

Determining the Effectiveness of Transdiagnostic Protocol Based on Acceptance and Commitment on Repetitive Negative Thinking, Depression, Anxiety, and Obsessive-Compulsive Symptoms

Sohrabi F¹, Borjali A¹, Falsafi Nejd MR², Eskandari H¹, *Zinati Afkham AR³

Author Address

1. PhD in Psychology, Professor at Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
2. PhD in Educational Psychology-Assessment & Measurement, Associate Professor at Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
3. PhD Candidate in Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: alirezazinati61@gmail.com

Received: 2022 March 6; Accepted: 2022 April 13

Abstract

Background & Objectives: Thinking and its interaction with emotions and behavior are the most challenging areas of psychology. The scientific study of thinking has been done to discover its general mechanisms and explain the processes involved in its anomalies. One of the most important forms of abnormal thinking is repetitive negative thinking. The transdiagnostic view of repetitive negative thinking argues that types of repetitive negative thinking are identified by similar processes that can be applied to a variety of disorders-related content. The present study investigated the effectiveness of transdiagnostic protocol based on acceptance and commitment repetitive negative thinking, depression, anxiety, and obsessive-compulsive symptoms.

Methods: To conduct the study, we used the single-subject method of multiple baseline design. The statistical population of the research comprised the patients of the Psychiatry Department of Imam Hossein Hospital from February 2021 to May 2021. A single case study method was used during the initial baseline period and multiple separate assessment courses. In this way, we can examine the changes in the desired behaviors and symptoms in the subject. Then, the effectiveness of this treatment program based on acceptance and commitment focused on repetitive negative thinking individually and in 4 sessions was evaluated on reducing the rate of repetitive negative thinking and disorders of depression, anxiety, and obsessive-compulsive disorder. Thirty-seven patients were evaluated, of whom, due to not completing the baseline steps, unwillingness to continue the process and request drug treatment, and explicit expression of suicidal ideation, during the evaluation and sample selection period, 6 people were finally stabilized and asynchronously entered the intervention program and completed the intervention steps. Beck Depression Inventory-II (Beck et al., 1996), Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1988), Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Goodman et al., 1989), and Repetitive Thinking Questionnaire-10 (McEvoy et al., 2010) were used to collect data. The data were analyzed based on analytic drawing, stable change index, and recovery rate methods.

Results: Results show that with the training considered, the change in the magnitude of repetitive negative thinking in the depression group was decreasing and this decreasing trend was significant by taking into account the stable change index and the percentage of the recovery obtained. The greatest reduction in the size of negative thinking has occurred in depressed people. The percentage of improvement in the recurring thoughts of anxiety patients in this study in the treatment phase did not reach more than 50%. It should be noted that the final evaluation of the treatment phase is related to the implementation of the evaluation after the third session of treatment. But in the follow-up phase, which took place after the fourth session of treatment, two weeks apart, the recovery rate increased significantly. This percentage is ultimately above the recovery standard in the recovery percentage index. In addition, the stable change coefficient confirms the significance of this decreasing change. The effect of the intervention program in reducing repetitive negative thoughts of patients with obsessive-compulsive disorder after the third treatment session and the last evaluation of the treatment phase was weak. Neither of the two clinical specimens reached the standard of recovery. One person from the obsessive-compulsive disorder group has grown to more than 50% in the rate of repetitive thoughts in the follow-up phase. The lowest mean decrease in the rate of repetitive thoughts among groups is related to obsessive-compulsive disorder. Although the stable change index for the obsessive-compulsive group indicates the significance of the changes, that is, these changes are not the result of measurement error or mere accident, the effect size of the intervention variable is not optimal. The average recovery rate in the group with obsessive-compulsive disorder is not significant and acceptable.

Conclusion: According to the results, repetitive negative thinking is a transdiagnostic construct that is correctable with acceptance and commitment components. However, the role of specific factors is needed to be investigated.

Keywords: Repetitive negative thinking, Acceptance and commitment therapy, Depression, Anxiety, Obsessive-compulsive.

بررسی اثربخشی برنامه فراتشخیصی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افکار منفی تکراری و اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس فکری- عملی

فرامرز سهرابی^۱، احمد برجعلی^۲، محمدرضا فلسفی نژاد^۳، حسین اسکندری^۲، *علی رضا زینتی افخم^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دکترای روان‌شناسی بالینی، استاد دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛
 ۲. دکترای روان‌شناسی، استاد دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛
 ۳. دکترای روان‌شناسی تربیتی-سنجش و اندازه‌گیری، دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛
 ۴. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
- *رایانامه نویسنده مسئول: alirezainati61@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۵ اسفند ۱۴۰۰؛ تاریخ پذیرش: ۲۴ فروردین ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: بر مبنای دیدگاه فراتشخیصی، انواع تفکر منفی تکراری به واسطه فرایندهای مشابهی مشخص می‌شود که قابلیت کاربست در انواع محتواهای وابسته به اختلالات خاص را دارد. هدف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی برنامه فراتشخیصی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افکار منفی تکراری و اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس فکری- عملی بود.

روش بررسی: این پژوهش با روش مطالعه تک‌موردی و طرح خط پایه چندگانه انجام شد. جامعه آماری پژوهش را مراجعه‌کنندگان بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام‌حسین (ع) طی اسفند ۱۳۹۹ تا خرداد ۱۴۰۰ تشکیل دادند. با روش نمونه‌گیری هدفمند شش بیمار مبتلا به اختلالات افسردگی اساسی، اضطراب تعمیم‌یافته و وسواس فکری- عملی، انتخاب شدند. به منظور جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامه افسردگی بک- نسخه دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، پرسش‌نامه اضطراب بک (بک و همکاران، ۱۹۸۸)، مقیاس وسواس فکری- عملی بیل- براون (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹) و پرسش‌نامه افکار تکرارشونده ده‌سؤالی (مک‌ایوی و همکاران، ۲۰۱۰) به کار رفت. برنامه مداخله فراتشخیصی مبتنی بر پذیرش و تعهد طی چهار جلسه به صورت انفرادی اجرا شد. تحلیل داده‌ها بر پایه روش‌های تحلیل ترسیمی، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، برنامه فراتشخیصی مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب کاهش تفکر منفی تکراری و علائم افسردگی و اضطراب شد؛ اما نشانگان وسواس فکری- عملی به‌طور معناداری کاهش نیافت.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج پژوهش، می‌توان تفکر منفی تکراری را سازه‌ای فراتشخیصی در نظر گرفت که با مؤلفه‌های پذیرش و تعهد تعدیل‌پذیر است؛ هرچند نقش عوامل اختصاصی نیازمند بررسی بیشتر است.

کلیدواژه‌ها: تفکر منفی تکراری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، افسردگی، اضطراب، وسواس فکری- عملی.

متمركز بر تفكر منفي را در پي دارد (۷). اکت برخلاف درمان‌های شناختی رفتاری سنتی تلاش می‌کند به‌جای چالش شناختی، با هدف‌گیری بافت و کارکرد این چرخه معیوب و محرک‌های راه‌انداز آن، رفتارهای ناکارآمد را اصلاح کند. باوجود این قابلیت‌ها، مطالعات معدودی بر به‌کارگیری اکت در تعدیل افکار منفي تکراری به‌عنوان سازه‌ای مستقل متمركز شده است. بررسی تطبیقی تأثیر مؤلفه‌های فراتشخیصی اکت و انواع افکار منفي تکراری که در دسته‌های متنوع اختلالات روان‌شناختی بروز می‌یابند، محک مناسبی برای ایده فراتشخیصی‌بودن سازه تفکر منفي فراهم می‌آورد. به این منظور، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامه فراتشخیصی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افکار منفي تکراری و اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس فکری- عملی اجرا شد.

۲ روش بررسی

این پژوهش با روش مطالعه تک‌موردی و طرح خط پایه چندگانه انجام شد. جامعه آماری پژوهش را مراجعه‌کنندگان بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام‌حسین (ع) طی ماه‌های اسفند ۱۳۹۹ تا خرداد ۱۴۰۰ تشکیل دادند. با روش نمونه‌گیری هدفمند ۳۷ بیمار ارزیابی شدند. پس از تعیین برجسب تشخیصی توسط روان‌پزشک و کسب رضایت اولیه بیماران، موضوع پژوهش و طرح مداخله با آن‌ها مطرح شد. افرادی که موافقت اولیه اعلام داشتند، پرسش‌نامه اختلال تشخیصی خود را پر کردند. از این بین، به‌واسطه تکمیل‌نشدن مراحل خط پایه، تمایل‌نداشتن به ادامه فرایند، تقاضای اجرای درمان دارویی و ابراز صریح قصد خودکشی، درنهایت شش بیمار مبتلا به اختلالات افسردگی اساسی، اضطراب تعمیم‌یافته و وسواس فکری- عملی، در هر دسته دو بیمار، تثبیت شدند و به‌صورت ناهم‌زمان وارد برنامه مداخله شدند. معیارهای ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: تمایل شخص به شرکت در پژوهش و توانایی حضور در فرایند تحقیق؛ تجربه افکار تکراری فراوان، شدید، کنترل‌نشده یا مزاحم طی حداقل دو هفته گذشته؛ توانایی توضیح و تشریح افکار و احساسات؛ احراز برجسب تشخیصی اختلالات روان‌شناختی برای نمونه بالینی بر مبنای ابزارهای تشخیصی پژوهش. معیارهای خروج نیز برنامه درمان دارویی روان‌پزشکی فعال در زمان اجرای مداخله، تصریح به داشتن برنامه برای اقدام به خودکشی و شدت‌یافتن یا نوسان معنادار علائم در دوره خط پایه بود.

برای ثبت داده‌های درمان ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت - پرسش‌نامه افسردگی بک - نسخه دوم ۲۳: نسخه دوم پرسش‌نامه افسردگی بک پس از رفع نقایص نسخه اول، توسط بک در سال ۱۹۹۶

در سال‌های گذشته، چرخش‌های نظری و ساختاری در مراجع آسیب‌شناسی روانی^۱ به‌سمت ابعاد کمی و پیوستاری به‌جای مقوله‌های کیفی، اذعان به پراکندگی و گسترش زیاد برنامه‌های مداخله روان‌شناختی و نقص در نتایج درمانی، تشخیص رایج هم‌ابتلائی‌ها^۲ و علاقه فزاینده به فهم علل ابتلای هم‌زمان به اختلالات، جست‌وجو برای عوامل مشترک در بین انواع اختلالات را به‌راه انداخت. این عوامل به‌اصطلاح فراتشخیصی^۳ در علت‌شناسی و وقوع هم‌زمان انواع مختلف آسیب‌های روان‌شناختی نقش بازی می‌کنند (۱). جست‌وجوی عوامل فراتشخیصی به‌واسطه تمایل به ایجاد درمان‌های متحدشده^۴ یا یکپارچه^۵ تشدید شد؛ درمان‌هایی که عناصر مشترک اختلالات متعدد را هم‌زمان و بدون نیاز به تعیین انواع خاص علائم هر مقوله تشخیصی هدف می‌گیرند (۲). عوامل فراتشخیصی متعددی شامل عاطفه، توجه، حافظه، استدلال و تفکر، برای ایجاد پیوند بین اختلالات پیشنهاد شده است. در حوزه افکار، نگرانی^۶ و نشخوار فکری^۷ شکل‌های شناخته‌شده‌تر تفکر منفي تکراری^۸ به‌شمار می‌روند (۳). نتایج غالب تحقیقات نشان داد، نشخوار فکری و نگرانی محل تقاطع بسیاری از پدیده‌های متفاوت روان‌شناختی هستند (۳). اگرچه نشخوار فکری را عموماً در ارتباط با افسردگی^۹ و نگرانی را غالباً در رابطه با اختلال اضطراب تعمیم‌یافته^{۱۰} برجسته کرده‌اند، شواهد نشان می‌دهد این دو فرایندهای مشترکی دارند؛ به‌طوری‌که ارینگ و واتکینز دریافته‌اند، شباهت‌های این دو سازه بیشتر از تفاوت‌های آن‌ها است؛ چراکه آن‌ها تکرارشونده، به‌سختی قابل کنترل، دارای محتوای منفي، به‌طور برجسته‌ای کلامی و نسبتاً انتزاعی هستند (۴).

تشخیص این فرایندها منجر به پیشنهاد تدوین یا به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی فراتشخیصی نظیر درمان فراشناختی^{۱۱}، برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی^{۱۲}، درمان شناختی رفتاری متمركز بر نشخوار فکری^{۱۳} و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۴} (اکت) شد (۵). هسته‌های درونی اکت شامل پذیرش، گسلش شناختی^{۱۵}، ذهن‌آگاهی^{۱۶}، بافتار خویشتن^{۱۷}، ارزش‌ها^{۱۸} و عمل متعهدانه^{۱۹}، هم‌راستا با دیدگاه فراتشخیصی طراحی شده است. زیربنای اکت، نظریه چارچوب ربطی^{۲۰} نیز در اصل برای تبیین روابط شناخت و زبان گسترش یافت (۶). تفکر منفي تکراری در این روش درمانی به‌عنوان راهبرد اجتنابی^{۲۱} غالب در نظر گرفته می‌شود که سبب طولانی‌شدن عاطفه منفي^{۲۲} و در رابطه‌ای متقابل، متمركز تفکر بر محتوای منفي خواهد شد. عاطفه و افکار منفي مزمن باعث به‌کارگیری راهبردهای اجتنابی ثانویه می‌شود که به‌واسطه تکرار، الگوی نامنعطفی از رفتارهای

14. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

15. Cognitive defusion

16. Mindfulness

17. Self-as-context

18. Values

19. Committed action

20. Relational Frame Theory

21. Avoidance strategy

22. Negative affect

23. Beck Depression Inventory-II

1. Psychopathology

2. Comorbidity

3. Transdiagnostic

4. Unified

5. Integrated

6. Worry

7. Rumination

8. Repetitive negative thinking

9. Depression

10. Generalized Anxiety Disorder

11. Metacognitive Therapy

12. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders

13. Rumination-Focused Cognitive-Behavioral Therapy

دو نیمه سازی برای SC و SS را ۰/۹۳ و ۰/۸۹ به دست آوردند. همچنین اعتبار با آزمایشی مقیاس را ۰/۹۹ گزارش کردند. میان SC با SCID-I و SCL-90-R-OCS^۶ و SS با همبستگی مثبت وجود داشت (۰/۰۰۱ < p < ۰/۱۴).

– پرسش نامه افکار تکرارشونده^۸: مکابوی و همکاران، فرم کوتاه ده سؤالی این پرسش نامه را در سال ۲۰۱۰ تدوین کردند (۱۵). بررسی اعتبار و پایایی این ابزار نشان داد، همانند نسخه بلند آن از پایایی (آلفای کرونباخ بزرگتر از ۰/۸۹) و اعتبار واگرا و همگرایی مطلوبی با طیف گسترده ای از هیجان های منفی برخوردار است. گویه ها روی مقیاسی پنج درجه ای از یک (کاملاً غلط) تا پنج (کاملاً صحیح) نمره گذاری می شود (۱۵). در ایران نیز در پژوهش اکبری، ضریب پایایی با آزمایشی پرسش نامه برابر با ۰/۷۶ (p < ۰/۰۱) و همسانی درونی آن با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش نامه برابر با ۰/۹۱ (برای نمونه مرد ۰/۸۹ و برای نمونه زن ۰/۹۲) و میانگین همبستگی گویه ها با نمره کل برابر ۰/۸۱ بود (۱۶).

پیش از اجرای پژوهش کنونی، پژوهشگران با استفاده از روش شناسی کیفی نظریه زمینه ای مبتنی بر گزارش استراوس و کریبن^۹، ادراک افراد از چرخه تفکر منفی تکراری را در بین جمعیت عادی و نمونه های بالینی افسردگی، اضطراب تعمیم یافته و وسواس فکری- عملی بررسی کردند. هدف، رسیدن به صورت بندی مفهومی کارکردی بود که بتواند در دستور کار یک برنامه مداخله استفاده شود. بررسی تطبیقی قیاسی افکار منفی تکراری نشان داد، تجربه تفکر منفی تکراری از دو مقوله بزرگ کنترل- مزاحمت و ارزش تحلیلی- کارکردی تشکیل شده است. سپس، بر مبنای اصول و فنون درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد چارچوب برنامه متناسب با مؤلفه های مقوله های مشترک، سازمان بندی شد. پنج نفر از صاحب نظران درمان روان شناختی، آمار و روش تحقیق، روایی محتوایی برنامه مداخله را ارزیابی کردند. ثبت علائم مرحله خط پایه در فواصل سه روزه انجام گرفت. مداخله بلافاصله پس از سومین نوبت ارزیابی خط پایه برای هر کدام از آزمودنی ها به صورت جلسات هفتگی اجرا شد. بعد از آخرین جلسه مداخله، برای دو هفته آتی هماهنگی لازم به منظور ارزیابی پیگیری صورت گرفت. برنامه مداخله فراتشخیصی مبتنی بر پذیرش و تعهد طی چهار جلسه به طور انفرادی اجرا شد. فرایند مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

تحلیل داده ها بر پایه روش های تحلیل ترسیمی، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی صورت گرفت. داده های حاصل، به وسیله نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۱ به شکل توصیفی تجزیه و تحلیل شد. پس از آن، بر اساس شیوه مرسوم پژوهش های تک آزمودنی مبتنی بر خط پایه، به صورت نموداری تحلیل انجام گرفت؛ بدین منظور میانگین، میانه، دامنه تغییرات و محفظه ثبات داده ها مشخص می شود. دامنه تغییرات، فاصله بین کمترین و بیشترین داده است.

ارائه شد (۸). این پرسش نامه، مقیاس خود گزارش دهی ۲۱ سؤالی برای سنجش افسردگی و شدت علائم آن است. آزمودنی ها باید روی مقیاس لیکرتی چهار درجه ای از صفر تا سه به سؤالات پاسخ دهند. کمینه نمره در این آزمون صفر و بیشینه آن ۶۳ است (۸). بک و همکاران برای همسانی درونی آزمون ضریب آلفای ۰/۸۶ را در جمعیت بالینی و ضریب آلفای ۰/۸۱ را برای جمعیت غیر بالینی و پایایی آزمون مجدد با فاصله یک هفته را ۰/۹۳ (p < ۰/۰۰۱) گزارش دادند. ضرایب همبستگی برای روایی هم زمان و افتراقی با مقیاس درجه بندی روان پزشکی همیلتن برای افسردگی^۱ و مقیاس درجه بندی اضطراب همیلتن^۲، به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۴۷ به دست آمد (۸). در ایران نیز قاسم زاده و همکاران، آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را برای همسانی درونی، ضریب همبستگی ۰/۷۴ را برای پایایی با آزمایشی و ضریب همبستگی ۰/۷۷ با پرسش نامه افکار خود آید منفی را برای روایی این پرسش نامه گزارش کردند (۹).

– پرسش نامه اضطراب بک^۳: بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ پرسش نامه ای خود گزارش دهی برای اندازه گیری شدت اضطراب در بیماران روان پزشکی تهیه کردند (۱۰). این پرسش نامه، مقیاسی ۲۱ ماده ای است. چهار گزینه هر سؤال در طیفی چهار بخشی از صفر تا ۳ نمره گذاری می شود که به ترتیب شدت احساس علائم را واگویه می کند. نمره نهایی با جمع نمره تمام گویه ها بین صفر تا ۶۳ قرار می گیرد (۱۰). ضریب همسانی درونی پرسش نامه ۰/۹۲ و پایایی با آزمایشی آن طی یک هفته ۰/۷۵ گزارش شد. همبستگی پرسش نامه اضطراب بک با مقیاس درجه بندی اضطراب همیلتن^۲ ۰/۵۱ به دست آمد (۱۰). در ایران در پژوهش کاویانی و موسوی، ضریب پایایی پرسش نامه ۰/۸۳، ضریب روایی آن ۰/۷۲ و همسانی درونی آن برابر با ۰/۹۲ تعیین شد (۱۱).

– مقیاس وسواس فکری- عملی بیل- براون^۴: گودمن و همکاران در سال ۱۹۸۹، مصاحبه ای نیمه ساختاریافته برای ارزیابی شدت وسواس ها و اجبارها تدوین کردند که به طور گسترده برای ارزیابی اثربخشی درمان های دارویی و روان شناختی اختلال وسواس فکری- عملی به کار می رود (۱۲). نمرات آن شامل شدت وسواس ها و شدت اجبارها و یک نمره کل می شود که دربرگیرنده تمام گویه ها است. تمامی ده گویه پرسش نامه که پنج گویه برای وسواس و پنج گویه برای اجبارها در نظر گرفته شده است، روی مقیاس لیکرتی پنج درجه ای از صفر تا ۴ به ترتیب از بدون علامت تا علامت شدید درجه بندی می شود (۱۲). پایایی بین ارزیاب ها برای وسواس ها ۰/۹۷، برای اجبارها ۰/۹۶ و در مجموع ۰/۹۶ و ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس از ۰/۸۰ تا ۰/۹۰ گزارش شد (۱۲). اعتبار همگرایی ۰/۸۹ و همگرایی افتراقی ۰/۴۵ برای آن به دست آمد (۱۳). راجزی و همکاران پایایی و روایی این مقیاس را بررسی کردند و ثبات درونی دو بخش سیاهه نشانه (SC) و مقیاس شدت (SS) را به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵ و اعتبار

6. Symptom Checklist-90-Obsessive-Compulsive Subscale

7. Structured Clinical Interview for DSM

8. Repetitive Thinking Questionnaire

9. Strauss & Corbin

1. Hamilton Psychiatric Rating Scale for Depression

2. Hamilton Rating Scale for Anxiety

3. Beck Anxiety Inventory

4. Hamilton Anxiety Rating Scale

5. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

جدول ۱. رئوس برنامه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر تفکر منفی تکراری

جلسه	زمان	عناوین	تکالیف
اول	۷۵ تا ۹۰ دقیقه	<ul style="list-style-type: none"> • شروع برنامه و ارائه منطق مداخله • استعاره باز و بسته کردن سرچشمه • تعیین سلسله مراتب ماشه چکان های تفکر منفی تکراری و زنجیره افکار اصلی • تمرین رصد افکار • بررسی راهبردهای مقابله به خصوص رفتارهای اجتنابی • استفاده از استعاره شخص در گودال • صورت بندی و منسجم کردن اظهارات مراجع • تبادل کلامی با مراجع درباره صحت جمع بندی • تمرین فیل صورتی • افزایش مفهوم نویدی خلاق • استفاده از استعاره دروغ سنج • تمرین مطالعه نامتمرکز • استعاره طناب کشی با هیولا • جمع بندی جلسه • تخصیص تکلیف خانگی 	<ul style="list-style-type: none"> • ثبت افکار مرتبط با جلسه گذشته، احساسات و عواطف و تمایل به انجام رفتارهای اجتنابی یا رفتارهای اجتنابی صورت گرفته در برخورد با این افکار و احساسات احتمالاً منفی • ثبت افکار و محرک های اصلی دیگر از سایر حوزه های مهم زندگی • ثبت رفتارهای مؤثر و غیر مؤثر دیگری که مراجع در طول زندگی خود در برابر چرخه های تفکر منفی تکراری به یاد می آورد • ثبت ماشه چکان ها و موقعیت های محرک جدید در طول فاصله جلسات
دوم	۹۰ دقیقه	<ul style="list-style-type: none"> • ابتدا بررسی روند تغییرات و اجرای تمرین ها و تکالیف جلسه قبل • استعاره باتلاق شنی ذهن • بررسی روند اتفاقات یا تغییرات، افکار و احساسات بین جلسه قبل تا جلسه حاضر • تمرین استعاره توپ در استخر • عواطف پاک و کثیف • گسترش تمرین تسمه نقاله • استعاره هنر و مورچه • تمرین شیر- شیر • تمرین استعاره دست ها به عنوان افکار • جمع بندی و تلخیص مطالب مطرح شده • تخصیص تکلیف خانگی: انجام و تکرار تمرین های جلسه • برنامه ریزی با کمک مراجع برای مرور و اجرای روزانه تمرین استعاره های جلسه • بحث کوتاه درباره موانع احتمالی انجام ندادن تمرین های خانگی • تمرین دسته کلید افکار برای تکلیف خانگی 	<ul style="list-style-type: none"> • تمرین توپ در استخر • تمرین شیر- شیر • تمرین دست ها به عنوان افکار • تمرین دسته کلید افکار
سوم	۷۵ تا ۹۰ دقیقه	<ul style="list-style-type: none"> • ابتدا بررسی روند تغییرات و اجرای تمرین ها و تکالیف جلسه قبل • تمرین های حضور ذهن معطوف به تنفس یا تجربه های بدنی • تمرین تماشا کردن افکار • تمرین استعاره صفحه شطرنج • جمع بندی و تلخیص مطالب مطرح شده • تخصیص تکلیف خانگی: انجام و تکرار تمرین های جلسه • برنامه ریزی با کمک مراجع برای مرور و اجرای روزانه تمرین استعاره های جلسات دوم و سوم • بحث کوتاه درباره موانع احتمالی انجام ندادن تمرین های خانگی 	<ul style="list-style-type: none"> • حضور ذهن تنفسی • حضور ذهن اندام ها • تمرین تماشا کردن افکار • تمرین شیر- شیر • تمرین دست ها به عنوان افکار • تمرین دسته کلید افکار • تمرین توپ در استخر
چهارم	۹۰ دقیقه	<ul style="list-style-type: none"> • بررسی مفید و کاربردی بودن جلسات گذشته برای مراجع • تمرین فیلم زندگی • طرح و مرور دوباره منطق توضیح داده شده درمان، برای جمع بندی جلسات • به طور مختصر بررسی و فهرست مجدد افکار، احساسات، ماشه چکان ها و رفتارهای اجتنابی احصا شده • تخصیص تکلیف خانگی • اختتام جلسات 	<ul style="list-style-type: none"> • حضور ذهن تنفسی • حضور ذهن اندام ها • تمرین فیلم زندگی • تمرین شیر- شیر • تمرین دست ها به عنوان افکار • تمرین دسته کلید افکار • تمرین توپ در استخر

پایا از ۱/۹۶ بزرگتر بود، می‌توان با ۹۵ درصد اطمینان گفت که تغییر مشاهده‌شده در نمره‌های پس‌آزمون درمقایسه با پیش‌آزمون حاصل تصادف نبوده است. علاوه‌براین، برای به‌دست‌آوردن معناداری بالینی از فرمول درصد بهبودی بهره‌گرفته شد.

۳ یافته‌ها

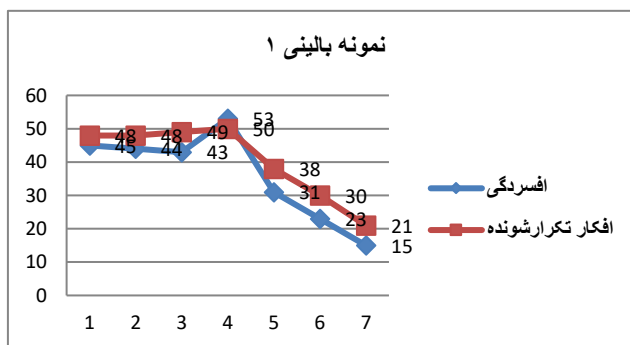
در جدول ۲ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش ذکر شده است.

اندازهٔ محفظهٔ ثبات معمولاً ۲۰ یا ۲۵ درصد از میانهٔ داده‌ها است که به میانه اضافه و از آن کم می‌شود تا کرانه‌های بالا و پایین آن به‌دست آید. با استفاده از معیار ۲۰ تا ۸۰ درصدی لین و گست (۱۷)، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها روی یا درون ۲۰ درصد مقدار میانه (محفظهٔ ثبات) قرار گیرد، داده‌ها ثبات دارد. سپس به محاسبهٔ درصد داده‌های غیرهم‌پوش^۱ و درصد داده‌های هم‌پوش^۲ پرداخته شد. علاوه‌بر تحلیل دیداری، داده‌های این پژوهش بر مبنای روش جیکبسن و تراکس تحلیل شد تا شاخص تغییر پایا^۳ به‌دست آید (۱۸). اگر قدر مطلق شاخص تغییر

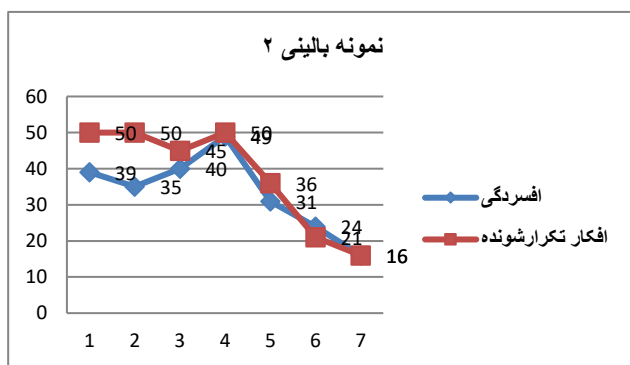
جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

متغیر	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم	آزمودنی پنجم	آزمودنی ششم
سن	۳۸ سال	۴۳ سال	۵۲ سال	۲۸ سال	۳۵ سال	۴۸ سال
جنسیت	زن	مرد	زن	زن	مرد	زن
تحصیلات	کارشناسی	کارشناسی	دیپلم	کارشناسی‌ارشد	کارشناسی‌ارشد	کارشناسی
وضعیت تأهل	متأهل	متأهل	مطلقه	مجرد	متأهل	متأهل
وضعیت اشتغال	کارمند	آزاد	کارمند	بازاریاب	بخش خصوصی	دبیر

روش مرسوم تحلیل روند تغییرات در طرح‌های خط پایه، تحلیل دیداری نمودارها است که در نمودارهای ۱ تا ۶ ارائه شده است.



نمودار ۱. اندازه‌های افکار تکرارشونده و میزان افسردگی طی جلسات خط پایه و مداخله و پیگیری

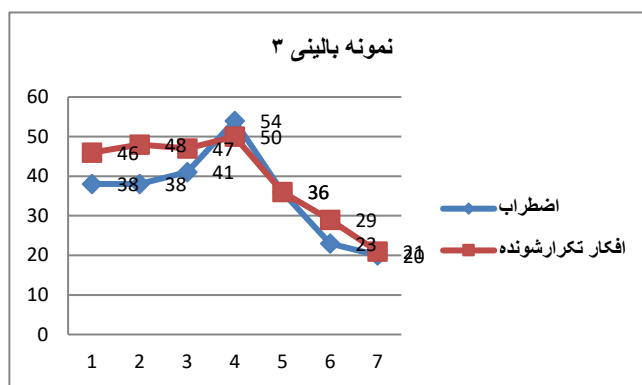


نمودار ۲. اندازه‌های افکار تکرارشونده و میزان افسردگی طی جلسات خط پایه و مداخله و پیگیری

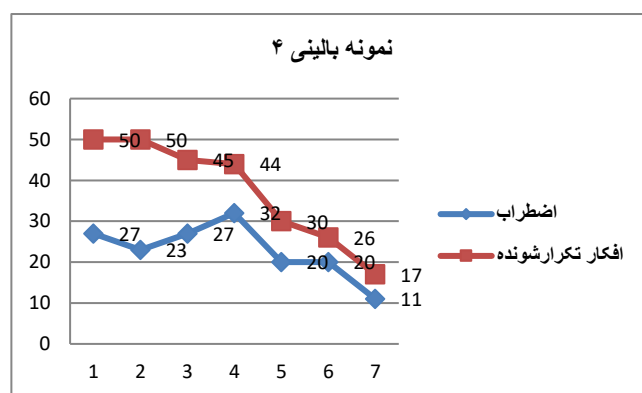
3. Reliable change index (RCI)

1. Percentage of non-overlapping data

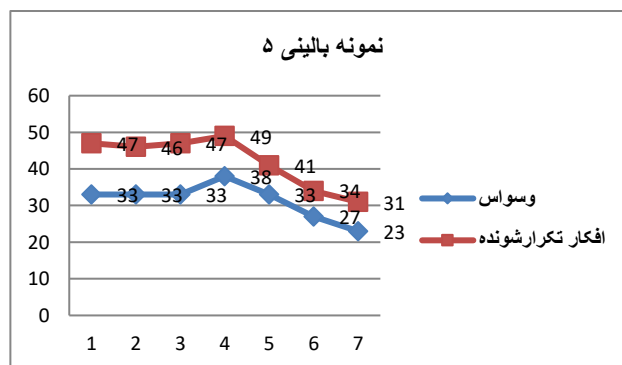
2. Percentage of overlapping data



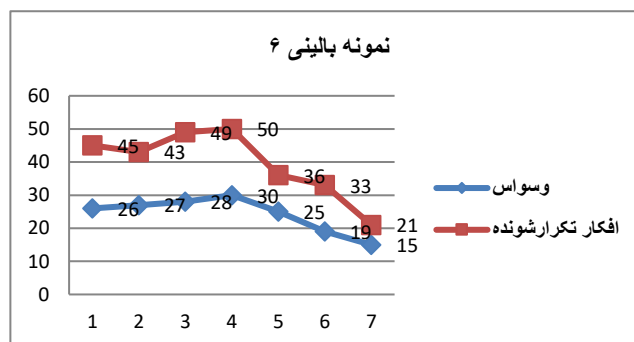
نمودار ۳. اندازه‌های افکار تکرارشونده و میزان اضطراب طی جلسات خط پایه و مداخله و پیگیری



نمودار ۴. اندازه‌های افکار تکرارشونده و میزان اضطراب طی جلسات خط پایه و مداخله و پیگیری



نمودار ۵. اندازه‌های افکار تکرارشونده و میزان وسواس طی جلسات خط پایه و مداخله و پیگیری



نمودار ۶. اندازه‌های افکار تکرارشونده و میزان وسواس طی جلسات خط پایه و مداخله و پیگیری

در جدول‌های ۳، ۴، ۵ و ۶ میزان تغییرات اندازه‌ها و ثبات یا تغییرپذیری داده‌ها بررسی می‌شود.

جدول ۳. اندازه‌های تغییر در اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس

نمونه بالینی	مرحله خط پایه			مرحله مداخله			مداخله با احتساب داده پیگیری		
	میانگین	میان	دامنه تغییرات	میانگین	میان	دامنه تغییرات	میانگین	میان	دامنه تغییرات
۱	۴۴	۴۴	۲	۳۵/۶	۳۱	۳۰	۳۰/۵	۲۷	۳۸
۲	۳۸	۳۹	۱	۲۹/۲۵-۴۸/۷۵	۳۱	۲۵	۲۳/۲۵-۳۸/۷۵	۲۷/۵	۳۳
۳	۳۹	۳۸	۳	۲۸/۵-۴۷/۵	۳۶	۳۱	۲۷-۴۵	۲۹/۵	۳۴
۴	۲۵/۶	۲۷	۴	۲۰/۲۵-۳۳/۷۵	۲۴	۱۲	۱۵-۲۵	۲۰	۲۱
۵	۳۳	۳۳	۰	۲۴/۷۵-۴۱/۲۵	۳۳	۱۱	۲۴/۷۵-۴۱/۲۵	۳۰	۱۵
۶	۲۷	۲۷	۲	۲۰/۲۵-۳۳/۷۵	۲۴/۶	۱۱	۱۸/۷۵-۳۱/۲۵	۲۲	۱۵

جدول ۴. اندازه‌های تغییر در افکار تکرارشونده

نمونه بالینی	مرحله خط پایه			مرحله مداخله			مداخله با احتساب داده پیگیری		
	میانگین	میان	دامنه تغییرات	میانگین	میان	دامنه تغییرات	میانگین	میان	دامنه تغییرات
۱	۴۸/۳	۴۸	۱	۳۹/۳	۳۸	۲۰	۲۸/۵-۴۷/۵	۳۴	۲۹
۲	۴۸/۳	۵۰	۵	۳۷/۵-۶۲/۵	۳۶	۲۹	۲۷-۴۵	۲۸/۵	۳۴
۳	۴۷	۴۷	۲	۳۵/۲۵-۵۸/۷۵	۳۸/۳	۲۱	۲۷-۴۵	۳۲/۵	۲۹
۴	۴۸/۳	۵۰	۵	۳۷/۵-۶۲/۵	۳۳/۳	۱۸	۲۲/۵-۳۷/۵	۲۸	۲۷
۵	۴۶/۶	۴۷	۱	۳۵/۲۵-۵۸/۷۵	۴۱/۳	۱۵	۳۰/۷۵-۵۱/۲۵	۳۷/۵	۱۸
۶	۴۵/۶	۴۵	۴	۳۳/۷۵-۵۶/۲۵	۳۹/۶	۱۷	۲۷-۴۵	۳۴/۵	۲۹

جدول ۵. تعیین ثبات یا تغییرپذیری روند داده‌ها در میزان اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس

نمونه بالینی	مرحله خط پایه	مرحله مداخله	مداخله با احتساب داده پیگیری
۱	۱۰۰ درصد باثبات	۳۳ درصد متغیر	۵۰ درصد متغیر
۲	۱۰۰ درصد باثبات	۶۶/۶ درصد متغیر	۵۰ درصد متغیر
۳	۱۰۰ درصد باثبات	۳۳ درصد متغیر	۵۰ درصد متغیر
۴	۱۰۰ درصد باثبات	۶۶/۶ درصد متغیر	۵۰ درصد متغیر
۵	۱۰۰ درصد باثبات	۱۰۰ درصد باثبات	۷۵ درصد متغیر
۶	۱۰۰ درصد باثبات	۱۰۰ درصد باثبات	۵۰ درصد متغیر

جدول ۶. تعیین ثبات یا تغییرپذیری روند داده‌ها در میزان افکار تکرارشونده

نمونه بالینی	مرحله خط پایه	مرحله مداخله	مداخله با احتساب داده پیگیری
۱	۱۰۰ درصد باثبات	۶۶ درصد متغیر	۵۰ درصد متغیر
۲	۱۰۰ درصد باثبات	۳۳ درصد متغیر	۲۵ درصد متغیر
۳	۱۰۰ درصد باثبات	۶۶/۶ درصد متغیر	۵۰ درصد متغیر
۴	۱۰۰ درصد باثبات	۶۶/۶ درصد متغیر	۵۰ درصد متغیر
۵	۱۰۰ درصد باثبات	۱۰۰ درصد باثبات	۷۵ درصد متغیر
۶	۱۰۰ درصد باثبات	۶۶/۶ درصد باثبات	۵۰ درصد متغیر

علائم بیماران در مرحله خط پایه، از ثبات کافی برای اعمال مداخله برخوردار بود. تغییرات مرحله درمان در گروه وسواس با شیبی ملایم‌تر در مقایسه با دو گروه افسردگی و اضطراب اتفاق افتاد؛ بنابراین از ثبات بیشتر در داده‌ها برخوردار بود. میزان افکار تکرارشونده بیماران در مرحله خط پایه با وجود تغییرات عددی، ثبات کافی برای اعمال مداخله داشت. بیشترین شیب تغییرپذیری در بیمار ۲ گروه افسردگی و کمترین آن مربوط به بیمار ۵ گروه وسواس بود. روند تغییرات در دو دسته افکار تکرارشونده و علائم اختلالات توازن نداشت. جدول‌های ۷ و ۸ تغییرات طراز مطلق اهداف درمان را منعکس می‌کنند.

جدول ۷. تعیین طراز مطلق داده‌ها در میزان اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس

نمونه بالینی	مرحله خط پایه	مرحله مداخله	مداخله با احتساب داده پیگیری
۱	-۲	-۳۰	-۳۸
	کاهش افسردگی	کاهش افسردگی	کاهش افسردگی
۲	+۱	-۲۵	-۳۳
	افزایش افسردگی	کاهش افسردگی	کاهش افسردگی
۳	+۳	-۳۱	-۳۴
	افزایش اضطراب	کاهش اضطراب	کاهش اضطراب
۴	۰	-۱۲	-۲۱
	بدون تغییر	کاهش اضطراب	کاهش اضطراب
۵	۰	-۱۱	-۱۵
	بدون تغییر	کاهش وسواس	کاهش وسواس
۶	+۲	-۱۱	-۱۵
	افزایش وسواس	کاهش وسواس	کاهش وسواس

جدول ۸. تعیین طراز مطلق داده‌ها در میزان افکار تکرارشونده

نمونه بالینی	مرحله خط پایه	مرحله مداخله	مداخله با احتساب داده پیگیری
۱	-۱	-۲۰	-۲۹
	کاهش افکار تکرارشونده	کاهش افکار تکرارشونده	کاهش افکار تکرارشونده
۲	-۵	-۲۹	-۳۴
	کاهش افکار تکرارشونده	کاهش افکار تکرارشونده	کاهش افکار تکرارشونده
۳	+۱	-۲۱	-۲۹
	افزایش افکار تکرارشونده	کاهش افکار تکرارشونده	کاهش افکار تکرارشونده
۴	-۵	-۱۸	-۲۷
	کاهش افکار تکرارشونده	کاهش افکار تکرارشونده	کاهش افکار تکرارشونده
۵	۰	-۱۵	-۱۸
	بدون تغییر	کاهش افکار تکرارشونده	کاهش افکار تکرارشونده
۶	+۴	-۱۷	-۲۹
	افزایش افکار تکرارشونده	کاهش افکار تکرارشونده	کاهش افکار تکرارشونده

محاسبه طراز مطلق نشان می‌دهد، تغییرات در اندازه‌ای نیست که ثبات داده‌ها را به‌طور معناداری تغییر دهد. در مجموع همسانی تغییر در داده‌های اختلالات و افکار تکرارشونده کامل نیست. محاسبه درصد

جدول ۹. محاسبه درصد داده‌های هم‌پوش و غیرهم‌پوش برای اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس

نمونه بالینی	مرحله خط پایه و مداخله		با احتساب داده پیگیری	
	POD	PND	POD	PND
۱	درصد ۶۶/۶	درصد ۶۶/۶	درصد ۳۳/۳	درصد ۷۵
۲	درصد ۶۶/۶	درصد ۶۶/۶	درصد ۳۳/۳	درصد ۷۵
۳	درصد ۶۶/۶	درصد ۶۶/۶	درصد ۳۳/۳	درصد ۷۵
۴	درصد ۶۶/۶	درصد ۶۶/۶	درصد ۳۳/۳	درصد ۷۵
۵	درصد ۳۳/۳	درصد ۳۳/۳	درصد ۶۶/۶	درصد ۵۰
۶	درصد ۶۶/۶	درصد ۶۶/۶	درصد ۳۳/۳	درصد ۷۵

جدول ۱۰. محاسبه درصد داده‌های هم‌پوش و غیرهم‌پوش برای افکار تکرارشونده

نمونه بالینی	مرحله خط پایه و مداخله		با احتساب داده پیگیری	
	POD	PND	POD	PND
۱	درصد ۶۶/۶	درصد ۳۳/۳	درصد ۷۵	درصد ۲۵
۲	درصد ۶۶/۶	درصد ۳۳/۳	درصد ۷۵	درصد ۲۵
۳	درصد ۶۶/۶	درصد ۳۳/۳	درصد ۷۵	درصد ۲۵
۴	درصد ۶۶/۶	درصد ۳۳/۳	درصد ۷۵	درصد ۲۵
۵	درصد ۶۶/۶	درصد ۳۳/۳	درصد ۷۵	درصد ۲۵
۶	درصد ۶۶/۶	درصد ۳۳/۳	درصد ۷۵	درصد ۲۵

درصد داده‌های هم‌پوش و غیرهم‌پوش، برتری تغییرات به نفع کاهش علائم اختلالات را نشان داد. بهترین توازن تغییرات مربوط به مرحله مداخله به پیگیری بود. همچنین داده‌ها حکایت از برتری تغییرات به نفع کاهش میزان افکار منفی تکراری داشت. محاسبه شاخص تغییر پایا که در جدول ۱۱ مشاهده می‌شود، چه در

جدول ۱۱. محاسبه شاخص تغییر پایا

نمونه بالینی	پایان درمان		پس از پیگیری	
	میزان اختلالات	میزان افکار تکرارشونده	میزان اختلالات	میزان افکار تکرارشونده
۱	-۱۳/۲۹	-۲۳/۱۶	-۱۸/۳۵	-۳۴/۵۵
۲	-۸/۸۶	-۳۴/۵۵	-۱۳/۹۲	-۴۰/۸۸
۳	-۲/۸۹	-۲۲/۷۸	-۳/۴۴	-۳۲/۹۱
۴	-۱/۰۱	-۲۸/۲۲	-۲/۶۴	-۳۹/۶۲
۵	-۱۰	-۱۵/۹۴	-۱۶/۶۶	-۱۹/۷۴
۶	-۱۳/۳۳	-۱۵/۹۴	-۲۰	-۳۱/۱۳

در آخر در جدول ۱۲، درصد بهبودی شاخص‌های درمان بررسی شده است.

جدول ۱۲. محاسبه درصد بهبودی شاخص‌ها

نمونه بالینی	پایان درمان		پس از پیگیری	
	میزان اختلالات	میزان افکار تکرارشونده	میزان اختلالات	میزان افکار تکرارشونده
۱	درصد ۴۷/۷	درصد ۳۷/۸	درصد ۶۵/۹	درصد ۵۶/۵
۲	درصد ۳۶/۸	درصد ۵۶/۵	درصد ۵۷/۸	درصد ۶۶/۸
میانگین	درصد ۴۲/۲۵	درصد ۴۷/۱۵	درصد ۶۱/۸۵	درصد ۶۱/۶۵
۳	درصد ۴۱	درصد ۳۸/۳	درصد ۴۸/۷	درصد ۵۵/۳
۴	درصد ۲۱/۸	درصد ۴۶/۲	درصد ۵۷	درصد ۶۴/۸
میانگین	درصد ۳۱/۴	درصد ۴۲/۲۵	درصد ۵۲/۸۵	درصد ۶۰/۰۵
۵	درصد ۱۸/۱	درصد ۲۷	درصد ۳۰/۳	درصد ۳۳/۴
۶	درصد ۲۹/۶	درصد ۲۷/۶	درصد ۴۴/۴	درصد ۵۳/۹
میانگین	درصد ۲۳/۸۵	درصد ۲۷/۳	درصد ۳۷/۳۵	درصد ۴۳/۶۵
میانگین کل	x	درصد ۳۸/۹	x	درصد ۵۵/۱۱

از آنجا که درصد بهبودی مطلوب ۵۰ درصد و بیشتر از آن است، در هیچ‌کدام از نمونه‌ها پس از آخرین سنجش مرحله درمان، علائم اختلالات در حد مطلوب بهبود نیافت. تنها نمونه ۲ گروه افسردگی، در مقیاس افکار تکرارشونده بهبودی بیشتر از ۵۰ درصد را نشان داد. با احتساب داده پیگیری که در اصل سنجش پس از چهارمین جلسه درمان است، میزان بهبود علائم اختلال در افراد ۱ و ۲ گروه افسردگی

و نمونه ۴ گروه اضطرابی، بیشتر از معیار ۵۰ درصدی بود و بنابراین معنادار و مطلوب بود. در این افراد میزان تغییر مطلوب و بهبودی در میزان افکار منفی تکراری نیز بیشتر از معیار بود و معنادار تلقی شد. با احتساب داده پیگیری، افراد ۳ گروه اضطرابی و ۶ گروه وسواس در مقیاس افکار تکرارشونده بهبودی معنادار نشان دادند؛ اما افراد ۳ گروه اضطرابی و ۵ و ۶ گروه وسواس در علائم اختلالات در مرحله پیگیری

بهبودی بیشتر از حد ۵۰ درصدی نداشتند. میانگین درصد بهبودی کل مجموعه افراد در مقیاس افکار تکرارشونده، در نهایت و با احتساب داده پیگیری، معنادار به دست آمد. میانگین درصد بهبود در گروه افسردگی، در مقیاس افکار تکرارشونده و میزان علائم افسردگی در پایان مرحله درمان معنادار نبود. این ضرایب در گروه افسردگی با احتساب داده پیگیری به صورت معنادار و مطلوب مشاهده شد. میانگین درصد بهبود در گروه اضطرابی، در مقیاس افکار تکرارشونده و میزان علائم اضطراب در پایان مرحله درمان معنادار نبود. این ضرایب در گروه اضطرابی با احتساب داده پیگیری معنادار و مطلوب به دست آمد. میانگین درصد بهبودی در گروه وسواس فکری-عملی، در مقیاس افکار تکرارشونده و میزان علائم وسواس در پایان مرحله درمان معنادار نبود. این ضرایب در گروه وسواس با احتساب داده پیگیری نیز معنادار نشد.

۴ بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی برنامه فراتشخیصی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان افکار منفی تکراری و اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس فکری-عملی صورت پذیرفت. نتایج مشخص کرد، در انتهای پیگیری فرایند درمان، افکار منفی تکراری جز در یک نمونه از گروه وسواس فکری-عملی به صورت معناداری کاهش یافت؛ همچنین نشانگان اختلالات افسردگی و اضطراب کاهش مطلوب داشتند؛ اما علائم وسواس فکری-عملی کاهش مطلوب و معنادار نشان نداد؛ به این ترتیب مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار منفی تکراری در بین اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس فکری-عملی مؤثر واقع شده است. این تأثیر دست کم از دو لحاظ اهمیت دارد: اول اینکه به واسطه مؤلفه های معدود درمانی و بدون اتکا به صورت بندی های بالینی اختصاصی، در زمان کوتاه و تعداد جلسات کم انجام شده است؛ دوم آنکه افکار منفی مکرری که در دسته های مجزا صورت بندی می شوند، با مفهوم سازی بالینی یکپارچه و روش مداخله واحد تعدیل شده اند. این نتایج با پژوهش های روییز و همکاران در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر تفکر منفی تکراری بر نشانگان اختلالات هیجانی (۵،۷)، حمایت تجربی از ایده فراتشخیصی بودن تفکر منفی تکراری در پژوهش وال و همکاران (۱۹) و مشابهت انواع تفکر منفی تکراری آن طور که سپینهاون و همکاران (۲۰) نشان دادند، همخوانی دارد. اگرچه تغییر در علائم اختلالات غیرتصادفی و به طور مستمر کاهش بود، در هیچ کدام از افراد بر مبنای نمرات ابزارهای پژوهش، درمان به معنای تسکین علائم در حد بی علامت یا غیربالینی رخ نداد. از این لحاظ نتایج پژوهش برخلاف تحقیقات روییز و همکاران (۵،۷) است؛ اگرچه طبق بررسی مروری بلوت و همکاران، داده ها حاکی از اثربخشی اکت در درمان اختلال وسواس فکری-عملی بود (۲۱). از محدودیت های این پژوهش برای تبیین نحوه اثر مداخله در گروه وسواس، نبود پژوهش های مشابهی است که با هدف گیری تفکر منفی تکراری بر اساس صورت بندی مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییرات علائم وسواس فکری-عملی را ثبت کرده باشند. اثرات برجسته تر مداخله حاضر، در درجه اول شکستن الگوهای

اجتنابی در جلسه اول و سپس مفهوم سازی و فنون پذیرش و گسلش در جلسه دوم مداخله بود. جلسات سوم و چهارم به نوعی تثبیت اثرات این دو جلسه بود. نمودارها اگرچه یک قله انگیزتگی ناشی از تأثیر جلسه اول مداخله را نشان داد، این افزایش به خودی خود نامطلوب نبود. روند کاهش در واقع از همان جا به بعد معنا پیدا کرد. این موضوع همسو با تأکید روییز و همکاران بر کارکردهای اجتنابی افکار منفی تکراری است (۷،۲۲). در پژوهش حاضر این کارکرد اجتنابی در نحوه به کارگیری فنون مداخله توسط نمونه ها نیز دیده شد. افراد در مواقعی از این فنون به عنوان یک روش حواس پرتی و بر همان مبنای اجتنابی همیشگی خود بهره گرفتند. از این لحاظ پیشنهاد می شود که روش های ترجیحی اجتناب در اختلالات متعدد، طی پژوهش های دیگری بررسی شود.

اگرچه افراد تمرین ها را دنبال می کردند، در مجموع به نظر می رسد که در بین گروه ها از لحاظ درک و به کارگیری فنون نیز تفاوت وجود داشت. این موضوع مهمی است که تأثیرات مجزای هر فن مداخله در پژوهش های دیگری بررسی شود. به خصوص گروه های اضطرابی و وسواس فکری-عملی فنون حضور ذهن را بهتر دنبال کردند و در فاصله بین جلسات بیشتر به کار بردند؛ اما تحمل زمان های مراقبه حضور ذهن بدون حضور درمانگر برای نمونه های افسرده دشوار بود. از این نظر در قیاس با پژوهش حاضر، نقطه قوت پژوهش روییز و همکاران، تدوین بسته های صوتی تصویری مبتنی بر فنون مداخله است که در فاصله بین جلسات توسط بیماران به کار گرفته شد (۵) و این امر می تواند بخشی از تفاوت در اثربخشی مداخله مذکور و مداخله روییز و همکاران را توجیه کند.

برای تبیین تفاوت ها یا کاستی های موجود، علاوه بر روش شناسی های متفاوت پژوهش ها، ابزارهای مختلف و فنون گوناگون، باید به نقش احتمالی سازه های فراتشخیصی دیگری نیز نظر داشت که می توانند زیربنای شکل گیری اختلالات متعدد روان شناختی باشند. به هر صورت تفاوت های شکلی اختلالات مختلف واقعیتی انکارناپذیر است. از این لحاظ نقش مؤلفه های اختصاصی یا وابسته به علامت شناسی های اختلالات خاص باید مدنظر باشد؛ ضمن آنکه در این پژوهش، مؤلفه های ارزش ها و عمل متعهدانه که دو مؤلفه اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هستند، به واسطه دربرداشتن ضروریاتی که به طور مستقیم با سازه تفکر منفی تکراری در ارتباط نیستند، کنار گذاشته شدند. کاستی در تأثیر برنامه مداخله در مقایسه با پژوهش های روییز و همکاران می تواند ناشی از این عامل نیز باشد (۵،۷،۲۲).

۵ نتیجه گیری

بر اساس یافته های پژوهش، به نظر می رسد، برنامه مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد متمرکز بر تفکر منفی تکراری، در کاهش افکار منفی تکرارشونده مؤثر است و از این طریق در کاهش علائم مختص هر دسته از اختلالات تأثیری متوسط دارد. این یافته ها پیشنهاد می کند که تفکر منفی تکراری را می توان سازه ای فراتشخیصی دست کم در بین اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس فکری-عملی در نظر گرفت و با تمرکز بر آن علائم اختلالات را با روشی منفرد و یکپارچه کاهش داد.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش محققان را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیها

در این پژوهش ملاحظات کمیته اخلاق از جمله رازداری و امانت‌داری، کسب رضایت آگاهانه و شرکت داوطلبانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و است. نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Craske MG. Transdiagnostic treatment for anxiety and depression: the cutting edge: transdiagnostic therapy. *Depress Anxiety*. 2012;29(9):749–53. <https://doi.org/10.1002/da.21992>
2. McEvoy PM, Nathan P, Norton PJ. Efficacy of transdiagnostic treatments: a review of published outcome studies and future research directions. *J Cogn Psychother*. 2009;23(1):20–33. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.20>
3. McEvoy PM, Watson H, Watkins ER, Nathan P. The relationship between worry, rumination, and comorbidity: evidence for repetitive negative thinking as a transdiagnostic construct. *J Affect Disord*. 2013;151(1):313–20. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.06.014>
4. Ehring T, Watkins ER. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *Int J Cogn Ther*. 2008;1(3):192–205. <https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.192>
5. Ruiz FJ, Flórez CL, García-Martín MB, Monroy-Cifuentes A, Barreto-Montero K, García-Beltrán DM, et al. A multiple-baseline evaluation of a brief acceptance and commitment therapy protocol focused on repetitive negative thinking for moderate emotional disorders. *J Contextual Behav Sci*. 2018;9:1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.04.004>
6. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy the process and practice of mindful change. Second edition. New York: The Guilford Press; 2016.
7. Ruiz FJ, Peña-Vargas A, Ramírez ES, Suárez-Falcón JC, García-Martín MB, García-Beltrán DM, et al. Efficacy of a two-session repetitive negative thinking-focused acceptance and commitment therapy (ACT) protocol for depression and generalized anxiety disorder: a randomized waitlist control trial. *Psychotherapy*. 2020;57(3):444–56. <http://dx.doi.org/10.1037/pst000273>
8. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*. 1996;67(3):588–97. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13
9. Ghassemzadeh H, Mojtabei R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian-language version of the Beck Depression Inventory-Second Edition: BDI-II-Persian. *Depress Anxiety*. 2005;21(4):185–92. <https://doi.org/10.1002/da.20070>
10. Beck AT, Epstein N, Brown G, Steer RA. An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *J Consult Clin Psychol*. 1988;56(6):893–7. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893>
11. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J*. 2008;66(2):136–40. [Persian] <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-641-en.html>
12. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CS, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1006–11. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
13. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. validity. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46(11):1012–6. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110054008>
14. Rajezi Esfahani S, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahireedin A, Janbozorgi M. Reliability and Validity of the Persian version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012;17(4):297–303. [Persian] <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-1453-en.html>
15. McEvoy PM, Mahoney AEJ, Moulds ML. Are worry, rumination, and post-event processing one and the same? development of the Repetitive Thinking Questionnaire. *J Anxiety Disord*. 2010;24(5):509–19. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.03.008>
16. Akbari M. Psychometric properties of Repetitive Thinking Questionnaire in nonclinical sample: trans diagnostic tool. *Journal of Clinical Psychology*. 2017;9(2):59–72. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2718.html?lang=en
17. Lane JD, Gast DL. Visual analysis in single case experimental design studies: brief review and guidelines. *Neuropsychol Rehabil*. 2014;24(3–4):445–63. <https://doi.org/10.1080/09602011.2013.815636>
18. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *J Consult Clin Psychol*. 1991;59(1):12–9. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.59.1.12>

19. Wahl K, Ehring T, Kley H, Lieb R, Meyer A, Kordon A, et al. Is repetitive negative thinking a transdiagnostic process? A comparison of key processes of RNT in depression, generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder, and community controls. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2019;64:45–53. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.02.006>
20. Spinhoven P, Drost J, Van Hemert B, Penninx BW. Common rather than unique aspects of repetitive negative thinking are related to depressive and anxiety disorders and symptoms. *J Anxiety Disord*. 2015;33:45–52. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.05.001>
21. Bluett EJ, Homan KJ, Morrison KL, Levin ME, Twohig MP. Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: an empirical review. *J Anxiety Disord*. 2014;28(6):612–24. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008>
22. Ruiz FJ, Riaño-Hernández D, Suárez-Falcón JC, Luciano C. Effect of a one-session ACT protocol in disrupting repetitive negative thinking: a randomized multiple-baseline design. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*. 2016;16(3):213–33.