

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

## 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 Cheshl\*

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

[RasolRoshan@yahoo.com](mailto:RasolRoshan@yahoo.com)

Dr. Mohammad Reza Shaeiri

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 شعیری

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.

### چکیده

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

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

واژه های کلیدی: اختلال وسوسی - اجباری، مواجهه و بازداری از پاسخ، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

## مقدمه

اختلال وسوسی- اجباری (OCD) با افکار مزاحم و آینمندی‌های رفتاری اجباری که به کاهش اضطراب منجر می‌شود و اغلب با تخریب کارکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی همراه می‌شود (هاوشیلت، دیر، اسکرودر و موریتز، ۱۹۲۰). این اختلال معمولاً از دوران نوجوانی و گاهی از کودکی شروع می‌شود و مردان و زنان را تقریباً به یک اندازه درگیر می‌کند (آبرامویتز و همکاران، ۱۴۲۰). مطالعات همه‌گیرشناسی نرخ شیوع سالانه این اختلال را ۱/۲ درصد و نرخ شیوع در طول عمر را ۲/۳ درصد برآورد کرده اند (اوسلند، آرنولد و پرینگشیم، ۱۸۰۲). این میزان در ایران برای مراجعین به مرکز درمانی ۶/۵ درصد (آذرآین، معماریان و فکوری، ۱۹۹۳) و در زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله ۹/۳٪ درصد برآورد شده است (اما، ابولقاسمی، احمدی و نریمانی، ۱۹۹۳).

در میان درمان‌هایی که برای درمان اختلال OCD بکار می‌روند، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP) سابقه پژوهشی درخشنانی 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<sup>۱</sup> آنرا به عنوان درمانی جا افتاده<sup>۲</sup> و دارای اعتبار تجربی<sup>۳</sup> برای این اختلال معرفی کرده است (منجلا و سودهیر، ۱۹۶۶). درمان این توسط مهیر نظر سال ۱۹۶۶ برای اولین بار به عنوان درمان موفقیت‌آمیز وسوس گزارش شد و شامل مواجهه تدریجی بیمار با سلسله مراتبی از موقعیت‌های گوناگون ایجاد کننده ترس‌ها و وسوس‌ها و سپس ممانعت از انجام هرگونه پاسخ رفتاری یا خنثی‌کننده توسط بیمار است (توهیگ و همکاران، ۱۸۰۲). مواجهه می‌تواند به صورت زنده با محرك‌های واقعی و یا موقعیت‌های مرتبط با وسوس فکری و عملی و یا ذهنی با تصاویر یا افکار باشد (فوا و همکاران، ۱۳۰۲). مروری بر پژوهش‌هایی که در چند دهه اخیر در حوزه روان‌درمانی‌های اختلال وسوسی اجباری شده است، نشانگر بهبود درصد بالایی از بیماران با این روش برای کاهش فراوانی و شدت نشانه‌های این بیماری می‌باشد (جاکوبی و آبرامویتز، ۱۶۰۲؛ اما با وجود شواهد و قرایین شفاف و روشن در خصوص تأثیر و کارآمدی ERP). این روش برای تمامی بیماران وسوسی سودمند نیست و حتی با وجود کفايت تعداد جلسات درمان، برخی از آنها از عالم باقی‌مانده رنج می‌برند و تعدادی از آنها از تن دادن به این درمان اجتناب می‌کنند (هزل و سیمپسون، ۱۶۰۲). دلیل این اجتناب، عدم پذیرش روند درمان (زانبو، تاسکا، کاتیفی و کامپار، ۱۶۰۲)، سطوح بالای ناراحتی ناشی از مواجهه با محرك‌های اضطراب‌آور (توهیگ، ۰۰۰۲)، طولانی بودن جریان درمان و عدم آمادگی برای تغییر (توهیگ و همکاران، ۱۸۰۲)، تردید و دوسوگرازی نسبت به مواجهه سازی (گلوستر، والدر، لوین، 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 آیننها (فون مایر، دی فرناندز و سواز-روکا، ۱۹۰۲) یا تحمل پایین پریشانی در طول مواجهه ارتباط داده شده است (اونگ و همکاران، ۲۰۲۰). علاوه بر این، بیمارانی که عالم غالب شان اختکار و وسوس فکری است و وسوس عملی آشکاری ندارند، به درمان ERP، پاسخ کمتری می‌دهند (لی، اونگ، آن و توهیگ، ۱۸۰۲). بهاین ترتیب، می‌توان گفت باوجود اهمیت ERP، خوگیری حاصل از آن به تنها‌یی درمان موفقیت‌آمیز را به دنبال

1. obsessive compulsive disorder (OCD)

2. Hauschmidt, Dar, Schröder & Moritz

3. Abramowitz

4Osland, 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

۱۵Zarbo, Tasca, Cattafia & Compare

۱۶Gloster, Walder, Levin, Twohig & Karelka

۱۷Ong

۱۸Fuenmayor, deFernandez & Suarez-Roca

۱۹Lee, 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 تر ک می‌کنند (کوچی<sup>۱</sup>، ۲۰۲۱). این واقعیت موجب شد تا برخی از محققان و متخصصان شیوه‌های بهبود جنبه‌های مفهومی و عملی ERP را کنکاش کنند و همین‌طور در جستجوی راهکارهای اثربخش دیگر باشند (آبراموویتز و همکاران، ۲۰۱۴). این محدودیت‌ها در کنار محدودیت‌نگاه کمی به موققیت 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 تحمل پریشانی، کاهش تردید و افزایش انگیزه برای ادامه درمان، ارتقاء کیفیت زندگی و مقابله مؤثرتر ضروری است (فوآ 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 OCD، در بیبود علائم OCD، بهتر گزارش نشده است (اوست، هاون، هانسن و کول، ۲۰۱۵). در تبیین این نتیجه به دلایلی چون وجود عوامل مشترک بسیار بین این دو رویکرد درمانی (روسا-آلکازار، سالچز-مکا، گومز-کنسا و مارین-مارتینز، ۲۰۰۸)، توانایی درمان ERP، به صورت مستقل از درمان شناختی رفتاری، درشناسایی و اصلاح باورهای ناکارآمد و همچنین تغییر غیرمستقیم نتایج 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 آسیب پذیری اساسی برای بیمار وسوسای 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 تحمل پریشانی بیمار در طول جلسات مواجهه (اونگ و همکاران، ۲۰۲۰)، اشاره شده است. برخی از محققین هم معتقدند که افودن مداخلات شناختی به درمان ERP، تنها برای انواع معینی از وسوسات (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 وسوسات فکری اجباری در جهت رفع این محدودیت‌ها مطرح شده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۲</sup> (ACT) و ترکیب آن با درمان ERP است. درمان ACT یکی از درمان‌های رو به رشد در زمینه‌ی درمان اخلاق اخلاق‌ها از جمله اختلال OCD است که تناظری از تکنیک‌های متنوع شناختی، رفتاری و انگیزشی از جمله جملات متناقض نما، استعاره‌ها، تمرین‌های تجربه گرایانه، مداخلات رفتاری و غیره را بکارمی گیرد (هیز، لوین و پلم- ولداگا، 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 وسوسات را در بیماران مبتلا به آن کاهش دهد (توهیگ، ۲۰۱۵).

در ترکیب با ACT 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

2Öst, Havnen, Hansen, & Kvale

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

4Riise

5Meuret, Twohig, Rosenfield, Hayes & Craske

6Podea, Suciu, Suciu & Ardelean

7Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis

8Olatunji, Davis, Powers & Smits

9acceptance and commitment-based therapy(ACT)

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

بررسی مقدماتی کارآمدی پروتوكل 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، ۲۰۲۰<sup>۱</sup>) 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 بحای 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 محرك های اضطراب‌آور به منظور افزایش دامنه پاسخ‌های احتمالی و انجام اعمالی در راستای اهداف ارزشمند خویش در حضور این محرك‌ها 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 فرضی می‌داند تا فرد بتواند فرایندهای پذیرش، توجه آگاهی<sup>۲</sup> و گسلش<sup>۳</sup> شناختی را انجام دهد؛ رویکردی که برخی درمانگران آنرا مواجهه مبتنی بر ارزش نام‌گذاری کرده‌اند (ویکسل، ملاین و اولسون، ۲۰۰۷<sup>۴</sup>). نظر به اینکه اکثر پژوهش‌ها به بررسی اثرات مستقل روش‌های درمانی ACT و ERP پرداخته‌اند و شواهد رو به رشدی در حمایت از این دو درمان فراهم کرده‌اند مثل پژوهش‌های توهیگ و همکاران (۲۰۱۳)، هیز و همکاران (۲۰۱۰<sup>۵</sup>) و ترنیک و همکاران (۲۰۱۲)، لی و همکاران (۲۰۱۸)، آرمسترانگ، موریسون و توهیگ (۲۰۱۳)، بارنی، فیلد<sup>۶</sup>، موریسون و توهیگ (۲۰۱۷)، گلوستر و همکاران (۲۰۲۰)، فیلیپ و چرین<sup>۷</sup> (۲۰۲۱)، فانگ و دینگ<sup>۸</sup> (۲۰۲۰)، ایزدی و عابدی (۱۳۹۲)، طبیعی نائینی، محمدخانی، اکبری و عابدی (۱۳۹۶)، نریمانی، ملکی پیربازاری، میکائیلی و ابولاقاسمی (۱۳۹۵) و تقوی زاده اردکانی، اکبری، حسین خانزاده و مشکبید حقیقی (۱۳۹۸)، که به اثر مستقل روش درمانی ACT در درمان OCD پرداخته‌اند و پژوهش‌های فوآ و همکاران (۲۰۰۵)، سیمپسون و همکاران (۲۰۱۰)، ویکسل و همکاران (۲۰۰۷)، کادرک (۲۰۱۵)، هزل و سیمپسون (۲۰۱۹)<sup>۹</sup>، جاکوبی و آبراموویتز (۲۰۱۶)، که به اثر مستقل روش درمانی OCD 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 پژوهش‌هایی جداگانه، اثربخشی درمان ترکیبی ACT+ ERP را در کاهش علائم بیماران مبتلا به OCD مورد بررسی قراردادند 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 وسوسات در مبتلایان به OCD است.

## روش

مطالعه حاضر از لحاظ هدف جزء پژوهش‌های کاربردی و از لحاظ روش یک طرح تجربی تک موردی از نوع «خط پایه چندگانه»<sup>۱۰</sup> با آزمودنی‌های متفاوت بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مرد مبتلا به اختلال وسوساتی اجباری بودند که به درمانگاه بیمارستان شفا برای درمان وسوسات از ابتدای سال ۱۴۰۰ مراجعه و بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور یک در DSM-IV<sup>۱۱</sup>، SCID-I<sup>۱۲</sup>، تشخیص اختلال وسوساتی 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 وسوسات – اجباری از نوع

<sup>۱</sup>Fang & Ding

<sup>۲</sup>mindfulness

<sup>۳</sup>defusion

<sup>۴</sup>Wicksell, Melin & Olsson

<sup>۵</sup>Wetterneck

<sup>۶</sup>Armstrong , Morrison

<sup>۷</sup>Barney, Field, Morrison

<sup>۸</sup>Philip & Cherian

<sup>۹</sup>Fang & Ding

<sup>۱۰</sup>Single-case experimental design

<sup>۱۱</sup>multiple base line

<sup>۱۲</sup>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 بیل-براون یعنی، شدت وسوسه بیماران در مقیاس وسواسی اجباری بیل-براون بالاتر از ملایم باشد، داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حدکثر 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<sup>۱</sup> SPSS-24 انجام شد و برای این کار علاوه بر استفاده از روش‌های ترسیم نمودار یا تحلیل نمودار گرافیکی، از شاخص درصد بهبودی ( $\Delta A\%$ )<sup>۲</sup>، به منظور تعیین معناداری بالینی تغییرات و شاخص تغییر پا یا (RCI)<sup>۳</sup> نیز به منظور بررسی معناداری آماری اطلاعات استفاده گردید.

### ابزار سنجش

**مقیاس و سوا سی اجباری بیل-براون<sup>۴</sup> (Y-BOCS):** این مقیاس تو سط گودمن<sup>۵</sup> و همکاران در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و به صورت یک مصاحبه نیمه ساختاریافته<sup>۶</sup> اجرا می‌شود. دو بخش دارد. در بخش اول سیاهه نشانه (SC)<sup>۷</sup> 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 و سواس را (بدون توجه به شمار و محتوى آن) می‌سنجد. برای کاربرد مقیاس SC، متخصص بالینی ابتدا تعاریف و مثال های وسوسه‌های فکری و عملی را برای بیمار می‌خواند و بعد از بیمار سؤال می‌کند که در گذشته یا حال، کدام یک از ۳۶ مورد وسوسه‌های فکری مشخص و ۲۳ مورد آیین واره‌های مشخص را که در فهرستی نوشته شده‌اند، تجربه کرده است. مقیاس SS نیز، ۵ گویه آن درباره و سواس‌ها و ۵ گویه دیگر برایه اجبارهای بیمار می‌باشد و شدت علایم را بر حسب پنج جنبه مرضی اختلال OCD (فراوانی)،<sup>۸</sup> تداخل<sup>۹</sup>، آشتفتگی<sup>۱۰</sup>، مقاومت<sup>۱۱</sup> و کنترل نشانه‌ها<sup>۱۲</sup> ارزیابی می‌کند. هریک از سؤالات، در مقیاس صفر (علامتی وجود ندارد) تا ۴ (علامی شدید) نمره گذاری می‌شوند و سه نمره شدت وسوسه‌ها (۰ 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 ۳۲ تا ۴۰ بسیار شدید، ارزیابی می‌گردد (استنگتی و پیگت<sup>۱۳</sup>، ۲۰۰۶). ترجمه قاسم زاده، (۱۳۸۹). در مطالعه گودمن و همکاران (۱۹۸۹) هم سانی درونی در مورد سیاهه نشانه‌ها، شدت نشانه‌ها به ترتیب ۰/۹۷، ۰/۹۶ و اعتبار بازآزمایی کل آزمون ۰/۹۸ و روابی آن نیز ۰/۹۷ گزارش شده است. در هنچاریابی 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 باز آزمایی هر کدام از مقیاس‌های SC و SS و همچنین کل آزمون ۰/۹۹ و روابی آن نیز ۰/۶۹ به دست آمد (راجرزی، 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 اسیترلر<sup>۱۴</sup> ابدوین 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

<sup>۱</sup> Statistical Package for the Social Science-version 24

<sup>۲</sup> percentage of recovery

<sup>۳</sup> clinical significance

<sup>۴</sup> reliable change index (RCI)

<sup>۵</sup> Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

<sup>۶</sup> Goodman

<sup>۷</sup> semi-structured.

<sup>۸</sup> symptom checklist

<sup>۹</sup> severity Scale

<sup>۱۰</sup> frequency

<sup>۱۱</sup> intervention

<sup>۱۲</sup> distress

<sup>۱۳</sup> resistance

<sup>۱۴</sup> symptoms control

<sup>۱۵</sup> Steketee & Pigott

<sup>۱۶</sup> Beck Anxiety Inventory

<sup>۱۷</sup> Beck, Epstein, Brown, & Steer

بررسی مقدماتی کارآمدی پروتوكل 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 می‌گیرند، تجربه می‌کنند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). آزمودنی‌ها در هر عبارت نمره‌ای در دامنه بین ۰ تا ۳ را دریافت می‌کنند و مجموع نمرات آزمودنی‌ها می‌تواند در دامنه بین ۰ تا ۶۳ در نوسان باشد. نمره گذاری پاسخ‌ها در یک طیف لیکرتی به صورت ۴ درجه‌ای به صورت، اصلًا<sup>۱</sup>، خفیف<sup>۲</sup> (۰)، متوسط<sup>۳</sup> (۲)، و شدید<sup>۴</sup> (۳) انجام می‌شود. 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 می‌دهد و فقدان اضطراب نقطه برش ندارد (استگتی و پیگت، ۲۰۰۶، ترجمه قاسم زاده، ۱۳۸۹). در تحقیقات خارجی روایی آن با پرسشنامه اضطراب همیلتون<sup>۵</sup> و پایابی آن نیز به شیوه آلفای کرونباخ<sup>۶</sup> ۰/۹۴ گزارش شده است (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲). هنجاریابی انجام شده در کشور ما حاکی از آن است که این آزمون از پایابی<sup>۷</sup> ۰/۹۲ که به شیوه آلفای کرونباخ محاسبه شده و همچنین روایی ۰/۷۲ برخوردار است (کاوایانی 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<sup>۸</sup> 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 می‌باشد که هر گویه نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد و هر کدام از آنها یکی از علائم افسردگی را می‌سنجدند و دامنه نمره کل آزمون بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد (قاسم زاده و همکاران، ۱۳۸۴). نمره بین ۱ تا ۱۰ طبیعی، بین ۱۱ تا ۱۶ افسردگی خفیف، ۱۷ تا ۲۰ افسردگی مزدی، ۲۱ تا ۳۰ افسردگی متوسط، ۳۱ تا ۴۰ افسردگی شدید و نمره بیشتر از ۴۰ نیز افسردگی بسیار شدید، و نیازمند درمان سریع ارزیابی می‌گردد (برقی و روشن، ۱۳۹۹). بک و همکاران (۱۹۹۴) روایی این آزمون با فرم اولیه آنرا ۰/۸۲ و پایابی 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 بازآزمایی با فاصله یک هفته برای آنرا به ترتیب ۰/۷۴ و ۰/۸۷ 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 (SCID-I)**: یک ابزار جامع استاندارد به صورت یک مصاحبه نیمه ساختاریافته (نیازمند قضاوت بالینی مصاحبه گر در مورد پاسخ‌های بیمار است)، برای ارزیابی اختلالات اصلی روان پژوهشی بر اساس تعاریف و معیارهای DSM-IV می‌باشد که توسط فرست، اسپیتر، گیبسون و ویلیامز<sup>۹</sup> سال ۱۹۹۷ تدوین شده و دارای دو نسخه می‌باشد: نسخه بالینی<sup>۱۰</sup> (SCID-CV)، که بیشتر تشخیص‌های روان پژوهشی را پوشش می‌دهد و عمدهاً به منظور استفاده در پژوهش‌های بالینی طراحی شده و نسخه پژوهشی<sup>۱۱</sup> (SCID-R)، که کامل تر و طولانی تر از نسخه بالینی است و کلیه تشخیص‌ها و نیز نوع تشخیص و معیارهای شدت و سیر اختلالات را پوشش می‌دهد. نسخه بالینی معمولاً در یک جلسه اجرا می‌شود و بین ۰ تا ۹۰ دقیقه طول می‌کشد (شریفی و همکاران، ۱۳۸۴). بخش اختلال وسوسی اجباری نسخه بالینی، دارای ۸ گویه می‌باشد که با علامت G1 تا G8 مشخص شده و مصاحبه کننده با استبانت مثبت یا منفی از پاسخ‌های بیمار به گویه‌های مشخص شده هدایت و در انتهای به تشخیص اختلال و سوسی اجباری یا عدم آن دست می‌یابد. در تحقیقات خارجی نتایج پژوهش زانارینی<sup>۱۲</sup> و همکاران (۲۰۰۰) نشان داده که این ابزار از روایی صوری و پایابی مناسب (کاپای بالای ۰/۷) برخوردار است (کاپای بالای ۰/۴ قابل قبول می‌باشد). در هنجاریابی انجام شده در داخل کشور، توافق کلی (کاپای مجموع) برای کل تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بوده است و اکثر مصاحبه کنندگان روایی صوری نسخه فارسی<sup>۱۳</sup> SCID-I را مطلوب گزارش کردن (شریفی و همکاران، ۱۳۸۲). در این پژوهش هم میزان پایابی تشخیص گذاری اختلال وسوسی اجباری (کاپای) به روش بین آزماینده<sup>۱۴</sup> ۰/۶۱ محاسبه گردید.

پس از انتخاب بیماران، نوع درمان، نحوه حضور، تعداد و زمان جلسات به آنها آموخت شد. محتوى درمان یک برنامه ۱۶ جلسه‌ای برگرفته از پروتکل درمانی شناختی - رفتاری توهیگ و همکاران (۲۰۱۸) برای درمان بیماران OCD بود 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، جمع‌آوری اطلاعات و معرفی مفاهیم ACT و

<sup>۱</sup>Beck Depression Inventory II

<sup>2</sup> Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh

<sup>3</sup>Structural Clinical Interview for Axis I Disorders

<sup>4</sup>First, Spitzer, Gibson & Williams

<sup>5</sup>SCID-clinician version

<sup>6</sup>Zanarini

<sup>7</sup> 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 به طور هم زمان 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 سوم، 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 حسنی با بیمار، بیان قوانین جلسات درمانی و تنظیم قرارداد، جمع آوری اطلاعات در مورد وسوسی بیمار، توضیح و سبب شناسی OCD و معرفی روش درمانی ACT + ERP	جلسه ۱: ایجاد رابطه حسنی با بیمار، بیان قوانین جلسات درمانی و تنظیم قرارداد، جمع آوری اطلاعات در مورد وسوسی بیمار، توضیح و سبب شناسی OCD و معرفی روش درمانی ACT + ERP
جلسه ۲: بیان الگوی سه وچهی OCD از دیدگاه ACT، رساندن بیمار به نالمیدی خلاقانه، بیان مفهوم پذیرش و موانع ایجاد آن (آمیختگی، ارزیابی، اجتناب و دلیل یابی) همراه استعاره های مربوطه	جلسه ۲: بیان الگوی سه وچهی OCD از دیدگاه ACT، رساندن بیمار به نالمیدی خلاقانه، بیان مفهوم پذیرش و موانع ایجاد آن (آمیختگی، ارزیابی، اجتناب و دلیل یابی) همراه استعاره های مربوطه
جلسه ۳: بیان مفهوم کنترل به عنوان مشکل همراه با استعاره های مربوطه، شفاف سازی ارزشهای بیمار (با استفاده از فرم های شرح و نگهداری ارزشها)، کمک به بیمار در جهت حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند	جلسه ۳: بیان مفهوم کنترل به عنوان مشکل همراه با استعاره های مربوطه، شفاف سازی ارزشهای بیمار (با استفاده از فرم های شرح و نگهداری ارزشها)، کمک به بیمار در جهت حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند
جلسه ۴: بیان مفهوم گسلش و ارتباط آن با وسوسی، بیان مفهوم عمل متعهدانه و کمک به بیمار برای اجرا و درگیری بیشتر با آن، بررسی پیامدهای اجتناب از مواجهه با افکار وسوسی، تمرین مشاهده گری افکار و اعمال وسوسی همراه با بیان استعاره های مربوطه	جلسه ۴: بیان مفهوم گسلش و ارتباط آن با وسوسی، بیان مفهوم عمل متعهدانه و کمک به بیمار برای اجرا و درگیری بیشتر با آن، بررسی پیامدهای اجتناب از مواجهه با افکار وسوسی، تمرین مشاهده گری افکار و اعمال وسوسی همراه با بیان استعاره های مربوطه
جلسه ۵: بیان استعاره اتوپوس در جهت تقهیم و تکمیل مفاهیم گسلش، ارزشهای، کنترل گری و مشاهده افکار وسوسی، 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 ۵: بیان استعاره اتوپوس در جهت تقهیم و تکمیل مفاهیم گسلش، ارزشهای، کنترل گری و مشاهده افکار وسوسی، 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 و ۷ و ۸: اجرای درون جلسه ای ERP و ارائه تکالیف درون جلسه ای و خانگی برای تمرین بیشتر بیمار	جلسه ۶ و 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 تمرین های مربوط به آن توسط بیمار، انجام ERP همراه ذهن آگاهی توسط بیمار، تکمیل فرم خودبازنگری آیین مندی های وسوسی توسط بیمار	جلسه ۹: آموزش ذهن آگاهی و انجام تمرین های مربوط به آن توسط بیمار، انجام ERP همراه ذهن آگاهی توسط بیمار، تکمیل فرم خودبازنگری آیین مندی های وسوسی توسط بیمار
جلسه ۱۰: بیان استعاره های شطرنج و ولگرد کوچه در جهت تقهیم خود مشاهده گر و خود مداخله گر و عمل متعهدانه، گفتگو در جهت تفاوت خود مشاهده گر و مداخله گر، آموزش به بیمار در جهت انجام ERP همراه با مشاهده گری افکار وسوسی	جلسه ۱۰: بیان استعاره های شطرنج و ولگرد کوچه در جهت تقهیم خود مشاهده گر و خود مداخله گر و عمل متعهدانه، گفتگو در جهت تفاوت خود مشاهده گر و مداخله گر، آموزش به بیمار در جهت انجام ERP همراه با مشاهده گری افکار وسوسی
جلسه ۱۱ و ۱۲: بیان اهمیت ارزشهای، مروج جدول اولویت بندی ارزشهای، بیان مفهوم تمایل و مروج موانع ایجاد آن همراه با بیان نقش آنها در تشید عالم OCD، تهیه سلسله مراتب تمایل های فرد، انجام ERP با تمرکز بر مواجهه ارزش محور	جلسه ۱۱ و ۱۲: بیان اهمیت ارزشهای، مروج جدول اولویت بندی ارزشهای، بیان مفهوم تمایل و مروج موانع ایجاد آن همراه با بیان نقش آنها در تشید عالم OCD، تهیه سلسله مراتب تمایل های فرد، انجام ERP با تمرکز بر مواجهه ارزش محور
جلسه ۱۴ و ۱۵: بیان موانع عمل متعهدانه و چگونگی غلبه بر آنها، آماده سازی بیمار برای مواجهه با موانع بیان شده، انجام ERP برای رفتارهایی که اضطراب و آشفتگی بیشتری را فرامی خواند همراه با تمرین مشاهده گری تفکرات وسوسی، ایجاد اختلال در الگوهای وسوسی از طریق مشاهده و به تعویق انداختن آیین های وسوسی و بجای آنها توجه و اجرای اعمالی در جهت ارزشهای خود	جلسه ۱۴ و ۱۵: بیان مشکلات درمان ACT+ERP و ارائه راه حل هایی برای هر کدام، شناسایی و تحلیل خطاها فکری بیمار در مورد درمان و نتایج آن، شناسایی و ارائه راهکارهایی برای اضطراب های مدیریت نشده بیمار، تهیه برنامه پیشگیری از عود OCD
بافتہ ها	

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: ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها

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

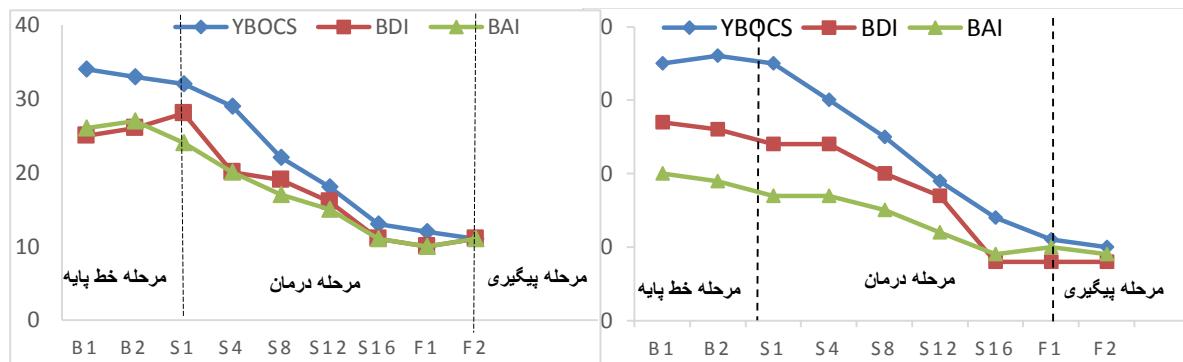
نتایج این جدول نشان می‌دهد که هر سه آزمودنی مبتلا به اختلال و سوا سی اجباری از نوع شستشو می‌باشند و بین ویژگی‌های جماعتی شناختی آن‌ها تفاوت قابل توجهی وجود ندارد و همه آنها در خط پایه واحد ملاک‌های تشخیصی اختلال وسوسایی اجباری بر طبق DSM-5 بوده و شدت اختلال آنها نیز شدید (بیمار ۳) و سیار شدید (بیماران ۱ و ۲) بوده و هر سه بیمار از بیبنش در سطح خوب و اختلال همبودی افسردگی بروخوردار بوده و مدت ابتلآنها هم بین ۵ تا ۶ سال بوده است و هر سه فاقد سلبلقه درمانی بودند.

**جدول ۳:** شاخص تغییر یابا، درصد بیهودی و درصد بیهودی کلی بیماران در مقیاس های بیل - براون، افسردگی و اضطراب بک

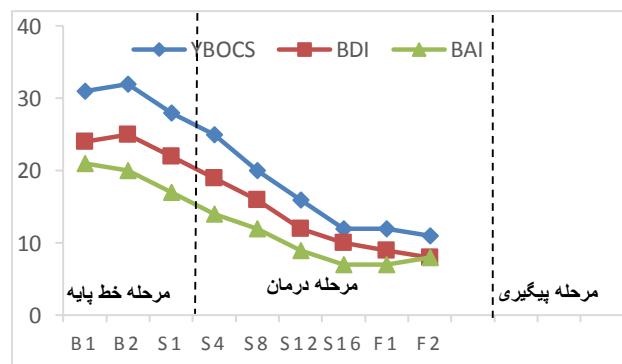
مقیاس	بیمار	میانگین	خط پایه						مرحله درمان						مرحله پیگیری					
			درصد	بهبودی کلی	شاخص تغییر پایا	مرحله ۲	۱	بهبودی کلی	درصد	بهبودی کلی	شاخص تغییر پایا	مرحله ۱۶	۱۲	۸	۴	۱				
افسردگی	۱	۲۵/۵	%۵۶	۴/۳	۱۱	۱۰		%۵۶	۵/۴	۱۱	۱۶	۱۹	۲۰	۲۸						
	۲	۲۶/۵	%۶۴	%۷۰	۶/۸	۸	۷	%۶۱/۳	%۷۰	۶/۸	۸	۱۷	۲۰	۲۴	۲۴					
	۳	۲۴/۵	%۶۶	۶/۴	۸	۹		%۵۸	۵/۸	۱۰	۱۲	۱۶	۱۹	۲۲						
اضطراب	۱	۲۶/۵	%۵۷	۵/۲	۱۱	۱۰		%۵۷	۵/۵	۱۱	۱۵	۱۷	۲۰	۲۴						
	۲	۱۹/۵	%۵۵	۵/۱	۹	۱۰	%۵۹/۳	%۵۵	۵/۲	۹	۱۲	۱۵	۱۷	۱۷						
	۳	۲۰/۷۵	%۶۲	۶/۱	۸	۷		%۶۶	۶/۴	۷	۹	۱۲	۱۴	۱۷						
براؤن-ییل	۱	۳۳/۵	۶۷%	۶/۳	۱۱	۱۲		۶۱%	۵/۹	۱۳	۱۸	۲۲	۲۹	۳۲						
	۲	۳۵/۵	%۶۷/۳	%۷۱	۶/۷	۱۰	۱۱	%۶۰/۷	%۶۰	۵/۸	۱۴	۱۹	۲۵	۳۰	۳۵					
	۳	۳۱/۵	%۶۴	۶/۲	۱۱	۱۲		%۶۱	۶/۲	۱۲	۱۶	۲۰	۲۵	۲۸						

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 و سواس 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، کاهشی بوده و این روند کاهشی 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 در هر دو مرحله درمان و پیگیری این نمره بیشتر از ۱/۹۶ است. طبق نظر اوغلز، لونن و یونستیل (۲۰۰۱)، اگر قدر مطلق شاخص تغییر

پایا از ۱/۹۶ بزرگ‌تر باشد می‌توان با ۹۵٪ اطمینان گفت که تغییر مشاهده شده در نمرات پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون حاصل تصادف نیست، بلکه تغییر پایدار و واقعی است، یعنی نتایج بدست آمده به لحاظ آماری ( $p < 0.05$ ) معنادار می‌باشند. در صد بیهویت بیماران هم در هر سه مقیاس مربوطه در دامنه ۰٪ تا ۷۰٪ در مرحله درمان و دامنه ۰٪ تا ۷۱٪ در مرحله پیگیری بوده که بر طبق نظر جاکوبسن و تراکس<sup>۱</sup> (۱۹۹۱)، در صد بیهویت بالاتر از ۵۰٪ را می‌توان به عنوان معیاری از موفقیت درمان در نظر گرفت و این سطح از تغییر نشان می‌دهد که تغییر در نمرات متغیرهای وابسته از مرحله خط پایه به مرحله درمان و پیگیری از نظر بالینی نیز معنادار می‌باشد.



نمودار ۱: سیر تغییرات بیمار ۱ در مقیاس‌های بیل-براؤن، افسردگی و اضطراب بک اضطراب بک



نمودار ۲: سیر تغییرات بیمار ۲ در مقیاس‌های بیل-براؤن، افسردگی و اضطراب بک  
نمودار ۱ و ۲ به مقایسه شدت و سواس، افسردگی و اضطراب سه بیمار در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری پرداخته و نشان می‌دهد 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 نتیجه‌گیری

بررسی مقدماتی کارآمدی پروتوكل 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 پروتوكل ترکیبی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بر کاهش علائم وسوسی در مبتلایان به اختلال وسوسی اجباری بود. نتایج این مطالعه نشان داد که این نوع درمان مواجهه‌ای، به کاهش شدت وسوسی انجامد 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 بدست آمده 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 مواجهه‌های منظم، مکرر و طولانی مدت با محک های اضطراب زا همراه با بازداری از پاسخ در درمان ERP، منجر به فراهم سازی فرست هایی برای پردازش (خصوصاً پردازش هیجانی) یکپارچه و مؤثرتر اطلاعات و در نتیجه یادگیری درست درباره خطرات واقعی محک های اضطراب زا می‌گردد (کوچی، ۲۰۲۱). در این راستا، افزودن تکنیک‌های درمانی ACT به درمان ERP می‌تواند انعطاف‌پذیری بیمار برای مواجهه این محک ها را افزایش داده و سبب پذیرش بدون قضاوت تمامی تجارب درونی و به کارگیری بیشتر و با کیفیت تر تکنیک های درمان ERP شود و میل بیمار به خروج از درمان ERP کاهش می‌یابد و دامنه پاسخ‌های احتمالی او در حضور محک‌های اضطراب برانگیز افزایش یافته و اعمالی را در راستای اهداف ارزشمند خویش انجام می‌دهد (توهیگ و همکاران، ۲۰۱۸). در اصل در مدل یکپارچه ACT و ERP درمانگ OCD تشویق نمی‌شود که مجموعه کاملی از تکنیک‌های جدید را یاد بگیرد، بلکه این یکپارچه سازی 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 اجتناب های 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 پروتوكل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ (ACT+ERP) در کاهش علائم وسوسی در مبتلایان به اختلال وسوسی اجباری از کارآمدی مناسبی برخوردار است و از این پروتوكل درمانی می‌توان در کنار سایر پروتوكل های درمانی برای درمان بیماران دارای اختلال وسوسی اجباری استفاده کرد. نمونه‌گیری محدود به یک کلینیک درمانی، استفاده از مردان برای نمونه پژوهش، زمان پیگیری کوتاه مدت و سنجهش نشانه های وسوس توسط خود درمانگ از محدودیت های این پژوهش بوده است. بر این اساس برای نتیجه‌گیری طولانی تر و همچنین سنجش با استفاده از نمونه زنان و مردان، نمونه‌گیری از مراکز درمانی مختلف (بجای یک مرکز)، دوره های پیگیری طولانی تر و همچنین سنجش علائم وسوس قبل و بعد درمان و در دوره های پیگیری توسط یک ارزیاب بی اطلاع از روند درمان، پیشنهاد می‌شود.

## منابع

- آذرآیین، س؛ معماریان، س و فکوری، ۱. (۱۳۹۹). شیوع اختلالات روان پژوهشی و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت شهری جیرفت. *مجله دانشکاه علوم پژوهشی جیرفت*، ۳، ۷، ۴۲۲-۴۳۱.
- امانی، م؛ ابوالقاسمی، ع؛ احمدی، ب و نریمانی، م. (۱۳۹۲). شیوع اختلال وسوسی- جبری در بین زنان ۲۰ تا ۴۰ ساله شهرستان اردبیل. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۵، ۳، ۲۳۳-۲۴۴.
- اکبری، م و حسینی، ز. (۱۳۹۷). فراتحلیل مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، درمان شناختی- رفتاری و درمان های موج سوم در اختلال وسوسی- اجباری. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۲، ۴، ۴۹۰-۴۷۳.
- ایزدی، ر و عابدی، م. (۱۳۹۲). کاهش علائم وسوس در بیماران مبتلا به وسوس فکری- عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد . *محله فیض*، ۱۷، ۳، ۲۸۶-۲۷۵.
- استکتی، گ و پیگت، ت. (۲۰۰۶). اختلال وسوس، ترجمه حبیب الله قاسم زاده (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند.
- برقعی، ش؛ بهرامی، ۵ و روشن، ر. (۱۳۹۹). مقایسه معنویت درمانی دینی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی و تأثیرشان بر بهبود چندش و اختلال افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسوس فکری عملی. *محله روانشناسی و دین*، ۱۳، ۱، ۶۹-۵۶.
- تجلی، ف؛ جاویدی، ح؛ مهریار، ا و میر جعفری، ا. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر افسردگی، اضطراب و تنبیدگی مادران دارای فرزند با نشانه های تضاد ورزی گستاخانه، روانشناسی تحولی: روان شناسان 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 گرایی اختلال شخصیت وسوس جبری، فصلنامه دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی گناباد، ۶، ۲۶، ۳۶-۲۴.
- شیرینی، و؛ اسعدی، م؛ محمدی، م؛ امینی، ه؛ کاویانی، ح؛ سلیمانی، ی؛ شعبانی، ا؛ شهریور، ز؛ داوری آشتیانی، ر؛ حکیم شوشتاری، م؛ صدیق، ا و جلالی روذرسری، م . (۱۳۸۲). پایاپی و قابلیت اجرای نسخه فارسی مصاحبه ساختار یافته تشخیصی (SCID) (DSM-IV). فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۶، ۳-۲۳.
- عیریضی، ح و فراهانی، ح. (۱۳۸۴). روشهای پیشرفتی پژوهش در علوم انسانی (رویکرد کاربردی)، اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- طبیی نائینی، پ؛ محمدخانی، ش؛ اکبری، م و عابدی، م. (۱۳۹۶). تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال وسوس بی‌اختیاری، فصلنامه سلامت روان کودک، ۴، ۳-۹، ۹۱-۱۰۹.
- راجرزی، س؛ متقی پور، ی؛ کامکاری، ک؛ ظهیر الدین، ع و جان بزرگی، م. (۱۳۹۰). پایاپی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسوسی - اجباری بیل - براون، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی پالینی ایران، ۷، ۴-۳۰۳، ۲۹۷-۳۰۳.
- قاسم زاده، ح؛ کرم قدیری، ن؛ شیری‌پی، و؛ نوروزیان، م؛ مجتبایی، ر و ابراهیم‌خانی، ن. (۱۳۸۴). کارکردهای شناختی، نورو پسیکو لوزیک و نورو لوزیک بیماران وسوسی با و بدون علائم افسردگی در مقایسه باهم و با گروه بهنگار. تازه‌های علوم شناختی، ۳، ۷، ۳۸-۵۲.
- کاویانی، ح و موسوی، ا . (۱۳۸۷). ویژگی‌های روان‌سنگی 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 وسوسی، مجله روان‌شناسی پالینی، ۸، ۱، ۲۴-۲۷.
- 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.
- Hauschmidt, 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 پروتوكل 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., Suciu, R., Suciu, 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., & Girlo, C.M. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study:Reliability of axis I and II diagnoses. *Journal of Personality Disorders*, 14(3), 291-299.