



Comparison the Efficacy of ACT Enriched with Compassion (face to face and online manners) on Psychological Distress, Disgust Sensitivity and OCD Symptoms of Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder

Somayyeh Saeedi Dehaghani^{1*}, Iran Davoudi², Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand², Esmail Hashemi²

1. PHD student in psychology, Department of psychology, Shahid Chamran university of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
2. Department of psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.

Received: 4 Jul 2024

Accepted: 2 Nov 2024

Abstract

The purpose of the present study was to compare the efficacy of acceptance and commitment therapy enriched with compassion in face-to-face and online manner on psychological distress, disgust sensitivity and OCD Symptoms of Individuals with Obsessive-Compulsive disorder. Using a randomized controlled trial design 30 women with OCD Symptoms, who had referred to counselling and psychological service centers in Tehran, participated in the study through convenient sampling. Participants filled Obsessive-Compulsive scale (Yale- Brown, 1986), Psychological Distress (Kessler & et al, 2002), and Disgust Sensitivity Scale (Haidt et al, 1994). MANCOVA and ANCOVAs using SPSS 26 software revealed that the ACT enriched with compassion face-to-face method had a greater effect on all variables except for disgust sensitivity ($p < 0/01$) compared to the online. On the basis of results. Although the face-to-face method showed more effectiveness in this research, but in situations where face-to-face treatment is not possible, using the online method can be a relative replacement instead of not having access to treatment.

Key words: acceptance and commitment therapy, compassion, psychological distress, disgust sensitivity, obsessive-compulsive disorder, online

* Corresponding Author email: saeadi414@gmail.com



Extended Abstract

Introduction

Obsessive-Compulsive Disorder appears to be associated with psychological distress, with symptoms of anxiety and depression, tension, and stress. (Kessler et al, 2002, Spendelow & Joubert, 2018). This psychological construct also provides information about symptoms of mental disorder and has been used as an indicator of mental health in public health, epidemiological research (Drapeau et al., 2012) as well as in clinical studies such as chronic pain, cognitive functions (Iglesias, 2015), and binge eating disorder (Badrasawi & Zidan, 2019).

OCD is also associated with disgust sensitivity (Olatunji et al, 2010). Evolutionary studies consider this emotion to be an unpleasant and intense reaction whose function is rooted in the self-protection system against harm or factors that can potentially threaten the individual (such as various types of pollution) (Bhikram et al, 2017). A person's tendency to experience disgust in response to disgusting stimuli is called disgust sensitivity (Haidt et al, 1994). According to research results, ACT and CFT have been effective for people with obsessive-compulsive disorder (Leeuwerik, 2020, Kaple et al, 2023). Some researchers believe that a number of people with mental disorders cannot benefit from in-person (or face to face) psychological treatments. For reasons such as concern and shame about being labeled as psychopathic (Krieger et al, 2016) and the presence of specific geographical or personal situations of individuals (such as physical illnesses and disabilities, epidemics or widespread viruses, special and emergency situations).

Therefore, solutions such as implementing treatment offline and online have emerged. This question is raised in the present study: Is there a difference between ACT Enriched with Compassion (face to face and online manners) on Psychological Distress, Disgust Sensitivity and OCD Symptoms of Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder?

Methodology

In this study, the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Disorder Scale, Psychological Distress Inventory and Disgust Sensitivity Inventory were used. Using a randomized controlled trial design, 45 women with OCD symptoms, who had referred to counseling and psychological service centers in Tehran, participated in the study through convenient sampling. The mean and standard deviation of the age of female participants in the face-to-face experimental group was 34.53 ± 6.82 years, and participants in the online and control groups were 33.86 ± 8.73 and 33.80 ± 7.72 years, respectively.

They were randomly assigned to one of three designated groups (each group containing 15 people): 1. The group that received in-person commitment and acceptance therapy enriched with compassion. 2. The group that received online commitment and acceptance therapy enriched with compassion. 3. The control group that received no treatment.

Participants filled YBOCS, Psychological Distress (K-10), and Disgust Sensitivity scales. The treatment groups received a total of ten 90-minute sessions, once a week. Online group meetings were held on Google Meet. The present study was conducted in compliance with all ethical considerations.

Result and Discussion

In this study, multivariate and univariate analysis of covariance and Bonferroni test were used using SPSS software at $\alpha = 0.5$ level. In order to test the research question and analyze the data, multivariate analysis of covariance was used. Before that, its main assumptions, including normality, homogeneity of variances, and homogeneity of regression slope, were examined, which met the necessary conditions for implementing the research method.

By controlling for pre-test scores, despite the significant levels of all tests, there was a significant difference between the experimental and control groups in at least one of the dependent variables in the post-test. The compassion-enriched ACT intervention was significantly effective in reducing all study variables, namely psychological distress, disgust sensitivity, and obsessions and compulsions, after holding pretest effects constant.

The calculated mean difference for psychological distress post-test scores in the face-to-face group was greater than in the online group, after accounting for the pre-test effects of this fixed variable. Regarding the disgust sensitivity variable, the difference in the post-test mean of this variable in the in-person and online groups was not significant, and the in-person or online treatment method had a similar effect for this variable. Also, the calculated mean difference for the post-test scores of thinking symptoms and obsessive-compulsive symptoms in the face-to-face group is greater than in the online group (after holding the pre-test effects of these two variables constant).

Conclusion

The results of the present study showed that acceptance and commitment therapy enriched with compassion, both in-person and online, had a significant effect on reducing the variables of the present study. This result is consistent with research such as Hill et al (2020), Mojaradi (2020), and Ong et al (2021). Another finding of the present study was that acceptance and commitment therapy enriched with compassion in a face-to-face manner had a significantly greater effect on reducing all research variables except disgust sensitivity than the online method. Variables such as disgust sensitivity, which were equally affected in the present study, despite the influence of childhood learning experiences, show greater genetic origin and stability (Sherlock et al, 2016, Stevenson et al, 2010) and may therefore be less susceptible to treatment. Although the strength of online and offline programs is that they enable participants to access them with greater flexibility (Elander, 2023), effective offline and online treatment requires an understanding of the specific processes that can be influenced to produce behavioral change.

However, despite the lower effectiveness of online methods compared to face-to-face methods, its use may be superior to silent toleration or as a supplement to face-to-face therapy in situations where traditional treatment methods are not possible, as a minimal benefit of treatment (Krieger et al, 2016; Flujas-Contreras et al, 2023). In the present study, the face-to-face method had a significantly greater impact on the dependent variables of the study compared to the online method. The mechanisms of effectiveness of therapeutic methods can vary depending on the type of approach and even the variables being treated. However, given the increasing access of people to technology around the world, it seems that more serious attention and more research is needed in this area of research to gain more clarity about the consistent results and influencing factors of these two treatment formats.

Author Contributions

Somayeh Saeedi Dehaqani, Iran Davoudi, Mahnaz Mehrabizadeh Honarmand, and Esmaeil Hashemi conceptualized and designed the analysis, collected data, presented data or analysis tools, conducted the analysis, and wrote the article.

Conflict of Interest

The authors declare no conflicts of interest regarding this article.

Ethical considerations

This research is derived from the doctoral dissertation of the first author, Somayeh Saeedi Dehaqani, which was registered with the support and recognition (code) of ethics IR.SCU.REC.1402.058 from Shahid Chamran University of Ahvaz.

Acknowledgment and Funding

All participants are thanked and appreciated for their cooperation in this research.

Publisher: Islamic Azad University, Isfahan Branch



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت به شیوهی حضوری و آنلاین، بر پریشانی روان‌شناختی، حساسیت انزجاری و علایم فکری - عملی افراد مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری

سمیه سعیدی دهاقانی^{۱*}، ایران داودی^۲، مهناز مهرابی زاده هنرمند^۲، اسماعیل هاشمی^۲

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۲. گروه روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۱۲

دریافت: ۱۴۰۳/۰۴/۱۴

چکیده

هدف پژوهش تدوین و روایی‌یابی مداخله فراتشخیصی، مبتنی بر تجارب زیسته نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا بود. جامعه پژوهش شامل تمامی نوجوانان دختر مبتلا به نوموفوبیا در مدارس مقطع اول و دوم متوسطه شهر اصفهان ۱۴۰۱ که با روش کیفی و رویکرد پدیدارشناسی، ۳۰ نوجوان مبتلا به نوموفوبیا، با روش نمونه‌گیری هدفمند با استفاده از پرسشنامه نوموفوبیا (آزادمنش و همکاران، ۱۳۹۵) انتخاب شدند و سپس از طریق مصاحبه نیمه ساختاریافته بر مبنای نظرمتخصصان در زمینه اعتیاد به موبایل و اینترنت، اطلاعات در زمینه مولفه‌های مداخله فراتشخیصی جمع‌آوری شد. در تجزیه و تحلیل داده‌ها به روش کلایزی ۲ مفهوم اصلی شامل «مسائل فردی»، «مسائل خانوادگی» طبقه‌بندی شد و مطابق با این مفاهیم، یک مداخله فراتشخیصی در ۱۰ جلسه، ویژه نوجوانان مبتلا به نوموفوبیا طراحی و تدوین شد. نتایج روایی‌یابی نشان داد حداقل و حداکثر میزان CVR برای هر آیتم یا جزء برنامه، به ترتیب ۰/۸۲ و ۱ است. همچنین حداقل و حداکثر میزان CVI برای هر آیتم یا جزء برنامه به ترتیب ۰/۸۱ و ۱ به دست آمد. در نهایت، متوسط شاخص روایی محتوا برای کل برنامه ۰/۹۵ به دست آمد. نتایج نشان داد مداخله فراتشخیصی مبتنی بر تجارب زیسته نوجوانان مبتنی بر نوموفوبیا از روایی صوری و محتوایی مناسبی بهره‌مند است و روایی لازم را برای کاربردهای آموزشی، بالینی و استفاده پژوهشی دارد.

واژگان کلیدی: روایی‌یابی، مداخله فراتشخیصی، تجارب زیسته، نوموفوبیا.



مقدمه

اختلال وسواسی-اجباری (OCD) با دو مشخصه اصلی افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم، غیرمنطقی، تکراری و نیز رفتارهای تکراری ناخواسته‌ای (اجبارها) تعریف می‌شود که در عملکرد فرد تداخل به وجود می‌آورند. این اعمال معمولاً برای کاستن از آشفتگی برخواسته از افکار وسواسی و در واکنش به آنها رخ می‌دهند (American Psychological Association, 2013). قرارگرفتن دایم فرد در معرض وسواس‌ها و اجبارها، می‌تواند اختلالات شدیدی را در عملکرد فردی، روابط بین فردی، شغل و فعالیت‌های روزانه شخص ایجاد کنند (Ruscio et al, 2010). همچنین کیفیت زندگی افراد دچار این اختلال، حتی پایین‌تر از افرادی است که مبتلا به بیماریهای مزمن طبی هستند و عدم توجه کافی و اقدامات لازم برای درمان این اختلال حتی ممکن است موجب اقدام به خودکشی‌های مکرر و سایر رفتارهای خودآسیب‌رسان تا پنج برابر بیشتر از جمعیت عمومی شود (et al, 2017, Cruz). از طرفی ماهیت پیچیده‌ی این اختلال، تحقیقات زیادی را برای بررسی طیف گسترده‌ای از سبب‌شناسی آن ایجاد کرده است. یکی از این عوامل تاثیرگذار و مرتبط، پریشانی روان‌شناختی است (et Den Ouden et al, 2020, Adams al, 2018).

پریشانی روان‌شناختی (Psychological Distress)، توصیف حالت ذهنی نامطلوبی با علائم شناختی، رفتاری و روانی فیزیولوژیکی (Kessler et al, 2002) مانند اضطراب و افسردگی، بی‌قراری، تنیدگی و استرس است و با نشانه‌هایی مانند احساسات منفی، خسته‌کننده و تحریک‌پذیری مشخص می‌شود (Spendelov & Joubert, 2018, Kawa & Shafi, 2015). تحقیقات نشان می‌دهند پریشانی روان‌شناختی بیش از همه، به مثابه مجموعه‌ای از عوامل روانی و جسمی، تسریع‌کننده نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری است (Wu et al, 2019) و می‌تواند به باورها و اعمال وسواسی دامن‌بزند چنانچه مطالعات نشان می‌دهند که پریشانی روان‌شناختی با باورهای وسواسی رابطه مثبت دارد (Turner et al, 2019). همچنین این حالت روان‌شناختی از نشانه‌هایی مبنی بر وجود اختلال روانی آگاهی داده و به عنوان شاخصی از عدم سلامت روانی در بهداشت عمومی، تحقیقات همه‌گیرشناسی (Drapeau et al, 2012) و نیز در مطالعات بالینی مانند درد مزمن، عملکردهای شناختی (Iglesias, 2015) و اختلال پرخوری (Badrasawi & Zidan, 2019) به کار رفته است.

از دیگر عواملی که در تداوم اختلال وسواسی-اجباری می‌تواند موثر باشد، هیجان انزجار (Disgust) است. مطالعات تکاملی، این هیجان را یک واکنش ناخوشایند و شدید می‌دانند که کارکرد آن ریشه در سیستم محافظت از خود در برابر آسیب یا عواملی که بالقوه می‌توانند برای فرد تهدیدآمیز باشند (مانند انواع آلودگی‌ها) دارد (Bhikram et al, 2017). هیجان انزجار اگر چه در پژوهش‌ها کمتر بررسی شده است اما مانند سایر هیجان‌های اساسی، یک پاسخ فیزیولوژیکی قابل اعتماد با تحریک سیستم عصبی سمپاتیک به شکل ناراحتی‌های فیزیکی، تظاهرات چهره‌ای متمایز و نیز الگویی از رفتار اجتنابی و دوری‌کردن را برانگیخته می‌کند (Knowles et al, 2018). میزان تمایل افراد به نشان دادن هیجان انزجار با هم متفاوت است و به عبارتی آمادگی فرد برای تجربه‌ی هیجان انزجار در پاسخ به محرک‌های مشمئزکننده، به عنوان حساسیت انزجاری تعریف می‌شود (Haidt et al, 1994). در برخی تحقیقات

ارتباط بین عواطف منفی و علائم OCD به واسطه‌ی تمایل به انزجار نیز گزارش شده است (Olatunji et al, 2010)؛ همچنین با توجه به اینکه افراد مبتلا به OCD اغلب با مشکلات تنظیم هیجان دست و پنجه نرم می‌کنند، ممکن است ادراک تحریف شده‌ای از انزجار را از خود نشان دهند که منجر به آسیب‌شناسی روانی می‌شود (Fergus & Bardeen, 2014).

برخی مطالعات نشان می‌دهند اعمال وسواس آلودگی مانند شستشو و اجتناب‌ها تنها به دلیل کم کردن اضطراب انجام نمی‌شود و تا حد زیادی کاستن از احساس انزجار در آن دخیل است (Olatunji et al, 2017). از این رو OCD حتی ممکن است نشان دهنده‌ی یک اختلال در ارزیابی و پردازش انزجار باشد (Husted et al, 2006). بنابراین به نظر می‌رسد درک و پرداختن به انزجار در بهبود و درمان علائم OCD مفید باشد.

با وجود درمان‌هایی مانند مواجهه و پیشگیری از پاسخ (Exposure and Response Prevention (ERP)) و درمان شناختی رفتاری (Cognitive Behavioural Therapy (CBT)) و نتایج موفقیت‌آمیزی که برای OCD تاکنون داشته‌اند (Öst et al, 2015)، حدود ۳۰ الی ۶۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری، به درمان‌های ERP، CBT و نیز دارودرمانی و یا حتی ترکیبی از این درمان‌های روانشناختی و دارو، پاسخ نمی‌دهند (Bation et al, 2016). از این رو، یکی از رویکردهای درمانی اخیر که برای انواعی از اختلالات به کار برده می‌شود، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (Acceptance and Commitment Therapy (ACT)) است که در این مدل، عناصر اصلی ایجاد آسیب‌های روانشناختی، شامل اجتناب تجربه‌ای و آمیختگی شناختی هستند (Hekmati & Bakhshipour, 2015). در حالت اجتناب تجربه‌ای (Experiential Avoidance) انسانها بسیاری از احساسات یا فکرهای درونی خود را آزاردهنده می‌دانند و متداوماً برای تغییر یا دوری از این تجربه‌های درونی تلاش می‌کنند که منتج به تشدید آن افکار و احساسات می‌شود؛ در حالت آمیختگی شناختی فرد محتواهای قراردادی و کلامی افکار و احساساتش را کاملاً باور می‌کند (Hayes et al, 2011). در اختلال وسواسی اجباری، واکنش‌دهی اتوماتیک به افکار و اعمال وسواسی، فرارهای متنوع از تماس با احساسات درونی و همچنین نگه‌داری قواعد محکم برای کنترل افکار وسواسی یا باورهای جادویی، همگی می‌تواند حاکی از ارتباط مسائل OCD و مدل آسیب‌شناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باشد. پژوهش‌ها نیز اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را برای طیف زیادی از اختلالات، از جمله وسواسی-اجباری (Kapel et al, 2023, Lee Sang et al, 2023, Twohig et al, 2010) تایید کرده‌اند.

درمان دیگری از موج سوم رفتار درمانی شناختی که اخیراً برای بسیاری از اختلالات روانی به کار رفته است، درمان مبتنی بر شفقت (Compassion Focus Therapy (CFT)) است. از نظر نف (Neff, 2003) شفقت به معنای درک و همدلی کردن با خود و عدم سرزنش خویش به دلیل داشتن برخی احساسات، افکار یا رفتارها است (neff & McGehee, 2010). در این راستا روان‌درمانی مبتنی بر شفقت، توسط Gilbert (2005, 2014) تدوین و ارائه شد که کاربرد آن در حوزه‌های بالینی گسترش یافته است. نتایج برخی تحقیقات در این حوزه، سطح پایین مهارت‌های شفقت به خود را در تداوم علائم اختلال وسواسی اجباری موثر گزارش کرده‌اند (Leeuwerik, 2020). به طوری که ضعف در این مهارت، در ایجاد احساس شرم، گناه، باورهای حاوی آمیختگی فکر و عمل و نیز تمایل به

کنترل افکار در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، دخیل دانسته شده است (Weingarden & Renshaw, 2015, Crowe & McKay, 2016). علی‌رغم اینکه رویکرد مبتنی بر شفقت به صورت درمان مستقلى به کار می‌رود اما قابلیت‌های آن به گونه‌ای است که درمانگران با رویکردهای مختلف می‌توانند آن را به طرح درمانی خود اضافه کرده و به کار گیرند. در واقع به نظر می‌رسد به کاربرد بیش از یک مدل درمانی، می‌تواند تاثیر فزاینده‌تری برای بهبود اختلالات داشته باشد (Mattoff, 2018). با توجه به اینکه، اساس رویکرد مبتنی بر تعهد و پذیرش، تاکید بیشتری بر شناخت و زبان دارد (Hayes et al, 2001) درحالی که رویکرد مبتنی بر شفقت، بر تکامل سیستم‌های هیجانی و جنبه‌های مربوط به هیجان و احساسات تاکید می‌کند (Gilbert, 2009)، از غنی‌سازی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت می‌توان انتظار فرایند منسجم و جامعی را داشت که ابعاد درمانی امکان پوشش بیشتری پیدا کنند. در همین راستا با گسترش پژوهش‌ها، غنی‌سازی رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با شفقت برای درمان اختلالات روان‌شناختی در تحقیقات به کار رفته و نتایج آنها اثربخش گزارش شده است (Hill et al, 2020, Skinta et al, 2020, Asadolahi et al, 2020, Trindade et al, 2020).

برخی محققان معتقدند که تعدادی از مبتلایان به اختلالات روانی نمی‌توانند از درمانهای روان‌شناختی به شکل حضوری استفاده کنند و در این خصوص به عواملی مانند این موارد اشاره شده است: تعداد ناکافی درمانگران (2007 Watkins & Clum)، هزینه‌های سنگین روان‌درمانی (Buhrman et al, 2013)، عدم تمایل برخی بیماران برای حضور در جلسات به دلایلی همچون نگرانی و شرم از انگ بیمار روانی بودن (Krieger et al, 2016) و وجود موقعیت‌های جغرافیایی یا فردی خاص افراد (مانند بیماری‌ها و ناتوانی‌های جسمی، پاندومی یا ویروس‌های فراگیر، موقعیت‌های خاص و اضطراری، معلولیت). در این بین برای رفع این موانع، راهکارهایی مانند اجرای درمان به شیوه خودیاری، غیرحضوری و اینترنتی ظهور کرده است. گویی گسترش کاربرد اینترنت در عصر حاضر تبدیل به فرصت‌ها و بلکه گزینه‌های جدیدی در اکثر زمینه‌ها شده و به نظر می‌رسد روان‌درمانی را مستثنی از این قاعده نکرده باشد. همگام با این تغییرات، رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز ظرفیت‌های مطابقی را از خود برای این شیوه‌های درمان نشان داده است و این قابلیت کمک‌رسانی به روش‌های غیرحضوری مانند مبتنی بر وب (اینترنتی)، آنلاین، آفلاین (Offline & Online) و به شکل خودیاری (در قالب استفاده از متن، اینترنت، تلفن و ویدئو) و گاهی در ترکیب با روش حضوری، در مداخلاتی هرچند اندک به توجه رسیده است (Räsänen et al, 2020).

برخی مطالعات تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مبتنی بر وب را بر موضوعاتی همچون اختلال احتکار (Ong et al, 2021)، اضطراب (Hoffmann et al, 2020)، استرس و افسردگی (Räsänen et al, 2020)، عود افکار منفی در اختلال وسواسی - اجباری (mojaradi et al, 2022)، بررسی کرده و در نتایج آنها این شیوه‌ی درمان اثربخش گزارش شده است. تعداد اندکی از مطالعات نیز به مقایسه دو روش حضوری و مبتنی بر اینترنت در حوزه‌های درمانی پرداختند؛ مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شکل آنلاین و حضوری (Flujas-Contreras et al, 2023) که تنها روش حضوری اثربخش بود و یا مطالعه فراتحلیل درمان شناختی رفتاری در گروه‌های

حضوری و غیرحضوری با این نتیجه که درمان رفتاری شناختی غیرحضوری می تواند به اندازه حضوری موثر باشد (Luo et al, 2020). با این حال علی رغم انجام این تحقیقات و در دسترس تر قرار دادن درمان، به نظر می رسد تفاوت روش های مبتنی بر وب مانند آنلاین، نسبت به درمان به شکل حضوری چندان مشخص نشده اند و پژوهش های کم و یافته های متناقضی در این خصوص قرار دارد. از جمله مطالعه Hoefnagels et al (2020) مبنی بر مداخله گروه آنلاین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مقایسه با گروه حضوری که بر بیماران هموفیلی صورت گرفت و درمان آنلاین در همان ابتدا تنها با مشارکت ۲۰ درصدی شرکت کنندگان و عدم تکمیل مراحل درمان، شکست خورد و تنها روش حضوری اثربخش بود و باعث بهبود مواردی از جمله کیفیت زندگی و درک بیماری شد. این در حالیست که در پژوهش های دیگر مانند Flujas-Contreras et al (2023) درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به روش اینترنتی و نیز چهره به چهره با یک پروتکل مشابه انجام شد. ولی نتایج تحقیق تفاوتی را در گروه ها نشان نداد و تنها در یافته های پیگیری، اندازه اثر گروه چهره به چهره بالاتر نشان داده شد. با توجه به این موارد، بررسی و مقایسه این دو شیوه می تواند در راستای وضوح مؤلفه های تاثیرگذار در درمان، چه به شکل مبتنی بر وب و چه چهره به چهره، گامی بردارد. نظر به فقدان پژوهش های موجود در این زمینه، همچنین نیاز به طرح های غنی و جامع برای افزایش کارایی درمان اختلال وسواسی- اجباری در این پژوهش این سؤال مطرح بود که «آیا بین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بر پریشانی روان شناختی، حساسیت انزجاری و علایم فکری - عملی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری به شیوهی حضوری و آنلاین تفاوتی وجود دارد؟»

روش

روش پژوهش، جامعه و نمونه: این پژوهش، در گروه تحقیقات آزمایشی و از نوع پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود و نتایج پژوهش نیز با توجه به هدف آن، کاربردی بود. جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از کلیه افراد بزرگسال ۲۰ الی ۵۰ ساله مبتلا به نشانه های اختلال وسواسی - اجباری که در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۳ به مراکز خدمات مشاوره و روان شناختی یا روان پزشکی شهر تهران مراجعه کردند و یا از طریق فراخوان های منتشر شده در فضای مجازی با پژوهشگر تماس گرفتند. با توجه به محدودیت حجم جامعه، برای این پژوهش نمونه ای با تعداد ۴۵ نفر به روش در دسترس انتخاب شد و به صورت تصادفی در یکی از دو گروه تعیین شده (هر گروه به تعداد ۱۵ نفر) به شکل ذیل قرار گرفتند: ۱. گروه با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش غنی شده با شفقت به شیوهی حضوری. ۲. گروه با درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش غنی شده با شفقت به شیوهی آنلاین. ۳. گروه گواه بدون هیچ گونه دریافت درمان. ملاک های ورود به پژوهش شامل این موارد بود: دارا بودن ملاک های تشخیصی اختلال وسواسی- اجباری بر اساس DSM-5، داشتن شدت اختلال متوسط به بالا در مقیاس ییل پروان، دسترسی به ابزار رایانه ای با قابلیت اجرای برنامه های وب و اتصال اینترنتی قابل اطمینان (برای گروه آنلاین)، داشتن حداقل سطح سواد در سطح دیپلم، وجود انگیزه ی مشارکت و رضایت نامه کتبی برای همکاری در پژوهش. ملاک های خروج از پژوهش نیز شامل: شرکت نکردن بیش از دو جلسه درمانی، وجود بیماری خاص جسمی، عدم انگیزه یا ناتوانی برای ادامه ی درمان، بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه وسواسی- اجباری ییل براون: (Yale- Brown Obsessive- Compulsive Scale): این مقیاس به عنوان یک مصاحبه نیمه ساختاریافته و ابزاری استاندارد و پرکاربرد، برای ارزیابی اختلال وسواسی-اجباری استفاده می‌شود. این مقیاس در دو زیرمقیاس شدت و علائم، (هر کدام پنج سوال) و جمعا با ده سوال، تهیه شده است. زیرمقیاس مربوط به شدت، هر یک از وسواس‌ها و اجبارها را در پنج بعد میزان تداخل در عملکرد شغلی یا اجتماعی، مدت یا فراوانی، آشفتگی، مقاومت و ادراک شخص از کنترل‌ناپذیر بودن افکار یا اعمال وسواسی می‌سنجد. زیرمقیاس مربوط به علائم، بیش از پنجاه نوع نشانه وسواسی-اجباری را در طبقه‌بندی‌هایی از جمله آلودگی، جنسی، احتکار، تقارن، جسمی، مذهبی، پرخاشگری و سایر موارد را مورد بررسی قرار می‌دهد. در این مقیاس گویه‌ها بر اساس طیف لیکرت (از صفر: اصلا تا ۴: شدید) درجه‌بندی شده و به صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شود. حداکثر نمرات ۴۰ است و نقطه برش برای تشخیص اختلال وسواسی - اجباری، ۱۶ به بالاست. توافق بین ارزیابان برای سوالات این پرسشنامه از ۰/۷۶ تا ۰/۹۷ کسب شده است و برای دو زیرمقیاس و نمره کل، ثبات درونی در دامنه‌ی مورد قبول گزارش شده است (Amir et al, 1997, Goodman et al, 1989). در ایران، (Rajezi Esfahani et al (2011) در پژوهشی، روایی و پایایی نسخه‌ی فارسی این مقیاس را روی ۱۴۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری (OCD) بررسی کردند و یافته‌های آنها نشان داد که از نظر روایی بین این مقیاس و SCL-90 و Symptom Checklist-90 همبستگی مثبت و معنادار برقرار است. در مورد پایایی این مقیاس، همسانی درونی معناداری برای دو زیرمقیاس نشانه و شدت، به ترتیب به میزان ۰/۹۷ و ۰/۹۵ و نیز با روش دو نیم‌سازی برای دو زیرمقیاس ذکر شده به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و بازآزمایی به میزان ۰/۹۹ حاصل شد که این موارد نشان دهنده‌ی پایایی مناسب این مقیاس است. در این تحقیق، پایایی این آزمون از طریق بازآزمایی به میزان ۰/۷۶ بدست آمد. نمونه‌هایی از سوالات این مقیاس شامل این موارد است: ۱. چه مدت از وقتتان در طول روز صرف افکار وسواسی می‌شود؟ ۲. رفتارهای وسواسی تا چه اندازه در عملکرد شغلی یا اجتماعی شما اختلال ایجاد می‌کنند؟

پرسشنامه پریشانی روانشناختی (K-10): این پرسشنامه خودسنجی توسط Kessler & et al (2002) برای اندازه‌گیری میزان آشفتگی و پریشانی روان‌شناختی ساخته شده است که دو فرم ۶ و ۱۰ سوالی (که در این پژوهش از فرم بلند استفاده شده است) دارد. این مقیاس حساسیت مناسبی برای تفکیک افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی، شناسایی اختلالات روانی و نظارت‌های بعد از درمان دارد (Yaghoobi, 2015). نمره‌گذاری بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از هیچ وقت = ۰ و تمام اوقات = ۴) انجام می‌شود. نمره‌ی برش ۸ برای غربالگری به کار می‌رود، نمره‌ی ۱۴ تا ۲۷ پریشانی متوسط و ۲۸ به بالا حالت شدید آن را نشان می‌دهد. مطالعات مختلف (Furukawa et al, 2003) گزارش کرده‌اند که پرسشنامه K-10 از اعتبار و پایایی مطلوبی برخوردار است. پایایی (آلفای کرونباخ) این پرسشنامه در پژوهش‌های (Kessler et al (2003، ۰/۹۳ گزارش شده است. در ایران اعتبار ملاکی این پرسشنامه از طریق همبستگی با فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب (Composite International Diagnostic Interview (CIDI)

نیز مناسب گزارش شده و پایایی آن به روش آلفای کرونباخ به میزان $0/93$ و نیز به روش دو نیمه‌سازی $0/91$ به دست آمده است (Yaghoobi, 2016). پایایی این آزمون در این پژوهش به روش بازآزمایی، به میزان $0/82$ حاصل شد. برای نمونه دو مورد از سوالات این پرسشنامه عبارتند از ۱. در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید که عصبی هستید؟ ۲. در طول ماه گذشته، هر چند وقت یکبار احساس می‌کردید که بی‌قرار و ناآرام هستید؟

پرسشنامه حساسیت انزجاری ((Disgust Sensitivity (DS): این مقیاس ۳۲ سوال دارد که توسط Haidt et al (1994) با هدف ارزیابی میزان حساسیت به محرک‌های منزجر کننده در ۷ حیطه یعنی: حیوانات، غذا، رابطه جنسی، تولیدات و زائادات بدنی، نقص بدنی، مرگ، بهداشت و نیز سطوحی از فعالیت سیستم سمپاتیک که به صورت اعتقادی جادویی در مورد انتقال آلودگی وجود دارد، ساخته شده است. ۱۶ ماده‌ی ابتدایی به صورت بلی یا خیر (با نمره‌گذاری به شکل ۱ یا ۰) و ۱۶ ماده‌ی بعدی به صورت طیف سه درجه‌ای لیکرت (به شکل ۰، ۵/ و ۱) نمره‌گذاری می‌شوند. هر کدام از زیرمقیاس‌های ذکر شده فوق، چهار گویه دارد که نمره کلی آزمون با جمع کردن آنها، در دامنه‌ی ۰ تا ۳۲ قرار می‌گیرد. پایایی درونی این مقیاس بین $0/80$ الی $0/87$ بوده و اعتبار افتراقی و همگرایی آن، مناسب گزارش شده است (Haidt et al, 1994). در این پژوهش، نسخه‌ی فارسی این مقیاس که شامل ۲۵ سوال است، استفاده شد (Karsazi et al, 2016). این نسخه دارای چهار زیرمقیاس انزجار مرکزی (مرتبط با مولفه‌های خوراکی، حیوان و تولیدات بدنی)، انزجار آلودگی (مرتبط با مولفه‌های بهداشت و جادوی سمپاتیک)، انزجار یادآور حیوان (مرتبط با مولفه‌های مرگ، نقص قالب‌بدنی، جادوی سمپاتیک، حیوان) و انزجار از رابطه‌ی جنسی (مولفه‌های مرتبط با رفتار جنسی مغایر با فرهنگ جامعه) است که پایایی آن با روش آلفای کرونباخ $0/82$ و برای زیرمقیاس‌ها به ترتیب $0/74$ ، $0/50$ ، $0/74$ و $0/58$ گزارش شده است (Karsazi et al, 2016). همچنین اعتبار سازه‌ی نسخه‌ی فارسی این مقیاس با روش تحلیل عاملی تاییدی مرتبه دوم، با برازش مناسب مورد تایید قرار گرفته است (Karsazi et al, 2016). در این پژوهش نیز پایایی از طریق بازآزمایی به میزان $0/84$ حاصل شد. دو مورد از ماده‌های این پرسشنامه عبارتند از: ۱. لمس بدن یک مرده به شدت برایم آزاردهنده است. ۲. شما لیوان شیری که بوی فاسد شدگی از آن به مشام می‌رسد را می‌خورید.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

این پژوهش با رعایت تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله: توضیح چگونگی فرایند تحقیق و جلب رضایت کتبی مراجعان، حفظ اصل رازداری و محرمانه ماندن اطلاعات، حق انتخاب مراجع برای خروج از پژوهش و دسترسی به یافته‌های تحقیق در صورت درخواست مراجع، انجام شد و درمانگر دوره تخصصی مربوط به درمان را گذرانده بود. مداخله درمانی در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی و یک بار در هفته ارائه شد. این جلسات برای گروه آنلاین در پلت‌فرم گوگل میت (Google meet) اجرا (با همان محتوای جلسات حضوری) و مراجعین برای دسترسی

به مداخلات آنلاین توسط این پلت‌فرم از امکانات تعامل تصویری، صوتی و متنی برخوردار بودند. محتوی و شرح جلسات درمانی برای دو گروه آزمایشی مذکور، بر اساس برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و شفقت Tirsch et al (2014) و Zahiri et al (2018) که در پژوهش‌ها مورد استفاده و موثر بوده است، تنظیم شد که در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه ساختار جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت (Zahiri et al, 2018 , Tirsch et al, 2014)

جلسات	هدف جلسه	محتوی جلسه	تغییر رفتار مورد انتظار	تمرین خانگی
اول	معرفی اعضا و درمان و ایجاد رابطه درمانی	ارزیابی درمانجویان با پرسشنامه ییل براون، آشنایی با علایم اختلال، توضیح چهار منطقه زندگی	آگاهی به اختلال و ایجاد انگیزه جهت تغییر منطقه زندگی	شناسایی منطقه زندگی خود
دوم	شناخت سه سیستم تنظیم هیجان، روشن‌شدن سیستم امنیت	تعریف و تفسیر سه سیستم هیجانی (دفاع، انگیزه، امنیت) و ویژگی‌های هر کدام از سیستم‌ها، و نقش سیستم امنیت در بالا رفتن آگاهی	شروع فعال کردن سیستم امنیت و کاهش بیش‌فعالی دو سیستم دفاع و انگیزش	یادداشت و توجه مراجع به اینکه در چه موقعیت‌هایی سیستم دفاع یا انگیزه او بیش فعال می‌شوند.
سوم	تعریف و تبیین ذهن و اینکه مشکل «کنترل» است.	توضیح و تفسیر ذهن و انواع تولیدات ذهن با استعاره کارخانه، دنیای درون و بیرون، استعاره بیلچه.	درماندگی خلاق و اینکه دست از کنترل بردارد.	تمرین‌های ذهن آگاهی و توجه به استفاده از بیلچه‌های مختلف و مشخص شدن آن‌ها.
چهارم	شناخت سه مغز	مرور خاطرات دوران کودکی، رنج پاک و ناپاک و ارتباط آن با سیستم‌های هیجانی	ارتباط با مغز آگاه	یادداشت مواردی که سه مغز تولید می‌کند و توجه به آن
پنجم	معرفی استدلال مشفقانه و تکنیک‌های توجه مشفقانه و بودن در زمان حال	استدلال مشفقانه و فرق آن با استدلال منطقی، حساسیت به رنج خود و بودن در زمان حال، خودمشاهده گر و توجه مشفقانه	فعال کردن سیستم امنیت	انجام تمرین‌های استدلال مشفقانه و توجه مشفقانه
ششم	معرفی رفتارهای مشفقانه	تمرین مهربانی گرفتن از دیگران، رفتارهای مشفقانه، همدردی و همدلی با استفاده از تمثیل چراغ قوه	به جای سرزنش و تذکر به خود و دیگران رفتارهای مشفقانه داشته باشد.	تمرین‌های حساسیت به رنج و همدردی و همدلی با خود و دیگران و ثبت این تجارب
هفتم	معرفی پذیرش و تحمل پشیمانی	تبیین پذیرش و تحمل پشیمانی با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده	به جای جنگ با تولیدات ذهن، آنها را به عنوان مهمان بپذیرد.	یادداشت روزه تجارب ذهنی در مورد پذیرش، دیدن رنج و ارتباط با مغز آگاه و مهربانی با ذهن

هشتم	تبیین گسلش و راهبردهای آن، تغییر کلامی در خدمت افزایش تمایل گرای.	گسلش شناختی با استعاره مسافران در اتوبوس، خودمشاهده گر و توجه مشفقانه، تمرین ارتباط با انواع خود.	درک ذهن به عنوان یک واقعیت جدا از خود و توجه به تولیدات ذهن.	یادداشت روزانه تجارب ذهنی در مورد گسلش و تمرین خودمشاهده گر
نهم	نشان دادن اهمیت ارزش ها و آگاهی از ارتباط آن ها با پذیرش، فعالسازی رفتاری	مراقبت از سلامتی و معرفی ارزش ها، شناسایی ارزش های مراجع با استعاره مراسم سنگ مزار، سنجش ارزش ها، مراقبت از بهزیستی	اقدام به عمل ارزش های مشخص شده همراه با مراقبت از بهزیستی	شناسایی و ثبت ارزش های شخصی و اولویت بندی آن ها، تدوین دستورالعمل مسیر مبتنی بر ارزش ها و فعالسازی.
دهم	تبیین ارزش ها به عنوان قطب نما و انگیزه تعهد حرکت به سوی آن ها	تعیین الگوی عمل مناسب با رفتار مشفقانه برای رسیدن به ارزش ها، حرکت مشفقانه به سمت ارزش ها	عملکرد انجام فعالیت مبتنی بر ارزش ها با حرکتی مشفقانه	برنامه ریزی خردمندانه برای خود در مسیر ارزش ها.

در این پژوهش، ارائه ی توصیفی داده ها، با استفاده از میانگین و انحراف استاندارد انجام شد و برای پاسخ به سوال پژوهش، از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره و آزمون بنفرونی با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ی ۲۶، در سطح $\alpha=0.05$ استفاده شد.

یافته ها

در این پژوهش میانگین و انحراف معیار سنی زنان شرکت کننده گروه آزمایشی حضوری $34/53 \pm 6/82$ سال و شرکت کنندگان گروه آنلاین و گواه به ترتیب $33/86 \pm 8/73$ و $33/80 \pm 7/72$ بود. شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش در مراحل پیش آزمون و پس آزمون به تفکیک گروه های آزمایشی

متغیر	پیش آزمون			پس آزمون		
	میانگین (انحراف معیار)			میانگین (انحراف معیار)		
	حضوری	آنلاین	گواه	حضوری	آنلاین	گواه
پیشانی روانشناختی	۲۲/۶۰	۲۳/۲۶	۲۳/۸۰	۱۴/۳۳	۱۷/۶۰	۲۴/۵۳
	(۴/۶۱)	(۵/۸۸)	(۷/۹۳)	(۳/۰۶)	(۴/۷۱)	(۸/۳۸)
حساسیت انزجاری	۱۹/۰۶	۱۹/۴۶	۱۹/۹۳	۱۵/۹۳	۱۹/۴۶	۱۹/۹۳
	(۲/۲۱)	(۲/۷۷)	(۲/۸۱)	(۲/۶۰)	(۲/۷۷)	(۲/۸۱)
وسواس فکری	۱۱/۲۶	۱۱/۸۰	۱۰/۹۳	۷/۱۳	۹/۶۶	۱۱/۴۶
	(۲/۰۵)	(۱/۶۱)	(۱/۶۶)	(۱/۶۸)	(۱/۵۴)	(۲/۰۳)
وسواس عملی	۹/۹۳	۹/۴۰	۹	۶/۱۳	۷/۰۰	۹/۰۶
	(۱/۵۳)	(۲/۴۴)	(۲/۷۷)	(۱/۲۴)	(۱/۵۱)	(۲/۸۶)

شاخص‌های توصیفی در جدول ۱ نشان می‌دهد متغیرهای پژوهش دو گروه در مرحله پیش آزمون تفاوت چشمگیری با هم ندارند اما در مرحله پس آزمون، میانگین و انحراف استاندارد هر دو گروه آزمایشی در متغیرهای پژوهش تغییرات محسوسی داشته‌اند و البته تغییرات گروه حضوری بیشتر است. با توجه به طرح این پژوهش، به منظور آزمون سوال پژوهش و تحلیل داده‌ها از تحلیل کواریانس چند متغیری استفاده شد که پیش از آن ابتدا، مفروضه‌های اصلی آن شامل نرمال بودن، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. وضعیت نرمال بودن توزیع با توجه به آماره شاپیرو-ویلکز برای متغیرهای پریشانی روانشناختی ($P=0/71$)، حساسیت انزجاری ($P=0/37$)، وسواس فکری ($P=0/06$)، و وسواس عملی ($P=0/09$)، با توجه به سطح معناداری، برآورد شده است.

نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که واریانس‌ها برای متغیر پریشانی روانشناختی ($F(1,28)=1/55$, $P=0/22$)، حساسیت انزجاری ($F(1,28)=0/69$, $P=0/41$)، وسواس فکری ($F(1,28)=1/88$, $P=0/18$) و وسواس عملی ($F(1,28)=2/65$, $P=0/11$) در دو گروه آزمایشی حضوری و آنالین برابر است. همچنین نتایج آزمون ام‌باکس (Box's M) برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته بین دو گروه آزمایشی نشان داد که در دو گروه همگن است ($\text{Box's } M=15/46$, $F=1/30$, $P=0/22$).

آزمون همگونی ضرایب رگرسیون نیز در مرحله پیش آزمون و پس آزمون با توجه به تعامل متغیر مستقل و وابسته بررسی شد که این تعامل معنادار نبود و در نتیجه مفروضه همگونی شیب رگرسیون نیز برقرار است. همچنین نتایج آزمون مجذور کای بارتلت (Bartlett) برای بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین متغیرهای وابسته، آنها را معنادار نشان داد ($\chi^2=38/638$, $df=9$, $p<0/000$). با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کواریانس، در نهایت این آزمون برای پی‌بردن به تفاوت گروه‌ها انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون کوواریانس چند متغیری (مانکوا) روی نمره‌های پس آزمون پریشانی روانشناختی، حساسیت انزجاری، علائم فکری و علائم عملی وسواس در گروه‌های حضوری، آنالین و گواه

آزمون‌ها	مقدار	آماره F	درجه آزادی فرض	درجه آزادی خطا	معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلایی	۱/۰۸۷	۱۰/۷۱	۸	۷۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴۳	۱
لامبدای ویلکز	۰/۱۰۴	۱۸/۴۰	۸	۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷۸	۱
اثر هاتلینگ	۶/۷۹	۲۸/۸۶	۸	۶۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷۳	۱
بزرگترین ریشه‌روی	۶/۵۱	۵۸/۵۹	۴	۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶۷	۱

مندرجات جدول ۳ حاکی از این است که با کنترل نمرات پیش آزمون، با وجود سطوح معناداری همه آزمون‌ها، بین گروه‌های آزمایشی و گواه، حداقل در پس آزمون یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنادار دارند. به منظور پیدا کردن محل تفاوت، از تحلیل کواریانس تک متغیره در متن مانکوا برای متغیرهای وابسته استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. تحلیل کواریانس تک متغیره بر روی میانگین نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های حضوری، آنلاین و گواه

متغیرها	منابع تغییر	مجموع	df	میانگین	F	مجذور اتا	سطح	توان
		مجذورات		مجذورات			معنی داری	آماري
پیشانی روانشناختی	پیش آزمون	۷۰۹/۹۸	۱	۷۰۹/۹۸	۱۲۷/۳۸	۰/۷۷	۰/۰۰۰۱	۱
	گروه	۶۵۶/۳۹	۲	۳۲۸/۱۹	۵۸/۸۸	۰/۷۵	۰/۰۰۰۱	۱
	خطا	۲۱۱/۷۹	۳۸	۵/۵۷				
حساسیت انزجاری	پیش آزمون	۱۰۲/۸۶	۱	۱۰۲/۸۶	۵۱/۸۹	۰/۵۷	۰/۰۰۰۱	۱
	گروه	۹۴/۲۰	۲	۴۷/۱۰	۲۳/۷۶	۰/۵۵	۰/۰۰۰۱	۱
	خطا	۷۵/۳۲	۳۸	۱/۹۸				
وسواس فکری	پیش آزمون	۵۴/۶۹	۱	۵۴/۶۹	۷۱/۲۹	۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۱
	گروه	۱۵۲/۸۳	۲	۷۶/۴۱	۹۹/۶۰	۰/۸۴	۰/۰۰۰۱	۱
	خطا	۲۹/۱۵۵	۳۸	۰/۷۶				
وسواس عملی	پیش آزمون	۴۷/۳۰	۱	۴۷/۳۰	۴۵/۹۰	۰/۵۴	۰/۰۰۰۱	۱
	گروه	۷۳/۹۲	۲	۳۶/۹۶	۳۵/۸۶	۰/۶۵	۰/۰۰۰۱	۱
	خطا	۳۹/۱۶	۳۸	۱/۰۳				

با توجه به مندرجات جدول ۳ و میانگین‌های متغیرها در جدول ۱ که پیش از این ارائه شد، می‌توان گفت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت، به صورت حضوری و آنلاین، پس از ثابت نگه داشتن اثرات پیش‌آزمون، در کاهش تمامی متغیرهای پژوهش یعنی پیشانی روانشناختی ($F=58/88$, $\eta^2=0/75$, $P=0/0001$)، حساسیت انزجاری ($F=23/76$, $\eta^2=0/55$, $P=0/0001$) و وسواس فکری ($F=99/60$, $\eta^2=0/84$, $p=0/0001$) و وسواس عملی ($F=35/86$, $\eta^2=0/65$, $P=0/0001$) به‌طور معناداری موثر بوده است. برای مشخص کردن نقطه محل‌های تفاوت، با استفاده از آزمون بونفرونی به مقایسه زوجی گروه‌های آزمایشی و گواه پرداخته شد که در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج مقایسه‌های زوجی آزمون بونفرونی برای متغیرهای پژوهش در دو گروه‌ها با کنترل پیش‌آزمون

متغیر	گروه	مقایسه	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
پیشانی روانشناختی	حضوری	آنلاین	-۲/۹۶۴	۰/۸۹	۰/۰۰۶
	آنلاین	گواه	-۹/۷۰۸	۰/۹۱	۰/۰۰۰۱
		گواه	-۶/۷۴۴	۰/۸۹	۰/۰۰۰۱
حساسیت انزجاری	حضوری	آنلاین	-۷۱	۰/۵۳	۰/۵۶
	آنلاین	گواه	-۳/۵۵	۰/۵۴	۰/۰۰۰۱
		گواه	-۲/۸۴	۰/۵۳	۰/۰۰۰۱
علایم فکری و وسواس	حضوری	آنلاین	-۲/۲۶	۰/۳۳	۰/۰۰۰۱
		گواه	-۴/۸۰	۰/۳۴	۰/۰۰۰۱

آنالین	گواه	-۲/۵۴	۰/۳۳	۰/۰۰۰۱
آنالین	آنالین	-۱/۲۳	۰/۳۸	۰/۰۰۰۱
حضور	گواه	-۳/۳۰	۰/۳۹	۰/۰۰۰۱
آنالین	گواه	-۲/۰۷	۰/۳۸	۰/۰۰۰۱

با توجه به مندرجات جدول ۱۰-۴ مقدار اختلاف میانگین محاسبه شده برای نمرات پس‌آزمون پریشانی روانشناختی در گروه حضوری نسبت به آنالین ($P=0/006$ و $MD=-2/964$) پس از ثابت نگهداشتن اثرات پیش‌آزمون این متغیر، بیشتر است. در مورد متغیر حساسیت انزجاری مقدار اختلاف میانگین پس‌آزمون این متغیر ($P=0/056$ و $MD=-0/71$) در گروه حضوری و آنالین تفاوت معناداری ندارد و شیوه‌ی حضوری یا آنالین درمان برای این متغیر تاثیر همانندی دارد. همچنین مقدار اختلاف میانگین محاسبه شده برای نمرات پس‌آزمون علائم فکری ($P=0/000$ و $MD=-2/26$) و علائم عملی و سواس ($P=0/000$ و $MD=-1/23$) در گروه حضوری نسبت به آنالین (پس از ثابت نگهداشتن اثرات پیش‌آزمون این دو متغیر) بیشتر است. در نتیجه می‌توان گفت درمان به شیوه حضوری برای تمامی متغیرهای پژوهش به جز حساسیت انزجاری، به طور معناداری موثرتر از شیوه آنالین است.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش به منظور مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت بر پریشانی روانشناختی، حساسیت انزجاری و علائم فکری - عملی افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری به شیوه‌ی حضوری و آنالین انجام شد. در ابتدا پیش از هر مطلب، باید گفت که اولین نتیجه این پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت به دو شیوه‌ی حضوری و آنالین بر کاهش متغیرهای این پژوهش تاثیر معنادار داشتند؛ در این خصوص تحقیقاتی مانند Hill et al (2020)، Mojaradi et al (2022) و Ong et al (2021) با این یافته هم‌راستا هستند و تبیین‌هایی همچون تاثیر مکانیسم‌های پذیرش و گسلش بر انواع ظریف اجتناب‌های اختلالات روانشناختی و نیز فرایندهای شفقت برای داشتن ارتباط بدون قضاوت با تجربه‌های درونی و آگاهی از لحظه حال، از اولین تبیین‌ها و توضیحات قابل ذکر برای تاثیرگذاری این درمان هستند. لکن از آنجایی که هدف اصلی این تحقیق مقایسه دو روش حضوری و آنالین برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت بود، یافته این پژوهش، این بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی‌شده با شفقت به شیوه‌ی حضوری بر کاهش تمامی متغیرهای پژوهش به جز حساسیت انزجاری نسبت به روش آنالین به طور معناداری تاثیر بیشتری دارد.

در خصوص یافته این پژوهش، با وجود کم بودن پژوهش‌های انجام شده، می‌توان در این راستا به نتایج مطالعات نزدیک و موجود در حوزه شیوه‌های درمان اشاره کرد؛ از جمله پژوهش Flujas-Contreras et al (2023) که نتایج این پژوهش نیز با بخش پیگیری این مطالعه، همسو بود. از سویی یافته‌های این پژوهش در مورد اثربخش بودن شیوه آنالین، با نتایج مطالعه فراتحلیل Luo et al (2020) و نیز با یافته‌های تحقیق Hoefnagels et al (2020)، ناهمسو است. در این خصوص باید گفت تحقیقات حوزه غیرحضوری و مداخلات مبتنی بر اینترنت علی‌رغم نفوذ

چندساله به حوزه درمان، جدیدتر و به نظر با چالش‌های بیشتری همراه هستند. در تبیین کمتر بودن تاثیر شیوه آنلاین نسبت به حضوری که در این پژوهش دیده می‌شود، باید گفت هر چند نقطه قوت برنامه‌های آنلاین و غیرحضوری این است که شرکت‌کنندگان را قادر می‌سازد تا به طور انعطاف‌پذیرتر به آن‌ها دسترسی داشته باشند (Elander, 2023) اما درمان غیرحضوری و آنلاین موثر مستلزم درک فرایندهای مخصوص به خود است که بتواند برای ایجاد تغییرات رفتاری تحت تاثیر قرار گیرد. در واقع در مقایسه با روش حضوری، درمان‌های آنلاین به نسبت فاقد مؤلفه‌هایی از درمان، از جمله اتحاد درمانی هستند که در مداخلات رو در رو مؤثرند. درمان‌های آنلاین، بیشتر بر مبنای پروتکل‌های مشخص هستند و کمتر امکان دارد که متناسب با فرد، شخصی‌سازی شوند. بنابراین به نظر می‌رسد عوامل موثر در محتوای درمان‌های غیرحضوری و آنلاین با شکل‌های سنتی‌تر یعنی حضوری، متفاوت است (Räsänen et al, 2020) که در این صورت اجرای درمان به روش آنلاین، بررسی بیشتری را لازم دارد. قابل انکار نیست که تماس رو در رو برای افزایش و بهبود مشارکت و همکاری مراجعه‌کنندگان موثر است (Hoefnagels et al, 2020) و امکان مشاهده و شناسایی مستقیم رفتارهای مرتبط بالینی در درمان را فراهم می‌کند (Kohlenberg & Tsai, 1994) که در نهایت به زمینه‌سازی و ارائه تمرین یا استعاره مناسب با توجه به مکالمه بالینی مراجع کمک کرده و دیدگاه فردنگر عمیق‌تری را نیز فراهم می‌کند. در حالی که در مداخله آنلاین، این موارد ممکن است به مرور زمان کم رنگ‌تر شود (Flujas-Contreras et al, 2023).

همچنین مکانیسم‌های اثرگذاری شیوه‌های اجرایی درمان می‌تواند به نوع رویکرد و حتی متغیرهای تحت درمان بستگی داشته و متفاوت باشد. متغیرهایی مانند حساسیت انزجاری که در این پژوهش به یک میزان تاثیر پذیرفته است، علی‌رغم تاثیر تجربیات یادگیری دوران کودکی، منعکس‌کننده منشایی از ژنتیک و ثبات بیشتر نیز هست (Sherlock et al, 2016, Stevenson et al, 2010) و بنابراین امکان دارد کمتر بتواند تحت تاثیر روش درمانی قرار گیرد. با این حال علی‌رغم پایین‌تر بودن تاثیر شیوه آنلاین نسبت به حضوری، ممکن است کاربرد آن در شرایطی که امکان روش سنتی درمان وجود نداشته باشد، به عنوان یک بهره‌مندی حداقلی از درمان بتواند به رنج در سکوت، برتری داشته باشد و یا مکملی برای درمان حضوری قرار گیرد (Flujas-Contreras et al, Krieger et al, 2016). در این پژوهش روش حضوری در مقایسه با روش آنلاین، به طور معناداری بر متغیرهای وابسته پژوهش تاثیر بیشتری داشت. با این وجود، با توجه به دسترسی روزافزون افراد به فناوری در سراسر جهان، به نظر می‌رسد توجه جدی‌تر و تحقیقات بیشتری در این حوزه پژوهشی نیاز است تا وضوح بالاتری در مورد نتایج همسو و عوامل تاثیرگذار این دو فرمت درمانی به دست آید.

از آنجا که در این پژوهش از جنسیت زن استفاده شده است، در تعمیم به نمونه‌های مذکر باید احتیاط شود. همچنین در تعمیم نتایج به خارج از محدوده سنی ۱۸ الی ۵۰ سال و شهر ذکر شده مورد پژوهش محدودیت وجود دارد. در این پژوهش دوره پیگیری انجام نشد و نیز روش آنلاین صرفاً با رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد غنی شده با شفقت بررسی شده است که این روش قابل تعمیم به سایر رویکردها نیست. بنابراین پیشنهاد می‌شود رویکردهای دیگر به روش غیرحضوری نیز بررسی شوند. همچنین در مطالعات آتی پیشنهاد می‌شود پژوهش بر

گروه‌های سنی، جنس مذکر و نمونه‌های متنوع تر فرهنگی نیز انجام شود.

تشکر و قدردانی

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول، سمیه سعیدی دهاقانی است که با کسب حمایت و شناسه اخلاق IR.SCU.REC.1402.058 از دانشگاه شهیدچمران اهواز به ثبت رسیده است. بدین وسیله نیز از همراهی تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع

- Adams, T. G., Kelmendi, B., Brake, C. A., Gruner, P., Badour, C. L., & Pittenger, C. (2018). The role of stress in the pathogenesis and maintenance of obsessive-compulsive disorder. *Chronic Stress*, 2, 1-11.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Edition: DSM-5, Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
- Amir, N., Foa, E. B., & Coles, M. E. (1997). Factor structure of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Psychological Assessment*, 9, 312-316.
- Asadollahi F., Neshat Doost H, T., Abedi, M. R., Afshar, H. (2020). Comparing the effect of the combination of Acceptance and Commitment Therapy and Compassion Focused Therapy with Cognitive-Behavioral Analysis System of Psychotherapy on depressive symptoms, quality of life, psychological flexibility, and self-compassion in women with persistent depressive disorder, *Clinical Psychology Studies*, 10 (39), 19-46. (Persian)
- Badrasawi, M.M., Zidan, S.J. (2019). Binge eating symptoms prevalence and relationship with psychosocial factors among female undergraduate students at Palestine Polytechnic University: a crosssectional study. *Journal of eating disorders*, 7(1): 1-8.
- Bation, R., Poulet, E., Haesebaert, F., Saoud, M., Brunelin, J. (2016). Transcranial direct current stimulation in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: An open-label pilot study, *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 65, 153-157.
- Bhikram, T., Abi-Jaoude, E., Sandor, P. (2017). OCD: obsessive-compulsive disgust? The role of disgust in obsessive-compulsive disorder. *J. Psychiatry Neurosci*, 42 (5), 300.
- Buhrman, M., Skoglund, A., Husell, J., Bergström, K., Gordh, T., Hursti, T., et al. (2013). Guided internet-delivered acceptance and commitment therapy for chronic pain patients: a randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 51(6), 307-15.
- Crowe, K., & McKay, D. (2016). Mindfulness, obsessive-compulsive symptoms, and executive dysfunction. *Cognitive Therapy and Research*, 40(5), 627-644.
- Cruz, L.F., Rydell, M., Runeson, B., D'Onofrio, B.M., Brander, G., Rück, C., et al. (2017). Suicide in obsessive-compulsive disorder: A populationbased study of 36,788 Swedish patients. *Journal of Molecular Psychiatry*, 22(11), 1626-1632.
- Den Ouden, L., Tiego, J., Lee, R. S., Albertella, L., Greenwood, L. M., Fontenelle, L., ... & Segrave, R. (2020). The role of experiential avoidance in transdiagnostic compulsive behavior: A structural model analysis. *Addictive Behaviors*, 108.
- Drapeau, A., Marchand, A., Beaulieu-Prevost, D. (2012). *Epidemiology of Psychological Distress*. InTech. In book: Mental Illnesses - Understanding, Prediction and Control. Chapter 5. Edited by L'Abate L.
- Elander J, Stalker C, Arborg M, Coyne E, Kapadi R, Taal M W, M. Selby N, Mitchell K. (2023). Living well on haemodialysis: Feasibility and acceptability trial of an online Acceptance and Commitment Therapy (ACT) programme for people receiving kidney haemodialysis, *Journal of*

- Contextual Behavioral Science*, 30, Pages 41-49.
- Fergus, T.A. Bardeen, J.R. (2014). Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive compulsive and Related Disorders*, 3, 243-248.
- Flujas-Contreras, J. M., García-Palacios, A., Castilla, D., & Gómez, I. (2023). Internetbased versus face-to-face Acceptance and Commitment Therapy for parental psychological flexibility. *Current Psychology*, 1-13.
- Furukawa, T.A., Kessler, R.C., Slade, T., & Andrews, G. (2003). The performance of the K-6 and K-10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 23: 357-362.
- Gilbert, P. (2005). *Compassion: Conceptualisations, Research and Use in Psychotherapy*, Routledge.
- Gilbert, P. (2009). Introducing compassionfocused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53: 6-41.
- Gilbert, P., McEwan, K., Catarino, F., & Baião, R. (2014). "Fears of compassion in a depressed population", *Journal of Depression and Anxiety*, 2, 1- 8.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1012-1016.
- Haidt, J., McCauley, C., Rozin, P. (1994). Individual differences in sensitivity to disgust: a scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences*, 16: 701-13.
- Hayes, S.C, Barnes-Holmes, D., Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum publishers.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D., Wilson, K.G. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy*, Second Edition: The Process and Practice of Mindful Change. New York: Guilford Publications.
- Hekmati, E., Bakhshipour, A. (2015). Philosophical theoretical foundations and the psychopathological model of acceptance and commitment therapy. *Baztab Danesh*, 64, 14-25. (Persian)
- Hill, M.L., Schaefer, L.W., Spencer, S.D., Masuda, A. (2020). Compassion-focused acceptance and commitment therapy for women with restrictive eating and problematic body-checking: A multiple baseline across participants. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16, 144-152.
- Hoefnagel J.W., Fischer, K., Bos, R.A.T., Driessens M.H.E., Meijer, S.L.A., Schutgens, R.E.G., Schrijvers. L., H. (2020). A feasibility study on two tailored interventions to improve adherence in adults with haemophilia, *Pilot and Feasibility Studies*, 6 (1), 1-11.
- Hoffmann, D., Rask, C.U., Hedman-Lagerlöf, E., Jensen, J.S., Frostholt L. (2020). Efficacy of internet-delivered acceptance and commitment therapy for severe health anxiety: results from a randomized, controlled trial, *Psychological Medicine*, 51(15):2685-2695.
- Husted, D., Shapira, N., Goodman, W. (2006). The neurocircuitry of obsessive- compulsive disorder and disgust. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 30, 389-399.
- Iglesias, J. (2015). The Use of Cognitive Interventions in Reducing the Effects of Ego-Depletion. *The BYU Undergraduate Journal in Psychology*, 11(2).
- Kapel. L. K., ona, p. z., Moller, C., & Twohig, M.P. (2023). An Open Trial of Acceptance and Commitment Therapy with Exposure and Response Prevention in an Intensive Outpatient Setting for Adults With OCD. *Cognitive and Behavioral Practice*, 30(2), 218-228.
- Karsazi, H., Nasiri, M., Hashemi-Nosratabad, T. (2016). Factor Analysis and Evaluation of Internal Structure of Disgust Sensitivity Scale, *Journal of Clinical Psychology*, 8, 4 (32). (Persian)
- Kawa, M. H., & Shafi, H. (2015). Evaluation of Internet Addiction, Impulsivity and Psychological Distress among University Students. *International Journal Clinical Therapy Diagnostige*, 3(1), 70-76.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., Normand, S. L., & Zaslavsky, A. M. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific

- psychological distress. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976.
- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., & Walters, E. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 184-189.
- Knowles, K. A., Jessup, S. C., & Olatunji, B. O. (2018). Disgust in anxiety and obsessive-compulsive disorders: recent findings and future directions. *Current psychiatry reports*, 20(9), 1-10.
- Kohlenberg, R. J., & Tsai, M. (1994). Functional analytic psychotherapy: A radical behavioral approach to treatment and integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 4(3), 175-201.
- Krieger, T., Martig, D. S., van den Brink, E., & Berger, T. (2016). Working on self-compassion online: A proof of concept and feasibility study. *Internet Interventions*, 6, 64-70.
- Lee Sang, W., Choi, M., Lee Jae, S. (2023). A randomized controlled trial of group-based acceptance and commitment therapy for obsessive-compulsive disorder, *Journal of Contextual Behavioral Science*, 27, 45-53.
- Leeuwerik, T., Cavanagh, K., & Strauss, C. (2020). The Association of Trait mindfulness and self-compassion with obsessive-compulsive disorder symptoms: Results from a large survey with treatment-seeking adults. *Journal of Cognitive Therapy and Research*, 44(1), 120-135.
- Luo C., Sanger N., Singhal N., Patrick K., Shams I., Shahid H., & Samaan Z. (2020). A comparison of electronically-delivered and face to face cognitive behavioural therapies in depressive disorders: A systematic review and meta-analysis. *EClinical Medicine*, 24, 100442.
- Mattoff, M. (2018). Circumstances to integrate acceptance and commitment therapy with short-term psychodynamic psychotherapies. *Cogent Psychology*, 5 (1), 1- 24.
- Mojaradi, A., Yamini, M., Mafakheri, A. (2022). Comparing the effectiveness of online acceptance and commitment therapy and behavioral activation therapy on repetitive negative thinking in obsessive patients. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 24 (3), 161-168. (Persian)
- Neff, K. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude towards oneself. *Self and Identity*, 2, 85-102.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Selfcompassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225-240.
- Olatunji, B. O., Berg, H., Cox, R. C., & Billingsley, A. (2017). The effects of cognitive reappraisal on conditioned disgust in contamination-based OCD: An analogue study. *Journal of anxiety disorders*, 51, 86- 93.
- Olatunji, B. O., Cisler, J., McKay, D., & Phillips, M. L. (2010). Is disgust associated with psychopathology? Emerging research in the anxiety disorders. *Psychiatry research*, 175(1-2), 1-10.
- Ong, C. W., Krafft, J., Panoussi, F., Petersen, J. M., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2021). In-person and online-delivered acceptance and commitment therapy for hoarding disorder: A multiple baseline study. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 20, 108-117.
- Öst, L.-G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive behavioral treatments of obsessive-compulsive disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993-2014. *Clinical Psychology Review*, 40, 156-169.
- Rajezi Esfahani, Motaghipour S, Kamkari K, Zahiredin A, Janbozorgi M. (2012). Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17 (4), 297-303. (Persian)
- Rajezi Esfahani, S., Motaghipour, Y., Kamkari, K., Zahiredin, A., Janbozorgi, M. (2011). Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale- Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS), *Iranian Journal of psychiatry and Clinical Psychology*, 17(4), 297-303.
- Räsänen, P., Muotka, J., Lappalainen, R. (2020). Examining mediators of change in wellbeing, stress, and depression in a blended, Internet-based, ACT intervention for university students, *Internet Interventions*. 22, 100343.
- Ruscio, A., Stein, D., Chiu, W., & Kessler, R. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive

- disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1): 53-63.
- Sherlock, J.M., Zietsch, B.P., Tybur, J.M., Jern, P., 2016. The quantitative genetics of disgust sensitivity. *Emotion* 16, 43–51.
- Skinta, M.D., Lezama, M., Wells, G., Dilley, J. (2015). Acceptance and compassion-based group therapy to reduce HIV stigma. *Cognitive and Behavioral Practice*, 22, (4) 481-490.
- Spendelow, J. S., & Joubert, H. E. (2018). Does experiential avoidance mediate the relationship between gender role conflict and psychological distress? *American Journal of Men's Health*, 12(4), 688-695.
- Stevenson, R.J., Oaten, M.J., Case, T.I., Repacholi, Wagland, P., 2010. Children's response to adult disgust elicitors: development and acquisition. *Dev. Psychol.* 46, 165–177.
- Tirch, D., Schoendorff, B., Silberstein L, R. (2014). *The ACT Practitioner's Guide to the Science of Compassion: Tools for Fostering Psychological Flexibility*. translate by Daneshmandi S, Izadi R., Abedi M, R. (2017), Esfahan, kavoshyar.**
- Trindade, I.A., Ferreira, C., Pinto-Gouveia, J. (2020). Acceptability and preliminary test of efficacy of the mind programme in women with breast cancer: an acceptance, mindfulness, and compassion-based intervention. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 15, 162-171.
- Turner, M.J., Aspin, G., Gillman, J. (2019). Maladaptive schemas as a potential mechanism through which irrational beliefs relate to psychological distress in athletes. *psychology of Sport & Exercise*, 44, 9–16.
- Twohig, M. P., Hawyes, S.C., Plumb, H. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett, & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of Acceptance and Commitment Therapy vs. Progressive Relaxation Training for obsessive compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705-716.
- Watkins, P.L., Clum, G.A. (2007). *Handbook of selfhelp therapie*, Routledge.
- Weingarden, H., & Renshaw, K. D. (2015). Shame in the obsessive-compulsive related disorders: A conceptual review. *Journal of Affective Disorders*, 171, 74–84.
- Wu, M. S., Geller, D. A., Schneider, S. C., Small, B.J., Murphy, T, K., Wilhelm, S., et al. (2019). Comorbid psychopathology and the clinical profile of family accommodation in pediatric OCD. *Child Psychiatry Hum Dev.* 50:717–26.
- Yaghubi H. (2016). Psychometric Properties of the 10 Questions Version of the Kessler Psychological Distress Scale (K-10), *Applied Psychological Research Quarterly*, 6(4). 45-57. (Persian)
- Zahiri, S., Dehghani, A., Izady, R.(2018). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Enriched with Compassion Focus Therapy (CFT) on Obsession Symptoms of Students with ObsessiveCompulsive Disorder, *Psychological Studies*, 13, 4, 94-104. (Persian)