

Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Treatment Based on Acceptance and Commitment on Obsessive-Compulsive Disorder and Guilt in People with Obsessive-Compulsive Disorder

Farnoush Rajabi¹, Fariba Hassani^{2*}, Farnaz Keshavarzi Arshadi³, Suzan Emamipour³

Abstract

Purpose: Treatment of obsessive-compulsive disorder is one of the most challenging clinical and mental health issues. Given the many costs involved, it may be necessary to review the research background to find the most beneficial treatment options. Therefore, the aim of this study was to compare the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on obsessive-compulsive disorder and guilt in obsessive-compulsive disorder patients.

Methodology: The research method was quasi-experimental with pre-test and post-test design with control group and quarterly follow-up stage. The statistical population of the study consisted of all women with obsessive-compulsive disorder referred to Sina Psychiatric Center in Dezful in 2018, from which 45 people were selected by purposive sampling method and randomly in three. An equal group of 15 people were replaced. Data were collected using the Obsessive-Compulsive Disorder Syndrome Questionnaire (Padua, 1980) and the Feelings of Guilt Questionnaire (Kugler and Jones, 1992). Subjects in both experimental groups underwent 8 sessions of 90 minutes of treatment once a week, but no control intervention was applied to the control group. Data analysis was performed using descriptive statistics and repeated measures analysis of variance with SPSS / 24 software.

Findings: The results showed that there was a significant difference between schema therapy and treatment based on acceptance and commitment with the control group on obsessive-compulsive disorder and guilt in the post-test and follow-up stages ($P < 0.05$). Also, Ben Foroni test showed that treatment based on acceptance and commitment was more effective on the variables of obsessive-compulsive disorder and guilt in the post-test and follow-up stages compared to schema therapy.

Conclusion: These findings indicate the usefulness of acceptance and commitment treatment for obsessive-compulsive disorder and guilt in obsessive-compulsive patients. These findings, while helping to explain the etiology of obsessive-compulsive disorder, can be promising in planning preventive interventions, although more controlled studies are needed.

Keywords: acceptance and commitment therapy, schema therapy, obsessive-compulsive disorder, guilt, women

¹ PhD Student, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author). hassani.fariba@gmail.com

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Central Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۴/۰۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۲۹

مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان وسواس فکری -

عملی و احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری

فرونش رجبی^۱، فریبا حسنی^{۲*}، فرناز کشاورزی ارشدی^۳، سوزان امامی پور^۳

چکیده

هدف: درمان وسواس فکری-عملی از چالش‌انگیزترین موضوعات بالینی و بهداشت روانی است. با توجه به هزینه‌های متعدد ناشی از آن، بازبینی پیشینه تحقیقی برای دستیابی به سودمندترین گزینه‌های درمانی ضروری به نظر می‌رسد. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و پذیرش و تعهد درمانی بر نشانگان وسواس فکری-عملی و احساس گناه در مبتلایان به وسواس فکری-عملی انجام شد.

روش: روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مراجعه کننده به مرکز روان‌پزشکی سینای شهرستان دزفول در سال ۲۰۱۸ تشکیل داد که از بین آن‌ها با روش نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه مساوی ۱۵ نفری جایگزین شدند. گردآوری داده‌ها با کمک پرسشنامه نشانگان وسواس فکری-عملی (پادوا، ۱۹۸۰) و پرسشنامه احساس گناه (کوگلر و جونز، ۱۹۹۲) انجام شد. آزمودنی‌های دو گروه آزمایش تحت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه درمان به صورت هفته‌ای یک جلسه قرار گرفتند اما برای گروه کنترل مداخله درمانی اعمال نشد. تحلیل داده‌ها با روش‌های آمار توصیفی و تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار SPSS/24 تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین طرح‌واره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل بر نشانگان وسواس و احساس گناه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). همچنین، آزمون بن‌فرونی نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با طرح‌واره درمانی بر متغیرهای نشانگان وسواس و احساس گناه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری مؤثرتر بوده است.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مذکور گویای سودمندی درمان پذیرش و تعهد بر نشانگان وسواس و احساس گناه در مبتلایان به وسواس است. این یافته‌ها ضمن یاری‌رساندن در تبیین سبب‌شناسی نشانگان وسواس می‌تواند در طرح‌ریزی مداخلات پیشگیرانه امیدبخش باشد، هرچند مطالعات کنترل شده بیشتری در این زمینه نیاز است.

کلید واژه‌ها: درمان پذیرش و تعهد، طرح‌واره درمانی، وسواس فکری-عملی، احساس گناه، زنان

۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلام، تهران، ایران.

۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران (نویسنده مسئول). hassani.fariba@gmail.com

۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

مقدمه

شناخت آن دسته از اختلال‌های روانی که تحت عنوان اختلال وسواس فکری- عملی مشخص می‌شوند، توجه بسیاری از روان‌شناسان، روان‌پزشکان و پژوهشگران را به خود جلب کرده است (قندهاری‌زاده و همکاران، ۱۳۹۷). اختلال وسواس فکری- عملی^۱ بیماری جدی، ناتوان کننده ولی قابل درمانی است. این بیماری از دو جزء وسواسی و اجباری تشکیل شده است (گلاس^۲، ۲۰۱۲ به نقل از پاک‌نیا و همکاران، ۱۳۹۷). اهمیت این اختلال و توجه به آن تا جایی است که در طبقه‌بندی بین‌المللی اختلالات روانی طبقه‌ی^۳ تشخیصی مستقلی را تشکیل می‌دهد (ماهپاترا^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). خصیصه‌ی اصلی آن وجود افکار ناخواسته، تکراری، مزاحم و نیز رفتارهای تکراری، آزاردهنده‌ی آئینی و چنان شدیدی است که رنج قابل ملاحظه‌ای را برای فرد به بار می‌آورد (شارما^۵ و همکاران، ۲۰۱۹). آمارها حاکی از آن است که شیوع این اختلال در جمعیت ایرانی بین ۱/۵ الی ۲/۳ درصد است (حاجبی و همکاران، ۲۰۱۸).

عدم تجانس نمود نشانه‌های وسواس همپوشی بالای وسواس با اختلالات هیجانی، میزان بالای خودکشی در اختلال وسواس به نسبت دیگر اختلالات روان‌پزشکی مانند اختلال‌های اضطرابی و تمایل افراد مبتلا به این اختلال برای پنهان کردن علائم، موانع تشخیص زودهنگام این اختلال و مشارکت بیمار در درمان است (آتولز^۶ و همکاران، ۲۰۱۷). بیماران وسواسی به دلیل سوگیری‌های شناختی^۷ احساس مسئولیت افراطی و احساس گناه^۸ زیادی نسبت به افکار مزاحم خود تجربه می‌کنند (هنایگ-فاست^۹ و همکاران، ۲۰۱۵). یافته‌های پژوهشی احساس گناه را عامل زمینه‌ساز، آشکارساز یا تداوم‌بخش اختلال وسواس فکری-عملی می‌دانند (فینبرگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۰). احساس گناه یک حالت هیجانی و به معنای خود را مقصر و مسئول دانستن در تجارب تلخ است. احساس گناه نه تنها از نادیده انگاشتن معیارهای اخلاقی، مذهبی، شخصی و اجتماعی بلکه از کوتاهی در انجام یک وظیفه یا احساس انجام یک کار نادرست نیز می‌تواند ناشی شود (گامباین و شارپ^{۱۱}، ۲۰۱۸). در مبتلایان به وسواس هنگامی احساس گناه ایجاد می‌شود که براین باور باشند که کار انجام شده یا نشده قبل جبران نیست و به دنبال آن نشخوارهای فکری شدیدی روی می‌دهد که با فعالیت‌های جبرانی تا حدودی احساس فرد تسکین می‌یابد اما کامل برطرف نمی‌شود و می‌تواند در مبتلان به وسواس منجر به تشدید نشانگان شود (کیم و همکاران، ۲۰۱۸).

در طی سال‌ها درمان‌های گوناگونی برای بهبود این اختلال پدید آمده‌اند. پژوهش‌ها در حوزه دارودرمانی نشان داده‌اند که این شیوه درمانی به تنهایی منجر به بهبود این اختلال نمی‌شود و بسیاری از افراد وسواسی نگرش منفی نسبت به دارودرمانی دارند (کاسل^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۹). لذا با توجه به محدودیت‌های دارودرمانی، در حوزه روان‌شناختی توجه زیادی به درمان اختلال وسواس شده است و انواع درمان‌ها برای مقابله مؤثر با نشانگان و هیجانات مرتبط با وسواس پیشنهاد شده است اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد تفاوت این مداخلات از نظر سهولت اجرا و تداوم نتایج درمانی است. در این راستا محققان نشان داده‌اند درمان‌های دارویی بر بهبود اختلال وسواس فکری-عملی تأثیر قابل توجهی دارند ولی این شیوه‌های درمانی دارای محدودیت‌های زیادی هستند، از جمله اینکه اغلب بیماران از ادامه درمان منصرف می‌شوند و به عمد کار درمان را خراب می‌کنند (سالکوسکیس و وال^{۱۳}، ۲۰۰۴). بر همین اساس، در کنار درمان‌های دارویی و پزشکی، روان‌درمانی‌ها نیز به کار برده می‌شوند که یکی از آن‌ها طرح‌واره درمانی^{۱۴} است (خاشو^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). طرح‌واره درمانی سیستم جدید و نوآورانه‌ای از

1. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

2. Glass

3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

4. Mahapatra

5. Sharma

6. Attwells

7. Cognitive Biases

8. Guilt Feeling

9. Hennig-Fast

10. Finberg

11. Gambin & Sharp

12. Cassale

13. Salkovskis & Whal

14. schema-focused therapy

روان درمانی است که یانگ، کلووسکو و ویشار^۲ (۲۰۰۳) آن را با تلفیق مدل‌های مختلف شناختی-رفتاری، دلبستگی، گشتالت، روابط شیء، سازنده‌گرایی و روانکاوانه ارائه کردند. طرح‌واره درمانی بر ریشه‌های تحولی مشکلات روان‌شناختی در دوران کودکی و نوجوانی، استفاده از تکنیک‌های برانگیزاننده و ارائه مفهوم سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار تأکید دارد و هدف اصلی درمان، افزایش احساس ارزشمندی بیمار است. بیمارانی که طرح‌واره‌های آن‌ها بهبود پیدا می‌کند در کنار دیگران احساس راحتی بیشتری می‌کنند، کمتر احساس آسیب‌پذیری کرده و تمایل بیشتری برای وارد شدن به روابط اجتماعی دارد (یانگ و همکاران، ۲۰۰۳). از طرفی امروزه با نسل سوم رفتاردرمانی مواجه هستیم که یکی از مهم‌ترین آن‌ها درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۳ می‌باشد. در این درمان به جای تغییر شناخت‌ها سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد. در واقع هدف اصلی ایجاد توانایی انتخاب عملی در بین گزینه‌های مختلفی است که مناسب‌تر باشند و نه صرفاً اجتناب از افکار، احساسات و خاطرات آشفته‌ساز (پولاکانو^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). در این زمینه عابدی شرق و همکاران (۱۳۹۶) نشان دادند که طرح‌واره درمانی بر نشانه‌های بالینی و هیجانی بیماران مبتلا به وسواس اثر مثبت داشته است. همچنین، بلوت^۵ و همکاران (۲۰۱۴) و مئورت^۶ و همکاران (۲۰۱۲) در پژوهش‌های جداگانه‌ای نشان دادند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان وسواس فکری-عملی و انعطاف‌پذیری روانی افراد گروه آزمایش تأثیر مثبت داشته است. با اذعان به مطالب بالا این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و پذیرش و تعهد درمانی بر نشانگان وسواس فکری-عملی و احساس گناه در مبتلایان به وسواس فکری-عملی انجام شد.

روش

این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی شهرستان دزفول (استان خوزستان) در سال ۱۳۹۷ بود. با روش نمونه‌گیری هدفمند از بین زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به کلینیک خدمات روان‌پزشکی و روان‌شناختی سینا در سطح شهرستان دزفول تعداد ۴۵ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی‌سازی (قرعه‌کشی) در سه گروه مساوی ۱۵ نفری جایگزین شدند. حجم نمونه با توجه به توان آماری، سطح آلفای ۰/۰۵ و اندازه اثر ۰/۸ انتخاب و با استفاده از فرمول $n = \frac{p(1-p)(Z_{1-\alpha/2})^2}{d^2}$ تعیین شد.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل جنسیت (مؤنث)، دامنه سنی ۲۰ الی ۴۰ سال، تشخیص قطعی ابتلا به اختلال وسواس فکری-عملی به وسیله روانپزشک و مصاحبه بالینی به وسیله روان‌شناس، تحصیلات در سطح حداقل دیپلم، عدم دریافت هر نوع درمان دارویی یا روان‌شناختی در ۶ ماه گذشته و رضایت و تمایل فرد برای همکاری در پژوهش بود. ملاک‌های کناره‌گیری از مطالعه نیز شامل دریافت یک برنامه آموزشی دیگر روان‌شناختی همزمان با اجرای این مطالعه، ابتلای به هر یک از اختلالات روان‌شناختی دیگر و یا طبی مزمن، غیبت بیش از یک جلسه در برنامه درمانی و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی بود.

در نهایت پس از قرار گرفتن تصادفی آزمودنی‌ها در سه گروه آزمایش و کنترل، گروه‌های آزمایش هر کدام تحت ۸ جلسه برنامه درمانی به صورت هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه با توجه به پروتوکل تدوین شده قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان قرار گرفت. تحلیل رفتار متقابل با توجه به پروتوکل مداخله تحلیل رفتار متقابل استوارت و جونز^۷ (۲۰۱۲) و واقعیت درمانی نیز با توجه به پروتوکل تدوین شده توسط گلاس^۱ (۲۰۱۲) انجام شد.

۱. Khasho

۲. Young, Klosko & Weishaar

۳. Acceptance and Commitment Therapy

۴. Puolakanho

۵. Bluett

۶. Meuret

۷. Stewart & Joines

جهت انجام پژوهش با مراجعه به کلینیک خدمات روان‌پزشکی و روان‌شناختی سینا در شهرستان دزفول و انتخاب حجم نمونه با رضایت کتبی و گمارش آن‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت افراد برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. همچنین، به افراد نمونه اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت پس از قرار گرفتن تصادفی آزمودنی‌ها در سه گروه آزمایش و کنترل، گروه‌های آزمایش هر کدام تحت ۸ جلسه برنامه درمانی به صورت هفته‌ای یک جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه با توجه به پروتوکل تدوین شده قرار گرفتند اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در لیست انتظار درمان قرار گرفت. لازم به ذکر است که درمان توسط روان‌درمانگران متخصص و در اتاق‌هایی مجزا از مرکز درمانی انجام شد. طرح‌واره درمانی با توجه به پروتوکل مداخله طرح‌واره درمانی یانگ و کلووسکو^۲ (۲۰۰۳ ترجمه‌ی حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز با توجه به پروتوکل تدوین شده توسط باند^۳ و همکاران (۲۰۱۱) انجام شد.

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات طرح‌واره درمانی (منبع: یانگ و کلووسکو، ۲۰۰۳ ترجمه‌ی حمیدپور و اندوز، ۱۳۹۸)

جلسه	خلاصه محتوای جلسات مداخله
یکم	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، بیان اهمیت و هدف درمان و صورت‌بندی مشکلات مراجعان در قالب طرح‌واره درمانی
دوم	بررسی شواهد عینی تأییدکننده یا ردکننده طرح‌واره‌ها براساس شواهد زندگی فعلی و گذشته و بحث پیرامون طرح‌واره‌های سالم و ناسالم
سوم	آموزش تکنیک‌های شناختی مثل آزمون اعتبار طرح‌واره، تعریف جدید از شواهد تأییدکننده طرح‌واره‌ها و ارزیابی مزایا و معایب سبک مقابله‌ای
چهارم	تقویت مفهوم انسجام سالم، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و ارائه راهکارهای بیرون ریختن عواطف، آموزش برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی
پنجم	آموزش تکنیک‌های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آن‌ها
ششم	آموزش رابطه درمانی و چگونگی برقراری رابطه با افراد مهم زندگی و ایفای نقش
هفتم	تمرین رفتارهای سالم و آموزش الگوهای رفتاری جدید، بررسی مزایا و معایب رفتار سالم و ناسالم و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار
هشتم	مرور جلسات قبل و تمرین راهکارهای یادگرفته شده

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد (منبع: باند و همکاران، ۲۰۱۱)

جلسه	خلاصه محتوای جلسات مداخله
یکم	آشنایی و معارفه، بیان محورهای روش مداخله و آموزش اصل خودمشاهده گر (به عنوان زمینه)، تشریح آثار انعطاف‌پذیری، استرس و عواطف منفی
دوم	تشخیص راهبردهای ناکارآمد کنترل‌گری و پیامدهای آن، آموزش اجتناب از تجارب دردناک و راهبردهای مقابله کارآمد
سوم	آموزش اصل پذیرش، آموزش شناخت و پذیرش هیجانات و بررسی تفاوت بین آنها با احساسات و تفکرات غیرمنطقی
چهارم	بیان ارزش‌ها، تفکر و تأمل درباره آن‌ها، مشخص کردن تفاوت بین ارزش‌ها و اهداف و اشتباهات معمول در انتخاب آن‌ها
پنجم	آموزش ذهن آگاهی با تأکید و توجه بر زمان حال و اکنون
ششم	آموزش تکنیک‌های گسلش شناختی و مداخله زنجیره‌های مشکل ساز
هفتم	آموزش و شناسایی طرح‌ها و اقدامات مناسب با ارزش‌ها و تعهد برای انجام آن‌ها و آموزش مفهوم عود و چگونگی مقابله با آن
هشتم	مرور و جمع‌بندی محتوای آموزش‌های جلسات قبل

آزمودنی‌ها مقیاس‌های زیر را قبل و بعد از اجرای مداخله و پس از توضیح دستورالعمل نحوه‌ی پاسخ‌دهی توسط پژوهشگر تکمیل نمودند: مقیاس وسواس فکری-عملی: این مقیاس در سال ۱۹۸۸ توسط ساناویو^۴ تدوین و دارای ۶۰ سؤال می‌باشد. نمره‌گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (به هیچ وجه با نمره صفر تا خیلی زیاد با نمره ۴) انجام می‌شود. دامنه نمرات

۱. Glasser
 ۲. Klosko
 ۳. Bond
 ۴. Sanavio

اكتسابی در این مقیاس بین صفر تا ۲۴۰ است و نمره بالاتر نشان دهنده وسواس فکری-عملی بیشتری است. ساناویو (۱۹۹۸) روایی سازه مقیاس را با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کرده است. در ایران نیز رجیبی (۲۰۰۷) روایی این ابزار را مناسب و پایایی آن را با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش کرده است. در مطالعه حاضر نیز پایایی این مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ محاسبه شد.

مقیاس احساس گناه: این مقیاس در سال ۱۹۹۲ توسط کوگلر و جونز^۱ تدوین و دارای ۴۵ سؤال می‌باشد. نمره گذاری مقیاس در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (کاملاً مخالفم با نمره ۱ تا کاملاً موافقم با نمره ۵) انجام می‌شود. دامنه نمرات اکتسابی در این مقیاس بین ۴۵ تا ۲۲۵ است و نمره بالاتر نشان دهنده احساس گناه بیشتری است. کوگلر و جونز (۱۹۹۲) روایی صوری و محتوایی مقیاس را تأیید و پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز بساک‌نژاد و همکاران (۲۰۱۳) روایی این ابزار را مناسب و پایایی آن را با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش کرده‌اند. در مطالعه حاضر نیز پایایی این مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۵ محاسبه شد. داده‌ها پس از جمع‌آوری با ابزارهای فوق با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این مطالعه ۴۵ نفر در سه گروه وارد مرحله آنالیز نهایی شدند. لازم به ذکر است که هیچکدام از شرکت‌کنندگان طی اجرای مداخله از مطالعه خارج نشدند. داده‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در جدول ۳ براساس آزمون کای دو نشان داد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر سن و سطح تحصیلی با هم تفاوت معناداری ندارند ($P > 0.05$). شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات نشانگان وسواس و احساس گناه به تفکیک گروه‌ها در مراحل ارزیابی در جدول ۴ ارائه شده است. نتایج نشان می‌دهد که میانگین نمره نشانگان وسواس و همچنین، احساس گناه در مراحل پس از آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش یافته است.

جدول ۳. اطلاعات جمعیت شناختی در مبتلایان به وسواس

P	χ^2	طرح‌واره درمانی			متغیر پژوهش
		کنترل	پذیرش و تعهد درمانی فراوانی (درصد)	پذیرش و تعهد درمانی	
۰/۹۰	۰/۱۹	۳ (۰/۲۰)	۳ (۰/۲۰)	۴ (۰/۲۶)	دیپلم
		۸ (۰/۵۴)	۹ (۰/۶۰)	۸ (۰/۵۴)	کارشناسی
		۴ (۰/۲۶)	۳ (۰/۲۰)	۳ (۰/۲۰)	کارشناسی ارشد
۰/۹۶	۰/۴۸	۵ (۰/۳۳)	۵ (۰/۳۳)	۶ (۰/۴۰)	۲۰-۳۰ سال
		۱۰ (۰/۶۷)	۱۰ (۰/۶۷)	۹ (۰/۶۰)	۳۱-۴۰ سال

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل مختلف سنجش در مبتلایان به وسواس

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
			انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	انحراف معیار \pm میانگین	
نشانگان وسواس	طرح‌واره درمانی	۱۵	۱۴۱/۶۰ \pm ۷/۳۴	۱۳۳/۷۳ \pm ۷/۷۰	۱۳۴/۰۰ \pm ۸/۷۹		
	پذیرش و تعهد درمانی	۱۵	۱۳۹/۹۳ \pm ۸/۶۱	۱۲۵/۲۷ \pm ۷/۹۵	۱۲۵/۰۷ \pm ۷/۷۸		
	کنترل	۱۵	۱۴۱/۴۰ \pm ۷/۴۵	۱۴۲/۰۰ \pm ۷/۰۵	۱۴۲/۱۳ \pm ۷/۰۳		
احساس گناه	طرح‌واره درمانی	۱۵	۱۴۵/۰۷ \pm ۱۰/۳۳	۱۳۴/۴۰ \pm ۹/۳۰	۱۳۶/۰۲ \pm ۹/۹۳		
	پذیرش و تعهد درمانی	۱۵	۱۴۶/۲۰ \pm ۱۱/۵۹	۱۲۹/۲۷ \pm ۱۰/۹۹	۱۳۰/۰۷ \pm ۱۱/۲۲		
	کنترل	۱۵	۱۴۴/۷۳ \pm ۱۰/۴۶	۱۴۵/۹۳ \pm ۸/۸۷	۱۴۵/۳۳ \pm ۹/۴۵		

برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحقق مفروضات بهنجار بودن توزیع متغیرها، همگنی شیب خط رگرسیون، همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته و همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس باید بررسی شود. جهت بررسی بهنجار بودن توزیع متغیرها از آزمون ناپارامتری کالموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که شرط نرمال بودن داده‌ها برقرار بود ($P > 0.05$).

¹. Kugler & Jones

بررسی همگنی شیب رگرسیون نشان داد که تعامل بین پیش‌آزمون و گروه (آزمایش و کنترل) برای متغیرهای وابسته (پس‌آزمون‌ها) معنادار نبود، بنابراین شیب‌های رگرسیون در سه گروه همسان تلقی شد. مفروضه همبستگی چندگانه متغیرهای وابسته با آزمون‌های موقتی بررسی شد. نتایج نشان داد فرض کرویت موقتی برقرار نیست و براین اساس از آزمون‌های گرین‌هاوس-گیسر استفاده شد. برای بررسی مفروضه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد که این مفروضه نیز رعایت شده است ($F=1/69$ و $P>0/05$). براین اساس و با توجه به سایر پیش‌فرض‌های بررسی شده در مرحله قبل، تمامی مفروضات لازم برای انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برقرار است.

جدول ۵. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی الگوهای تفاوت در متغیرهای پژوهش در مبتلایان به وسواس (با معیار گرین‌هاوس-گیسر)

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آماری
نشانگان وسواس	گروه	۱۵۵۸/۰۹	۱	۱۵۵۸/۰۹	۱۱/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۵	۰/۹۹
	زمان	۱۵۵۸/۰۹	۱/۰۶	۱۴۸۷/۵۰	۳۶/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۰/۹۹
	گروه*زمان	۱۱۹۴/۹۱	۲/۱۳	۵۵۹/۲۶	۱۳/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۰/۹۹
احساس گناه	گروه	۱۲۰۷/۰۹	۱	۱۲۰۷/۰۹	۴/۲۱	۰/۰۲۲	۰/۱۷	۰/۷۸
	زمان	۲۱۷۵/۶۰	۱/۱۱	۱۹۶۱/۰۲	۷۲/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۰/۹۹
	گروه*زمان	۱۵۶۶/۲۲	۱/۲۲	۷۰۵/۸۷	۲۶/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۰/۹۹

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که در مورد متغیرهای وابسته پژوهش (نشانگان وسواس و احساس گناه) هر سه اثر بین‌گروهی، درون‌گروهی و تعاملی بین‌گروهی و درون‌گروهی معنادار است. مقایسه میانگین‌ها نیز نشان می‌دهد در مراحل پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله در متغیرهای وابسته پژوهش (نشانگان وسواس و احساس گناه) نمرات بهتری کسب کرده‌اند. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برحسب مقایسه‌های زوجی در جدول ۶ نیز نشان می‌دهد تفاوت میانگین گروه طرح‌واره درمانی و گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل در متغیرهای نشانگان وسواس و احساس گناه معنادار است. همچنین، نتایج این جدول نشان می‌دهد علی‌رغم اثربخشی دو روش درمانی بر متغیرهای نشانگان وسواس و احساس گناه تفاوت معناداری میان آن‌ها وجود دارد؛ به این معنا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با طرح‌واره درمانی بر متغیرهای نشانگان وسواس و احساس گناه مؤثرتر بوده است.

جدول ۶. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برحسب عضویت گروهی در متغیرهای پژوهش در مبتلایان به وسواس

متغیر	ACT-SFT		کنترل-CBT		کنترل-ACT	
	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری	تفاوت میانگین	خطای معیار	سطح معناداری
نشانگان وسواس	-۷/۳۱	۴/۶۳	۰/۰۰۴	-۲۰/۰۶	۵/۲۰	۰/۰۰۲
احساس گناه	-۶/۹۵	۳/۰۹	۰/۰۲۱	-۵/۳۴	۱/۲۶	۰/۰۰۲

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی طرح‌واره درمانی و پذیرش و تعهد درمانی بر نشانگان وسواس فکری-عملی و احساس گناه در مبتلایان به وسواس فکری-عملی انجام شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که طرح‌واره درمانی و پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش نشانگان وسواس در زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی تأثیر دارند و میزان تأثیر درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با طرح‌واره درمانی بیشتر بوده است. این یافته از پژوهش با نتایج مطالعات پیشین مانند پوزا^۱ و همکاران (۲۰۱۷)، بلوت^۲ و همکاران (۲۰۱۴) و متورت^۳ و همکاران (۲۰۱۲) همسو می‌باشد. حبیب‌الهی و سلطانی‌زاده (۲۰۱۶) نیز همسو با این یافته از

۱. Pozza
 ۲. Bluett
 ۳. Meuret

پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش اضطراب و نشانگان وسواس در افراد مبتلا به وسواس شده است.

در تبیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان وسواسی می‌توان گفت که بیماران مبتلا به وسواس نمی‌توانند اضطراب همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ دادن را تحمل کنند اما درمان پذیرش و تعهد با کمک تکنیک‌های گسلش و پذیرش میزان آزارندگی این موقعیت‌ها را تقلیل داده و گرچه در این روش درمانی فراوانی و محتوای افکار وسواسی به طور مستقیم هدف قرار نمی‌گیرد اما کاهش افکار نگرانی و نشخوار فکری همراه با آن در نتیجه استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش منجر به کاهش افکار و اعمال وسواسی می‌شود. در این شیوه درمانی بحث‌های مفصلی پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها توسط فرد می‌شود. شاید یکی از دلایل دیگر کاهش نشانگان وسواس تصریح این ارزش‌ها و پرداختن به ارزش‌ها و اهداف مهم زندگی به جای پرداختن و تمرکز بر اعمال وسواسی باشد؛ به عبارت دیگر، در اینجا هدف کمک به فرد بود تا یک فکر وسواسی را فقط یک فکر تجربه کند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایش مهم و در رستای ارزش‌هایش است، بپردازد.

همسو با نتیجه بالا مطالعات پیشین (مانند تی‌یل^۱ و همکاران، ۲۰۱۶ و ویلهلم^۲ و همکاران، ۲۰۱۵) حاکی از اثربخشی درمان طرح‌واره‌ای بر نشانگان بیماران مبتلا به وسواس بوده‌اند. در تبیین اثربخشی و مؤثر بودن طرح‌واره درمانی باید بیان داشت، رویکرد طرح‌واره درمانی با تلفیق چهار تکنیک شناختی، تجربی، رفتاری و رابطه‌ای در افراد دارای وسواس علاوه بر زیر سؤال بردن طرح‌واره‌های ناسازگار که علت اصلی شکل‌گیری افکار ناکارآمد و غیرمنطقی و نشانگان وسواس است، از نظر هیجانی نیز باعث تخلیه عواطف و هیجانات منفی مدفون شده از جمله احساس خشم ناشی از ناتوانی از کنترل خود و نگرانی از کثیفی و عدم تمیزی می‌شود و با استفاده از تکنیک تجربی که شناخت‌واره‌های دوران کودکی و خاطرات کودکی را بازسازی می‌کند، به بروز هیجانات و عواطف سرکوب شده که در نهایت منجر به خودسانسوری هیجانی و مشکل در ابراز عواطف و ناتوانی از مواجهه با نشانگان وسواسی می‌شود، کمک زیادی می‌کند. در حقیقت تلاش برای کنترل یا تنظیم افکار وسواسی (و اضطراب و ترس مرتبط با آن) به طور عمده آن چیزی است که وسواس را تبدیل به یک اختلال می‌کند. تلاش‌ها برای تنظیم این تجارب درونی نتیجه معکوس دارد و به جای افزایش کیفیت زندگی منجر به کاهش آن و نشخوار فکری با نشانگان و تشدید آن‌ها می‌شود.

دیگر یافته پژوهش نشان داد که طرح‌واره درمانی و پذیرش و تعهد درمانی بر کاهش احساس گناه در زنان مبتلا به وسواس فکری-عملی تأثیر دارند و میزان تأثیر درمان پذیرش و تعهد در مقایسه با طرح‌واره درمانی بیشتر بوده است. این یافته با نتایج مطالعات پیشین مانند سرابی و همکاران (۲۰۱۹)، حجت‌خواه و مصباح (۲۰۱۷) و عطایی‌مغانلو و همکاران (۲۰۱۵) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مشاهده احساسات درونی، با تجربه کردن آن‌ها متفاوت است. این مرحله با تعدادی از تمرینات توجه آگاهی انجام می‌شود. هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد تقویت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی فرد است و به درمان‌جویان این امکان را می‌دهد که احساسات خودشان را بدون قضاوت نگاه کنند، زیرا جنگیدن یا اجتناب از هیجانات اثر آن‌ها را تشدید می‌کند. سپس، تمرکز خود را از محتوای تجارب به زمینه تجارب جابه‌جا می‌کند. درمان پذیرش و تعهد بین پذیرش چیزهایی که در کنترل ما نیست و چیزهایی که در کنترل ما هست، تمایز قائل می‌شود. درمانگر در این روش با این ادعا که مغز به طور طبیعی در تمام روز به وسیله افکار و احساسات منفی احاطه شده است، سعی می‌کند این باور را به چالش بکشد. به بیان دیگر، این تنها کاری است که مغز انجام می‌دهد. هیچ راهی برای حذف این افکار و احساسات وجود ندارد اما می‌توان با آنچه تحت کنترل ما نیست و به وسیله ما هدایت نمی‌شود رابطه بهتری ایجاد کرد. از دیدگاه پذیرش و تعهد درمانی فرایند اصلی که رفتارهای مربوط به احساس گناه را از حرکت باز می‌دارد آمیختگی شناختی با محتوای افکار و احساسات شخصی و استفاده بیش از حد از اجتناب تجربی است و مداخلات پذیرش و تعهد درمانی با توقف در آمیختگی شناختی و اجتناب تجربی به تقویت احساسات مثبت و به دور از احساس گناه در بیماران می‌شود.

¹. Thiel

². Wilhelm

همچنین، برمبنای پژوهش زرین‌فر و همکاران (۲۰۱۹) در خصوص اثربخش بودن درمان پذیرش و تعهد نسبت به درمان طرح‌واره‌ای در کاهش احساس گناه می‌توان گفت که درمان پذیرش و تعهد نقش مؤثرتری در ایجاد و ارتقای پذیرش و تعهد برای انجام عمل موفقیت‌آمیز دارد، لذا از طریق ایجاد و توسعه پذیرش و افزایش عمل به ارزش‌ها در مراجعان تغییرات درمانی را ایجاد می‌کند؛ بنابراین افراد تحت درمان پذیرش و تعهد به این باور می‌رسند که توانایی مقابله با چالش‌های زندگی از جمله افکار منفی و ناکارآمد و کاهش اجتناب و توان رویارویی مناسب با مشکلات و باورهای ذهنی خود را که عامل احساس گناه هستند، دارند. براساس ادبیات و مبنای پژوهش می‌توان ادعا نمود که در طرح‌واره درمانی با برقراری رابطه درمانی عمیق‌تر، تمرکز بر طرح‌واره‌های هیجانی خاص هر بیمار، جایگزین کردن راهبردهای هیجانی کارآمدتر، شکستن مقاومت بیمار در فرآیند مواجهه‌سازی و رهایی از احساس گناه ممکن می‌گردد. مفهوم رابطه درمانی عمیق‌تر به این اشاره دارد که درمانگر طی جلسات درمانی بیشتر از آنکه به فکر پایبندی به دستور جلسه و ساختار درمان باشد، به هیجانات و احساسات بیمار اهمیت می‌دهد. از سوی دیگر، این سؤال که چگونه توجه کردن به هیجانات و احساسات بیمار در اثربخشی درمان مؤثر است، اشاره دارد به اعتقاد مبنی بر اینکه اگر به هیجانات بیمار در جریان درمان توجهی نشود بیمار وارد فرآیند مقاومت می‌شود. به همین دلیل توجه به هیجانات نه تنها مانع از مقاومت در بیمار می‌شود بلکه به بیمار فرصت مواجهه و رهاسازی هیجانات و احساسات را داده و به این ترتیب از احساس گناه کاسته می‌شود.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، جامعه منحصر به زنان مبتلا به وسواس است، نتایج و یافته‌های به دست آمده تنها قابل کاربرد در جامعه آماری پژوهش حاضر می‌باشد و لازم است در تعمیم آن به سایر افراد جامعه احتیاط شود. با توجه به نتایج مطالعه حاضر مبنی بر اثربخش بودن روش‌های مداخله‌ای شامل طرح‌واره درمانی و پذیرش و تعهد درمانی بر بهبود نشانگان وسواس و کاهش احساس گناه به دست اندرکاران و متخصصان درمان بیماران وسواسی پیشنهاد می‌شود این پژوهش را بر روی دیگر جوامع اجرا و نتایج پژوهش‌ها را با یکدیگر مقایسه کنند. نقطه قوت این پژوهش، تازگی آن در استفاده از روش پذیرش و تعهد و بررسی تأثیر آن بر احساس گناه و نشانگان وسواس به طور همزمان بود. برخلاف روند حاضر مراکز درمان روانپزشکی که تأکید فراوانی بر دارو درمانگری داشته و به طور کلی از خدمات روان‌شناسی غفلت می‌نمایند، با توانمندسازی روانشناسان مراکز در بهره‌مندی از خدمات روان‌شناختی به ویژه درمان پذیرش و تعهد در کنار تجویز دارویی به کاهش تبعاتی چون غیبت‌های مکرر، مصرف داروهای خواب‌آور، قطع ناگهانی درمان، تشدید علائم وسواس و کاهش حس گنا منجر گردند. دیگر محدودیت مطالعه حاضر مربوط می‌شود به سنجش به کمک ابزارهای خودگزارشی و اجرای دو روش درمانی توسط درمانگران ثابت بود که این امر ممکن است موجب سوگیری در نتایج درمان شود، لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده این امر مورد توجه قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده برای کنترل اثر انتظار، برنامه‌های شبه درمان (برنامه پلاسیبو) روی گروه کنترل اجرا شود.

References

- Attwells S, Setiawan E, Wilson AA, Rusjan PM & et al. (2017). Inflammation in the Neurocircuitry of Obsessive-Compulsive Disorder. *JAMA Psychiatry*; 74(8):833-840. [[Link](#)]
- Abedi Shargh N, Ahovan M, Doostian Y, Aazami & et al. (2017). The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Clinical Symptom and Emotional Schemas in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychology Studies*; 7(26):149-163. [[Link](#)][InPersian]
- Ataie Moghanloo V, Ataie Moghanloo R, Moazezi M. (2015). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy for Depression, Psychological Well-Being and Feeling of Guilt in 7- 15 Years Old Diabetic Children. *Iran J Pediatr*; 25(4):e2436. [[Link](#)][InPersian]
- Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM & et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behav Ther*; 42(4):676-88. [[Link](#)]
- Bluett EJ, Homan KJ, Morrison KL, Levin ME & et al. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical review. *J Anxiety Disord*; 28(6):612-24. [[Link](#)]
- Bassak Nejad S, Zargar Y, Hatami Sarbarzeh M. (2013). The effectiveness of cognitive behavior group therapy on thought- action fusion, thought suppression and guilty feeling of university students. *J Res Cogn Behav Sci*; 3(1):23-32. [[Link](#)][InPersian]
- Cassale AD, Sorice S, Padovano A, Simmaco M & et al. (2019). Psychopharmacological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). *Curr Neuropharmacol*; 17(8): 710-736. [[Link](#)][InPersian]
- Finberg NA, Hollander E, Pallanti S, Walitza S & et al. (2020). Clinical advances in obsessive-compulsive disorder: a position statement by the International College of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. *Int Clin Psychopharmacol*; 35(4): 173-193. [[Link](#)]
- Gambin M, Sharp C. (2018). The relations between empathy, guilt, shame and depression in inpatient adolescents. *J Affect Disord*; 241:381-7. [[Link](#)]
- Gandaharizadeh A, Aghamohammadian Sharbaf H, Bagheri F. (2019). The Effectiveness of Psychological Well-being Treatment on Clinical Syndrome and Positive and Negative Affect of Obsessive-Compulsive Patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*; 6(1):53-62. [[Link](#)][In Persian]
- Hajebi A, Motevalian SA, Rahimi Movaghar A, Sharifi V & et al. (2018). Major anxiety disorders in Iran: prevalence, sociodemographic correlates and service utilization. *BMC Psychiatry*; 18(1):261-85. [[Link](#)][In Persian]
- HojjatKhah S, Mesbah I. (2017). Effectiveness of group therapy based on Acceptance and commitment on social anxiety of derelict teenage girls. *Psychol Except Indiv*; 6(24):153-80. [[Link](#)][In Persian]
- Hennig-Fast K, Michl P, Muller J, Niedermeier N & et al. (2015). Obsessive-compulsive disorder--A question of conscience? An fMRI study of behavioural and neurofunctional correlates of shame and guilt. *J Psychiatr Res*; 68:354-62. [[Link](#)]
- Kim D, Ryba NL, Kalabalik J, Westrich L. (2018). Critical Review of the Use of Second-Generation Antipsychotics in Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *Drugs R D*; 18(3):167-189. [[Link](#)]
- Khasho DA, Van Alphen, SPG, Heijnen-Kohl, SMJ, Ouwens MA & et al (2019). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: Protocol of a multiple-baseline study. *Contemporary Clinical Trials Communications*; 14: 321-330. [[Link](#)]

- Kugler K, Jones WH. (1992). On conceptualizing and assessing guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*; 62, 318- 327. [[Link](#)]
- Mahapatra A, Kuppili PP, Gupta R, Deep R & et al. (2020). Prevalence and predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder in an Indian setting. *Indian J Psychiatry*; 62(1):43-50. [[Link](#)]
- Meuret AE, Twohig MP, Rosenfield D, Hayes SC & et al. (2012). Brief acceptance and commitment therapy and exposure for panic disorder: A pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*; 19(4), 606-618. [[Link](#)]
- Rajabi GR. (2007). Validating of the Padua obsessive-compulsion inventory in freshman students of Shahid Chamran university of Ahvaz. *J Fundament Ment Health*; 8(33-34):43-52. [[Link](#)][In Persian]
- Pozza A, Domenichetti S, Giaquinta N, Davide D. (2017). Efficacy of cbt plus acceptance & commitment therapy versus cbt alone for obsessive-compulsive disorder. Protocol for a randomised single-blinded superiority trial. *Eur Psychiatry*; 41. [[Link](#)]
- Puolakanho A, Lappalainen R, Lappalainen P, Muotka JS & et al. (2019). Reducing Stress and Enhancing Academic Buoyancy among Adolescents Using a Brief Web-based Program Based on Acceptance and Commitment Therapy: A Randomized Controlled Trial. *J Youth Adolesc*; 48(2): 287–305. [[Link](#)]
- Pakniya N, Mirzaei A, Jahan J, Ranjbar Sudejani Y & et al. (2018). To Compare the Effectiveness of Confrontation / encounter and Response Prevention Model with the Dangerous Ideation Reduction Method on Reducing Alexithymia and Cognitive avoidance among obsessive disorder Patients. *Psychological Studies*; 14(1):109-126. [[Link](#)][In Persian]
- Sharma E, Tripathi A, Grover S, Avasthi A & et al. (2019). Clinical profile of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A multicentric study from India. *Indian J Psychiatry*; 61(6):564-571. [[Link](#)]
- Sarabi P, Parvizi F, Kakabaraee K. (2019). The effectiveness of psychotherapy based on acceptance and commitment on sexual function, sexual guilt feeling, sexual self-consciousness and sexual assertiveness among women with sexual dysfunction. *J Woman Cult*; 11(39):87-105. [[Link](#)][In Persian]
- Soltanzadeh M. (2016). The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on obsessions-compulsions in girl adolescents with body dysmorphic disorder. *Shenakht j psychol psychiatry*; 2(4):1-10. [[Link](#)][In Persian]
- Salkovskis PM, Whal K. (2004). Treating Obsessional Problem Using Cognitive-Behavioral Therapy. In M. A. Reinecke, & D. A. Clark (Eds). *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and Practice*. Cambridge, Cambridge University Press. [[Link](#)]
- Sanavio E. (1988) Obsessions and compulsions: The Padua inventory. *Behav Res Therap*; 26(2):169-77. [[Link](#)]
- Thiel N, Jacob G, Tuschen-Caffier Bm, Herbst N & et al. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive – compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*; 52:59-67. [[Link](#)]
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. (2003). *Schema therapy: A practioner's Guide*. 1st ed. New York: Guilford Press. [[Link](#)]
- Wilhelm S, Berman C N, Keshaviah A, Schwartz R. (2015). Mechanisms of Change in Cognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: Role of Maladaptive Beliefs and Schemas. *Behav Res Ther*; 65: 5–10. [[Link](#)]
- Zarinfar E, Balooti A, Mirzavandi J. (2019). Effect of Training based on Acceptance and Commitment on Flexibility, Perceived Stress and Resilience of Female Employees of Hospital. *Iran J Rehabil Res*; 5(4):26-33. [[Link](#)][In Persian]