



Comparison the efficacy of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on psychosomatic complaints of women in corona pandemic

Mohammad Badrkhani¹, Firoozeh Zangeneh Motlagh², Zabih Pirani³

1. Ph.D Candidate in Counseling, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran. E-mail: badrkhanim21@gmail.com
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran. E-mail: F-zanganeh@iau-arak.ac.ir
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran. E-mail: z-pirani@iau-arak.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received 23 November 2022
Received in revised form 20 December 2022
Accepted 28 January 2023
Published Online 22 June 2023

Keywords:
Corona Pandemic,
Acceptance and
Commitment Therapy,
Dialectical Behavior
Therapy,
Psychosomatic
Complaints

ABSTRACT

Background: Despite the expansion of the use of treatment methods such as Dialectical Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy in clinical and research situations, few studies examine the exact effect of these methods and their co-influence on psychological variables, especially in the case of psychosomatic complaints.

Aims: The main purpose of this study is to compare the effect of acceptance and commitment therapy with dialectical behavior therapy on women's psychosomatic complaints during the Corona pandemic.

Methods: The present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a one-month follow-up with a control group. The statistical population of the study was all women aged 20-60 years old who had a file in two centers in Adiban and Khaneh Behi in 2021. In total, 45 patients were selected by the purposive sampling method through screening and entered the study. The selected patients were divided into three groups (every 15 samples were chosen randomly). Individuals in ACT and DBT each received 8 sessions of 90 minutes of treatment intervention online weekly, the control group did not receive any intervention. The research tool was the Psychosomatic Complaints questionnaire Takata and Sakata (2004). The data were analyzed using the mixed analysis of variance test.

Results: The findings showed that in the post-test phase, both intervention methods had a significant effect on reducing women's psychosomatic complaints ($P < 0.05$). In the follow-up phase, two interventions significantly reduced women's psychosomatic complaints, but no statistically significant difference was observed between the two interventions ($P > 0.05$).

Conclusion: According to the findings of the present study, it can be concluded that Dialectical Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy are effective in reducing women's psychosomatic complaints. Therefore, awareness and application of these strategies can be effective in reducing women's psychosomatic complaints during the Corona era.

Citation: Badrkhani, M., Zangeneh Motlagh, F., & Pirani, Z. (2023). Comparison the efficacy of acceptance and commitment therapy and dialectical behavioral therapy on psychosomatic complaints of women in corona pandemic. *Journal of Psychological Science*, 22(124), 777-789. [10.52547/JPS.22.124.777](https://doi.org/10.52547/JPS.22.124.777)

Journal of Psychological Science, Vol. 22, No. 124, 2023

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.22.124.777](https://doi.org/10.52547/JPS.22.124.777)



✉ **Corresponding Author:** Firoozeh Zangeneh Motlagh, Assistant Professor, Department of Psychology, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran.

E-mail: F-zanganeh@iau-arak.ac.ir, Tel: (+98) 9188620768

Extended Abstract

Introduction

Covid-19 is a health threat that has been identified as a major stressor that threatens the mental health and well-being of many people around the world (Satisi et al., 2020). Stress caused by Corona can cause mild to severe levels of psychosocial problems, such as depression, psychosomatic complaints and anxiety (Yildirim et al., 2021; Satisi et al., 2020). The most common psychiatric findings of this era include worry, anxiety, mental-behavioral disorders, sleep disorders, and psychosomatic problems (Park and Park, 2020). Psychosomatic complaints are symptoms that appear in a person's body, but are rooted in his psychological processes. Among the factors affecting the increase in the frequency of psychosomatic complaints are younger age, female gender, and secondary education level (Zidkova et al., 2021). Corona treatment with psychotherapy methods along with drug therapy can reduce the amount of this problem to some extent. Therefore, the treatment based on acceptance and commitment therapy (ACT) and dialectical behavior therapy (DBT) are two of the most important treatments, which will be discussed further on their role in corona disease.

Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Dialectical Behavior Therapy (DBT) all belong to the third wave of cognitive-behavioral therapies (Apsche, 2010) ACT is based on acceptance and mindfulness. ACT may help people gain an observer's view of thoughts (e.g., "The disease never spreads." Will not end"), emotions (e.g., frustration, fear), and physical symptoms such as palpitations (Kroska et al., 2020). According to the literature, there is no research that investigated the efficacy of ACT on psychosomatic complaints.

DBT was developed by Marsha Linehan in 1993 (Bayles et al., 2014). DBT also encourages acceptance and change. Acceptance is unconditional, and change is achieved through direct positive thought change (Apsche et al., 2012). It was found that no clinical study has been conducted to investigate the efficacy of DBT on psychosomatic complaints. Although both treatments are effective in different areas, especially a wide range of

psychological problems, and in non-clinical areas such as workplace stress, prevention, and health maintenance, even though that both treatment areas have the capacity have a high potential for the continuation of research in different related groups, so far, few studies have compared the two treatment methods of ACT and DBT (Raeisi and Rasouli, 2021). Despite the expansion of the use of treatment methods such as Dialectical Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy in clinical and research situations, few studies examine the exact effect of these methods and their co-influence on psychological variables, especially in the case of psychosomatic complaints. Based on this, the main purpose of this study is to compare the effect of acceptance and commitment therapy with dialectical behavior therapy on women's psychosomatic complaints during the Corona pandemic.

Method

This study was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population of the study was all women aged 20-60 years old who had a file in two centers in Adiban and Khaneh Behi in 1399. In total, 45 patients were selected by the purposive sampling method. The selected participants were divided into three groups. Participants in ACT and DBT, each received 8 sessions of 90 minutes of treatment intervention online weekly and the control group did not receive any intervention. The research tool was the Psychosomatic Complaints questionnaire Takata and Sakata (2004). All treatment sessions were free. The participants were assured about the confidentiality of the information and the anonymity of their identity. The patients were assured that at any stage of the treatment, if they do not want to continue, they can withdraw from the study, and this issue will not cause any problem in the continuation of their treatment in the relevant treatment center.

The analysis of the results of this research was done using at two descriptive and inferential levels. Statistics such as mean, and standard deviation, analysis of covariance, and two-factor analysis of variance were used.

Results

In the present study, 45 people participated in two intervention groups and one control group (15 people in each group). Descriptive findings related to pre-test, post-test, and psychosomatic complaints scores

in the experimental groups of ACT, DBT, and the control group are listed in Table 1.

The Bonferroni post hoc test showed that both treatment methods were effective on psychosomatic complaints. The efficacy of these two treatment methods was the same in the post-test. (Table 2).

Table 1. Descriptive findings related to pre-test, post-test, and psychosomatic complaints scores in groups

Variable	Group	Pre-test		Post-test		Follow up	
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD
Psychosomatic Complaints	Control	53.53	17.19	53.73	14.57	55.07	9.93
	ACT	54.47	17.56	29.60	30.13	30.13	8.06
	DBT	55.53	14.87	32.93	34.67	34.67	6.54

Table 2. Bonferroni test results for pairwise comparison of intervention courses

		Mean difference	Standard Deviation	Sig
Groups	ACT - DBT	-2.978	3.862	1
	ACT - Control	16.044	3.862	0.000
	DBT - Control	13.076	3.862	0.000

The findings of table (2) showed that there was a significant difference in comparison of the mean changes in psychosomatic complaints in the pre-test stage with the post-test and follow-up in the experimental groups. This difference was not significant in the pairwise comparison between the mean changes of psychosomatic complaints in the experimental group in the post-test phase with the follow-up. These results confirm that the efficacy of DBT and ACT is stable during the time. Also, no significant difference was observed in the comparison of the mean changes of psychosomatic complaints in the pre-test stage with the post-test stage in the control group.

Conclusion

According to the findings of the present study, it can be concluded that Dialectical Behavior Therapy and Acceptance and Commitment Therapy are effective in reducing women's psychosomatic complaints. Therefore, awareness and application of these strategies can be effective in reducing women's psychosomatic complaints during the Corona era. As shown by the study, both ACT and DBT can be effective in decreasing psychosomatic complaints in women and there was not any difference in this factor.

Both therapies use mindfulness techniques to gain acceptance, commitment, and positive behavior change (Bass et al, 2014), and both use the principles of mindfulness and acceptance. Decreasing negative thoughts and feelings, focusing on the present without judgmental attitudes makes women with psychosomatic complaints focus on their ability and available resources to cope with stress, and both treatments seem to produce this achievement equally.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is part of the dissertation of the first author, Mr. Mohammad Badrkhani, a Ph.D. student in Counseling, Arak Azad University. To respect ethical considerations, patients consciously and voluntarily participated in this research. Patients were reassured that they could leave the study at any stage of treatment if they did not wish to do so, and that this would not pose a problem for them to continue their treatment.

Funding: This study was conducted as a Ph.D. thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second was the supervisor and the third was the advisor.

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

Acknowledgments: I would like to appreciate the supervisor, the advisors, the participants, the management, and the staff of the Adiban and Khaneh Behi Counseling Centers.



مقایسه اثر درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی جدلی بر شکایات روان‌تنی زنان در دوره کرونا

محمد بدرخانی^۱، فیروزه زنگنه‌مطلق^۲، ذبیح پیرانی^۳

۱. دانشجوی دکتری مشاوره، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

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

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۰۲

بازنگری: ۱۴۰۱/۰۹/۲۹

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۱/۰۸

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۰۴/۰۱

کلیدواژه‌ها:

پاندمی کرونا،

درمان پذیرش و تعهد،

رفتاردرمانی جدلی،

شکایات روان‌تنی

زمینه: به‌رغم گسترش بکارگیری روش‌های درمانی همچون رفتاردرمانی جدلی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی، مطالعاتی که اثربخشی دقیق این روش‌ها و هم‌تأثیری آن‌ها بر متغیرهای روانشناختی به‌ویژه در مورد شکایات روان‌تنی مورد بررسی قرار دهد، اندک است.

هدف: هدف اصلی این مطالعه هم‌سنجی اثر درمان پذیرش و تعهد با رفتاردرمانی جدلی بر شکایات روان‌تنی زنان در دوره کرونا است. **روش:** مطالعه حاضر شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش تمامی زنان ۲۰-۶۰ ساله بودند که در سال ۱۳۹۹ در دو مرکز ادیبان و خانه بهی اراک پرونده داشتند. در مجموع ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند از طریق غربالگری انتخاب و در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، رفتاردرمانی و کنترل گمارده شدند. گروه‌های آزمایش، مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مداخله رفتاردرمانی جدلی را در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفتگی به صورت آنلاین دریافت کردند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. شرکت‌کنندگان قبل، بعد و یک ماه پس از اجرای مداخله درمانی، پرسشنامه شکایات روان‌تنی تاکاتا و ساکاتا (۲۰۰۴) را تکمیل کردند. همچنین تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط انجام گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها بیانگر کاهش میانگین نمرات شکایات روان‌تنی زنان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه آزمایش بود و این کاهش نیز معنادار برآورد شد ($P < 0/05$). بررسی وضعیت شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش اختلاف معناداری را نشان نداد ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی جدلی با استفاده از تکنیک‌های مختلف بر کاهش شکایات روان‌تنی زنان اثرگذار است. بنابراین، آگاهی و بکارگیری از این راهبردها می‌تواند در کاهش شکایات روان‌تنی زنان در دوران کرونا مؤثر واقع گردد.

استناد: بدرخانی، محمد؛ زنگنه‌مطلق، فیروزه؛ و پیرانی، ذبیح (۱۴۰۲). مقایسه اثر درمان پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی جدلی بر شکایات روان‌تنی زنان در دوره کرونا. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۴، ۷۸۹-۷۷۷.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۲، شماره ۱۲۴، ۱۴۰۲. DOI: [10.52547/JPS.22.124.777](https://doi.org/10.52547/JPS.22.124.777)



مقدمه

کوید-۱۹ یک تهدید سلامتی است که به‌عنوان یک عامل استرس‌زای مهم شناسایی شده است که سلامت روان و رفاه بسیاری از افراد در سراسر جهان را تهدید می‌کند (ساتیسی و همکاران، ۲۰۲۰). استرس ناشی از همه‌گیری کرونا می‌تواند باعث ایجاد سطوح خفیف تا شدید مشکلات روانی اجتماعی، مانند افسردگی، شکایات روان‌تنی و اضطراب شود (بیلدریم و همکاران ۲۰۲۱؛ ساتیسی و همکاران، ۲۰۲۰). بیماری کرونا سلامت روانی افراد را در جنبه‌های مختلف فردی، ارتباطی و اجتماعی آسیب می‌زند. شایع‌ترین یافته‌های روان‌پزشکی این دوران شامل نگرانی، اضطراب، اختلالات فکری - رفتاری^۱، اختلال خواب و مشکلات روان‌تنی^۲ است (پارک و پارک، ۲۰۲۰). در طول دوره نسبتاً کوتاه همه‌گیری کرونا شاهد مشکلات روانی و روان‌تنی متعددی در بین بیماران مبتلا به این بیماری و گروه‌های مختلف مردم و کارکنان مراقبت‌های بهداشتی بوده‌ایم. نگرانی فرآیندها در مورد نامشخص بودن وضعیت، همراه با ترس و تغییر در ریتم بیولوژیکی، نقش مهمی در شکل‌گیری علائم روان‌تنی مرتبط با این بیماری داشته است (گیکا و کاواکلی، ۲۰۲۰). علاوه‌براین، افزایش افسردگی و اضطراب و کاهش کیفیت زندگی و رفاه در نقاط مختلف جهان نسبت به زمان قبل از همه‌گیری اخیر گزارش شده است (پی و همکاران، ۲۰۲۰). اگرچه تجربه استرس و ویروس کرونا ممکن است تأثیر منفی بر سلامت روان و رفاه برخی افراد داشته باشد، اما ممکن است این مورد برای همه افراد صادق نباشد. تفاوت‌های فردی در انعطاف‌پذیری، مقابله و ادراک ممکن است بر نحوه واکنش فرد به تجربیات خصمانه تأثیر بگذارد. درک افکار، احساسات و احساسات خود برای پرداختن به آسیب‌شناسی روانی و ارتقای بهزیستی ضروری است (تانهان، ۲۰۱۹). شیوع گسترده بیماری‌های عفونی، مانند کرونا، به طور کلی با افزایش استرس روانی همراه است. علاوه بر احساس غیرقابل پیش‌بینی بودن و عدم اطمینان، جدی بودن بیماری، اطلاعات نادرست و انزوای اجتماعی می‌تواند به استرس و بیماری روانی کمک کند (بائو و همکاران، ۲۰۱۹). نگرانی‌های قابل توجهی در مورد تأثیرات انزوای اجتماعی و فاصله‌گذاری اجتماعی بر رفاه عمومی وجود دارد و انزوای اجتماعی با افزایش اضطراب، افسردگی، استرس، تنهایی،

آسیب رساندن به خود، اقدام به خودکشی و بسیاری از احساسات منفی دیگر مرتبط است. علاوه‌براین، همه‌گیری با مشکلات مالی همراه است که می‌تواند پاسخ‌های استرس را افزایش دهد (شن و همکاران، ۲۰۱۸). بیماری‌های سایکوسوماتیک یا روان‌تنی که بیماری‌های سایکوفیزیولوژیک هم خوانده می‌شوند، وضعیت‌هایی هستند که در آن، فشارهای روانی بر عملکرد فیزیولوژیکی (ساتساگی و بروگنولی، ۲۰۱۸) تا حد پریشانی یا دیسترس تأثیر می‌گذارد. این یک وضعیت اختلال عملکرد یا آسیب ساختاری در اندام‌های بدن از طریق فعال‌سازی نامناسب سیستم عصبی غیرارادی و غدد مترشحه داخلی است (ساتساگی و بروگنولی، ۲۰۱۸). شکایات روان‌تنی نشانه‌هایی هستند که در بدن فرد نمایان می‌شود، اما ریشه در فرآیندهای روانشناختی او دارد، به عبارت دیگر ریشه بسیاری از علائم در یک یا چند عامل روانشناختی مهم نهفته است که تا زمانی که این عوامل رفع نشوند شکایات نیز برطرف نخواهند شد (لی و همکاران، ۲۰۲۰).

از جمله عوامل مؤثر بر افزایش فراوانی شکایات روان‌تنی، سن کمتر، جنسیت زن و سطح تحصیلات متوسطه است (زید کووا و همکاران، ۲۰۲۱). فراوانی شکایات روان‌تنی در زنان می‌تواند ناشی از عوامل بسیاری باشد، به‌عنوان مثال، اینکه زنان اغلب در خط مقدم کارکنان مراقبت‌های بهداشتی هستند، بنابراین ممکن است به طور بالقوه بیشتر مستعد ابتلا به عفونت ویروسی باشند (ونهام و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه‌براین، زنان معمولاً هنگام تعطیلی مدارس مجبور بودند از کودکان مراقبت کنند. به دلیل ارتباط بین شرایط عاطفی و فیزیکی یک فرد، این امر شیوع مشکلات جسمی را افزایش می‌دهد (لی و همکاران، ۲۰۱۷). این موضوع در طول همه‌گیری کرونا و ویروس توسط مطالعه بک و همکاران نیز تأیید شده است که در آن نویسندگان گزارش دادند که زنان مشکلات خواب بیشتری نسبت به مردان دارند (بک و همکاران ۲۰۲۱). با شناسایی وضعیت روانشناختی گروه‌های مختلف و افراد آسیب‌پذیر جامعه که متأثر از شیوع کرونا بودند و ارائه برنامه‌ها و پروتکل‌های روان‌درمانی مناسب و هدفمند، می‌توان سلامت روان افراد را در سطوح مختلف جامعه حفظ کرد (پورشهریار و دین‌دوست، ۲۰۲۲). از این رو پرداختن به درمان کرونا با روش‌های

^۱. Mind-behavioral disorder^۲. Psychosomatic disorder

روان‌درمانی در کنار دارو درمانی می‌تواند تا حدودی از میزان این مشکل بکاهد. لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی (ACT) و رفتار درمانی جدلی (DBT) دو مورد از مهمترین درمان‌هایی هستند که در ادامه به بررسی نقش آن‌ها در بیماری کرونا پرداخته می‌شود.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیکی، همه متعلق به موج سوم درمان‌های شناختی رفتاری هستند (آپشه، ۲۰۱۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از الگوهای بسط یافته‌ی جدیدی است که فرآیندهای درمان کلیدی آن از درمان شناختی - رفتاری سنتی متفاوت است. اصول زیربنایی آن شامل: پذیرش یا تمایل به تجربه درد و یا دیگر رویدادهای آشفته کننده بدون اقدام به مهار آن‌ها؛ عمل مبتنی بر ارزش یا تعهد توأم با تمایل به عمل به عنوان اهداف معنا دار مشخصی که منجر به کارکرد سالم می‌شود این روش شامل تجربیات تجربی و تمرینات مبتنی بر مواجهه و روش‌هایی چون مراقبت‌های ذهنی است (آپشه و همکاران، ۲۰۱۲). درمان پذیرش و تعهد یک رویکرد درمانی است که به افراد می‌آموزد به رویدادهای زندگی به‌ویژه رویدادهای ناخواسته قبلی فقط توجه نکنند، بپذیرند و در آغوش بگیرند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به فرد کمک می‌کند با یک حس متعالی از خود که به عنوان زمینه خود شناخته می‌شود در تماس باشد. هدف این درمان افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی با کمک به فرد برای روشن کردن ارزش‌های شخصی و اقدام در راستای این ارزش‌ها، ایجاد نشاط و معنی بیشتر به زندگی در این فرآیند است (هیز و همکاران، ۲۰۰۶).

رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) درمان شناختی رفتاری است که توسط مارشا لینهان در سال ۱۹۹۳ ابداع شد (هیز و همکاران، ۲۰۱۲). این شیوه مبتنی بر بر یک رویکرد سازمان‌دهی شده و منسجم است. چهارچوب درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی براساس نظریه زیستی - اجتماعی استوار است که شامل برنامه‌هایی است که به شکل سلسله مراتب منظمی از اهداف درمانی تبیین شده است. این اهداف منتهی به شیوه خاصی برای ارائه خدماتی شده‌اند که عبارتند از روان‌درمانی فردی هفتگی، مشاوره تلفنی و جلسات مشاوره هفتگی (تویگ و لوین، ۲۰۱۷). یکی از رویکردهای درمانی نوین رفتار درمانی دیالکتیکی است که اثربخشی آن بر اختلالات روانشناختی بسیار امیدوار کننده می‌باشد (فیتزپاتریک و همکاران، ۲۰۱۹). رفتار درمانی دیالکتیکی، رویکردی شناختی رفتاری است که در ابتدا برای

درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشند با آزمون‌ها و فنون فلسفه‌ی شرقی دُن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند، درآمیخته و بر این اساس چهار مؤلفه‌ی مداخله‌ای را در شیوه‌ی درمان گروهی خود مطرح می‌کند، که شامل تحمل آشفتگی هیجانی، ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی می‌باشد (ونگ و همکاران، ۲۰۲۰). رفتار درمانی دیالکتیکی تکنیک‌های شناختی - رفتاری استاندارد برای تنظیم هیجان و آزمون واقعیت را با مفاهیم تحمل‌پریشانی، پذیرش و آگاهی ذهنی که عمدتاً از تمرین مراقبه متفکرانه مشتق شده‌اند، ترکیب می‌کند (لینهان و همکاران، ۱۹۹۱). اگرچه استفاده‌های روز افزونی از روش‌های درمانی همچون رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد درمانی در موقعیت‌های بالینی و پژوهشی به وجود آمده است، اما پژوهش‌هایی که اثربخشی دقیق این روش‌ها و هم‌تأثیری آن‌ها بر متغیرهای روانشناختی به خصوص در مورد شکایات روان‌تنی مورد بررسی قرار دهد، اندک است. فقدان این پژوهش‌ها به ویژه برای زنان که بخش اعظمی از جمعیت کشور را تشکیل می‌دهند و معمولاً برنامه‌های اندکی برای آن‌ها تدارک دیده می‌شود، کاملاً احساس می‌شود.

پژوهشگران در بررسی انتقادی پیشینه پژوهش به این نتیجه رسیدند که اثربخشی این درمان‌ها بر مشکلات و مسائل زنان در دوران همه‌گیری کرونا که دارای شکایات روان‌تنی هستند، مورد بررسی قرار نگرفته است. حال از یک سو با توجه به شیوع استرس ناشی از همه‌گیری و شکایات روان‌تنی و همچنین ضرورت به کارگیری درمان روانشناختی مناسب برای این گروه در جهت جلوگیری از گسترش اثرات احتمالی این مشکلات به سایر حوزه‌های عملکردی و از سوی دیگر با نظر به کارایی درمان‌های دیالکتیکی و درمان پذیرش و تعهد در بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی گروه‌های مختلف و سرانجام عدم انجام پژوهشی در راستای بررسی اثربخشی این رویکرد درمانی بر شکایات روان‌تنی در این همه‌گیری، سؤال اصلی پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیکی بر شکایات روان‌تنی زنان مؤثر هستند؟ و در صورت مثبت بودن پاسخ این پرسش، سؤال بعدی این است که کدام یک از این دو رویکرد بر شکایات روان‌تنی زنان در دوره کرونا مؤثرتر است؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: مطالعه حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش تمامی زنان ۲۰-۶۰ ساله بودند که در سال ۱۳۹۹ در دو مرکز ادیبان و خانه بهی پرونده داشتند. در مجموع ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند از طریق غربالگری شناسایی و وارد مطالعه شدند و به شیوه تصادفی سه گروه ۱۵ نفر درمان پذیرش و تعهد، ۱۵ نفر درمان رفتار درمانی دیالکتیکی، ۱۵ نفر گروه کنترل را تشکیل دادند. هر یک از گروه‌های آزمایشی هشت جلسه آموزش ۹۰ دقیقه‌ای مداخله درمانی به صورت آنلاین و به صورت گروه درمانی به صورت هفتگی دریافت نمودند و گروه کنترل، درمانی دریافت نکردند. در انتهای جلسات و بعد از گذشت یک ماه از درمان مجدداً پرسشنامه شکایات روان‌تنی اجرا شد. خلاصه جلسات هر دو درمان بر طبق مراحل ثبت شده در جدول ۱ می‌باشد. معیارهای ورود پژوهش شامل سن بین ۲۰ تا ۶۰ سال، توانایی درک و تکلم زبان فارسی و امکان استفاده از آموزش مجازی، رضایت و مشارکت داوطلبانه برای شرکت در پژوهش بود. معیارهای عدم ورود به پژوهش شامل ابتلا به بیمار یهای زمینه‌ای و بیماری‌های روانی شدید نظیر سایکوز و دریافت همزمان هرگونه درمان روانشناختی دیگر بود. برای این پژوهش کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه با شماره IR.IAU.ARAK.REC.1399.018 اخذ شد. به بیماران در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و ناشناس ماندن هویت آنان اطمینان داده شد. کلیه جلسات درمان رایگان بود. به بیماران اطمینان داده شد که در هر مرحله از درمان در صورت عدم تمایل به ادامه، می‌توانند از طرح خارج شوند و این مسئله مشکلی در ادامه روند درمان آنان در مرکز درمانی مربوطه ایجاد نمی‌کند.

تجزیه و تحلیل نتایج حاصل از این پژوهش با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS24 در دو سطح توصیفی و استنباطی انجام شد. در سطح آمار توصیفی از آماره‌های میانگین و انحراف استاندارد استفاده گردید و در سطح استنباطی از آزمون‌های تحلیل واریانس مختلط با توجه به نرمال بودن داده‌ها بهره گرفته شد.

(ب) ابزار

پرسشنامه شکایات روان‌تنی: این مقیاس توسط تاکاتا و ساکاتا در سال ۲۰۰۴ در کشور ژاپن توسعه یافت و اعتباریابی شد. این پرسشنامه دربرگیرنده ۳۰ سؤال است و از ساختار تک عاملی برخوردار است. نمره گذاری پرسشنامه به صورت طیف لیکرت ۴ درجه‌ای است که برای گزینه‌های «هرگز»، «بندرت»، «گاهی اوقات» و «بطور مکرر» به ترتیب امتیازات ۰، ۱، ۲ و ۳ در نظر گرفته می‌شود (تاکاتا و ساکاتا، ۲۰۰۴). در پژوهش حاجلو (۱۳۹۱) روایی محتوایی نسخه ترجمه شده مقیاس شکایات روان‌تنی توسط دو متخصص (روانشناس) تأیید شد. سازندگان این مقیاس از طریق محاسبه همبستگی آن با مقیاس سلامت‌روانی گلدبرگ، روایی همزمان آن را در دو مطالعه جداگانه، ۰/۶۴ و ۰/۶۵ به دست آوردند.

(ج) برنامه مداخله

پروتکل رفتاردرمانی جدلی: جلسات مداخله رفتار درمانی جدلی از مطالعه علیجانزاده و همکاران (۱۳۹۳) اقتباس شده که طی ۸ جلسه ۹۰-۸۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: جلسات مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از برنامه‌ی درمانی (داهل و همکاران، ۲۰۱۴) که توسط سعادت‌مند (۱۳۹۵) استفاده و مورد تأیید قرار گرفت، طی ۸ جلسه ۹۰-۸۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۴۵ نفر شرکت‌کننده داشت که شامل ۳ گروه بود؛ دو گروه به‌عنوان آزمایش و یک گروه برای کنترل در نظر گرفته شد. شرکت کنندگان در هر هر گروه ۱۵ نفر بود. میانگین و انحراف معیار مربوط به متغیر شکایات روان‌تنی برای هر سه گروه به تفکیک در جدول زیر ارائه شده است. در ابتدا یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۱. چکیده پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (داهل و همکاران، ۲۰۱۴؛ اقتباس از سعادتمند، ۱۳۹۵) و رفتار درمانی جدلی (اقتباس از علیجائزاده و همکاران، ۱۳۹۳)

جلسه	محتوای جلسات رفتاردرمانی جدلی	محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
۱	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضا گروه، تعریف مؤلفه‌های پژوهش و بیان هدف اجرای طرح برای افراد حاضر در پژوهش، آشنایی با مفهوم ذهن آگاهی و سه حالت ذهنی (ذهن منطقی، ذهن هیجانی و ذهن خردگرا)	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضا گروه، آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد و انعطاف روانی، تعریف مؤلفه‌های پژوهش و بیان هدف اجرای طرح برای افراد حاضر در پژوهش
۲	آموزش دو دسته مهارت برای دستیابی به ذهن آگاهی، دسته اول مهارت‌های چه چیز (شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن) و دسته دوم مهارت‌های چگونه (شامل موضع غیر قضاوتی، خودهوشیاری فراگیر و کارآمد عمل کردن)	آموزش جداسازی شناختی، آگاهی روانی، خود تجسمی و بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آن‌ها
۳	آموزش راهبردهای پرت کردن حواس، آموزش خودآرام‌سازی با حواس پنج‌گانه	کمک به مراجع برای تشخیص راهبردهای ناکارآمد و ایجاد ناامیدی خلاقانه با استفاده از استعاره مزرعه و جعبه ابزار
۴	مهارت‌های به سازی لحظات، تکنیک سود و زیان، راهبردهای بقا در بحران	کمک به مراجع برای پذیرش وقایع دردناک بدون کشمکش با آن‌ها با بهره‌گیری از تمثیل و استعاره مهمان ناخوانده
۵	آموزش مؤلفه تحمل‌پیشانی، تکنیک ارتقا لحظه جاری و تمرکز بر زمان حال	آموزش تنظیم هیجان، تغییر دادن عواطف از طریق عمل متضاد و کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی و تضعیف انتلاف خود با افکار و عواطف همراه با تمرین پیاده روی با ذهن
۶	آموزش گفتگو در باره ارتباطات غیر موثر، تکنیک تناسب خواسته‌های من با خواسته‌های دیگران و نسبت خواسته‌ها و بایدها	توضیح مفاهیم نقش و زمینه، مشاهده خویش‌بین به عنوان بستر و برقراری تماس با خود با استفاده از تمثیل؛ مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر با استفاده از استعاره اتوبوس و مسافران
۷	تنظیم هیجانی (آموزش الگوی شناسایی هیجانات و برجسب زدن به آن‌ها که منجر به افزایش کنترل هیجانات می‌شود)	معرفی مفهوم ارزش، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمند کردن مراجع، کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن با استفاده از استعاره قطارهای زیر پل
۸	تکنیک شناسایی خواسته‌ها، پذیرش واقعیت، نه گفتن، طرح یک درخواست ساده، تکنیک کاربرد مهارت‌های آموخته شده در زندگی روزمره و اختتام	آموزش تعهد به عمل، شناسایی طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد برای عمل به آن‌ها، تمرین تن آرامی با استفاده از تکنیک‌های تنش‌زدایی، بکارگیری تجارب بدست آمده در زندگی واقعی و جمع‌بندی

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی شکایات روان‌تنی در گروه مداخله ACT، DBT و گروه گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌گیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
شکایات روان‌تنی	کنترل	۵۳/۵۳	۱۷/۱۹	۵۳/۷۳	۱۴/۵۷	۵۵/۰۷
	درمان تعهد و پذیرش	۵۴/۴۷	۱۷/۵۶	۲۹/۶۰	۸/۲۹	۳۰/۱۳
	رفتاردرمان جدلی	۵۵/۵۳	۱۴/۸۷	۳۲/۹۳	۶/۵۴	۳۴/۶۷

مفروضات آزمون که شامل پیروی از توزیع نرمال در متغیرهای وابسته، همبستگی میان متغیرهای وابسته در تحلیل‌های چندمتغیری (آزمون بارتلت)، کرویت داده‌ها با استفاده از آزمون ماچلی و همچنین همگنی واریانس کواریانس با استفاده (ام‌باکس) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که مفروضه نرمال بودن با توجه به آماره آزمون شاپیر-ویلکز ($S-W$) در هر سه گروه در مراحل پژوهش برقرار است ($P > 0/05$). برای بررسی یکسانی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شد که نتایج نشان داد مفروضه واریانس‌های خطا برای نمرات شکایات روان‌تنی در هر سه مرحله پیش‌آزمون ($P = 0/606$)، ($F = 0/507$) و ($F = 0/464$)، پس‌آزمون ($P = 0/58$)، ($F = 0/3044$) و پیگیری ($P = 0/464$)،

همانطور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین نمرات شکایات روان‌تنی در گروه‌های آزمایش از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون و پیگیری کاهش یافته است. بنابراین تفاوت بین سه گروه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به نفع گروه‌های آزمایش است. به بیانی دیگر شکایات روان‌تنی در پس‌آزمون گروه درمان دیالکتیکی و درمان تعهد و پذیرش کاهشی بوده و همچنین در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون این کاهش حفظ شده است. در حالی که در گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نمرات شکایات روان‌تنی تغییر قابل ملاحظه‌ای مشاهده نشده است. افزون بر یافته‌های توصیفی برای بررسی یافته‌های استنباطی از روش تحلیل واریانس مختلط استفاده شد. قبل از انجام تحلیل واریانس آمیخته،

($W=0/902$ و $P<0/120$) در ادامه نتایج تحلیل واریانس مختلط در جدول ۳ ارائه شده است.

($F=0/122$ و $P=0/145$) و مفروضه یکسانی واریانس - کوواریانس ($P=0/145$) و $F=1/184$ و $F=12/669$ با کس) برقرار بود. همچنین مفروضه کرویت از طریق آزمون ماچلی بررسی و نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی در شکایات روان‌تنی

عوامل	منابع تغییر	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
عامل درون‌گروهی	زمان	۶۹۲۳/۱۲۶	۱/۲۹۹	۵۳۱/۰۳۶	۵۹/۴۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۸۶	۱
	زمان * گروه	۳۸۹۷/۳۶۳	۲/۵۹۷	۱۵۰۰/۵۴۹	۱۶/۷۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴۳	۱
	خطا	۴۸۹۲/۱۷۸	۵۴/۵۴۳	۸۹/۶۹۴	-	-	-	-
عامل بین‌گروهی	گروه	۶۵۵۵/۴۳۷	۲	۳۲۷۷/۷۱۹	۹/۷۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۹۷۶	۱
	خطا	۱۴۰۹۲/۴۸۹	۴۲	۳۳۵/۵۳۵	-	-	-	-

دارد. برای عامل بین‌گروهی نیز مقدار F محاسبه شده بیانگر اختلاف معنادار است ($P<0/01$)؛ بنابراین بین میانگین نمرات شکایات روان‌تنی در دو هر گروه مداخله و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. یا این آزمون صرفاً وجود تفاوت معنادار میان گروه‌ها در زمان‌های مختلف مشخص شد و برای تعیین دقیق‌تر تفاوت از آزمون بونفرونی استفاده شد که در ادامه در قالب جدول ۴ یافته‌های آن تلخیص شده است.

در جدول ۳ نتایج مربوط به تحلیل واریانس ترکیبی برای عوامل درون‌گروهی و میان‌گروهی متغیر شکایات روان‌تنی ارائه شده است و همانطور که پیداست نتایج بیانگر آن است که مقدار F محاسبه شده عامل درون‌گروهی در مراحل زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیر شکایات روان‌تنی معنی‌دار بوده است ($P<0/01$) و همچنین در میان سه گروه تفاوت معناداری بین میانگین نمرات پیش‌آزمون تا پس‌آزمون وجود

جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی (مقایسه‌های چندگانه) در متغیر شکایات روان‌تنی

مراحل/گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معنی‌داری
پذیرش و تعهد - رفتار درمانی جدلی	-۲/۹۷۸	۳/۸۶۲	۱
پذیرش و تعهد - کنترل	۱۶/۰۴۴	۳/۸۶۲	۰/۰۰۰
رفتار درمانی جدلی - کنترل	۱۳/۰۷۶	۳/۸۶۲	۰/۰۰۵

رویکرد درمانی اثرات مشابه در کاهش شکایات روان‌تنی زنان نسبت به گروه کنترل داشتند و بین دو گروه درمانی تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج این پژوهش هم‌راستا با مطالعات انجام شده توسط برهانی و همکاران (۲۰۲۱) بود که آن‌ها اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانه‌های افسردگی و مشکلات روان‌تنی را گزارش کردند؛ همچنین هم‌راستا با یافته‌های بایزیدی و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش میزان استرس، افسردگی و اضطراب افراد مبتلا به ناراحتی‌های گوارشی و پوستی و هیز و همکاران (۲۰۰۶) مبنی بر کاهش افسردگی، اضطراب و استرس و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران قلبی و عروقی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل با آموزش نظم‌جویی هیجان مبتنی بر رفتاردرمانی دیالکتیکی بود. در تبیین این یافته باید عنوان

جدول ۴ بیانگر نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی است و یافته‌های این آزمون بیانگر عدم وجود تفاوت معنادار میان دو گروه آزمایش (پذیرش و تعهد؛ رفتار درمانی جدلی) در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری است. این در حالی است که برای هر دو گروه آزمایش با گروه گواه تفاوت آماری معنادار گزارش شده است ($P<0/01$) و به بیان دیگر نتایج حاکی از اثربخشی هر دو مداخله بر شکایات روان‌تنی میان زنان بود.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتار درمانی دیالکتیکی بر شکایات روان‌تنی زنان در دوره کرونا می‌باشد. مطالعه حاضر هر دو رویکرد را در زنان مبتلا به شکایات روان‌تنی در دوره کرونا اثربخش گزارش می‌دهد. نتایج این تحقیق نشان داد که هر دو

کرد که هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد کمک به افراد برای دستیابی به انعطاف روانی است. در این درمان، افراد یاد می‌گیرند که احساسات منفی مانند ترس و استرس بخشی از زندگی هستند و بنابراین کاملاً قابل اجتناب نیستند. علاوه بر این، آن‌ها درک می‌کنند که احساسات منفی لزوماً مستلزم اعمال نیستند (هیز و همکاران، ۲۰۰۶). پذیرش احساسات و عواطف منفی مانند ترس به عنوان بخش‌های عادی تجربیات روزانه، تعارضات درونی را کاهش می‌دهد و افراد را به سمت یک زندگی مبتنی بر ارزش هدایت می‌کند. پذیرش چنین احساساتی به معنای تایید همه آن‌ها نیست؛ بلکه به معنای شناخت آن‌ها و رهایی از افکار عملی مبتنی بر احساسات است (ایفرت و همکاران، ۲۰۰۹).

رفتار درمانی دیالکتیکی (DBT) و درمان پذیرش و تعهد (ACT) هر دو درمان‌های رفتاری ابتکاری هستند که شیوه‌های ذهن آگاهی و مداخلات مبتنی بر پذیرش را در بسته‌های درمانی خود گنجانده‌اند. شباهت‌های زیادی بین این درمان‌ها وجود دارد، از جمله این واقعیت که آن‌ها بخشی از یک «موج» جدیدتر در رفتار درمانی شامل مداخلات ذهن آگاهی و پذیرش هستند. اگرچه هم DBT و هم ACT از استراتژی‌های ذهن آگاهی و پذیرش استفاده می‌کنند، اما این استراتژی‌ها به‌طور متفاوتی توسعه یافته‌اند و در مواقعی، اهداف و نقش‌های متفاوتی در درمان دارند. در DBT، پذیرش و ذهن آگاهی به عنوان مهارت‌های رفتاری و به عنوان موضع‌گیری‌ها و رفتارهایی که توسط درمانگر و مراجع استفاده می‌شود، آموزش داده می‌شود. در مقابل، پذیرش و ذهن آگاهی در ACT معمولاً به عنوان مهارت‌های رفتاری آموزش داده نمی‌شوند و عموماً برای تضعیف عوامل کلامی که اجتناب تجربی را ترویج و حفظ می‌کنند، استفاده می‌شوند. هم DBT و هم ACT درمان‌های ابتکاری با پشتیبانی تجربی هستند (باتلر و همکاران، ۲۰۰۶). هدف اصلی ACT کمک به بیمار است تا بدون نیاز به تغییر یا جلوگیری از آن‌ها، از خاطرات، افکار و احساسات خصوصی خود آگاه شود (باس و همکاران، ۲۰۱۴). هر دو روش DBT و ACT از تکنیک‌های ذهن آگاهی برای به دست آوردن پذیرش، تعهد و تغییر رفتار مثبت استفاده می‌کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شناخت تمرکز می‌کند، و سپس به فرد اجازه می‌دهد تا تمرکز را از چالش یا کنترل افکار یا احساسات منفی، به پذیرش به جای رد کردن آن‌ها تغییر دهد (لستر، ۲۰۰۳) و رفتار درمانی دیالکتیکی پذیرش و تغییر را تشویق می‌کند. پذیرش بدون

شرط است و تغییر از طریق تغییر مستقیم افکار به صورت مثبت ایجاد می‌شود (بایلز و همکاران، ۲۰۱۴).

نتایج توجه را به راه‌هایی جلب می‌کند که از طریق آن‌ها می‌توان از سلامت روان خود در شرایط خاص مانند یک بیماری همه‌گیر محافظت کرد. انعطاف‌پذیری روانشناختی و ذهن آگاهی ممکن است از احساسات ناخوشایند ناشی از فاصله‌گذاری اجتماعی محافظت کند و دستیابی به رفاه کلی را تسهیل کند. علاوه بر این، سودمندی تکنیک‌های ذهن آگاهی را هنگام مقابله با واکنش‌های خاص به همه‌گیری کرونا و انزوای طولانی مدت نشان می‌دهد. مزیت اصلی تمرین ذهن آگاهی این است که می‌توان آن را بدون راهنمایی برای کاهش علائم خفیف استرس، که به‌ویژه در طول محدودیت‌های همه‌گیر مهم است، به کار برد (هونگ و همکاران، ۲۰۲۱). یافته‌های پژوهش حاضر هم‌راستا و تأییدکننده گسترش مداخلات روان‌درمانی که انعطاف‌پذیری روانشناختی را در طول همه‌گیری کرونا ارتقاء می‌دهند است. مطابق با یافته‌ها فرآیندهای باز بودن و ذهن آگاهی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. به طور خاص، باقی ماندن در لحظه حال و انتخاب عمدی اعمال (آگاهی رفتاری) و باز بودن (به جای اجتناب از) افکار و احساسات دشوار (باز بودن به تجربه) ممکن است فرآیندهای مرتبطی برای ارتقای رفاه عاطفی باشد (ویدها و همکاران، ۲۰۲۱). در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باید گفت در پژوهش حاضر با تمرینات ذهن آگاهی و پذیرش، مراجعین به انعطاف‌پذیری روانی بالاتری دست یافتند و توانستند کنترل بیشتری پیدا کنند. با استناد به بررسی‌های صورت گرفته در پایگاه اطاعتی مجلات معتبر داخلی و بین‌المللی پژوهش‌های دقیقی در زمینه اثربخشی رفتار درمانی جدلی بر شکایات روان‌تنی انجام نشده، این در حالی است که نتایج پژوهش حاضر بیانگر اثربخش بودن رفتار درمانی دیالکتیکی بر شکایات روان‌تنی است.

از محدودیت‌های پیش‌روی این پژوهش عبارت بود از، یکی بودن درمانگر و پژوهشگر که این امر ممکن است نتایج مربوط به پژوهش را تحت تأثیر قرار دهد. پیشنهاد می‌شود این مطالعه با حجم نمونه بیشتر و بر روی هر دو جنس زن و مرد و توسط یک تیم درمانی انجام شود. محدوده سنی شرکت کنندگان بین ۲۰ تا ۶۰ سال بود. در نتیجه، نمی‌توان در مورد نتایج این نمونه برای نوجوانان، سالمندان نتیجه‌گیری کرد. این مطالعه همچنین شرکت کنندگان را در یک نقطه زمانی واحد اندازه‌گیری کرد، بنابراین نمی‌توان

نتیجه‌گیری طولی داشت. از جمله مسائلی که در مشاوره آنلاین وجود داشت مسأله سرعت کم و یا قطع شدن اینترنت در حین انجام کار بود که نیاز به پیگیری بیماران را جدی‌تر می‌کرد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک است که از نظر رعایت اصول اخلاقی مورد تأیید قرار گرفته و از تمامی شرکت‌کنندگان رضایت آگاهانه دریافت شد.

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

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره‌های نویسنده سوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منفعی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان که با صبر و بردباری در اجرای پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌نمایم.

References

- Alijanzadeh, M., Makvand-Hosseini, S., & Kianersi, F. (2014). The effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on skills training) on aggression in adolescents. *Journal of clinical psychology*, 6(3), 23-32. DOI: 10.22075/jcp.2017.2170
- Apsche, J. A. (2010). A literature review and analysis of mode deactivation therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(4), 296-340. <https://doi.org/10.1037/h0100914>
- Apsche, J., DiMeo, L., & Kohlenberg, R. (2012). *Mode Deactivation Therapy for aggression and oppositional behavior in adolescents: An integrative methodology using ACT, DBT, and CBT*. New Harbinger Publications. <https://www.ebay.com/p/110982430>
- Bao, Y., Sun, Y., Meng, S., Shi, J., & Lu, L. (2019). nCoV epidemic: Address mental health care to empower society. *Lancet*, 395(10224), 37-8. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30309-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30309-3)
- Bass, C., van Nevel, J., & Swart, J. (2014). A comparison between dialectical behavior therapy, mode deactivation therapy, cognitive behavioral therapy, and acceptance and commitment therapy in the treatment of adolescents. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(2), 4-8. <https://doi.org/10.1037/h0100991>
- Bayazidi S., Bakhshipour, A., & Alivandi, M. (2021). Efficacy of acceptance and commitment therapy on reducing stress, depression and anxiety in patients with gastrointestinal and skin disorders. *Journal of Dermatology and Cosmetic*. 12(1), <http://jdc.tums.ac.ir/article-1-5516-fa.html>
- Bayles, C., Blossom, P., & Apsche, J. (2014). A brief review and update of mode deactivation therapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 9(1), 46-48. <https://doi.org/10.1037/h0101016>
- Beck, F., Léger, D., Fressard, L., Peretti, P., Verger, P., & Group, C. (2021). "Covid-19 health crisis and lockdown associated with high level of sleep complaints and hypnotic uptake at the population level." *Journal of sleep research* 30(1), e13119. <https://doi.org/10.1111%2Ffjsr.13119>
- Berhani, L., Momeni K., & Karmi, J. (2021). The effectiveness of combined cognitive therapy and acceptance and commitment on symptoms of depression and psychosomatic problems in operational firefighting employees. *Psychological Sciences*, 20 (103), 1192-1171. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.103.1171>
- Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. *Clinical psychology review*, 26(1), 17-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.07.003>
- Chen, G., Yuan, B., Jia, Q., Sun, H., & Guo, W. (2018). Failure tolerance strategy of space manipulator for large load carrying tasks, *Acta Astronautica*, 148:186-204. https://ui.adsabs.harvard.edu/link_gateway/2018AcAau.148..186C/doi:10.1016/j.actaastro.2018.04.02
- Eifert, G. H., Forsyth, J. P., Arch, J., Espejo, E., Keller, M., & Langer, D. (2009). Acceptance and commitment therapy for anxiety disorders: Three case studies exemplifying a unified treatment protocol. *Cognitive and behavioral practice*, 16(4), 368-385. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2009.06.001>
- Fitzpatrick, S., Bailey, K., & Rizvi, S. L. (2019). Changes in emotions over the course of dialectical behavior therapy and the moderating role of depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder, *Behavior Therapy*, 30(2), 258-269. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2019.12.009>
- Gica, S., Kavakli, M., Durduran, Y., & AK, M. (2020). The effect of COVID-19 pandemic on psychosomatic complaints and investigation of the mediating role of intolerance to uncertainty, biological rhythm changes and perceived COVID-19 threat in this relationship: a web-based community survey. *Personnel*. 11(14), 15. <https://DOI:10.5455PCP20200514033022>
- Hajlo, N. (2012). Psychometric characteristics of Takata and Sakata psychosomatic complaints scale among students of Mohaghegh Ardabili University. *Behavioral Sciences Research*, 10(3), 204-213. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17352029.1391.10.3.4>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Pistorello, J., & Levin, M. E. (2012). Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling*

- Psychologist*, 40(7), 976-1002.
<https://doi.org/10.1177/0011000012460836>
- Hong, W., Liu, R. D., Ding, Y., Fu, X., Zhen, R., & Sheng, X. (2021). Social media exposure and college students' mental health during the outbreak of CoViD-19: the mediating role of rumination and the moderating role of mindfulness. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 24(4), 282-287.
<https://doi.org/10.1089/cyber.2020.0387>
- Lee, S. A., Jobe, M. C., Mathis, A. A., & Gibbons, J. A. (2020). Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 74, 102268.
<https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102268>
- Lee, S., Jung, W., Jang, H., Kim, S., Chung, S., & Chae, Y. (2017). "The dynamic relationship between emotional and physical states: an observational study of personal health records." *Neuropsychiatric disease and treatment* 13: 411.
<https://doi.org/10.2147%2FNDT.S120995>
- Lester, D. (2003). Death anxiety, death depression, and death obsession. *Psychological Reports*, 93(3), 695-696. <https://doi.org/10.2466/pr0.2003.93.3.695>
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry* 48(12), 1060-1064.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
- Park, S. C., & Park, Y. C. (2020). Mental health care measures in response to the 2019 novel coronavirus outbreak in Korea. *Psychiatry investigation*, 17(2), 85-86. DOI: 10.30773/pi.2020.0058
- Pieh, C., Budimir S., & Probst, T. (2020). The effect of age, gender, income, work, and physical activity on mental health during coronavirus disease (COVID-19) lockdown in Austria. *Journal of psychosomatic research* 136: 110186.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110186>
- Pourshahriar, H., & Dindoost, M. (2022). Phenomenological study of the lived experience of mourning spouses during the corona virus pandemic. *Journal of psychological science*, 1931-1943. (In Persian) DOI:10.52547/JPS.20.107.1931
- Satici, B., Saricali, M., Satici, S. A., & Griffiths, M. D. (2020). "Intolerance of uncertainty and mental wellbeing: Serial mediation by rumination and fear of COVID-19." *International journal of mental health and addiction*: 1-12.
<https://doi.org/10.1007%2Fs11469-020-00305-0>
- Satsangi, A. K., & Brugnoli, M. P. (2018). Anxiety and psychosomatic symptoms in palliative care: from neuro-psychobiological response to stress, to symptoms' management with clinical hypnosis and meditative states. *Annals of Palliative Medicine* 7(1), 75-111.
<https://doi.org/10.21037/apm.2017.07.01>
- Takata, Y., & Sakata, Y. (2004). "Development of a psychosomatic complaints scale for adolescents." *Psychiatry and clinical neurosciences* 58(1), 3-7.
<https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1440-1819.2004.01184.x>
- Tanhan, A. (2019). Acceptance and commitment therapy with ecological systems theory: addressing Muslim mental health issues and wellbeing. *Journal of Positive Psychology and Wellbeing*, 3(2), 197-219.
<http://journalppw.com/index.php/JPPW/article/view/172>
- Twohig, M. P., & Levin, M. E. (2017). Acceptance and commitment therapy as a treatment for anxiety and depression: A review. *Psychiatric clinics*, 40(4), 751-770. DOI: 10.1016/j.psc.2017.08.009
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health*, 17(5), 1729. doi: 10.3390/ijerph17051729
- Wenham, C., Smith, J., & Morgan, R. (2020). "COVID-19: the gendered impacts of the outbreak." *The lancet*. 395(10227): 846-848.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30526-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30526-2)
- Widha, L., Rahmat, H. K., & Basri, A. S. H. (2021). A review of mindfulness therapy to improve psychological well-being during the COVID-19 pandemic. In *Proceeding International Conference on Science and engineering*. 4, 383-386.
<http://sunankalijaga.org/prosiding/index.php/icse/article/view/693>
- Yıldırım, M., & Güler, A. (2021). Positivity explains how COVID-19 perceived risk increases death distress and reduces happiness. *Personality and Individual Differences*, 168, 110347.
<https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110347>
- Zidkova, R., Malinakova, D. J., & Tavel, P. (2021). "The Coronavirus Pandemic and the Occurrence of Psychosomatic Symptoms: Are They Related?" *International journal of environmental research public health* 18(7), 3570.
<https://doi.org/10.3390%2Fijerph18073570>