MEJDS. 2022; 12:204.

Published online 2023 Feb. **Original Article**

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

Sohrabi F[1], Borjali A[1], Falsafi Nejd MR[2], Eskandari H[1], *Zinati Afkham AR[3]

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 transdignostic 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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۲۰۴.

انتشار برخط بهمن ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی برنامهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر میزان افکار منفی تکراری و اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس فکری‌ـ عملی

فرامرز سهرابی[۱]، احمد برجعلی[۲]، محمدرضا فلسفی‌نژاد[۳]، حسین اسکندری[۲]، *علی‌رضا 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 تربیتی‌ـ سنجش و اندازه‌گیری، دانشیار دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

۴. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** alirezazinati61@gmail.com

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

چکیده

زمینه و هدف: برمبنای دیدگاه فراتشخیصی، انواع تفکر منفی تکراری به‌واسطهٔ فرایندهای مشابهی مشخص می‌شود که قابلیت کاربست در انواع محتواهای وابسته به اختلالات خاص را دارد. هدف مطالعهٔ حاضر، بررسی اثربخشی برنامهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر میزان افکار منفی تکراری و اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس فکری‌ـ عملی بود.

روش‌بررسی: این پژوهش با روش مطالعهٔ تک‌موردی و طرح خط پایهٔ چندگانه انجام شد. جامعهٔ آماری پژوهش را مراجعه‌کنندگان بخش روان‌پزشکی بیمارستان امام‌حسین(ع) طی اسفند۱۳۹۹ تا خرداد۱۴۰۰ تشکیل دادند. با روش نمونه‌گیری هدفمند شش بیمار مبتلا به اختلالات افسردگی اساسی، اضطراب تعمیم‌یافته و وسواس فکری‌ـ عملی، انتخاب شدند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، پرسش‌نامهٔ افسردگی بک‌ـ نسخهٔ دوم (بک و همکاران، ۱۹۹۶)، پرسش‌نامهٔ اضطراب بک (بک و همکاران، ۱۹۸۸)، مقیاس وسواس فکری‌ـ عملی ییل‌ـ براون (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹) و پرسش‌نامهٔ افکار تکرارشوندهٔ ده‌سؤالی (مک‌ایوی و همکاران، ۲۰۱۰) به‌کار رفت. برنامهٔ مداخلهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد طی چهار جلسه به‌صورت انفرادی اجرا شد. تحلیل داده‌ها برپایهٔ روش‌های تحلیل ترسیمی، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، برنامهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد سبب کاهش تفکر منفی تکراری و علائم افسردگی و اضطراب شد؛ اما نشانگان وسواس فکری‌ـ عملی به‌طور معناداری کاهش نیافت.

نتیجه‌گیری: براساس 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 مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، افسردگی، اضطراب، وسواس فکری‌ـ عملی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

۱ مقدمه

در سال‌های گذشته، چرخش‌های نظری و ساختاری در مراجع آسیب‌شناسی روانی[1] به‌سمت ابعاد کمّی و پیوستاری به‌جای مقوله‌های کیفی، اذعان به پراکندگی و گسترش زیاد برنامه‌های مداخلهٔ روان‌شناختی و نقص در نتایج درمانی، تشخیص رایج هم‌ابتلایی‌ها[2] و علاقهٔ فزاینده به فهم علل ابتلای هم‌زمان به اختلالات، جست‌وجو برای عوامل مشترک در بین انواع اختلالات را به‌راه انداخت. این عوامل به‌اصطلاح فراتشخیصی[3] در علت‌شناسی و وقوع هم‌زمان انواع مختلف آسیب‌های روان‌شناختی نقش بازی می‌کنند (۱). جست‌وجوی عوامل فراتشخیصی به‌واسطهٔ تمایل به ایجاد درمان‌های متحدشده[4] یا یکپارچه[5] تشدید شد؛ درمان‌هایی که عناصر مشترک اختلالات متعدد را هم‌زمان و بدون نیاز به تعیین انواع خاص علائم هر مقولهٔ تشخیصی هدف می‌گیرند (۲). عوامل فراتشخیصی متعددی شامل عاطفه، توجه، حافظه، استدلال و تفکر، برای ایجاد پیوند بین اختلالات پیشنهاد شده است. در حوزهٔ افکار، نگرانی[6] و نشخوار فکری[7] شکل‌های شناخته‌شده‌تر تفکر منفی تکراری[8] 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[9] و نگرانی را غالباً در رابطه با اختلال اضطراب تعمیم‌یافته[10] برجسته کرده‌اند، شواهد نشان می‌دهد این دو فرایندهای مشترکی دارند؛ به‌طوری‌که ارینگ و واتکینز دریافتند، شباهت‌های این دو سازه بیشتر از تفاوت‌های آن‌ها است؛ چراکه آن‌ها تکرارشونده، به‌سختی قابل کنترل، دارای محتوای منفی، به‌طور برجسته‌ای کلامی و نسبتاً انتزاعی هستند (۴).

تشخیص این فرایندها منجربه پیشنهاد تدوین یا به‌کارگیری درمان‌های روان‌شناختی فراتشخیصی نظیر درمان فراشناختی[11]، برنامهٔ یکپارچهٔ درمان فراتشخیصی اختلالات هیجانی[12] ، درمان شناختی‌رفتاری متمرکز بر نشخوار فکری[13] و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[14] (اکت) شد (۵). هسته‌های درونی اکت شامل پذیرش، گسلش شناختی[15]، ذهن‌آگاهی[16] ، بافتار خویشتن[17] ، ارزش‌ها[18] و عمل متعهدانه[19] ، هم‌راستا با دیدگاه فراتشخیصی طراحی شده است. زیربنای اکت، نظریهٔ چارچوب ربطی[20] نیز در اصل برای تبیین روابط شناخت و زبان گسترش یافت (۶). تفکر منفی تکراری در این روش درمانی به‌عنوان راهبرد اجتنابی[21] غالب در نظر گرفته می‌شود که سبب طولانی‌شدن عاطفهٔ منفی[22] و در رابطه‌ای متقابل، تمرکز تفکر بر محتواهای منفی خواهد شد. عاطفه و افکار منفی مزمن باعث به‌کارگیری راهبردهای اجتنابی ثانویه می‌شود که به‌واسطهٔ تکرار، الگوی نامنعطفی از رفتارهای متمرکز بر تفکر منفی را در پی دارد (۷). اکت برخلاف درمان‌های شناختی‌رفتاری سنتی تلاش می‌کند به‌جای چالش شناختی، با هدف‌گیری بافت و کارکرد این چرخهٔ معیوب و محرک‌های راه‌انداز آن، رفتارهای ناکارآمد را اصلاح کند. باوجود این قابلیت‌ها، مطالعات معدودی بر به‌کارگیری اکت در تعدیل افکار منفی تکراری به‌عنوان سازه‌ای مستقل متمرکز شده است. بررسی تطبیقی تأثیر مؤلفه‌های فراتشخیصی اکت و انواع افکار منفی تکراری که در دسته‌های متنوع اختلالات روان‌شناختی بروز می‌یابند، محک مناسبی برای ایدهٔ فراتشخیصی‌بودن سازهٔ تفکر منفی فراهم می‌آورد. به این منظور، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی برنامهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر میزان افکار منفی تکراری و اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس فکری‌ـ عملی اجرا شد.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش با روش مطالعهٔ تک‌موردی و طرح خط پایهٔ چندگانه انجام شد. جامعهٔ 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 برچسب تشخیصی توسط روان‌پزشک و کسب رضایت اولیهٔ بیماران، موضوع پژوهش و طرح مداخله با آن‌ها مطرح شد. افرادی که موافقت اولیه اعلام داشتند، پرسش‌نامهٔ اختلال تشخیصی خود را پر کردند. از این بین، به‌واسطهٔ تکمیل‌نشدن مراحل خط پایه، تمایل‌نداشتن به ادامهٔ فرایند، تقاضای اجرای درمان دارویی و ابراز صریح قصد خودکشی، درنهایت شش بیمار مبتلا به اختلالات افسردگی اساسی، اضطراب تعمیم‌یافته و وسواس فکری‌ـ عملی، در هر دسته دو بیمار، تثبیت شدند و به‌صورت ناهم‌زمان وارد برنامهٔ مداخله شدند. معیارهای ورود بیماران به پژوهش عبارت بود از: تمایل شخص به شرکت در پژوهش و توانایی حضور در فرایند تحقیق؛ تجربهٔ افکار تکراری فراوان، شدید، کنترل‌نشدنی یا مزاحم طی حداقل دو هفتهٔ گذشته؛ توانایی توضیح و تشریح افکار و احساسات؛ احراز برچسب تشخیصی اختلالات روان‌شناختی برای نمونهٔ بالینی برمبنای ابزارهای تشخیصی پژوهش. معیارهای خروج نیز برنامهٔ درمان دارویی روان‌پزشکی فعال در زمان اجرای مداخله، تصریح به داشتن برنامه برای اقدام به خودکشی و شدت‌یافتن یا نوسان معنادار علائم در دورهٔ خط پایه بود.

برای ثبت داده‌های درمان ابزارها و جلسات درمانی زیر به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ افسردگی بک‌ـ نسخهٔ دوم[23] : نسخهٔ دوم پرسش‌نامهٔ افسردگی بک پس از رفع نقایص نسخهٔ اول، توسط بک در سال ۱۹۹۶

---

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
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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

ارائه شد (۸). این پرسش‌نامه، مقیاس خودگزارش‌دهی ۲۱ سؤالی برای سنجش افسردگی و شدت علائم آن است. آزمودنی‌ها باید روی مقیاس لیکرتی چهاردرجه‌ای از صفر تا سه به سؤالات پاسخ دهند. کمینهٔ نمره در این آزمون صفر و بیشینهٔ 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 غیربالینی و پایایی آزمون مجدد با فاصلهٔ یک هفته را ۰/۹۳ ($p<$۰/۰۰۱) گزارش دادند. ضرایب همبستگی برای روایی هم‌زمان و افتراقی با مقیاس درجه‌بندی روان‌پزشکی همیلتن برای افسردگی[1] و مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتن[2]، به‌ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۴۷ به‌دست آمد (۸). در ایران نیز قاسم‌زاده و همکاران، آلفای کرونباخ ۰/۸۷ را برای همسانی درونی، ضریب همبستگی ۰/۷۴ را برای پایایی بازآزمایی و ضریب همبستگی ۰/۷۷ با پرسش‌نامهٔ افکار خودآیند منفی را برای روایی این پرسش‌نامه گزارش کردند (۹).

ـ پرسش‌نامهٔ اضطراب بک[3]: بک و همکاران در سال ۱۹۸۸ پرسش‌نامه‌ای خودگزارش‌دهی برای اندازه‌گیری شدت اضطراب در بیماران روان‌پزشکی تهیه کردند (۱۰). این پرسش‌نامه، مقیاسی ۲۱ ماده‌ای است. چهار گزینهٔ هر سؤال در طیفی چهاربخشی از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود که به‌ترتیب شدت احساس علائم را واگویه می‌کند. نمرهٔ نهایی با جمع نمرهٔ تمام گویه‌ها بین صفر تا ۶۳ قرار می‌گیرد (۱۰). ضریب همسانی درونی پرسش‌نامه ۰/۹۲ و پایایی بازآزمایی آن طی یک هفته ۰/۷۵ گزارش شد. همبستگی پرسش‌نامهٔ اضطراب بک با مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتن[4] ۰/۵۱ به‌دست آمد (۱۰). در ایران در پژوهش کاویانی و موسوی، ضریب پایایی پرسش‌نامه ۰/۸۳، ضریب روایی آن ۰/۷۲ و همسانی درونی آن برابر با ۰/۹۲ تعیین شد (۱۱).

ـ مقیاس وسواس فکری‌ـ عملی ییل‌ـ براون[5]: گودمن و همکاران در سال ۱۹۸۹، مصاحبه‌ای نیمه‌ساختاریافته برای ارزیابی شدت وسواس‌ها و اجبارها تدوین کردند که به‌طور گسترده برای ارزیابی اثربخشی درمان‌های دارویی و روان‌شناختی اختلال وسواس فکری‌ـ عملی به‌کار می‌رود (۱۲). نمرات آن شامل شدت وسواس‌ها و شدت اجبارها و یک نمرهٔ کل می‌شود که دربرگیرندهٔ تمام گویه‌ها است. تمامی ده گویهٔ پرسش‌نامه که پنج گویه برای وسواس و پنج گویه برای اجبارها در نظر گرفته شده است، روی مقیاس لیکرتی پنج‌درجه‌ای از صفر تا ۴ به‌ترتیب از بدون علامت تا علامت شدید درجه‌بندی می‌شود (۱۲). پایایی بین ارزیاب‌ها برای وسواس‌ها ۰/۹۷، برای اجبارها ۰/۹۶ و درمجموع 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 به‌دست آمد (۱۳). راجزی و همکاران پایایی و روایی این مقیاس را بررسی کردند و ثبات درونی دو بخش سیاههٔ نشانه (SC) و مقیاس شدت (SS) را به‌ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵ و اعتبار دونیمه‌سازی برای SC و SS را ۰/۹۳ و ۰/۸۹ به‌دست آوردند. همچنین اعتبار بازآزمایی مقیاس را ۰/۹۹ گزارش کردند. میان SC با SCL-90-R-OCS[6] و SS با SCID-I[7] همبستگی مثبت وجود داشت ($p<$۰/۰۰۱) (۱۴).

ـ پرسش‌نامهٔ افکار تکرارشونده[8]: مک‌ایوی و همکاران، فرم کوتاه ده‌سؤالی این پرسش‌نامه را در سال ۲۰۱۰ تدوین کردند (۱۵). بررسی اعتبار و پایایی این ابزار نشان داد، همانند نسخهٔ بلند آن از پایایی (آلفای کرونباخ بزرگ‌تر از ۰/۸۹) و اعتبار واگرا و همگرای مطلوبی با طیف گسترده‌ای از هیجان‌های منفی برخوردار است. گویه‌ها روی مقیاسی پنج‌درجه‌ای از یک (کاملاً غلط) تا پنج (کاملاً صحیح) نمره‌گذاری می‌شود (۱۵). در ایران نیز در پژوهش اکبری، ضریب پایایی بازآزمایی پرسش‌نامه برابر با ۰/۷۶ ($p<$۰/۰۱) و همسانی درونی آن با روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۹۱ (برای نمونهٔ مرد ۰/۸۹ و برای نمونهٔ زن ۰/۹۲) و میانگین همبستگی گویه‌ها با نمرهٔ کل برابر ۰/۸۱ بود (۱۶).

پیش از اجرای پژوهش کنونی، پژوهشگران با استفاده از روش‌شناسی کیفی نظریهٔ زمینه‌ای مبتنی‌بر گزارش استراوس و کربین[9]، ادراک افراد از چرخهٔ تفکر منفی تکراری را در بین جمعیت عادی و نمونه‌های بالینی افسردگی، اضطراب تعمیم‌یافته و وسواس فکری‌ـ عملی بررسی کردند. هدف، رسیدن به صورت‌بندی مفهومی کارکردی بود که بتواند در دستور کار یک برنامهٔ مداخله استفاده شود. بررسی تطبیقی‌قیاسی افکار منفی تکراری نشان داد، تجربهٔ تفکر منفی تکراری از دو مقولهٔ بزرگ کنترل‌ـ مزاحمت و ارزش تحلیلی‌ـ کارکردی تشکیل شده است. سپس، برمبنای اصول و فنون درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد چارچوب برنامه متناسب با مؤلفه‌های مقوله‌های مشترک، سازمان‌بندی شد. پنج نفر از صاحب‌نظران درمان روان‌شناختی، آمار و روش تحقیق، روایی محتوایی برنامهٔ مداخله را ارزیابی کردند. ثبت علائم مرحلهٔ خط پایه در فواصل سه‌روزه انجام گرفت. مداخله بلافاصله پس از سومین نوبت ارزیابی خط پایه برای هرکدام از آزمودنی‌ها به‌صورت جلسات هفتگی اجرا شد. بعد از آخرین جلسهٔ مداخله، برای دو هفتهٔ آتی هماهنگی لازم به‌منظور ارزیابی پیگیری صورت گرفت. برنامهٔ مداخلهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد طی چهار جلسه به‌طور انفرادی اجرا شد. فرایند مداخله در جدول ۱ ارائه شده است.

تحلیل داده‌ها برپایهٔ روش‌های تحلیل ترسیمی، شاخص تغییر پایا و درصد بهبودی صورت گرفت. داده‌های حاصل، به‌وسیلهٔ نرم‌افزار آماری SPSS نسخهٔ ۲۱ به‌شکل توصیفی تجزیه‌وتحلیل شد. پس از آن، براساس شیوهٔ مرسوم پژوهش‌های تک‌آزمودنی مبتنی‌بر خط پایه، به‌صورت نموداری تحلیل انجام گرفت؛ بدین‌منظور میانگین، میانه، دامنهٔ تغییرات و محفظهٔ ثبات داده‌ها مشخص می‌شود. دامنهٔ تغییرات، فاصلهٔ بین کمترین و بیشترین داده است.

[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
[6]. Symptom Checklist-90-Obsessive-Compulsive Subscale
[7]. Structured Clinical Interview for DSM
[8]. Repetitive Thinking Questionnaire
[9]. Strauss & Corbin

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

جدول ۱. رئوس برنامهٔ مداخلهٔ مبتنی‌بر پذیرش و تعهد متمرکز بر تفکر منفی تکراری

جلسه	زمان	عناوین	تکالیف
اول	۷۵تا۹۰ دقیقه	• شروع برنامه و ارائهٔ منطق مداخله • استعارهٔ باز و بسته‌کردن سرچشمه • تعیین سلسله‌مراتب ماشه‌چکان‌های تفکر منفی تکراری و زنجیرهٔ افکار اصلی • تمرین رصد افکار • بررسی راهبردهای مقابله به‌خصوص رفتارهای اجتنابی • استفاده از استعارهٔ شخص در گودال • صورت‌بندی و منسجم‌کردن اظهارات مراجع • تبادل کلامی با مراجع دربارهٔ صحت جمع‌بندی • تمرین فیل صورتی • افزایش مفهوم نومیدی خلاق • استفاده از استعارهٔ دروغ‌سنج • تمرین مطالعهٔ نامتمرکز • استعارهٔ طناب‌کشی با هیولا • جمع‌بندی جلسه • تخصیص تکلیف خانگی	• ثبت افکار مرتبط با جلسهٔ گذشته، احساسات و عواطف و تمایل به انجام رفتارهای اجتنابی یا رفتارهای اجتنابی صورت‌گرفته در برخورد با این افکار و احساسات احتمالاً منفی • ثبت افکار و محرک‌های اصلی دیگر از سایر حوزه‌های مهم زندگی • ثبت رفتارهای مؤثر و غیرمؤثر دیگری که مراجع در طول زندگی خود دربرابر چرخه‌های تفکر منفی تکراری به‌یاد می‌آورد • ثبت ماشه‌چکان‌ها و موقعیت‌های محرک جدید در طول فاصلهٔ جلسات
دوم	۹۰ دقیقه	• ابتدا بررسی روند تغییرات و اجرای تمرین‌ها و تکالیف جلسهٔ قبل • استعارهٔ باتلاق شنی ذهن • بررسی روند اتفاقات یا تغییرات، افکار و احساسات بین جلسهٔ قبل تا جلسهٔ حاضر • تمرین استعارهٔ توپ در استخر • عواطف پاک و کثیف • گسترش تمرین تسمه نقاله • استعارهٔ هنر و مورچه • تمرین شیر ـ شیر • تمرین استعارهٔ دست‌ها به‌عنوان افکار • جمع‌بندی و تلخیص مطالب مطرح‌شده • تخصیص تکلیف خانگی: انجام و تکرار تمرین‌های جلسه • برنامه‌ریزی با کمک مراجع برای مرور و اجرای روزانهٔ تمرین استعاره‌های جلسه • بحث کوتاه دربارهٔ موانع احتمالی انجام‌ندادن تمرین‌های خانگی • تمرین دسته‌کلید افکار برای تکلیف خانگی	• تمرین توپ در استخر • تمرین شیر ـ شیر • تمرین دست‌ها به‌عنوان افکار • تمرین دسته‌کلید افکار
سوم	۷۵تا۹۰ دقیقه	• ابتدا بررسی روند تغییرات و اجرای تمرین‌ها و تکالیف جلسهٔ قبل • تمرین‌های حضور ذهن معطوف به تنفس یا تجربه‌های بدنی • تمرین تماشاکردن افکار • تمرین استعارهٔ صفحهٔ شطرنج • جمع‌بندی و تلخیص مطالب مطرح‌شده • تخصیص تکلیف خانگی: انجام و تکرار تمرین‌های جلسه • برنامه‌ریزی با کمک مراجع برای مرور و اجرای روزانهٔ تمرین استعاره‌های جلسات دوم و سوم • بحث کوتاه دربارهٔ موانع احتمالی انجام‌ندادن تمرین‌های خانگی	• حضورذهن تنفسی • حضورذهن اندام‌ها • تمرین تماشاکردن افکار • تمرین شیر ـ شیر • تمرین دست‌ها به‌عنوان افکار • تمرین دسته‌کلید افکار • تمرین توپ در استخر
چهارم	۹۰ دقیقه	• بررسی مفید و کاربردی‌بودن جلسات گذشته برای مراجع • تمرین فیلم زندگی • طرح و مرور دوبارهٔ منطق توضیح داده‌شدهٔ درمان، برای جمع‌بندی جلسات • به‌طور مختصر بررسی و فهرست مجدد افکار، احساسات، ماشه‌چکان‌ها و رفتارهای اجتنابی احصاشده • تخصیص تکلیف خانگی • اختتام جلسات	• حضورذهن تنفسی • حضورذهن اندام‌ها • تمرین فیلم زندگی • تمرین شیر ـ شیر • تمرین دست‌ها به‌عنوان افکار • تمرین دسته‌کلید افکار • تمرین توپ در استخر

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

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[1] و درصد داده‌های هم‌پوش[2] پرداخته شد. علاوه‌بر تحلیل دیداری، داده‌های این پژوهش برمبنای روش جیکبسن و تراکس تحلیل شد تا شاخص تغییر پایا[3] به‌دست آید (۱۸). اگر قدر مطلق شاخص تغییر 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 بهره گرفته شد.

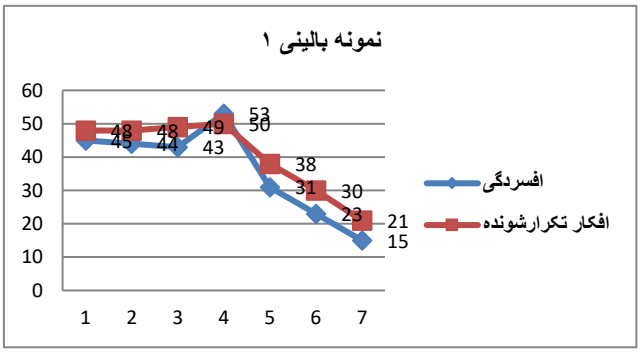
۳ یافته‌ها

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

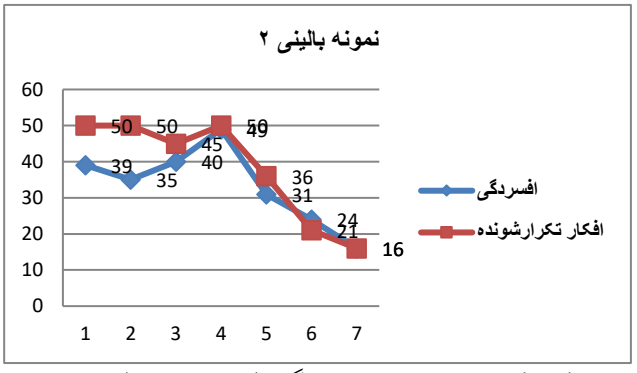
جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها

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.



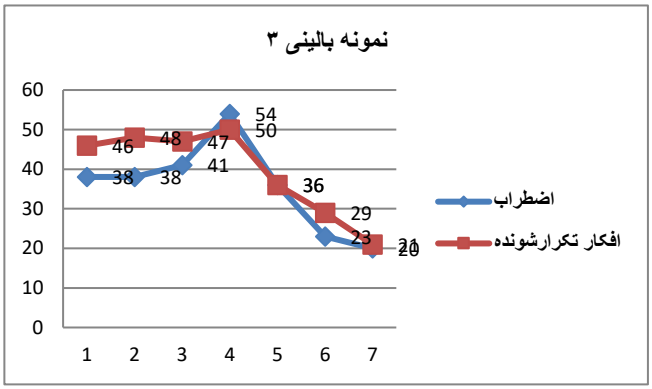
نمودار ۱. اندازه‌های افکار تکرارشونده و میزان افسردگی طی جلسات خط پایه و مداخله و پیگیری



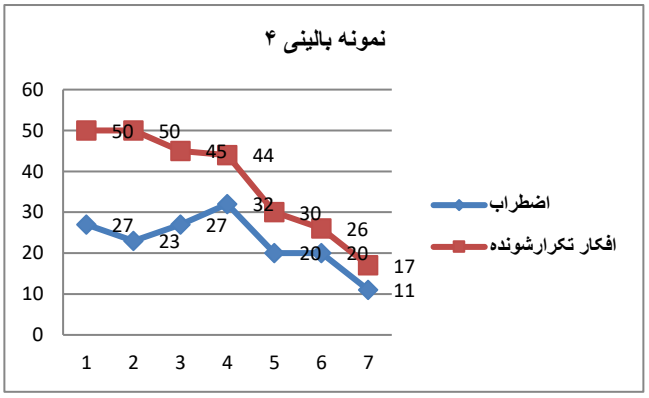
نمودار ۲. اندازه‌های افکار تکرارشونده و میزان افسردگی طی جلسات خط پایه و مداخله و پیگیری

[1]. Percentage of non-overlapping data
[2]. Percentage of overlapping data
[3]. Reliable change index (RCI)

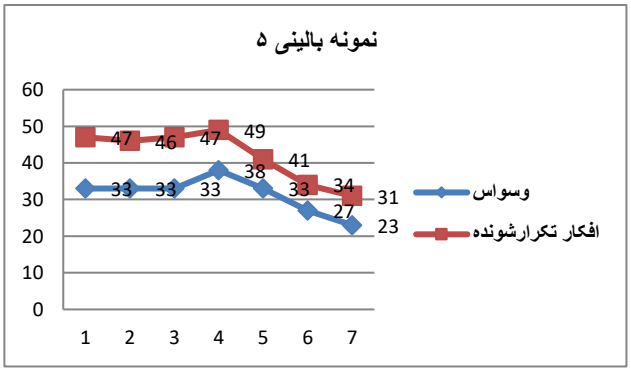
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]



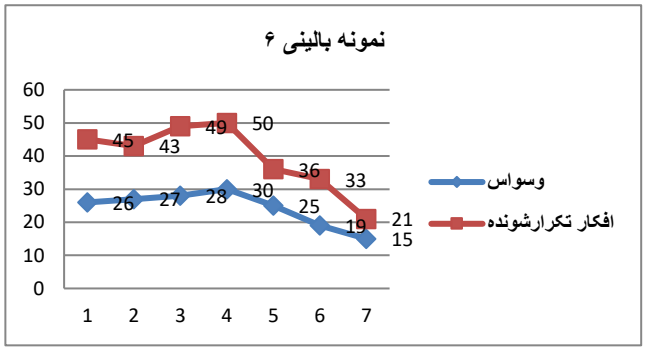
نمودار ۳. اندازه‌های افکار تکرارشونده و میزان اضطراب طی جلسات خط پایه و مداخله و پیگیری



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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

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

نمونهٔ بالینی	مرحلهٔ خط پایه				مرحلهٔ مداخله				مداخله با احتساب دادهٔ پیگیری			
	میانگین	میانه	دامنهٔ تغییرات	محفظهٔ ثبات	میانگین	میانه	دامنهٔ تغییرات	محفظهٔ ثبات	میانگین	میانه	دامنهٔ تغییرات	محفظهٔ ثبات
۱	۴۴	۴۴	۲	۵۵—۳۳	۳۵/۶	۳۱	۳۰	۳۸/۷۵—۲۳/۲۵	۳۰/۵	۲۷	۳۸	۳۳/۷۵ —۲۰/۲۵
۲	۳۸	۳۹	۱	۴۸/۷۵—۲۹/۲۵	۳۴/۶	۳۱	۲۵	۳۸/۷۵—۲۳/۲۵	۳۰	۲۷/۵	۳۳	۳۴/۳ —۲۰/۷
۳	۳۹	۳۸	۳	۴۷/۵—۲۸/۵	۳۷/۶	۳۶	۳۱	۴۵ _ ۲۷	۳۳/۲۵	۲۹/۵	۳۴	۳۶/۸ —۲۲/۲
۴	۲۵/۶	۲۷	۴	۳۳/۷۵—۲۰/۲۵	۲۴	۲۰	۱۲	۲۵ _ ۱۵	۲۰/۷۵	۲۰	۲۱	۲۵ _ ۱۵
۵	۳۳	۳۳	۰	۴۱/۲۵—۲۴/۷۵	۳۲/۶	۳۳	۱۱	۴۱/۲۵ —۲۴/۷۵	۳۰/۲۵	۳۰	۱۵	۳۷/۵ —۲۲/۵
۶	۲۷	۲۷	۲	۳۳/۷۵—۲۰/۲۵	۲۴/۶	۲۵	۱۱	۳۱/۲۵ —۱۸/۷۵	۲۲/۲۵	۲۲	۱۵	۲۷/۵ —۱۶/۵

جدول ۴. اندازه‌های تغییر در افکار تکرارشونده

نمونهٔ بالینی	مرحلهٔ خط پایه				مرحلهٔ مداخله				مداخله با احتساب دادهٔ پیگیری			
	میانگین	میانه	دامنهٔ تغییرات	محفظهٔ ثبات	میانگین	میانه	دامنهٔ تغییرات	محفظهٔ ثبات	میانگین	میانه	دامنهٔ تغییرات	محفظهٔ ثبات
۱	۴۸/۳	۴۸	۱	۶۰—۳۶	۳۹/۳	۳۸	۲۰	۴۷/۵ —۲۸/۵	۳۴/۷۵	۳۴	۲۹	۴۲/۵ —۲۵/۵
۲	۴۸/۳	۵۰	۵	۶۲/۵ —۳۷/۵	۳۵/۶	۳۶	۲۹	۴۵—۲۷	۳۰/۷۵	۲۸/۵	۳۴	۳۴/۸ —۲۲/۲
۳	۴۷	۴۷	۲	۵۸/۷۵ —۳۵/۲۵	۳۸/۳	۳۶	۲۱	۴۵—۲۷	۳۴	۳۲/۵	۲۹	۴۰/۶—۲۴/۴
۴	۴۸/۳	۵۰	۵	۶۲/۵ —۳۷/۵	۳۳/۳	۳۰	۱۸	۳۷/۵ —۲۲/۵	۲۹/۲۵	۲۸	۲۷	۳۵—۲۱
۵	۴۶/۶	۴۷	۱	۵۸/۷۵ —۳۵/۲۵	۴۱/۳	۴۱	۱۵	۵۱/۲۵ —۳۰/۷۵	۳۸/۷۵	۳۷/۵	۱۸	۴۶/۸ —۲۸/۲
۶	۴۵/۶	۴۵	۴	۵۶/۲۵ —۳۳/۷۵	۳۹/۶	۳۶	۱۷	۴۵ _ ۲۷	۳۵	۳۴/۵	۲۹	۴۳/۱ —۲۵/۹

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

نمونهٔ بالینی	مرحلهٔ خط پایه	مرحلهٔ مداخله	مداخله با احتساب دادهٔ پیگیری
۱	۱۰۰درصد باثبات	۳۳درصد متغیر	۵۰درصد متغیر
۲	۱۰۰درصد باثبات	۶۶/۶درصد متغیر	۵۰درصد متغیر
۳	۱۰۰درصد باثبات	۳۳درصد متغیر	۵۰درصد متغیر
۴	۱۰۰درصد باثبات	۶۶/۶درصد متغیر	۵۰درصد متغیر
۵	۱۰۰درصد باثبات	۱۰۰درصد باثبات	۷۵درصد متغیر
۶	۱۰۰درصد باثبات	۱۰۰درصد باثبات	۵۰درصد متغیر

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

نمونهٔ بالینی	مرحلهٔ خط پایه	مرحلهٔ مداخله	مداخله با احتساب دادهٔ پیگیری
۱	۱۰۰درصد باثبات	۶۶درصد متغیر	۵۰درصد متغیر
۲	۱۰۰درصد باثبات	۳۳درصد متغیر	۲۵درصد متغیر
۳	۱۰۰درصد باثبات	۶۶/۶درصد متغیر	۵۰درصد متغیر
۴	۱۰۰درصد باثبات	۶۶/۶درصد متغیر	۵۰درصد متغیر
۵	۱۰۰درصد باثبات	۱۰۰درصد باثبات	۷۵درصد متغیر
۶	۱۰۰درصد باثبات	۶۶/۶درصد باثبات	۵۰درصد متغیر

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

علائم بیماران در مرحلهٔ خط پایه، از ثبات کافی برای اعمال مداخله برخوردار بود. تغییرات مرحلهٔ درمان در گروه وسواس با شیبی ملایم‌تر درمقایسه با دو گروه افسردگی و اضطراب اتفاق افتاد؛ بنابراین از ثبات بیشتر در داده‌ها برخوردار بود. میزان افکار تکرارشوندهٔ بیماران در مرحلهٔ خط پایه باوجود 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 دستهٔ 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

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

جدول ۸. تعیین طراز مطلق داده‌ها در میزان افکار تکرارشونده

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

محاسبهٔ طراز مطلق نشان می‌دهد، تغییرات در اندازه‌ای نیست که ثبات داده‌ها را به‌طور معناداری تغییر دهد. درمجموع همسانی تغییر در داده‌های اختلالات و افکار تکرارشونده کامل نیست. محاسبهٔ درصد داده‌های هم‌پوش برای تحکیم روند تغییرات در جدول‌های ۹ و ۱۰ ارائه می‌شود.

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

نمونهٔ بالینی	مرحلهٔ خط پایه و مداخله		با احتساب دادهٔ پیگیری	
	PND	POD	PND	POD
۱	۶۶/۶درصد	۳۳/۳درصد	۷۵درصد	۲۵درصد
۲	۶۶/۶درصد	۳۳/۳درصد	۷۵درصد	۲۵درصد
۳	۶۶/۶درصد	۳۳/۳درصد	۷۵درصد	۲۵درصد
۴	۶۶/۶درصد	۳۳/۳درصد	۷۵درصد	۲۵درصد
۵	۳۳/۳درصد	۶۶/۶درصد	۵۰درصد	۵۰درصد
۶	۶۶/۶درصد	۳۳/۳درصد	۷۵درصد	۲۵درصد

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

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

نمونهٔ بالینی	مرحلهٔ خط پایه و مداخله		با احتساب دادهٔ پیگیری	
	PND	POD	PND	POD
۱	۶۶/۶درصد	۳۳/۳درصد	۷۵درصد	۲۵درصد
۲	۶۶/۶درصد	۳۳/۳درصد	۷۵درصد	۲۵درصد
۳	۶۶/۶درصد	۳۳/۳درصد	۷۵درصد	۲۵درصد
۴	۶۶/۶درصد	۳۳/۳درصد	۷۵درصد	۲۵درصد
۵	۶۶/۶درصد	۳۳/۳درصد	۷۵درصد	۲۵درصد
۶	۶۶/۶درصد	۳۳/۳درصد	۷۵درصد	۲۵درصد

درصد داده‌های هم‌پوش و غیرهم‌پوش، برتری تغییرات به‌نفع کاهش علائم اختلالات را نشان داد. بهترین توازن تغییرات مربوط به مرحلهٔ مداخله به پیگیری بود. همچنین داده‌ها حکایت از برتری تغییرات به‌نفع کاهش میزان افکار منفی تکراری داشت.

محاسبهٔ شاخص تغییر پایا که در جدول ۱۱ مشاهده می‌شود، چه در گروه‌های اختلالات و چه در مقیاس افکار تکرارشونده، بیانگر تغییرات کاهشی معنادار است. تنها یک استثنا وجود داشت و آن نیز نمرهٔ فرد ۴ گروه اضطرابی بود که در مرحلهٔ درمان تغییر معنادار نشان نداد؛ اما تغییرات وقتی با احتساب دادهٔ پیگیر لحاظ شود، در این مورد نیز معنادار بود.

جدول ۱۱. محاسبهٔ شاخص تغییر پایا

نمونهٔ بالینی	پایان درمان		پس از پیگیری	
	میزان اختلالات	میزان افکار تکرارشونده	میزان اختلالات	میزان افکار تکرارشونده
۱	ـ۱۳/۲۹	ـ۲۳/۱۶	ـ۱۸/۳۵	ـ۳۴/۵۵
۲	ـ۸/۸۶	ـ۳۴/۵۵	ـ۱۳/۹۲	ـ۴۰/۸۸
۳	ـ۲/۸۹	ـ۲۲/۷۸	ـ۳/۴۴	ـ۳۲/۹۱
۴	ـ۱/۰۱	ـ۲۸/۲۲	ـ۲/۶۴	ـ۳۹/۶۲
۵	ـ۱۰	ـ۱۵/۹۴	ـ۱۶/۶۶	ـ۱۹/۷۴
۶	ـ۱۳/۳۳	ـ۱۵/۹۴	ـ۲۰	ـ۳۱/۱۳

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

جدول ۱۲. محاسبهٔ درصد بهبودی شاخص‌ها

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

ازآنجاکه درصد بهبودی مطلوب ۵۰درصد و بیشتر از آن است، در هیچ‌کدام از نمونه‌ها پس از آخرین سنجش مرحلهٔ درمان، علائم اختلالات در حد مطلوب بهبود نیافت. تنها نمونهٔ ۲ گروه افسردگی، در مقیاس افکار تکرارشونده بهبودی بیشتر از ۵۰درصد را نشان داد. با احتساب دادهٔ پیگیری که در اصل سنجش پس از چهارمین جلسهٔ درمان است، میزان بهبود علائم اختلال در افراد ۱ و ۲ گروه افسردگی و نمونهٔ ۴ گروه اضطرابی، بیشتر از معیار ۵۰درصدی 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 دادهٔ 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 مرحلهٔ پیگیری

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

بهبودی بیشتر از حد ۵۰درصدی نداشتند. میانگین درصد بهبودی کل مجموعهٔ افراد در مقیاس افکار تکرارشونده، درنهایت و با احتساب دادهٔ پیگیری، معنادار به‌دست آمد. میانگین درصد بهبود در گروه افسردگی، در مقیاس افکار تکرارشونده و میزان علائم افسردگی در پایان مرحلهٔ درمان معنادار نبود. این ضرایب در گروه افسردگی با احتساب دادهٔ پیگیری به‌صورت معنادار و مطلوب مشاهده شد. میانگین درصد بهبود در گروه اضطرابی، در مقیاس افکار تکرارشونده و میزان علائم اضطراب در پایان مرحلهٔ درمان معنادار نبود. این ضرایب در گروه اضطرابی با احتساب دادهٔ پیگیری معنادار و مطلوب به‌دست آمد. میانگین درصد بهبودی در گروه وسواس فکری‌ـ عملی، در مقیاس افکار تکرارشونده و میزان علائم وسواس در پایان مرحلهٔ درمان معنادار نبود. این ضرایب در گروه وسواس با احتساب دادهٔ پیگیری نیز معنادار نشد.

۴ بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی برنامهٔ فراتشخیصی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر میزان افکار منفی تکراری و اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس فکری‌ـ عملی صورت پذیرفت. نتایج مشخص کرد، در انتهای پیگیری فرایند درمان، افکار منفی تکراری جز در یک نمونه از گروه وسواس فکری‌ـ عملی به‌صورت معناداری کاهش یافت؛ همچنین نشانگان اختلالات افسردگی و اضطراب کاهش مطلوب داشتند؛ اما علائم وسواس فکری‌ـ عملی کاهشی مطلوب و معنادار نشان نداد؛ به‌این‌ترتیب مداخلهٔ مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش افکار منفی تکراری در بین اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس فکری‌ـ عملی مؤثر واقع شده است. این تأثیر دست‌کم از دو لحاظ اهمیت دارد: اول اینکه به‌واسطهٔ مؤلفه‌های معدود درمانی و بدون اتکا به صورت‌بندی‌های بالینی اختصاصی، در زمان کوتاه و تعداد جلسات کم انجام شده است؛ دوم آنکه افکار منفی مکرری که در دسته‌های مجزا صورت‌بندی می‌شوند، با مفهوم‌سازی بالینی یکپارچه و روش مداخلهٔ واحد تعدیل شده‌اند. این نتایج با پژوهش‌های رویبز و همکاران در زمینهٔ اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد متمرکز بر تفکر منفی تکراری بر نشانگان اختلالات هیجانی (۵،۷)، حمایت تجربی از ایدهٔ فراتشخیصی‌بودن تفکر منفی تکراری در پژوهش وال و همکاران (۱۹) و مشابهت انواع تفکر منفی تکراری آن‌طورکه سپینهاون و همکاران (۲۰) نشان دادند، همخوانی دارد. اگرچه تغییر در علائم اختلالات غیرتصادفی و به‌طور مستمر کاهشی بود، در هیچ‌کدام از افراد برمبنای نمرات ابزارهای پژوهش، درمان به‌معنای تسکین علائم درحد بی‌علامت یا غیربالینی رخ نداد. از این لحاظ نتایج پژوهش برخلاف تحقیقات رویبز و همکاران (۵،۷) است؛ اگرچه طبق بررسی مروری بلوت و همکاران، داده‌ها حاکی‌از اثربخشی اکت در درمان اختلال وسواس فکری‌ـ عملی بود (۲۱). از محدودیت‌های این پژوهش برای تبیین نحوهٔ اثر مداخله در گروه وسواس، نبود پژوهش‌های مشابهی است که با هدف‌گیری تفکر منفی تکراری براساس صورت‌بندی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، تغییرات علائم وسواس فکری‌ـ عملی را ثبت کرده باشند.

اثرات برجسته‌تر مداخلهٔ حاضر، در درجهٔ اول شکستن الگوهای اجتنابی در جلسهٔ اول و سپس مفهوم‌سازی و فنون پذیرش و گسلش در جلسهٔ دوم مداخله بود. جلسات سوم و چهارم به‌نوعی تثبیت اثرات این دو جلسه بود. نمودارها اگرچه یک قلهٔ انگیختگی ناشی‌از تأثیر جلسهٔ اول مداخله را نشان داد، این افزایش به‌خودی‌خود نامطلوب نبود. روند کاهشی درواقع از همان‌جا به بعد معنا پیدا کرد. این موضوع همسو با تأکید رویبز و همکاران بر کارکردهای اجتنابی افکار منفی تکراری است (۷،۲۲). در پژوهش حاضر این کارکرد اجتنابی در نحوهٔ به‌کارگیری فنون مداخله توسط نمونه‌ها نیز دیده شد. افراد در مواقعی از این فنون به‌عنوان یک روش حواس‌پرتی و بر همان مبنای اجتنابی همیشگی خود بهره گرفتند. از این لحاظ پیشنهاد می‌شود که روش‌های ترجیحی اجتناب در اختلالات متعدد، طی پژوهش‌های دیگری بررسی شود.

اگرچه افراد تمرین‌ها را دنبال می‌کردند، درمجموع به‌نظر می‌رسد که در بین گروه‌ها از لحاظ درک و به‌کارگیری فنون نیز تفاوت وجود داشت. این موضوع مهمی است که تأثیرات مجزای هر فن مداخله در پژوهش‌های دیگری بررسی شود. به‌خصوص گروه‌های اضطرابی و وسواس فکری‌ـ عملی فنون حضور ذهن را بهتر دنبال کردند و در فاصلهٔ بین جلسات بیشتر به‌کار بردند؛ اما تحمل زمان‌های مراقبهٔ حضور ذهن بدون حضور درمانگر برای نمونه‌های افسرده دشوار بود. از این نظر در قیاس با پژوهش حاضر، نقطهٔ قوت پژوهش رویبز و همکاران، تدوین بسته‌های صوتی‌تصویری مبتنی‌بر فنون مداخله است که در فاصلهٔ بین جلسات توسط بیماران به‌کار گرفته شد (۵) و این امر می‌تواند بخشی از تفاوت در اثربخشی مداخلهٔ مذکور و مداخلهٔ رویبز و همکاران را توجیه کند.

برای تبیین تفاوت‌ها یا کاستی‌های موجود، علاوه‌بر روش‌شناسی‌های متفاوت پژوهش‌ها، ابزارهای مختلف و فنون گوناگون، باید به نقش احتمالی سازه‌های فراتشخیصی دیگری نیز نظر داشت که می‌توانند زیربنای شکل‌گیری اختلالات متعدد روان‌شناختی باشند. به هر صورت تفاوت‌های شکلی اختلالات مختلف واقعیتی انکارناپذیر است. از این لحاظ نقش مؤلفه‌های اختصاصی یا وابسته به علامت‌شناسی‌های اختلالات خاص باید مدنظر باشد؛ ضمن‌آنکه در این پژوهش، مؤلفه‌های ارزش‌ها و عمل متعهدانه که دو مؤلفهٔ اصلی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد هستند، به‌واسطهٔ دربرداشتن ضروریاتی که به‌طور مستقیم با سازهٔ تفکر منفی تکراری در ارتباط نیستند، کنار گذاشته شدند. کاستی در تأثیر برنامهٔ مداخله درمقایسه با پژوهش‌های رویبز و همکاران می‌تواند ناشی‌از این عامل نیز باشد (۵،۷،۲۲).

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش، به‌نظر می‌رسد، برنامهٔ مداخلهٔ مبتنی‌بر 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 یافته‌ها پیشنهاد می‌کند که تفکر منفی تکراری را می‌توان سازه‌ای فراتشخیصی دست‌کم در بین اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس فکری‌ـ عملی در نظر گرفت و با تمرکز بر آن علائم اختلالات را با روشی منفرد و یکپارچه کاهش داد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

۶ تشکر و قدردانی

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

۷ بیانیه‌ها

در این پژوهش ملاحظات کمیتهٔ اخلاق ازجمله رازداری و امانت‌داری، کسب رضایت آگاهانه و شرکت داوطلبانهٔ شرکت‌کنندگان در پژوهش و امکان خروج آزمودنی‌ها از مطالعه رعایت شد. پس از پایان جلسات مداخله امکان برگزاری جلسات تکمیلی برای آزمودنی‌ها فراهم آمد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

تضاد منافع

یافته‌های این پژوهش برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه علامه طباطبائی است. نویسندگان اعلام می‌کنند، هیچ‌گونه تضاد منافعی 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/pst0000273
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, Mojtabai 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, Rasmussan 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, Zahiredin 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.iums.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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]

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.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-06]