

مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی

سمیه بردبار^۱، آرزو تاری مرادی^{۲*}، پرسا پیوندی^۳، معصومه ژیان باقری^۴، سعید محمودی نیا^۵

۱. دانشجوی دوره دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

۵. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

• نویسنده رابط: arezo.tarimoradi@kiauo.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۹/۱۸ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۹/۲۹

چکیده

زمینه و هدف: افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی ممکن است در ابراز همدلی عاطفی با دیگران با دشواری‌هایی روبه‌رو شوند و مداخله‌های درمانی مناسب می‌تواند این توانایی را بهبود بخشد. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی انجام شد.

روش کار: روش تحقیق در این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون بسط‌یافته با گروه کنترل به همراه مرحله پیگیری یک و نیم ماهه بود. جامعه آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مراجعه کننده به مراکز روانشناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. از میان آنها تعداد ۶۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس گزینش شده و به صورت تصادفی در سه گروه (۲۰ نفری) گمارده شدند. گروه آزمایشی اول تحت آموزش طرحواره درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند؛ گروه آزمایشی دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را در ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش دیدند؛ و گروه کنترل در فهرست انتظار بودند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه همدلی عاطفی بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرنی در نرم‌افزار SPSS23 تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: یافته‌ها نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و گروه کنترل تفاوت معنی‌دار وجود داشت؛ و هر دو مداخله طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث افزایش همدلی عاطفی در افراد دارای اختلال وسواس فکری-عملی شده و تاثیر این مداخلات درمانی در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است ($p < 0/05$). همچنین، نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرنی حاکی از آن بود که بین آموزش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر متغیر همدلی عاطفی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که مداخلات طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌توانند برای بهبود همدلی عاطفی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی کارآمد باشند و توصیه می‌گردد که درمانگران و مشاوران از این روش‌های درمانی برای بهبود همدلی عاطفی بیماران مبتلا استفاده کنند.

واژگان کلیدی: اختلال وسواس فکری-عملی، همدلی عاطفی، طرحواره درمانی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

مقدمه

یکی از اختلالات‌های روان‌شناختی مزمن که توجه بسیاری از روان‌شناسان، روان‌پزشکان و پژوهشگران را به خود جلب کرده و سلامت روانی افراد مبتلا را با آسیب جدی مواجه می‌سازد، اختلال وسواس فکری- عملی است (۱)، (۲). اهمیت این اختلال و توجه به آن تا جایی است که در نسخه پنجم کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات‌های روانی طبقه تشخیصی مستقلی را به خود اختصاص می‌دهد (۳). این اختلال به عنوان یک اختلال اضطرابی پیچیده، تضعیف‌کننده و مزمن، ۲ تا ۳٪ کودکان و بزرگسالان را متأثر می‌سازد (۴). در ایران شیوع اختلال وسواس فکری- عملی ۶/۸٪ و در بین زنان ۹/۳٪ برآورد شده است (۵، ۶). عود علائم اختلال وسواس فکری- عملی و عدم موفقیت کامل رویکردها و مدل‌های درمانی در بهبودی علائم این اختلال، اهمیت مطالعه در این حوزه را برجسته‌تر می‌کند (۷).

اختلال وسواس فکری- عملی، نشانگان عصبی- روان- پزشکی پیچیده‌ای است که مشخصه اصلی آن افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری، آزاردهنده و آیین‌مند (اعمال وسواسی) می‌باشد که بیمار به منظور اجتناب از اضطراب یا خستگی- سازی اعمال وسواسی انجام می‌دهد (۸). به عبارتی، این افکار و اعمال وسواسی از خصیصه‌های اصلی اختلال وسواس فکری- عملی می‌باشند (۹). عموم افراد مبتلا، دارای هر دو علائم فکری و عملی هستند. افکار و اعمال تکراری حاصل از اختلال وسواس فکری- عملی به شکل غیرارادای بروز کرده و برای مبتلایان اموری لذت‌بخش نیستند (۱). در حالی که فرد به بی‌معنی بودن این افکار و اعمال واقف است، اما باز وجود آن برای فرد ایجاد آشفته‌گی روان‌شناختی و هیجانی می‌کند. کنترل افکار وسواسی و تصاویر ذهنی یا تکانه‌های ناخواسته برای فرد مبتلا بسیار دشوار به نظر می‌رسد (۱۰). شایع‌ترین وسواس‌های فکری شامل ترس از آلودگی، تکانه‌های جنسی یا پرخاشگرانه، مشکلات بدنی، مذهب، تقارن و نظم است (۱۱). در حالی

که وسواس عملی به رفتارهایی چون شمارش، شستن، واریسی یا بازیبنی و اجتناب اطلاق می‌شود (۱۲). اختلال وسواس فکری- عملی آثار همه جانبه‌ای بر کارکرد فرد مبتلا دارد و باعث بروز مشکلات عاطفی از جمله دشواری در همدلی عاطفی می‌شود (۱۳).

همدلی به عنوان قابلیت درک دیگران و تجربه احساسات آنها و دادن پاسخ مناسب به موقعیت خاصی، تعریف می‌شود (۱۴). همدلی مفهومی چندبعدی و دارای ابعاد عاطفی، اخلاقی، شناختی و رفتاری است (۱۵). همدلی صفتی لازم برای بقاء زندگی انسان در اجتماع است (۱۶). همدلی مؤثرترین جزء یک ارتباط خوب است و راه میان‌بری را برای ایجاد ارتباط با دیگران فراهم می‌کند. در ایجاد ارتباط با دیگران، همدلی عاطفی، نقش بسیار مؤثر و تسریع‌کننده‌ای دارد (۱۷). همدلی عاطفی در مفهوم کلی و عمومی عبارت است از توانایی قرار دادن خود به جای دیگران برای درک بهتر احساسات و تجربیات طرفین در تعامل با یکدیگر (۱۸). همدلی عاطفی به توانایی تجربه و شناسایی عواطف دیگران، دادن پاسخ‌های هیجانی در برابر حالت‌های عاطفی آنها و برقراری یک ارتباط عاطفی اشاره دارد (۱۵). به عبارت دیگر همدلی عاطفی عبارت است از تجربه جانشینی هیجانات دیگران (۱۹). همدلی عاطفی در گروه‌های مختلف می‌تواند در ابعاد مختلف بر سطح رفتار و کارکرد افراد تأثیرگذار باشد (۲۰). یکی از عوامل مؤثر در علت‌شناسی و تداوم اختلال وسواس فکری- عملی عدم توانایی تشخیص احساسات بخشی از ساختار شناخت اجتماعی است (۲۲) و به مفاهیمی چون ادراک احساسات، پردازش نشانه‌های اجتماعی یا ادراک اجتماعی و توانایی همدلی اشاره دارد (۲۳). افراد با اختلال وسواس فکری- عملی در تشخیص حالات چهره‌ای احساسات نقص دارند (۲۴). این افراد ممکن است در پردازش و پاسخگویی به احساسات دیگران با مشکل مواجه شوند (۲۵). در این راستا، Pino و

در مطالعات متعدد (۳۳-۳۵) جهت بهبود نشانگان وسواس فکری- عملی به کاررفته است.

از دیگر روش‌های درمانی پرکاربرد برای اختلال وسواس فکری- عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (۳۶). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشأت گرفته از یک تئوری فلسفی به نام عملگرایی است و بر اساس یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت پدید آمده است، که نظریه چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود (۳۷). این درمان با استفاده از شش فرآیند مرکزی منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی در مراجعین می‌شود. پذیرش، گسلش، خود به عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، ارزش‌ها و عمل متعهدانه شش فرآیندی است که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرد (۳۸). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سودمندی و کارکرد تجارب روانشناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات و احساسات روانشناختی مورد هدف قرار می‌گیرد و فعالیت‌های معنادار زندگی بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌شود (۳۹). در این راستا، نتایج پژوهش شوانی و همکاران (۴۰) حاکی از آن بود که سیزده جلسه دو ساعته برنامه طراحی شده مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب افزایش همدلی عاطفی ۱۵ زن دارای همسر جانباز شهرستان پیرانشهر شده و تاثیر درمان در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. رحمانی و همکاران (۴۱) نیز بر روی نمونه ۱۵ نفری از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری شهر تهران نشان دادند که ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب افزایش معنی‌داری نمرات همدلی مبتلایان پس از مداخله شده است. کارآیی بالینی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت بهبود مولفه‌های روانشناختی و هیجانی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است (۴۲-۴۴).

به نظر می‌رسد در میان پژوهش‌های متعددی که در زمینه افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی انجام شده است، وجود خلأ پژوهشی در خصوص همدلی عاطفی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی احساس می‌شود.

همکاران (۲۶) در مطالعه‌ای نشان دادند که ۲۴ نفر از مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی در مقایسه با ۲۳ نفر بهنجار در گروه کنترل در توانایی ذهنی‌سازی نقص نشان دادند. بدین صورت که مبتلایان قادر به درک حالات ذهنی و عاطفی افراد دیگر نبودند. همچنین مبتلایان در توانایی اشتراک‌گذاری تجربه خود هنگامی که دارای بار عاطفی منفی بود، مشکل داشتند.

با وجود مدل‌های درمانی بی‌شمار در مورد اختلال وسواس فکری- عملی، درصد قابل توجهی از بیماران بهره بسیار کمی از مدل‌های درمانی را می‌گیرند. بنابراین، طراحی مدل درمانی بر اساس متغیرهای تأثیرگذار بر شروع و ماندگاری این اختلال در مرحله اولویت قرار دارد (۷). از برنامه‌هایی که در این راستا می‌تواند به مبتلایان به اختلال کمک کند، طرحواره درمانی است (۲۷). طرحواره درمانی توسط Young پایه‌گذاری شده است، و عمدتاً بر اساس بسط و گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی- رفتاری کلاسیک بنا شده است. Young معتقد است که طرحواره‌ها، الگوها یا درون‌مایه‌های عمیق و فراگیری هستند که از خاطرات، هیجان‌ها و احساسات بدنی تشکیل شده‌اند. در دوران کودکی یا نوجوانی شکل گرفته‌اند، در سیر زندگی تداوم دارند، درباره خود و رابطه با دیگران هستند و در عین حال به شدت ناکارآمدند (۲۸). شواهد نشان می‌دهد بیماران با وسواس فکری- عملی بعضی از طرحواره‌های خاص را بیشتر مورد استفاده قرار می‌دهند (۲۹). طرحواره درمانی با شناسایی و اصلاح این طرحواره‌ها می‌تواند توانایی افراد را در درک و به اشتراک گذاشتن احساسات دیگران بهبود بخشیده و پاسخ‌های عاطفی و روابط بین‌فردی سالم‌تری را در آنان پرورش دهد (۳۰). در این راستا، بهیروز و همکاران (۳۱، ۳۲) در مطالعه‌ای نشان دادند که هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای طرحواره درمانی به طور معنی‌داری همدلی عاطفی دانشجویان دختر مجرد دارای ترس از ازدواج دانشگاه‌های پیام نور و آزاد سمیرم را افزایش داده و تاثیر درمان در مرحله پیگیری نیز پایدار بوده است. طرحواره درمانی به شکل فردی یا گروهی

عدم تمایل برای ادامه شرکت در جلسات، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی و حضور در مداخله مشابه به طور همزمان بود. لازم به ذکر است که شرکت‌کنندگان در گروه‌های نمونه بر اساس سن، جنسیت، وضعیت تاهل و مدت ابتلا بیماری همتاسازی شدند.

جلسات مداخلات طرحواره‌درمانی بر اساس دستورالعمل Young و همکاران (۴۶) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای به صورت یک جلسه در هفته اجرا گردید. برنامه مداخله درمان مبتنی برپذیرش و تعهد نیز بر اساس دستورالعمل Twohig و همکاران (۴۷) در ۱۱ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک جلسه در هفته اجرا شد. روایی محتوایی برنامه‌های پیشنهاد شده توسط سازندگان برنامه‌ها تأیید شده است. خلاصه محتوای مداخلات طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی برپذیرش و تعهد در جدول ۱ ارائه شده است.

پس از کسب مجوزهای اخلاقی و هماهنگی‌های لازم با مدیریت مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مادر و مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مهراندیش و توضیح اهداف و مراحل اجرای پژوهش برای آنها، از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عمل تشخیص گرفته با نظر روانشناس و روانپزشک و دارای پرونده پزشکی در مرکز درخواست شد به پرسشنامه همدلی عاطفی پاسخ دهند. بعد از استخراج نمرات، از بین افرادی که در پرسشنامه همدلی عاطفی نمره پایین‌تر از میانگین (کسب نمره برش «بر اساس انحراف از میانگین» در آزمون‌ها) را کسب کرده بودند، تعداد ۶۰ نفر که مایل به شرکت در این پژوهش بودند، انتخاب شده و رضایت نامه کتبی از آنها اخذ گردید، و به‌طور تصادفی در ۳ گروه آموزش طرحواره‌درمانی، آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) گمارده شدند. شایان ذکر است که از گروه طرحواره‌درمانی ۳ نفر، از گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۴ نفر و از گروه کنترل ۴ نفر به دلیل مشکلات شخصی و رضایت نداشتن از ادامه مراحل درمان انصراف دادند و تعداد آزمودنی‌هایی که تا پایان کار باقی ماندند (۴۹ نفر گروه طرحواره‌درمانی ۱۷ نفر، از گروه درمان مبتنی بر

بنابراین، پرداختن به مداخله‌های اثربخش برای اختلال وسواس فکری-عملی ضروری است و می‌تواند راهگشا باشد. نوآوری مطالعه حاضر این است که به طور همزمان به اثربخشی دو روش درمانی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد با اختلال وسواس فکری-عملی پرداخته است. لذا با توجه به نقش همدلی عاطفی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و با عنایت بر انجام پژوهش‌های محدود در این زمینه، انجام پژوهش حاضر ضرورت دارد. در این پژوهش محقق سعی در پاسخگویی به این سوال است که آیا بین اثربخشی و پایداری اثر طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی افراد دارای اختلال وسواس فکری-عملی تفاوت وجود دارد؟

روش کار

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری (یک ماه و نیمه) بود. جامعه آماری شامل تمامی مراجعین مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی بود که در سال ۱۴۰۳ به مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره شهر تهران مراجعه کرده و بر اساس نظر روانشناس و روانپزشک مرکز تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی گرفته بودند. برای محاسبه حجم نمونه در پژوهش از فرمول آماری اندازه نمونه برای مقایسه دو میانگین استفاده شد (۴۵). بدین منظور، تعداد ۶۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی انتخاب و به پرسشنامه همدلی عاطفی پاسخ دادند. معیارهای ورود به تحقیق شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، تشخیص ابتلا به اختلال وسواس فکری-عملی با مصاحبه تشخیصی روانشناس و نظر روانپزشک مرکز، اعلام رضایت آگاهانه و کتبی جهت شرکت و همراهی در مراحل درمانی و حداقل تحصیلات سوم راهنمایی بود. ملاک خروج از مطالعه شامل وجود اختلالات روانی همزمان مثل افسردگی، دوقطبی، اسکیزوفرنی، سوء مصرف مواد و عقب‌ماندگی، دریافت درمان‌های دارویی و روانشناختی در ۶ ماه گذشته،

دامنه نمرات بین ۲۱-۱۰۵ است. نمره بالاتر به معنای همدلی عاطفی بیشتری باشد. روایی ابزار توسط سازندگان آزمون با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی آن با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه شد. همچنین در ایران روایی صوری و محتوایی آزمون به صورت کیفی توسط مختارنژاد و زینالی (۱۳) تأیید شد و پایایی ابزار با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش گردید.

داده‌های حاصل از اجرای پژوهش با استفاده از آزمون-های تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن‌فرونی در نرم افزار SPSS 23 تحلیل شدند.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت‌شناختی بیانگر آن بود که میانگین سن گروه طرحواره‌درمانی ۳۴/۴۷ با انحراف استاندارد ۶/۱۲؛ میانگین سن گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۷/۶۲ با انحراف استاندارد ۵/۰۱ و میانگین سن گروه کنترل ۳۵/۱۸ با انحراف استاندارد ۵/۹۶ بود. غالب بیماران یعنی ۲۸ نفر (۵۷/۱٪) زن و ۲۱ نفر (۴۲/۹٪) مرد بودند. همچنین، ۲۳ نفر (۴۶/۹٪) مجرد و ۲۶ نفر (۵۳/۱٪) متاهل بودند. میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری در گروه طرحواره‌درمانی ۳/۷۰؛ میانگین سابقه بیماری گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳/۹۳ و میانگین مدت زمان بیماری گروه کنترل ۳/۸۵ بود. مطابق با نتایج آزمون تحلیل واریانس (در مورد سن و مدت ابتلا بیماری) و کای اسکور (در مورد جنسیت و وضعیت تاهل) بین میزان سن، جنسیت، وضعیت تاهل و مدت ابتلا بیماری در گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود نداشت ($p > 0.05$). شاخص‌های آزمودنی‌ها بر حسب ویژگی‌های جمعیت-شناختی در جدول ۲ آمده است.

در بخش کمی ابتدا، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برای گروه‌های آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری محاسبه شد. نتایج در جدول ۳ گزارش شد. اطلاعات مندرج در جدول حاکی از افزایش نمره‌های میانگین در متغیر همدلی عاطفی در

پذیرش و تعهد ۱۶ نفر و از گروه کنترل ۱۶ نفر) بودند. در ادامه، برای گروه آزمایش اول مداخله طرحواره‌درمانی در ۸ جلسه ۱/۵ ساعته (هفته‌ای یک جلسه) اجرا گردید و گروه دوم تحت مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۱ جلسه ۱/۵ ساعته (هفته‌ای یک جلسه) قرار گرفتند. گروه سوم نیز به عنوان گروه کنترل در لیست انتظار بودند. جهت جلوگیری از آلودگی اطلاعات و سوگیری در پژوهش حاضر، آموزش مداخلات در فواصل زمانی متفاوت انجام گرفت. پس از اتمام جلسات درمانی، مطابق روش پیش‌آزمون مجدداً نمره همدلی عاطفی هر ۳ گروه به عنوان پس‌آزمون و همچنین یک ماه و نیم پس از آخرین روز آموزش (پیگیری) گرفته و داده‌ها جمع‌آوری شد.

جلسات مداخلات آموزشی با نظارت استاد راهنمای این مطالعه و توسط نویسنده اول مقاله حاضر انجام شد. به منظور رعایت کردن ملاحظات اخلاقی آزمودنی‌ها، اهداف پژوهش، فرآیند کار و مدت زمان لازم برای اجرای مداخله به طور کامل به بیماران توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی از آنها اخذ گردید. سپس، پرسشنامه‌های آنها کدگذاری شد و اصول اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری کاملاً رعایت گردید. لازم به ذکر است که پس از اتمام دوره مداخله گروه‌های آزمایش، برنامه‌های مداخله‌ای در اختیار بیماران حاضر در گروه کنترل قرار گرفت. به منظور گردآوری داده‌ها ابزار مورد نیاز استفاده شد.

۱. پرسشنامه همدلی عاطفی (Emotional Empathy Questionnaire): این پرسشنامه ۲۱ گویه‌ای که دارای ۳ مولفه دغدغه‌همدلانه (گویه‌های ۱، ۴، ۷، ۱۰، ۱۴، ۱۷، ۱۸)، دیدگاه‌گرایی (گویه‌های ۲، ۵، ۹، ۱۲، ۱۶، ۱۹، ۲۱) و آشفتگی شخصی (گویه‌های ۳، ۶، ۸، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۲۰) می‌باشد، توسط Davis (۱۹۸۰) طراحی شد و با استفاده از مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (۱= کاملاً مخالفم تا ۵= کاملاً موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. در صورت پاسخ به گویه‌های ۲، ۴، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۴ و ۱۵ نمره‌گذاری به صورت معکوس (۱= کاملاً موافقم تا ۵= کاملاً مخالفم) انجام می‌شود. نمره پرسشنامه از طریق مجموع نمره گویه‌ها به دست می‌آید و

دیگر مداخلات درمانی به طور معناداری موجب افزایش نمرات متغیر همدلی عاطفی و خرده‌مقیاس دیدگاه‌گرایی گروه‌های آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده بود.

در راستای مقایسه دو به دو گروه‌های نمونه از آزمون تعقیبی بن فرونی استفاده شد. نتایج در جدول ۶ گزارش شده است. نتایج آزمون بن فرونی نشان داد که تفاوت میانگین در متغیر دیدگاه‌گرایی و همدلی عاطفی در گروه طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد معنادار بود ($p < 0/05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی انجام گرفت.

اولین یافته حاکی از آن بود که آموزش طرحواره درمانی بر همدلی عاطفی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی اثربخش است. این یافته با نتایج پژوهش بهیروز و همکاران (۳۱ و ۳۲) منوط بر اثربخشی طرحواره درمانی بر همدلی عاطفی همسو می‌باشد. برای تبیین این یافته می‌توان گفت که بسیاری از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی به دلیل درگیری با افکار مزاحم و رفتارهای وسواسی خود ممکن است در پردازش و پاسخگویی به احساسات دیگران با مشکل مواجه شوند. در واقع، تمرکز شدید این افراد بر افکار و احساسات خودشان باعث می‌شود توجه کمتری به احساسات دیگران داشته باشند و ممکن است در درک و پردازش احساسات دیگران یا در تمایز بین احساسات خود و دیگران با مشکل مواجه شوند. غالباً اضطراب ناشی از وسواس‌ها می‌تواند توانایی پردازش عاطفی و پاسخگویی به احساسات دیگران را کاهش دهد (۲۱). برخی از مبتلایان ممکن است از اینکه احساسات یا رفتارشان توسط دیگران قضاوت شود، دچار اضطراب شوند و این اضطراب ممکن است مانع ابراز همدلی آنان شود (۲۴). در واقع، اضطراب ناشی از وسواس‌ها می‌تواند به روابط افراد مبتلا به اختلال آسیب بزند و این امر نیز

گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس-آزمون و پیگیری بود. برای تعیین معناداری تغییرات حاصل شده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف نشان داد که مقادیر به دست آمده از $0/05$ بزرگتر و توزیع نمرات نرمال می‌باشد ($p > 0/05$). نتایج آزمون لوین نیز حاکی از آن بود که مفروضه همگنی واریانس‌های خطای متغیرهای پژوهش در مرحله پیش-آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به خوبی رعایت شده است ($p > 0/05$). بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی حاکی از رعایت این مفروضه در متغیرهای پژوهش (به غیر از متغیر همدلی عاطفی) بود ($p > 0/05$). لذا، از آزمون تحلیل واریانس تعدیل یافته با به کارگیری تصحیح گرین هاوس-گیسر برای متغیر همدلی عاطفی استفاده شد.

در مرحله اول، آزمون‌های چهارگانه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت بین گروه‌های آزمایش و کنترل استفاده گردید. نتایج در جدول ۴ گزارش شده است. مندرجات در جدول ۴ نتایج آزمون لانداي ویلکز از آزمون‌های چهارگانه است. یافته‌ها نشان داد که F محاسبه‌شده آزمون لامبدای ویلکز برای تمامی نمرات متغیرهای پژوهش در سه زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) معنادار است ($p < 0/05$). بنابراین مداخلات درمانی حداقل بر روی یکی از متغیرهای وابسته اثربخش بوده است.

در مرحله بعد، برای بررسی تفاوت متغیر همدلی عاطفی در گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. نتایج حاصله در جدول ۵ آمده است. نتایج نشان داد که اثرات اصلی عضویت گروهی (آموزش طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) در گروه‌های نمونه در مجموع، از نظر نمرات همدلی عاطفی و خرده‌مقیاس دیدگاه‌گرایی با توجه به مقادیر F تفاوت معناداری را نشان می‌دهند ($p < 0/05$). به عبارت

می‌تواند بر توانایی آنان برای ابراز همدلی با دیگران تأثیر بگذارد. با این حال، افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی می‌توانند با حمایت و درمان مناسب، توانایی همدلی خود را بهبود بخشند. یکی از درمان‌هایی که می‌تواند به کاهش وسواس‌ها و بهبود توانایی مبتلایان به اختلال در پردازش عاطفی کمک کند، طرحواره درمانی است. این درمان با کمک به افراد در شناسایی و اصلاح طرحواره‌های عاطفی ناسازگار اولیه می‌تواند بر همدلی عاطفی تأثیر مثبت بگذارد. طرحواره درمانی می‌تواند با شناسایی طرحواره‌های عاطفی ناسازگار که از تجربیات اولیه کودکی سرچشمه می‌گیرند و اساساً باورها و الگوهای اصلی ناکارآمدی هستند، بر نحوه درک و واکنش افراد به احساسات تأثیر گذارد. چرا که این طرحواره‌های عاطفی ناسازگار می‌توانند منجر به پاسخ‌های عاطفی تحریف‌شده و دشواری در درک احساسات دیگران شده و بر همدلی عاطفی افراد تأثیر بگذارند. طرحواره درمانی با پرداختن به این طرحواره‌ها می‌تواند توانایی افراد را در درک و به اشتراک گذاشتن احساسات دیگران بهبود بخشیده و پاسخ‌های عاطفی و روابط بین فردی سالم‌تری را در مبتلایان پرورش دهد (۳۰). طرحواره درمانی از طریق ترکیبی از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی به افراد کمک می‌کند تا طرحواره‌های عاطفی ناسازگار خود را شناسایی و اصلاح کنند. مبتلایان با آموزش تشخیص و به چالش کشیدن افکار و باورهای منفی خود می‌توانند تفسیرهای دقیق‌تر از موقعیت‌های عاطفی خویش ایجاد کنند و راهبردهای مقابله‌ای سالم‌تری را اتخاذ نمایند. در این درمان با استفاده از تکنیک‌های تجربی مانند تصویرسازی مجدد و کار با صندلی به افراد در مقابله و پردازش مجدد تجربیات عاطفی گذشته مرتبط با طرحواره‌هایشان کمک می‌شود و به آنها اجازه داده می‌شود تا باورهای منفی خود را به چالش بکشند و پاسخ‌های عاطفی سازگارانه‌تری را ایجاد کنند. همچنین، طرحواره درمانی با پرداختن به طرحواره‌های زیربنایی که در اختلال تنظیم عاطفی نقش دارند، می‌تواند توانایی افراد را در مدیریت مؤثر احساسات خود بهبود

بخشد. این به نوبه خود می‌تواند ظرفیت همدلی عاطفی آنها را افزایش داده و آنها را برای درک و پاسخ به احساسات دیگران مجهزتر کند (۳۵). در واقع، طرحواره درمانی را می‌توان به عنوان فرآیندی از «بازآموزی عاطفی» در نظر گرفت که به افراد کمک می‌کند تا درک بالغانه‌تر و سالم‌تری از احساسات، چه احساسات خود و چه احساسات دیگران، داشته باشند و در نتیجه همدلی عاطفی بیشتر و روابط سالم‌تری را ارتقا دهند (۳۰).

دیگر یافته مطالعه حاضر حاکی از آن بود که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی افراد دارای اختلال وسواس فکری-عملی مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش شوانی و همکاران (۴۰) و رحمانی و همکاران (۴۱) مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی مطابقت دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی ممکن است در ابراز همدلی عاطفی با دیگران با چالش‌هایی مواجه شوند. اما این به این معنا نیست که آنها فاقد توانایی همدلی هستند. طبق نظریه ذهن، توانایی این افراد در درک حالات ذهنی و عاطفی شخص دیگر ممکن است مختل باشد؛ به ویژه هنگام به اشتراک گذاشتن احساسات منفی با شخص دیگر (۲۶). در برخی موارد ممکن است افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی احساسات دیگران را نیز تجربه کرده باشند و این تجربه را با آنان به اشتراک بگذارند، اما در درک علت آن احساسات مشکل داشته باشند. افراد مبتلا اغلب هنگام مشاهده رنج دیگران، سطوح بالاتری از پریشانی را گزارش می‌کنند؛ و تشخیص نشانه‌های اجتماعی ظریف یا درک انگیزه‌های پشت رفتار شخص دیگر برای آنان دشوار است (۲۵). بنابراین، استفاده از مداخلات درمانی برای بررسی مکانیسم‌های شناختی و عاطفی مبتلایان به اختلال مورد نیاز است. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تأثیر مثبتی بر همدلی عاطفی مبتلایان به اختلال داشته باشد (۴۰). این درمان با ایجاد انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و کاهش اجتناب تجربی، به افراد کمک می‌کند تا احساسات دیگران را بهتر درک کرده و به آنها پاسخ دهند.

انجام شود. بنابراین، شایسته است در پژوهش‌های آتی از نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر در کنار سایر یافته‌های پژوهشی دیگر، در زمینه اثربخشی طرحواره‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی انجام شده است، و گواهی است بر صحت این ادعا که این رویکردهای درمانی در زمینه همدلی عاطفی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی تاثیرگذار بوده است. بنابراین، در راستای استفاده بهینه از نتایج پژوهش حاضر شایسته است درمانگران و مشاوران در حیطه درمان به منظور بهبود همدلی عاطفی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی در جریان این نتایج قرار بگیرند. زیرا نتایج این پژوهش می‌تواند آنان را به ابزارهایی قوی در امر بهبود مشکلات همدلی عاطفی افراد مبتلا مجهز سازد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول می- باشد. این پژوهش دارای مصوبه اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با کد اخلاق شماره IR.IAU.K.REC.1403.188 است. بدین وسیله از مدیریت مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مادر و مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی مهراندیش، سرکار خانم دکتر آرزو تاری مرادی به عنوان مدرس دوره‌های مداخلات درمانی، و تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری و شرکت داشته‌اند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. ضمن اینکه هیچگونه تضاد منافی بین نویسندگان در این مقاله وجود ندارد.

در واقع، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به افراد اجازه می‌دهد تا احساسات و افکار دشوار را تشخیص داده و بپذیرند؛ نه اینکه سعی کنند آنها را سرکوب کنند یا از آنها اجتناب کنند (۴۲). این می‌تواند منجر به ظرفیت بیشتری برای تحمل و درک تجربیات عاطفی دیگران شود (۴۱). این درمان از طریق تکنیک‌هایی مانند حضور در لحظه، پذیرش آنچه اتفاق می‌افتد و پاسخ دادن به شیوه‌هایی که با ارزش‌های فرد همسو هستند باعث افزایش انعطاف‌پذیری در مبتلایان شده (۴۴) و این انعطاف‌پذیری به آنان اجازه می‌دهد تا نسبت به نشانه‌های عاطفی دیگران پاسخگوتر باشند (۴۱). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تشویق مبتلایان به مشاهده افکار و احساسات خود بدون قضاوت باعث افزایش خودآگاهی در آنان می‌شود. این خودآگاهی افزایش‌یافته می‌تواند به درک بهتری از حالات عاطفی دیگران منجر شود. همچنین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تمرکز بر ارزش‌ها باعث می‌شود که افراد به ارزش‌های خود را بیشتر واقف شده، و در نتیجه با دیگران به تعاملات دلسوزانه‌تر و همدلانه‌تر بپردازند. و در نهایت، با کمک تکنیک‌های گسلش شناختی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد مبتلا یاد می‌گیرند تا خود را از افکار و احساساتشان جدا کنند؛ و با تشخیص اینکه افکار فقط افکار هستند و لزوماً بازتاب‌های واقعی واقعیت نیستند، می‌توانند از واکنش‌پذیری عاطفی خود جلوگیری کرده و امکان پاسخ متعادل‌تری به ابراز عاطفی دیگران را فراهم نمایند (۴۰).

کوتاه بودن فاصله زمانی برای انجام آزمون پیگیری یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. بنابراین پیشنهاد می- شود که برای ارزیابی تاثیر گذر زمان بر میزان حفظ دستاوردهای درمانی، در تحقیقات آتی دوره‌های پیگیری طولانی‌تری در نظر گرفته شود. استفاده از نمونه‌گیری غیرتصادفی در پژوهش باعث شد تعمیم نتایج با احتیاط

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمانی در مطالعه مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی

جلسه	محتوا و موضوعات جلسات
۱	آشنایی و ایجاد رابطه حسنه، بیان اهمیت و هدف درمان و صورت بندی مشکلات آزمودنی ها در قالب طرحواره درمانی، اجرای پیش-آزمون
۲	بررسی شواهد عینی تایید کننده یا رد کننده طرحواره ها بر اساس شواهد زندگی فعلی و گذشته و بحث پیرامون طرحواره های سالم و ناسالم
۳	آموزش تکنیک های شناختی نثر آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تایید کننده طرحواره های موجود و ارزیابی مزایا و معایب سبک مقابله ای
۴	تقویت مفهوم انسان سالم، شناسایی نیازهای هیجانی ارضا نشده و ارائه راهکارهای بیرون ریختن عواطف، آموزش برقراری ارتباط سالم و گفتگوی خیالی
۵	آموزش تکنیک های تجربی مثل تصویرسازی ذهنی موقعیت های مشکل آفرین و رویارویی با مشکل سازترین آنها
۶	آموزش رابطه درمانی و چگونگی برقراری رابط با افراد مهم زندگی و ایفای نقش
۷	تمرین رفتارهای سالم و آموزش الگوهای رفتاری جدید، بررسی مزایا و معایب رفتار سالم و ناسالم و ارائه راهکارهایی برای غلبه بر موانع تغییر رفتار
۸	مرور جلسات قبل و تمرین راهکارهای یاد گرفته شده، انجام پس آزمون
خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	
۱	آشنایی و معارفه، برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، انجام پیش آزمون، توضیح مختصر در مورد روش درمانی، شناسایی رنج و مشکل اصلی مراجع و ذهن آگاه کردن مراجع نسبت به این رنج و تمرین ذهن آگاهی، شرح ناامیدی خلاقانه و استفاده از استعاره چاله و بیلچه و تکلیف شناسایی بیلچه ها.
۲	بررسی تکلیف، ایجاد بینش در فرد درباره ی مشکل و به چالش کشیدن کنترل، کمک به درک و احساس پیامدهای واقعی کنترل ذهن و پیامدهای کوتاه مدت و بلندمدت، تمرین کارایی کنترل هیجانی/ شناختی/ رفتاری، پیشنهاد پذیرش به عنوان جایگزین و تمثیل هیولا تکلیف رنج پاک و ناپاک.
۳	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، مرور پذیرش و تنبیه، توصیف هم جوشی زدایی با گسلش شناختی.
۴	توصیف در مقابل ارزیابی تجربیات، تمرین ذهن آگاهانه برچسب زدن به افکار، نقض قوانین، تقویت مفهوم پذیرش با استعاره مهمان.
۵ و ۶	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، مرور پذیرش (تمرینات خود شفقتی، توجه انعطاف پذیر همراه با هیجان دردناک، تغییر به مرور همجوشی زدایی (تمرینات: دیدن افکار به صورت عینی تر، کاربرد تکنیکهای ذهن آگاهی (تمرینات قرار دادن افکار روی پرده سینما، چراغ قوه، الگو سازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات به عنوان یک فرآیند).
۷ و ۸	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، تمرین ذهن آگاهی، مشاهده خود به عنوان زمینه (تمرینات: تو در نقش خانه، آسمان و برف صفحه شطرنج، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر آموزش.

- ۹ بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ، معرفی مفهوم ارزش، معرفی حوزه‌های زندگی، تعیین اولویت، اهمیت، موفقیت، استعاره (تشییع جنازه، تولد، کارگردان و ...)، شناسایی ارزشهای زندگی فرد و سنجش ارزشها بر مبنای اهمیت آنها.
- ۱۰ بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ، مرور ارزش ها، تعریف تعهدات رفتاری و تاکید بر اقدامات، ارائه راهکارهای عملی برای رفع موانع ارزش ها، درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش ها و فراهم کردن منابع بعد از فرآیند درمان
- ۱۱ بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، جمع بندی مفاهیم بررسی شده طی جلسات، تشویق مراجع برای حرکت در مسیر هدفمند، درخواست فرد برای توضیح دست آوردهایش از جلسات درمان و اجرای پس آزمون.

جدول ۲- ویژگی‌های جمعیت‌شناختی افراد گروه نمونه پژوهش در مطالعه مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی

متغیر	گروه طرحواره‌درمانی	گروه پذیرش و تعهد	گروه کنترل
۱. سن : میانگین (انحراف استاندارد)	۳۴/۴۷ (۶/۱۲)	۳۷/۶۲ (۵/۰۱)	۳۵/۱۸ (۵/۹۶)
۲. جنسیت: فراوانی (درصد)	زن	۱۰ (۶۲/۵)	۹ (۵۶/۳)
مرد	۸ (۴۷/۱)	۶ (۳۷/۵)	۷ (۴۳/۸)
۳. وضعیت تاهل: فراوانی (درصد)	مجرد	۹ (۵۲/۹)	۷ (۴۳/۸)
متاهل	۸ (۴۷/۱)	۹ (۵۶/۳)	۹ (۵۶/۳)
۴. مدت زمان بیماری: میانگین	۳/۷۰	۳/۹۳	۳/۸۵

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سه گروه

متغیر	مرحله گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	p-value	میانگین	p-value	میانگین	p-value
دغدغه همدلانه	طرحواره‌درمانی	۲۱/۱۷	۲/۴۰	۲۲/۲۳	۲/۳۵	۲۱/۷۶	۲/۴۶
	پذیرش و تعهد	۲۰/۶۲	۲/۰۲	۲۳/۶۲	۲/۳۶	۲۳/۶۲	۲/۰۲
	گروه کنترل	۲۱/۰۶	۱/۹۴	۲۱/۰۶	۲/۰۸	۲۰/۸۷	۲/۰۲
دیدگاه‌گرایی	طرحواره‌درمانی	۱۸/۳۵	۲/۲۶	۱۸/۸۸	۲/۳۱	۱۹/۰۵	۲/۲۷
	پذیرش و تعهد	۱۹/۶۲	۱/۸۲	۲۲/۰۰	۲/۱۹	۲۲/۰۰	۱/۸۶
	گروه کنترل	۱۹/۷۵	۱/۶۹	۱۹/۵۰	۱/۷۱	۱۹/۷۵	۱/۷۷
آشناختگی شخصی	طرحواره‌درمانی	۱۸/۵۲	۲/۰۳	۱۸/۸۲	۲/۳۲	۱۸/۵۸	۲/۲۰
	پذیرش و تعهد	۱۹/۲۵	۱/۶۱	۲۰/۹۳	۲/۰۴	۲۰/۶۲	۲/۲۱
	گروه کنترل	۱۹/۶۸	۱/۸۵	۱۹/۶۲	۱/۹۲	۱۹/۷۵	۱/۸۰
همدلی عاطفی	طرحواره‌درمانی	۵۸/۰۰	۵/۰۴	۶۰/۱۱	۵/۳۴	۵۹/۵۸	۵/۲۹
	پذیرش و تعهد	۵۹/۵۰	۴/۷۶	۶۶/۵۶	۵/۹۴	۶۶/۲۵	۵/۶۰
	گروه کنترل	۶۰/۵۰	۴/۷۶	۶۰/۱۸	۴/۶۰	۶۰/۳۷	۴/۹۶

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نمرات متغیرهای پژوهش مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی

متغیر	عامل	مقدار	F	p-value	مجذور اتا
دغدغه همدلانه	زمان	۰/۱۵۸	۱۱۹/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۸۴۲
دیدگاه گرایی	تعامل زمان و گروه	۰/۱۴۹	۳۵/۸۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱۴
	زمان	۰/۲۶۰	۶۳/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴۰
آشفته گی شخصی	تعامل زمان و گروه	۰/۲۱۱	۲۶/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۴۰
	زمان	۰/۵۶۳	۱۷/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۳۷
همدلی عاطفی	تعامل زمان و گروه	۰/۴۶۶	۱۰/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۱۷
	زمان	۰/۰۹۳	۲۲۰/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۰۷
	تعامل زمان و گروه	۰/۰۷۵	۵۹/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۷۲۶

جدول ۵- نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه ها در متغیرهای پژوهش مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی

متغیر	عامل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	p-value	ضریب اتا
دغدغه همدلانه	زمان	۳۱/۴۵	۱	۳۱/۴۵	۱۲۸/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۷۳
دیدگاه گرایی	زمان* گروه	۴۴/۳۵	۲	۲۲/۱۷	۹۰/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۱۱/۲۷	۴۶	۰/۲۴			
	گروه	۶۳/۶۲	۲	۳۱/۸۱	۲/۲۵	۰/۱۱۶	۰/۰۸
آشفته گی شخصی	زمان	۲۵/۸۱	۱	۲۵/۸۱	۸۱/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۳
	زمان* گروه	۲۳/۸۵	۲	۱۱/۹۲	۳۷/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲
	خطا	۱۴/۶۴	۴۶	۰/۳۱			
همدلی عاطفی	گروه	۱۵۰/۲۴	۲	۷۵/۱۲	۶/۴۷	۰/۰۰۳	۰/۲۲
	زمان	۶/۰۹	۱	۶/۰۹	۱۶/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۲۶
	زمان* گروه	۹/۳۰	۲	۴/۶۵	۱۲/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۳۵
	خطا	۱۶/۸۱	۴۶	۰/۳۶			
	گروه	۶۷/۲۶	۲	۳۳/۶۳	۲/۸۹	۰/۰۶۶	۰/۱۱
	زمان	۲۶۵/۶۹	۱/۷۲	۱۵۳/۸۰	۳۱۳/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۷
	زمان* گروه	۲۸۹/۴۱	۳/۴۵	۸۳/۷۷	۱۷۰/۵۰	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	خطا	۳۹/۰۳	۷۹/۴۶	۰/۴۹			
	گروه	۶۳۶/۰۳	۲	۳۱۸/۰۱	۴/۰۱	۰/۰۲۵	۰/۱۴

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی تفاوت اثربخشی مداخلات درمانی بر متغیرهای پژوهش مقایسه اثربخشی طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر همدلی عاطفی افراد دارای اختلال وسواس فکری- عملی

متغیر	گروه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	p-value
دغدغه همدلانه	طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۰/۸۹	۰/۷۵	۰/۷۱۸
	طرحواره درمانی و گروه کنترل	۰/۷۲	۰/۷۵	۱/۰۰
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل	۱/۶۲	۰/۷۶	۰/۱۱۸
دیدگاه‌گرایی	طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲/۴۴*	۰/۶۸	۰/۰۰۳
	طرحواره درمانی و گروه کنترل	-۰/۹۰	۰/۶۸	۰/۵۸۳
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل	۱/۵۴	۰/۶۹	۰/۰۹۵
آشناختگی شخصی	طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۱/۶۲	۰/۶۸	۰/۰۶۷
	طرحواره درمانی و گروه کنترل	-۱/۰۴	۰/۶۸	۰/۴۰۹
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل	۰/۵۸	۰/۶۹	۱/۰۰
همدلی عاطفی	طرحواره درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۴/۸۶*	۱/۷۸	۰/۰۲۸
	طرحواره درمانی و گروه کنترل	-۱/۱۱	۱/۷۸	۱/۰۰
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل	۳/۷۵	۱/۸۱	۰/۱۳۴

* $p < ۰/۰۵$

References

- McCabe RE, Rowa K, Farrell NR, Young L, Swinson RP, Antony MM. Improving treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: Does motivational interviewing boost efficacy? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2019; 22: 100446.
- Aghamohammadian Sharbaf H, Bagheri F. The Effectiveness of psychological well-being treatment on clinical syndrome and positive and negative affect of obsessive-compulsive patients. *IJPN*. 2019; 6(1): 53-62. [Persian]
- Mahapatra A, Kuppili PP, Gupta R, Deep R, Khandelwal SK. Prevalence and predictors of family accommodation in obsessive-compulsive disorder in an Indian setting. *Indian J Psychiatry*. 2020; 62(1): 43-50.
- Barton R, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*. 2016; 26(12): 527-33.
- Ahmadvand A, Sepehr Manesh Z, Goreishi F, Asarian F, Moosavi GA, Etesam F. Prevalence of mental disorders in general population of Kashan city. *Iranian Journal of Epidemiology*. 2010; 6(2): 16-24. [Persian]
- Amani M, Abolghasemi A, Ahadi B, Narimani M. The prevalence of obsessive-compulsive disorder among the women 20 to 40 years old of Ardabil city, Western part of Iran. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2013; 15(59): 233-42. [Persian]
- Radmehr F, Momeni K, Karami J, Davarinejad O. Investigating the relationship between early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: The mediating role of self-regulation. *Clinical Psychology Studies*. 2024; 14(53): 43-60. [Persian]
- Hosseini S, Ghasemi motlagh M, Esmaelishad B, Mahdian H. Effectiveness of mindfulness-based

- cognitive therapy on the difficulty of emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2022; 11(2): 25-38. [Persian]
9. Sharma E, Tripathi A, Grover S, Avasthi A, Dan A, Srivastava Ch, Goyal N, Manohari SM, Reddy J. Clinical profile of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: A multicentric study from India. *Indian J Psychiatry*. 2019; 61(6): 564-71.
 10. Amerio A, Maina G, Ghaemi SN. Updates in treating comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 256: 433-40.
 11. Zabet M, Karami J, Yazdanbakhsh K. The Effectiveness of cognitive emotion regulation training on experiential avoidance of women with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Studies*. 2021; 17(1): 129-44. [Persian]
 12. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry based on DSM-5 15th Edition. Wolters Kluwer, Alphen aan den Rijn; 2020.
 13. Mokhtarneshad S, Zeinali A. The Role of emotional empathy, family relationship and communication skills of parents in social adjustment of the blinds. *J Except Educ*. 2021; 3(163): 41-50. [Persian]
 14. Gambin M, Sharp C. The relations between empathy, guilt, shame and depression in inpatient adolescents. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 241: 381-7.
 15. Maura P, Lahaye M, Grynberg D, Jeanjean A, Guettat L, Verellen-Dumoulin C, et al. Dissociating emotional and cognitive empathy in pre-clinical and clinical Huntington's disease. *Psychiatry Research*. 2016; 237: 103-8.
 16. Mikaeili N, Rahimzadegan Sh, Taheri H. The Prediction of university students aggression based on corona anxiety, cognitive empathy and affective empathy. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal*. 2022; 10(11): 51-60. [Persian]
 17. Badia Nia F, Bashardoust S. The effect of death anxiety pattern based on emotional empathy mediated by spirituality in middle-aged people. *Knowledge and Research in Applied Psychology*. 2022; 22(4): 101-11. [Persian]
 18. Vévodová S, Vévoda J, Vetešníková M, Kisvetrová H, Chrastina J. The relationship between burnout syndrome and empathy among nurses in emergency medical services. *Kontakt*. 2016; 18(1): e17-21.
 19. Spataro P, Calabrò M, Longobardi E. Prosocial behaviour mediates the relation between empathy and aggression in primary school children. *European Journal of Developmental Psychology*. 2020; 17(5): 727-45.
 20. Mohammadzadeh Z, Talebi MA. Comparison of emotional empathy and social support of single and married female students Master's Degree Azad University Tehran Science and Research Branch. 2nd International Conference on Management and Humanities, Istanbul, Turkey, Vira Capital Institute of Managers. 2016. [Persian]
 21. Ozkiris A, Essizoglu A, Gulec G, Aksaray G. The relationship between insight and the level of expressed emotion in patients with obsessive-compulsive disorder. *Nord J Psychiatry*. 2015; 69(3): 204-9.
 22. Mazza M, Tempesta D, Pino MC, Catalucci A, Gallucci M, Ferrara M. Regional cerebral changes and functional connectivity during the observation of negative emotional stimuli in subjects with post-traumatic stress disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2013; 263(7): 575-83.
 23. Mazza M, Pino MC, Mariano M, Tempesta D, Ferrara M, De Berardis D, et al. Affective and cognitive empathy in adolescents with autism spectrum

- disorder. *Front Hum Neurosci*. 2014; 8: 791.
24. Daros AR, Zakzanis KK, Rector NA. A quantitative analysis of facial emotion recognition in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2014; 215(3): 514-21.
25. Fan Y, Eisen JL, Rasmussen SA, Boisseau CL. The relationship between obsessive-compulsive disorder symptom subtypes and social adjustment. *J Obsessive Compuls Relat Disord*. 2023; 38: 100826.
26. Pino MC, De Berardis D, Mariano M, Vellante F, Serroni N, Valchera A, et al. Two systems for empathy in obsessive-compulsive disorder: Mentalizing and experience sharing. *Braz J Psychiatry*. 2016; 38: 307-13.
27. Safari dizaj S, Alipanah A. Effectiveness of group schema therapy on distress tolerance and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*. 2023; 30(3): 393-403. [Persian]
28. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Terapia schimatow. Przewodnik praktyka*. New York: Gdanski Wydawnictwo Psychologiczne; 2025.
29. Dostal AL, Pilkington PD. Early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*. 2023; 336: 42-51.
30. Van Dijk SD, Veenstra MS, Van Den Brink RH, Van Alphen SP, Oude Voshaar RC. A systematic review of the heterogeneity of schema therapy. *Journal of Personality Disorders*. 2023; 37(2): 233-62.
31. Behiroz A, Khayatan F, Yousefi Z. Comparison of the effectiveness of schema therapy, cognitive-behavioral therapy, and compassion-focused therapy on components of loving, emotional empathy, marital values, coping skills, and willingness to marry among single women with fear of marriage. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*. 2024; 5(4): 201-210.
32. Behiroz A, Khayatan F, Yousefi Z. Effectiveness of schema therapy on components of love and emotional empathy in single women with fear of marriage. *Psychology of Woman Journal In Press*. 2025; 1-8.
33. Rajabi F, Hassani F, Keshavarzi Arshadi F, Emamipour S. Comparison of the effectiveness of schema therapy and treatment based on acceptance and commitment on the symptoms of obsessive-compulsive disorder and guilt in people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Excellence in Counseling and Psychotherapy*. 2020; 9(35): 11-21.
34. Abdelrazek MN, Maximos MH, Molokhia TK, El- Saeed TAES, Ahmad Mousa MAEG. Schema therapy's efficacy on obsessive symptoms among patients with obsessive-compulsive disorder. *Alexandria Scientific Nursing Journal*. 2023; 25(3): 91-102.
35. Peeters N, Passel BV, Krans J. The effectiveness of schema therapy for patients with anxiety disorders, OCD, or PTSD: A systematic review and research agenda. *British Journal of Clinical Psychology*. 2022; 61(3): 579-97.
36. Pleger M, Treppner K, Diefenbacher A, Schade C, Dambacher C, Fydrich T. Effectiveness of acceptance and commitment therapy compared to CBT+: Preliminary results. *The European Journal of Psychiatry*. 2018; 32(4): 166-73.
37. Parvizian F, Sharifi T, Ghazanfari A. Comparison of the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy on perfectionism in patients with obsessive-compulsive personality disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2022; 10(3): 117-31.
38. Twohig MP, Abramowitz JS, Bluett EJ, Fabricant LE, Jacoby RJ, Morrison KL, et al. Exposure therapy for obsessive compulsive disorder from an acceptance

- and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2015; 6: 167-73.
39. Asli azad M, Manshaee GR, Ghamarani A. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation and intolerance of uncertainty of the students with obsessive-compulsive disorder. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2020; 9(36): 33-53. [Persian]
 40. Showani E, Asadpour E, Zahrakar K, Ahmadi S. The efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) on women's emotional empathy and forgiveness. *Journal of Psychological Science*. 2023; 22(122): 229-48. [Persian]
 41. Rahmani F, Gowhari H, Jolfai Fotouhi M, Saedi S. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on empathy and interpersonal relationships in obsessive-compulsive patients. *Iranian Evolutionary Educational Psychology Journal*. 2024; 6 (1): 94-105.
 42. Soondrum T, Wang X, Gao F, Liu Q, Fan J, Zhu X. The Applicability of acceptance and commitment therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Brain Sci*. 2022; 12(5): 656.
 43. Fluja-Contreras JM, Gomez I. Improving flexible parenting with acceptance and commitment therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2018; 8: 29-35.
 44. Ong CW, Lee EB, Twohig MP. A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behavior Research and Therapy*. 2018; 104: 14-33.
 45. Sayehmiri K. *Applied biostatistics and research method*. Ilam (NY): Nowruzi Publishing; 2014. [Persian]
 46. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: A practitioners guide*. guilford press; 2006.
 47. Twohig MP, Levin ME, Ong CW. *ACT in steps: A transdiagnostic manual for learning Acceptance and Commitment Therapy*. Oxford University Press. USA; 2020.
 48. Davis MH. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983; 44(1): 113.

Comparison of the Effectiveness of Schema Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on Emotional Empathy in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Somayeh Bordbar¹, Arezoo Tari Moradi^{2*}, Parisa Peyvandi³, Masoumeh Zhian Bagheri⁴, Saeed Mahmoudinia⁵

1- Ph.D. Student, Department of Psychology, Ka.C, Islamic Azad University, Karaj, Iran

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Ka.C, Islamic Azad University, Karaj, Iran

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Ka.C, Islamic Azad University, Karaj, Iran

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Ka.C, Islamic Azad University, Karaj, Iran

5- Assistant Professor, Department of Psychology, Ka.C, Islamic Azad University, Karaj, Iran

• Corresponding Author: arezo.tarimoradi@kiaau.ac.ir

Received: Dec 9, 2025

Accepted: Dec 20, 2025

ABSTRACT

Background and Aim: Individuals with obsessive-compulsive disorder (OCD) may experience difficulties in expressing emotional empathy toward others, and appropriate therapeutic interventions may improve this ability. Accordingly, the present study aimed to compare the effectiveness of schema therapy and acceptance and commitment therapy (ACT) on emotional empathy in individuals with obsessive-compulsive disorder.

Materials and Methods: This study employed a quasi-experimental design with an extended pretest-posttest control group and a 45-day follow-up phase. The statistical population comprised all individuals with obsessive-compulsive disorder who attended psychological counseling centers in Tehran in 2024. A total of 60 participants were selected based on the inclusion criteria using convenience sampling and were randomly assigned to three groups (n = 20 each). The first experimental group received schema therapy in eight 90-minute sessions, whereas the second experimental group underwent acceptance and commitment therapy in eleven 90-minute sessions. The control group was placed on a waiting list. Emotional empathy was assessed using the Emotional Empathy Questionnaire. Data were analyzed using repeated-measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test in SPSS version 23.

Results: The findings revealed significant differences between the experimental groups and the control group. Both schema therapy and acceptance and commitment therapy significantly increased emotional empathy in individuals with obsessive-compulsive disorder, and these effects remained stable during the follow-up phase ($p < 0.05$). Furthermore, the Bonferroni post hoc test indicated a significant difference between schema therapy and acceptance and commitment therapy regarding their effects on emotional empathy ($p < 0.05$).

Conclusion: The findings suggest that both schema therapy and acceptance and commitment therapy are effective interventions for improving emotional empathy in individuals with obsessive-compulsive disorder. Therefore, therapists and counselors are encouraged to employ these therapeutic approaches to enhance emotional empathy among patients with OCD.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Emotional Empathy, Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy

Copyright © 2025 Tehran University of Medical Sciences. Published by Tehran University of Medical Sciences.



This work is licensed under a Creative Commons Attribution-Non-Commercial 4.0 International license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited.