

اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان وسواس - ناخودداری و درآمیختگی فکر و عمل در دانش آموزان مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری*

مسلم اصلی آزاد^۱، غلامرضا منشی^۲، امیر قمرانی^۳

The effectiveness of acceptance and commitment therapy on the obsessive-compulsive syndrome and thought-action fusion in students with obsessive-compulsive disorder

Moslem Asli Azad¹, Gholam Reza Manshaei², Amir Ghamarani³

چکیده

زمینه: اختلال وسواس - ناخودداری، اختلالی جدی است که دیگر فرآیندهای روانشناختی، ارتباطی، اجتماعی و هیجانی نوجوانان را نیز با آسیب مواجه می‌سازد، اما آیا درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد به بهبود نشانگان در این دانش آموزان کمک می‌کند؟ **هدف:** این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان وسواس - ناخودداری و درآمیختگی فکر و عمل دانش آموزان مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری انجام گرفت. **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل دانش آموزان مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ دانش آموز دوره متوسطه اول مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش تحت درمان پذیرش و تعهد غضنفری و همکاران (۱۳۹۴) قرار گرفت. در این پژوهش پرسشنامه وسواس - ناخودداری مادزلی (هاجسون و راجمن، ۱۹۸۰) و مقیاس آمیختگی فکر و عمل (شفران و همکاران، ۲۰۰۴) استفاده شد. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان وسواس - ناخودداری و درآمیختگی فکر و عمل دانش آموزان مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری تأثیر معناداری داشت ($p < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های این تحقیق درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از تکنیک‌های ذهنی موجب بهبود نشانگان وسواس - ناخودداری و درآمیختگی فکر و عمل دانش آموزان می‌شود. **واژه کلیدی‌ها:** اختلال وسواس - ناخودداری، درآمیختگی فکر و عمل، درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد

Background: Obsessive-compulsive disorder is a serious problem which damages adolescents' psychological, communicative, social, and emotional processes. But whether acceptance and commitment therapy could improve the syndrome of this disorder? **Aims:** The present study aimed to investigate the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on the OCD syndrome and thought-action fusion in the students suffering from OCD. **Method:** The present study was a quasi-experimental design with pretest-posttest and control group and a two-month follow-up phase. The statistical population of the study included the students with OCD in the city of Isfahan in the academic year 2017-2018. In the present research, 30 middle school students with OCD were selected through purposive sampling and were placed randomly into experimental and control groups. Experimental group were applied acceptance and commitment therapy. In the study, the Maudsley obsessive-compulsive inventory (Hajson and Rachman, 1980) and the thought-action fusion scale (Shefran et.al, 2004) were used. The data were analyzed through the repeated measures ANOVA. **Results:** The results showed that ACT significantly influenced OCD syndrome and thought-action fusion in the students with OCD ($p < 0/001$). **Conclusions:** based of the above findings acceptance and commitment therapy can improve the syndrome of obsessive-compulsive disorder in adolescents.

Key words: Obsessive-compulsive disorder, Thought-action fusion, Acceptance and commitment therapy

Corresponding Author: smanshaee@yahoo.com

* این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکتری نویسنده اول است.

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

^۱ Ph.D Student of General Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

^۲ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

^۳ استادیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ Assistant Professor, Department of Psychology and Teaching Children with Special Needs, Isfahan University, Isfahan, Iran

پذیرش نهایی: ۹۷/۱۲/۱۵

دریافت: ۹۷/۰۹/۲۶

مقدمه

نشان می‌دهد نوجوانان نیز به طور کلی افکار مزاحمی را تجربه می‌کنند که متفاوت از افکار تجربه شده در اختلال وسواس فکری - عملی نیستند و اگر این افکار منجر به ناراحتی شده و یا به شیوه فعال‌تر مدیریت شوند معمولاً برای مدت طولانی تری تداوم می‌یابند (وایت و ویلیامز^۹، ۲۰۰۹). اختلال وسواس بدلیل خاصیت ناتوان‌کنندگی می‌تواند حیطه‌های مختلف رشد و تحول کودکان و نوجوانان را متأثر ساخته و از این طریق عملکرد کلی آنان را با آسیب جدی مواجه سازد (رینولدس، گرادیسار و آلفانو^۷، ۲۰۱۵؛ استروچ^۸ و همکاران، ۲۰۱۹).

پژوهش‌های گوناگون نشان داده‌اند که بین وسواس فکری - عملی و آمیختگی فکر و عمل^۹ رابطه معنادار و قوی وجود دارد (آلتین و جنکوز^{۱۰}، ۲۰۱۱؛ مازای، اسپاردلین و کاتلر^{۱۱}، ۲۰۱۶؛ ژو^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۷؛ هازل، استیوارت، ریمان و مک‌نالی^{۱۳}، ۲۰۱۹). آمیختگی فکر - عمل به عقایدی اشاره دارد که در آن افکار و اعمال به طور غیرقابل تفکیکی به یکدیگر پیوسته و متصل‌اند (برل و استارسوویک^{۱۴}، ۲۰۰۵). آمیختگی فکر و عمل دو شکل خاص دارد: احتمال آمیختگی (یعنی اعتقاد به اینکه افکار ناخواسته و مزاحم، می‌توانند باعث وقوع حوادث خاصی شوند و یا احتمال وقوع حوادث خاصی را افزایش دهند) و اخلاق آمیختگی فکر و عمل (یعنی اعتقاد به این که افکار غیرقابل پذیرش و مزاحم از لحاظ اخلاقی برابر و معادل با اعمال و رفتارهای آشکار غیرقابل پذیرش است) (شفران و راجمن^{۱۵}، ۲۰۰۴).

روش‌های درمانی و آموزشی گوناگونی جهت بهبود مؤلفه‌های روانشناختی، هیجانی، عاطفی و ارتباطی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی بکار گرفته شده است. یکی دیگر از روش‌های درمانی پرکاربرد برای اختلال وسواس فکری - عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۶} است که کارآیی بالینی آن جهت بهبود مؤلفه‌های روانشناختی افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است (صالحیان،

اختلال وسواس فکری - عملی^۱ به عنوان یکی از اختلال‌های روانشناختی آسیب‌زا، به وسیله افکار تکرارشونده، مقاوم و رفتارهای تکراری همراه با اضطراب شناخته می‌شود. عموم افراد مبتلا، دارای هر دو علائم فکری و عملی هستند. افکار و اعمال تکراری حاصل از اختلال وسواس فکری - عملی، اموری لذت‌بخش و ارادی نیستند. این افکار به شکل غیرارادای بروز کرده و معمولاً در افراد ایجاد نگرانی و اضطراب می‌کند (مک‌کاب^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). افکار وسواسی و تصاویر ذهنی یا تکانه‌های ناخواسته، عودکننده، مداوم و مزاحم بوده که کنترل آنها برای فرد مبتلا بسیار دشوار به نظر می‌رسد. در حالی که فرد به بی‌معنی بودن این افکار واقف است، اما باز وجود این افکار برای فرد ایجاد آشفتگی روانشناختی و هیجانی می‌کند (آمریو، مانیا و قائمی^۳، ۲۰۱۸). علی‌رغم مقاومت ذهنی، فرد در نهایت در برابر میل مقاومت‌ناپذیر برای اجرای آیین‌های این اختلال، تسلیم می‌شود. شستشو، واری، رفتارها یا عبارات تکراری خاص، نظم و ترتیب، احتکار و آیین‌های ذهنی شایع‌ترین اعمال وسواسی هستند که انجام هر کدام از آنها برای فرد مبتلا ایجاد پریشانی روانشناختی می‌کند (آناند، سادھیر، ماث و تناراسا^۴، ۲۰۱۱؛ فروتن، حیدری، عسگری، نادری و ابراهیمی‌مقدم، ۱۳۹۷).

اختلال وسواس فکری - عملی که به عنوان یک اختلال اضطرابی پیچیده، تضعیف‌کننده و مزمن از آن یاد می‌شود بر ۲-۳ درصد کودکان و بزرگسالان اثر می‌گذارد (بارتون و هیمن^۵، ۲۰۱۶). این اختلال مشکلی جدی در زمینه سلامت‌روان محسوب می‌شود که شروع آن حداقل در نیمی از مراجعان در دوران کودکی و نوجوانی بوده است (گنجی، ۱۳۹۲). مشخصه اصلی اختلال وسواس فکری - عملی، افکار و یا اعمال وسواسی تکرارشونده است. شدت این افکار و اعمال وسواسی به اندازه‌ای است که بسیار برای بیمار وقت‌گیر (بیش از یک ساعت در روز) و منجر به پریشانی یا آسیب قابل ملاحظه می‌شوند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). شواهدی وجود دارد که

9. Thought – Action Fusion

10. Altin & Gencoz

11. Mauzay, Spradlin, Cuttler

12. Zhu

13. Hezel, Stewart, Riemann, McNally

14. Berle & Starecevic

15. Shafraan & Rachman

16. Acceptance and Commitment Therapy

1. Obsessive - Compulsive Disorder

2. McCabe

3. Amerio, Maina, Ghaemi

4. Anand, Sudhir, Math, Thennarasu

5. Barton, Heyman

6. Wait, Williams

7. Reynolds, Gradisar, Alfano

8. Storch

شناختی رفتاری کاهش نشانگان اختلال به شکل مستقیم مورد هدف قرار می‌گیرد، در حالی که در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سودمندی و کارکرد تجارب روانشناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات و احساسات روان‌شناختی مورد هدف قرار می‌گیرد و فعالیت‌های معنادار زندگی بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌شود (کروسی^{۱۰} و توهینگ، ۲۰۱۶).

در باب ضرورت انجام این پژوهش باید اشاره کرد که اختلال وسواس فکری - عملی باعث ایجاد اختلال در فرآیند بازی کردن، اجتماعی شدن، عملکرد فعال در خانواده و شرکت در مدرسه در نزد کودکان و نوجوانان می‌شود (پورت و گلر^{۱۱}، ۲۰۱۸). اختلال در عملکرد تحصیلی نوجوانان نیز می‌تواند مشکل در تمرکز، نداشتن وقت کافی برای تحصیل بدلیل درگیر شدن با تشریفات و شکست یا ناکامی در بازگشت به کارها و تکالیف مدرسه را در پی داشته باشد (آرمسترانگ^{۱۲}، ۲۰۱۱). همچنین باید اشاره کرد که عدم درمان اختلال وسواس فکری - عملی در سنین مدرسه می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های بیشتر در دوره بزرگسالی و همچنین پدیدآیی دیگر آسیب‌های روانشناختی و هیجانی دیگر همچون افسردگی در نزد این افراد گردد (روزنمان^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۹؛ جونز، مایر، ریمن، ماگنو و مگ نالی^{۱۴}، ۲۰۱۸). بر این اساس بکارگیری روش‌های درمانی کارآمد می‌تواند به عنوان راهگشایی در جهت بهبود مؤلفه‌های روانشناختی این افراد به شمار رود. حال با توجه به آسیب‌های روانشناختی و هیجانی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی همچون ضعف در آمیختگی فکر و عمل و اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب، و از سوی دیگر تأیید کارآیی در مان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مؤلفه‌های روانشناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی و سرانجام عدم انجام پژوهشی در راستای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم و وسواس فکری - عملی و در آمیختگی فکر و عمل دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، مسأله اصلی این پژوهش بررسی این نکته است که آیا درمان مبتنی بر

احدی، کراسکیان موجمباری و کربلایی محمد میگونی، ۱۳۹۷؛ پلگر^۱ و همکاران، ۲۰۱۸؛ فلجاس - کانتراس و گومز^۲، ۲۰۱۸؛ اونگ، لی و توهینگ^۳، ۲۰۱۸؛ توهینگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۸؛ الینبرگ، هافمن، جنسن و فروست هولم^۵، ۲۰۱۷؛ توهینگ، ویلارداگا^۶، لویین^۷ و هیز^۸، ۲۰۱۵؛ توهینگ و همکاران، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشأت گرفته از یک تئوری فلسفی به نام عملگرایی است و بر اساس یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت پدید آمده است، که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خواننده می‌شود (کندی، ویتینگ و دیکسون^۹، ۲۰۱۴).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از شش فرآیند مرکزی منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی در مراجعین می‌شود. پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه، شش فرآیندی است که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرد (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). شیوه به کارگیری این شش فرآیند بدین صورت است که در ابتدای درمان تلاش می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی افزایش یابد و در مقابل اعمالی که کنترل نامؤثر را در پی دارد، کاهش یابد. در گام دوم آگاهی روانشناختی فرد نسبت به زمان حال در کانون توجه قرار گرفته و نسبت به افزایش آن اقدام می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال آگاهی می‌یابد. در قدم سوم جداسازی فرد از تجارب ذهنی مورد هدف است، به شکلی که بتواند عمل مستقل از تجارب را در خود نهادینه کند. در گام چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز بر خودتجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته، است. در قدم پنجم، به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را شناخته و به طور واضح مشخص سازد و در جهت تبدیل آنها به اهداف رفتاری اقدام نماید. در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (پورفرج عمران، ۱۳۹۰). در در مان مبتنی بر رویکرد

8. Hayes

9. Kennedy, Whiting, Dixon

10. Crosby

11. Porth, Geller

12. Armstrong

13. Rozenman

14. Jones, Mair, Riemann, Mugno, McNally

1. Pleger

2. Fluja - Contreras, Gomez

3. Ong, Lee, Twohig

4. Twohig

5. Eilenberg, Hoffmann, Jensen, Frostholm

6. Vilardaga

7. Levin

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، برخوردار از سلامت جسمی، بودن در دوره متوسطه اول و داشتن سن ۱۳ تا ۱۷ سال بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری، انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی و بروز حوادث پیش‌بینی نشده بود.

ابزار

پرسشنامه وسواس - اجبار مادزلی: به منظور بررسی میزان نشانه‌های اختلال وسواس اجبار در بیماران مبتلا از این پرسشنامه استفاده گردید. پرسشنامه وسواس توسط راجمن و هاجسون آدر سال ۱۹۸۰ به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است و دارای ۳۰ سوال است. پاسخ سؤالات بصورت صحیح و غلط است. بر این اساس پاسخ‌دهندگان نمراتی بین صفر تا ۳۰ به دست می‌آورند. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده وجود اختلال وسواس در نزد افراد است. راجمن و هاجسون (۱۹۸۰) درستی همگرا و نیز قابلیت اعتماد با روش آزمون - بازآزمون مجدد این پرسشنامه را رضایت بخش گزارش نموده و درستی سازه این آزمون را در نمونه‌های دارای اختلال وسواس عملی - جبری و افراد فاقد این اختلال تأیید نمودند. نورمن، داویس، مالا، کورتس و نیچلسون^۳ (۱۹۹۶) نیز برای این آزمون هماهنگی درونی را با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش نمودند. در ایران نیز محمدخانی و فرجاد (۲۰۰۹) نقل از محمدخانی، (۲۰۱۳) درستی محتوایی این آزمون را مورد تأیید و همچنین نیز قابلیت اعتماد آن را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند.

مقیاس تجدیدنظر شده آمیختگی فکر و عمل: مقیاس آمیختگی فکر و عمل نوعی ابزار خود گزارشی است که توسط شفران، توردارسون^۴ و راجمن در سال ۱۹۹۶ طراحی و ساخته شده و دارای ۱۹ ماده است. ۱۲ ماده این مقیاس مربوط به اخلاق «آمیختگی فکر - عمل» (مواد ۱-۱۲) و ۷ ماده بعدی مربوط به احتمال «آمیختگی فکر - عمل» می‌باشد. مواد در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی از ۰ (کاملاً مخالف) تا ۴ (کاملاً موافق) توسط آزمودنی‌ها، درجه‌بندی می‌گردند. دامنه نمرات این مقیاس از ۰-۷۶ است و نمرات بالاتر، بیانگر آمیختگی فکر - عمل شدیدتر در فرد است (شفران و راجمن، ۲۰۰۴). شفران و راجمن (۲۰۰۴)، آلفای کرونباخ این مقیاس و زیر

پذیرش و تعهد بر علائم و سواس فکری - عملی و در آمیختگی فکر و عمل دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. متغیر مستقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و متغیرهای وابسته علائم وسواس فکری - عملی و در آمیختگی فکر و عمل دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی بود. در این پژوهش جامعه آماری را تمامی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی مشغول به تحصیل در مدارس دوره متوسطه اول شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که از بین نواحی شش‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، ناحیه ۶ انتخاب شد. سپس به منظور شناسایی دانش‌آموزان دارای علائم اختلال وسواس فکری - عملی، پرسشنامه وسواس به تعداد ۳۸۴۰ نسخه در مدارس متوسطه اول دخترانه و پسرانه توزیع گردید. پس از جمع‌آوری و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، تعداد ۳۷۵ پرسشنامه به دلیل عدم پاسخگویی مناسب حذف گردید و تعداد ۳۴۶۵ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. در گام بعد، دانش‌آموزانی که نمرات بالاتر از میانگین در پرسشنامه وسواس به دست آورده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند (نمرات بالاتر از ۱۵). در این مرحله تعداد ۸۹ نفر نمرات بالاتر از میانگین به دست آوردند. سپس این دانش‌آموزان با استفاده از مصاحبه بالینی با بهره‌گیری از پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ مورد بررسی مجدد قرار گرفته و تعداد ۷۲ نفر از این دانش‌آموزان دارای اختلال وسواس فکری - عملی تشخیص داده شدند. در مرحله آخر تعداد ۳۰ نفر از این دانش‌آموزان که بالاترین نمرات را در پرسشنامه وسواس به دست آورده بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه وسواس، داشتن علائم وسواس فکری - عملی با توجه به پنجمین ویرایش

3. Norman, Davis, Malla, Cortese, Nicholson

4. Thordarson

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM- V)

2. Rachman & Hodgson

گردید. سپس با رضایت کتبی و گمارش افراد در گروه‌های آزمایش و گواه، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت دانش آموزان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه آموزشی ۷۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه در طی سه ماه مطابق با جدول یک انجام شد در حالی که گروه گواه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخله حاضر بود. پس از دوره‌ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. روایی پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که در ایران توسط غضنفری، امیری و زنگ‌آبادی (۱۳۹۴) برای افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی تأیید شده است.

مقیاس‌های آن را بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند. یورولماز، یلماز و گنکول (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ احتمال آمیختگی فکر - عمل را ۰/۹۲ و اخلاق آمیختگی فکر - عمل را ۰/۸۵ و همسانی درونی برای مقیاس کلی را ۰/۸۶ و ضریب اعتبار دو نیمه‌ای گاتمن برای مقیاس کلی، ۰/۹۲ و برای ۷ ماده احتمال آمیختگی فکر - عمل، ۰/۹۲ و برای ۱۲ ماده اخلاق آمیختگی فکر - عمل، ۰/۸۸ گزارش کرده‌اند. نیز قابلیت اعتماد پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس احتمال آمیختگی فکر - عمل، ۰/۹۰ و برای اخلاق آمیختگی فکر - عمل، ۰/۸۹ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۹۰ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش: جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان آموزش و پرورش ناحیه ۶ اصفهان انجام و مجوز حضور در مدارس با شماره نامه ۱۴۲۸-۵-۱۴-۰۴-۹۶ صادر گردید شد. سپس با مراجعه به مدارس متوسطه اول این ناحیه و تعداد ۳۸۴۰ پرسشنامه وسواس جهت شناسایی دانش‌آموزان دارای اختلال وسواس فکری - عملی توزیع و حجم برای این پژوهش انتخاب

جدول ۱. خلاصه مداخلات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (غضنفری و همکاران، ۱۳۹۴)

ردیف	جلسه	شرح جلسه
۱	جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن، تعریف مؤلفه‌های پژوهش و بیان هدف اجرای طرح برای دانش‌آموزان.
۲	جلسه دوم و سوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه با استفاده از استعاره مزرعه و جعبه ابزار، چالش با برنامه تغییر مراجع، مشخص کردن تکلیف منزل.
۳	جلسه چهارم	بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل / احساسات / خاطرات و علایم جسمانی به عنوان پاسخ با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده، مشخص کردن تکلیف منزل.
۴	جلسه پنجم و ششم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی و تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف همراه با تمرین پیاده‌روی با ذهن. مشخص کردن تکلیف منزل.
۵	جلسه هفتم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر با استفاده از استعاره اتوبوس و مسافران، مشخص کردن تکلیف منزل.
۶	جلسه هشتم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن با استفاده از استعاره قطارهای زیر پل. مشخص کردن تکلیف منزل.
۷	جلسه نهم	معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی با استفاده از استعاره قطب نمای ذهنی. مشخص کردن تکلیف منزل.
۸	جلسه دهم	به کارگیری تجارب به دست آمده در زندگی واقعی و جمع‌بندی و تکلیف مادام‌العمر.

مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی در جدول ۲ ارائه شده است.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو - ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش - فرض کرویت داده‌ها و هم‌چنین از تحلیل واریانس با اندازه گیری

سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (علائم و سواس فکری - عملی و درهم‌آمیختگی فکر و عمل) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای علائم و سواس فکری - عملی و درآمیختگی فکر و عمل رعایت شده است ($p > 0/05$).

حال به بررسی نتایج تحلیل آزمون توصیفی پرداخته می‌شود. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای علائم و سواس فکری - عملی و درهم‌آمیختگی فکر و عمل در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد

جدول ۲. نتایج حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی

گروه‌ها	جنسیت دختر	جنسیت پسر	میانگین و انحراف معیار سن	پایه تحصیلی دارای فراوانی بیشتر
گروه آزمایش	۱۰ نفر (معادل ۳۳/۳۳ درصد)	۵ نفر (معادل ۱۶/۶۶ درصد)	$13/25 \pm 3/25$	کلاس هشتم (۴۲ درصد)
گروه گواه	۱۱ نفر (معادل ۳۶/۶۶ درصد)	۴ نفر (معادل ۱۳/۳۳ درصد)	$12/70 \pm 3/10$	کلاس هفتم (۴۶ درصد)

جدول ۳. نتایج آمار توصیفی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مؤلفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
علائم و سواس فکری - عملی	گروه آزمایش	۱۷/۸۶	۳/۷۳	۱۳/۱۳	۲/۳۵	۳/۱۲
	گروه گواه	۱۸/۰۶	۳/۷۱	۱۸/۳۳	۳/۹۵	۳/۳۲
درآمیختگی فکر و عمل	گروه آزمایش	۵۳/۳۳	۷/۹۳	۴۳/۶۶	۷/۷۴	۷/۶۵
	گروه گواه	۵۳/۲۶	۶/۶۰	۵۲/۸۰	۷/۸۰	۷/۶۱

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای مؤلفه‌های علائم و سواس فکری - عملی و درهم‌آمیختگی فکر و عمل

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	مرحله	علائم و سواس فکری - عملی
۱	۰/۷۸	۰/۰۰۰۱	۱۳۴	۸۲/۲۱	۲	۱۶۴/۴۲	مرحله	علائم و سواس فکری - عملی
۱	۰/۵۹	۰/۰۰۰۱	۴۴/۶۷	۳۵۶/۰۱	۱	۳۵۶/۰۱	گروه‌بندی	
۱	۰/۷۹	۰/۰۰۰۱	۱۳۶/۲۸	۸۳/۶۱	۲	۱۶۷/۲۲	تعامل مراحل و گروه‌بندی	
				۰/۶۱	۵۶	۳۴/۳۵	خطا	
۱	۰/۸۱	۰/۰۰۰۱	۱۳۷/۴۹	۳۴۸/۵۴	۲	۶۹۷/۰۸	مرحله	درهم‌آمیختگی فکر و عمل
۰/۹۶	۰/۳۹	۰/۰۰۱	۱۳/۶۲	۱۲۰۲/۶۷	۱	۱۲۰۲/۶۷	گروه‌بندی	
۱	۰/۷۵	۰/۰۰۰۱	۹۵/۷۵	۲۴۲/۸۱	۲	۴۸۵/۶۲	تعامل مراحل و گروه‌بندی	
				۲/۵۳	۵۶	۱۴۱/۹۵	خطا	

پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه گواه در متغیر پژوهش در جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر علائم و سواس فکری - عملی (۱۳۶/۲۸) و برای متغیر درهم‌آمیختگی فکر و عمل (۹۵/۷۵) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای پژوهش (علائم و سواس فکری - عملی و درهم‌آمیختگی فکر و عمل) در سه مرحله پیش‌آزمون،

جدول ۵. نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در متغیرهای پژوهش						
مؤلفه	مرحله	مقدار t	درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
علائم وسواس	پیش آزمون	-۰/۳۱	۲۸	-۰/۲۰	۰/۶۳	۰/۷۵
	پس آزمون	-۸/۴۷	۲۸	-۵/۲۰	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱
فکری - عملی	پیگیری	-۹/۷۷	۲۸	-۶/۵۳	۰/۶۶	۰/۰۰۰۱
	پیش آزمون	-۰/۴۸	۲۸	-۰/۹۳	۱/۹۳	۰/۶۳
درآمیختگی فکر و عمل	پس آزمون	-۴/۳۳	۲۸	-۹/۱۳	۲/۱۰	۰/۰۰۰۱
	پیگیری	-۵/۷۶	۲۸	-۱۱/۸۶	۲/۰۵	۰/۰۰۰۱

ادامه حضور در جلسات درمانی می‌شود. فرآیندهای محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش به دنبال این بود که به افراد یاد دهد، فونونی را که برای کنترل فکر به کار می‌گرفتند را رها نمایند، چگونه با افکار مزاحم و اضطراب‌زا در هم نیامیزند و چگونه هیجان‌ناشان را مدیریت و کنترل نمایند (توهیگ و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش در فرآیند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می‌شود که افراد از موقعیت‌های وسواس طلب کمتر احساس رنج نمایند (توهیگ و همکاران، ۲۰۱۵). باید توجه نمود که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افکار و رفتار وسواسی به شکلی مستقیم تمرکز نمی‌شود، ولی با استفاده از فنون پذیرش و گسلش، هیجان‌های ناخوش آیند سیری نزولی در پیش گرفته و به نسبت آن افکار و رفتار وسواسی نیز کاهش می‌یابد. یکی از فنون مهم در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تصریح ارزش‌ها برای مراجع است. چنانکه به جای ارزش‌های تعریف شده در فرآیند شناختی مراجع، ارزش‌های جدید تعریف جایگزین می‌شود که این ارزش‌گذاری مجدد در فرآیند شناختی بیماران وسواس-ناخودداری سبب کاسته شدن از میزان تفکر وسواسی آنان می‌شود که نتیجه این کاهش، نزول فراوانی رفتار و اعمال اجبارآمیز را در پی دارد. انعطاف‌پذیری شناختی نیز به این افراد می‌آموزد که وجود افکار وسواسی خود به عنوان مشکل و مسأله اصلی به شمار نمی‌رود، بلکه مسأله اصلی اقدام در جهت پاسخ دادن به این افکار با انجام اعمال وسواسی می‌باشد. لذا با یادگیری انعطاف‌پذیری شناختی، آنها آموزش می‌بینند که خزانه رفتاری گسترده‌تری داشته باشند. حال می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بدون تمرکز بر علائم اصلی اختلال وسواس فکری و عملی و عدم تلاش در جهت سرکوب افکار وسواسی

همانگونه نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد، در متغیرهای علائم وسواس فکری - عملی و درآمیختگی فکر و عمل تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه گواه در مرحله پیش آزمون (۰/۶۳ و ۰/۷۵) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و گواه در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه گواه در مرحله پس آزمون (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۱) و پیگیری (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۱) در متغیرهای علائم وسواس فکری - عملی و درآمیختگی فکر و عمل معنی‌دار می‌باشد. در نتیجه میانگین گروه آزمایش در این دو مرحله به صورت معنی‌داری متفاوت از میانگین گروه گواه می‌باشد. این بدان معناست که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته منجر به کاهش علائم وسواس فکری - عملی و درآمیختگی فکر و عمل دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی در مراحل پس آزمون و پیگیری گردد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته اول پژوهش نشانگر آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم وسواس فکری - عملی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیر معناداری داشته است. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش علائم وسواس فکری - عملی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی شود. هم‌سو با این یافته توهیگ و همکاران (۲۰۱۸) و الینبرگ و همکاران (۲۰۱۷) در نتایج پژوهش خود نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد منجر به کاهش علائم اختلال وسواس فکری و عملی شده است.

در تبیین یافته حاضر باید گفت که مراجعان زیادی از طیف اختلال وسواس فکری و عملی نسبت به درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ که یکی از درمان رایج می‌باشد، رویکرد مناسبی ندارند. یکی از عمده دلایل این رویگردانی، عدم تحمل اضطراب همراه با این روش درمانی است و همین عامل سبب سرباز زدن مراجعین از

فکری و عملی می‌توانند آمیختگی فکر و عمل کمتری را گزارش نمایند.

محدود بودن دامنه تحقیق به دانش آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی شهر اصفهان و وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند وضعیت هوشی دانش آموزان حاضر در پژوهش، وضعیت مالی خانواده‌ها، تعداد فرزندان و موقعیت اجتماعی آنها و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ لذا پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر دانش آموزان، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود که طی پژوهش‌های دیگر کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دانش آموزان دارای دیگر آسیب‌های بالینی همچون پرخاشگری، افسردگی و اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای نیز صورت پذیرد. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر علائم وسواس فکری - عملی و در آمیختگی فکر و عمل دانش آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی کارگاهی تخصصی به مشاوران مدارس آموزش داده شود تا آنها با بکارگیری این درمان برای دانش آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی در مدارس و مراکز مشاوره آموزش و پرورش، جهت کاهش علائم اختلال وسواس فکری - عملی و در آمیختگی فکر و عمل این دانش آموزان گامی عملی برداشته باشند.

منابع

- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *دوماه نامه فیض*، ۱۷(۳)، ۲۸۶-۲۷۵.
- پورفرج عمران، مجید. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه دانش و تندرستی*، ۶(۲)، ۳۹-۲۶.
- صالحیان، مریم؛ احدی، حسن؛ کراسکیان موجمباری، آدیس و کربلایی محمد میگونی، احمد (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه درمانی مبتنی بر توجه‌آگاهی بر

توانست به بهبود علائم وسواسی دانش آموزان دارای اختلال وسواس فکری و عملی یاری رساند.

یافته دوم پژوهش نیز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر در آمیختگی فکر و عمل دانش آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیر معناداری داشته است. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش در آمیختگی فکر و عمل دانش آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی شود. نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهشگران پیشین (اونگ و همکاران، ۲۰۱۸ و توهیگ و همکاران، ۲۰۱۵) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مؤلفه‌های روانشناختی و شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی همسو بود.

در تبیین این یافته باید گفت که از تکنیک‌های به کار گرفته شده در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تقویت توانایی توجه بدون قضاوت به افکار، تصاویر ذهنی و خاطرات آسیب‌زای ناشی از تجارب چالش‌برانگیز است (توهیگ و همکاران، ۲۰۱۵). از طرفی افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی تجارب آسیب‌زای فراوانی در حوزه روانشناختی، شناختی، هیجانی، خانوادگی و ارتباطی دارند (پورت و گلر، ۲۰۱۸). بر همین اساس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بکارگیری تکنیک ذهن‌آگاهی آنها را نسبت به نظاره‌گر بودن تصاویر ذهنی توانمند نموده و سبب می‌شود که این دانش آموزان به جای درهم آمیختگی با افکار و تصاویر ذهنی خود، آنها را به نظاره نشسته و بتوانند با استفاده از قدرت حل مسأله، آمیختگی فکر و عمل کمتری را تجربه نمایند. علاوه بر این باید اشاره کرد که در رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سلامت روانشناختی به توانایی برای زندگی کردن طبق ارزش‌های انتخاب شده اشاره دارد، و همزمان با آن فرد با واکنش‌های درونی‌اش تماسی غیردفاعی دارد. از این دیدگاه سلامت، فرآیند تغییر در حوزه‌هایی خاص همانند پذیرش و عمل ارزشمند است (اونگ و همکاران، ۲۰۱۸). بنابراین وقتی به دانش آموزان دارای اختلال وسواس فکری و عملی آموزش داده می‌شود که هیجانات و احساسات خود را بدون به کارگیری مکانیسم‌های دفاعی بپذیرد و بتواند فارغ از این فرآیند شناختی صورت گرفته، به دیگر امور شناختی و رفتاری خود ادامه دهند، قائل‌تاً آنها خود را از بستر افکار خودکار رهانیده و روی به اعمال مبتنی بر تفکر مستقل و خودآگاهانه می‌آورند. در نتیجه این فرآیند دانش آموزان دارای اختلال وسواس

- anxiety, *Behavior Research and Therapy*, 92, 24–31.
- Flujas-Contreras, J.M., & Gomez, I. (2018). Improving flexible parenting with Acceptance and Commitment Therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8, 29-35.
- Hezel, D.M., Stewart, E., Riemann, B.C., & McNally, R.J. (2019). Clarifying the thought-action fusion bias in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 20, 75-84.
- Jones, P.J., Mair, P., Riemann, B.C., Mugno, B.L., & McNally, R.J. (2018). A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 1-8.
- Kennedy, A.E., Whiting, S.W., Dixon, M.R. (2014). Improving novel food choices in preschool children using acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4), 228-235.
- Mauzay, D., Spradlin, A., Cuttler, C. (2016). Devils, witches, and psychics: The role of thought-action fusion in the relationships between obsessive-compulsive features, religiosity, and paranormal beliefs. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1, 113-120.
- McCabe, R.E., Rowa, K., Farrell, N.R., Young, L., Swinson, R.P., Antony, M.M. (2019). Improving treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: Does motivational interviewing boost efficacy? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22, 100446.
- Mohammadkhani, S.H. (2013). The Role of Fusion Beliefs and Metacognitions in Obsessive-Compulsive Symptoms in General Population. *Iranian Journal of Clinical Psychology*, 1(2), 94-107.
- Norman, R.M.G., Davis, F., Malla, A.K., Cortese, L., Nicholson, I.R. (1996). Relationship obsessive-compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypy in a clinical population. *British Journal of Clinical Psychology*, 35(4), 553-566.
- Ong, C.W., Lee, E.B., Twohig, M.P. (2018). A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behavior Research and Therapy*, 104, 14-33.
- Pleger, M., Treppner, K., Diefenbacher, A., Schade, C., Dambacher, C., Fydrich, T. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy compared to CBT+: Preliminary results. *The European Journal of Psychiatry*, 32 (4), 166-173.
- Porth, R., Geller, D. (2018). Atypical symptom presentations in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 86, 25-30.
- Rachman, S.J., Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood cliffs. New York. Prentice- Hall.
- Reynolds, K.C., Gradisar, M., Alfano, C.A. (2015). Sleep in Children and Adolescents with Obsessive-
اختلالات روانشناختی و الگوهای رفتاری دانشجویان دارای تیپ شخصیتی D. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۶۸(۱)، ۴۸۱-۴۹۰.
- غضنفری، فیروزه؛ امیری، فاطمه و زنگک آبادی، معصومه (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر بهبود علائم وسواس - جبری زنان مبتلا به اختلال وسواس - اجباری شهر خرم آباد. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۵(۱۱)، ۱۶۸-۱۶۰.
- فروتن، صفورا؛ حیدری، علیرضا؛ عسگری، پرویز؛ نادری، فرح و ابراهیمی مقدم، حسین (۱۳۹۷). اثربخشی روان درمانی تحلیلی کارکری بر بهبود افسردگی و توانش ارتباطی بیماران مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری، *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۶۹(۱۷)، ۶۱۱-۶۱۷.
- گنجی، حمزه (۱۳۹۲). *آسیب شناسی روانی بر اساس DSM5*، تهران: انتشارات ارسباران.
- وایت، پولی و ویلیامز، تیم (۱۳۹۳). *درمان شناختی - رفتاری اختلال وسواسی - اجباری در کودکان*. ترجمه شهرام محمدخانی، محمد درهرج و فاطمه آیت مهر. انتشارات الماس البرز. (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۹).
- Altin, M., & Gencoz, T. (2011). How does thought-action fusion relate to responsibility attitudes and thought suppression to aggravate the obsessive-compulsive symptoms. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 39(1), 99-114.
- Amerio, A., Maina, G., & Ghaemi, S.N. (2019). Updates in treating comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 256, 433-440.
- Anand, N., Sudhir, P.M., Math, S.B., Thennarasu, K., & Janardhan Reddy, Y.C. (2011). Cognitive behavior therapy in medication non-responders with obsessive-compulsive disorder: A prospective one-year follow-up study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (7), 939-945.
- Armstrong, B.A. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder*. [Doctoral Thesis]. Psychology [Logan, USA]: Utah State University, pp: 121-124.
- Barton, B., Heyman, I. (2016). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Pediatrics and Child Health*, 26(12), 527-533.
- Berle, D., & Starcevic, V. (2005). Thought-action fusion: Review of the literature and future directions. *Clinical Psychology Review*, 25(3), 263-284.
- Crosby, J.M., Twohig, M.P. (2016). Acceptance and Commitment Therapy for Problematic Internet Pornography Use: A Randomized Trial, *Behavior Therapy*, 47(3), 355-366.
- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J.S., Frostholm, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health

- Compulsive Disorder. *Sleep Medicine Clinics*, 10(2), 133-141.
- Rozenman, M., Piacentini, J., O'Neill, J., Bergman, R.L., Chang, S., Peris, T.S. (2019). Improvement in anxiety and depression symptoms following cognitive behavior therapy for pediatric obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 276, 115-123.
- Shafraan, R., & Rachman, S. (2004). Thought-action fusion: A review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, 35(2), 87-107.
- Shafraan, R., Thordarson, D. S., & Rachman, S. (1996). Thought-action fusion in obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 10(5), 379-391.
- Storch, E.A., McGuire, J.F., Schneider, S.C., Small, B.J., Murphy, T.K., Wilhelm, S., Geller, D.A. (2019). Sudden gains in cognitive behavioral therapy among children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64, 92-98.
- Twohig, M.P., Abramowitz, J.S., Bluett, E.J., Fabricant, L.E., Jacoby, R.J., Morrison, K.L., Reuman, L., Smith, B.M. (2015). Exposure therapy for Obsessive Compulsive Disorder from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6, 167-173.
- Twohig, M.P., Abramowitz, J.S., Smith, B.M., Fabricant, L.E., Jacoby, R.J., Morrison, K.L., Bluett, E.J., Reuman, L., Blakey, S.M., Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 108, 1-9.
- Twohig, M.P., Vilaridaga, J.C.P., Levin, M.E., Hayes, S.C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4 (3), 196-202.
- Yorulmaz, O., Yilmaz, A. E., Gençöz, T. (2004). Psychometric properties of the Thought- Action Fusion Scale in a Turkish sample. *Behavior Research and Therapy*, 42(10), 1203-1214.
- Zhu, Y., Xu, W., Fu, Z., Yu, M., Xu, Q., Wang, J., Chasson, G.S. (2017). Thought-action fusion mediates the relation between inflated responsibility and obsessive-compulsive symptoms in China: A cross-sectional structural equation model. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 23-28.