



Comparing the Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment of Barlow and Acceptance and Commitment Therapy on Rumination and Intolerance of Uncertainty in Corona Victims' Wives

Mansoreh Eslami¹, Hassan Khoshakhlagh², Sedigheh Rezaei Dehnavi³, and Mohammad Zare Neyestanak⁴

Abstract

The prevalence of the corona virus and the deaths caused by it and the lack of a comprehensive mourning reaction have various psychological effects on the survivors. This research was conducted with the aim of comparing the effectiveness of unified transdiagnostic treatment of Barlow and acceptance and commitment therapy on Rumination and intolerance of uncertainty in corona victims' wives. The semi-test research method was with the pre-test-post-test and 2-month follow-up. The statistical population included the corona victims' wives, referring to Imam Khomeini Hospital in Tehran in 2022, using convenience sampling methods, 51 people, and were randomly placed in three groups of 17. Due to the subject drop in the acceptance and commitment therapy group, one person was randomly removed from the other two groups. Therefore, in each group, 16 data were analyzed. The first experimental groups received acceptance and commitment therapy and the second experimental group transdiagnostic treatment in 9 sessions 90 minute once a week. The research tools were the rumination questionnaire and the uncertainty intolerance questionnaire. Data were analyzed using repeated measurement ANOVA. The results showed that both interventions were effective on the rumination and intolerance and the treatment effect was stable in the follow-up phase ($P < 0.001$) and there is no difference between the effectiveness of the two interventions on rumination and intolerance of uncertainty. Considering the effectiveness of both interventions on rumination and uncertainty intolerance in corona victims' wives, it is suggested that psychotherapists use these treatment approaches in the treatment of psychological problems caused by bereavement.

Key words: Rumination, Intolerance of uncertainty, Unified transdiagnostic treatment, Acceptance and commitment therapy, Corona

Introduction

During the coronavirus epidemic, millions of people around the world experienced the loss of one of their loved ones (Padhan & Prabheesh, 2021). Meanwhile, it seems that the spouse of the Corona victim is very vulnerable to psychological disorders (Javadi & Sajjadian, 2019). Therefore, in such

¹. Ph.D student, Department of Psychology, Islamic Azad University, Naein Branch, Naein, Iran.

². Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Naein Branch, Naein, Iran.
Email: Hassan.khoshakhlagh@iau.ac.ir

³. Associate professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

⁴. Assistant Professor, Department of Psychology, Naein Branch, Islamic Azad University, Naein Branch, Naein, Iran.



conditions, these people experience psychological problems such as anxiety, depression, confusion, loneliness, and intolerance of uncertainty (Satici et al., 2022). Intolerance of uncertainty is one of the cognitive components of mental disturbance and one of the psychological structures related to bereavement in the wives of Corona victims (Javadi & Sajjadian, 2019). In this regard, research shows that among the cognitive components effective in anxiety and mood disorders, intolerance of uncertainty has had a significant contribution to the experience of worry in the affected people (Jenkinson et al., 2020). Rumination is a factor that plays a vital role in the creation and continuation of depression in the wives of Corona victims. Rumination is defined as a thinking style with repetitive, recurrent, disturbing, and uncontrollable thoughts (Nolen-Hoeksema et al, 2008). Rumination causes damage such as strong negative emotions, depressive symptoms, negative ruminative thinking, poor problem-solving, disturbed concentration and cognition, and more mental pressure (Egan & Smith, 2020). Until now, various treatment approaches have been used to help the survivors of Corona victims (Daneshmand et al, 2023). Meanwhile, to reach an effective and selective treatment approach, comparing interventions such as transdiagnostic therapy that uses mindfulness as a key component (Grossman & Ehrenreich-May, 2020) and accepting commitment therapy that emphasizes acceptance and mindfulness as the basis of change processes (Hayes & Hofmann, 2017), are of particular importance. These interventions are based on the hypothesis that psychological damage is caused by trying to control or avoid negative thoughts and emotions (Krimian et al., 1402). Therefore, according to what was stated, the main goal of this study was to compare the effectiveness of unified transdiagnostic treatment of Barlow and acceptance and commitment therapy on the intolerance of uncertainty and rumination in the wives of Corona victims.

Method

The study was semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up phase. The research community included wives of corona victims who had been admitted to Imam Khomeini Hospital in Tehran. A number of 51 spouses of corona victims were selected by convenience sampling and assigned to two experimental and control groups. Due to the drop in the number of subjects in each group, the data of 16 subjects were analyzed. The research tool was the Nolen-Hoeksema and Morrow rumination scale (Nolen-Hoeksema & Morrow, 1991) and the Intolerance of Uncertainty Scale (Freeston & et al, 1994). The participants of the experimental groups received nine 90-minute sessions of Hayes et al.'s acceptance and commitment therapy (Hayes et al., 2004) and Barlow's unified transdiagnostic therapy separately (Barlow et al., 2017).

Results

Analysis of variance with repeated measures was used to investigate the difference between pre-test, post-test, and follow-up scores in rumination and uncertainty intolerance.

Table 1. *Repeated measures for rumination and intolerance of uncertainty*

Variable	Effects	Source	Sum of squared	df	Mean of squares	F	p	Effect size
Rumination	Within-subject	Time	4411.431	1.034	4264.786	157.327	0.0001	0.778
		Time × group	2437.444	2.069	1226.547	45.247	0.0001	0.654
	Between subjects	Group	4781.264	2	2390.632	16.018	0.0001	0.416
Intolerance	Within-subject	Time	3255.597	1.520	2142.046	173.743	0.0001	0.794
		Time × group	1603.194	3.040	557.025	45.181	0.0001	0.668

of uncertainty	Between subjects	Group	2732.681	2	1366.340	19.168	0.0001	0.460
-------------------	------------------	-------	----------	---	----------	--------	--------	-------

According to Table 1, Within-subject effects, the main effect of the group in research variables was significant ($p < 0.001$). The results have shown that 41.6% of individual differences in rumination and 46% in intolerance of uncertainty are related to the differences between the three groups. The results of within-subject effects also showed that the main effect of time in the research variables is significant ($p < 0.001$). The results of the Bonferroni post hoc test showed that there is a significant difference between the experimental groups and the control group in rumination and intolerance of uncertainty ($p < 0.001$), which indicated the effectiveness of the two treatment methods. However, no significant difference was observed between the effectiveness of the two interventions.

Discussion

The study was conducted to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy and transdiagnostic treatment on rumination and uncertainty intolerance. In explaining the effectiveness of acceptance and commitment therapy on rumination, it can be stated that acceptance and commitment therapy through techniques such as mindfulness and cognitive diffusion help a person to find their way to deal with calamities. As a result, they can experience physical relaxation, reduction of mental tension, intolerance of uncertainty, and rumination. Regarding the effectiveness of transdiagnostic treatment, it should be said that the main hypothesis of transdiagnostic treatment is that people with emotional disorders use maladaptive emotional regulation strategies such as blaming themselves and others, catastrophizing, and rumination (Barlow et al., 2017). Therefore, the effectiveness of unified transdiagnostic treatment on rumination and intolerance of uncertainty can be explained by therapeutic processes such as emotional experience, mindfulness, awareness of the here and now, not eliminating and suppressing negative thoughts, challenging negative evaluations, and increasing flexibility.

One of the limitations of the current study was the lack of using random sampling methods. Therefore, it is suggested to use the random sampling method to increase the generalizability of the results. Also, at the practical level, it is suggested that psychologists and counselors use these two methods of intervention as a selective treatment in improving psychological disorders caused by the bereavement of spouses of coronavirus victims.



مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی رویکرد درمانی فراتشخیصی یکپارچه بارلو و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی در همسران قربانیان کرونا

منصوره اسلامی^۱، حسن خوش اخلاق^۲ ID، صدیقه رضایی دهنوی^۳، و محمد زارع نیستانک^۴

چکیده

شیوع کروناویروس و مرگ‌ومیر ناشی از آن و عدم جود واکنش سوگ جامع اثرات روان‌شناختی مختلفی را بر بازماندگان بر جای گذاشته است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی همسران قربانیان کرونا انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری همسران قربانیان کرونا مراجعه‌کننده به بیمارستان امام خمینی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، ۵۱ نفر انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۷ نفری قرار گرفتند. به دلیل افت آزمودنی در گروه درمان پذیرش و تعهد، از دو گروه دیگر یک نفر به طور تصادفی حذف شد؛ بنابراین، در هر گروه، داده‌های ۱۶ نفر تحلیل شد. گروه آزمایش اول درمان پذیرش و تعهد و گروه آزمایش دوم درمان فراتشخیصی یکپارچه را در ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای یک‌بار در هفته دریافت کردند. ابزار پژوهش پرسشنامه نشخوار فکری و پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی بود. داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری تکراری تحلیل شد. نتایج نشان داد هر دو مداخله بر نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی اثربخش بودند و در مرحله پیگیری، اثر درمان پایدار بود ($P < 0/001$). همچنین، نتایج نشان داد بین اثربخشی دو مداخله تفاوتی معنادار وجود ندارد. با توجه به اثربخشی هر دو مداخله بر نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی همسران قربانیان کرونا، پیشنهاد می‌شود روان‌درمانگران و مشاوران از این رویکردهای درمانی در درمان مشکلات روان‌شناختی ناشی از سوگ استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نشخوار فکری، عدم تحمل بلا تکلیفی، کرونا.

^۱ دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نایین، نایین، ایران.

^۲ نویسنده مسئول، استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نایین، نایین، ایران. ایمیل: Hassan.khoshakhlagh@iau.ac.ir

^۳ دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

^۴ استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نایین، نایین، ایران.



مقدمه

همه‌گیری ویروس کرونا^۱ و مرگ‌ومیر ناشی از آن تغییراتی بسیار زیاد را در ابعاد اقتصادی، اجتماعی، عاطفی و روان‌شناختی در زندگی انسان‌ها ایجاد کرده است. در طی همه‌گیری ویروس کرونا، میلیون‌ها نفر در سراسر دنیا از دست دادن یکی از عزیزان خود را تجربه کرده‌اند (Padhan & Prabheesh, 2021). این بیماری واگیردار نه فقط موجب تهدید سلامت جسمانی جامعه و در برخی از موارد مرگ می‌شود، بلکه با توجه به اینکه همه‌گیری‌ها معمولاً در مردم عدم اطمینان و سردرگمی ایجاد می‌کنند، فشار روانی غیرقابل تحملی مانند استرس، اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و سوگ حل‌نشده را برای جوامع درگیر به بار آورده است (Malta et al., 2019). این شکل از همه‌گیری یک بیماری، در واقع، یک رخداد بزرگ اجتماعی است که نه فقط در سطح یک منطقه، بلکه در سطح کشور و حتی دنیا مطرح شده و لازم است تا اثرات اجتماعی آن نیز مورد توجه قرار گیرند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۹).

در این جهان، هر روز تعدادی زیاد از افراد به دلایلی عزیزان خود را از دست می‌دهند؛ بنابراین، داغ‌دیدگی بخشی اجتناب‌ناپذیر از چرخه زندگی و در عین حال، تنش‌زاترین واقعه‌ای است که هر فرد ممکن است در زندگی خود تجربه کند (علی‌پور دهقانی، ۱۳۹۹). شدت سوگ آسیب‌زا با گذر زمان و حتی پس از سال‌ها که از واقعه سوگ می‌گذرد، کاهش نمی‌یابد و به طور خودبه‌خود درمان نمی‌شود. این طولانی شدن زمان برای سازگاری با فقدان درجاتی از ناتوانی در عملکردهای فردی و اجتماعی را برای فرد داغ‌دیده به دنبال دارد که در نهایت، ممکن است اثراتی نامطلوب بر ساختار خانواده و حتی جامعه داشته باشد (Gamino et al., 2010). در این میان، به نظر می‌رسد همسران افراد فوت‌شده در اثر کرونا در برابر اختلالات روان‌شناختی بسیار آسیب‌پذیر هستند؛ زیرا این افراد ظرف مدتی کوتاه همسر خود را از دست داده‌اند؛ در حالی که آمادگی لازم برای تحمل این مصیبت را پیدا نکرده‌اند (جوادی و سجادیان، ۱۳۹۹)؛ از این رو، در چنین شرایطی، این افراد مشکلات روان‌شناختی زیادی همچون اضطراب، افسردگی، احساس آشفتگی، تنهایی و عدم تحمل بلا تکلیفی^۲ را تجربه می‌کنند (Satici et al., 2022).

در این میان، عدم تحمل بلا تکلیفی از جمله مؤلفه‌های شناختی آشفتگی روانی و از سازه‌های روان‌شناختی مرتبط با سوگ در همسران قربانیان کرونا است. نگرانی مداوم نسبت به آینده و اینکه همسرشان در پیشامدها و لحظات آینده دیگر حضور نخواهد داشت آنان را با شرایط دشوار ابهام و بلا تکلیفی روبه‌رو می‌کند (جوادی و سجادیان، ۱۳۹۹). عدم تحمل بلا تکلیفی ناتوانی افراد در تحمل موقعیت‌های مبهم و ناشناخته را بیان می‌کند (Carleton et al., 2019). عدم تحمل بلا تکلیفی را سوگیری شناختی ناشی از ادراک، تفسیرها و عکس‌العمل‌های فرد در موقعیت بی‌ثبات، در سطوح شناختی، هیجانی و رفتاری تعریف کرده‌اند. پژوهشگران معتقد هستند عدم تحمل بلا تکلیفی دائماً با خُلق منفی در ارتباط است و این بدان دلیل است که افرادی که دچار عدم تحمل بلا تکلیفی هستند به صورت منفی به موقعیت‌ها و اتفاقات مبهم زندگی واکنش نشان می‌دهند (Gillett et al., 2018). افراد با عدم تحمل بلا تکلیفی ابهام را تنش‌زا، ناامیدکننده و اضطراب‌برانگیز می‌دانند و باور دارند باید از موقعیت‌های نامطمئن اجتناب کرد. آن‌ها احتمال پیش‌بینی‌ناپذیر بودن رخداد‌های منفی را بیش‌برآورد می‌کنند و از اطلاعات مبهم تفسیرهای تهدیدآمیز ارائه می‌دهند و در موقعیت‌های مبهم، مستعد واکنش‌های ناکارآمد، خُلق منفی و اختلال در عملکرد هستند (Angehrn et al., 2022). در این رابطه، پژوهش‌ها نشان می‌دهند در میان مؤلفه‌های شناختی مؤثر بر اختلالات اضطرابی و خُلقی، عدم تحمل بلا تکلیفی سهمی جالب توجه را در تجربه میزان نگرانی افراد مبتلا داشته است (Jenkinson et al., 2020). افرادی که عدم تحمل بلا تکلیفی بیشتری دارند، نگرانی و نشخوار فکری بیشتری را دارا

¹. Corona virus

². Intolerance of Uncertainty

هستند. به عبارتی دیگر، عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی و نشخوار فکری دارای رابطه علی هستند (Li et al., 2020). در این راستا، نشخوار فکری عاملی است که در ایجاد و تداوم افسردگی در همسران قربانیان کرونا نقشی بسیار زیاد دارد. نشخوار فکری به عنوان یک سبک تفکر با مشخصات اصلی افکار تکراری، عودکننده، مزاحم و کنترل‌ناپذیر تعریف شده است (Nolen-Hoeksema et al., 2008). نشخوار فکری نوعی پاسخ‌دهی به پریشانی است که در آن فرد افسرده به طور مکرر و منفعلانه بر علائم پریشانی و علل و عواقب آن تمرکز می‌کند. این افکار به طور غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه فرد را از موضوع‌های مدنظر و اهداف فعلی منحرف می‌کنند؛ به طوری که بر احساس افسردگی و علل و عواقب آن متمرکز می‌کند (Brinker & Dozois, 2009). نشخوار فکری باعث آسیب‌هایی از جمله عواطف شدید منفی، علائم افسرده‌ساز، تفکر سودار منفی، حل مشکل ضعیف، تمرکز و شناخت آشفته و فشار روانی بیشتر می‌شود. همچنین، از طریق حفظ توجه به محتوای منفی و از طریق تعویق انداختن مقابله فعال و مؤثر، باعث افسردگی عمیق‌تر می‌شود (Egan & Smith, 2020). نشخوار فکری علاوه بر اینکه به عنوان یک فرآیند شناختی نقشی عمده در تشدید و نگهداری علائم افسردگی و استرس پس از سانحه دارد، افزایش فشارها و کم شدن حمایت اجتماعی و خوش‌بینی را نیز در پی دارد (Mendoza et al., 2022).

از این رو، با توجه به آنچه گفته شد، توجه به رویکردهای درمانی در رابطه با حل مشکلات روان‌شناختی بازماندگان قربانیان کرونا از اهمیتی بسیار برخوردار است. در حال حاضر، بسیاری از جوامع پذیرفته‌اند باید برای افراد و خانواده‌های داغ‌دیده برنامه‌های درمانی تدارک دید و به آن‌ها در بهبود یافتن علائم و مشکلات روان‌شناختی سوگ یاری رساند (جوادی و سجادیان، ۱۳۹۹). تا کنون، رویکردهای درمانی مختلفی برای کمک به بازماندگان قربانیان کرونا استفاده شده‌اند و مطالعات مختلف اثربخشی رویکردهای درمانی متعدد را در این زمینه نشان داده‌اند (دانشمند و همکاران، ۱۴۰۳). در این میان، برای رسیدن به یک رویکرد درمانی مؤثر و انتخابی، مقایسه مداخلاتی مانند درمان فراتشخیصی که ذهن‌آگاهی را به عنوان مؤلفه‌ای کلیدی به کار می‌برد (Grossman & Ehrenreich-May, 2020) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که بر پذیرش و ذهن‌آگاهی به عنوان اساس فرایندهای تغییر تأکید می‌کند (Hayes & Hofmann, 2017)، از اهمیتی ویژه برخوردار است. این مداخلات بر مبنای این فرضیه روی کار آمده‌اند که آسیب روانی با تلاش برای کنترل یا اجتناب از افکار و هیجانات منفی ایجاد می‌شود و مشکلات اساسی زیربنای اختلالات روان‌شناختی مشکلات مرتبط با آگاهی و پذیرش هیجانی، اجتناب از تجربه‌های درونی و عدم انجام فعالیت‌های ارزشمند زندگی هستند (کریمیان و همکاران، ۱۴۰۲)؛ بنابراین با توجه به اشتراکات فراوان، در درمان از فرایندهایی مشابه همچون پذیرش، ذهن‌آگاهی، تمرین افکار غیرقضاوتی و لحظه‌ای، مشاهده تجربه‌های هیجانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌شود (امیری و همکاران، ۱۴۰۳). در این راستا، یکی از درمان‌هایی که در سال‌های گذشته در میان تحولات جدید در حوزه درمان‌های شناختی - رفتاری توسط بارلو^۱ برای افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی به ویژه افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و خلقی طراحی شده است، درمان فراتشخیصی با رویکرد یکپارچه است (Johnson et al., 2016). تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فراتشخیصی است (Barlow et al., 2017). هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر این است که بیماران مهارت‌هایی را کسب کنند تا بتوانند به شیوه مؤثر هیجان‌های منفی را مدیریت کنند (Grossman & Ehrenreich-May, 2020). در این رابطه، نتایج پژوهش‌های مختلف نشان داده است درمان فراتشخیصی یکپارچه کارآیی خود را در درمان اختلالات روان‌شناختی مانند افسردگی و اختلالات اضطرابی (بهادری و همکاران، ۱۳۹۸؛ Cuijpers et al., 2023؛ Sauer-Zavala et al., 2020؛ Sakiris & Berle, 2019؛ Talkovsky et al., 2017) اضطراب، نشخوار فکری و سلامت روان (عسکری و زندکریمی، ۱۴۰۱؛ قوتی و همکاران، ۱۴۰۱)،

¹ Barlow

اختلالات عاطفی هیجانی (Aguilera-Martín et al., 2022؛ زارعی فسخودی، ۱۴۰۰؛ Farchione et al., 2012)، اضطراب سلامت و خودتنظیمی هیجانی (جعفری هرندی و عارفی، ۱۴۰۱)، تنظیم هیجان (علوی و همکاران، ۱۴۰۱؛ Bielinski et al., 2020)، حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی - اجباری (نرگسی و همکاران، ۱۳۹۸) به اثبات رسانده است.

یکی دیگر از درمان‌های مؤثر در زمینه درمان مشکلات روان‌شناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (Gloster et al., 2020). این رویکرد درمانی جدید از فرایندهای پذیرش، تمرکز ذهنی، تعهد و فرایندهای تغییر رفتار به منظور ایجاد انعطاف‌پذیری روانی استفاده می‌کند (Hayes & Hofmann, 2017). هدف اصلی در این رویکرد آن است که فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی لاجرم برای او ایجاد کرده است، زندگی معنادار و پرباری را برای خود ایجاد کند (Hayes, 2019). اصول زیربنایی درمان پذیرش و تعهد عبارت‌اند از: پذیرش یا تمایل به تجربه درد یا دیگر رویدادهای آشفته‌کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها، عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنادار شخصی پیش از حذف تجربه‌های ناخواسته (Ryan et al., 2020). هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است؛ یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در میان گزینه‌های مختلف که متناسب‌تر باشد، نه اینکه صرفاً عملی برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطره‌ها یا تمایلات آشفته‌کننده انجام یا به فرد تحمیل شود (Gloster et al., 2020). در این رابطه، بررسی پیشینه پژوهش نشان می‌دهد درمان پذیرش و تعهد کارآیی بالینی خود را در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی همچون انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (احمدیان و همکاران، ۱۴۰۱؛ منصوره کرمانی و همکاران، ۱۴۰۱؛ مسعودی مرغملکی و همکاران، ۱۴۰۲)، تحمل آشفتگی (بخشنده‌لاریمی و همکاران، ۱۴۰۰؛ Li et al., 2021؛ منصوره کرمانی و همکاران، ۱۴۰۱)، نشخوار فکری (ابوتراییان و سجادیان، ۱۴۰۲؛ بخشنده‌لاریمی و همکاران، ۱۴۰۰؛ حمیدی و همکاران، ۱۳۹۹؛ موسی‌پور، ۱۴۰۲)، تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام (اصلی‌آزاد و همکاران، ۱۳۹۸)؛ سازگاری (Brown et al., 2015)، تاب‌آوری، به‌زیستی روان‌شناختی (حسینی و همکاران، ۱۴۰۰)، افسردگی و اختلال پس از سانحه (Smith et al., 2021) و رفتارهای مرتبط با سلامت (Spencer & Masuda, 2020) نشان داده است؛ اما با وجود این، در راستای بررسی مقایسه اثربخشی دو رویکرد درمانی فراتشخیصی یکپارچه بارلو و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر تنظیم عاطفی شناختی هیجان، انعطاف‌ناپذیری شناختی در همسران قربانیان کرونا پژوهشی انجام نشده است و خلأ پژوهشی در این زمینه به شدت احساس می‌شود؛ به ویژه آنکه چنین خانواده‌هایی با سایر افرادی که عزیزان خود را در شرایطی دیگر از دست داده‌اند متفاوت هستند و از عارضه سوگ تأخیری رنج می‌برند. شیوع بیماری دنیاگیری همچون کرونا، با توجه به شیوه انتقال آن و احتمال آلودگی و ابتلای افراد در اجتماع‌ها، به تعطیلی مراسم حضوری سوگواری منجر شد. از سوی دیگر، این رویداد به خانه‌نشینی و تنهایی خانواده‌های افراد متوفی منجر شد و موجب شد تخلیه هیجانی و روحی بازماندگان ناتمام بماند و به آسیب‌های روان‌شناختی متعددی منجر شود (دانشمند و همکاران، ۱۴۰۳)؛ از این رو، با توجه به چنین شرایطی، ضرورت و اهمیت بررسی مشکلات و آسیب‌های این‌گونه خانواده‌ها بیش از پیش مشخص می‌شود. با توجه به آنچه بیان شد، هدف اصلی این پژوهش مقایسه اثربخشی رویکرد درمانی فراتشخیصی یکپارچه بارلو و درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر عدم تحمل بلا تکلیفی و نشخوار فکری در همسران قربانیان کرونا بود.

روش پژوهش

این مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود که با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری دوماهه انجام شد.

جامعه، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

جامعه پژوهش شامل کلیه همسران قربانیان کرونا مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. با توجه به اینکه در مطالعات نیمه تجربی، دست کم حجم نمونه ۱۵ نفر برای هر گروه مناسب تشخیص داده شده است (دلاور، ۱۳۹۳) و با در نظر گرفتن دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل برای این مطالعه، تعداد ۴۵ نفر به عنوان حجم نمونه کفایت می کند، با احتمال ریزش نمونه، حجم نمونه ۵۱ نفر در نظر گرفته شد (هر گروه ۱۷ نفر)؛ بنابراین، ۵۱ نفر از همسران قربانیان کرونا مراجعه کننده به بیمارستان امام خمینی شهر تهران که در دوران کرونا به این بیماران تخصیص داده شده بود، با روش نمونه گیری در دسترس، بر اساس پرونده پزشکی متوفیان و تماس با همسران آنان برای انجام پژوهش انتخاب و با اختصاص کد به هر یک از شرکت کنندگان، بر اساس قرعه کشی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. قبل از ورود شرکت کنندگان به پژوهش، مصاحبه بالینی با آنان توسط پژوهشگر انجام شد و شرکت کنندگان از نظر دارا بودن شرایط ورود به مطالعه بررسی شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل (۱) رضایت و همکاری کامل برای شرکت در جلسات مداخله، (۲) دامنه سنی ۲۵ تا ۵۵ سال، (۳) جنسیت زن، (۴) نداشتن اختلال روانی حاد بر اساس مصاحبه بالینی، (۵) دارا بودن حداقل تحصیلات دیپلم و (۶) گذشتن دست کم ۳ ماه از مرگ همسر بودند. ملاک های خروج از پژوهش شامل (۱) عدم همکاری در جریان پژوهش، (۲) غیبت در بیش از دو جلسه و (۳) شرکت در مداخله های روان شناختی دیگر به صورت هم زمان بود؛ از این رو، به دلیل عدم همکاری یکی از شرکت کنندگان، به منظور همگن بودن گروه های مورد مطالعه، دو نفر از شرکت کنندگان گروه های دیگر حذف شدند و در نهایت، در هر گروه، داده های ۱۶ نفر تحلیل شد. در بررسی ویژگی های جمعیت شناختی، میانگین و انحراف معیار سن در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه $4/39 \pm 39/65$ سال، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $4/36 \pm 41/23$ سال و در گروه کنترل $5/23 \pm 38/89$ سال به دست آمده اند. همچنین، در میان شرکت کنندگان در پژوهش، در گروه فراتشخیصی، $12/5$ درصد دیپلم، 25 درصد فوق دیپلم، $31/25$ درصد لیسانس و $31/25$ فوق لیسانس داشتند، در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، $18/75$ درصد دیپلم، $12/5$ درصد فوق دیپلم، $43/75$ درصد لیسانس و 25 درصد فوق لیسانس داشتند، و در گروه کنترل، $12/5$ درصد دیپلم، $31/25$ درصد فوق دیپلم، $37/5$ درصد لیسانس و $18/75$ درصد فوق لیسانس داشتند.

ابزار پژوهش

مقیاس نشخوار فکری^۱

پرسشنامه نشخوار فکری توسط نلون-هوکسما و مارو^۲ (1991) در سال برای سنجش نشخوار فکری طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۲ پرسش است و بر اساس طیف چهارگزینه ای لیکرت (هرگز = ۱، گاهی اوقات = ۲، اغلب اوقات = ۳، همیشه = ۴) نشخوار فکری را می سنجد. کمترین امتیاز ممکن ۲۲ و بیشترین ۸۸ خواهد بود. نمره زیاد نشان دهنده نشخوار فکری بیشتر است. شواهد تجربی نشان می دهد مقیاس پاسخ های نشخواری پایایی درونی بالایی دارد و ضریب آلفای کرونباخ آن در دامنه ای از ۰/۸۸ تا ۰/۹۲ قرار دارد. پژوهش ترینر^۳ و همکاران (2003) نشان می دهد همبستگی بازآزمایی برابر ۰/۶۷ درصد است. باقری نژاد و همکاران (۱۳۸۹) در مطالعه ای روان سنجی مقیاس پاسخ نشخواری را تحلیل کردند. آن ها از مدل دو عاملی پاسخ های نشخواری حمایت کردند. مؤلفه اول تعمق و مؤلفه دوم در فکر فرو رفتن نامیده شده است. بقیه پرسش ها مرتبط با افسردگی هستند. آنان همسانی درونی خرده مقیاس های در فکر فرو رفتن و تعمق را به ترتیب ۰/۶۹ و ۰/۷۹ گزارش کردند. در این پژوهش، آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ درصد برای این پرسشنامه محاسبه شده است.

¹ Rumination Scale

² Nolen-Hoeksema & Morrow

³ Treynor

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی^۱

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS) توسط فریستون^۲ و همکاران (1994) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلا تکلیفی کاربرد دارد. این مقیاس ۲۷ پرسش دارد که به غیرقابل قبول بودن بلا تکلیفی و ابهام مربوط می‌شوند. هر ماده یا پرسش بر اساس مقیاس پنج‌گزینه‌ای لیکرت (هرگز = ۱، به ندرت = ۲، گاهی اوقات = ۳، اغلب اوقات = ۴ و همیشه = ۵) درجه‌بندی می‌شود. کمترین نمره این پرسشنامه ۲۷ و بیشترین نمره آن ۱۳۵ است. نمره زیاد در این پرسشنامه نشان‌دهنده عدم تحمل بلا تکلیفی بیشتر است. عدم تحمل بلا تکلیفی دارای چهار مؤلفه ناتوانی برای انجام عمل (گویه‌های ۱، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۲ و ۲۵)، استرس‌آمیز بودن بلا تکلیفی (گویه‌های ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۷، ۲۴ و ۲۶)، منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آنها (گویه‌های ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۹ و ۲۱) و بلا تکلیفی درباره آینده (گویه‌های ۱۶، ۱۸، ۲۳ و ۲۷) است (Freeston et al., 1994). در نسخه اولیه به زبان فرانسوی، همسانی درونی ۰/۹۱ و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله ۴ هفته ۰/۷۸ به دست آمده است که نسبتاً خوب است. ضریب اعتبار این آزمون معنادار و رضایت‌بخش گزارش شده است (Freeston et al., 1994). بوهر و داگاس^۳ (2006) مجدداً این مقیاس را اعتباریابی کردند. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (با فاصله ۵ هفته) به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ به دست آمده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه نگرانی (۰/۶۰)، افسردگی بک^۴ (۰/۵۹) و اضطراب بک (۰/۵۵) = I معنادار به دست آمده است. در پژوهشی در ایران، روایی صوری آن مطلوب گزارش شده است و آلفای کرونباخ برای پایایی پرسشنامه ۰/۸۳ بیان شده است (عبدلپور و همکاران، ۱۳۹۷).

روش اجرا و تحلیل داده

پس از آنکه پژوهش حاضر توسط کمیته سازمانی اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اصفهان با کد (IR. IAU. KHUISEF. REC.) 1401. 0154 تصویب شد، با هماهنگی با هم‌هنگی با علوم پزشکی تهران و بیمارستان امام خمینی شهر تهران، نمونه مدنظر انتخاب شد. نمونه‌گیری در اول اردیبهشت‌ماه تا اواخر تیرماه انجام شد و گروه‌های آزمایش و کنترل به روش تصادفی معادل شدند. برای نمونه‌ها اهمیت و ضرورت پژوهش بیان و به منظور رعایت اخلاق در پژوهش، ضمن جلب رضایت شرکت‌کنندگان برای شرکت در درمان و آگاهی از روند اجرای کار درباره رعایت نکات اخلاقی، به آنان اطمینان خاطر داده شد. اصل مهم رعایت مطالب محرمانه و رازداری شامل این نکته بود که تمامی سنجش‌ها و نتایج گردآوری‌شده فردی از پژوهش که به نوعی ممکن است با زندگی شخصی و خانوادگی شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایش و کنترل تضاد منافع ایجاد کنند، محرمانه باقی ماندند و در گزارش‌ها به آن‌ها اشاره نشد. نام تمامی شرکت‌کنندگان دو گروه نیز به کدهای تصادفی تبدیل شد تا در آینده مشکل اخلاقی مشخصی به وجود نیاید. افزون بر این، پس از جلب رضایت ایشان، فرم رضایت کتبی از تمامی شرکت‌کنندگان دریافت شد و قبل از مداخله‌های تجربی در رابطه با گروه‌های آزمایش، ابتدا مرحله پیش‌آزمون با تکمیل پرسشنامه اجرا شد. برای ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، اطلاعات مرتبط با سن، میزان تحصیلات و شغل جمع‌آوری شد. پرسشنامه‌ها به صورت خودگزارشی تکمیل شدند. پس از آن، شرکت‌کنندگان گروه‌های آزمایشی به تفکیک ۹ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای یک‌بار با روش‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هیز^۵ و همکاران (2004) و درمان

¹ Intolerance of Uncertainty Scale

² Freeston

³ Buhr & Dugas

⁴ Beck

⁵ Hayes

فراتشخیصی یکپارچه بارلو و همکاران (2017) که روایی این پروتکل‌ها توسط سازنده آن‌ها تأیید شده و طبق نظر ۵ نفر از اساتید دانشگاه از روایی صوری و محتوایی مطلوب برخوردار است، آموزش دیدند و گروه کنترل در فهرست انتظار برای آموزش قرار گرفت. در ضمن، به منظور پیشگیری از خطای انتشار کاربردی (تعامل شرکت‌کنندگان دو گروه)، جلسات به طور جداگانه در روزهای ابتدا و انتهای هر هفته برگزار می‌شدند. در پایان دوره آموزشی، هر سه گروه مجدداً ارزیابی شدند. همچنین، سه گروه پس از گذشت دو ماه در دوره پیگیری بار دیگر ارزیابی شدند. به دلیل عدم همکاری یکی از شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای معادل‌سازی گروه‌ها، از هر دو گروه دیگر به تصادف یک نفر حذف شد؛ از این رو، در نهایت، داده‌های ۴۸ نفر تجزیه و تحلیل شد. گفتنی است، آموزش‌ها به صورت رایگان ارائه شدند. در همه جلسات، زبان ساده و عینی در آموزش، تأکید بر ابعاد بحث گروهی، کسب گزارش از تکالیف و پاسخ‌گویی به پرسش‌ها و ابهامات در دستور کار قرار گرفتند و بسته‌های درمانی توسط پژوهشگر اجرا شدند. همچنین، به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پس از اتمام دوره پیگیری و جمع‌آوری اطلاعات، گروه کنترل نیز تحت مداخله جلسات درمان فراتشخیصی قرار گرفت. خلاصه جلسات درمانی در جدول‌های (۱) و (۲) آمده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی (Barlow et al., 2017)

Table 1: Summary of transdiagnostic treatment sessions (Barlow et al., 2017)

جلسات	اهداف	محتوا
اول	برقراری ارتباط و ایجاد اعتماد، آشنایی با درمان فراتشخیصی	مروری بر ساختار جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروه، معرفی و آشناسازی اعضای گروه با یکدیگر، ارائه خلاصه‌ای از روش درمان و بیان هدف جلسات، تأکید بر جنبه‌های آموزشی، خودیاری و تعامل بین اعضا، جمع‌بندی، دریافت بازخورد از شرکت‌کنندگان
دوم	مفهوم‌سازی مشکل، تصویرسازی مثبت	ارائه و بازخورد شرکت‌کنندگان از شرکت در جلسه قبل، مفهوم‌سازی مشکل، علائم و نشانه‌های روان‌شناختی سوگ، تمرین آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت، جمع‌بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان در رابطه با تصویرسازی ذهنی مثبت از وقایع، ارائه تکلیف
سوم	آگاهی از تجربه‌های هیجانی	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده تجربه‌های هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها) به ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن‌آگاهی، تمرین افکار غیرقضاوتی و لحظه‌ای از تجربه‌های هیجانی و جهت‌دهی به سمت تکنیک «اینجا و اکنون»، جمع‌بندی و ارائه تکلیف تکنیک اینجا و اکنون
چهارم	تنظیم هیجان‌ها	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، تمرین برانگیختن هیجان‌های مثبت و خنثی کردن هیجان‌های منفی، تمرین اجتناب از سرکوبی هیجانی، تمرین انعطاف‌پذیری ذهنی و پذیرش روانی بیماری، ارزیابی مجدد شناختی، ایجاد آگاهی از تأثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه خودکار و دام‌های شایع تفکر، ارائه تکلیف
پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجربه‌های هیجانی، آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان، تمرین آرمیدگی عضلانی، تمرین ارزیابی شناختی در رابطه با سوگ و حفظ پاسخ‌های هیجانی، تمرین شناسایی و بازنگری در الگوهای تفکر با هدف ایجاد انعطاف‌پذیری در تفکر، ارائه تکلیف

جلسات	اهداف	محتوا
ششم	شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آن‌ها بر تجربه‌های هیجانی	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، بررسی رفتارهای ناشی از هیجان (EDBs)، شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین به واسطه رویارویی با رفتارها، تمرین تمرکز بر دو شیوه بازنگری غلط اساسی در تفکر اضطرابی و افسردگی ناشی از فقدان، بیش‌برآورد احتمال و فاجعه‌سازی، ارائه تکالیف در رابطه با نوشتن هیجان‌های منفی اضطرابی و افسردگی ناشی از فقدان همسر
هفتم	آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجربه‌های هیجانی	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی، انجام تمرین‌های مواجهه یا رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم، تمرین شناسایی رفتارهای متأثر از هیجان و ایجاد رفتارهای ناهمخوان و مواجهه هیجانی، ارائه تکالیف
هشتم	تصویرسازی ذهنی مثبت و مثبت‌اندیشی	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، تمرین آرمیدگی عضلانی و تصویرسازی ذهنی مثبت، تمرین مثبت‌اندیشی درباره مقابله مؤثر با بیماری
نهم	معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی	مرور تکالیف و دریافت بازخورد از جلسه قبل، معرفی مدل رفتاری سه‌بعدی به منظور بیان ارتباط مشترک رفتار/احساسات، کارکردهای روان‌شناختی و رفتار قابل مشاهده، جایگزینی هیجان‌های مثبت به جای هیجان‌های منفی، مواجهه احشایی و مواجهه با هیجان مبتنی بر موقعیت، آموزش نحوه تهیه سلسله‌مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر، تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش، تشکر و سپاسگزاری از تمامی اعضای گروه

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان پذیرش و تعهد (Hayes et al., 2004)

Table 2: Summary of acceptance and commitment therapy sessions (Hayes et al., 2004)

جلسات	اهداف	محتوا
اول	برقراری ارتباط درمانی و ایجاد اعتماد، آشنا کردن فرد با درمان و تعهد و پذیرش	مروری بر ساختار جلسه، مطرح کردن قوانین و مقررات گروه، معرفی و آشناسازی اعضای گروه با یکدیگر، ارائه خلاصه‌ای از اهداف جلسات، تأکید بر جنبه‌های آموزشی، خودیاری و تعامل بین اعضا
دوم	پذیرش و نگاه واقع‌بینانه اعضا به سوگ و انعطاف‌پذیری روان شناختی	ارائه و بازخورد شرکت‌کنندگان از شرکت در جلسه قبل، مرور تکالیف: پذیرش نگاه واقع‌بینانه اعضا به سوگ، آموزش فنون تداعی آزاد (به ذهن خود اجازه دهند آزادانه به کلمات پاسخ دهد و کنترلی بر افکار یا پاسخ ذهن نداشته باشند). بحث درباره باورهای مثبت و باورهای منفی و نقش آن‌ها در برهم خوردن انعطاف‌پذیری، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان، ارائه تکالیف
سوم	آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی و عدم منازعه با افکار و احساسات	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، تمرین چالش با باورهای مثبت و منفی، پذیرش افکار مثبت و تعهد به انجام آن‌ها، آموزش فن به تعویق انداختن نگرانی، آموزش و تمرین فن هدایت فکر، آموزش ذهن آگاهی انفصالی و عدم منازعه با افکار و احساسات، استفاده از استعاره اعداد، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت‌کنندگان، ارائه تکالیف بر مبنای آزمایش بازداری افکار و احساسات و ارزیابی اثرات آن بر افکار و روند زندگی

جلسات	اهداف	محتوا
چهارم	آموزش کنترل به عنوان یک مشکل، ایجاد تمایل به افکار و احساسات	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، معرفی کنترل به عنوان یک مشکل: استفاده از استعاره پلی گراف همراه با استعاره احساسات پاک و ناپاک، معرفی تمایل/پذیرش: در این مرحله از درمان تلاش شد تا جایگزینی برای کنترل ارائه شود. استفاده از استعاره دو مقیاس و ایجاد تعهد رفتاری نسبت به تمرین های تمایل، جمع بندی و ارائه تکالیف
پنجم	خود به عنوان زمینه و گسلش	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، معرفی خود به عنوان زمینه و گسلش: استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس، ارائه تکالیف تمرین مشاهده افکار، تعهد رفتاری نسبت به ادامه تمرینات تمایل
ششم	آشنایی با خود مشاهده گر و ماندن در زمان حال	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث درباره تکالیف خانگی، تمرین تجویز ذهن سرگردان، ارائه استعاره شطرنج و مبلمان، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان، ارائه تکالیف بر مبنای تمرین تجویز ذهن سرگردان و ارزیابی از اثرات آن بر افکار و روند زندگی
هفتم	آشنایی با خود مشاهده گر و ماندن در زمان حال	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث درباره تکالیف خانگی، آموزش تمرین تصویرسازی ابرها، آموزش تمرین تمثیل ایستگاه قطار، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان، ارائه تکالیف بر مبنای تمرین تصویرسازی ابرها و تمرین تمثیل ایستگاه قطار و ارزیابی از اثرات آن بر افکار و روند زندگی
هشتم	آموزش توجه آگاهی و شناسایی و تصریح ارزش ها	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث درباره تکالیف خانگی، تکنیک آموزش توجه، تصریح ارزش ها و عمل در راستای جهت ارزشمند، جمع بندی و بررسی بحث توسط خود شرکت کنندگان
نهم	عمل متعهدانه در راستای ارزش ها	مرور تکالیف جلسه قبل، دریافت بازخورد از جلسه قبل و تکالیف، بحث درباره تکالیف خانگی، آموزش تمرین حلقه کلامی، استفاده از استعاره گدای سمج، مرور جلسات گذشته، تکمیل پرسشنامه های پژوهش، تشکر و سپاسگزاری از تمامی اعضای گروه

کلیه تحلیل های آماری داده های پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ انجام شد. روش آماری استفاده شده برای تجزیه و تحلیل داده ها تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر بود. به منظور بررسی پیش فرض نرمال بودن از آزمون شاپیرو ویلکز^۱، برای بررسی پیش فرض کرویت از آزمون موچلی^۲، برای بررسی همگنی واریانس ها از آزمون لوین^۳ و به منظور مقایسه مراحل زمانی از آزمون تعقیبی بونفرونی^۴ استفاده شد. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

¹ Shapiro-Wilk

² Mauchly

³ Levene

⁴ Bonferroni

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش (نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی) به تفکیک گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان فراتشخیصی و کنترل در جدول (۳) ارائه شده‌اند.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در همسران قربانیان کرونا در گروه‌های آزمایش و کنترل

Table 4: Mean and standard deviation of research variables in wives of corona victims in experimental and control groups

متغیر	گروه آزمون	کنترل	آزمایش ۱ (درمان پذیرش و تعهد)	آزمایش ۲ (درمان فراتشخیصی)
		انحراف استاندارد \pm میانگین	انحراف استاندارد \pm میانگین	انحراف استاندارد \pm میانگین
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۵۱/۱۲ \pm ۸/۸۸	۵۱/۶۲ \pm ۴/۵۱	۵۱/۳۱ \pm ۹/۰۸
	پس‌آزمون	۵۱/۸۷ \pm ۸/۶۶	۳۲/۳۷ \pm ۴/۹۹	۳۴/۲۵ \pm ۵/۶۲
	پیگیری	۵۱/۹۳ \pm ۸/۳۱	۳۲/۵۶ \pm ۴/۸۴	۳۴/۶۸ \pm ۵/۶۲
تحمل بلا تکلیفی	پیش‌آزمون	۹۵/۱۸ \pm ۶/۳۰	۹۶/۸۱ \pm ۴/۲۶	۹۵/۵۰ \pm ۴/۵۴
	پس‌آزمون	۹۵/۱۲ \pm ۶/۳۵	۸۱/۰۶ \pm ۳/۷۸	۸۰/۶۲ \pm ۶/۹۶
	پیگیری	۹۵/۵۰ \pm ۵/۰۳	۸۰/۵۰ \pm ۴/۲۴	۸۱/۶۸ \pm ۶/۷۰
نا توانی برای انجام عمل	پیش‌آزمون	۳۱/۷۵ \pm ۲/۱۱	۳۲/۳۷ \pm ۱/۵۰	۳۱/۸۱ \pm ۱/۵۵
	پس‌آزمون	۳۱/۶۲ \pm ۲/۲۱	۲۷/۸۷ \pm ۱/۸۲	۲۶/۹۳ \pm ۲/۴۳
	پیگیری	۳۱/۹۳ \pm ۱/۹۴	۲۷/۷۵ \pm ۲/۰۴	۲۷/۳۷ \pm ۲/۴۱
استرس‌آمیز بودن بلا تکلیفی	پیش‌آزمون	۳۱/۶۲ \pm ۱/۷۸	۳۱/۵۰ \pm ۱/۶۳	۳۰/۶۸ \pm ۱/۵۷
	پس‌آزمون	۳۰/۸۷ \pm ۱/۸۵	۲۵/۱۸ \pm ۱/۵۱	۲۶/۷۵ \pm ۲/۱۴
	پیگیری	۳۱/۰۶ \pm ۱/۵۶	۲۴/۹۳ \pm ۲/۰۱	۲۶/۹۳ \pm ۲/۰۱
منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره	پیش‌آزمون	۱۷/۹۳ \pm ۲/۲۰	۱۷/۸۱ \pm ۱/۶۸	۱۷/۵۶ \pm ۲/۰۹
	پس‌آزمون	۱۸/۰۶ \pm ۲/۳۵	۱۵/۲۵ \pm ۱/۳۴	۱۳/۷۵ \pm ۱/۷۳
	پیگیری	۱۸/۱۲ \pm ۲/۲۴	۱۵/۱۲ \pm ۱/۱۴	۱۴/۲۳ \pm ۱/۶۷
بلا تکلیفی درباره آینده	پیش‌آزمون	۱۴/۸۷ \pm ۱/۲۰	۱۵/۱۲ \pm ۱/۴۵	۱۵/۴۳ \pm ۱/۳۱
	پس‌آزمون	۱۴/۵۶ \pm ۱/۰۳	۱۲/۷۵ \pm ۱/۶۵	۱۳/۱۸ \pm ۱/۹۰
	پیگیری	۱۴/۳۷ \pm ۰/۵۰	۱۲/۶۸ \pm ۱/۴۹	۱۳/۳۷ \pm ۱/۸۵

همان‌طور که نتایج جدول (۳) نشان می‌دهد، بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی و ابعاد آن در گروه‌های مورد مطالعه تفاوت وجود دارد. به منظور بررسی این تفاوت و آزمون فرضیه‌های پژوهش، در بخش بعدی تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آمار استنباطی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

قبل از انجام آزمون، پیش‌فرض‌های اصلی آن بررسی و تأیید شدند. نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرونف^۱ بررسی شد و مقادیر این آزمون برای نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار بودند ($p < ۰/۰۵$). این موضوع بیانگر توزیع نرمال داده‌ها در هر سه مرحله و در هر سه گروه بود. آزمون لوین نیز نشان داد فرض همسانی واریانس گروه‌ها برقرار است. به منظور ارزیابی همسانی ماتریس کوواریانس خطا، از آزمون ماچلی^۲ استفاده شد. نتیجه این آزمون نشان داد پیش‌فرض کرویت در داده‌ها برای نشخوار فکری ($x^2 = ۱۱۹/۲۷۵$; $P = ۰/۰۱$) و متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی ($x^2 = ۱۶/۷۰۶$; $P = ۰/۰۰۱$) برقرار نبود؛ از این رو، از آزمون گرین‌هاوس-گریزر^۳ استفاده شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر در متغیرهای نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی در همسران قربانیان کرونا در جدول (۴) آورده شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر در متغیرهای نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی در همسران قربانیان کرونا

Table 5: The results of the analysis of variance test with repeated measures in the variables of rumination and intolerance of uncertainty in the wives of corona victims

متغیر	اثرات	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر	توان آماری
نشخوار فکری	درون آزمودنی	زمان	۴۴۱۱/۴۳۱	۱/۰۳۴	۴۲۶۴/۷۸۶	۱۵۷/۳۲۷	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۸	۱
		زمان × گروه	۲۵۳۷/۴۴۴	۲/۰۶۹	۱۲۲۶/۵۴۷	۴۵/۲۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۴	۱
	بین آزمودنی	گروه	۴۷۸۱/۲۶۴	۲	۲۳۹/۶۳۲	۱۶/۰۱۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۶	۰/۹۹۹
تحمل بلا تکلیفی	درون آزمودنی	زمان	۳۲۵۵/۵۹۷	۱/۵۲۰	۲۱۴۲/۰۴۶	۱۷۳/۷۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹۴	۱
		زمان × گروه	۱۶۹۳/۱۹۴	۳/۰۴۰	۵۵۷/۰۲۵	۴۵/۱۸۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶۸	۱
	بین آزمودنی	گروه	۲۷۳۲/۶۸۱	۲	۱۳۶۶/۳۴۰	۱۹/۱۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۶۰	۱
ناتوانی برای انجام عمل	درون آزمودنی	زمان	۳۰۱/۱۶۷	۱/۵۸۹	۱۸۹/۵۱۲	۱۰۶/۲۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۷۰۲	۱
		زمان × گروه	۱۵۸/۵۸۳	۳/۱۷۸	۴۸/۶۳۶	۲۷/۲۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۸	۱
	بین آزمودنی	گروه	۲۵۱/۳۷۵	۲	۱۲۵/۶۸۷	۱۳/۱۶۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۶۹	۰/۹۹
استرس‌آمیز بودن بلا تکلیفی	درون آزمودنی	زمان	۳۵۱/۱۶۷	۱/۵۸۸	۲۲۱/۱۱۰	۱۲۱/۵۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳۰	۱
		زمان × گروه	۲۵۰/۷۹۲	۳/۱۷۶	۷۸/۹۵۵	۴۳/۳۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵۹	۱
	بین آزمودنی	گروه	۳۴۵/۲۹۲	۲	۱۷۲/۶۴۶	۲۵/۱۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲۸	۱
منفی بودن رویداد غیرمنتظره	درون آزمودنی	زمان	۱۳۴/۸۷۴	۱/۴۶۰	۹۲/۳۸۷	۹۱/۱۹۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۰	۱
		زمان × گروه	۸۴/۶۱۱	۲/۹۱۹	۲۸/۹۸۴	۲۸/۶۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶۰	۱
	بین آزمودنی	گروه	۲۱۵/۴۳۱	۲	۱۰۷/۷۱۵	۱۱/۹۰۳	۰/۰۰۰۱	۰/۳۴۶	۰/۹۹
بلا تکلیفی درباره آینده	درون آزمودنی	زمان	۸۷/۷۹۲	۱/۶۸۶	۵۲/۰۷۰	۶۵/۵۲۵	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹۳	۱
		زمان × گروه	۲۵/۹۱۷	۳/۳۷۲	۷/۶۸۶	۶/۶۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۰۱	۹۹۸
	بین آزمودنی	گروه	۲۸/۲۹۲	۲	۱۴/۱۴۶	۲/۹۰۱	۰/۰۴۵	۰/۲۱۴	۰/۹۳

¹ Kolmogorov -Smirnov

² Mauchly's

³ Greenhouse – Geisser

بر اساس جدول ۴، در اثرات بین‌آزمودنی، اثر اصلی گروه در متغیرهای پژوهش معنادار به دست آمده است ($P < 0/001$). نتایج نشان داده است ۴۱/۶ درصد از تفاوت‌های فردی در نشخوار فکری، ۴۶ درصد در عدم تحمل بلا تکلیفی، ۳۶/۹ درصد در ناتوانی برای انجام عمل، ۵۲/۸ درصد در استرس‌آمیز بودن بلا تکلیفی، ۳۴/۶ درصد در منفی بودن رویداد غیرمنتظره و ۲۱/۴ درصد در بلا تکلیفی درباره آینده به تفاوت بین سه گروه مربوط است. نتایج اثرات درون‌آزمودنی نیز نشان داده است اثر اصلی زمان در متغیرهای پژوهش معنادار به دست آمده است ($P < 0/001$). به عبارت دیگر، تفاوت بین میانگین نمرات در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در کل نمونه پژوهش در نشخوار فکری ۷۷/۸ درصد، عدم تحمل بلا تکلیفی ۷۹/۴ درصد، ناتوانی برای انجام عمل، ۷۰/۲ درصد، استرس‌آمیز بودن بلا تکلیفی ۷۳ درصد، منفی بودن رویداد غیرمنتظره ۰/۶۷ و بلا تکلیفی درباره آینده ۵۹/۳ درصد و معنادار است. همچنین، اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنادار به دست آمده است ($P < 0/001$) که نشان می‌دهد روند تغییرات نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه تفاوتی معنادار دارد و میزان تفاوت گروه‌ها در مراحل پژوهش در نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی به ترتیب برابر ۶۵/۴ و ۶۶/۸، درصد ناتوانی برای انجام عمل ۵۴/۸ درصد، استرس‌آمیز بودن بلا تکلیفی ۶۵/۹ درصد، منفی بودن رویداد غیرمنتظره ۰/۵۶ درصد و بلا تکلیفی درباره آینده ۳۰/۱ درصد به دست آمده است. برای مقایسه میانگین‌های نمرات نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی همسران قربانیان و ویروس کرونا از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. در جدول (۵)، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین‌های نمرات نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی همسران قربانیان و ویروس کرونا

Table 6: The results of Bonferroni's post hoc test to compare the mean scores of rumination and intolerance of uncertainty of the wives of victims of the corona virus

مقیاس	گروه پذیرش و تعهد	گروه فراتشخیصی	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	P
نشخوار فکری	گروه فراتشخیصی	گروه پذیرش و تعهد	۱/۲۲۹	۲/۴۹۴	۱
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۱۱/۵۶۲	۲/۴۹۴	۰/۰۰۰۱
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۱۲/۷۹۲	۲/۴۹۴	۰/۰۰۰۱
عدم تحمل بلا تکلیفی	گروه فراتشخیصی	گروه پذیرش و تعهد	-۰/۱۸۸	۱/۷۲۳	۱
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۹/۳۳	۱/۷۲۳	۰/۰۰۰۱
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۹/۱۴۶	۱/۷۲۳	۰/۰۰۰۱
ناتوانی برای انجام عمل	گروه فراتشخیصی	گروه پذیرش و تعهد	۰/۶۲۵	۰/۶۳۱	۰/۹۸۱
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۳/۰۶۲	۰/۶۳۱	۰/۰۰۰۱
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۲/۴۳۷	۰/۶۳۱	۰/۰۰۱
استرس‌آمیز بودن بلا تکلیفی	گروه فراتشخیصی	گروه پذیرش و تعهد	۰/۹۱۷	۰/۵۳۵	۰/۲۸۱
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۲/۷۲۹	۰/۵۳۵	۰/۰۰۰۱
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۳/۶۴۶	۰/۵۳۵	۰/۰۰۰۱
منفی بودن رویداد غیرمنتظره	گروه فراتشخیصی	گروه پذیرش و تعهد	-۰/۹۵۸	۰/۶۱۴	۰/۳۷۷
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۲/۹۳۷	۰/۶۱۴	۰/۰۰۰۱
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۱/۹۷۹	۰/۶۱۴	۰/۰۰۷
بلا تکلیفی درباره آینده	گروه فراتشخیصی	گروه پذیرش و تعهد	۰/۴۷۹	۰/۴۵۱	۰/۸۸۰
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	۰/۶۰۴	۰/۴۵۱	۰/۵۶۱
	گروه پذیرش و تعهد	کنترل	-۱/۰۸۳	۰/۴۵۱	۰/۰۶۱

آزمون تعقیبی بونفرونی ($p < 0/05$) اختلاف معنادار

نتایج آزمون تعقیبی یونفرونی نشان داد بین گروه آزمایشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی با گروه کنترل در نشخوار فکری، عدم تحمل بلا تکلیفی و مؤلفه‌های آن به جز مؤلفه بلا تکلیفی درباره آینده تفاوتی معنادار وجود دارد ($P < 0/001$) که حاکی از اثربخشی دو روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بود؛ اما تفاوتی معنادار بین اثربخشی دو مداخله یادشده در متغیرهای پژوهش مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فراتشخیصی بر نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی انجام شد. نتایج نشان داد در اثربخشی دو روش مداخله بر نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی و مؤلفه‌های آن تفاوتی معنادار وجود ندارد و هر دو مداخله پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی در مقایسه با گروه کنترل توانسته‌اند اثربخشی معناداری را بر نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی داشته باشند. همچنین، نتایج نشان داد اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و فراتشخیصی بر کاهش نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی در طول زمان از پس آزمون به پیگیری همچنان ماندگار است.

در زمینه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری، یافته‌های این پژوهش با یافته‌های ابوترابی‌ان و سجادیان (۱۴۰۲)، بخشنده‌لاریمی و همکاران (۱۴۰۰)، حمیدی و همکاران (۱۳۹۹) و موسی‌پور (۱۴۰۲) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها، می‌توان بیان کرد بسیاری از اوقات، ریشه رنج کشیدن روان‌شناختی ناشی از ذهن قضاوتگر است که تجربه‌های را به خوب و بد تقسیم می‌کند و از فرد می‌خواهد با این تجربه‌ها مبارزه یا از آن‌ها اجتناب کند که در نتیجه، به سطوحی از ناکامی، پریشانی و نشخوار ذهنی منجر می‌شود (Hayes et al., 2004). هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کاهش واکنش به احساسات و افکار پریشان‌کننده همراه با تجربه درد است. پیشینه پژوهش نشان داده است ذهن آگاهی به کاهش علائم روان‌شناختی شامل اضطراب، افسردگی و نشخوار فکری در افراد مختلف منجر می‌شود (نرگسی و همکاران، ۱۳۹۸). ذهن آگاهی خودنظارت‌گری جسمی و هوشیاری بدن را افزایش می‌دهد که احتمالاً به بهبود مکانیسم‌های بدنی و بهبود مراقبت از خود منجر می‌شود. در این رابطه، هیز و هافمن^۱ (2017) معتقد هستند فنون ذهن آگاهی با فراهم آوردن فرصتی برای مراقبه می‌توانند در افزایش آرام‌بخشی عضلانی و کاهش نگرانی، استرس و اضطراب مؤثر باشند. مشابه آموزش آرمیدگی سستی، مراقبه ذهن آگاهی با افزایش فعال‌سازی دستگاه عصبی خودکار همراه است که ممکن است به آرامش جسمی، کاهش تنش و برانگیختگی روانی و نشخوار فکری منجر شود.

بررسی پیشینه پژوهش در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عدم تحمل بلا تکلیفی نشان داد نتایج این مطالعه با بخش‌هایی از مطالعات احمدیان و همکاران (۱۴۰۱)، اسمیت^۲ و همکاران (2021)، اصلی‌آزاد و همکاران (۱۳۹۸)، برون^۳ و همکاران (2015)، بخشنده‌لاریمی و همکاران (۱۴۰۰)، حسینی و همکاران (۱۴۰۰)، لی^۴ و همکاران (2021) و منصوری کرمانی و همکاران (۱۴۰۱) همسو و هماهنگ است. در تبیین این یافته‌ها، می‌توان گفت عدم تحمل بلا تکلیفی یک فراتشخیصی و عامل آسیب‌پذیر شناختی است که به رشد و حفظ اختلالات اضطرابی در افراد منجر می‌شود (Satici et al., 2022). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به واسطه تکنیک‌هایی همچون غسل شناختی به پذیرش و انعطاف‌پذیری بیشتر فرد در قبال مصیبت‌های ایجادشده کمک می‌کند. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، جلسات درمان صرف شناسایی کارکرد پاسخ‌های مشکل‌ساز در برابر مصائب، مشکلات و وقایع ناگوار زندگی و مداخله در آن‌ها می‌شوند و از طریق ایجاد پذیرش و تمرین‌های تجربی که مبتنی بر قانون خاموشی شرطی‌سازی

¹ Hofmann

² Smith

³ Brown

⁴ Li

پاسخگر هستند، کنترل تجربی و آمیختگی شناختی تضعیف می‌شوند و با استفاده از استعاره‌ها، فرد با بازی‌های کلامی مانند قضاوت و دلیل‌آوری آشنا و از موانع درونی آگاه می‌شود و به او کمک می‌شود تا به‌جای واکنش خودکار و شرطی‌شده به وقایع، از طریق ارزیابی الگوهای رفتارهای اجتنابی و ارزیابی عوامل شناختی برای فعال‌سازی حیطه‌های مختلف زندگی برنامه‌ریزی کند و دربارهٔ انتخاب پاسخ رفتاری هدف‌گرا، ارزش‌مدار و خردگرایانه تصمیم‌گیری و متعهدانه عمل کند؛ از این رو، این امر موجب انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر و کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی در همسران جان‌باختگان کرونا شده است.

در رابطه با اثربخشی درمان فراتشخیصی بر نشخوار فکری، نتایج این پژوهش با بخش‌هایی از نتایج پژوهش‌های آگویلا-مارتین^۱ و همکاران (2022)، زارعی فسخودی و همکاران (۱۴۰۰)، عسکری و زندکریمی (۱۴۰۱)، فارکیونه^۲ و همکاران (2012) و قوتی و همکاران (۱۴۰۱) همسو و هماهنگ است. در تبیین اثربخشی برنامه فراتشخیصی بر نشخوار فکری، باید گفت فرضیه اصلی درمان این است که افراد مبتلا به اختلال‌های هیجانی راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه (سرزنش خود و دیگران، فاجعه‌سازی و نشخوار فکری) را به کار می‌برند. آن‌ها اساساً سعی می‌کنند تا از هیجان‌های ناخوشایند اجتناب کنند یا شدت آن‌ها را کاهش دهند که باعث نتیجه عکس و تداوم علائم آن‌ها می‌شود (Barlow et al., 2017)؛ بنابراین، درمان فراتشخیصی یکپارچه یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است؛ به این معنا که درمان طوری طراحی شده است که به بیماران بیاموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شوند و آن‌ها را تجربه کنند و به شیوه‌ای سازگارانه‌تر به هیجان‌های خود پاسخ دهند (Cuijpers et al., 2023)؛ از این رو، در طی جلسات درمان، ضمن اصلاح عادت‌های تنظیم هیجانی، هدف درمان کاهش شدت و بروز تجربه هیجانی ناسازگارانه و بهبود کارکرد همسران جان‌باختگان کرونا بود. علاوه بر این، در درمان فراتشخیصی یکپارچه، مهارت آگاهی هیجانی بر آگاهی غیرقضاوتی و تجربه هیجانی در زمان حال تأکید دارد. به دست آوردن این آگاهی مهارت اصلی به حساب می‌آید که یادگیری بهتر مفاهیم درمانی بعدی را در پی خواهد داشت (Sauer-Zavala et al., 2020)؛ از این رو، اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر نشخوار فکری را می‌توان به واسطه فرآیندهای درمانی حاکم بر آن همچون ذهن‌آگاهی، ماندن در زمان حال، عدم حذف و سرکوبی افکار منفی، چالش با ارزیابی‌های منفی و افزایش انعطاف‌پذیری تبیین کرد.

در رابطه با اثربخشی درمان فراتشخیصی بر عدم تحمل بلا تکلیفی، این مطالعه با بخش‌هایی از یافته‌های نرگسی و همکاران (۱۳۹۸) همسو است. در تبیین این یافته، باید گفت همسران قربانیان کرونا در مواجهه با استرس و فشارهای روانی ناشی از مرگ همسر به‌جای به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه‌تر عمدتاً از راهبردهایی ناسازگارانه در مقابل فشارهای روانی استفاده می‌کنند. در واقع، همسران داغ‌دار به دلیل تجربه پایدار عواطف منفی از جمله خشم، اضطراب و افسردگی، توانایی تمرکز بر مشکل استرس‌آمیز را از دست می‌دهند و قادر نخواهند بود از شیوه‌های مقابله‌ای منطقی و انعطاف‌پذیر استفاده کنند و در نتیجه، تمایل به روی آوردن به سبک‌های غیرمنطقی از جمله سبک هیجان‌مدار و استفاده از راهکارهای تنظیم هیجان منفی افزایش می‌یابد؛ از این رو، در درمان فراتشخیصی به افراد کمک می‌شود تا درکی بهتر از تعامل با افکار، احساس‌ها و رفتارها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشند. افراد در این درمان می‌آموزند تا آگاهی بهتری از تجربه‌های خود (شامل برانگیزاننده‌ها و پیامدهای رفتاری) کسب کنند و با ارزیابی‌های شناختی منفی از احساس‌ها و هیجان‌های جسمی مقابله کنند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و توانایی تحمل احساس‌های جسمی در طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی

¹ Aguilera-Martín

² Farchione

خود مواجه شوند. همه این توانش‌ها با اصلاح عادت‌ها، پردازش و تنظیم هیجانی، ممکن است به کاهش شدت تجربه‌های هیجانی ناسازگارانه منفی و عدم تحمل بلا تکلیفی در فرد منجر شوند (Tonarely-Busto et al., 2023).

در تبیین عدم تفاوت اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی، می‌توان گفت از آنجا که هر دو درمان منشعب از رویکرد شناختی - رفتاری هستند، خواستگاهی مشترک دارند و بر فرایندهای زیربنایی نسبتاً مشابهی در بروز آسیب‌های روانی مانند عدم آگاهی از تجربه‌های هیجانی، اجتناب و سرکوبی هیجانی، عدم انعطاف‌پذیری و تفکر قضاوتی تأکید می‌کنند؛ بنابراین، در طی درمان، از تکنیک‌ها و تمرین‌های مشترک در زمینه ذهن‌آگاهی، پذیرش، انعطاف‌پذیری، غیرقضاوتی بودن و ماندن در اینجا و اکنون به منظور آگاهی از تجربه‌های درونی و مدیریت هیجان‌های منفی سود می‌برند (امیری و همکاران، ۱۴۰۳).

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نظیر محدود بودن جامعه پژوهش به همسران جان‌باختگان کرونای بیمارستان امام خمینی شهر تهران، مهار نشدن متغیرهای شخصیتی، اجتماعی و خانوادگی تأثیرگذار بر متغیرهای وابسته، خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی مواجه بود؛ بنابراین، پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. با توجه به اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشخوار فکری و عدم تحمل بلا تکلیفی همسران قربانیان کرونا در سطح کاربردی، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و مشاوران از این دو روش مداخله به عنوان درمان انتخابی در بهبود اختلالات روان‌شناختی ناشی از سوگ همسران قربانیان کرونا استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله نویسندگان از مسئولان بیمارستان امام خمینی شهر تهران و کلیه شرکت‌کنندگان که در تکمیل و توزیع پرسشنامه‌ها دقت و زمان کافی مبذول داشتند و در مرحله اجرایی پژوهش همکاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی را دارند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- ابوترابی، م.، و سجادیان، ا. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، نشخوار فکری و خودکارآمدی دانش‌آموزان دختر افسرده دوره متوسطه دوم. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۲۴(۲)، ۱۳-۲۶. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/2071421>
- احمدی، ع.، عسگرزاده، س.، و شیرمحمدی، س. (۱۳۹۹). یادبود پس از مرگ کاربران در شبکه‌های اجتماعی (تحلیل نظرات کاربران در صفحات اینستاگرامی جان‌باختگان ویروس کرونا). *مطالعات رسانه‌های نوین*، ۶(۲۳)، ۳۱۵-۳۳۸. <https://doi.org/10.22054/nms.2021.56236.1067>
- احمدیان، ع.، تقی‌پور، ب.، علیرضایی حور، م.، سبزی، ن.، داوودی، س.، و میرزاپور بین کلایی، م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سبک‌های مقابله‌ای و استرس ادراک‌شده زنان نابارور. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۷(۶۶)، ۳۳-۲۵. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15280>
- اصلی‌آزاد، م.، منشی، غ.، و قمرانی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی. *روان‌شناسی افراد استثنائی*، ۹(۳۶)، ۳۳-۵۳. <https://doi.org/10.22054/jpe.2019.44480.2027>
- امیری، م.، خوش‌اخلاق، ح.، سجادیان، پ.، و رضایی جمالویی، ح. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراتشخیصی بر سازگاری روانی اجتماعی با بیماری و خودمراقبتی در افراد دارای بیماری قلبی - عروقی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*، ۱۹(۷۳)، ۵۸-۷۲. <https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16771>

- بخشنده‌لاریمی، ن.، زبردست، ع.، و رضایی، س. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری شناختی، نشخوار فکری و تحمل آشفتگی در افراد با سردرد میگرنی. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی شناخت، ۸(۲)*، ۷۴-۸۷. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1004-en.pdf>
- باقری‌نژاد، م.، صالحی فدردی، ج.، و طباطبایی، س. (۱۳۸۹). رابطه بین نشخوار فکری و افسردگی در نمونه‌ای از دانشجویان ایرانی. *پژوهشنامه مبانی تعلیم و تربیت، ۱۱(۱)*، ۲۱-۳۸. <https://doi.org/10.22067/fe.v11i1.2246>
- بهادری، ز.، رباط‌میلی، س.، و قربان جهرمی، ر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی پروتکل یکپارچه بر نشانه‌های اضطرابی و افسردگی همایند در مادران خانه‌دار. *پرستار و پزشک در رزم، ۷(۲۴)*، ۸۲-۹۸. <http://npwj.m.ajau.ac.ir/article-1-726-fa.html>
- حمیدی، م.، شاهمرادی، س.، جواهری محمدی، ع.، و رهبان‌فرد، ح. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نشخوار فکری در دختران نوجوان ورزشکار حرفه‌ای دارای آسیب ورزشی. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۲(۱۱)*، ۱۸۰-۱۶۵. <https://doi.org/10.22059/japr.2020.298582.643453>
- حسینی، س.، احدی، م.، حاتمی، م.، و خلعتبری، ج. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی و تعهد و پذیرش بر تاب‌آوری، به‌زیستی روان‌شناختی و میزان قند خون در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲. *روان‌پرستاری، ۹(۱)*، ۸۹-۱۰۲. <http://dx.doi.org/10.32598/JAMS.23.1.4578.3>
- جوادی، س.، و سجادیان، م. (۱۳۹۹). پاندمی کروناویروس عاملی برای سوگ تأخیری در بازماندگان: نامه به سردبیر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۳(۱)*، ۲-۷. <http://doi.org/10.32598/JAMS.23.1.4578.3>
- جعفری هرندی، م.، و عارفی، م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اضطراب سلامت و خودتنظیمی هیجانی زنان مبتلا به اضطراب ناشی از پاندمی ویروس کووید-۱۹. *روان‌شناسی سلامت، ۴۲(۱۶)*، ۷-۲۷. <https://doi.org/10.30473/hpj.2022.59114.5229>
- دانشمند، م.، ثابت، م.، و وزیری، ک. (۱۴۰۳). مدل‌یابی ساختاری پیش‌بینی سوگ پیچیده پایدار در میان افراد سوگواری ناشی از کرونا بر اساس کیفیت روابط ایزه با تمرکز بر نقش واسطه‌ای نشخوار خشم و احساس تنهایی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۹(۷۳)*، ۲۵۲-۲۶۰. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.56675.5597>
- دلاور، ع. (۱۳۹۳). *کاربرد آمار و احتمالات در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. تهران: انتشارات رشد.
- زارعی فسخودی، ب.، کربلایی، م.، میگونی، ا.، رضابخش، ح.، و قلیچی، ل. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان یکپارچه فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی بر تنظیم هیجان بزرگسالان دارای لکنت‌زبان. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی، ۱۲(۲)*، ۱۸۵-۲۰۹. <https://doi.org/10.22059/japr.2021.312232.643672>
- علی‌پور دهقانی، ف. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد اسلامی بر ارتقای سطح کیفیت زندگی همسران شهدای مدافع حرم. *روان‌شناسی نظامی، ۱۱(۴۱)*، ۵-۱۶. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.25885162.1399.11.41.1.5>
- عسکری، ز.، و زندکرمی، غ. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر خطاهای شناختی، نشخوار فکری و اجتناب شناختی در مبتلایان به اختلال اضطراب اجتماعی (مطالعه موردی). *روان‌شناسی بالینی، ۱۴(۴)*، ۶۵-۷۶. <https://doi.org/10.22075/jcp.2022.25616.2346>
- عبدل‌پور، ق.، نصیری، م.، مفاخری، م.، منصور، ک.، و عبدی، ر. (۱۳۹۷). مدل‌سازی معادله‌های ساختاری تحمل نکردن بلا تکلیفی و افسردگی و اختلال اضطراب فراگیر: بررسی نقش واسطه‌ای نشخوار فکری. *روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۹۵(۴)*، ۴۰۰-۴۱۵. <https://doi.org/10.22075/jcp.2022.25616.2346>

- علوی، ز.، قاسم‌زاده، س.، ارجمندنیا، ع.، لواسانی، م.، و وکیلی، س. (۱۴۰۱). اثربخشی پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان مضطرب و خودکارآمدی مادران آن‌ها. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۳(۳)، ۲۴۱-۲۲۵. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.330196.643986>
- قوتی، ع.، دلریا، م.، آهوان، م.، آقامحمدیان شهرباف، ح.، و فرنوش، م. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اضطراب، نشخوار فکری و سلامت روان در فرزندان شاهد و ایثارگر. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۸(۵)، ۱۰۵-۱۱۸. <https://doi.org/10.22051/psy.2022.36445.2465>
- کریمیان، ز.، حقایق، ع.، امامی نجفی دهکردی، و م.، رئیس، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر، *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۳۰(۱)، ۳۴-۲۲. <http://doi.org/10.29252/rbs.19.3.477>
- مسعودی مرغملکی، ل.، شایگان‌نژاد، و.، و رحیمی، ر. (۱۴۰۲). بررسی اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شفقت‌محور بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و خودکارآمدی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۲۱(۱)، ۷۳-۸۴. <https://doi.org/10.22070/cpap.2023.15651.1182>
- منصوری کریان، ر.، بساک‌نژاد س.، مهرابی‌زاده هنرمند، م.، و مجدی‌نسب، ن. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد متمرکز بر شفقت بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و آشفتگی روان‌شناختی بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲۸(۲)، ۲۲۲-۲۳۵. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.3747.1>
- موسی‌پور، م. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل پریشانی، نشخوار فکری و اجتناب تجربی در نوجوانان مبتلا به افسردگی. *روان‌شناسی اجتماعی*، ۱۱(۶۷)، ۷۷-۹۲. https://journals.iau.ir/article_704347_a921feb814d6aac4cf5ba759b4a25a5f.pdf
- نرگسی، ف.، فتحی آشتیانی، ع.، داودی، ا.، و اشرفی، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی - اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی اجباری. *دستاوردهای روان‌شناختی*، ۲۶(۲)، ۶۶-۴۹. <https://doi.org/10.22055/psy.2019.26369.2121>

References

- Ahmadi, A., Asgarzadeh, M., & Shir mohamadi, S. (2020). Memorial after the Death of Users in Social Networks (Analysis of Users' Comments on the Instagram Pages of Coronavirus Victims). *New Media Studies*, 6(23), 315-338. doi: 10.22054/nms.2021.56236.1067 [In Persian]
- Alipour Dehaghani, F. (2020). An Investigation into the Impact of Group Counseling and Treatment of Grief with an Islamic Approach on the Improvement of the Quality of Life of the Holy Shrine Defender Martyrs' Wives. *Military Psychology*, 11(41), 5-16. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.25885162.1399.11.41.1.5> [In Persian]
- Amiri, M., Khoshakhlagh, H., Sajjadian, P. S., & Rezaei Jamaloei, H. (2024). Comparing the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Transdiagnostic Treatment on Psychosocial Adjustment to the Disease and Self-Care in People with Cardiovascular Disease. *Journal of Modern Psychological Researches*, 19(73), 58-72. <https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16771> [In Persian]
- Asliazad, M., Manshaee, G. R., & Ghamarani, A. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Intolerance of uncertainty of The Students with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*, 9(36), 33-53. <https://doi.org/10.22054/jpe.2019.44480.2027> [In Persian]

- Abootrabian, M., & Sajadiyan I. (2023). Effectiveness of acceptance and commitment therapy on depression, rumination and self – efficacy of depressed female high school students. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 24(2), 13-26. <https://www.noormags.ir/view/fa/articlepage/2071421> [In Persian]
- Askari, Z., & Zandkarimi, G. (2022). The Effectiveness of Unified Trans diagnostic Therapy on Cognitive Errors, Rumination and Cognitive Avoidance in Social Anxiety Disorder Patients: A Case Study. *Journal of Clinical Psychology*, 14(4), 65-76. <https://doi.org/10.22075/jcp.2022.25616.2346> [In Persian]
- Aguilera-Martín, Á., Gálvez-Lara, M., Cuadrado, F., Moreno, E., García-Torres, F., Venceslá, J. F., ..., & Moriana, J. A. (2022). Cost-effectiveness and cost-utility evaluation of individual vs. group transdiagnostic psychological treatment for emotional disorders in primary care (PsicAP-Costs): A multicenter randomized controlled trial protocol. *BMC Psychiatry*, 22(1), 99. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03726-4>
- Angehrn, A., Krakauer, R. L., & Carleton, R. N. (2020). The impact of intolerance of uncertainty and anxiety sensitivity on mental health among public safety personnel: When the uncertain is unavoidable. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 919-930. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10107-2>
- Abdolpour, G., Nasiri, M., Mafakheri, M., Mansouri, K., & Abdi, R. (2019). Structural Equation Modeling of Intolerance of Uncertainty and Symptoms of Depression and General Anxiety Disorder: Investigation of the Mediating Role of Rumination. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 24(4), 400-415. <https://doi.org/10.22075/jcp.2022.25616.2346> [In Persian]
- Ahmadian, A., Taghipuor, B., Alirezaee Hoor, M., Sabzi, N., Davodi, S. M., & Mirzapour Benkalae, M. (2022). The effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Coping Styles and Perceived Stress in infertile women. *Journal of Modern Psychological Researches*, 17(66), 25-33. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2022.15280> [In Persian]
- Alavi, Z., Ghasemzadeh, S., Arjmandnia, A. A., Lavasani, M., & Vakili, S. (2022). The Effectiveness of the Unified Transdiagnostic Treatment Protocol on the Social Skills of Students with Anxiety Disorders and the Self-Efficacy of their Mothers. *Journal of Applied Psychological Research*, 13(3), 225-241. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.330196.643986> [In Persian]
- Bielinski, L. L., Krieger, T., Moggi, F., Trimpop, L., Willutzki, U., Nissen, C., & Berger, T. (2020). REMOTION blended transdiagnostic intervention for symptom reduction and improvement of emotion regulation in an outpatient psychotherapeutic setting: protocol for a pilot randomized controlled trial. *JMIR Research Protocols*, 9(11), e20936. <https://doi.org/10.2196/20936>
- Brinker, J. K., & Dozois, D. J. (2009). Ruminative thought style and depressed mood. *Journal of Clinical Psychology*, 65(1), 1-19. <https://doi.org/10.1002/jclp.20542>
- Buhr, K., & Dugas, M. J. (2006). Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(2), 222-236. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.12.004>
- Bakhshandehlarimi, N., Zebardast, O., & Rezaei, S. (2021). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive flexibility, rumination, and distress tolerance in persons with Migraine headache. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*, 8(2), 23-38. <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1004-en.pdf> [In Persian]
- Bagherinezhad, M., Salehi Fadardi, J., & Tabatabayi, S. M. (2010). The relationship between rumination and depression in a sample of Iranian student. *Foundations of Education*, 11(1), 21-38. <https://doi.org/10.22067/fe.v11i1.2246> [In Persian]
- Brown, F. L., Whittingham, K., Boyd, R. N., McKinlay, L., & Sofronoff, K. (2015). Does Stepping Stones Triple P plus Acceptance and Commitment Therapy improve parent, couple, and family adjustment following paediatric acquired brain injury? A randomised controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 73, 58-66. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.07.001>

- Bahadori, Z., Robotmili, S., & Ghorban Jahromi, R., R. (2019). The effectiveness of transdiagnostic treatment by Unified Protocol on Symptoms of anxiety and depression comorbidity in housewives' mothers. *Nurse and Physician Within War*, 7(24), 82-92. <http://npwjm.ajaums.ac.ir/article-1-726-fa.html> [In Persian]
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., ..., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA psychiatry*, 74(9), 875-884. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Ebert, D., Harrer, M., & Karyotaki, E. (2023). Transdiagnostic treatment of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(14), 6535-6546. <https://doi.org/10.1017/s0033291722003841>
- Carleton, R. N., Desgagné, G., Krakauer, R., & Hong, R. Y. (2019). Increasing intolerance of uncertainty over time: The potential influence of increasing connectivity. *Cognitive Behavior Therapy*, 48(2), 121-136. <https://doi.org/10.1080/16506073.2018.1476580>
- Daneshmand, M., Sabet, M., & Vaziri, K. (2024). Structural Modeling of the Prediction of Stable Complicated Grief Among Bereaved People Due to Corona Based on the Quality of Object Relationships with a Focus on the Mediating Role of Anger Rumination and Loneliness. *Journal of Modern Psychological Researches*, 19(73), 252-260. <https://doi.org/10.22034/jmpr.2023.56675.5597> [In Persian]
- Delavar, A. (2014). *Applied probability and statistics in psychology and educational sciences*. Tehran: Roshd publication. [In Persian]
- Egan, R. P., & Smith, D. A. (2020). Rumination Versus Distraction: Dyadic Implementation Eliminates the Response Manipulation Emotion Regulation Effect. *Clinical Psychology & Special Education/Klinicka I Special'naa Psihologia*, 9(3), 34-48. <http://doi.org/10.17759/cpse.2020090306>
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., ..., & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666-678. <https://doi.org/10.1016%2Fj.beth.2012.01.001>
- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. *Personality and Individual Differences*, 17(6), 791-802. [http://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](http://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
- Gamino, L. A., Sewell, K. W., Hogan, N. S., & Mason, S. L. (2010). Who needs grief counseling? A report from the Scott & White Grief Study. *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 60(3), 199-223. <http://doi.org/10.2190/OM.60.3.a>
- Gloster, A. T., Walder, N., Levin M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18(6), 181-92. <http://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Ghovati, A., Delroba, M., Ahovan, M., Agha Mohammadian Sherbaf, H. R., & Farnoosh, M. (2022). The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Treatment in Anxiety, Rumination and General Health among Children of Martyrs and Sacrifice. *Journal of Psychological Studies*, 18(3), 105-118. <https://doi.org/10.22051/psy.2022.36445.2465> [In Persian]
- Gillett, C. B., Bilek, E. L., Hanna, G. L., & Fitzgerald, K. D. (2018). Intolerance of uncertainty in youth with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A transdiagnostic construct with implications for phenomenology and treatment. *Clinical Psychology Review*, 60, 100-108. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.01.007>
- Grossman, R. A., & Ehrenreich-May, J. (2020). Using the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(2), 184-201. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1016/j.cbpra.2019.05.004>

- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry, 18*(2), 226. <https://doi.org/10.1002/wps.20442>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry, 16*(3), 245. <https://doi.org/10.22059/japr.2020.298582.643453>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Strosahl, K. (Eds.). (2004). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. Springer Science & Business Media.
- Hamidi, M., Shahmoradi, S., Javaheri Mohammadi, A., & Rohbanfard, H. (2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Ruminating in Adolescent Female Athletes with Athletic Injury. *Journal of Applied Psychological Research, 11*(2), 165-180. <https://doi.org/10.22059/japr.2020.298582.643453> [In Persian]
- Hosseini, S. S., Ahadi, M., Hatami, M., & Khalatbari, J. (2021). Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Resilience, Psychological Well-Being and Blood Sugar levels in patients with type 2 diabetes. *IJPN, 9*(1), 89-102. <http://doi.org/10.32598/JAMS.23.1.4578.3> [In Persian]
- Karimian, Z., Haghayegh, S. A., Emami-Najafi-Dehkordi, S. M. H., & Raisi, M. (2023). The Comparison of the Effectiveness of Trans-diagnostic Treatment and the Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Quality of Life in Patients with Irritable Bowel Syndrome (IBS). *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 30*(1), 22-34. <http://doi.org/10.29252/rbs.19.3.477> [In Persian]
- Javadi, S., & Sajadian, M. (2020). Coronavirus Pandemic a Factor in Delayed Mourning in Survivors: A Letter to The Editor. *J Arak Uni Med Sci, 23*(1), 2-7. <http://doi.org/10.32598/JAMS.23.1.4578.3> [In Persian]
- Jenkinson, R., Milne, E., & Thompson, A. (2020). The relationship between intolerance of uncertainty and anxiety in autism: A systematic literature review and meta-analysis. *Autism, 24*(8), 1933-1944. <https://doi.org/10.1177/1362361320932437>
- Johnson, C., Burke, C., Brinkman, S., & Wade, T. (2016). Effectiveness of a school-based mindfulness program for transdiagnostic prevention in young adolescents. *Behavior Research and Therapy, 81*, 1-11. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.03.002>
- Jafari Harandi, M., & Arefi, M. (2022). Efficacy of Unified Trans-Diagnostic Treatment on the Health Anxiety and Emotional Self-Regulation in the Women with the Covid-19 Pandemic Anxiety. *Health Psychology, 11*(42), 7-22. <https://doi.org/10.30473/hpj.2022.59114.5229> [In Persian]
- Li, H., Wong, C. L., Jin, X., Chen, J., Chong, Y. Y., & Bai, Y. (2021). Effects of acceptance and commitment therapy on health-related outcomes for patients with advanced cancer: a systematic review. *International journal of nursing studies, 115*. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103876>
- Li, J., Xia, Y., Cheng, X., & Li, S. (2020). Fear of uncertainty makes you more anxious? Effect of intolerance of uncertainty on college students' social anxiety: a moderated mediation model. *Frontiers in Psychology, 11*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.565107>
- Mansouri Koryani, R., Bassak Nejad, S., Mehrabizadeh Honarmand, M., Majdinasab, N. (2022). Effectiveness of Compassion Focused Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Psychological Distress in Patients with Multiple Sclerosis. *IJPCP, 28*(2), 222-35. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.28.2.3747.1> [In Persian]
- Masoudi Marghmaleki, L., Shaygan Nejad, V., Rahimi, R. (2023). Investigating the Effect of Compassion-Focused Acceptance and Commitment Therapy on Psychological Flexibility and Self-efficacy of Women with Multiple Sclerosis. *Clinical Psychology and Personality, 21*(1), 73-84. <https://doi.org/10.22070/CPAP.2023.15651.1182> [In Persian]

- Musapour, M. (2022). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on distress tolerance, rumination and experiential avoidance in adolescents with depression. *Social Psychology, 11*(67), 77-92. https://journals.iau.ir/article_704347_a921feb814d6aac4cf5ba759b4a25a5f.pdf [In Persian]
- Mendoza, N. B., Mordeno, I. G., & Nalipay, M. J. N. (2022). The transdiagnostic role of rumination in the comorbidity of PTSD and depression. *Journal of Loss and Trauma, 27*(8), 731-745. <http://doi.org/10.1080/15325024.2021.2018197>
- Malta, M., Rimoin, A. W., & Strathdee, S. A. (2020). The coronavirus 2019-nCoV epidemic: Is hindsight 20/20?. *EClinicalMedicine, 20*. <https://doi.org/10.1016%2Fj.eclinm.2020.100289>
- Nargesi, F., Fathiashtiani, A., Davodi, I., Ashrafi, E. (2019). The effect of unified transdiagnostic treatment on anxiety sensitivity, distress tolerance and obsessive-compulsive symptoms in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Psychological Achievements, 26*(2), 49-66. <https://doi.org/10.22055/psy.2019.26369.2121> [In Persian]
- Nolen-Hoeksema, S., & Morrow, J. (1991). A prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after a natural disaster: the 1989 Loma Prieta Earthquake. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(1), 115. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.61.1.115>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*(5), 400-24. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- Padhan, R., & Prabheesh, K. P. (2021). The economics of COVID-19 pandemic: A survey. *Economic Analysis and Policy, 70*, 220-237. <https://doi.org/10.1016/j.eap.2021.02.012>
- Ryan, A. K., Pakenham, K. I., & Burton, N. W. (2020). A pilot evaluation of a group acceptance and commitment therapy-informed resilience training program for people with diabetes. *Australian Psychologist, 55*(3), 196-207. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/ap.12429>
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Steele, S. J., Tirpak, J. W., Ametaj, A. A., Nauphal, M., ..., & Barlow, D. H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. *Journal of Affective Disorders, 264*, 438-445. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.072>
- Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation-based intervention. *Clinical Psychology Review, 72*, 101751. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101751>
- Satici, B., Saricali, M., Satici, S. A., & Griffiths, M. D. (2022). Intolerance of uncertainty and mental wellbeing: Serial mediation by rumination and fear of COVID-19. *International Journal of Mental Health and Addiction, 20*(5), 2731-2742. <https://doi.org/10.1007%2Fs11469-020-00305-0>
- Smith, B. P., Coe, E., & Meyer, E. C. (2021). Acceptance and Commitment Therapy delivered via telehealth for the treatment of co-occurring depression, PTSD, and nicotine use in a male veteran. *Clinical Case Studies, 20*(1), 75-91. <https://doi.org/10.1177/1534650120963183>
- Spencer, S. D., & Masuda, A. (2020). Acceptance and commitment therapy as a transdiagnostic approach to treatment of behavioral health concerns: A concurrent multiple baseline design across participants. *Clinical Case Studies, 19*(3), 163-179. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1177/1534650119897412>
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research, 27*, 247-259. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.008>
- Talkovsky, A. M., Green, K. L., Osegueda, A., & Norton, P. J. (2017). Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 46*(3), 56-64. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.09.008>
- Tonarely-Busto, N. A., Phillips, D. A., Saez-Clarke, E., Karlovich, A., Kudryk, K., Lewin, A. B., & Ehrenreich-May, J. (2023). Applying the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in children and adolescents to misophonia: a case example. *Evidence-Based Practice in Child*

and Adolescent Mental Health, 8(1), 133-147.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1080/23794925.2022.2025631>

Zareie Faskhudi, B., Karbalaee Mohammad Meigouni, A., Rezabakhsh, H., Ghelichi, L. (2021). Comparison of the Effect of Unified Transdiagnostic Treatment from Emotional Disorders and Emotion Efficacy Therapy on Emotion Regulation among Adults with Stuttering. *Journal of Applied Psychological Research*, 12(2), 185-209. <https://doi.org/10.22059/japr.2021.312232.643672> [In Persian]