

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر کاهش نگرانی از سلامتی، باورهای غیر منطقی و درگیری فکری درگیری فکری افراد مبتلا به وسواس

میعاد خلف زاده^۱

^۱ کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

چکیده

هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT بر نگرانی از سلامتی، باورهای غیر منطقی و درگیری فکری در بین افراد مبتلا به وسواس بود. طرح پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. حجم نمونه ۴۰ نفر بود که از جامعه مذکور، به روش تصادفی ساده انتخاب شدند. ۲۰ نفر به گروه آزمایش و ۲۰ نفر به گروه کنترل تخصیص یافتند. ابزار های پژوهشی مورد استفاده پرسشنامه های نگرانی از سلامتی، باورهای غیر منطقی و درگیری فکری بود. گروه آزمایش در طول یازده جلسه، هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ACT دریافت کردند. برای تحلیل داده ها از تحلیل کواریانس چند متغیره و یک متغیره استفاده شد. یافته ها نشان داد نتایج مؤید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون ابعاد نگرانی از سلامتی با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته یعنی ابعاد نگرانی از سلامتی ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می دهد که ۶۶/۹ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. نتایج مؤید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون باورهای غیر منطقی با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته یعنی ابعاد باورهای غیر منطقی ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می دهد که ۷۵/۱ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. نتایج نشان می دهد که بین آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون ابعاد درگیری فکری با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (ابعاد درگیری فکری) ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می دهد که ۰/۶۱ درصد تفاوت دو گروه مربوط به برنامه آزمایشی است.

واژه های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، نگرانی از سلامتی، باورهای غیر منطقی، درگیری فکری

مقدمه

اختلال وسواسی به عنوان ساختارهای پیش‌بینی کننده ای تعریف می شود که از نگرانی‌های زیاد از حد در باره مسایل واقعی زندگی متفاوت است. این موضوع اشاره به تمایز افکار وسواسی از نگرانی‌هایی دارد که در اختلال اضطراب فراگیر شایع است. در واقع وجود آگاهی فرد از افکار و تصاویر ناخوانده مزاحم به عنوان فرآورده ذهن خودش، برای تمایز آن‌ها از پدیده‌های روان‌پزشی، ضروری است. برای آنکه این رفتارها به عنوان اعمال وسواسی در نظر گرفته شوند، لازم است با هدف جلوگیری و یا کاهش ناراحتی یا پیامدهای دردناک انجام شوند، بدون اینکه پیوند و ارتباط واقع بینانه‌ای داشته باشد با آن چه قرار است بی‌اثر و خنثی کنند. با توجه به اینکه افکار ناخوانده مزاحم در کسانی که مشکلات بالینی و مرضی ندارند، شایع است (دسیلوا، و راجمان^۱ ۲۰۰۳، ترجمه شاپوریان، ۱۳۹۹). در وسواس فکری و عملی به نظر می رسد که شخص مجبور است درباره چیزهایی فکر کند که همواره آرزو می کند بتواند راجع به آنها نیندیشد. یا ناچار است اعمالی را انجام دهد که دائماً به خود می گوید: ای کاش می توانستم آنها را انجام ندهم. بدین ترتیب وسواس های فکری، شامل اندیشه ها، تکانه ها، و عقاید ناخواسته و مداومی هستند که شخص قادر به خودداری از آنها نیست. اما وسواس های عملی، رفتارهای به ظاهر نامعقولی را که به صورتی ثابت و تکراری انجام می شوند، در بر می گیرند. افرادی که اختلال وسواس فکری و عملی دارند از ماهیت اضطراب آور و ناتوان کننده ی وسواسهای خود آگاهند، ولی احساس می کنند که قادر نیستند آنها را متوقف سازند. وسواس فکری و عملی غالباً ارتباط مستقیمی با یکدیگر دارند. مثلاً شخصی که به کثیف بودن دستهای خود یا گناه آلود بودن آنها معتقد است، امکان دارد که دست های خود را هر چند دقیقه یکبار بشوید. فرد دیگری که افکار وسواسی دارد ممکن است بکوشد تا از طریق تمرکز بر شمردن قدمهایش آنها را از ذهن خویش دور کند (آزاد، ۱۳۹۸). شیوع اختلالات وسواسی در افراد دارای درآمد بالا و تا حدودی در گروههای روشنفکرتر بیشتر است. غالباً از اواخر نوجوانی و اوایل بزرگسالی آغاز می شود و احتمال بروز آن در زن و مرد یکسان است. بعضی از تحقیقات پیش رویدادی حاکی از آنند که در حدود ۵۰ درصد از افراد مبتلا ازدواج نکرده اند. زبان و تکلم افراد وسواس بیانگر آن است که آنان توجهی اغراق آمیز نسبت به جزئیات دارند. خواهان فضائی انزواجویانه هستند و در تصمیم گیری دچار اشکال اند (احمدوند، ۱۳۹۹). اعمال وسواسی غالباً به صورت تمیزی و پاکیزگی افراطی، نظم و ترتیب بیش از حد، تردید و دودلی درباره درست انجام دادن کارها، کندی و دقت فوق العاده نسبت به انجام دادن وظایف، و بررسی و باز بینی فوق العاده ی امور و اوضاع و احوال جلوه گر می شوند. افکار وسواسی ممکن است در اطراف موضوعهای مختلف از قبیل توجه زیاد به عملکردهای بدنی، ارتکاب اعمال غیراخلاقی، کشتن همسر یا فرزند متمرکز شود. گرچه افکار وسواسی به ندرت به صورت عمل در می آیند، ولی منبع عذاب برای فرد هستند. انجام عمل وسواسی معمولاً موجب رضایت خاطر و کاهش اضطراب در فرد می شود. به همین دلیل کوششهای وی برای منع و توقف اعمال و افکار وسواسی که به نظرش عجیب و مزخرف می رسند با شکست مواجه می شود زیرا می ترسد که این عمل موجب افزایش اضطراب در وی شود (گنجی، ۱۳۹۸).

بعضی از افراد مبتلا به اختلال وسواسی در افکار وسواسی خود متوجه نتایج عاطفی آنها می شوند این عواطف اغلب تحت عنوان ناراحتی و یا نگرانی از سلامتی تعریف می شوند. تعداد زیادی از مبتلایان به اختلال وسواسی معتقد هستند که آنها افرادی هستند که مسئولیت جلوگیری از وقوع فجایع و مصیبت ها را در آینده به عهده دارند، در چنین افرادی این نوع عواطف به صورت اضطراب بیان می شود. این نوع اضطراب ممکن است به شکل حملات اضطراب و ترس ناگهانی ظاهر شود و یا ممکن است به شکل نگرانی از آسیب رساندن به دیگران در آینده بیان شود. بسیاری دیگر از افراد مبتلا به اختلال وسواسی این نوع عواطف را به شکل تنفر و نفرت می پندارند. این نوع تنفر ممکن است به صورت جسمانی باشد. به عنوان مثال، ممکن است شما فکر کنید که دیگران همیشه چیزهای آلوده و کثیف مثل مدفوع سگ را لمس می کنند یا حتی ممکن است به صورت اخلاقی باشد که به شکل افکار مزاحم در ذهن شما ظاهر می شوند. بعضی دیگر از افراد مبتلا به اختلال وسواسی از اینکه

^۱Desilo & Rachman

دارای چنین درگیری فکری هستند احساس شرم و خجالت کرده و خود را مثلاً به دلیل دارا بودن طبیعت پرخاشگرانه یا جنسی محکوم کرده و احساس می کنند که این نوع ویژگی ها از طرف دیگران طرد شده هستند. گاهی فرد مبتلا به اختلال وسواسی فکر می کند که او مسئول وقوع فجایع و یامصیبت هایی که در گذشته اتفاق افتاده اند است و در نتیجه شدیداً احساس گناه می کند. تعدادی از مبتلایان به اختلال وسواسی براساس نتایج حاصل از آن، شدیداً احساس افسردگی می کنند، مخصوصاً اگر مدتی از وقت خود را در این زمینه صرف کنند. بعضی دیگر از مبتلایان به اختلال وسواسی خیلی ناامید و بی قرار می شوند، و اختلال وسواسی به طور جدی روی روابط آنها با افراد فامیل و دوستان تاثیر می گذارد (کاپلان و سادوک ۲۰۰۷، ترجمه رفیعی و سبحانین، ۱۳۹۷).

یکی از عواملی که می توان این افراد را آزرده کند نگرانی از سلامتی است. این حالت یکی از انواع اختلالات روانی است که طی آن فعالیت های بیمار، به شدت کاهش پیدا می کند و در واقع، او انگیزه ای برای انجام دادن بسیاری از کارها نخواهد داشت. فرد نگران انرژی و مهارت های زندگی اش کاهش پیدا می کند و تمرکز حواس وی نیز به میزان زیادی پایین می آید. گاهی پرخاشگر و گاهی ناامید است. احساس گناه در این افراد بسیار قوی است. علاوه بر این که بیمار از اهدافش در زندگی باز می ماند و باعث کاهش فعالیت های اجتماعی و تولیدی می شود، این امر ضربه بزرگی به اقتصاد جامعه نیز وارد می کند. در حقیقت، این اختلال در مجموعه ای از علائم (نشانگان) بروز می یابد که بر اساس کمیت و کیفیت و مدت زمان دارا بودن این علائم، می توان تشخیص داد که فرد به یکی از انواع پریشانی مبتلا شده است. البته باید توجه داشت که این اختلال در نشانگان ظاهر می شود و فقط با یک نشانه نمی توان به پریشانی پی برد (آزاد، ۱۳۹۸).

از این رو درگیری فکری به خلق منفی و دیگر علائم افسرده ساز، افکار و باورهایی هستند که مکرر توجه فرد را معطوف به احساسات منفی، ماهیت و نتایج این احساسات می کنند. بیماران درگیر درگیری فکری بدون آن که برای حل مشکلاتشان کاری انجام دهند به علل و نتایج علائم افسرده ساز فکر می کنند و هیچ کار مؤثری برای رهایی از این علائم انجام نمی دهند. براین اساس گروهی از افراد معتقدند درگیری فکری راهبرد مفیدی برای کسب بینش، شناسایی علل و محرک های افسردگی است و زمینه مناسب برای حل مسئله را برای آنان فراهم می کند و هم چنین خطاهای آینده را پیشگیری کرده و باعث می شود تا آن ها بتوانند امور را اولویت بندی نمایند (لوبومیرسکی، ۲۰۲۰). مارتین و داهلن^۴ (۲۰۱۹) در زمینه درگیری فکری، آن را به عنوان یک پیشاینده برای افسردگی و ناراحتی هیجانی به شمار می آورند. موریس^۵ (۲۰۱۹) خود نشان دادند که درگیری فکری تأثیرات به سزایی بر افسردگی و طولانی تر شدن آن دارد.

روشی که می تواند بر کاهش نگرانی از سلامتی و باورهای غیر منطقی و درگیری فکری افراد مبتلا به وسواس موثر واقع شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ است. درمان پذیرش و تعهد (ACT) یکی از درمانهای رفتاری موج سوم رفتار درمانی است که مبتنی بر هشیاری فراگیر (حضور ذهن) است (زتل و هیس ۲۰۲۱). اولین موج درمانهای رفتاری که در دهه پنجاه و شصت بر تغییر رفتار آشکار تمرکز می کرد، از تکنیک هایی بهره می برد که به اصول شرطی سازی

^۱Kaplan & Sadok

2- Lyubomirsky,s

^۴Martin and

^۵Morris

^۶Acceptance and commitment therapy

^۷Zetle,r & Hayes

کلاسیک و عامل مربوط بود موج دوم در دهه ی هفتاد شامل مداخلات شناختی به عنوان راهبرد کلیدی برای درمان مشکلات روانی بود، درمان شناختی - رفتاری براین موج دوم غالب بود (هاریس و ماسولا^{۱۹}، ۲۰۱۹).

هدف در درمان پذیرش و تعهد (ACT) ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی بیشتر است. منظور از انعطاف پذیری روان شناختی توانایی تغییر یا مداومت در طبقات رفتاری کنشی است که انجام آن به اهداف ارزشمند کمک می - کند. چون ممکن نیست که فرآیندهای زبانی که مشکلات انسان را ایجاد می کنند را حذف یا جابجا کنیم، هدف این است که این فرآیندها را تحت کنترل بافتاری در بیاوریم. درمان پذیرش و تعهد (ACT) برای انجام این امر از شش فرآیند کلیدی استفاده می کند. این شش فرایند، جنبه هایی از فرآیند گسترده تر انعطاف پذیری روان شناختی است. این فرآیندها به تغییر فرآیندهای مرکزی زبانی که در انعطاف پذیری روان شناختی مداخله می کند، مربوط اند. مداخلات درمان پذیرش و تعهد (ACT) از طریق هر کدام از این فرآیند ها می تواند انجام شود (شیهی و هوران^{۲۰}، ۲۰۱۸). درمان پذیرش و تعهد (ACT) انعطاف پذیری روان شناختی را با کمک به مراجع برای درک واقعی هزینه های انعطاف ناپذیری روان شناختی شروع می کند و سپس به شش مهارت دیگر می پردازد. این شش فرایند عبارت اند از: الف) پذیرش روان شناختی ب) گسلش شناختی ج) تمایز خود به عنوان یک بافتار از خود مفهوم سازی شده ت) تماس با لحظه کنونی و خود به عنوان فرایند ث) تمایز انتخاب از عمل مستدل، روشن سازی ارزش ها و تمایز آن ها از اهداف و اعمال ج) آموزش مداومت رفتار متعهدانه و راهبردهای تغییر رفتار که با ارزش های انتخابی مرتبطند (بریکر^{۲۱} و همکاران، ۲۰۱۸). این شش فرآیند می تواند به دو گروه اصلی تقسیم شود. مهارت های پذیرش، گسلش، تماس با لحظه حاضر و خود به عنوان بافتار، همراه با یکدیگر، «مهارت های پذیرش و هشجاری فراگیر» را تشکیل می دهند. مهارت های تماس با لحظه حاضر، خود به عنوان بافتار، ارزش ها و عمل متعهدانه نیز همراه با یکدیگر «مهارت های تعهد و تغییر رفتار» را تشکیل می دهند. دلیل اینکه این درمان، درمان پذیرش و تعهد (ACT) نامیده شده است نیز همین است که این دو بخش بزرگ مهارتها در رویکرد کلی درمان پذیرش و تعهد (ACT) با یکدیگر یکپارچه می شوند (کینگ^{۲۲}، ۲۰۱۷). بنابراین مسئله اصلی در این تحقیق بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش نگرانی از سلامتی و باورهای غیر منطقی و درگیری فکری درگیری فکری افراد مبتلا به وسواس باشد. در واقع سوال اصلی پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش نگرانی از سلامتی و باورهای غیر منطقی و درگیری فکری درگیری فکری افراد مبتلا به وسواس تاثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش، نیمه آزمایشی و از نوع پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. گروه های آزمایش و گواه به روش تصادفی معادل شد و قبل از اعمال مداخله های نیمه آزمایشی در مورد گروه های آزمایش و گواه، پیش آزمونی در باره آن ها اجرا شد و پس آزمونی نیز در پایان مداخله اجرا گردید. تفاوت بین پیش آزمون و پس آزمون هر گروه از نظر معنی دار بودن آماری مورد بررسی قرار گرفت. بدین صورت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به عنوان متغیر مستقل اعمال گردید تا تأثیر آن بر نگرانی از سلامتی، باورهای غیر منطقی و درگیری فکری افراد مبتلا به وسواس به عنوان متغیر وابسته مشخص گردد. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه افراد مبتلا به وسواس مراجعه کننده به درمانگاه ها و مراکز درمان اختلالات روان شناختی شهر اهواز در سال ۱۴۰۱ می باشد. نمونه مورد نظر شامل ۴۰ نفر از افراد مبتلا به اختلال وسواس می باشد که برای مشخص شدن آن ها به قید قرعه از بین مراکز و خدمات روان شناختی شهر اهواز انتخاب شد و از بین پرونده های موجود از افرادی که توسط

^{۱۹}Harris & Masola

^{۲۰}Sheehy, & Horon

^{۲۱}Bricker,

^{۲۲}Keng

پزشک و روانشناسان تشخیص وسواس داده شدند تعداد ۴۰ نفر به طور تصادفی ساده به دو گروه ۲۰ نفره آزمایشی و کنترل (گواه) تقسیم شدند.

ابزار گردآوری داده ها

۱) پرسشنامه نگرانی از سلامتی روان شناختی: این پرسشنامه ویژه شناسایی اختلالات روانی در جمعیت عمومی است که کسلر و همکاران در سال ۲۰۰۳ به دو صورت ۱۰ سوالی و ۶ سوالی تدوین و در مطالعات مختلف از آن استفاده کردند، برای شناسایی اختلالات خلقی و اضطرابی، کارایی ۱۰ آیتمی بیشتر است. شیوه نمره گذاری آن؛ هر ماده به کمک ۵ گزینه (=هیچ وقت تا ۴ = همیشه) به هر کدام از این گزینه ها بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای نمره داده می شود (صفر برای هیچ وقت و ۴ برای همیشه) نمره گذاری می شوند که بصورت لیکرتی از هیچ وقت تا همیشه است. لذا بیشترین نمره در ۱۰ آیتمی برابر ۴۰ است وزیری و لطفی کاشانی (۱۳۹۱). فوروکاوا، کسلر، اسلید، آندروز^۲ (۲۰۰۱) در یک مطالعه ی کشوری، پرسشنامه K10 را مورد اعتباریابی قرار دادند. آنها نتیجه گرفتند که برای شناسایی اختلالات خلقی و اضطرابی فرم K10 کارایی بالایی دارد (ویکتورین^۳ ۲۰۰۱). وزیری و لطفی کاشانی (۱۳۹۱) در یک مطالعه ی پژوهشی، پایایی پرسشنامه ی کسلر را با روش آلفای کرونباخ برابر ۸۳/۰ بدست آوردند. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه نگرانی از سلامتی با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۸، که بیانگر ضرایب مطلوب پرسشنامه یاد شده است.

۲) پرسشنامه درگیری فکری: این مقیاس در سال ۱۹۹۶ توسط راجمن و شفران^۴ پدید آمد. دارای ۱۹ سوال ۵ گزینه ای (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) می باشد که در نمره گزینه هابه ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و صفر می باشد. در سه خرده مقیاس ۱- آمیختگی فکر - عمل احتمالی برای خود (۳ آیتم)، ۲- آمیختگی فکر - عمل احتمالی برای دیگران (۴ آیتم) و ۳- آمیختگی فکر - عمل اخلاقی (۱۲ آیتم) تدارک دیده شده است. اما در مقیاس اغتشاش فکر - عمل تجدید نظر شده، هشت خرده مقیاس به مقیاس TAF اولیه افزوده شده است، که دو خرده مقیاس به طور کامل جدید و شش خرده مقیاس در واقع به نحوی حاصل ویرایش مقیاس قبلی اند. خرده مقیاس های جدید عبارتند از: خرده مقیاسی که اعتقاد به این که احتمال وقوع رویدادهای مثبت برای دیگران به وسیله افکار شخص افزایش می یابد را میسنجد (۴ گویه) (خانی پور، ۱۳۹۹). خرده مقیاسی که اعتقاد به این که به وسیله افکار می توان از وقوع آسیب جلوگیری کرد را مورد ارزیابی قرار میدهد (۳ گویه) شش خرده مقیاس دیگر ارزش و مسئولیتی را میسنجد که فرد در مورد هر یک از انواع افکار منفی، مثبت و دورکننده آسیب در خود احساس میکند. در حقیقت در این مقیاس TAF احتمال برای دیگران به ۳ نوع تفکر منفی، مثبت و دورکننده تقسیم شده، سپس میزان احتمال، ارزش و مسئولیتی که فرد برای هر دسته از افکار قائل است، به طور جداگانه در ۹ خرده مقیاس مورد سنجش قرار میگیرد. این ۹ خرده مقیاس به همراه خرده مقیاسهای TAF اخلاقی، TAF احتمالی برای خود در مجموع ۱۱ خرده مقیاس TAF-R را تشکیل می دهند. مجموع گویه های این مقیاس جدید ۲۷ گویه است، اما از گویه ۱۶ تا ۲۷ هر گویه به دو قسمت تبدیل می شود و برای هر قسمت نمره جداگانه لحاظ می شود (خانی پور، ۱۳۹۹).

نتایج بررسی خصوصیات روانسنجی این مقیاس در ایران پورفرجی و محمدی (۱۳۷۸) بدین شرح است: نتیجه تحلیل عامل اکتشافی با استفاده از چرخش واریماکس بیانگر وجود ۸ عامل بود که ۰/۸۰ واریانس کل مقیاس را تبیین نمودند. عوامل به ترتیب عبارتند از: TAF اخلاقی، احساس مسئولیت در قبال افکار مثبت، احتمال وقوع وقایع منفی، احتمال وقوع وقایع مثبت، احساس مسئولیت در قبال افکار منفی، احساس مسئولیت در قبال افکار جلوگیری از خطر، احتمال جلوگیری از خطر با داشتن فکر آن و احتمال وقوع افکار در مورد خود. برای محاسبه پایایی مقیاس از روشهای همسانی درونی، بازآزمایی با فاصله ۴

^۱ Furukawa, Kessler, Slade, Andrews

^۲ Victorine

^۳ Rachman & Shfran

هفته بر روی نمونه ۳۵ نفری و تنصیفی استفاده شد. ضرایب حاصل از پایایی برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۶۱ و ۰/۸۲ و به دست آمد. در مطالعه بخشی پور و همکاران (۱۳۹۰) همسانی درونی ضرایب آلفای به دست آمده برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده مقیاسها از ۰/۷۹ تا ۰/۹۵ بودند. ضرایب پایایی حاصل از بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۶۱ و برای خرده مقیاسها ۰/۵۹ تا ۰/۶۳ به دست آمد. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی پرسشنامه درآمیختگی فکری با استفاده از روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید که برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۱، که بیانگر ضرایب مطلوب پرسشنامه یاد شده است.

۳) پرسشنامه باورهای غیر منطقی، این پرسشنامه توسط جونز و همکاران (۱۹۹۴) ساخته و دارای ۴۰ سوال و به صورت طیف ۵ گزینه ای (به شدت مخالف، تاحدی مخالف، نه مخالف نه موافق، تاحدی موافق، به شدت موافق) می باشد. در این پرسشنامه، به هر گزینه از ۱ تا ۵ امتیاز داده می شود. در نهایت، پس از پاسخگویی به همه سوالات، نمرات باهم جمع می شوند. کامکاری و عسکریان در پژوهشی تحت عنوان بررسی تفکرات غیر منطقی در بین دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی تهران، روایی و اعتبار این پرسشنامه را برآورد نموده اند. برای دستیابی به این منظور، پس از ترجمه، سوالات به رویت متخصصان روانشناسی رسانده شد و روایی محتوایی پرسشنامه، مورد تایید قرار گرفت. در مرحله بعد، پرسشنامه بر روی یک گروه ۵۰۰ نفری اجرا گردید، ضریب اعتبار آن با کل پرسشنامه از طریق ضریب همبستگی محاسبه گردید. سپس تجانس دورونی سوالات پرسشنامه مشخص گردید. همچنین با تاکید بر روش تحلیل عام، تمامی عوامل ده گانه پرسشنامه مورد پذیرش تحلیل عامل تاییدی قرار گرفت. در پژوهش دیگری که توس اسماعیل زاده و عسکریان و تحت عنوان بررسی رابطه بین تفکرات غیر منطقی و پیشرفت تحصیلی در بین دانشجویان دانشگاه آزاد واحد اسلامشهر انجام گرفت، مشخص گردید که این پرسشنامه از روایی و اعتبار مطلوبی بر خوردار و واجد ویژگی های روانسنجی مناسبی می باشد.

روش اجرای پژوهش

گزینش نمونه ی این پژوهش به این طریق بود که به افراد مبتلا به وسواس مراجعه کننده به درمانگاه ها و مراکز درمان اختلالات روانشناختی شهر اهواز اطلاعات مختصری راجع به طرح پژوهشی، اهداف آن و شیوه ی اجرای مداخله داده می شد. در نهایت افرادی که تمایل داشتند، به عنوان گروه آزمایش، در جلسات مداخله حضور یافتند. پس از جایگزینی تصادفی افراد مبتلا به وسواس در دو گروه آزمایش و کنترل، افراد مبتلا به وسواس گروه آزمایش به مدت ۱۱ جلسه ی ۱/۵ ساعته، به صورت هفتگی تحت آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) قرار گرفتند؛ اما افراد مبتلا به وسواس گروه کنترل در این مدت مداخله ای دریافت نمودند. افراد مبتلا به وسواس هر دو گروه هم در خط پایه و هم بلافاصله پس از پایان مداخله، به پرسشنامه های نگرانی از سلامتی، باورهای غیر منطقی و درگیری فکری پاسخ دادند. هر جلسه اهداف مشخصی را دنبال می کرد.

پروتکل اجرایی جلسات ACT (هیز، ۲۰۰۲)

جلسه اول: خوشامدگویی و آشنایی و معارفه ی اعضای گروه با درمانگر و با یکدیگر؛ بیان احساسات افراد قبل از آمدن به جلسه؛ دلیل آمدن به این جلسه و انتظاری که از جلسات درمانی دارند؛ بیان تجارب مشابه قبلی؛ بیان قوانینی که رعایت آن ها در گروه الزامی است از جمله: به موقع آمدن - عدم غیبت (وقت شناسی) انجام تکالیف و...؛ بیان اصل رازداری و احترام متقابل اعضای گروه به یکدیگر؛ بیان موضوع پژوهش و اهداف آن و بیان این موضوع که روی اهداف فکر شود؛ ارایه کلی مطالب آموزشی پیرامون تعهد و پذیرش و نتایج آن؛ اجرای پیش آزمون.

جلسه دوم: توضیح و بیان این اصل که چرا نیاز به مداخلات روان شناختی احساس می شود؟؛ ایجاد امید و انتظار درمان در کاهش این فشارها؛ بیان اصل پذیرش و شناخت احساسات و افکار پیرامون مشکلات، آگاهی بخشی در این زمینه که افکار را

به عنوان افکار و احساسات را به عنوان احساسات و خاطرات را فقط به عنوان خاطره بپذیریم؛ ارایه ی تکلیف در زمینه ی پذیرش خود و احساسات ناشی از بیماری.

جلسه سوم: بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره ی احساسات و افکار اعضای گروه؛ آموزش این مطلب که اعضا، بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آنها با افکار و احساسات؛ ارایه ی تکلیف اینکه چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می پذیریم؟

جلسه چهارم: بررسی تکالیف؛ ارایه ی تکنیک ذهن آگاهی و تمرکز بر تنفس؛ ارایه ی تکنیک حضور در لحظه و توقف فکر؛ تاکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار؛ تاکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر؛ تکالیف: رویدادهای زندگی (آزاردهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و اعتیاد را پایان کار نبینیم و آن را فقط به عنوان یک بیماری تصور کنیم نه بیشتر.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم و آگاهی به این موضوع که آنچه نمیتوانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارایه ی این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند، فقط شاهد آنها باشند ولی قضاوت نکنند؛ ارایه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت.

جلسه ششم: ارایه ی بازخود و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارایه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یعنی بعد از انتخاب مسیر ارزشمند و درست در خصوص رسیدن به آرامش یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)؛ ارایه ی تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی؛ تمرین مجدد ذهن آگاهی به همراه اسکن بدن.

جلسه هفتم: ارایه ی بازخورد و جستجوی مسایل حل نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه های مختلف، به گونه ای که مناسب تر باشد نه عملی تر.

جلسه هشتم: بررسی تکالیف؛ جمع بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضا جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارایه ی بازخود به اعضای گروه، قدردانی و سپاسگزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس آزمون.

یافته ها

جدول شماره ۱: میانگین و انحراف معیار نگرانی از سلامتی به تفکیک گروه و مرحله سنجش

متغیر پژوهش	گروه	تعداد	پیش آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس آزمون انحراف معیار \pm میانگین
استرس	آزمایش	۲۰	۵/۱۱ \pm ۴/۶۰	۹/۷۶ \pm ۲/۱۶
اضطراب	کنترل	۲۰	۷/۴۸ \pm ۲/۳۴	۷/۳۲ \pm ۲/۲۳
خشم	آزمایش	۲۰	۹/۰۰ \pm ۷/۵۶	۱۲/۱۶ \pm ۴/۹۵
	کنترل	۲۰	۸/۹۷ \pm ۶/۸۴	۵/۴۶ \pm ۳/۷۳
افسردگی	آزمایش	۲۰	۳/۱۲ \pm ۳/۱۴	۵/۳۶ \pm ۱/۲۲

کنترل	۲۰	$5/13 \pm 4/65$	$4/19 \pm 0/71$
آزمایش	۲۰	$38/93 \pm 27/16$	$53/58 \pm 25/10$
کنترل	۲۰	$45/16 \pm 24/33$	$38/47 \pm 15/66$

نمره کل نگرانی از سلامتی

نتایج جدول شماره ۱ نشان می‌دهد که میانگین (و انحراف معیار) نمره کل متغیر باورهای غیر منطقی در افراد گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با $38/93$ (و $27/16$) و در مرحله پس آزمون برابر با $53/58$ (و $25/10$) می‌باشد. در افراد گروه کنترل میانگین (و انحراف معیار) این متغیر در مرحله پیش آزمون برابر با $45/16$ (و $24/33$) و در مرحله پس آزمون برابر با $38/47$ (و $15/66$) می‌باشد.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار باورهای غیر منطقی و ابعاد آن به تفکیک گروه و مرحله سنجش

متغیر پژوهش	گروه	تعداد	پیش آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس آزمون انحراف معیار \pm میانگین
توقع تایید از دیگران	آزمایش	۲۰	۱۱/۱۳ \pm ۰/۷۶	۱۵/۲۱ \pm ۲/۰۵
انتظارات بیش از حد از خود	کنترل	۲۰	۱۲/۱۸ \pm ۱/۰۴	۱۲/۰۱ \pm ۰/۹۳
سرزنش خود	آزمایش	۲۰	۱۱/۲۴ \pm ۰/۸۸	۱۴/۰۰ \pm ۱/۵۳
واکنش همراه با ناکامی	کنترل	۲۰	۱۲/۶۷ \pm ۱/۱۴	۱۲/۴۵ \pm ۱/۱۰
بی مسئولیتی هیجانی	آزمایش	۲۰	۱۰/۰۹ \pm ۰/۶۱	۱۳/۶۶ \pm ۱/۸۹
کنترل	۲۰	۱۳/۰۰ \pm ۱/۲۵	۱۲/۸۷ \pm ۱/۱۹	
توقع تایید از دیگران	آزمایش	۲۰	۱۲/۱۱ \pm ۱/۳۶	۱۴/۳۸ \pm ۲/۷۴
انتظارات بیش از حد از خود	کنترل	۲۰	۱۱/۲۲ \pm ۰/۸۴	۱۱/۱۴ \pm ۱/۱۸
سرزنش خود	آزمایش	۲۰	۱۱/۳۴ \pm ۰/۹۶	۱۵/۴۹ \pm ۲/۵۹
واکنش همراه با ناکامی	کنترل	۲۰	۱۰/۱۷ \pm ۰/۵۴	۱۰/۰۰ \pm ۰/۷۳
بی مسئولیتی هیجانی	آزمایش	۲۰	۱۲/۳۳ \pm ۱/۵۳	۱۵/۹۵ \pm ۲/۶۶
کنترل	۲۰	۱۲/۰۰ \pm ۱/۶۸	۱۱/۷۷ \pm ۱/۲۱	
نمره کل باورهای غیر منطقی	آزمایش	۲۰	۹۵/۱۸ \pm ۱۰/۳۹	۱۲۰/۰۸ \pm ۱۷/۰۱
	کنترل	۲۰	۹۷/۰۵ \pm ۱۰/۵۹	۹۳/۶۰ \pm ۸/۹۵

نتایج جدول شماره ۲ نشان می‌دهد که میانگین (و انحراف معیار) نمره کل متغیر باورهای غیر منطقی در افراد گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با $95/18$ (و $10/39$) و در مرحله پس آزمون برابر با $120/08$ (و $17/01$) می‌باشد. در افراد گروه کنترل میانگین (و انحراف معیار) این متغیر در مرحله پیش آزمون برابر با $97/05$ (و $10/59$) و در مرحله پس آزمون برابر با $93/60$ (و $8/95$) می‌باشد.

جدول شماره ۳ میانگین و انحراف معیار درگیری فکری به تفکیک گروه و مرحله سنجش

متغیر پژوهش	گروه	تعداد	پیش آزمون انحراف معیار \pm میانگین	پس آزمون انحراف معیار \pm میانگین
مرور احساسات ناشی از مشکل	آزمایش	۲۰	۲۶/۰۰ \pm ۵/۱۷	۱۸/۹۲ \pm ۱/۹۳
انتقاد از خود	کنترل	۲۰	۲۴/۱۳ \pm ۴/۸۵	۲۳/۱۰ \pm ۳/۷۶
مرور ذهنی مسائل	آزمایش	۲۰	۲۲/۴۹ \pm ۳/۱۰	۱۷/۱۵ \pm ۱/۹۶
	کنترل	۲۰	۲۴/۶۵ \pm ۴/۱۶	۲۴/۷۰ \pm ۴/۹۰
مرور احساسات ناشی از مشکل	آزمایش	۲۰	۲۸/۱۶ \pm ۷/۰۰	۲۱/۱۴ \pm ۳/۴۴
انتقاد از خود	کنترل	۲۰	۲۵/۱۱ \pm ۶/۵۴	۲۵/۰۳ \pm ۵/۴۴
مرور ذهنی مسائل	آزمایش	۲۰	۲۵/۶۴ \pm ۳/۷۱	۱۸/۱۲ \pm ۴/۱۸
	کنترل	۲۰	۲۶/۰۰ \pm ۴/۰۹	۲۴/۵۸ \pm ۴/۲۴
نمره کل درگیری فکری	آزمایش	۲۰	۱۰۲/۲۹ \pm ۱۸/۹۸	۷۵/۳۳ \pm ۱۱/۵۱
	کنترل	۲۰	۹۹/۸۹ \pm ۱۹/۶۴	۹۷/۴۱ \pm ۱۸/۳۴

نتایج جدول شماره ۳ نشان می‌دهد که میانگین (و انحراف معیار) نمره کل متغیر درگیری فکری در افراد گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون برابر با ۱۰۲/۲۹ (و ۱۸/۹۸) و در مرحله پس آزمون برابر با ۷۵/۳۳ (و ۱۱/۵۱) می‌باشد. در افراد گروه کنترل میانگین (و انحراف معیار) این متغیر در مرحله پیش آزمون برابر با ۹۹/۸۹ (و ۱۹/۶۴) و در مرحله پس آزمون برابر با ۹۷/۴۱ (و ۱۸/۳۴) می‌باشد.

جدول شماره ۴ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا)

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	سطح معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۹۴۵	۱۸۹/۵۹۳	۰/۰۰۰	۰/۷۴۵	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۵۵	۱۸۹/۵۹۳	۰/۰۰۰	۰/۷۴۵	۱/۰۰۰
اثر هتلینگ	۱۷/۲۳۶	۱۸۹/۵۹۳	۰/۰۰۰	۰/۷۴۵	۱/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۱۷/۲۳۶	۱۸۹/۵۹۳	۰/۰۰۰	۰/۷۴۵	۱/۰۰۰

نتایج جدول شماره ۴ بیانگر آن است که اثر لامبدای ویلکز ($F=189/593$; $P=0/000$) معنادار است. نتایج نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون متغیرهای کلی با کنترل پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می‌دهد که ۷۴/۵ درصد تفاوت دو گروه مربوط به برنامه آزمایشی است. بعد از این، به بررسی این موضوع باید پرداخته شود که آیا متغیرهای وابسته (نگرانی از سلامتی-باورهای غیر منطقی و درگیری فکری) به طور جداگانه از متغیر مستقل (روان درمانی مثبت گرا) اثر پذیرفته اند یا خیر؟ بدین منظور از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) استفاده شده است که نتایج آن در جدول شماره ۴-۱۴ ارائه شده است.

جدول شماره ۵: نتایج اثرات بین آزمودنی کوواریانس چندمتغیره در پس آزمون متغیرهای وابسته

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	آماره F	P-Value	ضریب تأثیر	توان آماری
نگرانی از سلامتی	۱۴۹۸/۲۴۵	۱	۷۴/۱۹۲	۰/۰۰۰	۰/۶۷۹	۰/۰۰۰
باورهای غیر منطقی	۱۸۹۵/۲۷۶	۱	۱۳/۸۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۸۴	۰/۹۵۱
درگیری فکری	۳۰۵۸/۶۲۷	۱	۳۸/۶۳۶	۰/۰۰۰	۰/۶۱۲	۱/۰۰۰

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در جدول شماره ۵ نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) (با کنترل اثر پیش آزمون به عنوان عامل همپراش روی پس آزمون) بر کاهش نگرانی از سلامتی با ضریب اتای ۰/۶۷، کاهش باورهای غیر منطقی با ضریب اتای ۰/۵۸ و کاهش درگیری فکری با ضریب اتای ۰/۶۱ تأثیر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش مبنی بر اینکه «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر نگرانی از سلامتی، باورهای غیر منطقی و درگیری فکری افراد مبتلا به وسواس تأثیر دارد»، تأیید می شود.

جدول شماره ۶: نتایج آزمون های چندمتغیره پس آزمون نگرانی از سلامتی

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	سطح معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۱۶۹	۴/۵۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۰/۹۴۲
لامبدای ویلکز	۰/۸۳۱	۴/۵۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۰/۹۴۲
اثر هتلینگ	۰/۲۰۳	۴/۵۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۰/۹۴۲
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۰۳	۴/۵۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۶۹	۰/۹۴۲

نتایج جدول شماره ۶ بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($P=0/001$ و $F=4/538$) معنادار است. نتایج مؤید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون ابعاد نگرانی از سلامتی با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته یعنی ابعاد نگرانی از سلامتی ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می دهد که ۶۶/۹ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است.

جدول شماره ۷: نتایج اثرات بین آزمودنی کوواریانس چندمتغیره در پس آزمون ابعاد نگرانی از سلامتی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	آماره F	P-Value	ضریب تأثیر	توان آماری
استرس	۸۸/۵۷	۱	۱۳/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲۱	۰/۸۷۶
اضطراب	۱۰۲/۵۹	۱	۱۷/۳۱	۰/۰۰۴	۰/۵۴۴	۰/۷۹۱
خشم	۴۴/۶۰۴	۱	۲۱/۵۴	۰/۰۱۲	۰/۵۷۲	۰/۶۹۳
افسردگی	۵۸/۵۴۳	۱	۱۵/۸۶	۰/۰۰۲	۰/۶۴۵	۰/۸۵۳

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در جدول شماره ۷ نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) (با کنترل اثر پیش آزمون به عنوان عامل همپراش روی پس آزمون) بر افزایش هر یک از ابعاد نگرانی از سلامتی شامل استرس

($F=13/43$, $P=0/001$ و $Eta=0/621$)، اضطراب ($F=17/31$, $P=0/004$ و $Eta=0/544$)، خشم ($F=21/54$, $P=0/012$) و ($Eta=0/572$) و افسردگی ($F=15/86$, $P=0/002$ و $Eta=0/645$) در مرحله پس آزمون تأثیر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش ابعاد نگرانی از سلامتی افراد مبتلا به وسواس تأثیر دارد»، تأیید می شود.

جدول شماره ۸: نتایج آزمون های چندمتغیره پس آزمون ابعاد باورهای غیر منطقی

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	سطح معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۹۵۳	۱۷/۶۰۴	۰/۰۰۰	۰/۷۵۱	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۶۲۷	۱۷/۶۰۴	۰/۰۰۰	۰/۷۵۱	۱/۰۰۰
اثر هتلینگ	۴۵/۶۳۹	۱۷/۶۰۴	۰/۰۰۰	۰/۷۵۱	۱/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۴۵/۶۳۹	۱۷/۶۰۴	۰/۰۰۰	۰/۷۵۱	۱/۰۰۰

نتایج جدول شماره ۸ بیانگر آن است که لامبدای ویلکز ($P=0/000$ و $F=17/604$) معنادار است. نتایج مؤید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون باورهای غیر منطقی با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته یعنی ابعاد باورهای غیر منطقی ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می دهد که ۷۵/۱ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است.

جدول شماره ۹: نتایج اثرات بین آزمودنی کوواریانس چندمتغیره در پس آزمون باورهای غیر منطقی

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	آماره F	P-Value	ضریب تأثیر	توان آماری
توقع تایید از دیگران	۲۶/۳۴۹	۱	۱۸/۳۷	۰/۰۰۰	۰/۶۲۰	۰/۹۹۶
انتظارات بیش از حد از خود	۵۶/۷۶۲	۱	۰/۹۹	۰/۰۰۰	۰/۷۱۹	۰/۹۹۶
سرزنش خود	۳۴/۱۸۹	۱	۱۱/۸۷	۰/۰۰۰	۰/۶۵۹	۰/۹۹۶
واکنش همراه با ناکامی	۱۱/۹۲۳	۱	۱۵/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۷۲۳	۰/۹۹۶
بی مسئولیتی هیجانی	۶۷/۷۳۰	۱	۲۳/۰۴	۰/۰۰۰	۰/۸۱۰	۰/۹۹۶
درماندگی برای تغییر	۱۰۹/۷۲۳	۱	۱۶/۶۹	۰/۰۰۰	۰/۷۱۳	۰/۹۹۶

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در جدول شماره ۹ نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) (با کنترل اثر پیش آزمون به عنوان عامل همپراش روی پس آزمون) بر بهبود هر یک از ابعاد باورهای غیر منطقی شامل توقع تایید از دیگران ($F=18/37$, $P=0/001$ و $Eta=0/620$)، انتظارات بیش از حد از خود ($F=0/99$, $P=0/000$ و $Eta=0/719$)، سرزنش خود ($F=11/87$, $P=0/000$ و $Eta=0/659$)، واکنش همراه با ناکامی ($F=15/68$, $P=0/000$ و $Eta=0/723$)، بی مسئولیتی هیجانی ($F=23/04$, $P=0/000$ و $Eta=0/810$) و درماندگی برای تغییر ($F=16/69$, $P=0/000$ و $Eta=0/713$) در مرحله پس آزمون تأثیر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش باورهای غیر منطقی افراد مبتلا به وسواس تأثیر دارد»، تأیید می شود.

جدول شماره ۱۰: نتایج آزمون های چندمتغیره پس آزمون ابعاد درگیری فکری

نوع آزمون	مقدار	آزمون F	سطح معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
اثر پیلایی	۰/۹۴۲	۸۴/۷۲۱	۰/۰۰۳	۰/۶۱۲	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۵۸	۸۴/۷۲۱	۰/۰۰۳	۰/۶۱۲	۱/۰۰۰
اثر هتلینگ	۱۶/۱۳۷	۸۴/۷۲۱	۰/۰۰۳	۰/۶۱۲	۱/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۱۶/۱۳۷	۸۴/۷۲۱	۰/۰۰۳	۰/۶۱۲	۱/۰۰۰

نتایج جدول شماره ۱۰ بیانگر آن است که اثر پیلایی ($F=84/721$; $P=0/003$) معنادار است. نتایج نشان می دهد که بین آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون ابعاد درگیری فکری با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (ابعاد درگیری فکری) ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می دهد که ۰/۶۱ درصد تفاوت دو گروه مربوط به برنامه آزمایشی است.

جدول شماره ۴-۲۰: نتایج اثرات بین آزمودنی کوواریانس چندمتغیره بر نمرات پس آزمون ابعاد درگیری فکری

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	آماره F	سطح معناداری	ضریب تأثیر	توان آماری
مرور احساسات ناشی از مشکل	۱۲۵۳/۶۵۶	۱	۱۰۴/۳۲۷	۰/۰۰۰	۰/۸۱۳	۱/۰۰۰
انتقاد از خود	۲۱۰/۸۱۸	۱	۶۰/۴۵۳	۰/۰۰۰	۰/۷۱۶	۱/۰۰۰
مرور ذهنی مسائل	۲۷۰/۳۴۰	۱	۱۰۰/۰۰۵	۰/۰۰۰	۰/۸۰۸	۱/۰۰۰
نگرانی در مورد عدم حل مشکل	۵۵۳/۶۸۱	۱	۸۹/۴۸۸	۰/۰۰۰	۰/۷۸۹	۱/۰۰۰

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) در جدول شماره ۱۱ نشان می دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با کنترل اثر پیش آزمون به عنوان عامل همپراش روی پس آزمون) بر کاهش هر یک از ابعاد درگیری فکری شامل فاصله از یکدیگر ($F=104/327$, $P=0/000$ و $\text{Eta}=0/813$)، احساس انزوا ($F=60/453$, $P=0/000$ و $\text{Eta}=0/716$)، نیاز به هم صحبت ($F=100/005$, $P=0/000$ و $\text{Eta}=0/808$) و احساس بی حوصلگی ($F=89/488$, $P=0/000$ و $\text{Eta}=0/789$) در مرحله پس آزمون تأثیر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه سوم پژوهش مبنی بر اینکه «درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کاهش درگیری فکری افراد مبتلا به وسواس تأثیر دارد»، تأیید می شود.

بحث و نتیجه گیری

نتایج مؤید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون ابعاد نگرانی از سلامتی با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته یعنی ابعاد نگرانی از سلامتی ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می دهد که ۶۶/۹ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. در تبیین یافته حاضر چنین می توان استنباط کرد که اختلال وسواسی - عملی از جمله اختلالات اضطرابی است که در ابتدا به واسطه تداوم افکار وسواسی مشخص می شود. افکار، تکان ها، یا تصاویر ذهنی مزاحم برانگیزنده اضطراب که اداره زندگی فرد را به دست گرفته و بر آن غالب می شوند. این اختلال یکی از ناتوان سازترین اختلالات اضطرابی است و از طرف سازمان بهداشت جهانی به عنوان یکی از علل اساسی ناتوانی شناخته شده است. افکار وسواسی اولین مولفه اختلال وسواسی -

عملی محسوب می شوند. دومین مولفه آن رواج وسواس های عملی است. فشار بر فرد مبتلا برای انجام مجموعه ای از اعمال تکراری غیر عقلانی بر طبق قواعد انعطاف ناپذیر درونی، که فرد با تصور کنترل زندگی به صورت ذهنی به آنها مبادرت می ورزد. در گذشته اعمال و افکار وسواسی مولفه های مجزای این اختلال در نظر گرفته می شدند، اما اخیراً به سمت یکپارچگی در دیدگاهی تک بعدی پیش می روند (گنجی، ۱۳۹۸).

در کل افرادی که دچار اختلال وسواس می شوند در پی آن حالات نگرانی از سلامتی را تجربه می کنند که می تواند بسیار آزار دهنده باشد و نیاز به درمانهای مختلف باشد از جمله درمان روان شناختی تعهد و پذیرش. در این درمان، هدف کاهش نشانه نیست و هیچ تلاشی برای آن صورت نمی گیرد، اما کاهش نشانه، نتیجه آن است. از دیدگاه درمان پذیرش و تعهد تلاش مداوم برای رها شدن از نشانه ها در درجه اول اختلال بالینی ایجاد می کند (شیهی و هوران^{۱۸}، ۲۰۱۸). به محض اینکه تجربه های خصوصی برچسب «نشانه» گرفت، تلاشهایی برای از بین بردن یا کاهش آن صورت می گیرد. هدف درمان پذیرش و تعهد، تغییر نوع ارتباط با تجربه های خصوصی (احساسات و افکار) مشکل آفرین است، به گونه ای که دیگر آنها را به صورت نشانه ادراک نشود. در عوض، یاد گرفته شود که آنها را- حتی اگر ناراحت کننده باشند- به عنوان وقایع روان شناختی موقت در نظر بگیرد

یکی از روشهای احساس ناراحتی و پریشانی از وضعیتهای اضطرابی در افراد مبتلا به وسواس، عدم تحمل شکست و ناکامی می باشد. این امر بدین معنی است که فرد احساس می کند موقعیتهای اضطراب آور غیر قابل تحمل می باشند. همین امر به نوبه خود باعث افزایش اضطراب و پریشانی خواهد شد. در چنین موقعیتی فرد برای فرار از اضطراب، به روشهایی چون اجتناب کردن وجستجوی راه حل های فرار از موقعیت مبادرت می ورزد که خود این جریان غرق شدن بیشتر در باتلاق اختلال وسواس فکری-عملی می باشد. براساس بیشتر مطالعات صورت گرفته بر روی اختلال وسواسی جبری، این اختلال با بسیاری از اختلال های روانی دیگر رابطه دارد. تاکنون پژوهش ها، رابطه بین اختلال وسواسی جبری با اختلالات افسردگی اساسی^{۱۶}، اضطراب منتشر^{۱۷}، دوقطبی^{۱۸}، تیک^{۱۹}، بیش فعالی تکانش گری^{۲۰}، خوردن^{۲۱}، اوتیسم^{۲۲}، اسکیزوفرنی^{۲۳} و اسکیزوتایپی^{۲۴} را نشان داده اند. هم ابتلایی های روان پزشکی می تواند سبب وخیم تر شدن سیر اختلال گردد، پریشانی از جمله شایع ترین اختلال هایی است که با اختلال وسواسی جبری هم پوشی دارد (موریس^{۲۵}، ۲۰۱۹). یکی دیگر از اختلالات شایع در افراد وسواسی نیز

^{۱۸}Sheehy & Horon

^{۱۶}Major Depression Disorder

^{۱۷}Generalized Anxiety Disorder

^{۱۸}Bipolar Disorder

^{۱۹}Tic Disorder

^{۲۰}Attention Deficit Hyperactivity Disorder

^{۲۱}Eating Disorder

^{۲۲}Autism Disorder

^{۲۳}Schizophrenia Disorder

^{۲۴}Schizotypy Disorder

^{۲۵}Morris

درآمیختگی فکر است. درگیری فکری را می‌توان به عنوان نوعی پردازش ذهنی، با هدف درک دلایل غمگینی و یافتن راهی برای مقابله با افکار و احساسات آشفته ساز قلمداد کرد. در مقابل، نگرانی به پیش بینی خطر و برنامه ریزی راه‌هایی برای اجتناب یا مقابله با آن معطوف است. در وسواس فکری و عملی به نظر می‌رسد که شخص مجبور است درباره چیزهایی فکر کند که همواره آرزو می‌کند بتواند راجع به آنها نیندیشد. یا ناچار است اعمالی را انجام دهد که دائماً به خود می‌گوید: ای کاش می‌توانستم آنها را انجام ندهم. بدین ترتیب وسواس های فکری: شامل اندیشه ها، تکانه ها، و عقاید ناخواسته و مداومی هستند که شخص قادر به خودداری از آنها نیست. اما وسواس های عملی، رفتارهای به ظاهر نامعقولی را که به صورتی ثابت و تکراری انجام می‌شوند، در بر می‌گیرند.

از این رو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به افراد کمک نمود که احساس شایستگی و کارآمدی بیشتری در مسئولیت های روزانه و چالش های زندگی داشته باشند و موجب پیشرفت افراد در مهارت های مدیریت فشار روانی، حل مساله و تصمیم گیری، حل تعارض ها، خودگردانی، رهبری، وظیفه شناسی و رشد رفتارهای پسندیده شود. مثبت اندیشی موجب افزایش ظرفیت و توان روان شناختی اشخاص می‌شود. قدرت سازگاری اشخاص در مقابل فشارها و مشکلات زندگی و اجتماع برابر نیست. در یک محیط مشابه اجتماعی بعضی از اشخاص توانایی مقابله با مشکلات و موقعیت های چالش انگیز را خیلی زود از دست می‌دهند و در دام انزوا، افسردگی، رفتارهای ضد یا غیر اجتماعی و به ویژه وابستگی دارویی گرفتار می‌شوند. در حالی که عده ای دیگر به راحتی قادرند از پس این موقعیتهای بر آیند و بدون عارضه خاصی مشکل را برطرف نمایند و یا آن را پشت سر بگذارند. این تفاوت در واکنش های مقابله ای و دفاعی افراد به تفاوت در ظرفیت روان شناختی آنها نسبت داده می‌شود.

در کل افرادی که دچار ناسازگاری می‌شوند در پی آن حالات پریشانی را تجربه می‌کنند که می‌تواند بسیار آزار دهنده باشد و نیاز به درمانهای مختلف باشد از جمله آموزش روانشناسی مثبت گرا. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نقش اساسی را در بهداشت روانی افراد مبتلا به وسواس ایفا می‌کند و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسب ارائه شود نقش برجسته تری خواهد داشت. روانشناسی امروز برخلاف دوره های قبل صرفاً به دنبال توصیف و تبیین انواع بیماری ها و اختلالات روانی و راه های درمان و چاره نیست. امروزه علم در هر زمینه ای در پی این است که علاوه بر درمان موثر بیماری ها و ناراحتی ها، اعم از روحی و جسمی، شیوه ها و برنامه هایی جهت بالا بردن احساس بهزیستی و جلوگیری و یا لااقل کاهش ناراحتی ها ارائه کند. در درمان پریشانی روانی افراد مبتلا به وسواس طی آموزش روانشناسی مثبت گرا، به محض اینکه تجربه های خصوصی برچسب «نشانه» گرفت، تلاشهایی برای از بین بردن یا کاهش آن صورت می‌گیرد.

نتایج مؤید آن است که بین گروه های آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون باورهای غیر منطقی با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته یعنی ابعاد باورهای غیر منطقی ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می‌دهد که ۷۵/۱ درصد تفاوت دو گروه مربوط به مداخله آزمایشی است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت که اختلال وسواس جبری یک اختلال اضطرابی است، که با تفکرات وسواسی عود کننده و رفتارهای تکراری تظاهر می‌نماید. وسواس های فکری امیال، تصورات یا تفکرات مقاومند، که فرد نمی‌تواند از آن ها اجتناب نماید. از سوی دیگر، وسواس های عملی رفتارها یا جریان های عادی تکراری اند، که باید دنبال شوند و از میلی که برای فرونشاندن وسواس های فکری است ناشی می‌شوند. اختلال وسواس فکری – عملی چهارمین تشخیص شایع روان پزشکی است که نسبت شیوع طول عمر دو درصد و بالاتر را شامل می‌شود. شروع علایم معمولاً تدریجی است، اگر چه تعدادی از

بیماران یک شروع ناگهانی را گزارش می دهند. تعدادی از آن ها یک رویداد تسریع کننده را یادآوری می کنند و تعدادی دیگر این گونه نمی باشند. رویدادهای تسریع کننده می توانند شامل فشار روانی هیجانی در محیط کار و خانه، افزایش سطوح مسئولیت، مشکلات سلامتی و داغدیدگی باشد. راهنمای تشخیصی آماری اختلال های روانی بیان می کند که ویژگی های اساسی اختلال وسواس فکری - عملی، وسواس های فکری یا عملی تکرار شونده اند که به اندازه ای شدیدند که زمان زیادی را به خود اختصاص می دهند (بیش از یک ساعت) یا به اختلال مهم نگرانی از سلامتی چشمگیری منجر می شوند. فرد در دوره ی اختلال تشخیص می دهد که وسواس های فکری - عملی او نامعقول و افراطی هستند. تشریفات اجبار در قالب رفتاری و ذهنی اشکال گوناگون دارد و اغلب بیماران بیش از یک نوع از این اجبارها را دارا هستند. معروف ترین اشکال بالینی تشریفات، شستشو و پاکیزگی است، که برای از بین بردن آلودگی یک منبع خاص مانند میکروب ها یا مواد شیمیایی طراحی می شوند. در سال های اخیر ترس ها در اطراف بیماری ایدز می باشد. تظاهرات دیگر وسواس تشریفات واریسی می باشد. که با هدف جلوگیری از فاجعه های خاص مانند دزدی، آتش سوزی، آسیب به شخص، خجالت اجتماعی و طرد شدن طراحی شده اند (سید محمدی، ۱۳۹۸).

در اختلال وسواس، اعمالی هستند که شخص بارها و بارها در پاسخ به یک وسواس فکری انجام می دهد. هدف وسواسهای عملی، کاهش احتمال آسیب زدن و آزار رساندن می باشد تا اینکه بدین وسیله وی احساس آرامش کرده و همه چیز را خوب بپندارد وسواسهای عملی می توانند به صورت اعمالی باشند که به وسیله دیگران قابل مشاهده باشند (از قبیل: کنترل کردن تا جایی که احساس آرامش بکنید)، یا به صورت اعمال ذهنی است که بوسیله دیگران قابل مشاهده نمی باشد (از قبیل: گفتن عبارات خاصی در ذهن خود). وسواسهای ذهنی معمولاً بسیار پیچیده هستند و ممکن است دوباره و به طور ممتد قابل تکرار نباشند. وسواس های فکری افکار، تصاویر ذهنی، یا تکانه های مزاحم مستمر و مکرر را در بردارند که به صورت ناراحت کننده و نامناسب تجربه می شوند. افرادی که این گونه وسواس های فکری را دارند سعی می کنند در برابر آنها مقاومت کرده یا آنها را متوقف کنند، یا با فکر و عمل دیگری آنها را خنثی سازند. وسواس های عملی می توانند رفتارهای مکرر آشکار (مانند دست شستن، واریسی کردن، یا مرتب کردن) یا اعمال ذهنی ناآشکار (مانند شمردن، دعا کردن، یا گفتن بی صدای کلمات خاص) را در برداشته باشند. فرد مبتلا به وسواس معمولاً احساس می کند که در واکنش به وسواس فکری، مجبور به انجام دادن این رفتار تشریفاتی وسواسی است و معمولاً در رابطه با نحوه ای که رفتار وسواسی باید انجام شود، مقررات بسیار خشکی وجود دارد. رفتارهای وسواسی با هدف جلوگیری کردن از ناراحتی یا کاهش دادن آن یا پیشگیری از رویداد یا موقعیتی وحشتناک انجام می شوند (باچر، مینکا، هولی (۲۰۰۸)، ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۹۸).

باورهای فرد یا طرحواره های ذهنی است که طرز برخورد و نگرش شخص به خود، جهان و آینده تعیین می شود. اگر این ساختارهای شناختی منطقی و مثبت باشد، گرایش فرد به همه چیز مثبت و امیدوارانه خواهد بود و در صورتی که این ساختارهای شناختی غیرمنطقی باشد، نگرش فرد به خود، آینده و دنیای پیرامونش منفی خواهد شد، به گونه ای که واقعیت های متضاد طوری تعبیر می شوند که در چهارچوب دریافتهای از پیش شکل گرفته و جهت دار جای بگیرند و این تعبیر جهت دار موجب پردازش نادرست اطلاعات و تحریف ها و خطاهای شناختی می شود. بنابراین افراد متقاضی طلاق با نیازهای متعددی پا به عرصه وجود می گذارند و دائم درصدد رفع مشکلات می باشند. تمایل شدیدی به عشق، محبت و احترام، رشد، ترقی و آرزو دارد و به شدت از ناکامی و بی توجهی اجتناب می کند. به طور کلی او با توان زیادی برای خواستن متولد می شود. اصرار دارد هر چیزی به بهترین وجه در زندگی او وجود داشته باشد. اگر این خواسته ها سریع و

کامل ارضا نشوند ممکن است دو برداشت متضاد براساس تمایلات ذاتی خود از این حادثه فعال کننده باشد. یکی افکار، عقاید و باورهای منطقی و عقلانی و دیگری افکار، عقاید و باورهای غیرمنطقی.

وقتی افراد تابع عقاید و باورهای منطقی باشد به عواقب منطقی و سازنده دست خواهد یافت و دارای شخصیت و رفتار بهنجار و معقولی خواهد بود. عواقب منطقی منجر به سازگاری مناسب این افراد می شود. اما هر گاه افراد تابع افکار، عقاید و باورهای غیر منطقی باشد به عواقب غیر معقول و غیر منطقی دچار خواهد شد. در این حالت فرد دچار آشفتگی عاطفی و رفتاری می گردد. با این حال رفتار و عواطف افراد تابع باورها و عقاید او فرض می شود و پیامدهای رفتاری یا عاطفی تا حد زیادی مستقل از حوادث و وقایع است. یعنی اینکه واکنش های عاطفی و رفتاری آنها دقیقاً هماهنگ و متناسب با حادثه و وقایع رخ داده نیست، بلکه متناسب با برداشت و شناخت آنها از حوادث است. می توان گفت نظام باورهای افراد جزء بسیار مهم شخصیت اوست که قادر است بر ابعاد گوناگون شخصیت آنها اثر بگذارد.

یکی از مداخلات مفید در جوامع امروزی جهت حل مشکلات روحی و روانی و کاهش باورهای غیر منطقی افراد صورت می گیرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) را می توان واکنش های عاطفی و شناختی به ادراک ویژگیها و توانمندیهای مشخصی پیشرفت بسنده، تعامل کارآمد و موثر با جهان پیوند و رابطه مطلوب با جمع و اجتماع و پیشرفت مثبت در طول زمان تعریف کرد. این حالت می تواند مولفه هایی مانند رضایت از زندگی، انرژی و خلق مثبت را نیز در بر گیرد.

نتایج نشان می دهد که بین آزمودنی های گروه آزمایش و کنترل از لحاظ پس آزمون ابعاد درگیری فکری با کنترل پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر این اساس می توان گفت که تفاوت معناداری حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (ابعاد درگیری فکری) ایجاد شده است و ضریب تأثیر نشان می دهد که $0/61$ درصد تفاوت دو گروه مربوط به برنامه آزمایشی است. در تبیین این نتیجه می توان گفت که بعضی از افراد مبتلا به اختلال وسواسی در افکار وسواسی خود متوجه نتایج عاطفی آنها می شوند این عواطف اغلب تحت عنوان ناراحتی و یا نگرانی از سلامتی تعریف می شوند. تعداد زیادی از مبتلایان به اختلال وسواسی معتقد هستند که آنها افرادی هستند که مسئولیت جلوگیری از وقوع فجایع و مصیبت ها را در آینده به عهده دارند، در چنین افرادی این نوع عواطف به صورت نگرانی از سلامتی بیان می شود. این نوع نگرانی از سلامتی ممکن است به شکل حملات اضطراب و ترس ناگهانی ظاهر شود و یا ممکن است به شکل نگرانی از آسیب رساندن به دیگران در آینده بیان شود. بسیاری دیگر از افراد مبتلا به اختلال وسواسی این نوع عواطف را به شکل تنفر و نفرت می پندارند. این نوع تنفر ممکن است به صورت جسمانی باشد. به عنوان مثال، ممکن است شما فکر کنید که دیگران همیشه چیزهای آلوده و کثیف مثل مدفوع سگ را لمس می کنند یا حتی ممکن است به صورت اخلاقی باشد که به شکل افکار مزاحم در ذهن شما ظاهر می شوند. بعضی دیگر از افراد مبتلا به اختلال وسواسی از اینکه دارای چنین افکار مزاحمی هستند احساس شرم و خجالت کرده و خود را مثلاً به دلیل دارا بودن طبیعت پرخاشگرانه یا جنسی محکوم کرده و احساس می کنند که این نوع ویژگی ها از طرف دیگران طرد شده هستند و آنها نمی باید این ویژگی را داشته باشند. گاهی فرد مبتلا به اختلال وسواسی فکر می کند که او مسئول وقوع فجایع و یا مصیبت هایی که در گذشته اتفاق افتاده اند است و در نتیجه شدیداً احساس گناه می کند. تعدادی از مبتلایان به اختلال وسواسی براساس نتایج حاصل از آن، شدیداً احساس افسردگی می کنند، مخصوصاً اگر مدتی از وقت خود را در این زمینه صرف کنند. بعضی دیگر از مبتلایان به اختلال وسواسی خیلی ناامید و بی قرار می شوند، و اختلال وسواسی به طور جدی روی روابط آنها با افراد فامیل و دوستان تاثیر می گذارد.

درگیری فکری خلق منفی و دیگر علائم افسرده ساز، افکار و باورهایی هستند که مکرر توجه فرد را معطوف به احساسات منفی، ماهیت و نتایج این احساسات می کنند. افراد درگیر درگیری فکری بدون آن که برای حل مشکلاتشان کاری انجام دهند

به علل و نتایج علائم افسرده ساز فکر می کنند و هیچ کار مؤثری برای رهایی از این علائم انجام نمی دهند. درگیری فکری و نگرانی را به مثابه راهبردهای مقابله ای ارادی و فعالانه، شامل افکار تکراری، برای مقابله با هیجان و رویدادهای تهدید کننده در نظر می گیرد. پدیده درگیری فکری به این صورت است که در آن مرز میان فکر و رویدادها و فکر و عمل از میان می رود و در واقع افکار وسواسی و اعمال مرتبط با آنها معادل در نظر گرفته می شوند. گرچه درگیری فکری به خودی خود مفهوم تازه ای نیست. اصطلاح همه توانی افکار را برای توصیف باورهایی به کار برد که بر آن اساس بیماران می ترسیدند از راه افکارشان به دیگران آسیب برسانند. نقش آن در مفهوم سازی و درمان وسواس، در چند دهه اخیر مورد توجه قرار گرفته است. باورهای فراشناختی مربوطه به درگیری افکار، عامل مهمی در پیش بینی بروز نشانه های وسواسی شناخته شده اند. این الگوها بر باورهایی در مورد اهمیت، معنی و قدرت افکار و باورهایی در مورد نیاز به کنترل افکار و انجام آیین مندی ها تأکید می کند (شاره، غرابی، بنفشه و عاطف، ۱۳۹۸).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در نتیجه ی ترکیب تنظیم هیجانی، ویژگی های شخصیتی، هویت و تجارب زندگی به وجود می آید و شناسایی موفه های موثر در پیش بینی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) می تواند به فهم جنبه های مثبت و رفتارهای سازگارانۀ ی افراد مختلف جامعه کمک کند. آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) به افراد مبتلا به وسواس کمک می نماید تا افکار و احساساتشان را تجربه کنند به جای اینکه از آن اجتناب کنند به خاطر به کار بردن این تکنیک می باشد که نمرات درگیری فکری نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری داشته است. بنابراین هدف آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) ایجاد انعطاف پذیری روان شناختی بیشتر است. منظور از انعطاف پذیری روان شناختی توانایی تغییر یا مداومت در طبقات رفتاری کنشی است که انجام آن به اهداف ارزشمند کمک می کند. چون ممکن نیست که فرآیند های زبانی که مشکلات انسان را ایجاد می کنند را حذف یا جابجا کنیم، هدف این است که این فرآیندها را تحت کنترل بافتاری دریاوریم. این فرآیندها به تغییر فرآیندهای مرکزی زبانی که در انعطاف پذیری روان شناختی مداخله می کند، مربوطند. مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) از طریق هر کدام از این فرآیندها می توان انجام شود. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) برای کاهش، تغییر، اجتناب، سرکوبی و یا کنترل تجربه های خصوصی (افکار و احساسات) اقدامی صورت نمی گیرد. بلکه مراجعان یاد می گیرند که اثر و تأثیر افکار و احساسات نا خواسته را از طریق استفاده مؤثر از هوشیاری فراگیر کاهش دهند. مراجعان یاد می گیرند که جنگیدن با این تجربه های خصوصی را متوقف کنند، نسبت به آن ها گشاده باشند، جایی را به آن ها اختصاص دهند و بدون هیچ تلاشی به آن ها اجازه دهند که بیایند و بروند.

منابع

- آزاد، حسین. (۱۳۹۸). آسیب شناسی روانی، (جلد اول) چاپ دوازدهم. تهران: انتشارات بعثت.
- احمدوند، محمد علی. (۱۳۹۹). بهداشت روانی، تهران: انتشارات پیام نور
- اسدی مجره، سارا؛ عابدینی، ماهان؛ پورشریفی، حسین؛ نیکوکار، مهسا. (۱۳۹۱). رابطه ی بین عدم تحمل بلاتکلیفی و نشخوار فکری با نگرانی در جمعیت دانشجویی، مجله روان شناسی بالینی، ۴: ۹۱ - ۸۴.

اشجع، مهسا؛ فرح بخش، کاویان؛ سدر پوشان، ندا و ستوده، زهرا. (۱۳۹۱). بررسی اثر بخشی رویکرد پذیرش و تعهد بر کاهش افسردگی زنان خانه دار شهر تهران. فصل نامه ی فرهنگی- تربیتی زنان و خانواده. سال هفتم، شماره ی ۱۹، صص ۱۶۷-۱۸۵.

امامیان، لطیفی. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با درمان مبتنی بر معنویت بر میزان بهزیستی روان شناختی زنان مبتلا به اختلال وسواسی جبری. مجله ی روانشناسی بالینی، سال چهارم، شماره ی ۲ (پیاپی ۱۴)، صص ۵۱-۳۹.

اندوز، زهرا، (۱۳۹۹). کارایی و اثربخشی الگوی فراشناختی ولز در درمان یک مورد اختلال وسواسی - اجباری. مجله دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.

ایزدی، رضا؛ عسگری، کاوه، عابدی، مارال. (۱۳۹۹). مقایسه اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری بر علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار. مجله ی تحقیقات علوم رفتاری، دوره ی دوازدهم، شماره ی ۱، صص ۳۳-۱۹.

دسیلوا، پادمان و راجمان، استانلی (۲۰۰۳). حقایقی درباره اختلال وسواس. ترجمه رضا شاپوریان. (۱۳۹۹). تهران: انتشارات: رشد.

علیزاده، مرجان (۱۳۹۹). «مقایسه عزت نفس و سازگاری اجتماعی افراد مبتلا به اختلال وسواس و افراد عادی در شهرستان اهواز». پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد رشته روان شناسی عمومی (M.A) دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

کاپلان و سادوک. (۲۰۰۷) خلاصه روانپزشکی، ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان (۱۳۹۰)، تهران، انتشارات ارجمند.

گنجی، مهدی، گنجی، حمزه. (۱۳۹۸). آسیب شناسی روانی، جلد اول، چاپ اول، نشر ساولان

نرگس زمانی، معصومه؛ عباسی، محبوبه. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب اجتماعی دانش آموزان. مجله ناتوانایی های یادگیری، دوره دوم، شماره ی ۴، صص ۱۷۶-۱۵۴.

ولز، آدریان (۲۰۰۹). راهنمایی عملی فراشناختی اضطراب و افسردگی. چاپ دوم، (ترجمه شهرام محمد خانی). (۱۳۹۰). تهران: ورا ی دانش

هاشمی، زهره، محمود علیلو، و مجید و هاشمی نصرت آباد، تورج (۱۳۹۷). اثر بخشی درمان فراشناختی برا ختلال افسردگی اساسی: گزارش موردی، جمله روانشناختی بالینی، سال دوم، شماره ۳، پیاپی ۷.

Hayes, S. S. C., Levin. M. E., Plumb-Vilardaga. J., VIIIatte, J. L., & Pistorello, j. (2021). Acceptance and commitment therapy and Contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. Behavior therapy. 44(2). ۱۸۸-۱۹۸.

Bricker, J. J., & Tollison, s. (2021). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A Conceptual and clinical review. Behavioural and cognitive psychotherapy. 39(05), 541-559.

Deyo, M. (2015). Mindfulness and rumination: Does mindfulness training lead to reductions in the ruminative thinking associated with depression? Dissertation abstracts in ternational; Section B: Sciences and Engineering vol, 68(8-B):5564.

Folk, F. (2018) Acceptance and commitment therapy for depression: A preliminary randomized clinical trial for unemployed om long-term sick leave. Journal Cognitive and Behavioral practice, 19, 583-594,

Jenifer, L.T., Lynn, E.A. (2020). Predicting anger in social anxiety: The mediating role of rumination. Behavior Reserch and Therapy, 47: 1079-1084.

Cooper, E. (2021). Acceptance and Commitment Therapy and Depression – the development of a depression specific process measure. A thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the award of the degree Doctorate of Psychology (Clinical Psychology).

Keng. K. s., naete, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C. (2018). Major depression and generalized anxiety disorder: Same genes (partly) different environments? Archives of General Psychological Medicine, 23, 397-406.

Martin, L., Tesser, A. (2021). Sime Ruminative thoughts. In: R. S. Wyer, jr (ed, Ruminative Thoughts (pp. 1-47). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Mischa, S., Borkovec, T. D., Peasley, C., Person, D. (2021). Coping and personality as predictors of post-traumatic intrusions, numbing, avoidance and general distress: A study of victims of the perth flood. Behavioural and cognitive Psychotherapy, 23: 251-264.

Muris, P., Roelofs, J., Rassin, E., Franken, I., Mayer, B. (2019). Mediating effects of rumination and worry on the links between neuroticism, anxiety and depression. Personality and Individual Differences 39: 1105.1111.

Raes, F. (2018). Rumination and worry as mediators of the relationship between self-compassion and depression and anxiety. Personality and individual Differenec, 48:757-761.

Sheehy, L. Horon, S. (2018). An acceptance- based behavior therapy for generalized anxiety dsorder. In: SM, l, Orville, roemer Editors, Acceptance- and mindfulness-based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment. New york, Ny: Springer. 8(2), 40-۲۱۳.

Lyubomirsky, S., Tucker, K., Caldwell, N. D., Berg, K. (2018). Why ruminators are poor problem solvers: Clues from the phenomenology of dysphoric rumination. Journal of personality and social Psychology, 77: 1041 – 1060.

Wilkinson, P., Goodyer, I. (2015). The effects of cognitive behavioural therapy on mood related ruminative response style in depressed adolescents "Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health", 2: 230-236.