

بررسی مقدماتی کارآمدی پروتوکل ترکیبی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" و "درمان مواجهه و بازداری از پاسخ"
(ACT+ ERP) بر کاهش علائم وسواسی در مبتلایان به اختلال وسواسی اجباری: مطالعه تک موردی

A Preliminary investigating efficacy the Acceptance and Commitment-based Therapy integrated Exposure and Response Prevention (ACT+ERP) in the reduction of obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder: a single case study

Seyyed Mohammad Husayn Ghasemi

Ph.D.Student in Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran.

Dr. Rasol Roshan Chesli*

Professor, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran.

RasolRoshan@yahoo.com

Dr. Mohammad Reza Shaehri

Associate Professor, Faculty of Humanities, Shahed University, Tehran, Iran.

Dr. Hojjatollah Farahani

Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran.

سید محمدحسین قاسمی

دانشجو دکتری روانشناسی بالینی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

دکتر رسول روشن چسلی (نویسنده مسئول)

استاد، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

دکتر محمدرضا شعبیری

دانشیار، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه شاهد، تهران، ایران.

دکتر حجت الله فراهانی

استادیار، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران.

Abstract

The aim of this study was to study the efficacy of integrated exposure and response Prevention and acceptance and commitment-based therapy (ACT + ERP) in reducing obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. The study population consisted of all male patients with obsessive-compulsive disorder who were referred to the clinic of Shafa Hospital in Rasht in 1400 and based on a Structured Clinical Interview for Disorders- I axis (SCID-I), they received a diagnosis of obsessive-compulsive disorder, of which 3 were selected by purposeful sampling. Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS) was used to measure the intensity of the obsession and the Beck Anxiety Inventory (BAI) and Beck Depression Inventory-II (BDI-2) were used to evaluate anxiety and depression, respectively. Chart analysis, percentage of recovery, and reliable change index have been used to analyze the data. The results showed that the severity of the obsessive-compulsive disorder, depression, and anxiety of patients decreased significantly (statistically and clinically) due to the use of an integrated exposure and response Prevention and acceptance and commitment-based therapy (ACT+ERP). Therefore, the Acceptance and Commitment Therapy integrated exposure and response prevention (ACT+ERP) can be used to reduce obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, exposure and response prevention, acceptance and commitment-based therapy.

چکیده

هدف از این پژوهش، تعیین کارآمدی ترکیب درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان پذیرش و تعهد (ACT+ERP) بر کاهش علائم وسواسی در مبتلایان به اختلال وسواسی اجباری بود. پژوهش حاضر از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ روش از نوع طرح تجربی تک موردی با استفاده از طرح «خط پایه چندگانه» با آزمودنی‌های متفاوت، است. جامعه پژوهش را کلیه بیماران مرد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری که به درمانگاه بیمارستان شفا رشت از ابتدای سال ۱۴۰۰ مراجعه و بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلال‌های محور یک (SCID-I)، تشخیص اختلال وسواسی اجباری را دریافت کردند، تشکیل می‌دادند که از بین آنها ۳ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای سنجش شدت وسواس از مقیاس وسواس فکری و عملی بیل- براون (Y-BOCS) و برای ارزیابی اضطراب و افسردگی هم به ترتیب از پرسشنامه‌های اضطراب بک (BAI) و افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-2) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری، درصد بهبودی و شاخص تغییر پایا استفاده گردید. یافته‌ها نشان داد که شدت اختلال وسواس، افسردگی و اضطراب بیماران به صورت معناداری (آماري و بالینی) به واسطه استفاده از پروتوکل ترکیبی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ (ACT+ERP) کاهش یافته است؛ بنابراین می‌توان از پروتوکل ترکیبی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ (ACT+ERP)، برای کاهش علائم وسواسی در مبتلایان به اختلال وسواسی اجباری بهره برد.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی - اجباری، مواجهه و بازداری از پاسخ، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

مقدمه

اختلال وسواسی-اجباری (OCD) با افکار مزاحم و آیین‌مندی‌های رفتاری اجباری که به کاهش اضطراب منجر می‌شود و اغلب با تخریب کارکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی همراه می‌شود (هاوشیلت، دیر، اسکرودر و موریتز، ۲۰۱۹). این اختلال معمولاً از دوران نوجوانی و گاهی از کودکی شروع می‌شود و مردان و زنان را تقریباً به یک اندازه درگیر می‌کند (آبراموویتز و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعات همه‌گیرشناسی نرخ شیوع سالانه این اختلال را ۱/۲ درصد و نرخ شیوع در طول عمر را ۲/۳ درصد برآورد کرده‌اند (اوسلند، آرنولد و پرینگشیم، ۲۰۱۸). این میزان در ایران برای مراجعین به مرکز درمانی ۶/۵ درصد (آذرایین، معماریان و فکوری، ۱۳۹۹) و در زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله ۹/۳۷ درصد برآورد شده است (امانی، ابولقاسمی، احدی و نریمانی، ۱۳۹۲).

در میان درمان‌هایی که برای درمان اختلال OCD بکار می‌روند، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP) سابقه پژوهشی درخشانی را در زمینه درمان اثربخش این اختلال داشته است. به طوری که امروزه درمان ERP به عنوان خط اول درمان OCD در کودکان و بزرگسالان شناخته شده و انجمن روان‌شناسی آمریکا^۶ آنرا به عنوان درمانی جا افتاده^۷ و دارای اعتبار تجربی^۸ برای این اختلال معرفی کرده است (منجلا و سودهیر، ۲۰۱۹). درمان ERP توسط مه‌یر^۹ در سال ۱۹۶۶ برای اولین بار به عنوان درمان موفقیت‌آمیز وسواس گزارش شد و شامل مواجهه تدریجی بیمار با سلسله مراتبی از موقعیت‌های گوناگون ایجادکننده ترس‌ها و وسواس‌ها و سپس ممانعت از انجام هرگونه پاسخ رفتاری یا خنثی‌کننده توسط بیمار است (توهیگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۸). مواجهه می‌تواند به صورت زنده با محرک‌های واقعی و یا موقعیت‌های مرتبط با وسواس فکری و عملی و یا ذهنی با تصاویر یا افکار باشد (فوا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۳). مروری بر پژوهش‌هایی که در چند دهه اخیر در حوزه روان‌درمانی‌های اختلال وسواسی اجباری شده است، نشانگر بهبود درصد بالایی از بیماران با این روش برای کاهش فراوانی و شدت نشانه‌های این بیماری می‌باشد (جاکوبی^{۱۳} و آبراموویتز، ۲۰۱۶)؛ اما با وجود شواهد و قراین شفاف و روشن در خصوص تأثیر و کارآمدی ERP، این روش برای تمامی بیماران وسواسی سودمند نیست و حتی با وجود کفایت تعداد جلسات درمان، برخی از آنها از علائم باقی‌مانده رنج می‌برند و تعدادی از آنها از تن دادن به این درمان اجتناب می‌کنند (هزل و سیمپسون، ۲۰۱۶). دلیل این اجتناب، عدم پذیرش روند درمان (زابو، تاسکا، کاتیفی و کامپار، ۲۰۱۶)، سطوح بالای ناراحتی ناشی از مواجهه با محرک‌های اضطراب‌آور (توهیگ، ۲۰۰۹)، طولانی بودن جریان درمان و عدم آمادگی برای تغییر (توهیگ و همکاران، ۲۰۱۸)، تردید و دوسوگرایی نسبت به مواجهه سازی (گلوستر، والدر، لوبین، توهیگ و کاراکا، ۲۰۲۰)، انتظار موفقیت پایین بیمار، عدم ایجاد ارتباط درمانی، انگیزه پایین بیمار (اونگ و همکاران، ۲۰۲۰)، بینش و آگاهی بسیار اندک نسبت به بیماری و ناتوانی یا بی‌میلی برای توقف انجام آیین‌ها (فون مایر، دی فرناندز و سوارز-روکا، ۲۰۱۹) یا تحمل پایین پریشانی در طول مواجهه ارتباط داده شده است (اونگ و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، بیمارانی که علائم غالب شان احتکار و وسواس فکری است و وسواس عملی آشکاری ندارند، به درمان ERP، پاسخ کمتری می‌دهند (لی، اونگ، آن و توهیگ، ۲۰۱۸). می‌توان گفت با وجود اهمیت ERP، خوگیری حاصل از آن به تنهایی درمان موفقیت‌آمیز را به دنبال

1. obsessive compulsive disorder (OCD)
2. Hauschildt, Dar, Schröder & Moritz
3. Abramowitz
4. Osland, Arnold & Pringsheim
5. exposure and response prevention (ERP)
6. American Psychiatry Association
7. well-established
8. validated
9. Manjula & Sudhir
10. Meyer
11. Twohig
12. Foa
13. Jacoby & Abramowitz
14. Hezel & Simpson
15. Zarbo, Tasca, Cattafi & Compare
16. Gloster, Walder, Levin, Twohig & Karekla
17. Ong
18. Fuenmayor, deFernandez & Suarez-Roca
19. Lee, Ong, An

ندارد (تجلی، جاویدی، مهریار و میرجعفری، ۱۳۹۹). به همین جهت، تعداد زیادی از مراجعان نیازمند این رویکرد درمانی، وارد فرایند درمان نشده، تکالیف درمانی را انجام نداده و دوره درمانی را خیلی زود ترک می‌کنند (کوچی^۱، ۲۰۲۱). این واقعیت موجب شد تا برخی از محققان و متخصصان شیوه‌های بهبود جنبه‌های مفهومی و عملی ERP را کنکاش کنند و همین‌طور در جست‌وجوی راهکارهای اثربخش دیگر باشند (آبراموویتز و همکاران، ۲۰۱۴). این محدودیت‌ها در کنار محدودیت نگاه کمی به موفقیت و پاسخ درمانی و تأکید کمتر روی مسائل مرتبط با کیفیت زندگی و ابعاد آن، این تفکر را شکل داده که در چنین شرایطی، رویکردهای درمانی جدیدی برای این مبتلایان در جهت تحمل‌پذیری، کاهش تردید و افزایش انگیزه برای ادامه درمان، ارتقاء کیفیت زندگی و مقابله مؤثرتر ضروری است (فوا و همکاران، ۲۰۱۳).

نتایج پژوهش‌های فراتحلیلی مختلف نشان داده که میزان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در مقایسه با اثربخشی درمان ERP، چه به صورت مستقل یا در ترکیب با درمان ERP، در بهبود علائم OCD، بهتر گزارش نشده است (اوست، هاوون، هانسن و کول، ۲۰۱۵). در تبیین این نتیجه به دلایلی چون وجود عوامل مشترک بسیار بین این دو رویکرد درمانی (روسا-آلکازار، سالچز- مگا، گومز- کنسا و مارین- مارتینز، ۲۰۰۸)، توانایی درمان ERP، به صورت مستقل از درمان شناختی رفتاری، در شناسایی و اصلاح باورهای ناکارآمد و همچنین تغییر غیرمستقیم نقایص شناختی بیماران به دلیل مواجهه‌های طولانی و پی در پی (ریس و همکاران، ۲۰۱۶)، ماندگاری پایین اثر تلفیق مداخلات شناختی با درمان ERP (مورت، توهیگ، روسن فیلد، هیز و کراسک، ۲۰۱۲)، تأثیر اندک در پاورهای پایداری که آسیب‌پذیری اساسی برای بیمار و سواسی ایجاد می‌کنند (پدیا، سوچیو، سوچیو و آدی لین، ۲۰۰۹)، تأکید زیاد آن بر تغییر و کنترل فکر، احساس، میل، خاطرات و رفتار، در حالیکه در بسیاری از موارد کنترل و تغییر آنها میسر نمی‌باشد (فون مایر و همکاران، ۲۰۱۹)، پرداختن زیاد این رویکرد تلفیقی به ذهن و فرایندهای ذهنی و دور شدن آن از رفتار (هیز، بوما، بوند، ماسودا و لای لس، ۲۰۰۶) و همچنین عدم ارائه سازوکارهای مناسب برای تحمل‌پذیری بیمار در طول جلسات مواجهه (اونگ و همکاران، ۲۰۲۰)، اشاره شده است. برخی از محققین هم معتقدند که افزودن مداخلات شناختی به درمان ERP، تنها برای انواع معینی از سواس‌ها (نه همه آنها) که به مواجهه و بازداری از پاسخ کمتر حساس بوده و پاسخ دهنده نیستند، اثربخشی درمان ترکیبی مورد نظر را افزایش می‌دهند (اولاتنجی، دیویس، پاورز و اسمیتز، ۲۰۱۳).

یکی از این رویکردهای درمانی که اخیراً برای اختلال سواس فکری اجباری در جهت رفع این محدودیت‌ها مطرح شده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و ترکیب آن با درمان ERP است. درمان ACT یکی از درمان‌های رو به رشد در زمینه‌ی درمان انواع اختلال‌ها از جمله اختلال OCD است که التقاطی از تکنیک‌های متنوع شناختی، رفتاری و انگیزشی از جمله جملات متناقض‌نما، استعاره‌ها، تمرین‌های تجربه‌گرایانه، مداخلات رفتاری و غیره را بکار می‌گیرد (هیز، لوین و پلم- ولدگا، ولت، پیستورلو، ۲۰۱۳) و برخلاف موج اول و دوم رفتاردرمانی، که تأکید زیادی بر تغییر و کنترل رفتار دارند، تأکید کمتری بر تغییر و کنترل رفتار و در عوض تأکید زیادی بر پذیرش دارد و نظریه پردازان آن معتقدند که در پذیرش، هدف تغییر فکر نیست، بلکه هدف، تغییر رابطه فرد با فکرش می‌باشد، از اینرو اعتقاد دارند که تلفیق ACT با ERP نسبت به رویکردهای دیگر درمانی، بهتر می‌تواند قدرت، شدت، تکرار و تأثیر افکار و سواسی را در بیماران مبتلا به آن کاهش دهد (توهیگ، ۲۰۱۵).

ACT در ترکیب با ERP به دلیل افزایش تمایل فرد به تجربه رویدادهای درونی، کاهش اجتناب تجربی و تمرکز بر سوق دادن فرد در جهت فعالیت‌های ارزشمند زندگی، بیشتر از ترکیب ERP با مداخلات شناختی، بر جنبه‌های انگیزشی و هیجانی متأثر یا مؤثر بر OCD تمرکز دارد و بیماران به کمک ACT، جنبه‌های هیجانی OCD را بهتر می‌توانند یکپارچه و پردازش کنند (فانگ و

1. Kochi

2 Öst, Havnen, Hansen, & Kvale

3 Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca, Gómez-Conesa, & Marín-Martínez

4 Riise

5 Meuret, Twohig, Rosenfield, Hayes & Craske

6 Podea, Suciu, Suciu & Ardelean

7 Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis

8 Olatunji, Davis, Powers & Smits

9 acceptance and commitment-based therapy (ACT)

10 Hayes, Levin, Plumb-Villardaga, Villatte & Pistorello

بررسی مقدماتی کارآمدی پروتکل ترکیبی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" و "درمان مواجهه و بازداری از پاسخ" (ACT+ ERP) بر کاهش ...
A Preliminary investigating efficacy the Acceptance and Commitment-based Therapy integrated Exposure and ...

دینگ،^۱(۲۰۲۰) و این یکپارچگی و پردازش کارآمد، باعث می‌شود درمان ERP قابلیت پذیرش بیشتری برای مراجعان پیدا کند، مقاومت شان در برابر درمان کم شود (که میزان این مقاومت در درمان ERP مستقل، غالباً بالاست) و باعث افزایش درگیری آنها با فعالیت‌هایی می‌شود که هیجانات خوشایند را به دنبال دارند (فون مایرو همکاران، ۲۰۱۹) و بجای تمرکز بر تغییر فراوانی افکار و هیجانات یا کاهش مستقیم محتوای افکار، هیجانات یا احساسات بدنی، بر تغییر عملکرد شناخت ها و هیجانات بیمار و ایجاد تمایل در وی به تجربه تجارب درونی در حضور محرک های اضطراب‌آور به منظور افزایش دامنهٔ پاسخ‌های احتمالی و انجام اعمالی در راستای اهداف ارزشمند خویش در حضور این محرک‌ها تمرکز دارد(توهیگ و همکاران، ۲۰۱۸). به این ترتیب، این درمان ترکیبی، برخلاف درمان ERP که مبتنی بر یادگیری بازدارنده است، تأکیدی بر خوگیری اضطراب ندارد و مواجهه را فرصتی می‌داند تا فرد بتواند فرایندهای پذیرش، توجه آگاهی^۲ و گسلش^۳ شناختی را انجام دهد؛ رویکردی که برخی درمانگران آنرا مواجهه مبتنی بر ارزش نام‌گذاری کرده‌اند (ویکسل، ملاین و اولسون،^۴ ۲۰۰۷). نظر به اینکه اکثر پژوهش‌ها به بررسی اثرات مستقل روش‌های درمانی ERP و ACT پرداخته‌اند و شواهد رو به رشدی در حمایت از این دو درمان فراهم کرده‌اند مثل پژوهش های توهیگ و همکاران(۲۰۰۹، ۲۰۱۰، ۲۰۱۳)، هیز و همکاران(۲۰۱۳)، وترنیک^۵ و همکاران(۲۰۱۲)، لی و همکاران(۲۰۱۸)، آرمسترانگ، موریسون^۶ و توهیگ(۲۰۱۳)، بارنی، فیلد^۷ موریسون و توهیگ(۲۰۱۷)، گلوستر و همکاران (۲۰۲۰)، فیلیپ و چرین^۸(۲۰۲۱)، فانگ و دینگ^۹(۲۰۲۰)، ایزدی و عابدی(۱۳۹۲)، طیبی نائینی، محمدخانی، اکبری و عابدی (۱۳۹۶)، نریمانی، ملکی پیربازاری، میکائیلی و ابولقاسمی (۱۳۹۵) و تقوی زاده اردکانی، اکبری، حسین خانزاده و مشکبید حقیقی (۱۳۹۸)، که به اثر مستقل روش درمانی ACT در درمان OCD پرداخته‌اند و پژوهش های فوآ و همکاران(۲۰۰۵)، سیمپسون و همکاران (۲۰۱۰)، ویکسل و همکاران (۲۰۰۷)، کلارک (۲۰۱۵)، هزل و سیمپسون (۲۰۱۹)، جاکوبی و آبراموویتز (۲۰۱۶)، که به اثر مستقل روش درمانی ERP در درمان OCD پرداخته‌اند؛ اما مطالعاتی که اثرات ترکیبی این دو شیوه درمانی را در مورد OCD مورد ارزیابی قرار داده باشد، محدود می‌باشند. در این راستا توهیگ و همکاران (۲۰۱۸) و فون مایر و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهش هایی جداگانه، اثربخشی درمان ترکیبی ACT+ ERP را در کاهش علائم بیماران مبتلا به OCD مورد بررسی قرار دادند و اثربخشی این روش تلفیقی را در کاهش علائم بیماران OCD تأیید کرده‌اند. از اینرو با توجه به محدودیت‌های درمان ERP و مزایای ترکیب آن با درمان ACT در کاهش علائم OCD و مهم‌تر از همه نبود پیشینه پژوهشی درمان ترکیبی موردنظر در کشور ما، هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی کارآمدی پروتکل درمانی ACT+ ERP در کاهش علائم وسواس در مبتلایان به OCD است.

روش

مطالعه حاضر از لحاظ هدف جزء پژوهش های کاربردی و از لحاظ روش یک طرح تجربی تک موردی از نوع «خط پایه چندگانه»^{۱۰} با آزمودنی‌های متفاوت بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مرد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری بودند که به درمانگاه بیمارستان شفا برای درمان وسواس از ابتدای سال ۱۴۰۰ مراجعه و بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال های محور یک در DSM-IV^{۱۱} (SCID-I)^{۱۲}، تشخیص اختلال وسواسی اجباری را دریافت کردند. نمونه پژوهشی، با توجه به اینکه در طرح های تک موردی تعداد نمونه ۲ تا ۵ نفر پیشنهاد شده است(عریضی و فراهانی، ۱۳۸۴)، شامل سه بیمار مبتلا به OCD از نوع شستشو بوده که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود بیماران به این پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اختلال وسواس - اجباری از نوع

1 Fang & Ding

2 mindfulness

3 defusion

4 Wicksell, Melin & Olsson

5 Wetterneck

6 Armstrong, Morrison

7 Barney, Field, Morrison

8 Philip & Cherian

9 Fang & Ding

10 single-case experimental design

11 multiple base line

12 structured Clinical Interview for DSM Disorders- I axis

شستشو، رضامندی از شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات در حد دیپلم، کسب نمره ۲۴ و بالاتر در مقیاس ییل-براون یعنی، شدت وسواس بیماران در مقیاس وسواسی اجباری ییل براون بالاتر از ملایم باشد، داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال، عدم دریافت درمان‌های دارویی و روان‌شناختی حداقل به مدت شش ماه قبل از ورود به پژوهش و از نظر جنسیت آقا. ملاک‌های خروج از پژوهش هم عبارت بودند از: غیبت بیش از دو جلسه، انصراف از ادامه همکاری در این کار پژوهشی و عدم تکمیل یا تکمیل ناقص پرسشنامه‌ها. به منظور رعایت مسایل اخلاقی، اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور در جلسه، تعداد و زمان جلسات به بیماران داده شد. همچنین رازداری به عنوان اصلی اساسی توضیح داده شد و ۳ بیمار رضایت خود مبنی بر شرکت در جلسات درمانی را به صورت کتبی اعلام کردند. تجزیه و تحلیل داده‌های با استفاده از نرم افزار SPSS-24 انجام شد و برای این کار علاوه بر استفاده از روش‌های ترسیم نمودار یا تحلیل نمودار گرافیکی، از شاخص درصد بهبودی ($\Delta A\%$)^۲، به منظور تعیین معناداری بالینی تغییرات و شاخص تغییر یا (RCI)^۳ نیز به منظور بررسی معناداری آماری اطلاعات استفاده گردید.

ابزار سنجش

مقیاس وسواسی اجباری ییل- براون^۵ (Y-BOCS): این مقیاس توسط گودمن^۶ و همکاران در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و به صورت یک مصاحبه نیمه ساختاریافته^۷ اجرا می‌شود. دو بخش دارد. در بخش اول سیاهه نشانه (SC) و بخش دوم مقیاس شدت نشانه (SS) نام دارد. SC شامل ۱۶ گویه و SS شامل ۱۰ گویه می‌باشد به صورت یک مصاحبه نیمه ساختاریافته اجرا می‌شود که شدت و نوع وسواس را (بدون توجه به شمار و محتوی آن) می‌سنجد. برای کاربرد مقیاس SC، متخصص بالینی ابتدا تعاریف و مثال‌های وسواس‌های فکری و عملی را برای بیمار می‌خواند و بعد از بیمار سؤال می‌کند که در گذشته یا حال، کدام یک از ۳۶ مورد وسواس‌های فکری مشخص و ۲۳ مورد آیین‌واره‌های مشخص را که در فهرستی نوشته شده‌اند، تجربه کرده‌اند. مقیاس SS نیز، ۵ گویه آن درباره وسواس‌ها و ۵ گویه دیگر درباره اجبارهای بیمار می‌باشد و شدت علائم را بر حسب پنج جنبه مرضی اختلال OCD (فراوانی،^۱ تداخل،^{۱۱} آشفستگی،^{۱۲} مقاومت^{۱۳} و کنترل نشانه‌ها^{۱۴}) ارزیابی می‌کند. هریک از سؤالات، در مقیاس صفر (علامتی وجود ندارد) تا ۴ (علائم شدید) نمره گذاری می‌شوند و سه نمره شدت وسواسها (۲۰ تا ۲۰)، شدت اجبارها (۲۰ تا ۲۰) و نمره کل در دامنه بین صفر تا ۴۰ مشخص می‌گردد. نمره بین ۸ تا ۱۵ خفیف، ۱۶ تا ۲۳ ملایم، ۲۴ تا ۳۱ شدید، و ۳۴ تا ۴۰ بسیار شدید، ارزیابی می‌گردد (استگتی و پیگت^{۱۵}، ۲۰۰۶، ترجمه قاسم زاده، ۱۳۸۹). در مطالعه گودمن و همکاران (۱۹۸۹) هم‌سانی درونی در مورد سیاهه نشانه‌ها، شدت نشانه‌ها به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۶ و اعتبار بازآزمایی کل آزمون ۰/۹۸ و روایی آن نیز ۰/۹۷ گزارش شده است. در هنجاریابی ایرانی، ثبات درونی دو بخش SC و SS به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، اعتبار دو نیمه‌سازی برای SC و SS به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی هر کدام از مقیاس‌های SC و SS و همچنین کل آزمون ۰/۹۹ و روایی آن نیز، ۰/۶۹ به دست آمد (راجزی، متقی پور، کامکاری، ظهیرالدین و جان بزرگی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر نیز آلفای کرونباخ برای بخش شدت اختلال ۰/۹۳ بدست آمد.

پرسشنامه اضطراب بک (BAI): توسط بک، اپستاین، براون و اسیتزدر^{۱۶} ۱۹۸۸ تدوین شده و برای سنجش شدت اضطراب استفاده می‌شود. این آزمون دارای ۲۱ گویه می‌باشد که هر کدام از آنها بازتاب یکی از علائم اضطراب می‌باشند که معمولاً افرادی که از نظر بالینی

1- Statistical Package for the Social Science-version 24

2percentage of recovery

3clinical significance

4reliable change index (RCI)

5 Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

6Goodman

7 semi-structured.

8symptom checklist

9ceverity Scale

10frequency

11intervention

12distress

13resistance

14symptoms control

15Steketee & Pigott

16Beck Anxiety Inventory

17Beck, Epstein, Brown, & Steer

بررسی مقدماتی کارآمدی پروتوکل ترکیبی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" و "درمان مواجهه و بازداری از پاسخ" (ACT+ ERP) بر کاهش ...
A Preliminary investigating efficacy the Acceptance and Commitment-based Therapy integrated Exposure and ...

مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب انگیز قرار می گیرند، تجربه می کنند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). آزمودنی ها در هر عبارت نمره‌ای در دامنه بین ۰ تا ۳ را دریافت می کنند و مجموع نمرات آزمودنی ها می تواند در دامنه بین ۰ تا ۶۳ در نوسان باشد. نمره گذاری پاسخ ها در یک طیف لیکرتی به صورت ۴ درجه ای به صورت، اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲)، و شدید (۳) انجام می شود. نقطه برش در این آزمون به این شکل است که؛ نمره ۰ تا ۷؛ اضطراب جزئی، نمره ۸ تا ۱۵؛ اضطراب خفیف، نمره ۱۶ تا ۲۵؛ اضطراب متوسط و نمره ۲۶ تا ۳۶ اضطراب شدید را نشان می دهد و فقدان اضطراب نقطه برش ندارد (استگتی و پیگت، ۲۰۰۶، ترجمه قاسم زاده، ۱۳۸۹). در تحقیقات خارجی روایی آن با پرسشنامه اضطراب همیلتون ۰/۶۲ و پایایی آن نیز به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۹۴ گزارش شده است (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). هنجاریابی انجام شده در کشور ما حاکی از آن است که این آزمون از پایایی ۰/۹۲ که به شیوه آلفای کرونباخ محاسبه شده و همچنین روایی ۰/۷۲ برخوردار است (کاویانی و موسوی، ۱۳۸۷). در این پژوهش هم آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۹۱ محاسبه گردید.

پرسشنامه افسردگی بک - ویرایش دوم (BDI-2): این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که در سال ۱۹۶۱ توسط بک، وارد، مک، مندلسون و ارباف^۲ تدوین و در سال ۱۹۹۴ نیز توسط بک، استیر و براون مورد تجدید نظر قرار گرفت (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). این مقیاس شامل ۲۱ گویه می باشد که هر گویه نمره ای بین ۰ تا ۳ می گیرد و هر کدام از آنها یکی از علائم افسردگی را می سنجد و دامنه نمره کل آزمون بین ۰ تا ۶۳ می باشد (قاسم زاده و همکاران، ۱۳۸۴). نمره بین ۱ تا ۱۰ طبیعی، بین ۱۱ تا ۱۶ افسردگی خفیف، ۱۷ تا ۲۰ افسردگی مرزی، ۲۱ تا ۳۰ افسردگی متوسط، ۳۱ تا ۴۰ افسردگی شدید و نمره بیشتر از ۴۰ نیز افسردگی بسیار شدید، و نیازمند درمان سریع ارزیابی می گردد (برقعی و روشن، ۱۳۹۹). بک و همکاران (۱۹۹۴) روایی این آزمون با فرم اولیه آنرا ۰/۸۲ و پایایی آن را به شیوه محاسبه آلفای کرونباخ و بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۶۷ گزارش کرده اند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). پژوهش‌های داخلی نیز روایی همزمان آن را ۰/۹۳ و ضریب آلفا و ضریب باز آزمایی با فاصله یک هفته برای آنرا به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۴، گزارش کرده‌اند (قاسم زاده و همکاران، ۱۳۸۴). در این پژوهش هم آلفای کرونباخ این آزمون ۰/۹۰ محاسبه گردید.

مصاحبه ساختاریافته تشخیصی برای اختلال‌های محور I در DSM-IV^۳ (SCID-I): یک ابزار جامع استاندارد به صورت یک مصاحبه نیمه ساختاریافته (نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه گر در مورد پاسخ های بیمار است)، برای ارزیابی اختلالات اصلی روان پزشکی بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV می باشد که توسط فرست، اسپیتزر، گیسون و ویلیامز^۴ در سال ۱۹۹۷ تدوین شده و دارای دو نسخه می باشد: نسخه بالینی (SCID-CV)، که بیشتر تشخیص های روان پزشکی را پوشش می دهد و عمدتاً به منظور استفاده در پژوهش های بالینی طراحی شده و نسخه پژوهشی (SCID-R)، که کامل تر و طولانی تر از نسخه بالینی است و کلیه تشخیص ها و نیز نوع تشخیص و معیارهای شدت و سیر اختلالات را پوشش می دهد. نسخه بالینی معمولاً در یک جلسه اجرا می شود و بین ۴۵ تا ۹۰ دقیقه طول می کشد (شریفی و همکاران، ۱۳۸۴). بخش اختلال وسواسی اجباری نسخه بالینی، دارای ۸ گویه می باشد که با علامت G1 تا G8 مشخص شده و مصاحبه کننده با استنباط مثبت یا منفی از پاسخ های بیمار به گویه های مشخص شده هدایت و در انتها به تشخیص اختلال و سواس اجباری یا عدم آن دست می یابد. در تحقیقات خارجی نتایج پژوهش زانارینی^۵ و همکاران (۲۰۰۰) نشان داده که این ابزار از روایی صوری و پایایی مناسب (کاپای بالای ۰/۷) برخوردار است (کاپای بالای ۰/۴ قابل قبول می باشد). در هنجاریابی انجام شده در داخل کشور، توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص های طول عمر ۰/۵۵ بوده است و اکثر مصاحبه کنندگان روایی صوری نسخه فارسی SCID-I را مطلوب گزارش کردند (شریفی و همکاران، ۱۳۸۲). در این پژوهش هم میزان پایایی تشخیص گذاری اختلال وسواسی اجباری (کاپا) به روش بین آزماینده^۶ ۰/۶۱ محاسبه گردید.

پس از انتخاب بیماران، نوع درمان، نحوه حضور، تعداد و زمان جلسات به آنها آموزش داده شد. محتوی درمان یک برنامه ۱۶ جلسه‌ای برگرفته از پروتکل درمانی شناختی - رفتاری توهیگ و همکاران (۲۰۱۸) برای درمان بیماران OCD بوده که در طی ۸ هفته و هفته ای دو بار اجرا شد. زمان هر جلسه هم ۹۰ دقیقه بود. جلسه اول به تنظیم قرارداد درمانی، جمع آوری اطلاعات و معرفی مفاهیم ACT و

1Beck Depression Inventory II

2 Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh

3Structural Clinical Interview for Axis I Disorders

4First, Spitzer, Gibson & Williams

5SCID- clinician version

6 Zanarini

7 inter-rater

ERP، اختصاص داده شد. جلسات مواجهه دو بار در هفته برگزار گردید. این جلسات شامل مواجهه و بازداری از پاسخ بود که با تکنیک‌های درمان ACT ترکیب شده بود. بیماران به‌طور هم‌زمان وارد مرحله خط پایه شدند و به صورت تصادفی، وارد مرحله درمان شدند. بدین نحو که در جلسه دوم درمانی بیمار اول، بیمار دوم وارد طرح درمان شد و در جلسه سوم بیمار اول و جلسه دوم بیمار دوم، بیمار سوم وارد طرح درمان شد. هفته اول، بیماران فقط برای ارزیابی به کلینیک مراجعه کردند. سپس وارد مرحله درمان شدند. در پایان جلسات نخست، چهارم، هشتم، دوازدهم و شانزدهم هم از آنها آزمون به عمل آمد. پیگیری هم در یک دوره یک ماهه انجام شد.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان مداخله ای ACT + ERP

شماره جلسه	محتوی جلسه
جلسه ۱:	ایجاد رابطه حسنه با بیمار، بیان قوانین جلسات درمانی و تنظیم قرارداد، جمع‌آوری اطلاعات در مورد وسواس بیمار، توضیح و سبب شناسی OCD و معرفی روش درمانی ACT + ERP
جلسه ۲:	بیان الگوی سه وجهی OCD از دیدگاه ACT، رساندن بیمار به ناامیدی خلاقانه، بیان مفهوم پذیرش و موانع ایجاد آن (آمیختگی، ارزیابی، اجتناب و دلیل یابی) همراه استعاره‌های مربوطه
جلسه ۳:	بیان مفهوم کنترل به عنوان مشکل همراه با استعاره‌های مربوطه، شفاف‌سازی ارزشهای بیمار (با استفاده از فرم‌های شرح و نگهداری ارزشها)، کمک به بیمار در جهت حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند
جلسه ۴:	بیان مفهوم گسلش و ارتباط آن با وسواس، بیان مفهوم عمل متعهدانه و کمک به بیمار برای اجرا و درگیری بیشتر با آن، بررسی پیامدهای اجتناب از مواجهه با افکار وسواسی، تمرین مشاهده‌گری افکار و اعمال وسواسی همراه با بیان استعاره‌های مربوطه
جلسه ۵:	بیان استعاره اتوبوس در جهت تفهیم و تکمیل مفاهیم گسلش، ارزشها، کنترل‌گری و مشاهده افکار وسواسی، معرفی درمان ERP و بیان اهمیت آن، اجرای یک نمونه ساده ERP برای درک بیشتر آن، پاسخ به سؤالات و ابهامات بیمار در مورد آن
جلسه ۶، ۷ و ۸:	اجرای درون جلسه ای ERP و ارائه تکالیف درون جلسه ای و خانگی برای تمرین بیشتر بیمار
جلسه ۹:	آموزش ذهن آگاهی و انجام تمرین‌های مربوط به آن توسط بیمار، انجام ERP همراه ذهن آگاهی توسط بیمار، تکمیل فرم خودبازنگری آیین مندی‌های وسواس توسط بیمار
جلسه ۱۰:	بیان استعاره‌های شطرنج و ولگرد کوچک در جهت تفهیم خود مشاهده‌گر و خود مداخله‌گر و عمل متعهدانه، گفتگو در جهت تفاوت خود مشاهده‌گر و مداخله‌گر، آموزش به بیمار در جهت انجام ERP همراه با مشاهده‌گری افکار وسواسی
جلسه ۱۱، ۱۲ و ۱۳:	بیان اهمیت ارزشها، مرور جدول اولویت بندی ارزشها، بیان مفهوم تمایل و مرور موانع ایجاد آن همراه با بیان نقش آنها در تشدید علائم OCD، تهیه سلسله مراتب تمایل‌های فرد، انجام ERP با تمرکز بر مواجهه ارزش محور
جلسه ۱۴ و ۱۵:	بیان موانع عمل متعهدانه و چگونگی غلبه بر آنها، آماده‌سازی بیمار برای مواجهه با موانع بیان شده، انجام ERP برای رفتارهایی که اضطراب و آشفتگی بیشتری را فرا می‌خوانند همراه با تمرین مشاهده‌گری تفکرات وسواسی، ایجاد اختلال در الگوهای وسواسی از طریق مشاهده و به تعویق انداختن آیین‌های وسواسی و بجای آنها توجه و اجرای اعمالی در جهت ارزشهای خود
جلسه ۱۶:	بیان مشکلات درمان ERP+ACT و ارائه راه حل‌هایی برای هر کدام، شناسایی و تحلیل خطاهای فکری بیمار در مورد درمان و نتایج آن، شناسایی و ارائه راهکارهایی برای اضطراب‌های مدیریت نشده بیمار، تهیه برنامه پیشگیری از عود OCD

بررسی مقدماتی کارآمدی پروتوکل ترکیبی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" و "درمان مواجهه و بازداری از پاسخ" (ACT+ ERP) بر کاهش ...
A Preliminary investigating efficacy the Acceptance and Commitment-based Therapy integrated Exposure and ...

اطلاعات دموگرافیک مربوط به سه بیمار در جدول ۲ نشان داده شده است.

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

شاخص	جنسیت	وضعیت تاهل	سن	میزان تحصیلات	شغل	نوع وسواس	بینش	اختلال همبود	سوابق درمانی	مدت ابتلا	شدت وسواس
بیمار ۱	مرد	مجرد	۱۹	دیپلم	بیکار	شستشو	خوب	افسردگی	ندارد	۶ سال	بسیار شدید
بیمار ۲	مرد	مجرد	۲۱	فوق‌دیپلم	بیکار	شستشو	خوب	افسردگی	ندارد	۵ سال	بسیار شدید
بیمار ۳	مرد	مجرد	۲۳	فوق‌دیپلم	آزاد	شستشو	خوب	افسردگی	ندارد	۶ سال	شدید

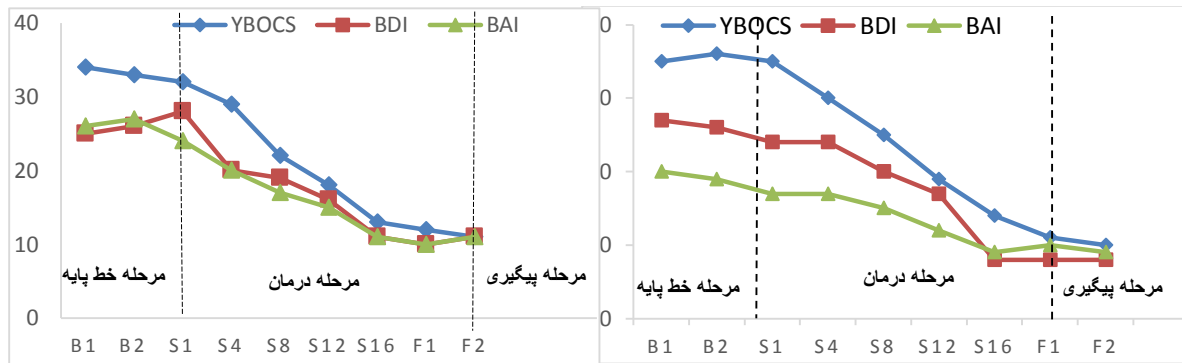
نتایج این جدول نشان می‌دهد که هر سه آزمودنی مبتلا به اختلال وسواسی اجباری از نوع شستشو می‌باشند و بین ویژگی‌های جمعیت شناختی آن‌ها تفاوت قابل توجهی وجود ندارد و همه آن‌ها در خط پایه واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی اجباری بر طبق DSM-5 بوده و شدت اختلال آن‌ها نیز شدید (بیمار ۳) و بسیار شدید (بیماران ۱ و ۲) بوده و هر سه بیمار از بینش در سطح خوب و اختلال همبودی افسردگی برخوردار بوده و مدت ابتلا آن‌ها هم بین ۵ تا ۶ سال بوده است و هر سه فاقد سابقه درمانی بودند.

جدول ۳: شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی و درصد بهبودی کلی بیماران در مقیاس‌های بیل-براون، افسردگی و اضطراب بک

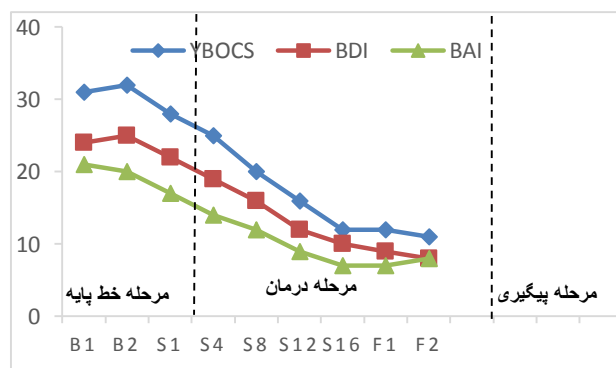
مقیاس	بیمار	میانگین	خط پایه				مرحله درمان				مرحله پیگیری		
			۱	۴	۸	۱۲	۱۶	۱۲	۸	۴	۱	۲	
افسردگی	۱	۲۵/۵	۲۸	۲۰	۱۹	۱۶	۱۱	۵/۴	۵۶٪	۱۰	۱۱	۴/۳	۵۶٪
	۲	۲۶/۵	۲۴	۲۴	۲۰	۱۷	۸	۶/۸	۷۰٪	۷	۸	۶/۸	۷۰٪
	۳	۲۴/۵	۲۲	۱۹	۱۶	۱۲	۱۰	۵/۸	۵۸٪	۹	۸	۶/۴	۶۶٪
اضطراب	۱	۲۶/۵	۲۴	۲۰	۱۷	۱۵	۱۱	۵/۵	۵۷٪	۱۰	۱۱	۵/۲	۵۷٪
	۲	۱۹/۵	۱۷	۱۷	۱۵	۱۲	۹	۵/۲	۵۵٪	۱۰	۹	۵/۱	۵۵٪
	۳	۲۰/۷۵	۱۷	۱۴	۱۲	۹	۷	۶/۴	۶۶٪	۷	۸	۶/۱	۶۲٪
بیل-براون	۱	۳۳/۵	۳۲	۲۹	۲۲	۱۸	۱۳	۵/۹	۶۱٪	۱۲	۱۱	۶/۳	۶۷٪
	۲	۳۵/۵	۳۵	۳۰	۲۵	۱۹	۱۴	۵/۸	۶۰٪	۱۱	۱۰	۶/۷	۶۷٪
	۳	۳۱/۵	۲۸	۲۵	۲۰	۱۶	۱۲	۶/۲	۶۱٪	۱۲	۱۱	۶/۲	۶۴٪

در جدول ۳ نمرات بیماران و روند تغییر نمرات در مقیاس‌های بیل-براون، افسردگی بک و اضطراب بک نشان داده شده است. با توجه به نمرات میانگین خطوط پایه مقیاس بیل-براون، شدت وسواس آزمودنی‌های ۱ و ۳ شدید و آزمودنی ۲ بسیار شدید و همچنین نمرات اضطراب و افسردگی هر سه بیمار در این مرحله نیز در دامنه متوسط ارزیابی شده است. با شروع درمان در هر سه مقیاس و در هر سه بیمار روند نمرات نسبت به میانگین نمره بیماران در خط پایه، کاهش یافته و این روند کاهش در مرحله پیگیری (یک ماه بعد جلسه آخر درمان) هم حفظ شده است. همچنین نمره شاخص تغییر پایا (RCI) بیماران نشان می‌دهد که در هر سه مقیاس، برای هر سه بیمار و در هر دو مرحله درمان و پیگیری این نمره بیشتر از ۱/۹۶ است. طبق نظراوگلز، لونن و بونستیل (۲۰۰۱)، اگر قدر مطلق شاخص تغییر

پایا از ۱/۹۶ بزرگ تر باشد می توان با ۹۵٪ اطمینان گفت که تغییر مشاهده شده در نمرات پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون حاصل تصادف نیست، بلکه تغییری پایدار و واقعی است، یعنی نتایج به دست آمده به لحاظ آماری ($p < 0.05$) معنادار می باشند. درصد بهبودی بیماران هم در هر سه مقیاس مربوطه در دامنه ۵۵٪ تا ۷۰٪ در مرحله درمان و دامنه ۵۵٪ تا ۷۱٪ در مرحله پیگیری بوده که بر طبق نظر جاکوبسن و تراکس (۱۹۹۱)، درصد بهبودی بالاتر از ۵۰ را می توان به عنوان معیاری از موفقیت درمان در نظر گرفت و این سطح از تغییر نشان می دهد که تغییر در نمرات متغیرهای وابسته از مرحله خط پایه به مرحله درمان و پیگیری از نظر بالینی نیز معنادار می باشد.



نمودار ۱: سیر تغییرات بیمار ۱ در مقیاس های بیل- براون، افسردگی و اضطراب بک
 نمودار ۲: سیر تغییرات بیمار ۲ در مقیاس های بیل- براون، افسردگی و اضطراب بک



نمودار ۳: سیر تغییرات بیمار ۳ در مقیاس های بیل- براون، افسردگی و اضطراب بک
 نمودار ۱ و ۲ و ۳ به مقیاسه شدت و سواس، افسردگی و اضطراب سه بیمار در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری پرداخته و نشان می دهد که در مراحل درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه، نمرات سه بیمار در هر سه مقیاس روند کاهشی داشته و این کاهش هم قابل توجه است.

بحث و نتیجه گیری

بررسی مقدماتی کارآمدی پروتوکل ترکیبی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" و "درمان مواجهه و بازداری از پاسخ" (ACT+ERP) بر کاهش ...
A Preliminary investigating efficacy the Acceptance and Commitment-based Therapy integrated Exposure and ...

هدف از پژوهش حاضر، تعیین کارآمدی پروتوکل ترکیبی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بر کاهش علائم وسواسی در مبتلایان به اختلال وسواسی اجباری بود. نتایج این مطالعه نشان داد که این نوع درمان مواجهه‌ای، به کاهش شدت وسواس می‌انجامد و ارزیابی بیماران از نظر افسردگی و اضطراب در جلسه درمانی هم حاکی از بهبودی معنادار (بالای ۵۰٪) و حفظ نتایج در یک ماه پیگیری بود. نتایج این پژوهش با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های فون مایر و همکاران (۲۰۱۹) و توهیگ و همکاران (۲۰۱۸)، که کارآمدی درمان ترکیبی ACT+ERP را در کاهش علائم بیماران مبتلا به OCD نشان دادند، همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که گفت که مواجهه‌های منظم، مکرر و طولانی مدت با محرک‌های اضطراب‌زا همراه با بازداری از پاسخ در درمان ERP، منجر به فراهم‌سازی فرصت‌هایی برای پردازش (بخصوص پردازش هیجانی) یکپارچه و مؤثرتر اطلاعات و در نتیجه یادگیری درست درباره‌ی خطرات واقعی محرک‌های اضطراب‌زا می‌گردد (کوچی، ۲۰۲۱).

درمانی ACT به درمان ERP می‌تواند انعطاف‌پذیری بیمار برای مواجهه این محرک‌ها را افزایش داده و سبب پذیرش بدون قضاوت تمامی تجارب درونی و به‌کارگیری بیشتر و با کیفیت‌تر تکنیک‌های درمان ERP شود و میل بیمار به خروج از درمان ERP کاهش می‌یابد و دامنه پاسخ‌های احتمالی او در حضور محرک‌های اضطراب‌برانگیز افزایش یافته و اعمالی را در راستای اهداف ارزشمند خویش انجام می‌دهد (توهیگ و همکاران، ۲۰۱۸). در اصل در مدل یکپارچه ERP و ACT درمانگر OCD تشویق نمی‌شود که مجموعه کاملی از تکنیک‌های جدید را یاد بگیرد، بلکه این یکپارچه‌سازی به وی کمک می‌کند تا از تکنیک‌هایی که از قبل می‌شناخت با انعطاف‌پذیری بیشتری استفاده کند (فون مایر و همکاران، ۲۰۱۹)؛ یعنی بجای استفاده سنتی از تکنیک‌ها (برای کاهش هیجان‌ها و افکار ناخوشایند)، آنها را با شیوه‌ای هماهنگ با مدل یکپارچه، برای تضعیف اجتناب‌های بیمار از تجارب ناخوشایند در عین حال تقویت گسلش شناختی همراه با ترویج زندگی انعطاف‌پذیر و همخوان با ارزش‌ها به کار می‌گیرد (تمرکز بر کارکرد تکنیک‌های درمانی به جای تمرکز بر ماهیت آن‌ها) (اونگ و همکاران، ۲۰۲۱).

در مجموع بر اساس نتایج بدست آمده می‌توان بیان کرد که پروتوکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ (ACT+ERP) در کاهش علائم وسواسی در مبتلایان به اختلال وسواسی اجباری از کارآمدی مناسبی برخوردار است و از این پروتوکل درمانی می‌توان در کنار سایر پروتوکل‌های درمانی برای درمان بیماران دارای اختلال وسواسی اجباری استفاده کرد. نمونه‌گیری محدود به یک کلینیک درمانی، استفاده از مردان برای نمونه پژوهش، زمان پیگیری کوتاه مدت و سنجش نشانه‌های وسواس توسط خود درمانگر از محدودیت‌های این پژوهش بوده است. بر این اساس برای نتیجه‌گیری نهایی، تکرار مطالعه موردی متعدد با استفاده از نمونه زنان و مردان، نمونه‌گیری از مراکز درمانی مختلف (بجای یک مرکز)، دوره‌های پیگیری طولانی‌تر و همچنین سنجش علائم وسواس قبل و بعد درمان و در دوره‌های پیگیری توسط یک ارزیاب بی‌اطلاع از روند درمان، پیشنهاد می‌شود.

منابع

- آذرایین‌س؛ معماریان، س و فکوری، ا. (۱۳۹۹). شیوع اختلالات روان‌پزشکی و عوامل جمعیت‌شناختی مرتبط با آن در مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت شهری جیرفت. *مجله دانشکاه علوم پزشکی جیرفت*، ۷، ۳، ۴۳۱-۴۲۲.
- امانی، م؛ ابوالقاسمی، ع؛ احدی، ب و نریمانی، م. (۱۳۹۲). شیوع اختلال وسواسی-جبری در بین زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله شهرستان اردبیل. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۵، ۳، ۲۴۲-۲۳۳.
- اکبری، م و حسینی، ز (۱۳۹۷). فراتحلیل مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، درمان شناختی-رفتاری و درمان‌های موج سوم در اختلال وسواسی-اجباری. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۲، ۴، ۴۹۰-۴۷۳.
- ایزدی، ر و عابدی، م. (۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *مجله فیض*، ۱۷، ۳، ۲۸۶-۲۷۵.
- استکتی، گ و پیگت، ت (۲۰۰۶). اختلال وسواس، ترجمه حبیب‌الله قاسم‌زاده (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند.
- برقی، ش؛ بهرامی، ه و روشن، ر. (۱۳۹۹). مقایسه معنویت‌درمانی دینی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی و تأثیرشان بر بهبود چندش و اختلال افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی. *مجله روانشناسی و دین*، ۱۳، ۱، ۶۹-۵۶.
- تجلی، ف؛ جاویدی، ح؛ مهریار، ا و میرجعفری، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و تنیدگی مادران دارای فرزند با نشانه‌های تضاد ورزی گستاخانه، *روانشناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۷، ۶۵، ۹۴-۸۷.

تقوی زاده اردکانی، م؛ اکبری، ب؛ حسین خانزاده، ع و مشکبید حقیقی، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و پذیرش و تعهد بر کمال گرابی اختلال شخصیت وسواس جبری، *فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی گناباد*، ۲۶، ۶، ۳۶-۲۴.

شریفی، و؛ اسعدی، م؛ محمدی، م؛ امینی، ه؛ کاویانی، ح؛ سلیمانی، ی؛ شعبانی، ا؛ شهرپور، ز؛ داوری آشتیانی، ر؛ حکیم شوشتری، م؛ صدیق، ا و جلالی رودسری، م. (۱۳۸۲). پایایی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختاریافته تشخیصی DSM-IV (SCID). *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۳، ۳، ۲۳-۱۰.

عریضی، ح و فراهانی، ح. (۱۳۸۴). *روشهای پیشرفته پژوهش در علوم انسانی (رویکرد کاربردی)*، اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.

طیبه نائینی، پ؛ محمدخانی، ش؛ اکبری، م و عابدی، م. (۱۳۹۶). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری، *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۴، ۳، ۱۰۹-۹۱.

راجری، س؛ متقی پور، ی؛ کامکاری، ک؛ ظهیرالدین، ع و جان بزرگی، م. (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی - اجباری بیل - براون، *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۷، ۴، ۳۰۳-۲۹۷.

قاسم زاده، ح؛ کرم قدیری، ن؛ شریفی، و؛ نوروزیان، م؛ مجتبیایی، ر و ابراهیم‌خانی، ن. (۱۳۸۴). کارکردهای شناختی، نورو پسیکو لوژیک و نورو لوژیک بیماران وسواسی با و بدون علائم افسردگی در مقایسه با هم و با گروه بهنجار. *تازه‌های علوم شناختی*، ۷، ۳، ۳۸-۵۲.

کاویانی، ح و موسوی، ا. (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بک در طبقات سنی و جنسی جمعیت ایرانی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران*، ۵، ۲، ۱۴۰-۱۳۶.

نریمانی، م؛ ملکی پیربازاری، م؛ میکائیلی، ن و ابولقاسمی، ع. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان تعهد و پذیرش در بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی بیماران وسواسی، *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۸، ۱، ۳۴-۲۷.

- Abramowitz, J. S., Fabricant, L. E., Taylor, S., Deacon, B., McKay, D., & Storch, E. A. (2014). The relevance of analogue studies for understanding obsessions and compulsions. *Clinical Psychology Review*, 34(2), 206-217.
- Armstrong, A. B., Morrison, K. L., & Twohig, M. P. (2013). Acceptance and commitment therapy for adolescent obsessive compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 27(3), 175-190.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Barney, J.Y., Field, C.E., Morrison, K.L., Twohig, M.P.(2017). Treatment of pediatric obsessive compulsive disorder utilizing parent- facilitated acceptance and commitment therapy. *Psychology in the Schools*, 54(4), 88- 100.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of consulting and clinical psychology*, 56(6), 893.
- Beck, A.T, Steer, R.A, Brown, G.K(1996). *Manual for the beck Depression Inventory-II*.San Antonio, TX:Psychological Corporation.
- Clark, D.A(2015). Innovation in obsessive compulsive disorder: A commentary. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*; 49(3):129-32.
- Fuenmayor, M.C., deFernandez, J., & Suarez-Roca, H(2019). Addicted to Compulsions: A Complex Case Study of Obsessive and Compulsive Disorder Treated with Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Exposure Therapy (ERP). *Drug Dependence and Addiction - Open Access Journal*, 14(3), 1-7.
- Fang, S., & Ding, D. (2020). The efficacy of group-based acceptance and commitment therapy on psychological capital and school engagement: A pilot study among Chinese adolescents. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 16(1), 134-143.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 151-161.
- Gloster, A.T., Walder, W., Levin, M.E., Twohig, M.P., Karekla, M. (2020). The empirical status of Acceptance and Commitment Therapy: A review meta-analyses. *Journal of contextual behavioral science*, 18(4), 181-193.
- Goodman, W. K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischmann, R.L., Hill, C.L., Heninger, G.R Charney, D.S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11), 1006-11.
- Hauschildt, M., Dar, R., Schröder, J., & Moritz, S. (2019). Congruence and discrepancy between self-rated and clinician-rated symptom severity on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS) before and after a low-intensity intervention. *Psychiatry Research*, 273(4), 595-602.
- Hezel, D.M., & Simpson, H.B. (2019). Exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A review and new directions. *Indian Journal Psychiatry*, 61(3), 85-92.
- Hayes, S. C., Levin, M. E., Plumb-Villardaga, J., Villatte, J. L., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Journal of Behavior Therapy*, 44(2), 180-198.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.

بررسی مقدماتی کارآمدی پروتوکل ترکیبی "درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد" و "درمان مواجهه و بازداری از پاسخ" (ACT+ ERP) بر کاهش ...
 A Preliminary investigating efficacy the Acceptance and Commitment-based Therapy integrated Exposure and ...

- Jacoby, R. J., & Abramowitz, J. S. (2016). Inhibitory learning approaches to exposure therapy: A critical review and translation to obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 49(3), 28-40.
- Jacobson N.S., Truax P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal Consulting and Clinical Psychology*; 59(3), 12-19.26.
- Kochi,n.(2021). Acceptance and commitment therapy in the treatment of Obsessive-compulsive disorders, A systematic review. *Journal of obsessive- compulsive disorder*, volume 28(5),64-76.
- Lee, E. B., Ong, C. W., An, W., & Twohig, M. P. (2018). Acceptance and commitment therapy for a case of scrupulosity-related obsessive- compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(4), 407-423.
- Manjula, M & Sudhir,P.M.(2019). New-wave behavioral therapies in obsessive-compulsive disorder: Moving toward integrated behavioral therapies. *Indian Journal of Psychiatry*,61(3),104-114.
- Meuret,A.E., Twohig, M.P, Rosenfield, D, Hayes, S.C & Craske, M.G(2012). Brief Acceptance and CommitmentTherapy and Exposure for Panic Disorder: A Pilot Study. *Cognitive Behavior Pract.*; 19(5), 606-618.
- Ong, C.W., Blakey,C.M., Smith,B.M., Morrison,K.L., Bluett,E.J., Abramowitz,J.S &Twohig, M,P.(2020).Moderators and Processes of Change in Traditional Exposure and Response Prevention (ERP) Versus Acceptance and Commitment Therapy-Informed ERP for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 24(1),12-54.
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive Behavioral Treatments of Obsessive–Compulsive Disorder. A systematic review and metaanalysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, 40(1), 156-169.
- Ogels, B.M.,Lunnen,K.M.Q., & Bonesteel,K. (2001).clinical significance: History, Application and current practice. *Clinical psychological Review*, 21(3), 421-446.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013). CognitiveBehavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1), 33-41.
- Osland, S., Arnold, P. D., & Pringsheim, T. (2018). The prevalence of diagnosed Obsessive-Compulsive Disorder and associated comorbidities: A populationbased Canadian study. *Psychiatry research*. 2(3), 137-142.
- Philip, J., & Cherian,V.(2021). Acceptance and commitment therapy in the treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A systematic review. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*,28(2),32-43.
- Podea, D., Suci, R., Suci, C., & Ardelean, M. (2009). An update on the Cognitive -Behavior Therapy of Obsessive-Compulsive Disorder in adults. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(2):221-233.
- Riise, E. N., Kvale, G., Öst, L. G., Skjold, S. H., Hansen, H., & Hansen, B.(2016). Concentrated Exposure and Response Prevention for adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: An effectiveness study. *Journal of Obsessive Compulsive and Related Disorders*, 11(1) :13-21.
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A., & Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A meta analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8), 1310-1325.
- Simpson, H. B., Maher, M., Page, J. R., Gibbons, C. J., Franklin, M. E., & Foa, E. B. (2010). Development of a patient adherence scale for exposure and response prevention therapy. *Behavior Therapy*, 41(1), 30–37.
- Twohig,M.P., Hayes,S.C., & Plumb,J.C., Pruitt,L.D., Collins,A.B., Hazlett-Stevens,H.(2010).A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive –compulsive disorder.*Journal of consulting and clinical psychology* ,78(5),705-716.
- Twohig, M. P. (2009). The application of acceptance and commitment therapy to obsessive - compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 18–28.
- Twohig, M. P. (2013). ACT Foundation, Theory, and Data in the Treatment of OCD: Response to Grayson “ACT vs ERP for OCD: Is it War or Marriage?” *the Behavior Therapist*, 36(3), 204-207.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Bluett, E. J., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Reuman, L., & Smith, B. M. (2015). Exposure Therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6(1) ,167-173.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Lederman, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 108(1), 1-9.
- Wetterneck, C.T., Little, T.E., Rinehart, K.L., Cervantes, M.E., Hyde, E., & Williams, M.(2012). Latinos with obsessive-compulsive disorder: Mental health care utilization and inclusion in clinical trials. *Journal of ObsessiveCompulsive and Related Disorders*, 24(1) , 85-97.
- Wicksell,R.K. M., Melin,L., & Olsson,G.L.(2007).Exposure and acceptance in the rehabilitation of adolescents with idiopathic chronic pain- a pilot study.*European Journal of Pain*, 11(3),267-274.
- Wong, S. F., Aardema, F., & Grisham, J. R.(2019) .Inverse Reasoning Processes in Obsessive Compulsive Disorder: Replication in a Clinical Sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 63(2), 1-8.
- Zarbo,C.,Tasca, G. A., Cattafi, F., & Compare, A. (2016). Integrative psychotherapy works. *Frontiers in Psychology*,42(6),54-66.
- Zanarini, M.C., Skodol, A.E., Bender, D., Dolan, R., Sainslow,C., Schaefer, E., Morey, L.C., & Gfrolo, C.M. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study:Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 291-299.