



Positive Psychology Research

Positive Psychology Research
E-ISSN: 2476-3705
Vol. 10, Issue 1, No.37, 2024, P:19-38
Received: 01/01/2024 Accepted: 24/06/2024

Research Article

The Comparing the Effectiveness of Existentialism Acceptance and Commitment Therapy and Compassion-Focused Therapy on Catastrophizing and Rejection Perception in Women Affected by Their Husbands' Infidelity

Mohadeseh Esmaili: Master of General Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.
mohadesehesmaeili2023@gmail.com

Mohsen Golparvar : Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan), Isfahan, Iran.
drmgolparvar@hotmail.com

Abstract

This study aimed to compare the effectiveness of existential acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy for improving catastrophizing and rejection perception among women affected husband infidelity. An experimental design was employed in three stages: pre-test, post-test, and follow-up. The participants were 51 women who had experienced husband infidelity. They were randomly assigned to two experimental groups and one control group. The catastrophizing and rejection perception scales were used to collect data. The two groups received existential acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy, in 10 sessions. The data were analyzed using repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test. The results showed that the women who underwent treatment based on existential acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy had significantly less catastrophizing and rejection perception than the control group. However, there was no significant difference between the two therapy groups. Both existential acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy had good efficacy in reducing catastrophizing and rejection perception in women affected by their husbands' infidelity. Based on the findings, the existential acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy are suitable options for treating women who have experienced their husband's infidelity.

Keywords: Existentialism Acceptance And Commitment Therapy, Compassion-Based Therapy, Catastrophizing, Rejection Perception

Introduction

The experience of a husband's infidelity behaviors is the most painful experience for an individual in an intimate relationship

such as marriage (Arantes et al., 2020). Catastrophizing and rejection perception are among the issues that women affected by their husband's infidelity endure. Catastrophizing is a negative cognitive-emotional response to pain and the

* Corresponding author



tendency to exaggerate pain symptoms along with feelings of helplessness, which can increase the perception of the severity of the problem and emotional distress (Chen et al., 2021). Rejection perception is a process that hinders a person's sense of belonging and relational needs due to being rejected by a social group or others. (Ren et al., 2018). To enhance the proper functioning of families in crises such as the husband's infidelity, existentialism acceptance and commitment therapy can be utilized. Existentialism acceptance and commitment therapy focuses more on meaning and value and pays less attention to the emotional aspect (Ramsey Widmar, 2015). On the other hand, compassion-focused therapy (CFT) focuses more on emotions (Leaviss & Uttley, 2015). Selecting these two therapeutic approaches for comparison seems appropriate (Mohammadi et al., 2022). Thus, the present study aims to compare the effectiveness of compassion-focused therapy with existentialism acceptance and commitment therapy on catastrophizing and rejection perception in women affected by their husband's infidelity.

Method

This practical and experimental study was conducted in three groups and three stages: pre-test, post-test, and follow-up. The statistical population of the study included all women affected by their husband's infidelity who referred to counseling centers in Isfahan City in the spring of 2023. After the initial interview, 51 women were purposefully selected and randomly assigned to the three groups. Of the 17 participants (two treatment groups and one control group), the research tools were the Catastrophizing Questionnaire (Sullivan et al., 1979) and the Rejection Perception Questionnaire (Penhalegon et al., 2009). Existentialism acceptance and commitment

group and compassion-focused group focused on compassion received treatment during ten sessions. At the beginning of treatment, in addition to collecting demographic information, the level of catastrophizing and rejection perception was measured as a pre-test, after the interventions as a post-test, and one month after the intervention as a follow-up. Descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics, including repeated measures analysis of variance and Bonferroni post-hoc test, were used to analyze the collected data using SPSS 26 software.

Results

Before running the analysis of the variance test with repeated measurements, we checked its assumptions. We used the Shapiro-Wilk test for normality ($p > 0.05$) and the assumption of normality of the data was met. By performing the Lone test, the null hypothesis of the equality of variance of the three groups in both variables at the pre-test, post-test, and follow-up stages was confirmed ($p > 0.05$). The results of the M-box test for catastrophizing (*Box's* $M = 44.13$, $P = 0.25 > 0.05$) and rejection perception (*Box's* $M = 21.21$, $P = 0.08 > 0.05$) indicated the equality of the variance-covariance matrix and the interaction effect of group membership with the pre-test, which also showed the equality of the slope of the regression lines ($p \leq 0.05$). Finally, the results of Mauchly's test for catastrophizing (*Mauchly* = 0.25, $p = 0.01 < 0.001$) and rejection perception (*Mauchly* = 0.46, $p = 0.01 < 0.001$) were significant. As a result, we used Greenhouse-Geisser test to analyze the research data. To determine the pairwise differences between the three research groups, a Bonferroni post-hoc test was performed. In the catastrophizing variable, in the time factor, there was a significant

difference between pre-test, post-test, and follow-up, and also between post-test and follow-up (again, an increase in catastrophizing) ($p < 0.01$). Considering the average of the three stages, catastrophizing decreased significantly from pre-test to post-test and follow-up but increased from post-test to follow-up significantly. ($p < 0.01$). In comparing the three groups, the existential acceptance and commitment therapy group and the compassion-focused therapy group had a significant difference from the control group, but there was no significant difference between the two therapy groups. In the rejection perception variable, in the time factor, there was a significant difference between the pre-test, post-test, and follow-up ($p < 0.01$). However, there was no significant difference between post-test and follow-up (stability of results from post-test to follow-up) ($p < 0.05$). Considering the means of the three stages, rejection perception lowered significantly from the pre-test stage to the post-test stage but did not change significantly from the post-test level to the follow-up stage ($p < 0.05$). In comparing the three groups, the existential acceptance and commitment therapy group and the compassion-focused therapy group had a significant difference from the control group, there was no significant difference between the two therapy groups.

Conclusion

This study aimed to determine the effectiveness of existential acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy on catastrophizing and rejection perception in women affected by their husband's infidelity. The results showed that both existential acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy had a significant effect on reducing catastrophizing and rejection perception in women affected by their

husband's infidelity compared to the control group. These findings are consistent with the findings of Mohammadi et al. (2022) on the effectiveness of existential acceptance and commitment therapy on psychological well-being, Ezzatpanah and Latifi (2020) on the effectiveness of acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy on catastrophizing, as well as Daneshnia et al. (2020) on the effectiveness of acceptance and commitment therapy on catastrophizing. Existential acceptance and commitment therapy helps clients stop overthinking on what they have lost and instead look for meaning. Training in cognitive awareness, psychological acceptance, cognitive detachment, cognitive fusion, value clarification, and motivation for committed action promotes psychological flexibility, which reduces catastrophizing and rejection perception (Mohammadi et al., 2022). The effectiveness of compassion-focused therapy on catastrophizing and perceived rejection suggests that compassion practices can help people be kinder to themselves instead of criticizing and blaming, ultimately reducing their catastrophizing. Compassion towards oneself also increases resilience by controlling individuals' reactions to stressful and unpleasant events. It reduces the rejection perception in people. As a result, the existential acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy for the effectiveness of women affected by husbands' infidelity have similar processes to acceptance and commitment therapy. Hence, they are effective in reducing catastrophizing and rejection perception in women affected by their husbands' infidelity.

The limitations of the research include the difficulty of accessing the statistical population and sampling, the type of experimental research, and the lack of

comparison of the treatment based on acceptance and existential commitment with other treatment methods. The sample is limited to women who have experienced infidelity by their husbands and who have visited counseling centers in Isfahan. Furthermore, self-report questionnaires to measure catastrophizing and rejection perception produce superficial information and may be associated with social desirability. Therefore, in future research, we can compare the effectiveness of this treatment with other treatments and other clinical groups and provide the necessary infrastructure for these treatments in counseling and psychology centers.

Ethical Considerations

Compliance with Ethical Guidelines: We strictly observed all ethical considerations during the research process. It included ensuring the confidentiality of participants' identities and obtaining informed consent from all participants.

Author Contributions: All authors contributed to the study. The first author administered treatments to the participants and wrote the first draft of the manuscript. The second author edited the manuscript.

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

Funding: The authors received no financial support for the study.

Acknowledgments: The authors would like to thank all participants for their time and participation in this study.

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر با درمان شفقت‌محور بر فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر

محدثه اسماعیلی: کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

mohadesehesmaeili2023@gmail.com

محسن گل‌پرور* ID: استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

drmgolparvar@hotmail.com

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت‌محور بر فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسرشان انجام شد. روش تحقیق آزمایشی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام شد. در این پژوهش، ۵۱ زن که پیمان‌شکنی همسر خود را تجربه کرده بودند، به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه فاجعه‌پنداری و پرسشنامه ادراک طردشدگی استفاده شد. دو گروه، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور را در ۱۰ جلسه دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان دادند زنانی که تحت درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور قرار گرفتند، فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی کمتری نسبت به گروه کنترل داشتند؛ اما بین دو گروه درمانی تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور در کاهش فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسرانشان اثربخشی خوبی دارند. براساس یافته‌ها، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور، گزینه‌های مناسبی برای درمان زنانی هستند که پیمان‌شکنی همسر خود را تجربه کرده‌اند.

واژه‌های کلیدی: درمان پذیرش و تعهد وجودنگر، درمان شفقت‌محور، فاجعه‌پنداری، ادراک طردشدگی



مقدمه

تجربه رفتارهای پیمان‌شکنی^۱ دردناک‌ترین اتفاق برای کسی است که در یک رابطه صمیمی است (Arantes et al., 2020). وقتی رابطه زناشویی دچار مشکلی مانند پیمان‌شکنی می‌شود، عملکرد مناسب خانواده کاهش می‌یابد و خانواده کارکرد خودش را از دست می‌دهد. واضح است پیمان‌شکنی یکی از شدیدترین اشتباهاتی است که یک نفر در حق همسری مرتکب می‌شود و به دلیل شدت زیاد آسیب و نحوه حرکت افراد در مسیر دشوار روابط متقابل، مسلماً پیمان‌شکنی یک مسئله سخت در روابط زناشویی است (Bendixen et al., 2018). متأسفانه پیمان‌شکنی در سال‌های اخیر در بین افراد متأهل رو به افزایش است. در جامعه آمریکایی بیش از ۳۰ تا ۶۰ درصد از مردان دست‌کم یکبار رابطه فرازناشویی داشته‌اند. در ایران گزارشی ارائه نشده است (نیک‌نژادی و همکاران، ۱۴۰۲). پیمان‌شکنی نه تنها ممکن است تأثیر مخربی بر رابطه داشته باشد و منجر به جدایی یا طلاق شود، ممکن است بر سلامت کلی عاطفی زوجین تأثیر منفی بگذارد و منجر به افزایش علائم افسردگی و کاهش عزت نفس شود (Bozoyan & Schmiedeberg, 2022).

یکی از عواملی که می‌تواند به روابط زوجین آسیب برساند، فاجعه‌پنداری^۲ است و بسیاری از زنان، پیمان‌شکنی را فاجعه‌ای بسیار بزرگ تلقی می‌کنند. فاجعه‌پنداری یک سازه روانشناختی است که با اختلال در عملکرد و کیفیت زندگی در انواع اختلالات درد مزمن مرتبط است (Huang & Wu, 2022). فاجعه‌پنداری به عنوان یک پاسخ شناختی - عاطفی منفی به درد و تمایل به اغراق آمیز علائم درد با احساس درماندگی تعریف می‌شود که می‌تواند درک شدت مشکل و ناراحتی عاطفی را افزایش دهد (Chen et al., 2021). فاجعه‌پنداری به طور چشمگیری بر مسیر

وضعیت دردناک یک فرد در زمینه‌های سلامت کلی، کیفیت زندگی، و نتایج عملکردی تأثیر می‌گذارد. فاجعه‌پنداری احتمال شدت و ناتوانی بیشتر درد ناشی از شرایط دردناک را افزایش می‌دهد. تقریباً نیمی از زنانی که از پیمان‌شکنی همسر خود رنج می‌برند، دچار فاجعه‌پنداری شدید می‌شوند و این یک پیش‌بینی کننده قوی برای آینده است (Alvarez-Astorga et al., 2021). فاجعه‌پنداری به عنوان «تمایل به بزرگ‌نمایی چالش‌ها و احساس درماندگی در زمینه مشکلات و با ناتوانی نسبی در مهار افکار مرتبط با رنج در پیش‌بینی، در طول یا پس از یک برخورد دردناک» تعریف می‌شود (Hirata et al., 2021). در کل می‌توان گفت فاجعه‌پنداری یک فرآیند شناختی یا احساسی است که شامل بزرگ‌نمایی مشکلات، احساس درماندگی و یک جهت‌گیری بدبینانه است (Petrini & Arendt-, 2020).

یکی از عوامل دیگر که زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر با آن روبه‌رو هستند، ادراک پردشدگی است (MacDonald & Leary, 2005). پردشدگی به پدیده و فرآیندی اطلاق می‌شود که در آن نیازهای تعلق و نیازهای رابطه فرد به دلیل پردشدن توسط یک گروه اجتماعی یا دیگران مانع می‌شود (Ren et al., 2018). تأثیر پردشدگی بر افراد را می‌توان در طول زمان به سه مرحله تقسیم کرد: مرحله بازتابی، مرحله تأمل و مرحله کناره‌گیری. مرحله بازتابی باعث ایجاد درد اجتماعی در افراد می‌شود و منجر به کاهش درخور توجه رضایت از تعلق، عزت نفس، کنترل و حضور معنادار می‌شود. در طول مرحله تأمل، افراد معمولاً با رفتارهای ضد اجتماعی، اجتماعی یا اجتنابی در تلاش برای بهبودی از اثرات منفی طرد اجتماعی پاسخ می‌دهند. در مرحله کناره‌گیری، افراد به دلیل طرد طولانی مدت دچار احساس بیگانگی، افسردگی، درماندگی و بی‌ارزشی می‌شوند (Zhang et

¹ Infidelity

² Catastrophizing

al., 2023). پس زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر می توانند درجات مختلفی از طرد را تجربه کنند. روابط پنهان خارج از ازدواج همیشه باعث ایجاد ضربه عاطفی شدید در هر دو طرف می شود. این نوع روابط احساساتی مانند افسردگی، عدم اعتماد به نفس، از دست دادن هویت و احساس بی ارزشی در همسر آسیب دیده از پیمان شکنی همسر دیده شده است (Warach & Josephs, 2019).

برای کمک به ایجاد بخشش و افزایش عملکرد مناسب خانواده در بحران هایی نظیر پیمان شکنی، می توان درمان های لازم را برای کاهش آسیب به کار گرفت؛ از جمله مدل های ارائه شده درخصوص درمان پیمان شکنی زناشویی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجودنگر است. در درمان پذیرش و تعهد مسائل محوری و مهم تنهایی، بی معنا بودن، مرگ و آزادی مبهم مانده است (Ziaee et al., 2022). با هدف رفع این ابهام از مضامین وجودی در پیکره درمان پذیرش و تعهد استفاده می شود؛ بنابراین، می توان درمان پذیرش و تعهد را زیر چتر درمان وجودنگر قرار داد و با تلفیق این دو درمان راه های مؤثرتری برای روش های روان درمانی ارائه داد (Ramsey- Wade, 2015). در درمان پذیرش و تعهد وجودنگر، هیچ تلاشی برای از بین بردن رنج انسان صورت نمی گیرد؛ زیرا زندگی انسان ذاتاً دردناک است. در عوض، با پذیرش واقعیت درد و رنج، به انسان کمک می شود تا معنای زندگی را بیابد که به موجب آن درد لذت بخش خواهد بود (Van Deurzen et al., 2019).

درمان پذیرش و تعهد وجودنگر به فرد برای حرکت در راستای شگفت انگیز بودن ذات انسان کمک می کند. در این درمان، مشکلات به عنوان یک پازل دیده می شود که افراد درمانجو برای حلش با کمک درمانگر تلاش می کنند و هدف آن جلوگیری از نقش فعال درمانگر است و تمام تلاش درمانگر افزایش

انعطاف پذیری روانشناختی ایجاد شده در مراجع است (Spinelli, 2014) و نیز پذیرش و خودآگاهی برای تغییر رفتار آشکار توصیف می شود که برای بهبودی چیزی که انعطاف پذیری روانشناختی نامیده می شود، تلاش می کند (Sianturi et al., 2018). درمان پذیرش و تعهد وجودنگر را می توان به عنوان یک مداخله زمینه ای عملکردی براساس نظریه چارچوب رابطه ای تعریف کرد. رنج انسان با انعطاف ناپذیری روانشناختی تشدید می شود و چند فرایند در آن نقش دارد که شامل آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی می شود. هدف این درمان، ایجاد انعطاف پذیری روانشناختی از طریق فرآیندهای توجه انعطاف پذیر به لحظه حال، ارزش های منتخب، خود به عنوان زمینه، ابطال، پذیرش و ایجاد الگوی گسترده ای از اقدام متعهدانه مرتبط با این ارزش ها است (محمدی و همکاران، ۱۴۰۱).

درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر معنا و ارزش و درمان شفقت محور بیشتر بر هیجان متمرکز است؛ بنابراین، به نظر می رسد انتخاب این درمان برای مقایسه با هم مناسب باشد (محمدی و همکاران، ۱۴۰۱). درمان پذیرش و تعهد وجودنگر برافزایش سرمایه روانشناختی، معنای زندگی، سرمایه عاطفی و تحول مثبت بسیار مؤثر است (محمدی و همکاران، ۱۴۰۰؛ محمدی و همکاران، ۱۴۰۱). یافته های پژوهش کوتو-لسمس و همکاران^۱ (2020) حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر بود. همچنین، پژوهش های عزت پناه و لطیفی (۱۳۹۸) و دانش نیا و همکاران (۱۴۰۱) حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه پنداری بود. در همین راستا، مداخلات روانشناختی متمرکز بر شفقت در سال های اخیر توجه درمانگران و پژوهشگران را به خود جلب کرده است.

¹ Coto-Lesmes et al.

پژوهشی، مطالعه‌ای یافت نشد که اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر را در مقایسه با درمان شفقت‌محور بر فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر سنجیده باشد؛ بنابراین، در راستای برطرف کردن شکاف‌های موجود در زمینه درمان‌های مؤثر برای زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر و نیز آشکارکردن مسیر مطالعه و درمان و رفع خلأ دانش موجود پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان پذیرش و تعهد وجودنگر با درمان شفقت‌محور بر فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر صورت گرفت.

روش

روش پژوهش، جامعه، نمونه: روش پژوهش حاضر، آزمایشی با طرح سه‌گروهی، شامل گروه‌های درمان پذیرش و تعهد وجودنگر، درمان شفقت‌محور و گروه کنترل و شامل سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و غربال‌گری شهر اصفهان در بهار ۱۴۰۲ تشکیل دادند که از این تعداد، ۵۱ نفر با بررسی معیارهای ورود و خروج از طریق مصاحبه ساختاریافته به شیوه نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و سپس به‌طور تصادفی در سه گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر، درمان شفقت‌محور و کنترل (هر گروه ۱۷ نفر) جای‌دهی شدند. معیارهای ورود: داشتن همسران دارای پیمان‌شکنی جنسی، رضایت آگاهانه افراد مورد پژوهش و تمایل به مشارکت و ادامه مشارکت در درمان، تمایل به ادامه زندگی مشترک با همسر، تحت درمان‌های روانپزشکی و روانشناختی موازی نباشند، بود. ملاک‌های خروج شامل: عدم رضایت و تمایل به مشارکت و ادامه مشارکت در درمان، عدم تمایل به ادامه زندگی مشترک، در شرف طلاق بودن یا ترک

شفقت به خود به این صورت تعریف می‌شود: «پذیرفتن و متأثرشدن از رنج‌های خود، تجربه احساسات مراقبت و مهربانی نسبت به خود، داشتن درک و نگرش بدون قضاوت نسبت به نارسایی‌ها و شکست‌های خود و تشخیص درد و رنج خود». تجربه بخشی از تجربه مشترک انسانی است (Ferrari et al., 2022). درمان شفقت به خود به‌عنوان یک مداخله روانی اجتماعی یکی دیگر از درمان‌های روان‌درمانی است که در حال حاضر برای افزایش رضایت زناشویی و صمیمیت جنسی استفاده می‌شود (Kessler, 2020). درمان شفقت به خود، این بینش را درباره تأثیر متقابل شفقت و مهربانی به خود، به‌ویژه در اوایل زندگی و مشکلات اساسی سلامت روانی امکان‌پذیر می‌کند و نشان می‌دهد چگونه توسعه شفقت می‌تواند به‌عنوان یک فرآیند روان‌درمانی عمل کند و ارتباط اجتماعی و امنیت اجتماعی را ارتقا دهد (Gilbert, 2020). این مدل نشان می‌دهد افراد می‌توانند یاد بگیرند شفقت را توسعه دهند و سیستم‌های تنظیم‌کننده هیجان را متعادل کنند (Gilbert & Simos, 2022). فراتحلیل داده‌های مقطعی نشان داده است که شفقت به خود با آسیب‌شناسی روانی و پریشانی روانی (Marsh et al., 2018) همبستگی منفی دارد و با بهزیستی، سلامت جسمانی و روابط سالم بین فردی و اجتماعی (Ferrari et al., 2022)، فعالیت بدنی (Wong et al., 2021) و کیفیت زندگی (Brown et al., 2021) همبستگی مثبت دارد. این یافته‌ها نشان می‌دهند افزایش یا توسعه شفقت به خود می‌تواند سلامت روانی و جسمی را ارتقا دهد.

با توجه به اینکه درمان پذیرش و تعهد و درمان‌های وجودی بیشتر بر معنا و ارزش متمرکزند و بعد هیجانی را شایان توجه قرار نمی‌دهند (Ramsey- Wade, 2015) و ازطرفی، درمان شفقت‌محور بیشتر بر هیجانات متمرکز است (Leaviss, J., & Uttley, L, 2015). به نظر می‌رسد انتخاب این دو درمان برای مقایسه با هم مناسب باشد (محمدی و همکاران، ۱۴۰۱). در بررسی پیشینه

زندگی مشترک، قرار گرفتن تحت درمان‌های موادی، غیبت بیش از دو جلسه در مراحل درمان بود.

ابزار سنجش: مقیاس فاجعه‌پنداری^۱: سالیوان و همکاران^۲ این ابزار را در سال (۱۹۹۵) ساختند که هدف آن ارزیابی میزان افکار و رفتارهای فاجعه‌آمیز فرد است. این پرسشنامه خوداجرایی بوده و از ۱۳ گویه تشکیل شده است. این مقیاس شامل زیرمقیاس‌های نشخوار فکری، فاجعه‌پنداری یا بزرگنمایی و درماندگی است که افکار منفی مرتبط با درد را ارزیابی می‌کند. از شرکت‌کنندگان خواسته می‌شود برای توصیف فراوانی احساس و فکر متفاوت با تجربه درد یک عدد از صفر تا چهار انتخاب کنند. نمرات پایین نشانه فاجعه‌پنداری کمترند. داوودی و همکاران، روایی همگرایی این مقیاس را با فرم کوتاه افسردگی بک محاسبه کردند و همبستگی مثبت و معناداری ($r=0/46$) در بیماران روماتیسمی بین این دو مقیاس به دست آمد. در پژوهشی که مایر و همکاران در سال ۲۰۰۸ انجام دادند، میزان پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های درماندگی ۰/۸۹، بزرگ‌نمایی ۰/۶۷ و نشخوار ۰/۸۸ و برای کل مقیاس آلفای کرونباخ ۰/۹۲ به دست آمده است. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۹۰ به دست آمد که نشان از اعتبار مناسب این پرسشنامه بود.

مقیاس ادراک دردشدگی^۳: پنهالگون و همکاران^۴ این ابزار را در سال ۲۰۰۹ در ۴ سؤال طراحی کردند و از افراد خواسته می‌شود بگویند چگونه این احساسات را تجربه می‌کنند و در مقیاس درجه‌بندی ۷ تایی از «هرگز (۱)» تا «اغلب اوقات (۷)» علامت بگذارند؛ نمرات بالاتر نشان‌دهنده ادراک دردشدگی بیشتر است (Penhaligon et al., 2009). ضریب پایایی این مقیاس در مطالعه پنهالگون

و همکاران (۲۰۰۹) ۰/۸۵ گزارش شده است. در پژوهش رجبی و همکاران (۱۳۹۴)، علاوه بر تأییدروایی محتوایی این مقیاس، اعتبار آن با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است. در مطالعه حاضر، آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۰ به دست آمد که نشان از اعتبار مناسب این پرسشنامه بود.

روش اجرا و تحلیل: بعد از اخذ کد اخلاق^۵، برای کسب مجوزهای لازم برای ورود به مراکز مشاوره و غربالگری شهر اصفهان، به اداره کل بهزیستی استان اصفهان مراجعه شد. در ادامه هماهنگی‌های لازم، نمونه‌گیری و اجرای مداخله توسط نویسنده اول در مراکز مشاوره شهر اصفهان با رعایت تمامی شروط اخلاقی انجام گرفت. موازین اخلاقی رعایت شد؛ شامل اطمینان‌دادن به شرکت‌کنندگان برای اینکه اطلاعات به‌دست‌آمده فقط برای ارائه در نتایج پژوهش است و تمامی اطلاعات تا پایان محرمانه باقی خواهد ماند. از میان زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و غربال شهر اصفهان، ۱۷ نفر با توجه به افت احتمالی اعضای نمونه برای هرگروه (تعداد ۱۷ نفر با توجه به اینکه احتمال ریزش یا کناره‌گیری در فرآیند اجرای پژوهش وجود دارد، در نظر گرفته می‌شود تا در صورت مواجهه با ریزش شرکت‌کنندگان تعداد نمونه از حد قابل قبول کمتر نشود) و در مجموع ۵۱ نفر از زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر پس از اجرای اولیه مصاحبه مقدماتی برای تشخیص دارا بودن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش، به شیوه هدفمند برای اجرای طرح آزمایشی سه گروهی سه مرحله‌ای انتخاب شدند. درنهایت از جامعه مورد مطالعه، به‌صورت دردسترس تعداد ۵۱ زن آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۷ نفر گمارده شدند. روش اجرای مطالعه به این شکل بود که پس از جای‌دهی تصادفی

^۵ کمیته اخلاق در دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (خوراسگان) این پژوهش را با کد اخلاق 1402.075IR.IAU.KHUISF.REC تصویب کردند.

^۱ Catastrophizing Pain Scale

^۲ Sullivan et al.

^۳ Perceived Rejection Scale

^۴ Penhaligon et al

شرکت‌کنندگان به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، گروه‌های آزمایش طی ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی دو روز در هفته تحت آموزش قرار گرفتند و گروه کنترل در این مدت، درمانی دریافت نکرد. درمان شفقت‌محور نیز از طریق بسته درمانی رنجبرکهن و نوری (۱۳۹۵) اجرا شد که در مطالعات قبلی در ایران اجرا و تعیین اعتبار شده است. خلاصه محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است. به منظور رعایت شرایط اخلاقی پژوهش، گروه کنترل

بعد از اتمام پیگیری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد وجودنگر را دریافت کردند. در ابتدای شروع درمان، علاوه بر دریافت ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، سطح فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی هر گروه به عنوان پیش‌آزمون و پس از اعمال مداخلات به عنوان پس‌آزمون، دو ماه پس از مداخله به عنوان پیگیری سنجش شدند. در نهایت، تحلیل داده‌ها با روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی با استفاده از نرم‌افزار SPSS 26 انجام شد.

جدول ۱

محتوای جلسات درمان شفقت‌محور با اقتباس از رنجبرکهن و نوری (۱۳۹۵)

Table1

The Content of Compassion-Based Therapy Sessions Adapted from Ranjbarkohan and Noori (2017)

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی شرکت‌کنندگان و درمانگر با یکدیگر، طرح قوانین گروه، توضیح کوتاهی درباره CFT، هیجانات، رویکرد شفقت‌محور (به‌ویژه بحث ذهن آگاهی و شفقت)، آموزش و اجرای تمرین تنفس ذهن آگاهانه.
دوم	اجرای مدل سه حلقه‌ای تهدید و واکنش‌های جسمی روانشناختی و هیجانی به آن، معرفی رویکرد ذهن شفقت‌ورز (توجه، تفکر و استدلال، تصور، انگیزه، رفتار و هیجان)، رسم نمودار.
سوم	معرفی مغز قدیم و جدید و هیجانات منفی و تهدیدکننده (خشم، اضطراب و ترس) از منظر سیستم سه حلقه‌ای و مغز قدیم و جدید. کار با مدل سه حلقه‌ای - تنفس آرام‌بخش.
چهارم	بررسی طیف هیجانات مانند افسردگی، اضطراب و خشم از دیدگاه ذهن مشفق. کشف بخش‌های مختلف یک هیجان و تمرین در این خصوص.
پنجم	آموزش چگونگی تغییر الگوهای دردسرساز، بررسی الگوهای گذشته و واکنش مغز قدیم و جدید در مقابل موانع و مشکلات، معرفی مؤلفه‌های شفقت. بررسی یک هیجان اخیر با مؤلفه‌های شفقت.
ششم	کار با عادت‌های هیجانی. معرفی مهارت‌های شفقت، تفکر و رفتار شفقت‌ورز و تمرین ایجاد فضای امن.
هفتم	بررسی تفکر و رفتار سرزنشگر در مقابل تفکر و رفتار مشفق با یادآوری مهارت‌های شفقت و توضیح نقش شفقت در هدایت نحوه تفکر و واکنش‌ها. آموزش افکار و رفتار شفقت‌ورز در مقابل انتقادگر و بررسی نوع واکنش در مقابل شکست‌ها و موانع با تمرین خود انتقادی و علل و پیامدها.
هشتم	ادغام تغییرات در یک ساختار مشفقانه با ایجاد خودشفقتی ایده‌آل از طریق تصویرسازی، کاهش ترس از شفقت با خود با شناسایی افکار ممانعت‌کننده از پرورش شفقت به خود و کار بر آنها.
نهم	توسعه شفقت نسبت به دیگران و فرایند همدلی و آموزش فرایند بخشش.
دهم	گسترش شفقت و همدلی نسبت به دیگران، بخشش نسبت به دیگران، رشد مثبت و کمک به دیگران. اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲

محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد وجودنگر (محمدی و همکاران، ۱۴۰۰)

Table2

The Content of Therapy Sessions Based on Existentialism Acceptance and Commitment (Mohammadi et al, 2021)

جلسات	محتوای جلسات
اول	آشنایی شرکت کنندگان با یکدیگر و با درمانگر، آشنایی با ساختار مداخله، مشخص کردن نقش ها و مسئولیت های شرکت کنندگان، آشنایی با مفهوم پوچی و بی معنایی و اهمیت جستجو و یافتن معنا با هدف آگاهی از اهمیت معنا و احساس پوچی در افسردگی.
دوم	شناسایی ارزش ها با مورد سؤال قرار دادن آنها و سپس استفاده از کارت ارزش ها و آشنایی با پاسخ های نصیحت گر و لزوم شناسایی پاسخ های مشاهده گر برای شناسایی ارزش های واقعی.
سوم	اهمیت مسئله انتخاب ارزش ها و مسئولیت پذیری در قبال انتخاب ارزش ها و معناجویی و سپس زیستن براساس ارزش ها و شناسایی انکار مسئولیت پذیری.
چهارم	آموزش مسئولیت پذیری و توان پاسخگویی در مقابل مسئولیت پذیری به منظور مقابله با افسردگی، سپس شناسایی هدف ها و گام های لازم برای تحقق اهداف با هدف اقدام عملی و پذیرفتن مسئولیت کامل آن عمل.
پنجم	شناسایی موانع رسیدن به اهداف ازجمله نبودن در زمان حال، آمیختگی با افکار خود به عنوان زمینه و اضطراب های وجودی ازجمله اضطراب مرگ و تنهایی و سپس آموزش ذهن آگاهی با درک هیجانات و آگاهی از احساسات جسمی، ارتباط با آن و برجسب زدن به احساسات.
ششم	ادامه آموزش ذهن آگاهی و اهمیت بودن در زمان حال و خود آگاهی؛ زیرا هستی اصیل فقط در زمان حال وجود دارد و سپس شناسایی مفهوم خود ها و اهمیت شناسایی خود به عنوان زمینه.
هفتم	آموزش مفهوم آمیختگی و گسلش از افکار خاطرات، احساسات و هیجانات به منظور رهایی از افکار و تعیین رفتار توسط آنها با هدف انعطاف پذیری روانی بیشتر.
هشتم	ادامه آموزش گسلش و رهایی از افکار و هیجانات و سپس آموزش اضطراب مرگ به عنوان یکی از نگرانی های وجود انسانی و اهمیت پذیرش آن به عنوان پتانسیلی بالقوه برای رشد.
نهم	آموزش پذیرش و آگاهی از اینکه تجربیات حتی اگر مایل به آن نباشیم، اتفاق می افتند و اهمیت پذیرش تجربیات به جای انکار یا سرکوب و اختصاص انرژی آن در مسیر زندگی هدفمند و معنادار.
دهم	آموزش انزوا و تنهایی و اهمیت پذیرش آن به عنوان نگرانی انکارناپذیر وجود انسانی، اجرای پس آزمون.

یافته ها

نتایج بررسی متغیرهای جمعیت شناختی در جدول ۳

ابتدا متغیرهای جمعیت شناختی تجزیه و تحلیل شدند. ارائه شده اند.

جدول ۳

فراوانی گروه‌های سنی، شغل و تحصیلات در سه گروه پژوهش

Table3

Frequency of Age Groups, Occupation and Education in Three Research Groups

گروه‌های سنی	گروه‌های سنی	گروه کنترل	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	درمان شفقت‌محور	آزمون	خی‌دو
		فراوانی (%)	فراوانی (%)	فراوانی (%)	(معناداری)	
سن	تا ۲۵ سال	۴ (۲۳/۵)	۴ (۲۳/۵)	۳ (۱۷/۶)	$p=۰/۷۶$	۲/۸۶
	۲۶ تا ۳۵ سال	۸ (۴۷)	۶ (۳۵/۳)	۶ (۳۵/۳)		
	۳۶ سال و بالاتر	۵ (۲۹/۴)	۷ (۴۱/۲)	۸ (۴۷)		
	مجموع	۱۷ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)		
شغل	خانه‌دار	۹ (۵۲/۹)	۷ (۴۱/۲)	۷ (۴۱/۲)	$p=۰/۸۵$	۲/۸۷
	فرهنگی	۳ (۱۷/۶)	۴ (۲۳/۵)	۴ (۲۳/۵)		
	سایر مشاغل	۵ (۲۹/۴)	۶ (۳۵/۳)	۶ (۳۵/۳)		
	مجموع	۱۷ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)		
تحصیلات	تا دیپلم	۵ (۲۹/۴)	۷ (۴۱/۲)	۴ (۲۳/۵)	$p=۰/۷۲$	۳/۱۷
	فوق دیپلم و لیسانس	۷ (۴۱/۲)	۸ (۴۷)	۸ (۴۷)		
	فوق لیسانس و دکتری	۵ (۲۹/۴)	۲ (۱۱/۸)	۵ (۲۹/۴)		
	مجموع	۱۷ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)	۱۷ (۱۰۰)		

نتایج آزمون خی دو در جدول ۳ نشان می‌دهند بین فراوانی گروه‌های سنی، شغل و تحصیلات در سه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>۰/۰۵$)؛ بنابراین، گروه‌ها از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی با

یکدیگر شباهت دارند. در جدول ۴، میانگین و انحراف معیار فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر گروه‌های پژوهش در سه مرحله پژوهش ارائه شده است.

جدول ۴

میانگین و انحراف معیار فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی

Table4

Mean and Standard Deviation of Catastrophizing and Rejection Perception

متغیر	زمان	گروه کنترل	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	درمان شفقت‌محور	میانگین	انحراف معیار
فاجعه‌پنداری	پیش‌آزمون	۴۳/۳۵	۱۲/۳۲	۴۴/۰۶	۹/۶۶	۴۳/۹۴
	پس‌آزمون	۴۰/۵۳	۱۱/۳۱	۲۶/۱۲	۴/۶۵	۲۷/۹۴
	پیگیری	۳۹/۵۹	۱۱/۰۳	۳۱/۸۸	۴/۸۶	۳۰
ادراک	پیش‌آزمون	۱۰/۹۴	۲/۸۹	۱۱/۶۵	۲/۶۷	۱۲/۱۸
	پس‌آزمون	۱۱/۴۱	۲/۰۹	۶/۳۵	۱/۱۱	۷/۱۲
	پیگیری	۱۱/۲۳	۱/۴۸	۶/۵۳	۱/۵۴	۶/۷۶

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود در متغیر فاجعه پنداری و ادراک طردشدگی، گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و گروه درمان شفقت‌محور در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری دارای میانگین کاهش یافته‌تری بوده است. نتایج آزمون شاپیرو - ویلک نشان دادند فرض نرمال‌بودن توزیع نمره فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی ($p > 0/05$) تأیید می‌شود. با انجام آزمون لون فرض صفر درباره تساوی واریانس‌های سه گروه هر دو متغیر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ($p > 0/05$) تأیید شد. نتایج حاصل از آزمون ام باکس برای فاجعه‌پنداری

چنانکه در جدول ۴ مشاهده می‌شود در متغیر فاجعه پنداری و ادراک طردشدگی، گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و گروه درمان شفقت‌محور در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری دارای میانگین کاهش یافته‌تری بوده است. نتایج آزمون شاپیرو - ویلک نشان دادند فرض نرمال‌بودن توزیع نمره فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی ($p > 0/05$) تأیید می‌شود. با انجام آزمون لون فرض صفر درباره تساوی واریانس‌های سه گروه هر دو متغیر در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ($p > 0/05$) تأیید شد. نتایج حاصل از آزمون ام باکس برای فاجعه‌پنداری

جدول ۵

نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای متغیرهای فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی

Table 5

The Results of Repeated Measures Variance Analysis for the Variables of Catastrophizing and Rejection Perception

متغیر و منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
زمان	۴۳۲۹/۲۷	۱/۱۴	۳۷۹۰/۰۱	۱۰۱/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
تعامل زمان×گروه	۱۲۲۹/۷۹	۲/۲۸	۵۳۸/۳۰	۱۴/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۰/۹۹
خطا	۲۰۴۹/۶۱	۵۴/۸۳	۳۷/۳۸	-	-	-	-
گروه	۱۷۴۶/۳۷	۲	۸۷۳/۱۸	۴/۲۵	۰/۰۲	۰/۱۵	۰/۷۲
خطا	۹۸۵۴/۹۸	۴۸	۲۰۵/۳۱	-	-	-	-
زمان	۳۸۲/۵۹	۱/۳۰	۲۹۳/۶۲	۵۸/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱
تعامل زمان×گروه	۲۳۸/۴۳	۲/۳۱	۹۱/۴۹	۱۸/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱
خطا	۳۱۴/۳۱	۶۲/۵۴	۵/۰۲	-	-	-	-
گروه	۲۶۶/۵۱	۲	۱۳۳/۲۵	۲۱/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱
خطا	۲۹۱/۱۰	۴۸	۶/۰۶	-	-	-	-

فاجعه‌پنداری

ادراک طردشدگی

$p < 0/01$

گروه کنترل در فاجعه‌پنداری در مراحل زمانی سه‌گانه تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور سهمی اتا برای عامل زمان برابر با ۰/۶۸ و توان آزمون برابر با ۱ و برای عامل تعامل زمان و گروه برابر با ۰/۳۷ و ۰/۹۹ است؛ به این معنی که تحلیل واریانس انجام شده، به ترتیب ۶۸

چنانکه در جدول ۵ مشاهده می‌شود برای متغیر فاجعه‌پنداری عامل زمان ($F_{(1,14)} = 101/39, p < 0/01$) و عامل تعامل زمان و گروه ($F_{(2,28)} = 14/40, p < 0/01$) معنادارند؛ به این معنی که دست‌کم بین یکی از گروه‌های آزمایش (دو گروه درمانی) با یکدیگر یا با

درصد تفاوت در عامل زمان و ۳۷ درصد تفاوت در تعامل زمان و گروه را به ترتیب با ۱۰۰ و ۹۹ درصد توان تأیید کرده است. همچنین، عامل گروه ($p < ۰/۰۵$) $F(2)=۴/۲۵$ نیز معنادار است. مجذور سهمی اتا برای گروه برابر با ۰/۱۵ و توان آزمون برابر با ۰/۷۲ است؛ به این معنی که تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، دست کم ۱۵ درصد تفاوت را بین دو گروه درمان با یکدیگر یا با گروه کنترل با ۷۲ درصد توان آماری تأیید کرده است. برای متغیر ادراک طردشدگی عامل زمان ($F(1,30)=۵۸/۴۳$, $p < ۰/۰۱$) و عامل تعامل زمان و گروه ($F(2,31)=۱۸/۲۱$, $p < ۰/۰۱$) و معنادارند؛ به این معنی که دست کم بین یکی از گروه‌های آزمایش (دو گروه درمانی) با یکدیگر یا با گروه کنترل در ادراک

جدول ۶

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در متغیرهای فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی

Table 6

The Results of the Bonferroni Follow-up Test on the Variables of Catastrophizing and Rejection Perception

متغیر	ردیف	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
فاجعه‌پنداری	۱	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۲/۱۲	۱/۱۳	۰/۰۰۱
	۲		پیگیری	۹/۹۶	۱/۰۶	۰/۰۰۱
	۳	پس‌آزمون	پیگیری	-۲/۲۹	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	۴	گروه کنترل	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	۷/۱۴	۲/۸۴	۰/۰۴۶
	۵		درمان شفقت‌محور	۷/۲۰	۲/۸۴	۰/۰۴۴
	۶	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	درمان شفقت‌محور	۰/۰۶	۲/۸۴	۱
ادراک طردشدگی	۱	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۲۹	۰/۴۳	۰/۰۰
	۲		پیگیری	۳/۴۱	۰/۴۰	۰/۰۰۱
	۳	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۱۲	۰/۱۹	۱
	۴	گروه کنترل	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	۳/۰۲	۰/۴۹	۰/۰۰۱
	۵		درمان شفقت‌محور	۲/۵۱	۰/۴۹	۰/۰۰۱
	۶	درمان پذیرش و تعهد وجودنگر	درمان شفقت‌محور	-۰/۵۱	۰/۴۹	۱

$p < ۰/۰۱$

پس‌آزمون و پیگیری و نیز بین پس‌آزمون و پیگیری (افزایش مجدد فاجعه‌پنداری) تفاوت معناداری وجود

چنانکه در جدول ۶ مشاهده می‌شود در متغیر فاجعه‌پنداری، در عامل زمان، بین پیش‌آزمون با

دارد ($p < 0/01$). میانگین سه مرحله زمانی فاجعه‌پنداری از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش معناداری داشته است؛ ولی از مرحله پس‌آزمون به مرحله پیگیری مجدد مقداری بازگشت معنادار را داشته است ($p < 0/01$). در مقایسه سه گروه، گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور با گروه کنترل دارای تفاوت معناداری هستند؛ ولی بین دو گروه درمان تفاوت معناداری وجود ندارد. در متغیر ادراک طردشدگی، در عامل زمان، بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$)؛ ولی بین پس‌آزمون و پیگیری (پایداری نتایج از پس‌آزمون به پیگیری) تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). میانگین سه مرحله زمانی ادراک طردشدگی از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون کاهش معناداری داشته است؛ ولی از مرحله پس‌آزمون به مرحله پیگیری تغییر معناداری نداشته است ($p > 0/05$). در مقایسه سه گروه، گروه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور با گروه کنترل دارای تفاوت معناداری دارند؛ ولی بین دو گروه درمان تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر با درمان شفقت‌محور بر فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر اجرا شد. پژوهش نشان داد درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور هر دو نسبت به گروه کنترل در کاهش فاجعه‌پنداری و ادراک طردشدگی در زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر تأثیر معنادار دارند. این نتایج با پژوهش‌های محمدی و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر بهزیستی روانشناختی، پژوهش‌های

عزت‌پناه و لطیفی (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی پذیرش و تعهد و شفقت بر فاجعه‌پنداری، پژوهش دانش‌نیا و همکاران (۱۴۰۱) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه‌پنداری همسو است. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد وجودنگر یک روش درمانی مبتنی بر روانشناسی است که بر ایجاد آگاهی از تجربه‌های ذهنی و نیز قبول واقعیت‌های موجود تمرکز دارد. درمان پذیرش و تعهد وجودنگر به مضامین و مفاهیم مهمی مانند معنای درد، خلأ وجودی، زندگی و مرگ، آزادی، مسئولیت در قبال خود و دیگران، جستجوی معنا و کنار آمدن با بی‌معنایی می‌پردازد. این رویکرد افراد را وادار می‌کند تا فراتر از رویدادها و مشکلات روزمره زندگی را ببینند. درمان پذیرش و تعهد وجودنگر به مراجعان کمک می‌کند تا تمرکز خود را بر چیزهایی که از دست داده‌اند، متوقف کنند و در عوض، باوجود ناامیدی، به جستجوی معنا بپردازند؛ بنابراین، براساس منطق درمانی، زندگی همیشه معنا دارد و این بیماران در شرایط استرس‌زا بهتر می‌توانند کنار بیایند. آنچه در درمان پذیرش و تعهد وجودنگر اهمیت دارد، تأیید پتانسیل‌های منحصر به فرد انسانی است که می‌تواند تراژدی‌ها را به پیروزی‌های شخصی و موقعیت‌های ناخوشایند را به موقعیت‌های خوشایند تبدیل کند.

فرانکل معتقد است در مواجهه با موقعیت‌های تغییرناپذیر، افراد این فرصت را دارند که عمیق‌ترین و بزرگ‌ترین معنای زندگی را بیابند و در نتیجه، با شرایط استرس‌زا و ناخوشایند کنار بیایند. زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر با سطح بالای فاجعه‌پنداری، احساس آسیب‌پذیری بیشتری می‌کنند و گاهی در نتیجه این احساس رفتار دفاعی پیش می‌گیرند و حالت اجتناب در روابط و تعامل خود با دیگران به خود می‌گیرند و هیجانات خود را نمی‌پذیرند.

نداشتن هدف و معنا در زندگی است که منجر به افزایش فاجعه‌پنداری می‌شود. پذیرش و تعهد وجودنگر به مراجعان کمک می‌کند تا بتوانند با نگرشی آگاهانه به تجربه‌هایی مانند فاجعه‌پنداری روبه‌رو شوند و با آنها همراهی کنند و از این رو، موجب کاهش فاجعه‌پنداری شوند. همچنین، از طریق تعهد به ارزش‌ها و اهداف شخصیتی خود نیز می‌توانند انگیزه لازم برای تغییر و بهبود خود را به دست آورند.

یکی از ویژگی‌های افراد دارای باورهای فاجعه‌پنداری، آمیختگی شناختی است که زمانی اتفاق می‌افتد که فرد فکر می‌کند افکار خود همیشه درست است. درواقع، بسیاری از مشکلات ناشی از تمرکز بر بافت افکار افسرده‌کننده است؛ بنابراین، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر، به افکار و احساساتی می‌پردازد که منجر به رفتارهای نامطلوب آزمودنی‌ها می‌شود که باعث کاهش اعتبار و انعطاف‌پذیری آنها می‌شود؛ بنابراین، پس از فرآیند درمان گروهی، فرد متوجه می‌شود اگرچه نمی‌تواند شرایط واقعی زندگی را تغییر دهد، می‌تواند با معنابخشیدن به شیوه‌های مقابله از یأس و بی‌ثمری که یکی از مؤلفه‌های عدم سلامت روان تا شکوفایی و تعالی فردیت را تغییر دهد. در طول فرآیند، اعضای گروه این مسائل، نگرانی‌ها، ارزش‌ها و دیدگاه‌ها را درباره خود و زندگی‌شان شناسایی و بررسی می‌کنند تا نگرش‌ها، جهان‌بینی‌ها و ارزش‌های خلاقانه متناسب با موقعیت خود را ارائه دهند. همچنین، در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر ادراک طردشدگی می‌توان گفت درمان پذیرش و تعهد وجودنگراز طریق آموزش آگاهی شناختی، پذیرش روانی، جداسازی شناختی، گسلش شناختی، روشن‌سازی ارزش‌ها و ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه باعث انعطاف‌پذیری روانی می‌شود (محمدی و همکاران،

۱۴۰۰). پس در این نوع درمان، هدف اصلی ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی، یعنی انتخاب عملی از میان مناسب‌ترین گزینه‌ها به جای پرهیز از افکار، احساسات، خاطرات و خواسته‌های مزاحم است (Dindo et al., 2017)؛ از این رو، درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا تجربیات مراجع بیان شوند و آگاهی مراجع از موقعیت‌های زندگی خود افزایش یابد و حس طردشدگی وی کاهش یابد. شفقت به خود مستلزم سه مؤلفه تعاملی اساسی است. مهربانی با خود در مقابل خودقضاوتی، انسانیت مشترک در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل شناسایی بیش از حد. مهربانی با خود توانایی گرم و همدردی با خود در هنگام رنج است و سعی در تسکین درد آنها به جای داشتن نگرش عصبانی و خشمگین است. درواقع این رویکرد به درک این موضوع اشاره دارد که فرد در این مشکل تنها نیست. شرایطی که یک فرد تجربه می‌کند، هر چقدر هم که دردناک باشد، باز هم بخشی از طبیعت انسان است و ما نباید او را از اجتماع جدا کنیم (Gilbert, 2020).

همچنین، در تبیین نتایج به‌دست‌آمده درباره اثربخشی درمان شفقت‌محور بر فاجعه‌پنداری می‌توان بیان کرد زنان آسیب‌دیده از پیمان‌شکنی همسر فاجعه‌پنداری‌های متعددی را تجربه می‌کنند؛ از این رو، تمرینات شفقت به افراد کمک می‌کند تا بفهمند از دیدگاه‌های مختلف دارای پتانسیل بسیاری هستند که بخشی از وجود آنهاست و هویتی است که از جنبه انگیزشی یا هیجانی با آن شناخته می‌شوند. شفقت به خود به جای انتقادکردن و سرزنش‌کردن خود یا نادیده گرفتن درد و احساسات منفی، شامل مهربان‌بودن، گرم‌بودن و درک با خود در هنگام رنج، شکست یا احساس ناکافی‌بودن است و درنهایت شفقت به خود موجب کاهش فاجعه‌پنداری فرد می‌شود. در تبیین

نتایج به دست آمده درباره اثربخشی درمان شفقت محور بر ادراک طردشدگی زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر می توان بیان کرد شفقت به خود با کنترل واکنش افراد به رویدادهای استرسزا و ناخوشایند، تاب آوری را افزایش می دهد و باعث کاهش ادراک طردشدگی در افراد می شود. تمرین های انجام شده بر شفقت، بر پایه مشترک بنا می شوند و اثر انباشتگی دارند؛ برای مثال، در مدت زمان نگارش مشفقانه (نوشتن نامه مشفقانه) از ریتم استفاده از تسکین استفاده می شود یا از تصویرسازی استفاده می شود که این تمرین باعث بهبود تفکر و راهکارهای مشفقانه می شود. چنین استدلال می کند که برای مشاهده آثار درمان بر شفقت، گذشت زمان (اثر انباشتگی)، مداخله گر بسیار مهمی است که اثرگذاری این درمان را تحت تأثیر قرار می دهد (Gilbert & Kirby, 2019). با توجه به موارد اشاره شده، درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت محور دارای فرایندهای مشابهی در اثربخشی درمانی برای زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر دارند. به عبارت دیگر، ویژگی ها، خواستگاه ها و سودمندی های مشترکی بین هر دو روش درمانی وجود دارد؛ بنابراین، می توان تأثیرگذاری یکسان درمان های پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت محور بر کاهش فاجعه پنداری و ادراک طردشدگی در زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر را توجیه کرد. در نهایت، می توان اشاره کرد درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت محور در کاهش ادراک طردشدگی و فاجعه پنداری در زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر اثربخش است.

از جمله محدودیت های پژوهش حاضر، دسترسی دشوار به جامعه آماری و نمونه گیری دردسترس و نیز نوع پژوهش آزمایشی است که محدودیت هایی را در زمینه تعمیم و تفسیر متغیرها مطرح می کند و عدم

مقایسه درمان پذیرش و تعهد وجودنگر با درمان های دیگر، محدود بودن نمونه به زنان آسیب دیده از پیمان شکنی همسر مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان و همچنین، استفاده از پرسشنامه های خودگزارشی برای سنجش فاجعه پنداری و ادراک طردشدگی که اطلاعات سطحی ایجاد می کنند و ممکن است با مطلوب نمایی اجتماعی همراه باشند، محدودیت های دیگر این پژوهش بودند؛ بنابراین، پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی اثربخشی این درمان در مقایسه با درمان های دیگر و گروه های بالینی دیگر و در شهرهای مختلف بررسی شود. در سطح کاربردی نیز پیشنهاد می شود با توجه به تأثیر یکسان درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت محور، بستر لازم برای اجرای این درمان ها در مراکز مشاوره و روانشناسی ایجاد شود.

سیاسگزاری

از کلیه بانوان شرکت کننده که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی به عمل می آید. شایان ذکر است مقاله بدون حمایت مالی نگاشته شده است.

منابع

عزت پناه، ف.، و لطیفی، ز. (۱۳۹۸). اثربخشی آموزش مبتنی بر پذیرش، تعهد و شفقت بر فاجعه پنداری درد، تحمل پریشانی و رشد پس از سانحه بیماران مبتلا به سندرم فیبرومیالژیا. *روانشناسی سلامت*، ۸(۳۲)، ۱۴۲-۱۲۷.

<https://doi.org/10.30473/hpj.2020.43700.4227>

دانش نیا، ف.، داودی، ح.، تقوایی، د.، و حیدری، ح. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فاجعه پنداری درد و نگرانی از تصویر بدنی در زنان مبتلا به سرطان پستان. *فصلنامه روان شناسی تحلیلی شناختی*، ۱۱(۴۳)، ۱-۱۲.

- with migraine. *Neurología (English Edition)*, 36(1), 24-28.
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.10.005>
- Arantes, J., Barros, F., & Oliveira, H. M. (2020). Extradysocial behaviors and gender: How do they relate with sexual desire, relationship quality, and attractiveness. *Frontiers in Psychology*, 10, 2554. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.02554>
- Bendixen, M., Kennair, L. E. O., & Grøntvedt, T. V. (2018). Forgiving the unforgivable: Couples' forgiveness and expected forgiveness of emotional and sexual infidelity from an error management theory perspective. *Evolutionary Behavioral Sciences*, 12(4), 322. <https://doi.org/10.1037/ebs0000110>
- Bozoyan, C., & Schmiedeberg, C. (2022). What is Infidelity? A Vignette Study on Norms and Attitudes toward Infidelity. *The Journal of Sex Research*, 60(8), 1-10. <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2104194>
- Brown, L., Houston, E. E., Amonoo, H. L., and Bryant, C. (2021). Is self-compassion associated with sleep quality? A Meta-Analysis. *Mindfulness* 12, 82-91. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01498-0>
- Chen, J., You, H., Liu, Y., Kong, Q., Lei, A., & Guo, X. (2021). Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. *Medicine*, 100(1) e24264. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000024264>
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 263, 107-120. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.154>
- Daneshnia, F., Davodi, H., Taghvaei, D., & Heidari, H. (2020). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Psychological distress and Sleep problems in the Women with Breast Cancer. *Medical journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 63(6), 3066-3077. DOI: [20.1001.1.28222/476.1399.11.43.1.9](https://doi.org/10.28222/476.1399.11.43.1.9) . [In persian].
- Davoodi, I., Zargar, Y., Mozafari Pour, E., Nargesi, F., & Mola, K. (2012). The <https://sanad.iau.ir/journal/psy/Article/679422?jid=679422>
 داودی، ا.، زرگر، ی.، مظفری پور سی سخت، ا.، نرگسی، ف.، و مولا، ک. (۱۳۹۱). رابطه فاجعه‌سازی درد، اضطراب درد، روان‌رنجورخویی، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله با ناتوانی عملکردی در بیماران روماتیسمی. *روانشناسی سلامت*، ۱۱(۱)، ۵۴-۶۷. <https://dori.net/dor/20.1001.1.23221283.1391.1.1.5.2>
 رجبی، ا.، کاظمیان، س.، و اسمعیلی، م. (۱۳۹۴). پیش‌بینی ادراک‌پردشدگی براساس طرحواره‌های ناسازگاری اولیه در سالمندان فعال و غیرفعال. *فصلنامه پرستاری سالمندان*، ۲(۲)، ۸۳-۸۴
<http://jgn.medilam.ac.ir/article-1-144-fa.html> ۷۱
 محمدی، ز.، آتش‌پور، ح.، و گل‌پرور، م. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شفقت‌محور و درمان پذیرش و تعهد وجودنگر بر تحول مثبت نوجوانی در دختران نوجوان افسرده. *طب پیشگیری*، ۸(۳)، ۸۹-۸۰. <http://jpm.hums.ac.ir/article-1-553-fa.html>
 محمدی، ز.، آتش‌پور، ح.، و گل‌پرور، م. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد وجودنگر و درمان شفقت‌محور بر سرمایه روان‌شناختی و شفقت به خود. *پژوهش‌نامه روانشناسی مثبت*، ۸(۳)، ۱۲۰-۹۹. DOI: [20.1001.1.24764/248.1401.8.3.4.1](https://doi.org/10.24764/248.1401.8.3.4.1)
 نیک‌نژادی، م.، سجادیان، ا.، و منشئی، غ. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر خودکنترلی و صمیمیت زنان آسیب‌دیده از ترومای پیمان‌شکنی همسر. *خانواده درمانی کاربردی*، ۴(۲)، ۴۶-۲۹. DOI: [10.22034/AFTJ.2023.331859.1431](https://doi.org/10.22034/AFTJ.2023.331859.1431)
 رنجبرکهن، ز.، و نوری، ح. (۱۳۹۵). *مبانی نظری و اصول درمان شفقت‌محور*. نشر نهر.

References

- Alvarez-Astorga, A., García-Azorín, D., Hernández, M., de la Red, H., Sotelo, E., Uribe, F., & Guerrero, A. L. (2021). Pain catastrophising in a population of patients

- with chronic lymphedema: a cross-sectional study. *Supportive Care in Cancer*, 30(5), 4099-4108. <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06855-4>
- Kessler, S. E. (2020). Why care: complex evolutionary history of human healthcare networks. *Frontier Psychology*, 11, 199. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00199>
- Leaviss, J., & Uttley, L. (2015). Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: An early systematic review. *Psychological medicine*, 45(5), 927-945. <https://doi.org/10.1017/s0033291714002141>
- MacDonald, G., & Leary, M. R. (2005). Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. *Psychological Bulletin*, 131(2), 202. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.202>
- Marsh, I. C., Chan, S. W. Y., and MacBeth, A. (2018). Self-compassion and psychological distress in adolescents-a meta-analysis. *Mindfulness* 9, 1011-1027. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>
- Meyer, K., Sprott, H., & Mannion, A. F. (2008). Cross-cultural adaptation, reliability, and validity of the German version of the Pain Catastrophizing Scale. *Journal of psychosomatic research*, 64(5), 469-478. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2007.12.004>
- Mohammadi, Z., Atashpour, S. H., & Golparvar, M. (2021). Comparison of the effectiveness of compassion-focused therapy and existentialism acceptance and commitment therapy on positive youth development in depressed adolescent girls. *Journal of Preventive Medicine*, 8(3), 80-89. DOI: 10.52547/jpm.8.3.80 [In persian].
- Mohammadi, Z., Atashpour, S. H., & Golparvar, M. (2022). Differential effects of existentialism acceptance and commitment therapy and compassion-focused therapy on psychological capital and self-compassion. *Positive Psychology Research*, 8(3), 99-120. DOI:10.1001.1.24764248.1401.8.3.4.1 [In persian].
- Niknezhadi, M., Sajjadian, I., & Manshaee, G. (2023). The effectiveness of emotion efficacy therapy on self-control and Intimacy of women Injured by trauma husband's infidelity. *Journal of Applied Family Therapy*, 4(2), 29-46.
- relationship between pain catastrophizing, social support, pain-related anxiety, coping strategies and neuroticism, with functional disability in rheumatic patients. *Health Psychology*, 1(1), 54-67. DOI:10.1001.1.23221283.1391.1.1.5.2
- Dindo, L., Van Liew, J. R., & Arch, J. J. (2017). Acceptance and Commitment Therapy: A Transdiagnostic Behavioral Intervention for Mental Health and Medical Conditions. *Neurotherapeutics: the Journal of the American Society for Experimental Neurotherapeutics*, 14(3), 546-553. <https://doi.org/10.1007/s13311-017-0521-3>
- EzzatPanah, F., & Latifi, Z. (2020). Effectiveness training based on acceptance, commitment and compassion on pain catastrophizing, distress tolerance and post traumatic growth in patients with fibromyalgia syndrome. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 8(32), 127-142. <https://doi.org/10.30473/hpj.2020.43700.4227> [In persian].
- Ferrari, M., Ciarrochi, J., Yap, K., Sahdra, B., and Hayes, S. C. (2022). Embracing the complexity of our inner worlds: Understanding the dynamics of self-compassion and self-criticism. *Mindfulness* 13, 1652-1661. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01897-5>
- Gilbert, P. (2020). Compassion: From its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 11, 3123. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.586161>
- Gilbert, P., & Kirby, J. N. (2019). Building an integrative science for psychotherapy for the 21st century: Preface and introduction. *Psychology and Psychotherapy*, 92(2), 151-163. <https://doi.org/10.1111/papt.12225>
- Gilbert, P., & Simos, G. (eds) (2022). *Compassion Focused Therapy: Clinical Practice and Applications*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003035879>
- Hirata, J., Tomiyama, M., Koike, Y., Yoshimura, M., & Inoue, K. (2021). Relationship between pain intensity, pain catastrophizing, and self-efficacy in patients with frozen shoulder: a cross-sectional study. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 16, 1-6. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-154419/v1>
- Huang, Z., & Wu, S. (2022). Acceptance of disability, coping style, perceived social support and quality of life among patients

- Spinelli, E. (2014). An existential challenge to some dominant perspectives in the practice of contemporary counselling psychology. *Counselling Psychology Review*, 29(2), 7-14. DOI:10.53841/bpscp.2014.29.2.7
- Sullivan, M. J., Bishop, S. R., & Pivik, J. (1995). The pain catastrophizing scale: development and validation. *Psychological assessment*, 7(4), 524. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1040-3590.7.4.524>
- Van Deurzen, E., Craig, E., Längle, A., Schneider, K. J., Tantam, D., & du Plock, S. (2019). *The Wiley World Handbook of Existential Therapy*. Wiley. DOI:10.1002/9781119167198
- Warach, B., & Josephs, L. (2019). The Aftershocks of Infidelity: A Review of Infidelitybased Attachment Trauma. *Sex & Relationship Therapy*, 27(12), 85-97. <https://doi.org/10.1080/14681994.2019.1577961>
- Wong, M. Y. C., Chung, P.-K., and Leung, K.-M. (2021). The relationship between physical activity and self-compassion: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness* 12, 547-563. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01513-4>
- Zhang, P., Zhu, M., Hu, J., and Gao, X. (2023). Close and distant relationships exclusion: a study of individual coping tendencies towards excluder and non-excluder. *Current Psychology*, 42, 32284-32298. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-04203-7>
- Ziaee, A., Nejat, H., Amarghan, H. A., & Fariborzi, E. (2022). Existential therapy versus acceptance and commitment therapy for feelings of loneliness and irrational beliefs in male prisoners. *European Journal of Translational Myology*, 32(1), e. DOI: 10.4081/ejtm.2022.102171 DOI:10.22034/AFTJ.2023.331859.1431 [In persian].
- Penhaligon, N. L., Louis, W. R., & Restubog, S. L. D. (2009). Emotional anguish at work: The mediating role of perceived rejection on workgroup mistreatment and affective outcomes. *Journal of Occupational Health Psychology*, 14(1), 34-45. <https://doi.org/10.1037/a0013288>
- Petrini, L., & Arendt-Nielsen, L. (2020). Understanding pain catastrophizing: putting pieces together. *Frontiers in Psychology*, 11, 603420. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.603420>
- Rajabi, A., Kazemian, S., & Esmaeli, M. (2016). Prediction of perceived rejection based on early maladaptive Schema at active and inactive elderly. *Journal of Geriatric Nursing*, 2(2), 71-83. <http://jgn.medilam.ac.ir/article-1-144-fa.html> [In Persian].
- Ramsey-Wade, C. (2015). Acceptance and commitment therapy: An existential approach to therapy?. *Existential Analysis*, 26(2), 1-12. <https://uwe-repository.worktribe.com/output/832104>
- Ranjbarkohan Z, Nouri H. (2017). *Theoretical foundations and principles of compassionfocused therapy*. Nahr Publication. [In Persian].
- Ren, D., Wesselmann, E. D., & Williams, K. D. (2018). Hurt people hurt people: Ostracism and aggression. *Current Opinion in Psychology*, 19, 34-38. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.026>
- Sianturi, R., Keliat, B.A., & Wardani, I.Y. (2018). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermera Clinica*, 28, 94-97. [https://doi.org/10.1016/S1130-8621\(18\)30045-7](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(18)30045-7)