکلیف از افراد گروه خواسته شد درباره متفاوت بودن با رفتارهای کوتی فکر کنند و پاسخ‌های خود را در جلسه بعد به گروه ارائه دهند.
جلسه ششم	در جلسه ششم کل برنامه درمانی مور گردید، به سؤالات اعضای گروه پاسخ داده شد و دستیابی اعضای گروه به اهداف درمانی مور دبیث قرار گرفت. برای تکلیف از اعضای گروه خواسته شد تا برای جلسه آینده پیرامون ثبت و تحکیم تغییرات فکر کرده و در گروه مطرح کنند.
جلسه هفتم	کمک به افراد برای مرور جلسات و اینکه این افراد چه تغییری کرده‌اند. مشاور به نمایاندن این تغییرات و تشویق آن‌ها اقدام نمود. در تکلیفی از اعضای گروه خواسته شد تا هفته آینده درباره دستاوردها و یادگیری‌های مربوط به جلسات گروه و به کارگیری آن در زندگی فکر و بهصورت مکتوب به جلسات بیاورند.
جلسه هشتم	در این جلسه ابتدا افراد گروه با کمک مشاور به جمع‌بندی جلسات قبل اقدام کرددند و در انتها موقفيت خود را جشن گرفتند و موقفيت تک‌تک افراد گروه مرور شد و نیز پس آزمون اجرا شد.

محتوای جلسات مداخله طرحواره درمانی بر اساس درمان یانگ و همکاران (۲۰۰۳) به نقل از فرزین فر و همکاران (۱۳۹۹) بود.

جدول ۲. جلسات طرحواره درمانی مبتنی بر الگوی یانگ و همکاران (۲۰۰۳) به نقل از فرزین فر و همکاران (۱۳۹۹)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	آشنایی، شرکت‌کنندگان و درمانگر با یکدیگر، ایجاد انگیزه برای درمان، مروری بر ساختار جلسات (رازداری، محramانه بودن، احترام و گوش دادن)، قوانین و مقررات مربوط به گروه‌درمانی، مرور اهداف و منطق کلی درمان، برقراری ارتباط، شناخت مشکل فعلی مراجع و سنجش برای طرحواره درمانی با تمرکز بر تاریخچه شخصی.
جلسه دوم	تعريف طرحواره درمانی، تعریف طرحواره‌های ناسازگارانه و ویژگی‌ها، صورت‌بندی مشکلات در قالب طرحواره درمانی، آشنایی با شش دسته نیازهای مرکزی اولیه و ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها و نحوه شکل‌گیری آن‌ها.
جلسه سوم	شرح مختصر تداوم و بهبود طرحواره، توضیح در مورد عملکرد طرحواره، آشنایی با پنج حیطه و هجده طرحواره ناسازگار اولیه و نقش آن‌ها در مشکلات پرخوری افراد گروه.
جلسه چهارم	معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره‌ها می‌شوند به همراه مثال‌هایی از زندگی روزمره، ایجاد آمادگی در بین افراد برای سنجش و تغییر طرحواره‌ها.
جلسه پنجم	ارائه راهبردهای شناختی برای تغییر، آزمون اعتیار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید‌کننده طرحواره، ارزیابی مزايا و معایب سبک‌های مقابله‌ای بیمار، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی، تکمیل فرم ثبت طرحواره.
جلسه ششم	آموزش چگونگی عملکرد طرحواره‌ها، نحوه حفظ و تداوم آن‌ها و بررسی آثار و پیامدهای آن‌ها، معرفی راهبردهای تجربی برای تغییر، تصویرسازی ذهنی، گفتگوی خیالی و نوشتن نامه به والدین.

معرفی راهبردهای رفتاری، کارت یادآور، تصویرسازی ذهنی و گفتگو، مواجه سازی منظم و تدریجی با موقعیت‌های ترس‌آور، آموزش مهارت‌های اجتماعی، آموزش جرأتمندی، آموزش آرامسازی، مدیریت خشم.

جلسه هفتم

بررسی نقش طرح‌واره‌ها در اختلال پراشتہای روانی، ارائه منطق استفاده از فن‌هایی معرفی شده در جلسات قبل در طول درمان، معرفی مجدد سبک‌های مقابله‌ای به عنوان آماج‌های احتمالی تغییر.

جلسه هشتم

آموزش مقابله با طرح‌واره‌های ناکارآمد و کاهش تأثیرات منفی آن‌ها از طریق بررسی اعتبار طرح‌واره‌ها، ارزیابی مزايا و معایب سبک‌های مقابله‌ای و تمایز بین پاسخ به طرح‌واره‌ها.

جلسه نهم

آموزش مقابله با طرح‌واره‌های ناکارآمد و کاهش تأثیرات منفی آن‌ها از طریق نوشتن نامه، تهیه کارت‌های آموزشی، گفتگوی خیالی و ایفای نقش در موقعیت‌های زندگی واقعی، اجرای پس‌آزمون.

جلسه دهم

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گزارش شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور $26/5 \pm 3/22$ ، گروه طرح‌واره درمانی $25/3 \pm 2/26$ و در گروه در انتظار درمان در زنان $27/2 \pm 3/22$ گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان زن در این پژوهش 23 و حداکثر سن 33 است. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگتر از $0/05$ تفاوت معناداری بین سه گروه از یکدیگر وجود نداشت و سه گروه از نظر سن همگن بودند. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش در سه گروه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری متغیر تحمل آشفتگی و تحمل ناپذیری بلاکلیفی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	میانگین	انحراف معیار								
تحمل آشفتگی	در انتظار درمان	۴/۷۳	۴/۱۲	۴/۴/۸	۴/۷۶	۴۵	۴/۷۰	۴/۷۶	۴/۷۰	۴۵	۴/۷۰	۵۵/۲	۶/۰/۱
روان‌درمانی کوتاه‌مدت	طرح‌واره درمانی	۴۶/۶	۴/۹۲	۵۴/۹	۶/۱۶	۵۶/۲	۵/۳۷	۵/۷۸	۵/۷۸	۵۶/۲	۵/۳۷	۸۹/۲	۵/۱۲
تحمل ناپذیری	در انتظار درمان	۹۲/۲	۷/۶۲	۸۹/۴	۵/۴۶	۸۰/۶	۳/۳۹	۳/۶۷	۸۱/۶	۳/۶۷	۸۰/۶	۷۹/۴	۵/۷۰
بلاتکلیفی	روان‌درمانی کوتاه‌مدت	۹۳/۱	۴/۵۶	۹۳/۱	۶/۱۶	۹۳/۶	۵/۷۰	۸۰/۴	۶/۱۶	۹۳/۶	۹۳/۱	۹۲/۲	۶/۰/۱

جدول ۳ میانگین تحمل آشفتگی و تحمل ناپذیری بلاکلیفی را در سه گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور، گروه طرح‌واره درمانی و گروه در انتظار درمان نشان می‌دهد؛ چنانچه مشاهده می‌شود میانگین تحمل آشفتگی و تحمل ناپذیری بلاکلیفی در بین سه گروه موردمطالعه در پیش‌آزمون تفاوت چندانی دیده نمی‌شود؛ اما بعد از مداخله گروه‌های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه در انتظار درمان در مقایسه با قبل از مداخله نشان می‌دهند؛ همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده است.

به منظور بررسی نرمال بودن متغیرهای موجود در این پژوهش برای به کارگیری آزمون مناسب از آزمون کالموگراف - اسپیرنوف استفاده شد که نتایج در قبل از مداخله در گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور در متغیر تحمل آشفتگی $0/64 < p < 0/05$ ، در گروه طرح‌واره درمانی $0/19$ و در گروه در انتظار درمان $0/089 < p < 0/05$ گزارش شد. این نتایج در بالافصله بعد از مداخله در گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور $0/744 < p < 0/05$ ، در گروه طرح‌واره درمانی $0/871 < p < 0/05$ و در گروه در انتظار درمان $0/065 < p < 0/05$ گزارش شد. همچنین نتایج این آزمون در یک ماه پس از مداخله در گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور $0/961 < p < 0/05$ گزارش شد. همچنین نتایج در قبل از مداخله در گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور در متغیر تحمل ناپذیری بلاکلیفی $0/555 < p < 0/05$ ، در گروه طرح‌واره درمانی $0/744 < p < 0/05$ و در گروه در انتظار درمان $0/0698 < p < 0/05$ گزارش شد. این نتایج بالافصله بعد از مداخله در گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور $0/698 < p < 0/05$ ، در گروه طرح‌واره درمانی $0/744 < p < 0/05$ و در گروه در انتظار درمان $0/0917 < p < 0/05$ گزارش شد. همچنین نتایج این آزمون در یک ماه پس از مداخله در گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور $0/079 < p < 0/05$ ، در گروه طرح‌واره درمانی $0/669 < p < 0/05$ و در گروه در انتظار درمان $0/0487 < p < 0/05$ گزارش شد. جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس برای گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور از آزمون باکس استفاده شد. همچنانی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس برای گروه روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور $0/05 < p < 0/05$ بود. آماره امباکس، $F = 1/33$ ، $p = 0/05$ که سطح معنی‌داری میزان F به دست آمده بیشتر از $0/05$ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تائید قرار می‌گیرد. کرویت ماجلی در متغیر تحمل آشفتگی $0/154 < p < 0/05$ آماره موشلي، $= 50/4$ آماره امباکس، $F = 1/33$ ، $p = 0/05$ بود.

مقایسه اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشфтگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلا به پراستهای روانی
Comparison of the effectiveness of short-term solution-oriented psychotherapy and schema therapy on perturbation ...

توزیع خی دو، $P < 0.01$) که چون آزمون کرویت ماجلی بالاتر از 0.05 نیست، از آزمون محافظه کارانهای چون گرین هاووس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین کرویت ماجلی در متغیر تحمل ناپذیری بلاتکلیفی $F = 0.389$ ، آماره موشلي، $= 254$ = توزیع خی دو، $P < 0.01$) که چون آزمون کرویت ماجلی در اینجا نیز بالاتر از 0.05 نیست، از آزمون محافظه کارانهای چون گرین هاووس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. همچنین همگنی واریانس گروهها برای سه مرحله اندازه گیری در متغیر تحمل آشفتگی به ترتیب برای پیش آزمون $F = 0.58$ ، $P < 0.05$ ، $F = 0.835$ ، $P < 0.05$ و پیگیری $F = 0.635$ ، $P < 0.05$) گزارش شد که نشان دهنده تائید همگنی واریانس ها است. از طرفی این نتایج برای گروه طرحواره درمانی $F = 0.06$ ، آماره امباکس، $= 28$ ، $P < 0.05$) که سطح معنی داری میزان F به دست آمده بیشتر از 0.05 گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کواریانس مورد تائید قرار می گیرد. کرویت ماجلی برای تحمل آشفتگی ($F = 0.21$ ، آماره موشلي، $= 41$) = توزیع خی دو، $P < 0.01$) که چون آزمون کرویت ماجلی بالاتر از 0.05 نیست، از آزمون محافظه کارانهای چون گرین هاووس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین کرویت ماجلی برای تحمل ناپذیری بلاتکلیفی ($F = 0.20$ ، آماره موشلي، $= 41$) = توزیع خی دو، $P < 0.01$) که چون آزمون کرویت ماجلی بالاتر از 0.05 نیست، از آزمون محافظه کارانهای چون گرین هاووس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروهها برای سه مرحله اندازه گیری برای متغیر تحمل آشفتگی به ترتیب برای پیش آزمون $F = 0.07$ ، $P < 0.05$ ، $F = 0.18$ ، $P < 0.05$ و پیگیری $F = 0.20$ ، $P < 0.05$) و برای متغیر تحمل ناپذیری بلاتکلیفی به ترتیب برای پیش آزمون ($F = 0.03$ ، $P < 0.05$ ، $F = 0.05$ ، $P < 0.05$)، پس آزمون ($F = 0.422$ ، $P < 0.05$ ، $F = 0.231$ ، $P < 0.05$) گزارش شد که نشان دهنده تائید همگنی واریانس ها در این سه مرحله اندازه گیری است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

اثر	نام آزمون	مقدار	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری	مجذور ایتای تفکیکی
آزمون پیلابی	آزمون پیلابی	۰/۷۷۶	۱۳/۳	۴	۸۴	۰/۰۰۱	۰/۳۸۸
آزمون لامبادای ویلکز	آزمون لامبادای ویلکز	۰/۲۵۰	۲۰/۴	۴	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۵۰۰
آزمون اثر هتلینگ	آزمون اثر هتلینگ	۲/۸۸	۲۸/۸	۴	۸۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۱
آزمون بزرگترین ریشه	آزمون بزرگترین ریشه	۲/۸۵	۵۹/۸	۲	۴۲	۰/۰۰۱	۰/۷۴۰

چنانکه اطلاعات جدول ۴ نشان می دهد، گروه های مداخله، با گروه در انتظار درمان اثر پیش آزمون ها، شاخص لاندای ویلکز در سطح 0.01 معنی دار است. ($F = 0.250$ ، $P = 0.001$ ، $\eta^2 = 0.050$). به عبارت دیگر می توان ادعا کرد که در "تحمل آشфтگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی" بین گروه های آزمایش و در انتظار درمان تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین مجذور سهمی اتا حامی از آن است که درصد از تغییرات همزمان متغیرهای وابسته (تحمل آشфтگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی) به ترتیب مرتبه به گروه (روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور و گروه طرحواره درمانی) است.

جدول ۵. تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری متغیرهای تحمل آشфтگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در گروه های روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور و طرحواره درمانی و گروه در انتظار درمان

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا
مرحله	مرحله	۶۲۵/۴۲	۱/۰۸۴	۵۷۷/۱	۴۱/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۵۹۹
تحمل*	مرحله* گروه	۶۲۷/۸۲	۱/۰۸۴	۵۷۹/۳	۴۲/۰۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰۰
خطا	گروه	۴۱۸/۰۸۹	۳۰/۰۴۴	۱۳/۷			
آشфтگی	گروه	۱۰۲۶/۰۸۴	۱	۱۰۲۶/۸	۱۲/۷۴۳	۰/۰۰۱	۰/۳۱۳
خطا	مرحله	۲۲۵۶/۳۱	۲۸	۸۰/۵			
مرحله	مرحله	۱۰۸۰/۰۹۵	۱/۲۴۲	۸۷۰/۶	۹۶/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷۴

۰/۷۲۳	۰/۰۰۱	۷۳/۰۰۲	۶۶۱/۱۲	۱/۲۴۲	۸۲۰/۸۶	مرحله*گروه خطا	تحمل ناپذیری بلا تکلیفی	گروه روان درمانی
۰/۱۶۶	۰/۰۲۵	۵/۵۸۴	۵۲۹/۹۰	۱	۵۹۲/۹۰	گروه خطا		کوتاه مدت
۰/۷۵۵	۰/۰۰۱	۱۲۹/۵۷	۱۴۲۹/۱۲	۱/۰۸۷	۱۵۵۷/۹۳	مرحله تحمل		
۰/۶۱۱	۰/۰۰۱	۳۲/۹۴۴	۳۶۳/۳۶	۲/۱۷۳	۷۸۹/۶۸	مرحله*گروه خطا	آشتفتگی	
			۱۱/۰۳۰	۴۵/۶۳	۵۰۳/۳۷			
۰/۳۱۱	۰/۰۰۱	۱۲/۶۲	۱۰۱۳/۳۷	۱	۱۰۱۳/۳۷	گروه خطا		گروه طرح واره درمانی
			۸۰/۲۹	۲۸	۲۲۴۸/۲۲			
۰/۸۲۳	۰/۰۰۱	۱۹۵/۷۱	۱۹۲۹/۹۶	۱/۲۳۱	۲۳۷۶/۵۴	مرحله تحمل ناپذیری		
۰/۶۵۴	۰/۰۰۱	۳۹/۷۲	۳۹۱/۷۴	۲/۴۶۳	۹۶۴/۷۸	مرحله*گروه خطا	بلا تکلیفی	
			۹/۸۶۱	۵۱/۷۱	۵۱۰			
۰/۱۹۹	۰/۰۱۳	۶/۹۷۷	۴۵۳/۳۷	۱	۴۵۳/۳۷	گروه خطا		
			۶۴/۹۸	۲۸	۱۸۱۹/۵۵			

چنانکه اطلاعات جدول ۴ نشان می‌دهد، در گروه مشاوره روان درمانی کوتاه مدت، با کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، F گزارش شده در متغیر تحمل آشتفتگی در مرحله * گروه در سطح $0/01$ معنی دار است ($F=42/04$, $P=0/001$, $\eta^2=0.000$). همچنین F گزارش شده در متغیر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی در مرحله * گروه در سطح $0/01$ معنی دار است ($F=72/23$, $P=0/001$, $\eta^2=0.000$). همچنین در گروه طرح واره درمانی در متغیر تحمل آشتفتگی در مرحله * گروه با کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها, F گزارش در سطح $0/01$ معنی دار است ($F=32/9$, $P=0/001$, $\eta^2=0.011$). همچنین F گزارش شده در متغیر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی در مرحله * گروه در سطح $0/01$ معنی دار است ($F=39/7$, $P=0/001$, $\eta^2=0.054$). به عبارت دیگر می‌توان ادعا کرد که در «تحمل آشتفتگی و تحمل ناپذیری بلا تکلیفی» بین گروه‌های آزمایش و در انتظار درمان تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین مجدور سهمی اتا حامی از آن است که ۶۰ درصد از تغییرات هم‌زمان متغیر تحمل آشتفتگی و ۷۲/۳ درصد از تغییرات هم‌زمان متغیر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی مرتبط به گروه روان درمانی کوتاه مدت را حل محور است. همچنین ۶۱/۱ درصد از تغییرات هم‌زمان متغیر تحمل آشتفتگی و ۶۵/۴ درصد از متغیر تحمل ناپذیری بلا تکلیفی مرتبط به گروه طرح واره درمانی است.

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه سه گروه در متغیرهای تحمل آشتفتگی و تحمل ناپذیری بلا تکلیفی

مراحل پژوهش	متغیرها	گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
پیش‌آزمون	تحمل آشتفتگی	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	طرح واره درمانی	-۰/۲۶	۱
پس‌آزمون	تحمل آشتفتگی	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	در انتظار درمان	۱/۱۳	۱
پیگیری	تحمل آشتفتگی	طرح واره درمانی	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	۱/۴۰	۱
پیش‌آزمون	تحمل آشتفتگی	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	طرح واره درمانی	-۰/۳۷۵	۱
پس‌آزمون	تحمل آشتفتگی	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	در انتظار درمان	-۶/۸۳*	۰/۰۰۱
پیگیری	تحمل آشتفتگی	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	طرح واره درمانی	۶/۴۵*	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	تحمل آشتفتگی	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	طرح واره درمانی	-۰/۳۳۳	۱
پیگیری	تحمل آشتفتگی	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	در انتظار درمان	-۷*	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	تحمل ناپذیری	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	طرح واره درمانی	-۶/۶۶*	۰/۰۰۱
پلا تکلیفی	بلاتکلیفی	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	-۰/۴۶	۱
پیش‌آزمون	تحمل ناپذیری	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	در انتظار درمان	-۰/۸۶	۱
پلا تکلیفی	بلاتکلیفی	طرح واره درمانی	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	-۰/۴	۱
پیش‌آزمون	تحمل ناپذیری	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	طرح واره درمانی	-۰/۱۳	۱
پلا تکلیفی	بلاتکلیفی	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	در انتظار درمان	-۶/۶*	۰/۰۰۱
پیش‌آزمون	بلاتکلیفی	طرح واره درمانی	روان درمانی کوتاه مدت را حل محور	-۶/۴۶*	۱

مقایسه اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشتفتگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلا به پراشتاهای روانی
Comparison of the effectiveness of short-term solution-oriented psychotherapy and schema therapy on perturbation ...

پیگیری	تحمل ناپذیری بلاتکلیفی	روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور در انتظار درمان	طرحواره درمانی در انتظار درمان	روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور در انتظار درمان	پیگیری
۱	۰/۱۳۳	طرحواره درمانی	تحمل ناپذیری	روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور در انتظار درمان	/۰۰۱
/۰۰۱	-۷/۲*	روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور در انتظار درمان	بلاتکلیفی	بلاتکلیفی	-۷/۲*
۰/۰۰۱	۷/۰۶*	در انتظار درمانی	طropharه درمانی	طropharه درمانی	۷/۰۶*

با توجه به نتایج آزمون بونفرونی در جدول ۵ در پیش آزمون در تحمل آشتفتگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی بین گروههای آزمایش و در انتظار درمان تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$). همچنین در پس آزمون در تحمل آشتفتگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی بین دو مداخله روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور و طرحواره درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$)؛ از سوی دیگر بین روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور و طرحواره درمانی با گروه در انتظار درمان تفاوت معنادار آماری گزارش شد ($p < 0.01$). به عبارتی هر دو روش برآفزایش تحمل آشتفتگی و کاهش تحمل ناپذیری بلاتکلیفی اثر داشته‌اند و این دو مداخله تفاوت معناداری از نظر اثربخشی بر این دو متغیر در زنان مبتلا به پراشتاهای روانی با یکدیگر نداشتند؛ این نتایج در پیگیری هر دو مداخله نیز دیده می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشتفتگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلا به پراشتاهای روانی انجام شد. نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور برآفزایش تحمل آشتفتگی در زنان مبتلا به پراشتاهای روانی مؤثر است؛ نتیجه حاصل با نتایج تشویقی و همراهان (۱۳۹۹) و آیار و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: در درمان راه حل محور به جای تمرکز بر علل ایجاد مشکل، بر شناسایی راه حل‌ها تأکید می‌شود. در افزایش تحمل آشتفتگی با رویکرد راه حل محور به مراجع کمک می‌شود تا استشناها و لحظاتی که فرد با سختی‌های موجود در زندگی خود راحت‌تر و بهتر کنار می‌آید را شناسایی و تقویت کند؛ بدین ترتیب فرد متوجه می‌شود که آشتفتگی‌های موجود در زندگی یک اتفاق دائمی و همیشگی نیست و فرد از توانایی و منابع لازم جهت برخورد مناسب با رویدادها و تبعات آن برخوردار است و همین امر باعث تغییرات شناختی بزرگی در فرد می‌شود که میتواند محركی باشد برای ایجاد تغییرات بیشتر و موثرتر و به دنبال آن افزایش تحمل آشتفتگی گردد (آیار و همکاران، ۲۰۲۱).

نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد روان درمانی کوتاه مدت راه حل محور بر کاهش تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلا به پراشتاهای روانی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهشگرانی چون آیار و همکاران (۲۰۲۱) و سامر فلانانگان و همکاران (۲۰۱۵) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: فنون و تکنیک‌های درمان راه حل محور موجب گردید تا مراجعان تفکر و نگرش خود را درباره مسائل و مشکلات زندگی تغییر دهند و با ایجاد احساس خوب در مراجعان نسبت به خودشان و با نشان دادن نقاط قوت و موفقیت‌های آنان، تمرکز مراجعان را از مشکل و نقطه ضعف‌های ناشی از آن به سمت راه حل‌های موجود هدایت کرده و از این طریق به مراجعان کمک شود که خودشان را فردی فردی توانند ارزیابی کنند و همین توانمند ارزیابی کردن خود موجب کاهش تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در مراجعان شود (سامر فلانانگان و همکاران، ۲۰۱۵).

نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد طرحواره درمانی برآفزایش تحمل آشتفتگی در زنان مبتلا به پراشتاهای روانی مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی ما و همکاران (۲۰۲۲) و بوترهون دی هان و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: رویکرد طرحواره درمانی، رویکردی متشکل از رویکردهای شناختی، رفتاری، بین فردی، دلبستگی و تجربی در قالب یک مدل درمانی یکپارچه است که با استفاده از چهار تکنیک اصلی شناختی، رفتاری، رابطه ای و تجربی در افراد با تحمل آشتفتگی پایین، علاوه بر زیر سوال بردن طرحواره‌های ناسازگار- که علت اصلی شکل گیری افکار ناکارآمد و غیر منطقی در عدم تحمل پذیری آشتفتگی است؛ به افزایش تحمل آشتفتگی کمک می‌کند (ما و همکاران، ۲۰۲۲).

نتیجه حاصل از آزمون پژوهش حاضر نشان داد طرحواره درمانی بر کاهش تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلا به پراشتاهای روانی مؤثر است. نتیجه حاصل با نتایج پژوهشگرانی چون بوترهون دی هان و همکاران (۲۰۱۹) و روزبوم (۲۰۱۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که طرحواره درمانی به این افراد کمک می‌کند درستی طرحواره‌هایشان را ارزیابی کنند. در اثر کاربرد این رویکرد، افراد دارای پراشتاهای عصبی، طرحواره را به عنوان یک حقیقت بیرونی می‌نگرند و می‌توانند با استفاده از شواهد عینی و تجربی علیه آن‌ها

بجنگند. درواقع یکی از دلایل موفقیت طرحواره درمانی هدف قرار دادن این ساختهای زیربنایی با استفاده از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی است (بوترهون دی هان و همکاران، ۲۰۱۹).

نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل آشفتگی در زنان مبتلا به پراشتاهای روانی تفاوتی وجود ندارد. یافته حاضر با پژوهش متیو (۲۰۱۴) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت: از آنجایی که هر دو درمان کوتاه‌مدت راه حل محور و طرحواره درمانی با ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری و همچنین با تأکید بر جایگزین کردن الگوهای رفتاری و شناختی سازگارتر و جدیدتر به جای الگوهای رفتاری ناکارآمد، اثرگذاری مشابهی را نشان دادند (متیو، ۲۰۱۴).

نتیجه حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی روان‌درمانی کوتاه‌مدت راه حل محور و طرحواره درمانی بر تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلا به پراشتاهای روانی تفاوتی وجود ندارد. یافته حاضر با روزبوم (۲۰۱۴) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت: در درمان کوتاه‌مدت راه حل محور و طرحواره درمانی، مهارت‌های قطع چرخه معیوب افکار منفی، وارونه‌سازی و اصلاح فرایندهای شناختی و هیجانی نادرست درمان جو، به شرکت کنندگان کمک می‌شود تا بر نشانه‌های اضطرابی خود غلبه کرده (روزبوم، ۲۰۱۴؛ همین امر منجر به بالا رفتن سطح تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در هر دو گروه به میزان مساوی شده است.

به طور کلی این پژوهش نشان داد که هر دو درمان کوتاه‌مدت راه حل محور و طرحواره درمانی در افزایش تحمل آشفتگی و کاهش تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلا به پراشتاهای روانی مؤثر هستند اما ازنظر تأثیرگذاری تفاوت معناداری را نشان ندادند. در هر دو روش افراد با جایگزین کردن الگوهای شناختی و رفتاری سازگار به جای الگوهای ناکارآمد به این نتیجه دست یافتند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند و حجم پایین نمونه اشاره کرد. بنابر این پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه مناسب استفاده شود.

منابع

اسکندری، ح. (۱۳۹۳). طرحواره درمانی: شکل‌گیری چارچوب مدل مفهومی در گذرگاه تحول تاریخی، *فصلنامه مطالعات روان‌شناسی* [بالینی، ۱۸-۱۵].

https://jcps.atu.ac.ir/article_1045.html ۲۲

انجمن روان‌پژوهشی آمریکا. (۲۰۱۹). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات. ترجمه یحیی سید محمدی. (۱۳۹۴). تهران: انتشارات ارسباران. بشارت، م؛ دهقانی، س؛ غلامعلی لواسانی، م؛ ملکزاده، ر. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در رابطه بین روان‌سازهای ناسازگار اولیه و شدت نشانه‌ها در بیماران مبتلا به سندروم روده تحریک‌پذیر. *روانشناسی معاصر*, ۱۰(۱)، ۸۴-۷۳.

<https://www.sid.ir>

تشویقی، م؛ آقامیری علی‌آبادی، س. ز. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان گروهی راه حل محور بر دشواری تنظیم هیجان و ابراز وجود در نوجوانان ساکن مراکز بهزیستی شهر تهران. دویین کنگره تازه یافته‌ها در حوزه خانواده، بهداشت روان، اختلالات، پیشگیری و آموزش. <https://civilica.com>

توكلی، ز؛ کاظمی زهرانی، ح. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر مشکلات پریشانی و خودتنظیمی بیماران مبتلا به دیابت نوع دو. *نشریه پرستاری ایران*, ۱۳(۲)، ۵۰-۳۹.

<https://doi:10.21859/ijnr-13026>

غلامی حسناروی، م؛ کچویی، م؛ فاتحی، ن. (۱۴۰۰). نقش میانجی گر عزت نفس در رابطه بین عملکرد خانواده با نشانه‌های اختلال خوردن در نوجوانان در دوران قرنطینه خانگی ناشی از ویروس کرونا. *فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی*, ۵(۵)، ۷۳-۵۶.

http://www.ajft.ir/article_144843.html

فرزین فر، ک؛ نجات، ح؛ دوستکام، م؛ توزنده جانی، ح. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و رویکرد تلفیقی شناختی-گفتاری بر تنظیم هیجانی و تحمل پریشانی افراد مبتلا به لکت. *مجله پژوهشی بالینی ابن‌سینا*, ۴(۲۷)، ۲۵۲-۲۳۹.

<https://www.sid.ir/fa/Journal>

Ayar, D., & Sabanciogullari, S. (2021). The effect of a solution-oriented approach in depressive patients on social functioning levels and suicide probability. *Perspectives in psychiatric care*, 57(1), 235-245. <https://doi.org/10.1111/ppc.12554>

Boterhoven de Haan, K. L., Fassbinder, E., Hayes, C., & Lee, C. W. (2019). A schema therapy approach to the treatment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 29(1), 54. <https://doi.org/10.1037/int0000120>

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 931-945. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(01\)00092-4](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(01)00092-4)

Dugas, M.J., Letarte, H., Freeston, M.H., & Ladouceur, R. (1998). Worry and problem solving: Evidence of specific relationship. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 109-120. <https://doi.org/10.1007/BF02229679>

El Ayoubi, L. M., Abou Ltaif, D., El Masri, J., & Salameh, P. (2022). Effects of night eating and binge eating disorders on general health in university students in Lebanon. *Irish Journal of Medical Science* (1971-), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s11845-021-02904-9>

Finlayson, B. T., Jones, E., & Pickens, J. C. (2021). Solution focused brief therapy telemental health suicide intervention. *Contemporary family therapy*, 1-12. <https://doi.org/10.1007/s10591-021-09599-1>.

مقایسه اثربخشی روان‌درمانی کوتاه مدت راه حل محور و طرحواره درمانی بر تحميل آشتفتگی و تحمل ناپذیری بلاتکلیفی در زنان مبتلا به پراستهای روانی
Comparison of the effectiveness of short-term solution-oriented psychotherapy and schema therapy on perturbation ...

- Howell, A.N., Leyro, T.M., Hogan, J., Buckner, J.D., & Zvolensky, M.J. (2010). Anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance in relation to coping and conformity motives for alcohol use and alcohol use problems among young adult drinkers. *Addictive Behaviors*, 35(12), 1144–1147. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2010.07.003>.
- Ito, M., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Fujisato, H., Yamaguchi, K., ... & Takebayashi, Y. (2022). Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic cognitive-behavioral treatment for depressive and anxiety disorders: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 1-12. <https://www.cambridge.org/core/journals>
- Joubert, J., & Guse, T. (2021). A Solution-Focused Brief Therapy (SFBT) intervention model to facilitate hope and subjective well-being among trauma survivors. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 51(4), 303-310. <https://doi.org/10.1007/s10879-021-09511-w>
- Kim A, Jung- Hwan F, & Lennon H, & Sharron J. (2007). Mass Media and self- Esteem, Body Image, and Eating Disorder Tendencies clothing & Textiles. Research Journal V 25.; Number 1:3-23. <https://doi.org/10.1177/0887302X06296873>
- Lemly, D. C., Dreier, M. J., Birnbaum, S., Eddy, K. T., & Thomas, J. J. (2022). Caring for Adults With Eating Disorders in Primary Care. *The primary care companion for CNS disorders*, 24(1), 39060. <https://www.psychiatrist.com/>
- Li, L., Song, H., Zhang, R., Zhao, Z., Liu, C., Pang, K., ... & Willner, A. E. (2021). Increasing system tolerance to turbulence in a 100-Gbit/s QPSK free-space optical link using both mode and space diversity. *Optics Communications*, 480, 126488. <https://doi.org/10.1016/j.optcom.2020.126488>
- Lin, C. Y., Cheung, P., Imani, V., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2020). The Mediating Effects of Eating Disorder, Food Addiction, and Insomnia in the Association between Psychological Distress and Being Overweight among Iranian Adolescents. *Nutrients*, 12(5), 1371. <https://doi.org/10.3390/nu12051371>
- Mao, A., Brockman, R., Neo, H. L. M., Siu, S. H. C., Liu, X., & Rhodes, P. (2022). A qualitative inquiry into the acceptability of schema therapy in Hong Kong and Singapore: implications for cultural responsiveness in the practice of schema therapy. *Clinical Psychologist*, 1-10. <https://doi.org/10.1080/13284207.2022.2052273>
- Matthew, P., (2014). A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. *Clinical psychology Review*, 39, 30-41. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.04.003>
- Mercurio, A. E., Hong, F., Amir, C., Tarullo, A. R., Samkavitz, A., Ashy, M., & Malley-Morrison, K. (2022). Relationships among childhood maltreatment, limbic system dysfunction, and eating disorders in college women. *Journal of interpersonal violence*, 37(1-2), 520-537. <https://doi.org/10.1177/0886260520912590>
- Northcott, S., Thomas, S., James, K., Simpson, A., Hirani, S., Barnard, R., & Hilarie, K. (2021). Solution Focused Brief Therapy in Post-Stroke Aphasia (SOFIA): feasibility and acceptability results of a feasibility randomised wait-list controlled trial. *BMJ open*, 11(8), e050308. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050308>
- Roozebooin, W.D. (2014). Solution – Focused Counseling .Encyclopedia of Psychology and Religion, 1625-75. http://www.ceciranji.ir/article_112750.html?lang=en
- Schaumberg, K., Reilly, E. E., Gorrell, S., Levinson, C. A., Farrell, N. R., Brown, T. A., ... & Anderson, L. M. (2021). Conceptualizing eating disorder psychopathology using an anxiety disorders framework: Evidence and implications for exposure-based clinical research. *Clinical psychology review*, 83, 101- 112. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101952>
- Sommers-Flanagan, J., Polanchek, S., Zeleke, W. A., Hood, M. H., & Shaw, S. L. (2015). Effectiveness of solution-focused consultations on parent stress and competence. *The Family Journal*, 23(1), 49-55. <https://doi.org/10.1177/1066480714555696>
- Song, H., Li, L., Pang, K., Zhang, R., Zou, K., Zhao, Z., ... & Willner, A. E. (2020). Demonstration of using two aperture pairs combined with multiple-mode receivers and MIMO signal processing for enhanced tolerance to turbulence and misalignment in a 10 Gbit/s QPSK FSO link. *Optics Letters*, 45(11), 3042-3045. <https://doi.org/10.1364/OL.391120>
- Stice, E., Telch, C. F., & Rizvi, S. L. (2000). Development and validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: a brief self-report measure of anorexia, bulimia, and binge-eating disorder. *Psychological assessment*, 12(2), 123. <https://psycnet.apa.org/buy/2000-03952-002>
- Wheaton, M. G., Deacon, B. J., McGrath, P. B., Berman, N. C., & Abramowitz, J. S. (2012). Dimensions of anxiety sensitivity in the anxiety disorders: Evaluation of the ASI-3. *Journal of Anxiety disorders*, 26(3), 401-408. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2012.01.002>
- Wiss, D. A., & Avena, N. M. (2020). Food Addiction, Binge Eating, and the Role of Dietary Restraint: Converging Evidence from Animal and Human Studies. In *Binge Eating* (pp. 193-209). Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-43562-2_14.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). Schema therapy: A practitioners guide. New York, Guilford Press. <https://books.google.com/>