رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۲، شماره پیاپی ۷۱، اردیبهشت ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(2), 2022

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

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.

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 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.

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 پژوهش های 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 اختلال های محور یک (SCID-I)، تشخیص اختلال وسواسی اجباری را دریافت کردند، تشکیل می‌دادند که از بین آنها ۳ نفر به شیوه نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای سنجش شدّت وسواس از مقیاس وسواس فکری و عملی ییل- 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 بهبودی و شاخص تغییر پایا استفاده گردید. یافته ها نشان داد که شدت اختلال وسواس، افسردگی و اضطراب بیماران به صورت معناداری (آماری و بالینی) به واسطهٔ استفاده از پروتوکل ترکیبی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ (ACT+ERP) کاهش یافته است؛ بنابراین می توان 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.

واژه های کلیدی: *اختلال وسواسی – اجباری، مواجهه و بازداری از پاسخ، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد*

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.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : آبان ۱۴۰۰** | **پذیرش: دی ۱۴۰۰** | **ویرایش نهایی: اردیبهشت ۱۴۰۱**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.6.5]

مقدمه

اختلال وسواسی- اجباری[1](OCD) با افکار مزاحم و آیین‌مندی‌های رفتاری اجباری که به کاهش اضطراب منجر می شود و اغلب با تخریب کارکرد اجتماعی، تحصیلی و شغلی همراه می‌شود (هاوشیلت، دیر، اسکرودر و موریتز،[2]۲۰۱۹). این اختلال معمولاً از دوران نوجوانی و گاهی از کودکی شروع می‌شود و مـردان و زنـان را تقریباً بـه یـک انـدازه درگیـر می‌کند(آبراموویتز[3]و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعات همه‌گیرشناسی نرخ شیوع سالانه این اختلال را ۱/۲ درصد و نرخ شیوع در طول عمر را ۲/۳ درصد برآوردکرده اند(اوسلند، آرنولد و پرینگشیم[4]، ۲۰۱۸). این میزان در ایران برای مراجعین به مرکز درمانی ۶/۵ درصد (آذرآیین، 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 می روند، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP[5]) سابقهٔ پژوهشی درخشانی را در زمینه درمان اثربخش این اختلال داشته است. به‌طوری‌که امروزه درمانERP به‌عنوان خط اول درمان OCD در کودکان و بزرگسالان شناخته شده و انجمن روان‌شناسی آمریکا[6] آنرا به‌عنوان درمانی جا افتاده[7] و دارای اعتبار تجربی[8]برای این اختلال معرفی کرده است (منجلا و سودهیر[9]، ۲۰۱۹). درمان ERP توسط مه یر[10]در سال ۱۹۶۶ برای اولین بار به‌عنوان 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[11]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(فوآ[12]و همکاران، ۲۰۱۳). مروری بر پژوهش‌هایی که در چند دههٔ اخیر در حوزهٔ روان‌درمانی‌های اختلال وسواسی اجباری شده است، نشانگر بهبود درصد بالایی از بیماران با این روش برای کاهش فراوانی و شدّت نشانه‌های این بیماری می‌باشد (جاکوبی[13]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 حتّی 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[14]،۲۰۱۶). دلیل این اجتناب، عدم پذیرش روند درمان(زابو، تاسکا، کاتیفی و کامپار[15]،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، لوین، توهیگ و کاراکا[16]،۲۰۲۰)، انتظار موفقیت پایین بیمار، عدم ایجاد ارتباط درمانی، انگیزه پایین بیمار (اونگ[17]و همکاران،۲۰۲۰)، بینش و آگاهی بسیار اندک نسبت به بیماری و ناتوانی یا بی‌میلی برای توقف انجام آیین‌ها (فون مایر، دی فرناندز و سوآرز-روکا[18]،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[19]و توهیگ، ۲۰۱۸). به‌این‌ترتیب، می‌توان گفت باوجود اهمیّت ERP، خوگیری حاصل از آن به‌تنهایی 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.6.5]

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[1]، 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 کمّی به موفقیت و پاسخ درمانی و تأکید کمتر روی مسائل مرتبط باکیفیت زندگی و ابعاد آن، این تفکر را شکل داده که در چنین شرایطی، رویکردهای درمانی جدیدی برای این مبتلایان در جهت تحمّل پریشانی، کاهش تردید و افزایش انگیزه برای ادامه درمان، ارتقاء کیفیت زندگی و مقابلهٔ مؤثرتر ضروری است (فوآ و همکاران،۲۰۱۳).

نتایج پژوهش های 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، هاونن، هانسن و کول،[2]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،[3]۲۰۰۸)، توانایی درمان ERP، به صورت مستقل از درمان شناختی رفتاری، درشناسایی و اصلاح باورهای ناکارآمد و همچنین تغییر غیرمستقیم نقایص شناختی بیماران به دلیل مواجهه های طولانی و پی در پی (ریس[4] و همکاران، ۲۰۱۶)، ماندگاری پایین اثر تلفیق مداخلات شناختی با درمان ERP (مورت،[5] توهیگ، روسن فیلد، هیز و کراسک،۲۰۱۲)، تأثیر اندک در پاورهای پایداری که آسیب پذیری اساسی برای بیمار وسواسی ایجاد می کنند(پدیا، سوچیو، سوچیو و آدی لین،[6]۲۰۰۹)،تاکید زیاد آن بر تغییر و کنترل فکر، احساس، میل، خاطرات و رفتار، در حالیکه در بسیاری از موارد کنترل و تغییر آنها میسر نمی باشد(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،[7] 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 افزودن مداخلات شناختی به درمان ERP، تنها برای انواع معینی از وسواس ها (نه همه آنها) که به مواجهه و بازداری از پاسخ کمتر حساس بوده و پاسخ دهنده نیستند، اثربخشی درمان ترکیبی مورد نظر را افزایش می دهند(اولاتنجی، دیویس، پاورز و اسمیتز،[8]۲۰۱۳)

یکی از این رویکردهای درمانی که اخیراً برای اختلال وسواس فکری اجباری در جهت رفع این محدودیت‌ها مطرح شده است درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT[9]) و ترکیب آن با درمان ERP است. درمان ACT یکی از درمان‌های رو به رشد درزمینه‌ی درمان انواع اختلال ها از جمله اختلال OCD است که التقاطی از تکنیک های متنوع شناختی، رفتاری و انگیزشی از جمله جملات متناقض نما، استعاره ها، تمرین های تجربه گرایانه، مداخلات رفتاری و غیره را بکارمی گیرد(هیز، لوین و پلم- ولداگا، ولت، پیستورلو،[10]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 می باشد، از اینرو اعتقاد دارند که تلفیق ACT با ERP نسبت به رویکردهای دیگر درمانی، بهتر می تواند قدرت، شدت، تکرار و تأثیر افکار وسواسی 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 فعالیت های ارزشمند زندگی، بیشتر از ترکیب ERP با مداخلات شناختی، بر جنبه های انگیزشی و هیجانی متأثر یا مؤثر بر OCD تمرکز دارد و بیماران به کمک ACT ، جنبه های هیجانی OCD را بهتر می توانند 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-Vilardaga, Villatte & Pistorello

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.6.5]

دینگ،[1] 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، توجّه آگاهی[2] و گسلش[3] شناختی را انجام دهد؛ رویکردی که برخی درمانگران آنرا مواجهه مبتنی بر ارزش نام‌گذاری کرده‌اند (ویکسل، ملاین و اولسون،[4] 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[5] همکاران(۲۰۱۲)، لی و همکاران(۲۰۱۸)، آرمسترانگ، موریسون[6] توهیگ(۲۰۱۳)، بارنی، فیلد،[7] موریسون و توهیگ(۲۰۱۷)، گلوستر و همکاران (۲۰۲۰)، فیلیپ و چرین[8] (۲۰۲۱)، فانگ و دینگ[9] (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 پرداخته اند 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 پرداخته اند؛ امّا 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 موردبررسی 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 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»[10] 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 (SCID-I)[12]، 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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.6.5]

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[1]SSPS-24 انجام شد و برای این کارعلاوه براستفاده از روش‌های ترسیم نمودار یا تحلیل نمودار گرافیکی، از شاخص درصد بهبودی (ΔA%)[2]، به منظور تعیین معناداری بالینی[3]تغییرات و شاخص تغییر پا یا (RCI[4]) نیز به منظور بررسی معناداری آماری اطلاعات استفاده گردید.

ابزار سنجش

مقیاس وسواسی اجباری ییل- براون[5](Y- BOCS) : این مقیاس توسط گودمن[6] و همکاران در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و به صورت یک مصاحبه نیمه ساختاریافته[7] اجرا می شود. دو بخش دارد. در بخش اول سیاهه نشانه (SC[8]) و بخش دوم مقیاس شدت نشانه (SS[9]) نام دارد. SC شامل ۱۶ گویه و SS شامل ۱۰ گویه می باشد به صورت یک مصاحبه نیمه ساختاریافته اجرا می شود که شدّت و نوع وسواس را (بدون توجه به شمار و محتوی آن) می سنجد. برای کاربرد مقیاس SC، متخصص بالینی ابتدا تعاریف و مثال های وسواس های فکری و عملی را برای بیمار می‌خواند و بعد از بیمار سؤال می کند که در گذشته یا حال، کدام یک از ۳۶ مورد وسواس های فکری مشخص و ۲۳ مورد آیین واره های مشخص را که در فهرستی نوشته شده اند، تجربه کرده است. مقیاس SS نیز، ۵ گویه آن دربارهٔ وسواس ها و ۵ گویه دیگردرباره اجبارهای بیمار می باشد و شدت علایم را بر حسب پنج جنبه مرضی اختلال OCD (فراوانی،[10] تداخل،[11]آشفتگی،[12]مقاومت[13]و کنترل نشانه ها[14]) ارزیابی می کند. هریک از سؤالات، در مقیاس صفر(علامتی وجود ندارد) تا ۴ (علایم شدید) نمره گذاری می شوند و سه نمره شدت و سواسها (۰تا۲۰)، شدت اجبارها (۰تا ۲۰)و نمره کل در دامنه بین صفر تا ۴۰ مشخص می گردد. نمره بین ۸ تا ۱۵ خفیف، ۱۶ تا ۲۳ ملایم، ۲۴ تا ۳۱ شدید، و ۳۴ تا ۴۰ بسیار شدید، ارزیابی می گردد (استگتی و پیگت،[15]۲۰۰۶، ترجمه قاسم زاده،۱۳۸۹). در مطالعه گودمن و همکاران(۱۹۸۹) همسانی درونی در مورد سیاهه نشانه ها، شدت نشانه ها 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 بخشSC وSS 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 مقیاس های SC و SS و همچنین کل آزمون ۰/۹۹ و روایی 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[16]): توسط بک، اپستاین، براون و استیر[17] ۱۹۸۸تدوین شده و برای سنجش شدّت اضطراب استفاده می‌شود. این آزمون دارای ۲۱ گویه می باشد که هر کدام از آنها بازتاب یکی از علائم اضطراب می باشند که معمولاً افرادی که از نظر بالینی

1- Statistical Package for the Social Science-version 24
2 percentage of recovery
3 clinical significance
4 reliable change index (RCI)
5 Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
6 Goodman
7 semi-structured.
8 symptom checklist
9 ceverity Scale
10 frequency
11 intervention
12 distress
13 resistance
14 symptoms control
15 Steketee & Pigott
16 Beck Anxiety Inventory
17 Beck, Epstein, Brown, & Steer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.6.5]

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 می‌کنند و مجموع نمرات آزمودنی ها می‌تواند 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 ۰/۶۲و 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)[1]: این پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه افسردگی بک است که در سال ۱۹۶۱ توسط بک، وارد، مک، مندلسون و ارباف[2] 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 هرکدام از آنها یکی از علائم افسردگی را می سنجند و دامنه نمره کل آزمون بین ه تا ۶۳ می باشد (قاسم زاده و همکاران،۱۳۸۴). نمره بین ۱ تا ۱۰ طبیعی، بین ۱۱تا 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 نیر 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.

مصاحبهٔ ساختاریافته تشخیصی برای اختلال های محور I درDSM-IV[3] (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، گیبسون و ویلیامز[4] سال۱۹۹۷ تدوین شده و دارای دو نسخه می باشد: نسخه بالینی (SCID-CV[5])، 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[6] 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 تشخیص‌های فعلی ۰/۵۲ و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۰/۵۵ بوده است و اکثر مصاحبه‌کنندگان روایی صوری نسخهٔ 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[7] 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، جمع‌آوری اطلاعات و معرفی مفاهیم ACT و

1 Beck Depression Inventory II
2 Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh
3 Structural Clinical Interview for Axis I Disorders
4 First, Spitzer,Gibson &Williams
5 SCID- clinician version
6 Zanarini
7 inter-rater

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.6.5]

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 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 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
جلسه۱:	ایجاد رابطه حسنه با بیمار، بیان قوانین جلسات درمانی و تنظیم قرارداد، جمع آوری 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 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 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 مشاهده گری افکار و اعمال وسواسی همراه با بیان استعاره های مربوطه
جلسه ۵:	بیان استعاره اتوبوس در جهت تفهیم و تکمیل مفاهیم گسلش، ارزشها، کنترل گری 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:	جلسه۶، 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 وسواس توسط بیمار
جلسه ۱۰:	بیان استعاره های شطرنج و ولگرد کوچه در جهت تفهیم 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 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 تشدیدعلائم 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 فرا می خوانند همراه با تمرین مشاهده گری تفکرات وسواسی، ایجاد اختلال در الگوهای وسواسی از طریق مشاهده و به تعویق انداختن آیین های وسواسی و بجای آنها توجه و اجرای اعمالی در جهت ارزشهای خود
جلسه۱۶:	بیان مشکلات درمان ERP+ACT و ارائه راه حل هایی برای هر کدام، شناسایی و تحلیل خطاهای فکری بیمار در مورد درمان و نتایج آن، شناسایی و ارائه راهکارهایی برای اضطراب های مدیریت نشده بیمار، تهیه برنامه پیشگیری از عود OCD

یافته ها

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.6.5]

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

جدول ۲: ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

شاخص	جنسیت	وضعیت تأهل	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 مبتلابه اختلال وسواسی اجباری از نوع شستشو می‌باشند و بین ویژگی‌های جمعیت شناختی آن‌ها تفاوت قابل‌توجهی 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.

جدول۳: شاخص تغییر پایا، درصد بهبودی و درصد بهبودی کلی بیماران در مقیاس های ییل- براون، افسردگی و اضطراب بک

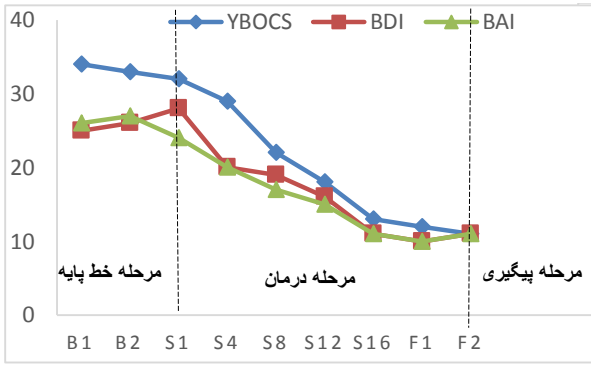
		خط پایه	مرحله درمان								مرحله پیگیری				
مقیاس	بیمار	میانگین	۱	۴	۸	۱۲	۱۶	شاخص تغییر پایا	درصد بهبودی	بهبودی کلی	۱	۲	شاخص تغییر پایا	درصد بهبودی	بهبودی کلی
	۱	۲۵/۵	۲۸	۲۰	۱۹	۱۶	۱۱	۵/۴	٪۵۶		۱۰	۱۱	۴/۳	٪۵۶	
افسردگی	۲	۲۶/۵	۲۴	۲۴	۲۰	۱۷	۸	۶/۸	٪۷۰	٪ ۶۱/۳	۷	۸	۶/۸	٪۷۰	٪ ۶۴
	۳	۲۴/۵	۲۲	۱۹	۱۶	۱۲	۱۰	۵/۸	٪۵۸		۹	۸	۶/۴	٪۶۶	
	۱	۲۶/۵	۲۴	۲۰	۱۷	۱۵	۱۱	۵/۵	٪۵۷		۱۰	۱۱	۵/۲	٪۵۷	
اضطراب	۲	۱۹/۵	۱۷	۱۷	۱۵	۱۲	۹	۵/۲	٪۵۵	٪ ۵۹/۳	۱۰	۹	۵/۱	٪۵۵	٪ ۵۸
	۳	۲۰/۷۵	۱۷	۱۴	۱۲	۹	۷	۶/۴	٪۶۶		۷	۸	۶/۱	٪۶۲	
ییل- 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	٪ ۶۰/۷	۱۱	۱۰	۶/۷	٪۷۱	٪ ۶۷/۳
	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 ییل – براون، افسردگی بک و اضطراب بک نشان داده شده است. با توجه به نمرات میانگین خطوط پایه مقیاس ییل - 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، 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 و در هر دو مرحله درمان و پیگیری این نمره بیشتر از ۱/۹۶ است. طبق نظراوگلز، لونن و بونستیل[1] (۲۰۰۱)، اگر قدر مطلق شاخص تغییر

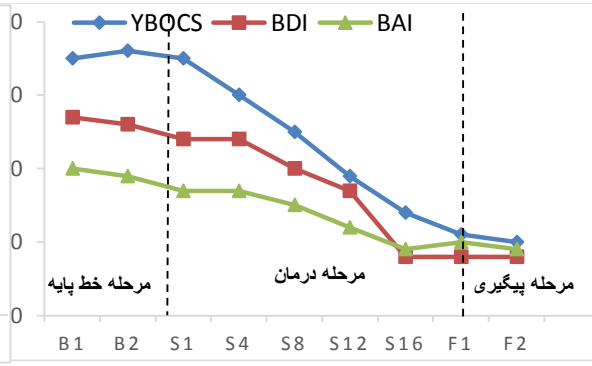
1. Ogels, Lunnen, & Bonesteel

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.6.5]

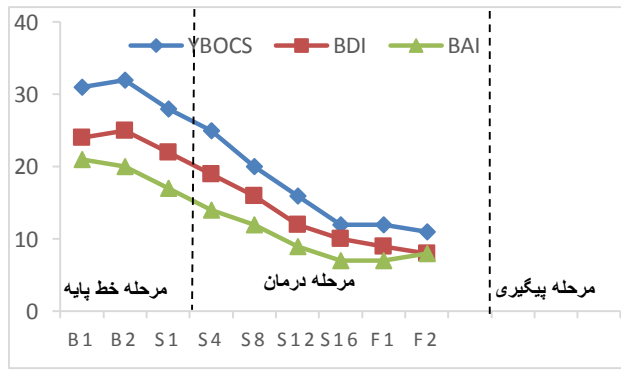
پایا از ۱/۹۶ بزرگ‌تر با شد می‌توان با ۹۵٪ اطمینان گفت که تغییر م شاهده شده در نمرات پس‌آزمون و پیگیری ن سبت به پیش آزمون حا صل ت صادف نی ست، بلکه تغییری پایدار و واقعی ا ست، یعنی نتایج به‌د ست‌آمده به لحاظ آماری ($p<۰,۰۵$) معنادار می‌با شند. در صد بهبودی بیماران هم در هر سه مقیاس مربوطه در دامنه ۵۵٪ تا ۷۰٪ در مرحله درمان و دامنه ۵۵٪ تا ۷۱٪ در مرحله پیگیری بوده که بر طبق نظر جاکوبسن و تراکس[2] (۱۹۹۱)، درصد بهبودی بالاتر از ۵۰ را می‌توان به‌عنوان 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.



نمودار۱: سیر تغییرات بیمار ۱ در مقیاس های بیل- براون، اف سردگی و ا ضطراب بک



نمودار۲: سیر تغییرات بیمار ۲ در مقیاس های بیل- براون، اف سردگی و اضطراب بک



نمودار۳: سیر تغییرات بیمار ۳ در مقیاس های بیل- براون، افسردگی و اضطراب بک

نمودار ۱و۲و ۳ به مقای سه شدت و سواس، اف سردگی و ا ضطراب سه بیمار در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری پرداخته و ن شان می‌دهد که در مراحل درمان و پیگیری نسبت به مرحله خط پایه، نمرات سه بیمار در هر سه مقیاس روند کاهشی دا شته و این کاهش هم قابل‌توجه است.

بحث و نتیجه‌گیری

2. Jacobson & Truax

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.6.5]

هدف از پژوهش حاضر، تعیین کارآمدی پروتکل 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 مواجهه های منظم، مکرر و طولانی مدت با محرک های اضطراب زا همراه با بازداری از پاسخ در درمان ERP، منجر به فراهم سازی فرصت هایی برای پردازش (بخصوص پردازش هیجانی) یکپارچه و مؤثرتر اطلاعات و در نتیجه یادگیری درست دربارۀ خطرات واقعی محرک های اضطراب زا می گردد (کوچی، ۲۰۲۱). در این راستا، افزودن تکنیک‌های درمانی ACT به درمان ERP می‌تواند انعطاف‌پذیری بیمار برای مواجهه این محرک ها را افزایش داده و سبب پذیرش بدون قضاوت تمامی تجارب درونی و به‌کارگیری 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 محرک‌های اضطراب برانگیز 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 یکپارچه سازی به وی کمک می‌کند تا از تکنیک‌هایی که از قبل می‌شناخت با انعطاف پذیری بیشتری استفاده کند (فون مایر و همکاران، ۲۰۱۹)؛ یعنی بجای استفاده سنّتی 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 می توان 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 می توان در کنار سایر پروتوکل های 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 نشانه های وسواس توسط خود درمانگر از محدودیت های این پژوهش بوده است. بر این اساس برای نتیجه‌گیری نهایی، تکرار مطالعه موردی متعدد با استفاده از نمونه زنان و مردان، نمونه گیری از مراکز درمانی مختلف (بجای یک مرکز)، دوره های پیگیری طولانی تر و همچنین سنجش علائم وسواس 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،ا.(۱۳۹۹).شیوع اختلالات روان پزشکی و عوامل جمعیت شناختی مرتبط با آن در مراجعین به مراکز خدمات جامع سلامت شهری جیرفت .*مجله دانشگاه 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 تا۴۰ 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 درمان های 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 برپذیرش و تعهد . *مجله فیض*، ۱۷، ۳، ۲۸۶-۲۷۵.

استکتی،گ و پیگت، ت(۲۰۰۶).اختلال وسواس، ترجمه حبیب الله قاسم زاده(۱۳۸۹).تهران: انتشارات ارجمند.

برقعی، ش؛ بهرامی، ه 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 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: روان شناسان ایرانی*، ۱۷، ۶۵ ، ۹۴-۸۷ .

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.6.5]

تقوی زاده اردکانی، م؛ اکبری، ب؛ حسین خانزاده، ع و مشکبید حقیقی، م. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی –رفتاری و پذیرش و تعهد برکمال گرایی 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؛ شهریور، ز؛ داوری آشتیانی، ر؛ حکیم شوشتری، م؛ صدیق، ا و جلالی رودسری، م . (۱۳۸۲). پایایی و قابلیت اجرای نسخهٔ فارسی مصاحبهٔ ساختاریافته تشخیصی DSM-IV(SCID). *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۶، ۳، ۲۳-۱۰.

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

طیبی 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.

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

قاسم زاده، ح؛ کرم قدیری، ن؛ شریفی، و؛ نوروزیان، م؛ مجتبایی، ر و ابراهیم‌خانی، ن. (۱۳۸۴). کارکردهای شناختی، نورو پسیکو لوژیک و نورو لوژیک بیماران وسواسی با و بدون علائم افسردگی در مقایسه باهم 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 وپذیرش در بهبود مؤلفه های کیفیت زندگی بیماران وسواسی، *مجله روان شناسی 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: psychometr 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-Vilardaga, 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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.6.5]

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).clnical 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 pychology* ,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.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.2.6.5]