

**اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده  
با شفقت بر علایم وسواس دانش آموزان مبتلا به  
وسواس فکری عملی**

سعید ظهیری\*، اکرم دهقانی\*\*✉ و راضیه ایزدی\*\*\*

**چکیده**

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت، بر وسواس دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی شهر اصفهان بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مبتلا به وسواس فکری - عملی شهر اصفهان در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۳۹۴-۱۳۹۵ بود که به دلیل اختلال وسواس فکری و عملی به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر اصفهان مراجعه کرده بودند و از طریق نمونه‌گیری هدفمند ۳۰ دانش‌آموز انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ دانش‌آموز و ۱۵ والد) و کنترل (۱۵ دانش‌آموز و ۱۵ والد) گمارش شدند. گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت را به مدت ۲۸ جلسه مشاوره (گروهی و فردی) دریافت کردند، ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش مقیاس وسواس فکری و عملی بیل - براون بود. برای تحلیل یافته‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر علائم وسواس دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مبتلا به وسواس فکری - عملی تأثیر داشته است. بنابراین، کاربرد این درمان بر بهبود وسواس دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی مؤثر است.

**کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان متمرکز بر شفقت، وسواس فکری - عملی.

\* کارشناسی ارشد گروه روان‌شناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، اصفهان، ایران  
\*\* استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، اصفهان، ایران  
dehghani2016@phu.iaun.ac.ir

\*\*\* استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، اصفهان، ایران  
تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۲/۱۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۱/۲۴

## مقدمه

از جمله شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی، اختلال وسواس فکری عملی<sup>۱</sup> است (کلارک<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). از مشخصه‌های این اختلال وسواس‌ها و اجبارها (قمری گیوی، ایمانی، برهمند و صادقی موحد، ۱۳۹۱) و تکانه‌های نامناسب و تکراری که با برانگیخته کردن اضطراب و مقاومت ذهنی (وسواس‌ها) (فوا، هوپرت، لیبرگ، لانگر و کیچیک<sup>۳</sup>، ۲۰۰۲) که به آشفتگی فردی و ناتوانی عملکردی منجر می‌شود (کرینو، اسلادی و اندروز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به جای تغییر مستقیم این گونه افکار، احساسات و علائم بدنی بر کارکرد آن‌ها تمرکز می‌شود (ایزدی، عسگری، نشاط دوست و عابدی، ۱۳۹۰) هدف، دستیابی به یک زندگی غنی شده به جهت افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی از طریق پذیرش: دریافتن یک موقعیت و رها کردن برنامه کنترل نشانه‌های ناکارآمد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). گسلش<sup>۵</sup>: پذیرفتن اینکه افکار از ما جدا هستند (هیز، لوما، بوند، مسودا و لیلیس<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶). خود به عنوان زمینه<sup>۷</sup>: تجربه افکار و احساس‌ها، خاطره‌ها، امیال یا حتی جسمانی به عنوان چیزی متفاوت از خود فرد (هیز و همکاران، ۲۰۰۶) ارتباط با زمان حال<sup>۸</sup>: مشاهده و توصیف بدون قضاوت تجارب در زمان حال (هیز، ۲۰۰۴). ارزش‌ها<sup>۹</sup> حوزه‌هایی از زندگی که برای فرد مهم هستند (هیز، بوید و سول<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۱) و تعهد<sup>۱۱</sup>: تغییرات رفتاری ایجاد شده که از جمله تأکیدات این رویکرد درمانی می‌باشد (هیز و استروشی<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰). بسیاری از جنبه‌های این اختلال (مثل اجتناب، بازداری فکر، کیفیت زندگی مختل، مشکلات خلقی که معمولاً به درمان مقاوم هستند) مناسب درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هستند. هدف کمک به شخص

- 
1. Obsessive and Compulsive Disorder
  2. Clark
  3. Foa, Huppert, Leberg, Langrer & Kichik
  4. Crino, Slade & Andrews
  5. Defusion
  6. Hayes, Luoma, Bond, Masuda & Lillis
  7. self as context
  8. contact with present moment
  9. values
  10. Boyd & Sewell
  11. commitment
  12. Stroshi

است تا بتواند دست از بازداری فکر بردارد، از افکار مزاحم رهایی یابد و نهایتاً تحمل هیجانات نامطبوع در فرد را بالا ببرد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲).

پژوهش‌های توهینگ، هیز، پلمب، پریت<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۰) و پژوهش ایزدی و عابدی (۱۳۹۲) نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بیماران با وسواس فکری و عملی مؤثر است. این درمان به درمانجو این امکان را می‌دهد که با پذیرش تجارب درونی، کاهش اجتناب تجربه‌ای و افزایش انعطاف‌پذیری در مسیر عمل مطابق ارزش‌ها گام بردارد (گیلبرت، ۲۰۱۴). از طرفی اصلاح و تقویت خودشفقتی یک جنبه مهم این درمان محسوب می‌شود (سعادت، رستمی و دربانی، ۱۳۹۵). هدف این آموزش، تجربه افکار، احساسات و حس‌ها است همان‌گونه که به‌طور طبیعی اتفاق می‌افتد (رویمر، اورسیلو و سالترز پدنیولت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۱). گیلبرت به استفاده از این سازه در جلسات درمان اقدام کرد و نظریه «درمان متمرکز بر شفقت»<sup>۳</sup> را مطرح نکرد. این درمان تأکید دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز آرام می‌شود (گیلبرت، ۲۰۰۵). بنابراین، با بالارفتن شفقت، اختلال‌های روانی، اضطراب و افسردگی کاهش می‌یابد (نف، ۲۰۱۰). از طرفی اگر نسبت به درمان این اختلال در نوجوانان اقدام نشود نه تنها استرس را تشدید، بلکه پیامدهای نامطلوب در زمینه‌های تحصیلی، اجتماعی و عاطفی را به همراه دارد (حسن‌زاده، شریفی درآمدی و سهرابی، ۱۳۹۲). با توجه به بررسی پیشینه، تاکنون پژوهشی یافت نشد که این هدف را به طور کلی پوشش دهد، لذا فرضیه پژوهش حاضر عبارت است از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر علائم وسواس دانش‌آموزان مقطع دبیرستان مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی شهر اصفهان مؤثر است.

## روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و دوره پیگیری (سه ماهه) با

- 
1. Twohig, Hayes, Plumb & Pruitt
  2. Roemer, Orsillo & Salters-Pedneault
  3. compassion focus therapy

گروه کنترل بود. جامعه پژوهش، شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی شهرستان اصفهان در نیمسال دوم سال تحصیلی ۱۳۹۵-۱۳۹۴ بود. آموزش درمانی در دو گروه خانواده (با توجه به شرایط حساس دوران نوجوانی و همچنین نقش والدین در ارتباط با نوجوان و وجود زمینه‌های ارثی در اختلال وسواس و نقش ارزنده خانواده در تغییر رفتار و درمان اختلالات نوجوان) و دانش‌آموزان اجرا شد. بدین منظور ۳۰ دانش‌آموز دبیرستانی مبتلا به اختلال و والدین آن‌ها که دارای ملاک‌های ورود بودند، انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. در این پژوهش در گروه آزمایش آموزش طی ۱۴ هفته انجام شد، به طوری که در هر هفته دو جلسه (یک جلسه گروهی و یک جلسه فردی) که ابتدا ۴ هفته جلسات خانواده (دو جلسه در هفته، یک جلسه گروهی و بعد یک جلسه فردی) انجام شد و سپس ۱۰ هفته جلسات دانش‌آموز (هفته‌ای دو جلسه، یک جلسه گروهی و سپس یک جلسه فردی) و در مجموع ۲۸ جلسه مداخله برگزار شد و در گروه کنترل (۱۵ دانش‌آموز و ۱۵ والد) هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. هر دو گروه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری (سه ماهه) در مقیاس ییل - براون را تکمیل کردند به استثنای والد همراه. شرایط ورود شامل دانش‌آموزان پسر با محدوده سنی ۱۵ - ۱۸ سال بود که به دلیل اختلال به مراکز مشاوره و روان‌پزشکی مراجعه کرده و با استفاده از مقیاس ییل - براون و بر اساس مصاحبه بالینی و نظر روان‌پزشک تشخیص وسواس گرفته بودند، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و وجود حداقل یکی از والدین در جلسات و ملاک خروج عدم تمایل به شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه و شرکت همزمان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی و داشتن سن کم‌تر از ۱۵ و بیشتر از ۱۸ سال بود. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-19 و به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

ابزار پژوهش عبارت بود از:

مقیاس وسواس فکری و عملی ییل - براون<sup>۱</sup>: مقیاس وسواس فکری و عملی ییل - براون مقیاسی ۱۰ گویه‌ای، که ۵ گویه متمرکز بر وسواس فکری و ۵ گویه متمرکز بر وسواس عملی

---

#### 1. Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale

است، که در سال ۱۹۸۹، گودسن، پرایس، راسموسن، مازر، فلیشمین، هیل<sup>۱</sup> و همکاران آن را ساخته‌اند. بالاترین نمره در این مقیاس ۴۰ است. در ایران دادفر، بوالهروی، ملکوتی و بیان زاده (۱۳۸۰) پایایی برای این مقیاس ( $r=0/98$ )، ضریب همسانی درونی آن را ( $\alpha=0/89$ ) و ضریب پایانی آن به روش بازآزمایی را در فاصله دو هفته ( $r=0/84$ ) گزارش کردند. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ گزارش شده است. در این پژوهش به منظور بررسی پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای مقیاس شکفتگی ۰/۷۵ به دست آمد.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت برای خانواده‌ها (دانشمندی، ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵)

جلسات	هدف جلسه	محتوای جلسه	تغییر رفتار مورد نظر	تکلیف خانگی
اول	معرفه، تبیین درمانی فرزندان، مشخص شدن وظایف والدین در قبال فرزندان و خصوصاً در مورد رفتارهای وسواسی آنها	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، تعریف مهربانی، وظایف والدین، تعریف سیستم هیجان و ویژگی‌های آن.	انگیزه همکاری در درمان فرزند	رفتارهایی که سیستم دفاع و انگیزش فرزندان را بیش فعال می‌کند، انجام رفتارهایی که سیستم امنیت فرزندان را فعال می‌کند.
دوم	رنج فرزند را بشناسد و برای التیام آن متعهد باشد.	تشریح ۸ وجه تربیت، تعریف تربیت، احترام به نیاز، فرصت	به جای تذکر و نصیحت رنج فرزند را می‌بینند و رنج آن‌ها را التیام می‌دهند	التیام رنج «همکاری» و احترام به نیاز فرزندان
سوم	معرفی ۳ مغز و کارکردهای هر کدام، شناخت ذهن و تولیدات آن و کارکرد آن	معرفی ذهن و تولیدات ذهن، ۳ مغز (قدیم و مغز جدید: تحلیلی و مغز آگاه) و کارکردهای آن‌ها، رابطه با مغز تحلیلی گر، شناخت ذهن، انتخاب، استعاره بیلیچه و شناخت بیلیچه‌ها، استعاره مهمان ناخوانده (گدا)	ارتباط با مغز آگاه و انتخاب مؤثرترین راه برای رسیدن به تربیت همه جانبه فرزندان	کنار گذاشتن بیلیچه‌ها و انتخاب راه‌حل‌های مناسب برای رسیدن به ۸ جنبه تربیت
چهارم	ایجاد شدن بستر مهربانی برای رسیدن والدین به ارزش‌ها (تربیت فرزند)	معرفی ۴ رفتار مهربانانه ۱- نوازش ۲- همراهی ۳- ساختار دادن ۴- چالش، تعریف والدین هلیکوپتری،	متمرکز شدن بر تربیت همه جانبه و مهربانانه فرزند	نوازش «کلامی»، فیزیکی، رفتاری» و همراهی دو رفتار مهربانانه ساختار دادن و چالش

جدول ۲: محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت برای دانش‌آموزان (دانشمندی، ایزدی و عابدی، ۱۳۹۵)

جلسات	هدف جلسه	محتوی جلسه	تغییر رفتار مورد انتظار	تکلیف خانگی
اول	معرفی اعضاء و درمان و ایجاد رابطه درمانی	ارزیابی درمانجویان با پرسشنامه بیل براون، آشنایی با علائم اختلال، توضیح ۴ منطقه زندگی	آگاهی به اختلال و ایجاد انگیزه جهت تغییر منطقه زندگی	شناسایی منطقه زندگی خود
دوم	شناخت ۳ سیستم تنظیم هیجان، روشن شدن سیستم امنیت	تعریف و تفسیر ۳ سیستم هیجانی (دفاع، انگیزه، امنیت) و ویژگی‌های هر کدام از سیستم‌ها، و نقش سیستم امنیت در بالا رفتن آگاهی و هنر.	شروع فعال کردن سیستم امنیت و کاهش بیش فعالی دو سیستم دفاع و انگیزش	یادداشت و توجه مراجع به اینکه در چه موقعیت‌هایی سیستم دفاع یا انگیزه او بیش فعال می‌شوند.
سوم	تعریف و تبیین ذهن و اینکه مشکل «کنترل» است.	توضیح و تفسیر ذهن و انواع تولیدات ذهن با استعاره کارخانه، دنیای درون و بیرون، استعاره بیلچه	درماندگی خلاق و اینکه دست از کنترل ذهن بردارد.	تمارین ذهن آگاهی و توجه به استفاده از بیلچه‌های مختلف و مشخص شدن بیلچه‌ها
چهارم	شناخت ۳ مغز	مرور خاطرات دوران کودکی، رنج پاک و ناپاک و ارتباط آن با سیستم‌های هیجانی، معرفی ۳ مغز (قدیم، تحلیلگر، آگاه)	ارتباط با مغز آگاه	یادداشت مواردی که ۳ مغز تولید می‌کند و توجه به آن
پنجم	معرفی استدلال مهربانانه و تکنیک‌های توجه مهربانانه و بودن در زمان حال	استدلال مهربانانه و فرق آن با استدلال منطقی، حساسیت به رنج خود و بودن در زمان حال، خود مشاهده‌گر و توجه مهربانانه	فعال کردن سیستم امنیت	انجام تمرین‌های استدلال مهربانانه و توجه مهربانانه
ششم	معرفی رفتارهای مهربانانه	تمرین مهربانی گرفتن از دیگران، رفتارهای مهربانه، همدردی و همدلی با استفاده از استعاره چراغ قوه	به جای سرزنش و تذکر به خود و دیگران رفتارهای مهربانانه داشته باشد.	تمرین‌های حساسیت به رنج و همدردی و همدلی با خود و دیگران
هفتم	معرفی پذیرش و تحمل پیشیمانی	تبیین پذیرش و تحمل پریشانی با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده	به جای جنگ با تولیدات ذهن آن‌ها را به عنوان مهمان می‌پذیرد.	یادداشت روزانه تجارب ذهنی در مورد پذیرش، دیدن رنج و ارتباط با مغز آگاه و مهربانی با ذهن
هشتم	تبیین گسلش و راهبردهای آن، تغییر کلامی در خدمت افزایش به تمایل‌گرایی	گسلش شناختی با استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس، خودمشاهده‌گر و توجه مهربانانه، تمرین ارتباط با انواع خود	درک ذهن به عنوان یک واقعیت جدا از خود و توجه به تولیدات ذهن	یادداشت روزانه تجارب ذهنی در مورد گسلش و تمرین خود مشاهده‌گر
نهم	نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و آگاهی مراجع از ارتباط ارزش‌ها و پذیرش، فعال‌سازی رفتاری	مراقبت از سلامتی و معرفی ارزش‌ها، شناسایی ارزش‌های مراجع، استعاره مراسم دفن سنگ قبر، تمرین سنجش ارزش‌ها، مراقبت از بهزیستی	اقدام به عمل ارزش‌های مشخص شده همراه با مراقبت از بهزیستی	شناسایی ارزش‌های شخصی و اولویت‌بندی آن‌ها و نوشتن آن‌ها، دستورالعمل مسیر مبتنی بر ارزش‌ها و فعال‌سازی
دهم	تبیین ارزش‌ها به عنوان قطب‌نما و انگیزه تعهد حرکت به سوی آن‌ها	تعیین الگوی عمل مناسب با رفتار مهربانانه (ساختار و چالش) برای رسیدن به ارزش‌ها، حرکت مهربانانه به سمت ارزش‌ها	عملکرد فعالیت انجام شده مبتنی بر ارزش‌ها با حرکتی مهربانانه	برنامه‌ریزی خردمندانه همراه با ایجاد چالش برای خود در مسیر ارزش‌ها

### یافته‌ها

برای بررسی فرضیه پژوهش با مدنظر قرار دادن پیش فرض‌های مربوط به آزمون‌های آماری از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، ابتدا آمار توصیفی شرکت‌کننده‌های نمونه در جدول ۳ گزارش شده است، بر اساس یافته‌ها میانگین وسواس در گروه آزمایش، میانگین نمره‌های پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تغییر یافته است، اما در گروه کنترل در هر سه بار آزمون تفاوت به اندازه گروه آزمایش محسوس نیست.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وسواس در گروه آزمایش و گروه کنترل

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
			انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین
وسواس	آزمایش	۱۵	۱/۹۴	۳۴/۷۳	۲/۳۱	۳۰/۹۳	۲۹/۵۴	۳/۳۲
	کنترل	۱۵	۲/۶۴	۳۵/۴۰	۲/۶۰	۳۵/۹۳	۳۵/۵۹	۳/۴۵

برای بررسی معناداری تفاوت بین دو گروه از آزمون تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد، قبل از استفاده از آزمون تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری مکرر پیش‌فرض‌های مربوط به این آزمون بررسی شد.

ابتدا به منظور بررسی وضعیت نرمالیتی داده‌های متغیر علائم وسواس در بین گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد، مقادیر این آزمون و سطح معناداری آن نشان داد که شکل توزیع داده‌های مربوط به این متغیر در بین گروه‌ها تفاوت معناداری با شکل توزیع نرمال ندارد. بنابراین، پیش‌فرض شکل توزیع نرمال این متغیر برقرار است. در آزمون شاپیرو-ویلکز بررسی نرمالیتی شکل توزیع داده‌ها برای گروه آزمایش ( $f_{0/958} =$  و  $p_{0/110} =$ ) و در گروه کنترل ( $f_{0/998} =$  و  $p_{0/220} =$ ) گزارش شد. مقادیر مربوط به آزمون لوین و سطح معناداری این آزمون برای پیش‌فرض برابری واریانس‌های متغیر وسواس در مرحله پیش‌آزمون ( $f_{0/009} =$  و  $p_{0/991} =$ )، در مرحله پس‌آزمون ( $f_{1/965} =$  و  $p_{0/165} =$ ) و در مرحله پیگیری ( $f_{0/197} =$  و  $p_{0/823} =$ ) رعایت شده است.

در ادامه برای بررسی پیش‌فرض همگنی کواریانس درون شرکت‌کننده متغیر علائم و سواس در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از آزمون کرویت موخلی استفاده شد. مقادیر این آزمون و سطح معناداری آن بیان‌کننده این است که پیش‌فرض همگنی واریانس درون شرکت‌کننده متغیر و سواس در سه مرحله آزمون رعایت شده است:

جدول ۴: برآورد مقادیر آزمون موخلی برای بررسی همگنی کواریانس درون شرکت‌کننده متغیر و سواس

متغیر	آماره موخلی	کای اسکوتر	درجه آزادی	سطح معناداری	Epsilon	Lower-bound
وسواس	۰/۹۱۱	۱/۸۷۵	۲	۰/۳۹۲	۰/۹۱۸	۰/۵۰۰

در اجرای تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری مکرر یکی از برون‌داده‌ها تحلیل تأثیر عضویت گروهی است. مقادیر تحلیل کواریانس چندمتغیره در جدول زیر بیان‌کننده این است که اثر متغیر زمان و همچنین اثر تعاملی مربوط به زمان و گروه بر متغیر و سواس به لحاظ آماری معنادار است ( $\text{Sig} \leq ۰/۰۵$ ).

جدول ۵: برآورد مقادیر تحلیل کواریانس چندمتغیره با اندازه‌گیری‌های مکرر برای اثرات اصلی و تعاملی

متغیر	روش	آزمون	ارزش	F	درجه آزادی	معناداری	میزان تأثیر
وسواس	زمان	لامبدای ویلکز	۰/۱۷۵	۴۵/۱۳۲	۲	۰/۰۳۴	۰/۵۱
	زمان*گروه	لامبدای ویلکز	۰/۱۵۵	۱۶۴/۱۲۰	۲	۰/۰۰۰	۰/۸۴۵

در ادامه به منظور بررسی اثر هر یک از این متغیر به تفکیک در جدول ۶ گزارش شده است، مقادیر آزمون تحلیل کواریانس در جدول زیر نشان‌دهنده این است که بین دو گروه در مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) به لحاظ و سواس تفاوت معناداری وجود دارد ( $\text{Sig} \leq ۰/۰۵$ ):



اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر علائم وسواس ..... ۱۰۱

جدول ۶: برآورد مقادیر آزمون تحلیل کواریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه میانگین متغیر علائم وسواس در مراحل سه‌گانه

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	Sig	حجم اثر	توان آماری
وسواس	مراحل گروه*	۱۱۹۶۸/۱۵	۲	۵۹۸۴/۰۷	۵۳/۵۲	۰/۰۲۱	۰/۴۶۷	۰/۹۰۱
	مراحل گروه	۷۲/۶۱۱	۲	۳۶۳۰۵/۶۴	۳۲۴/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲	۰/۹۹۷
	گروه	۲۴۱۷۵۵/۰۴	۱	۲۴۱۷۵۵/۰۴	۱۹۳/۴۸	۰/۰۰۰	۰/۷۶۰	۱

به‌منظور بررسی دقیق‌تر و جزئی‌تر تفاوت بین مراحل سه‌گانه به لحاظ میزان اثربخشی مداخلات از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد، مقادیر مربوط به آزمون تعقیبی LSD میانگین متغیر علائم وسواس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به‌طور معناداری پایین‌تر از مرحله پیش‌آزمون برآورد شده است. بنابراین، فرضیه پژوهش تأیید می‌شود مبنی بر اینکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر وسواس مؤثر است. به عبارت دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت به کاهش علائم وسواس منجر شده و این اثربخشی در طی زمان حفظ شده است:

جدول ۷: نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه میانگین نمرات وسواس در مراحل سه‌گانه

وسواس	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	Sig
پیش‌آزمون	۳/۸۵	۰/۲۷	۰/۰۱۰
پیگیری	۵/۶۰	۰/۲۶	۰/۰۰۰
پس‌آزمون	-۳/۸۵	۰/۲۷	۰/۰۱۰
پیگیری	۱/۸۵	۰/۴۰	۰/۰۴۲
پیش‌آزمون	-۵/۶۰	۰/۲۶	۰/۰۰۰
پس‌آزمون	-۱/۸۵	۰/۴۰	۰/۰۴۲

## بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر وسواس دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی شهر اصفهان در سال

۱۳۹۴-۱۳۹۵ بود. یافته‌ها نشان داد بین میانگین نمرات وسواس (گروه آزمایشی و گروه کنترل) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد. بنابراین، درمان بر بهبود وسواس گروه آزمایش در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر داشته است. این یافته‌ها با پژوهش توهی و همکاران (۲۰۱۰) و ایزدی و عابدی (۱۳۹۱) همسو است.

اساساً رویکرد پذیرش و تعهد درمانی، یک درمان رفتاری و شناختی است که از مهارت‌های ذهن‌آگاهی، پذیرش و گسلش شناختی به منظور افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی استفاده می‌کند. در درمان ACT تمرین‌های تعهد رفتاری به همراه تکنیک‌های گسلش و پذیرش و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی به کاهش وسواس فکری - عملی منجر شد. علاوه بر آن افزایش توانایی مراجعان برای ایجاد ارتباط با تجربه شان در زمان حال و بر اساس آنچه در آن لحظه برای آن‌ها امکان پذیراست، به جای نادیده گرفتن هیجانات و تجارب درونی، با گرایش دادن فرد به سوی آگاه شدن از احساسات، تجارب درونی و هیجانی و پذیرش آن‌ها و استفاده به‌جا و متناسب از آن‌ها، به فرد کمک می‌کند تا با خود و تجارب درونی خود و در نتیجه با موقعیت‌ها و تعاملاتش ارتباط مناسبی برقرار کند و با نگاهی تازه آن‌ها را تجربه کند. همچنین ایجاد یک خود مشاهده‌گر یا خود به‌عنوان زمینه در مراجع از طریق تکنیک مهارت گسلش شناختی، ذهن آگاهی و ارتباط با زمان حال بود. در واقع این خود مشاهده‌گر جایگزینی برای خود مفهوم‌سازی شده یعنی خودی است که با افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی تعریف می‌شود و به‌عنوان زمینه‌ای در نظر گرفته می‌شود که در آن محتوای هشیاره تهدیدکننده نیست. در کل هدف کمک به مراجع است که خود را از تجربیات درونی‌اش متمایز بداند. همچنین هدف از مهارت‌های گسلش شناختی آن بود که رویدادهای درونی اعم از افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی را فقط به عنوان آنچه که هستند نه به عنوان واقعیت در نظر بگیرند، در نتیجه دانش‌آموزان یاد گرفتند که با این رویدادهای درونی، بدون آمیخته شدن با آن‌ها یا کناره‌گیری از آن‌ها برخورد کند و نظاره‌گر آن‌ها باشد که این امر به کاهش علائم وسواس در آن‌ها منجر شد. درمان مبتنی بر شفقت بر این مسأله اشاره دارد که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همگام با واکنش به عوامل بیرونی، در مواجهه با این عوامل درونی نیز آرام شود (گیلبرت، ۲۰۱۴) و افراد از احساسات ناخوشایند خود

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر علائم وسواس ..... ۱۰۳

کناره‌گیری نکرده و آن‌ها را سرکوب نمی‌کنند، و با شناخت تجربه خود نسبت به آن احساس شفقت دارند (ایرونز و لاد<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت می‌تواند بر وسواس دانش‌آموزان دبیرستانی مبتلا به وسواس فکری - عملی بیشترین تأثیر را داشته باشد.

از آن جا که در پژوهش از جنسیت مذکر استفاده شد، برای تعمیم نتایج به نمونه‌های جنسیت مؤنث احتیاط لازم باید در نظر گرفته شود. با توجه به ملاک‌های ورودی چون سن (قرارداشتن در محدوده سنی ۱۶ - ۱۹) امکان تعمیم نتایج این پژوهش به سایر افراد با گروه‌های سنی متفاوت با محدودیت مواجه است. این پژوهش بر روی گروهی از دانش‌آموزان پسر ۱۶ - ۱۹ ساله شهر اصفهان انجام شد، لذا بایستی در تعمیم نتایج به سایر گروه‌ها و شهرها و استان‌های دیگر کشور، جانب احتیاط را رعایت کرد. لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی برای اطمینان بیش‌تر در تعمیم نتایج، پژوهش به صورت نظام‌مند تکرار شود، همچنین پژوهش در نمونه‌های متنوع فرهنگی و در سنین و دوره‌های متفاوت تحصیلی و در هر دو جنس دختر و پسر اجرا شود. دوره‌های پیگیری طولانی مدت (شش ماهه) انجام شود تا نسبت به ماندگاری آموزش‌ها و درمان اطمینان بیشتری به دست آید. پژوهش‌های آینده می‌توانند اثر بخشی این روش درمانی را با سایر درمان‌های رفتاری و شناختی مقایسه کنند.

## تشکر و قدردانی

در انتها از شرکت‌کنندگان که بخشی از وقت خود را به مشارکت در این پژوهش اختصاص دادند، قدردانی به عمل می‌آید.

## منابع

- ایران دوست، فروزان، نشاط دوست، حمیدطاهر و نادى، محمدعلی (۱۳۹۳). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کیفیت زندگی زنان مبتلا به کم‌رود مزمن، *مجله علوم رفتاری*، ۱۸(۱): ۹۶-۱۱۹.
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمد رضا (۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، *فصلنامه فیض*، ۱۷(۳): ۲۷۵-۲۸۶.
- ایزدی، راضیه، عسگری، کریم، نشاط دوست، حمید طاهر و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۰). گزارش موردی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر فراوانی و شدت نشانه‌های اختلال وسواسی جبری، *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، ۳: ۲۰-۲۵.
- حسن‌زاده، احمد، شریفی درآمدی، پرویز و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۲). مقایسه مؤلفه‌های فراشناخت در نوجوانان مبتلا و غیر مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۹(۱): ۹۱-۱۰۷.
- دادفر، محبوبه، بواله‌ری، جعفر، ملکوتی، کاظم و بیان زاده، سید اکبر (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی جبری، *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۷(۱ و ۲): ۲۷-۳۲.
- دانشمندی، سعیده، ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۵). درمان متمرکز بر شفقت برای درمان‌گران اکت (روش‌های تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی). اصفهان: کاوشیار، جنگل.
- سعیدی، مزده و خلعتبری، جواد (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری و کیفیت زندگی معلولین تحت پوشش بهزیستی، *فصلنامه روانشناسی تربیتی*، ۷(۱): ۵۳-۶۲.
- قرایی اردکانی، شایسته، آزادفلاح، پرویز و تولایی، سید عباس (۱۳۹۱). اثربخشی رویکرد پذیرش و تعهد درمانی در کاهش شدت تجربه درد در زنان مبتلا به اختلال سردرد مزمن، *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۲): ۳۹-۵۱.
- قمری گیوی، حسین، ایمانی، حسن، برهمند، اوشا و صادقی موحد، فریبا (۱۳۹۱). بررسی نقص بازداری و بازشناسی هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی،

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر علائم وسواس ..... ۱۰۵

مجله روان شناسی بالینی، ۴(۲): ۹-۱۸.

نجات، سحرناز، منتظری، علی، هلاکوئی نائینی، کوروش، محمد، کاظم و مجدزاده، رضا (۱۳۸۵). استانداردسازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت: (WHQOL-BREF) ترجمه و روان سنجی گونه ایرانی، فصلنامه دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی، ۴(۲): ۱-۱۲.

- Abramowitz, J. S. (2006). *Understanding and treating obsessive-compulsive disorder: A cognitive-behavioral approach*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Benavente, A., Morales, B., Rubio, E. A., & Rey, J. M. (2004). Quality of life in adolescents suffering from epilepsy living in the community. *Journal Paediatr Child Health*, 40(3):110-130.
- Cimet, G., Gencalp, N. S. & Keeskin, G. (2003). Quality of life and job satisfaction of nurses. *Journal Nurs Care Qual*, 18(2):151-158.
- Clark DA. (2004). *Cognitive Behavioral Therapy for OCD*. New York: The Guilford Press .
- Crino, R., Slade, T., & Andrews, G. (2005). The changing prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder criteria from DSM-III to DSM-IV. *American Journal of Psychiatry*, 162(5):876-882.
- Dadfar, M., Boalhri, J., Malakoti, K. & Bayanzadeh, S. A. (2001). The Prevalence of Symptoms of Obsessive Compulsive Disorder. *Quarterly journal of thought and behavior*, 7(1&2):27-32. (Text in Persian).
- Daneshmandi, S., Izadi, R. & Abedi, M. R. (2016). *Concentrated compassion therapy for acupuncturists (psychological flexibility reinforcement methods)*. Isfahan: Kavoshiar, jangal. (Text in Persian.)
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiber, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Journal Psychological Assessment*, 14(4):485-496.
- Gharaei-Ardakani, Sh., Azadfallah, P. & Tavallaei, A. (2012). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pain Experience in Women with Chronic Pain. *Journal of Clinical Psychology*, 4(2):39-51 (Text in Persian).
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1):6-41.
- Gilbert, P. (ed) (2005 a). *Compassion: Conceptualizations, Research and use in psychotherapy*: Routledge.
- Gomari Givi, H., Imani, H., Barhmand., O. & Sadeghi Movahed, F. (2012). Investigation of Infertility Deficit and Emotional Recognition in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, *Journal of Clinical Psychology*, 4(2):9-18 (Text

in Persian).

- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A. & et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I. Development, use and reliability. *Journal Arch Gen Psychiatry*, 46(11):1006-1011.
- Hassanzadeh, A., Sharifi Daramadi, P. & Sohrabi, F. (2013). Comparison of metacognitive components in adolescents with and without obsessive-compulsive disorder. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 9(1):91-100. 4 (Text in Persian).
- Hayes, L., Boyd, C. P. & Sewell, J. (2011). acceptance and commitment therapy for treatment of adolescents depression: a pilot study in a psychiatric outpatient setting. *Journal Mindfulness*, 2(2):86-94.
- Hayes, S. C. (2004). Acceptance and Commitment Therapy, Relational Frame Theory, and the third wave of behavior therapy. *Journal Behavior therapy*, 35(4):639-665.
- Hayes, s. c. (2010). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Journal Behavior therapy*, 35(4):639-665.
- Hayes, S. C. Luoma, J.B. Bord, F. W. Masucl, J. P. & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model , process and outcoms. *Journal Psychology Faculty Publications*, 44:1-28.
- Hayes, S. C., & Stroschi, K. D. (2010). *A practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York. Springer science and business media inc.
- Hayes, S. C., Luoma, J., Bond, F., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes, and outcomes. *Journal Behaviour Research and Therapy*, 44(10):1-25.
- Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R. T., Luoma, J. & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP and ACT: how empirically oriented are the new behavior therapy technologies?. *Journal Behavior Therapy*, 35(1):35-54.
- Hayes, S.C., & Lillis, J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy. American Psychological Association (Theories of Psychotherapy Series)
- Irandoost, F., Neshatdust , H. T. & Nadi, M. A. (2014). Effect of acceptance and commitment therapy in quality of life in women with chronic low back pain, *Journal of Behavioral Sciences*, 8(1):89-96, (Text in Persian).
- Irons, C. & Lad, S. (2017). Using compassion focused therapy to Work with shame and self-criticism in complex trauma. *Australian Clinical Psychologist*, 3:47-54.
- Izadi, R. & Abedi, M. R. (2013). Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. *Journal Feyz*, 17(3):86-275 (Text in Persian)
- Izadi, R., Asgari, K., Neshatdust, H. T. & Abedi, M. R. (2011). Case Study of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Frequency and

- Severity of Obsessive Symptoms in Obsessive- Compulsive Disorder. *Zahedan Journal of Research in Medical Sciences*.3:20-25 (Text in Persian.)
- Neff, K. D. (2003b) self – compassion - An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself, *Journal Self and identity*.2(2):85-102.
- Neff, K. D. (2003 b) The development and validation of a scale to measure self – compassion. *Journal Self and identity* ,2(3):223-250.
- Neff, K. D. (2010, Feb). *Self-Compassion. Talk given at the annual professional development day for the Academic Counselors Association and Association of Professionals in Student Affairs*, University of Texas at Austin.
- Nejat, S., Montazeri, A., Halakoei Naeini, K., Mohamad, K. & Majdzade, S. R. (2006). Standardization of WHO Quality of Life Questionnaire (WHQOL-BREF). Iranian translation and interpretation. *Quarterly Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*,4(2):1-12(Text in Persian).
- Rapaport, M. H., Clary, C., Fayyad, R. & Endicott, J. (2005). Quality-of-life impairment in depressive and anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*,162(6):1171-1178.
- Roemer, L., Orsillo SM. & Salters-Pedneault, K. (2011). Efficacy of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder: Evaluation in a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,76(6):1083-1089.
- Saeidi, M. & Khalatbari, J. (2016). The effectiveness of acceptance/commitment therapy on adjustment and quality of life of disabled persons in welfare organization. *Quarterly Journal of Educational Psychology*.7(3):62-53(Text in Persian).
- Sookman, D. & Steketee, G.(2010). Specialized cognitive behavior therapy for treatment resistant Obsessive Compulsive Disorder. In: Sookman, D., Leahy, R. (Eds), *Treatment Resistant Anxiety Disorders: Resolving Impasses to Symptom Remission*. Routledge, pp. 31-74.
- Twohig, M. P., Hayes, S.C., Plumb, H. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of Acceptance and Commitment Therapy vs. Progressive Relaxation Training for obsessive compulsive disorder. *Journal Consult Clin Psychol*,78(5):705-716.
- Twohig., M. P., Hayes. S. C. & Masuda, Akihiko. (2006). *Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for obsessive compulsive disorder*. Georgia State University. Department of Psychology.
- Twohig., M. P.. Hayes. S. C. Plumb JC, Pruitt LD, Collins AB, Hazlett-Stevens H, Woidneck MR. A. (2010). randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-

compulsive disorder. *Journal Consult Clin Psychol*,78(5);16-705.

Vowles, K. E., Wetherell, J. L. & Sorrell, J. T. (2009). Targeting acceptance, mindfulness, and values-based action in chronic pain: Findings of two preliminary trials of an outpatient group-based intervention, *Cognitive and Behavioral Practice*,(16):49-58.

Zettle, R. D. (2008). *Act with affective disorders*. In Hayes, s. c, and strosahl, k. D. (Eds). *A Practical guide to acceptance and commitment therapy*. Newyork, NY; Springer



---

**The Effectiveness of Acceptance and  
Commitment Therapy (ACT) Enriched with  
Compassion Focus Therapy (CFT) on Obsession  
Symptoms of Students with Obsessive-  
Compulsive Disorder**

---

Saeed Zahiri\*, Akram Dehghani\*\* & Razieh Izady\*\*\*

**Abstract**

The purpose of this study was to determine the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) enriched with compassion (CFT) for high school students' obsession with obsessive-compulsive disorder in Isfahan. The research method was quasi-experimental based on a pre-test, post-test design and follow-up with control group. The statistical population were high school males with obsessive-compulsive disorder in Isfahan during the second semester of 2016-2015 academic year; who were referred to Isfahan psychotherapy and counseling centers. They were 30 students who were selected by purposive sampling method. Then they were randomly divided into experimental (15 students and 15 parents) and control groups (15 students and 15 parents). The experimental group was consulted (as individually and in group) for 28 sessions, but the control group did not receive any intervention. The research instrument was obsessive-compulsive Yale - Brown Scale. Data were analyzed by using analysis of variance with repeated measures. The results indicated that ACT enriched with

---

\* MA Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

\*\* Corresponding Author: Assistant professor, Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

\*\*\* Assistant professor, Department of Clinical Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran.

received: 2017-04-30                      accepted :2018-02-13

DOI: 10.22051/psy.2018.15195.1401

Abstracts .....

compassion influenced on obsessive symptoms of high school males with Obsessive Compulsive Disorder. Therefore, the use of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) enriched with CFT is an effective treatment for high school males' obsessions with Obsessive Compulsive Disorder.

*Keywords: Acceptance and commitment therapy, compassion focus therapy, obsessive-compulsive disorder*