

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در سازگاری اجتماعی، روان آشفتگی و خودگسستگی مبتلایان به اختلال ترنس سکشوال

پروین همت افزا^۱

فیروزه سپهریان^۲

اسماعیل سلیمانی^۳

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان ACT در سازگاری اجتماعی، روان آشفتگی و خودگسستگی مبتلایان به اختلال ترنس سکشوال انجام گرفت و از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی می‌باشد. نمونه پژوهشی در این بررسی شامل ۳۰ نفر از مبتلایان به اختلال ترنس سکشوال شناسایی شده در سازمان بهزیستی خراسان شمالی می‌باشد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. داده‌های تحقیق از طریق پرسشنامه‌های سلامت روان SCL-۲۵، پرسشنامه خودگسستگی صادق زاده و همکاران (۱۳۸۵) و پرسشنامه‌ی سازگاری اجتماعی بل (۱۹۶۱) جمع‌آوری گردید. یافته‌های پژوهش با استفاده از نرم افزار آماری SPSS و آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به صورت معناداری منجر به ارتقای سازگاری اجتماعی و روان آشفتگی و کاهش خودگسستگی مبتلایان به اختلال ترنس سکشوال گردید ($P < 0/01$). با توجه به یافته‌های حاصله می‌توان گفت که بهره‌گیری از درمان‌های جدید در حوزه روان درمانی و مشاوره نظیر درمان ACT در کنار سایر عوامل روانشناختی و فرهنگی - اجتماعی، می‌تواند در بهبود وضعیت روانی مبتلایان به اختلال ترنس سکشوال اثرگذار باشد لذا با توجه به مشکلات ویژه این افراد در جامعه ایران توجه به بهره‌گیری از این درمان‌ها در میان آنها از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است.

واژگان کلیدی

درمان ACT، سازگاری اجتماعی، روان آشفتگی، خودگسستگی، اختلال ترنس سکشوال.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، دانشکده روانشناسی، دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

Email: nadernasom@gmail.com

Email: F.sepehrianazar@urmia.ac.ir

Email: E.soleimani@urmia.ac.ir

۲. استاد گروه روانشناسی دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

۳. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه ارومیه، ارومیه، ایران.

پذیرش نهایی: ۱۳۹۷/۶/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۳/۲۰

طرح مسأله

هویت جنسی^۱ به مثابه بنیادیترین عنصر هویتی از آغاز تا پایان زندگی همراه انسان است و از طریق فرایند جامعه پذیری در انسان ایجاد می شود (جواهری و حسین زاده، ۱۳۹۰). اما گاه در این مسیر اختلالاتی به وجود می آید و در یکی از موارد شایع این اختلالات، فرد از نظر زیستی ویژگی های یک جنس خاص را داراست اما از جهت روحی و روانی خود را به آن جنسیت متعلق نمیداند (سگلی^۲، ۲۰۰۰؛ هیلنس، ایلاوت، کریوکلس، پاپ، کرونکا، ریچارد-آپلیت و دی گایپر^۳، ۲۰۱۴). این افراد که با مفاهیمی همچون ترنس سکشوال^۴ یا تراجنسیتی شناخته می شوند آن دسته از افرادی هستند که بین جنس و جنسیت^۵ خود دچار تعارض شدید هستند (انجمن روانشناسی آمریکا^۶، ۲۰۱۴). عوامل متعددی از جمله برخی نارسایی های هورمونی، ویژگی های روحی- روانی و تربیتی در شکل گیری اختلال ترنس سکشوال اثرگذار هستند (فیسنر، درویسیچ، کاسیدوا، دنجی، بوخیمر و ساویچ^۷، ۲۰۱۶؛ فیشر، کاستلین، ریسنوری، کاسل، کسپولی، سنسی و دیتوره^۸، ۲۰۱۶). هرچند آمار دقیقی از مبتلایان به این اختلال در جهان وجود ندارد اما محققین معتقدند از هر ۱۰۰ هزار تولد ۱ تا ۳ نوزاد ترنس سکشوال هستند (هیلنس و همکاران، ۲۰۱۴). در ایران نیز آمار رسمی از این افراد در دسترس نیست اما در آخرین مصاحبه مسئولین بهزیستی در این خصوص، آمار ترنس سکشوال های ایران را جمعیتی بین ۱۲۰ تا ۱۵۰ هزار نفر اعلام کرده اند (ایسکانیوز^۹، ۱۳۹۵). بهرحال فارغ از میزان و شیوع این اختلال، افراد ترنس سکشوال با عوارض روانی- اجتماعی عدیده ای روبهرو هستند. در این رابطه نتایج پژوهش های هیلنس و همکاران (۲۰۱۴) حاکی از این است که اختلال ترنس سکشوال تأثیر زیادی بر بروز اختلالات اضطرابی و اختلالات خلقی دارد. افراد مبتلا به این اختلال، شدیداً احساس پریشانی میکنند و معمولاً در عملکرد اجتماعی، شغلی و سایر زمینه های شخصی، مشکلات سازگاری دارند (واثق رحیم پرور، سادات موسوی، رئیسی، خدابنده و بحرانی، ۱۳۹۲). نتایج پژوهشی به اتفاق حاکی از اثرات سوء این اختلال در حوزه های مختلف زندگی روانی- اجتماعی افراد مبتلا است (اسمیت،

1. Gender identity
2. Ceglie, D. D.
3. Heylens, Elaut, Kreukels, Paap, Cerwenka, Richter-Appelt, De Cuypere, G.
4. Transsexual
5. Sex & Gender
6. American Psychological Association
7. Feusner, Dervisic, Kosidou, Dhejne, Bookheimer, & Savic.
8. Fisher, Castellini, Ristori, Casale, Cassioli, Sensi, & Dèttore.
9. <http://www.iscanews.ir/>

جانگر، درنتل و هابل^۱، ۲۰۱۵). گرین^۲ (۲۰۰۹) نیز در این رابطه نشان داد که این اختلال موجب پریشانی یا اختلال اساسی در کارکرد اجتماعی، شغلی و سایر زمینه‌های مهم میشوند و میتوانند زمینه‌ساز رفتارهای پرخطر جنسی باشند. چنانکه ذکر شد افراد ترنس سکشوال احتمالاً در سازه‌های مختلف روانی و اجتماعی دچار مشکل می‌شوند که از آن جمله می‌توان به سازگاری اجتماعی^۳، خودگسستگی^۴ و روان آشفتگی اشاره خواهد شد.

یکی از ابعاد زندگی انسان بعد اجتماعی و یکی از شاخصه‌های مهم این بعد سازگاری اجتماعی است (کولایتیس، گیاناکوپولوس، توماراس، کریستوگئورگوس، پومینی، لایو-لیگنوس و تروول^۵، ۲۰۱۴). سازگاری اجتماعی به معنای سازش شخص با محیط اجتماعی است که این سازگاری میتواند به‌وسیله وفق دادن خود با محیط یا تغییر محیط اطراف برای رفع نیازها و رسیدن به مطلوب ایجاد شود. شرط بقای زندگی انسان جنبه اجتماعی آن است (عدلی، حیدری، زارعی و صادقی فرد، ۲۰۱۳؛ ترابی، مندمی و گرامی زاده شیرازی، ۱۳۹۴). سازگاری اجتماعی نیز از جمله عواملی است که در اثر اختلالات روانی (نظیر اختلال ترنس سکشوال) دستخوش تغییر و تحول می‌شود. اتنر و وایل^۶ (۲۰۱۳) در پژوهشی در این رابطه بیان میدارند که افراد ترنس سکشوال نسبت به سایرین در ابعاد سازگاری روانی و اجتماعی مشکلات عدیده‌ای را تجربه می‌کنند و بیان می‌دارند بزرگسالان دچار این اختلال دارای بحران بزرگی در سازگاری اجتماعی هستند. باکتینگ، کلمن، دئوش، گایلامون، مییر، مییر و اتنر^۷ (۲۰۱۶) نیز با بررسی کیفیت زندگی افراد ترنس سکشوال دریافته‌اند که این افراد در حوزه سازگاری اجتماعی نسبت در مقایسه با افراد عادی سرخورده و ضعیف هستند. بنابراین با توجه اینکه مشکلات سازگاری اجتماعی میتواند روی تعهدات فردی و اجتماعی تاثیر بگذارد و موجب مشکلاتی در سلامت فردی و اجتماعی شود. بنابراین بررسی این مسئله در میان افراد ترنس سکشوال ضروری به نظر می‌رسد. درحقیقت زمانی که روابط اجتماعی گسسته شود، توانایی تنظیم و مدیریت رفتار نیز از بین میرود. کمبود یا نبود روابط اجتماعی که در نتیجه سازگاری اجتماعی نامطلوب رخ میدهد، میتواند روی انگیزه و سلامت روان فرد تأثیر منفی بگذارد (گئورگ و اکیانگ^۸، ۲۰۱۲) و موجب عملکرد روانی

1. Smith, Junger, Derntl, Habel.

2. Green, R.

3. social adjustment

4. self-discrepancy

5. Kolaitis, Giannakopoulos, Tomaras, Christogiorgos, Pomini, Layiou-Lignos & Trowell.

6. Ettner, R., & Wylie, K.

7. Bockting, Coleman, Deutsch, Guillamon, Meyer, Meyer & Ettner

8. George & Ukpong.

ضعیف مانند احساس گناه، خودپنداره منفی، ناامیدی، عزت نفس پایین، انزوا و رضایت مندی پایین از زندگی شود (امرسون و لیولین^۱، ۲۰۰۸).

خودگسستگی نی زاز جمله سازه‌های مهمی است که اثرات بالایی که در وضعیت بهزیستی روانشناختی^۲ و سلامت روان افراد دارد (سولومون-کاراکاس^۳، سایبستون^۴، برانت^۵، کاستونگوای^۶، ماکسیمووا^۷ و هندرسون^۸، ۲۰۱۶)، می‌تواند منجر به کاهش سازگاری روانی افراد ترنس سکشوال شوند و بدیهی است که باید مورد توجه و امان نظر قرار گیرد. خودگسستگی زمانی در فرد به وجود می‌آید که یافته‌های فرد از شرایط پیرامونش متناقض و در تعارض با یکدیگر باشند و در این شرایط شخصیت منسجم فرد در معرض تهدید و زوال قرار می‌گیرد. هیگینز^۹ از نظریه پردازان مشهور در زمینه خود و به خصوص خودگسستگی است. وی خود را به سه دسته تقسیم می‌کند که شامل خود واقعی، خود ایده آل و خود بایسته می‌باشد. خود واقعی، خصیصه‌ای است که شخص خاصی (مثل خودتان یا دیگری) معتقد است در شما وجود دارد. خود ایده آل در برگیرنده آرزوها و امیدهای فرد می‌باشد و خود بایسته شامل همان وجدان و وظایفی می‌گردد که فرد نسبت به آنها احساس مسئولیت می‌کند. وی گسستگی و اختلاف بین این سه حالت خود را تحت عنوان خودگسستگی معرفی می‌کند. معتقد است که خودگسستگی از عوامل متعددی نظیر مسائل فردی و درونی، خانوادگی و اجتماعی تأثیر می‌پذیرد (هیگینز، ۱۹۹۸؛ هیگینز، تیکوینسکی و ووکلس^{۱۰}، ۲۰۱۳) و به نظر می‌رسد که این وضعیت در افراد ترنس سکشوال در حالت نامطلوبی قرار داشته باشد.

روان‌آشفستگی نیز از جمله سازه‌هایی است که از دیرباز مورد توجه روانشناسان و محققین قرار گرفته است. روان‌آشفستگی به معنای عملکرد نامطلوب روانی و در هم ریخته روانی است که در اثر آسیب‌های روانی-اجتماعی و خانوادگی در فرد ایجاد می‌شود (پتیت^{۱۱}، ۲۰۱۶). روان‌آشفستگی در اثر اختلالات روانی جنسی و از جمله اختلال ترنس سکشوال، افزایش می‌یابد

-
1. Emerson & Liewellyn.
 2. Psychological Well-being
 3. Solomon-Krakus, S.
 4. Sabiston, C. M.
 5. Brunet, J.
 6. Castonguay, A. L.
 7. Maximova, K.
 8. Henderson, M.
 9. Higgins
 10. Higgins, Tykocinski & Vookles,
 11. Petit

(کولیزی، کاستا و تودرلو^۱، ۲۰۱۴) و منجر به پایین آمدن وضعیت سلامت فرد می شود. درواقع پژوهش های متعددی که در بررسی پیامدهای اختلال ترنس سکشوال انجام گرفته است، به پیامدهای روانی این اختلال، مانند روان آسختگی اشاره کرده اند. گورن، سانگکایو و گیلتهای^۲ (۲۰۱۳) در این رابطه اذعان می دارند که افراد ترنس سکشوال مشکلات عدیده روانی و از جمله آسختگی های روانی مزمنی را در طول زمان تجربه می کنند. کولمن، بوکتینگ، باتزر، کوهن-کتینز، دیکایپر، فیلمدن و مانستری^۳ (۲۰۱۲) ضمن بررسی و اذعان به آسختگی های روانی متعدد این افراد، استانداردهایی را برای ارتقای سلامت روان این افراد طراحی کردند.

از دیگر سو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴ (ACT) از جمله درمان هایی که اخیراً مورد توجه مشاورین و روانشناسان قرار گرفته است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی رفتاری سنتی متفاوت است. هدف اصلی این درمان ایجاد انعطاف پذیری روانی است، یعنی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه های مختلف که متناسب تر باشد، نه اینکه عملی صرفاً جهت اجتناب از افکار، احساسات، خاطره ها یا تمایلات آشفته ساز انجام شود (فورمن و هربارت^۵، ۲۰۰۸). در مطالعه حاضر انتخاب روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به چند دلیل صورت گرفت. اول اینکه فنل و اندرسون (۲۰۰۴) اشاره میکنند که برای اجرا و تداوم خود مراقبتی در اختلالات، بیمار باید بین منابع، ارزشها، اولویتهای جسمی و روانی آشتی ایجاد کند و این مساله با تاکید بر شناخت ارزشها و پایبندی به آنها در جهت درمان در مداخله مبنی بر پذیرش و تعهد همخوانی دارد. دوماً علیرغم نقش چشمگیر عوامل زمینه های در اختلال ترنس سکشوال در بسیاری از مداخلات روانشناختی به نقش عوامل زمینه های بیماری توجهی نمیشود، در حالی که بافت شناسی اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را تشکیل میدهد. سوم اینکه عنوان میشود در بیماران مبتلا به اختلال ترنس سکشوال اجتناب از درمان و عدم پایبندی به درمان به وفور مشاهده میشود که این مساله کانون توجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (براون، گلندنینگ، هون و جان^۶، ۲۰۱۶). بررسی پیشینه پژوهشی حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش علائم روانشناختی مانند استرس، اضطراب، افسردگی، و احساس گناه و افزایش کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی و خودکارآمدی بیماران بوده است. ضمناً، تغییراتی نیز در مهارت های مقابله ای بیماران ایجاد نموده است (لیوهیم، هایس، قادری، مگناسدوتیر، هاگفلدت، رووزی

1. Colizzi, Costa & Todarello.
2. Gooren, Sungkaew & Giltay.
3. Coleman, Bockting, Botzer, Cohen-Kettenis, DeCuyper, Feldman & Monstrey.
4. Acceptance and Commitment Therapy
5. Forman & Herbert.
6. Brown, Glendenning, Hoon, John.

و تنگستروم^۱، ۲۰۱۵؛ براون و همکاران، ۲۰۱۶؛ النبرگ، فینک، جانسن، ریف و فروستولم^۲، ۲۰۱۶؛ شایقیان، امیری، آگیلاروفایی و بشارت، ۱۳۹۴). با توجه به اینکه درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش اثربخشی بالایی را گزارش کرده است و از سوی دیگر هیچگاه در جمعیت افراد مبتلا به اختلال ترنس مورد استفاده قرار نگرفته است، انجام این درمان در میان جمعیت مذکور ضروری به نظر می‌رسد. بنابراین با مقدمه‌ای که ذکر شد پژوهش حاضر درصدد است تا به بررسی این سوال بپردازد که آیا درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش اثربخشی معناداری بر سازگاری اجتماعی، روان گسستگی و روان آشفتگی در میان افراد مبتلا به ترنس سکشوال موثر است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر در بخش اول از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل است. با توجه به اصول اخلاقی این طرح تحقیقاتی تمامی افراد شرکت داده شده دارای کد بودند و اطلاعات شخصی افراد محرمانه بود. همچنین تمامی افراد با آگاهی کامل و با تکمیل رضایت‌نامه وارد تحقیق گردیدند. جامعه‌ی آماری این تحقیق کلیه افراد مبتلا به اختلال ترنس سکشوال را شامل می‌باشد که از اردیبهشت سال ۹۴ در سازمان بهزیستی خراسان شمالی مورد شناسایی قرار گرفته و به این سازمان مراجعه کرده‌اند. نمونه مورد مطالعه این پژوهش شامل ۳۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. برای انجام پژوهش حاضر ابتدا لیست کلیه افراد مبتلا به اختلال ترنس سکشوال از سازمان بهزیستی استان خراسان شمالی تهیه شده و در مرحله اول ۸۰ نفر از آنان (که حاضر به همکاری بودند) انتخاب شده و پرسشنامه‌های تحقیق را تکمیل نمودند و همچنین برای گروه افراد عادی غیرمبتلا به اختلال ترنس سکشوال، متناسب با وضعیت خانوادگی، اقتصادی و سواد گروه مبتلا، دو گروه هم‌تا (هر گروه ۱۵ نفر) انتخاب و در گروه‌های آزمایش و گواه قرار داده شدند.

روش تحلیل داده‌ها

در انجام اعمال آماری، ابتدا برای توصیف داده‌ها از میانگین، انحراف معیار واریانس استفاده شد و برای استنباط داده‌ها، ابتدا نرمال بودن توزیع نمرات از طریق آزمون کولموگروف - اسمیرنوف بررسی شده و پس از بررسی پیشفرضهای تحلیل کواریانس بررسی شده و به‌منظور استنباط داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس یک و چندمتغیری برای آزمون فرضیه‌ها و کنترل اثر پیش‌آزمون مورد استفاده قرار گرفت. تمام مراحل تجزیه و تحلیل داده‌ها با نرم افزار SPSS-20 انجام شد.

1. Livheim, Hayes, Ghaderi, Magnusdottir, Högfeldt, Rowse, & Tengström.

2. Eilenberg, Fink, Jensen, Rief & Frostholm.

ابزار گردآوری داده ها

پرسشنامه سازگاری اجتماعی بل (BAI): پرسشنامه سازگاری در سال ۱۹۶۱ توسط پروفیسور بل تدوین شد. وی در زمینه سازگاری، دو پرسشنامه ارائه کرده است که یکی مربوط به دانش آموزان و دانشجویان است و دیگری مربوط به بزرگسالان. پرسشنامه بل در سال ۱۳۶۵ توسط سیمون، در ایران هنجاریابی و در سال ۱۳۷۲ توسط دکتر دلاور از ۱۶۰ سؤال به ۴۵ سؤال تقلیل و برای جانبازان اجرا شده است، این پرسشنامه به صورت صفر و یک (خیر و بلی) نمره گذاری و دارای ۱۶۰ ماده می باشد، اعتبار هر یک از پنج بعد پرسشنامه و کل نمرات آن به روش همبستگی اسپیرمن براون شامل: سازگاری در خانه ۰/۹۱، سازگاری تندرستی ۰/۸۱، سازگاری اجتماعی ۰/۸۸، سازگاری عاطفی ۰/۹۱، سازگاری شغل ۰/۸۵، وکل: ۰/۹۴ می باشد. در ایران نیز تعدادی از پژوهشگران از آن استفاده کرده اند و اغلب پایایی و روایی مطلوبی را برای آن گزارش نموده اند، ضریب پایایی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ گزارش شده است (آشتیانی و داستانی، ۱۳۸۸). در این پژوهش از مقیاس سازگاری اجتماعی و عاطفی استفاده شده است. سؤال ها: سازگاری در خانه (بلی: ۱-۱۱-۱۶-۲۲-۲۵-۳۱-۴۰-۵۱-۵۵-۶۷-۷۱-۷۵-۸۱-۸۵-۹۱-۹۶-۱۰۱-۱۱۱-۱۱۶-۱۲۱-۱۲۷-۱۳۱-۱۳۷-۱۴۲-۱۴۷-۱۵۱-۱۵۷ و خیر: ۷-۳۵-۴۶-۶۲-۱۰۶)؛ سازگاری بهداشتی (بلی: ۳-۶-۱۳-۱۹-۲۴-۲۷-۳۳-۳۸-۴۲-۴۸-۵۳-۵۷-۶۱-۶۶-۷۳-۷۸-۸۴-۸۸-۹۳-۹۷-۱۰۳-۱۰۸-۱۱۳-۱۱۷-۱۲۲-۱۲۶-۱۳۳-۱۳۶-۱۴۱-۱۴۶-۱۵۲-۱۵۶ و خیر: -)؛ سازگاری اجتماعی (بلی: ۴-۱۵-۱۷-۲۱-۲۹-۳۲-۵۰-۵۲-۵۹-۷۲-۷۷-۸۷-۹۹-۱۰۷-۱۱۹-۱۲۴-۱۳۲-۱۳۸-۱۴۴-۱۵۴ و خیر: ۸-۳۷-۴۴-۶۳-۶۸-۸۳-۹۴-۱۰۲-۱۱۴-۱۲۸-۱۴۸-۱۵۸)؛ سازگاری عاطفی (بلی: ۲-۱۰-۱۴-۱۸-۲۳-۲۸-۳۴-۳۹-۴۳-۴۷-۵۴-۵۸-۶۵-۷۰-۷۴-۷۹-۸۲-۹۰-۹۲-۱۰۰-۱۰۵-۱۰۹-۱۱۲-۱۲۰-۱۲۳-۱۳۰-۱۳۴-۱۴۰-۱۴۳-۱۵۰-۱۵۳-۱۶۰ و خیر -)؛ سازگاری تحصیلی/شغلی (بلی: ۵-۹-۲۰-۳۰-۳۶-۴۱-۴۵-۴۹-۷۶-۸۰-۸۹-۹۸-۱۰۴-۱۱۵-۱۲۹-۱۳۵-۱۳۹-۱۴۵-۱۴۹-۱۵۵-۱۵۹ و خیر: ۱۲-۲۶-۵۶-۶۰-۶۴-۶۹-۸۶-۹۵-۱۱۰-۱۱۸-۱۲۵)؛ سازگاری تحصیلی/شغلی (بلی: ۵-۹-۲۰-۳۰-۳۶-۴۱-۴۵-۴۹-۷۶-۸۰-۸۹-۹۸-۱۰۴-۱۱۵-۱۲۹-۱۳۵-۱۳۹-۱۴۵-۱۴۹-۱۵۵-۱۵۹ و خیر: ۱۲-۲۶-۵۶-۶۰-۶۴-۶۹-۸۶-۹۵-۱۱۰-۱۱۸-۱۲۵).

مقیاس سلامت روان (روان آسفتگی) SCL-۲۵: مقیاس سلامت روان SCL-۲۵ با ۲۵ ماده (نجاریان و داوودی، ۱۳۸۰)، استفاده شد. این آزمون میزان سلامت روان را در جامعه موردنظر مورد سنجش قرار میدهد. مواد این آزمون با پنج گزینه به شدت، زیاد تا حدی، کمی و هیچ و با نمراتی از ۰ تا ۴ نمره گذاری شدند. این مقیاس توسط نجاریان و داوودی، ۱۳۸۰ بر اساس مقیاس SCL-90-R ساخت و اعتبار یابی شده است و دارای نه خرده مقیاس و یک

مقیاس کلی می‌باشد. ابعاد این پرسشنامه عبارتند از: بعد شکایت جسمانی، بعد وسواس جبری، بعد افسردگی، حساسیت بین فردی، اضطراب، پرخاشگری، بعد پارانویید، بعد روان‌پریشی، فوبی. پایایی SCL-۲۵ از طریق محاسبه همسانی درونی و ضرایب بازآزمایی بررسی گردید. همسانی درونی SCL-۲۵، در کل نمونه ۹۷٪، در نمونه ۹۷٪، در نمونه مؤنث ۹۷٪ و در نمونه مذکر ۹۸٪ بدست آمد. ضرایب اعتبار به شیوه بازآزمایی در کل نمونه ۸۷٪، در نمونه مؤنث ۷۷٪ و در نمونه مذکر ۷۹٪ بدست آمد (نجاریان و داوودی، ۱۳۸۰). پایایی این ابزار در این تحقیق به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بدست آمد. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۴ بدست آمده است که پایایی مطلوبی برای این پرسشنامه می‌باشد.

مقیاس خودگسستگی: پرسشنامه مذکور توسط صادق زاده و همکاران در سال ۱۳۸۵ طراحی و ساخته شد. این پرسشنامه به بررسی میزان خودگسستگی افراد می‌پردازد. تعداد سوالات این مقیاس ۲۷ سوال است و در این پرسشنامه، هر آیتام یک مرتبه در رابطه با خود واقعی، یک مرتبه در رابطه با خود آرمانی و یک مرتبه نیز با توجه به خود بایسته فرد، مطرح شده است و آزمودنی هر بار روی یک طیف لیکرتی از ۱ که معادل «کاملاً مخالفم» تا ۵ که معادل «کاملاً موافقم» است، به خودش نمره می‌دهد. بنابراین این مقیاس هم برای پسران و هم برای دختران دارای ۲۷ جمله می‌باشد. اعتبار و روایی این مقیاس در پژوهش‌های متعددی گزارش شده است (ساعتچی، کامکاری و عسکریان، ۱۳۹۵). رئیسی (۱۳۹۳) نیز آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای این مقیاس گزارش نموده و روایی صوری و محتوایی این مقیاس را مورد تأیید قرار داده است. در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ ۰/۷۱ بدست آمده است که پایایی مطلوبی برای این پرسشنامه می‌باشد.

یافته ها

مجموعاً ۳۰ نفر اعضای نمونه مورد مطالعه را تشکیل می‌دادند که در دو گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. میانگین سنی مجموع افراد نمونه ۲۴/۵ با انحراف استاندارد ۴/۰۳ بود. همچنین، پایین‌ترین سن در میان اعضای نمونه ۲۰ سال و بالاترین آنها نیز ۳۴ سال بود. قبل از بررسی فرضیه‌ها و اجرای آزمون تحلیل کواریانس، برای رعایت پیش‌فرض همگنی واریانس‌های متغیرهای تحقیق از آزمون لوین و جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شده است. همچنین علاوه بر بررسی همگنی شیب رگرسیون متغیرها، همگن بودن ماتریس‌های کواریانس نیز با استفاده از شاخص ام باکس مورد بررسی و تمامی شاخص‌های فوق مورد تأیید قرار گرفتند. لذا جهت بررسی فرضیه‌های تحقیق از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده گردید.

توزیع میانگین سازگاری اجتماعی، روان‌آشنفگی و خودگسستگی به تفکیک گروه‌های دو

گانه در مراحل پیش و پس آزمون در جدول ۱ ارائه شده است. جدول ۱: توزیع میانگین سازگاری اجتماعی، روان آشفتگی و خودگسستگی به تفکیک گروه های دو گانه

گروه ها	متغیرها	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
گروه آزمایشی (ACT)	سازگاری اجتماعی	۳۴/۷۵	۷/۲۳	۲۶/۴۲	۲/۴۴
	روان آشفتگی	۱۵۶/۵۵	۳۲/۴۳	۵۵/۳۵	۸/۰۸
	خودگسستگی	۲۸/۶۵	۱۸/۲۵	۸۴/۵۷	۷/۸
گروه گواه	سازگاری اجتماعی	۳۵/۳۵	۴/۶	۱۶/۶	۶/۰۰۹
	روان آشفتگی	۱۴۳/۱۵	۲۴/۸۷	۶۶/۷۳	۱۵/۷۷
	خودگسستگی	۳۴/۰۵	۱۶/۳۷	۹۵/۶	۱۵/۳۱

به منظور مقایسه میانگین نمرات پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه، بعد از کنترل اثر پیش آزمون، از آزمون تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) استفاده شد که نتایج آن در جداول ۲ و ۳ ارائه شده است.

جدول ۲: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس چندمتغیری به منظور مقایسه میانگین سازگاری اجتماعی، روان آشفتگی و خودگسستگی در گروه های آزمایش و گواه

متغیرها	نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطای df	سطح معنی داری	مجذور اتا
گروه ها	اثر بیابیس	۰/۶۶	۱۴/۲۵	۳	۲۲	***۰/۰۰۰۱	۰/۶۶
	لامبدای ویکلز	۰/۳۴	۱۴/۲۵	۳	۲۲	***۰/۰۰۰۱	۰/۶۶
	اثر هتلینگ	۱/۹۴	۱۴/۲۵	۳	۲۲	***۰/۰۰۰۱	۰/۶۶
	بزرگ ترین ریشه خطا	۱/۹۴	۱۴/۲۵	۳	۲۲	***۰/۰۰۰۱	۰/۶۶

$$p < .01^{***} \text{ \& } .05^{*}$$

همان طور که در جدول ۲ مشاهده شد، سطوح معناداری همه آزمون ها بیانگر آن هستند که بین گروه های مورد مطالعه حداقل از لحاظ یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی داری وجود دارد، برای پی بردن به تفاوت، نتایج حاصل از آزمون تأثیرات بین آزمودنی ها، در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن MANCOVA جهت مقایسه میانگین نمرات پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
روان آشفته‌گی	پیش‌آزمون	۱۶/۵۷	۱	۱۶/۵۷	۰/۰۹۹	۰/۷۵	۰/۰۰۴
	گروه	۱۰۷۱/۷۳	۱	۱۰۷۱/۷۳	۶/۴۲	*۰/۰۱۸	۰/۲۱۱
	خطا	۴۰۰۵/۶۶	۲۴	۱۶۶/۹			
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۲۲۵/۹۸	۱	۲۲۵/۹۸	۱۵/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۱
	گروه	۵۹۰/۴۶	۱	۵۹۰/۴۶	۴۰/۳۱	**۰/۰۰۰۱	۰/۶۲
	خطا	۳۵۱/۵۳	۲۴	۱۴/۶۴			
خودگسسته‌گی	پیش‌آزمون	۳۰۸/۰۶	۱	۳۰۸/۰۶	۲/۱۱	۰/۱۵	۰/۰۸۱
	گروه	۷۹۹/۰۲	۱	۷۹۹/۰۲	۵/۴۹	۰/۰۲۸	۰/۱۸۶
	خطا	۳۴۹۱/۲۴	۲۴	۱۴۵/۴۶			
مجموع	سازگاری اجتماعی	۱۱۴۰۳۶	۲۹				
	روان آشفته‌گی	۱۴۴۹۵	۲۹				
	خودگسسته‌گی	۲۴۱۲۹۸	۲۹				

**Sig. $p < 0/01$ & * $p < 0/05$

همان‌طور که نتایج جدول ۳ نشان داد بین میانگین نمرات پس‌آزمون سازگاری اجتماعی، روان آشفته‌گی و نیز خودگسسته‌گی، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($P < ۰/۰۱$ و $P < ۰/۰۵$). به این صورت که میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معنی‌داری در سازگاری اجتماعی بیشتر از گروه گواه و در روان آشفته‌گی و خودگسسته‌گی کمتر از گروه گواه است. به عبارتی می‌توان گفت که درمان مبتنی بر رویکرد تعهد و پذیرش (ACT) منجر به تغییرات مذکور در گروه آزمایش، در مقایسه با گروه‌های گواه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که نتایج نشان داد بین میانگین نمرات پس‌آزمون سازگاری اجتماعی، روان آشفته‌گی و نیز خودگسسته‌گی، بعد از حذف اثر پیش‌آزمون، در گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین درمان مبتنی بر رویکرد تعهد و پذیرش (ACT) منجر به افزایش سازگاری اجتماعی و کاهش روان آشفته‌گی و خودگسسته‌گی در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است.

یافته‌های حاصله همسو با نتایج پژوهش‌های لیوهیم و همکاران (۲۰۱۵)؛ براون و همکاران (۲۰۱۶)؛ النبرگ و همکاران (۲۰۱۶) و شایقیان (۱۳۹۴) است که درمان مبتنی بر

پذیرش و تعهد (ACT) را در کاهش علائم روانشناختی مانند استرس، اضطراب، افسردگی، و احساس گناه و افزایش کیفیت زندگی، بهزیستی روانشناختی و خودکارآمدی و راهبردهای مقابله ای بیماران موثر دانسته اند.

در تبیین یافته های مذکور باید اذعان داشت که یکی از مشکلات مهم در افراد مبتلا به ترنس سکشوال که منجر به کاهش ناسازگاری و طبعاً افزایش مشکلات روانی و آشفتگی و خودگسستگی آنها می شود، عدم پذیرش وضعیتی است که در آن قرار دارند. در حالی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قبل از هرچیز بر روی پذیرش روانی و تعهد نسبت به تغییر بنا شده است (لاپالاین، گرانوند، سiltanen، آهونن، ویتیکائن، تولانن و لاپالاین^۱، ۲۰۱۴). در این درمان ابتدا سعی میشود، پذیرش روانی در مورد تجارب ذهنی افزایش یابد و به بیمار آموخته میشود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر یا اثر معکوس دارد و باید این تجارب را به طور کامل پذیرفت (نوری، ابراهیمی، نشاط دوست، افشار و عابدی، ۱۳۹۳؛ هیز، هوگان، دود، دوهرتی، اوهاینز و همکاران^۲، ۲۰۱۴) و هدف پشت این مسئله، رسیدن به انعطاف پذیری روانی است (براون و همکاران، ۲۰۱۶). بدیهی است که این مسئله می تواند در افزایش سازگاری روانی افراد و نهایتاً کاهش مشکلات روانی نظیر روان آشفتگی و خودگسستگی اثرگذار باشد. این درمان بوسیله تغییر فرایندهای شناختی در ارتقای سازگاری اثرگذار است (هیز، لوین، پلمب-ویلاردیج، ویلاتی و پیستورول^۳، ۲۰۱۳). این درمان با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای تعهد و تغییر، به درمانجویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و بامعنا کمک می کند. به بیانی دیگر، به افراد یاری می رساند تا حتی با وجود افکار، هیجانات و احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش تری داشته باشند (فلکسمن، بلک و باند، ۱۹۷۰؛ ترجمه میرزایی و نونهال، ۱۳۹۳) و این مسئله برای افراد مبتلا به ترنس سکشوال بسیار اساسی به نظر می رسد.

همچنین به نظر می رسد که یکی از مشکلات اساسی افراد مبتلا به ترنس سکشوال اجتناب تجربه ای است که به معنای تلاش برای اجتناب از افکار، احساسات، خاطرات و این تجارب ناآشکار اما ناخوشایند است (لارمر و همکاران، ۲۰۱۴). در حالی که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به مقابله با این تجارب می پردازد و از این طریق می تواند در کاهش آلام روانی اثرگذار باشد (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). به گونه ای که در این درمان مراجعین یاد

1. Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, S., Vitikainen, M., Tolvanen, A., & Lappalainen, R.
2. Hayes, S., Hogan, M., Dowd, H., Doherty, E., O'Higgins, S., Gabhainn, S. N., ... & Newell, J.
3. Hayes, S.C. Levin, M.E. Plumb-Villardaga, J. Villatte, J.L. and Pistorello, J.

می‌گیرند تا اثر و نفوذ افکار و احساسات نامطلوب را با استفاده مؤثر از توجه آگاهی کاهش بدهند. مراجعین یاد می‌گیرند تا مبارزه با تجربیات درونی خود را متوقف کنند- آغوش خود را برایشان بکشایند و بی‌رحمت به آن‌ها اجازه بدهند تا بیایند و بروند. وقت، نیرو و پولی که قبلاً برای کنترل کیفیت حال خود خرج می‌کردند حال صرف این می‌شود که اقدامی مؤثر در جهت ارزش‌های زندگی خود انجام دهند تا ساعت‌های زندگی‌شان جان یابد و لحظه‌هایش گرانبار شود (رویز^۱، ۲۰۱۰؛ هریس^۲، ۲۰۰۶)؛ بنابراین این درمان می‌تواند راهگشای برخی مشکلات روانی افراد ترنس سکشوال باشد و در ارتقای سازگاری اجتماعی آنها نیز اثرگذار باشد و بر این اساس توصیه می‌شود که روانشناسان و مشاوران این حوزه، از درمان مذکور جهت بهبود مشکلات مرتبط با این افراد استفاده کنند.

-
1. Ruiz, F. J.
 2. Harris R.

فهرست منابع

۱. پایگاه خبری ایسکانیوز. تاریخ بازدید: ۱۳۹۵/۹/۱۲، به نقل از معاون اجتماعی سازمان بهزیستی ایران. <http://www.iscanews.ir>
۲. ترابی، ف؛ مندمی، ش؛ گرامی زاده شیرازی، ن. (۱۳۹۴). مقایسه سازگاری اجتماعی پدران دارای فرزند با و بدون کم‌توانی ذهنی. تعلیم و تربیت استثنایی، سال پانزدهم، شماره ۶، پیاپی ۱۳۴، ۲۲-۲۹.
۳. جواهری، ف؛ حسین زاده، م. (۱۳۹۰). پیامدهای اجتماعی اختلال هویت جنسی: سرمایه اجتماعی و کیفیت زندگی تغییر جنس خواهان در ایران. مجله مطالعات اجتماعی ایران، دوره پنجم، شماره ۳، ۲۲-۳.
۴. رئیسی، م. (۱۳۹۳). مقایسه خودپنداره و خودگسستگی در سه گروه زنان اهداکننده تخمک، دریافت کننده تخمک و زنان بارور مراجعه کننده به پژوهشکده رویان و مراکز بهداشتی- درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران. پایان‌نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته مامایی گرایش پزشکی قانونی، دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران.
۵. ساعتی، محمود؛ کامکاری، کامبیز؛ عسکریان، مهناز. (۱۳۹۵). آزمونهای روان شناختی. تهران: نشر ویرایش.
۶. شایقیان، ز، امیری، پ، آگیلار وفایی، م، و بشارت، م. ع. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود هموگلوبین گلیکوزیله و فعالیتهای خود مراقبتی در مبتلایان به دیابت نوع دو. روانشناسی معاصر، ۱۰(۲)، ۴۱-۵۰.
۷. فلکسمن، پل. ا؛ بلک لج، ج. ت و باند، فرانک و. (۱۹۷۰). تند آموز درمان مبتنی بر پذیرش و پای بند. ترجمه مصلح میرزایی و سامان نونهال (۱۳۹۳)، تهران: انتشارات ارجمند.
۸. نجاریان، بهمن؛ داوودی، ایران. (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی SCL-25 (فرم کوتاه مدت SCL- 90-R). مجله روانشناسی، دوره ۵، شماره ۲، (پیاپی ۱۸)، ۱۳۶-۱۴۹.
۹. نوری، م. ح. ابراهیمی، ا. نشاط دوست، ح. ط. افشار، ح. عابدی، ا. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر پذیرش درد، اضطراب مرتبط با درد و شدت درد بیماران مرد مبتلا به درد مزمن. مجله دانشکده پزشکی اصفهان، شماره ۲۹۵، هفته چهار، ص ۱.
۱۰. واثق رحیم پرور، ف؛ موسوی، م. س؛ رئیسی، ف؛ خدابنده، ف؛ بحرانی، ن. (۱۳۹۲). مقایسه کیفیت زندگی بیماران اختلال هویت جنسی پس از عمل جراحی تغییر جنسیت با زنان عادی

در شهر تهران در سال ۱۳۹۱. مجله مامایی و نازایی زنان ایران. دوره شانزدهم، شماره ۷۴، ۱۰-۱۹.

11. Adli, M., Haidari, H., Zarei, E., & Sadeghifard, M. (2013). Relationship between emotional and social adjustment with marital satisfaction. *Journal of Life Science and Biomedicine*, 3(2), 118-122.
12. American Psychological Association. (2014). What does transgender mean? Retrieved from: <http://www.apa.org/topics/lgbt/transgender.aspx>
13. Bockting, W., Coleman, E., Deutsch, M. B., Guillamon, A., Meyer, I., Meyer III, W., ... & Ettner, R. (2016). Adult development and quality of life of transgender and gender nonconforming people. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity*, 23(2), 188-197.
14. Brown, M., Glendenning, A., Hoon, A. E., & John, A. (2016). Effectiveness of Web-Delivered Acceptance and Commitment Therapy in Relation to Mental Health and Well-Being: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 18(8).
15. Ceglie, D. D. (2000) "Gender Identity Disorder in Young People", *Journal of Advances in Psychiatric Treatment*, (6): 458-466.
16. Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., ... & Monstrey, S. (2012). Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232.
17. Colizzi, M., Costa, R., & Todarello, O. (2014). Transsexual patients' psychiatric comorbidity and positive effect of cross-sex hormonal treatment on mental health: results from a longitudinal study. *Psychoneuroendocrinology*, 39, 65-73.
18. Eilenberg, T., Fink, P., Jensen, J. S., Rief, W., & Frosthalm, L. (2016). Acceptance and commitment group therapy (ACT-G) for health anxiety: a randomized controlled trial. *Psychological medicine*, 46(01), 103-115.
19. Emerson, E., & Liewellyn, G. (2008). Mental health of Australian mothers and fathers of young children at risk of disability. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32, 53-59.
20. Ettner, R., & Wylie, K. (2013). Psychological and social adjustment in older transsexual people. *Maturitas*, 74(3), 226-229.
21. Feusner, J. D., Dervisic, J., Kosidou, K., Dhejne, C., Bookheimer, S., & Savic, I. (2016). Female-to-male transsexual individuals demonstrate different own body identification. *Archives of sexual behavior*, 45(3), 525-536.

22. Fisher, A. D., Castellini, G., Ristori, J., Casale, H., Cassioli, E., Sensi, C., ... & Dèttore, D. (2016). Cross-Sex Hormone Treatment and Psychobiological Changes in Transsexual Persons: Two-Year Follow-Up Data. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101(11), 4260-4269.
23. Forman, E. M., & Herbert, D. (2008). New directions in cognitive behavior therapy: acceptance based therapies, chapter to appear in W. O'donohue, Je. Fisher, (Eds), *cognitive behavior therapy: Applying empirically supported treatments in your practice*, 2nd ed. Hoboken, NJ: Wiley, 263-26.
24. George, N. I., & Ukpong, D. E. (2012). Adolescents' sex differential social adjustment problems and academic performance of junior secondary school students in Uyo Metropolitan City. *International Journal of Business and Social Science*, 3(19), 245-251.
25. Gooren, L. J., Sungkaew, T., & Giltay, E. J. (2013). Exploration of functional health, mental well-being and cross-sex hormone use in a sample of Thai male-to-female transgendered persons (kathoeys). *Asian J Androl*, 15(2), 280-285.
26. Green, R. (2009). Gender identity disorders. In: J. S. Sadock, & J. S. Sadock, (Eds.). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams, Philadelphia, 2099-2111.
27. Harris R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*; 21(4):2-8.
28. Hayes, S., Hogan, M., Dowd, H., Doherty, E., O'Higgins, S., Gabhainn, S. N., ... & Newell, J. (2014). Comparing the clinical-effectiveness and cost-effectiveness of an internet-delivered Acceptance and Commitment Therapy (ACT) intervention with a waiting list control among adults with chronic pain: study protocol for a randomised controlled trial. *BMJ open*, 4(7), e005092.
29. Hayes, S.C. Levin, M.E. Plumb-Villardaga, J. Villatte, J.L. and Pistorello, J. (2013) Acceptance and Commitment Therapy and Contextual Behavioral Science: Examining the Progress of a Distinctive Model of Behavioral and Cognitive Therapy. *Behavior Therapy*, 44, 180-196.
30. Heylens, G., Elaut, E., Kreukels, B. P., Paap, M. C., Cerwenka, S., Richter-Appelt, H., ... & De Cuypere, G. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *The British Journal of Psychiatry*, 204(2), 151-156.
31. Higgins, E. T., Tykocinski, O., & Vookles, J. (2013, March). Patterns of Self-Beliefs: The Psychological. In *Self-Inference Processes: The Ontario Symposium* (Vol. 6, p. 153). Psychology

Press.

32. Higgins, E.T. (1998). When do self-discrepancies have specific relations to emotions? The second generation question of Tangney, Niedenthal, Covert, and Barlow. *J Pers Social Psychol* 1999; 77(6): 1313-17.

33. Kolaitis, G., Giannakopoulos, G., Tomaras, V., Christogiorgos, S., Pomini, V., Layiou-Lignos, E., ... & Trowell, J. (2014). Self-Esteem and Social Adjustment in Depressed Youths: A Randomized Trial Comparing Psychodynamic Psychotherapy and Family Therapy. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(4), 249-251.

34. Lappalainen, P., Granlund, A., Siltanen, S., Ahonen, S., Vitikainen, M., Tolvanen, A., & Lappalainen, R. (2014). ACT Internet-based vs face-to-face? A randomized controlled trial of two ways to deliver Acceptance and Commitment Therapy for depressive symptoms: An 18-month follow-up. *Behaviour research and therapy*, 61, 43-54.

35. Livheim, F., Hayes, L., Ghaderi, A., Magnusdottir, T., Högfeldt, A., Rowse, J., ... & Tengström, A. (2015). The effectiveness of acceptance and commitment therapy for adolescent mental health: Swedish and Australian pilot outcomes. *Journal of Child and Family Studies*, 24(4), 1016-1030.

36. Petit, A. C. (2016). Acute mental confusion, circadian rhythm reversal, restlessness, and a worsening of dysarthria and abnormal movements: case report. *Reactions*, 1627, 44-12.

37. Ruiz, F. J. (2010). A review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) empirical evidence: Correlational, experimental psychopathology, component and outcome studies. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(1).

38. Smith, E. S., Junger, J., Derntl, B., & Habel, U. (2015). The transsexual brain—A review of findings on the neural basis of transsexualism. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 59, 251-266.

39. Solomon-Krakus, S., Sabiston, C. M., Brunet, J., Castonguay, A. L., Maximova, K., & Henderson, M. (2016). Body Image Self-Discrepancy and Depressive Symptoms Among Early Adolescents. *Journal of Adolescent Health*.