

مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان تعهد و پذیرش در بهبود مؤلفه های کیفیت زندگی بیماران وسواسی

تاریخ دریافت: ۹۴/۸/۹

تاریخ پذیرش: ۹۵/۲/۲۵

محمد نریمانی*، معصومه ملکی پیربازاری**، نیلوفر میکائیلی***، عباس ابوالقاسمی****

چکیده

مقدمه: هدف این پژوهش مقایسه اثر بخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان تعهد و پذیرش در بهبود مؤلفه های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس بود.

روش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل همه بیماران مبتلا به وسواس بالای ۱۸ سال بود که در سال ۱۳۹۳ به مراکز مشاوره خصوصی و مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی شهرستان رشت مراجعه کردند. از میان مراجعه کنندگان به این مراکز ۴۵ بیمار مبتلا به وسواس انتخاب و به صورت تصادفی در یکی از گروه های آزمایشی یا کنترل قرار گرفتند. گروه های آزمایشی هشت جلسه درمان ۴۵ دقیقه ای دریافت نمودند. برای جمع آوری داده ها از مقیاس شدت وسواس فکری و عملی بیل-براون و فرم کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی استفاده شد.

یافته ها: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد بین سه گروه در نمرات پس آزمون کیفیت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی تفاوت معنی داری وجود داشت ($P \leq 0/01$). نتایج آزمون توکی نشان داد که در همه مؤلفه های کیفیت زندگی میانگین نمرات «گروه درمان تعهد و پذیرش از گروه درمان مواجهه و بازداری از پاسخ» و «میانگین هر دو گروه درمانی از گروه کنترل» به طور معناداری بیشتر بود ($P \leq 0/05$).

نتیجه گیری: بر حسب نتایج حاصل از این پژوهش درمان تعهد و پذیرش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس را بیشتر افزایش داد. بنابراین متخصصان بهداشت روانی می توانند از این درمان جهت ارتقا کیفیت زندگی بیماران استفاده کنند.

واژه های کلیدی: درمان تعهد و پذیرش، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، اختلال وسواس فکری و عملی، کیفیت زندگی

narimani@uma.ac.ir

maleki@uma.ac.ir

nmikaeili@uma.ac.ir

abolghasemi_44@yahoo.com

* نویسنده مسئول: استاد، گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

** دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

*** دانشیار، گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

**** استاد، گروه روانشناسی دانشگاه گیلان، رشت، ایران

مقدمه

طبقه وسواس فکری- عملی و اختلالات مربوط ششمین طبقه اختلالات در DSM-V هستند. از میان اختلالات این طبقه، اختلال وسواس فکری-عملی^۱ به عنوان یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانشناختی مطرح شده و بعد از فوبیا، سوء مصرف مواد و افسردگی چهارمین اختلال روانشناختی شایع می‌باشد [۱]. این اختلال به وسیله افکار و تصاویر ذهنی ناخواسته و مزاحم که از طرف فرد بی معنی، ناپذیرفتنی و مقاوت ناپذیر تلقی می‌شوند و نیز تمایل به خنثی سازی و جبران این افکار و تصاویر ذهنی، مشخص می‌گردد [۲]. میزان شیوع اختلال وسواس فکری و عملی تقریباً ثابت است. شیوع مادام‌العمر این اختلال در جمعیت عمومی ۲ تا ۳ درصد برآورد شده است. برخی از پژوهشگران برآورد کرده‌اند که این اختلال در ۱۰ درصد بیماران سرپایی درمانگاه‌های روانپزشکی یافت می‌شود. شیوع مادام‌العمر اختلال وسواس فکری و عملی در ایران برای جمعیت عمومی ۱/۸ درصد و در درمانگاه‌های روانپزشکی تا ۶ درصد تخمین زده شده است [۳]. وقتی وسواس درمان نشود تبدیل به شرایط مزمنی می‌شود که حوزه‌های مختلف زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. به عنوان یک پیامد زندگی طولانی با این بیماری، اختلال وسواس فکری و عملی سرانجام بر کیفیت زندگی^۲ بیماران و ادراکشان از رفاه فردی تأثیر می‌گذارد. اگرچه تعریف کلی از کیفیت زندگی وجود ندارد اما این مفهوم معمولاً شامل جنبه‌هایی مثل رفاه روانشناختی، رضایت از زندگی، کارکرد و عملکرد اجتماعی، شرایط زندگی و حمایت اجتماعی است [۴]. سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را مفهومی مشتمل بر ابعاد سلامت جسمی، وضعیت روانی، ارتباطات اجتماعی و شرایط محیطی می‌داند. کیفیت زندگی یک مفهوم ذهنی از احساس خوب بودن و رضایتمندی از تجربیات زندگی است که جنبه‌های مثبت و منفی زندگی را در بر می‌گیرد و بیانگر روشی است که فرد وضعیت سلامت و سایر جنبه‌های زندگی خود را درک کرده و نسبت به آن واکنش نشان می‌دهد [۵]. مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری کیفیت زندگی ضعیف‌تری به ویژه در حوزه‌هایی

نظیر عزت نفس و کار دارند [۶]. نتایج یک پژوهش نشان داد که افراد وسواسی دوست دارند خودشان را از نظر کیفیت زندگی در سطح پایین ارزیابی کنند. همچنین این افراد از نظر اشتغال و وضعیت مالی نسبت به گروه‌های دیگر در سطح پایین قرار دارند [۷]. در پژوهشی گزارش شد مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری اغلب بی‌کار بوده و موقعیت اجتماعی-اقتصادی آشفته‌ای دارند و در ابعاد سلامت روانی که شامل آسیب‌های کارکردی هم می‌باشد، نارسایی دارند [۸]. نتایج تحقیقی نشان داد که در مقایسه با هنجارهای منتشر شده ایتالیایی، افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی در اکثر جنبه‌های کیفیت زندگی نارسایی نشان می‌دهند [۹]. مطالعات نشان دادند بزرگسالان مبتلا به وسواس فکری و عملی نمره کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به گروه کنترل شامل گروه‌های سالم، افسرده و وابسته به هروئین داشتند [۱۰] و [۱۱]. پژوهش بشرپور، مولوی و شیخی نشان داد که کیفیت زندگی بیماران وسواسی پایین‌تر از گروه بهنجار بود [۱۲]. پژوهش غفاری و رضایی نیز بین کیفیت زندگی و گرایش به وسواس همبستگی منفی معناداری نشان داد [۱۳]. از طرفی در طی سه دهه اخیر توجه به کیفیت زندگی به عنوان یک عامل مهم در ارزیابی نتایج درمانی و اثربخشی درمان در بیماری‌های جسمانی و روانی افزایش پیدا کرده است [۱۴]. رویکردهای سنتی برای ارزیابی پیامد درمان یا اثربخشی آن عمدتاً متمرکز بر علائم و نشانه‌های بیماری بوده و کمتر به کیفیت زندگی و مفاهیم مرتبط با آن پرداخته‌اند. هر چند تغییر در میزان علائم و نشانه‌های بیماری لزوماً نشان‌دهنده تغییر در بهبودی فرد نیست [۱۵]. بنابراین بیماران مبتلا به وسواس باید به دنبال درمان‌هایی باشند که بتواند علاوه بر کاهش علائم، کیفیت زندگی آنان را هر چه بیشتر بهبود دهد. درمان اختلال وسواس فکری و عملی به عنوان یک چالش در حوزه درمان روانشناختی مطرح است [۱۶]. یکی از درمان‌های رایج در اختلال وسواس درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ^۳ می‌باشد. از دیدگاه این درمان، رفتارهای اجتنابی بیماران وسواسی مانع رویارویی آنها با افکار وسواسی‌ای می‌شود که با اضطراب ارتباط پیدا کرده‌اند و اعمال وسواسی به این رویارویی خاتمه می‌دهند. هر دو

1- Obsessive and Compulsive Disorder

2- Quality of Life

3- Exposure and Response Prevention

که از درمان حاصل می‌کنند کاهش می‌یابد و این مسأله رضایت از درمان را کاهش می‌دهد [۲۱]. علاوه بر این درمان انواع خاصی از اعمال و سواسی با مواجهه و پیشگیری از پاسخ دشوار دیده شده است؛ اعمالی مثل اعمال و سواسی ناآشکار و احتکار [۱] و [۲۲]. در پاسخ به این محدودیت‌ها نظریه‌های شناختی و شناختی-رفتاری و سواسی پا به عرصه گذاشتند [۲۳] و [۲۴]. متأسفانه با این که توافق زیادی وجود دارد مبنی بر اینکه بعد شناختی عمده‌ای در سواسی دخیل است اما مداخلات شناختی چه به تنهایی و چه در ترکیب با مواجهه از مواجهه موثرتر نبودند [۲۵] و [۲۶]. با این وجود هم رویکردهای شناختی و هم مواجهه منجر به تغییراتی در شکل یا فراوانی افکار و اعمال و سواسی شدند [۱]. گرچه به نظر می‌رسد توافق گسترده‌ای وجود دارد مبنی بر اینکه مواجهه با فکر و سواسی موثرترین مولفه درمان و سواسی است [۲۷] اما تناقضی وجود دارد. شناخت‌ها ظاهراً در سواسی بسیار دخیل هستند اما هدف قرار دادن آنها به طور مستقیم به نظر نمی‌رسد اثربخشی درمان را افزایش دهد و این باعث شده محققان به دنبال روش‌های دیگری برای درمان و سواسی باشند [۲۸]. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۶ (هیز^۷، استروسال^۸ و ویلسون^۹، ۱۳۹۳؛ به نقل از فلکسمن^{۱۰}، بلکلج^{۱۱} و باند^{۱۲}، ۲۰۱۱) به عنوان جایگزینی برای درمان شناختی-رفتاری کلاسیک تدوین شده است [۲۹]. تأکید اصلی درمان تعهد و پذیرش با ادغام مداخلات پذیرش و ذهن آگاهی در راهبردهای تعهد و تغییر، به درمانجویان برای دستیابی به زندگی پرنشاط، هدفمند و با معنا کمک می‌کند. بر خلاف رویکردهای کلاسیک رفتار درمانی شناختی، هدف این درمان تغییر شکل یا فراوانی افکار و احساسات آزارنده نیست، بلکه هدف اصلی آن تقویت انعطاف پذیری روانشناختی^{۱۳} است. مراد از انعطاف‌پذیری روانشناختی توانایی تماس با لحظه لحظه‌های زندگی و تغییر یا تثبیت رفتار است، رفتاری که به مقتضای موقعیت، همسو با ارزش

نوع رفتار اجتناب و اعمال و سواسی بیمار را از رویارویی با افکار و موقعیت‌های برانگیزاننده این افکار باز می‌دارند. به این ترتیب اعمال و سواسی و اجتناب مانع ارزیابی مجدد می‌شوند. اگر این بیماران اعمال و سواسی و اجتناب را متوقف سازند، می‌فهمند که چیزهایی که از آن می‌ترسند، در عمل اتفاق نمی‌افتند. مهمترین جنبه عملی این روش درمانی بازداری از پاسخ است. معمولاً اتفاقی که پس از بازداری از پاسخ می‌افتد این است که ابتدا افزایش چشمگیری در میزان اضطراب و ناراحتی و میل به انجام تشریفات در فرد مبتلا ایجاد می‌شود ولی چنانچه این وضعیت ادامه یابد، اضطراب شدت می‌یابد و سپس کاهش چشمگیری پیدا می‌کند و زمانی که این فرایند بارها تکرار شود، اضطراب و ناراحتی اولیه با هر بار مواجهه از بین می‌رود و زمانی که برای بازگشت فرد از حالت اضطراب به وضعیت طبیعی لازم است، کوتاه تر می‌شود تا جایی که مواجهه احتمالی با محرک اضطراب انگیز دیگر منجر به اضطراب در فرد نمی‌شود [۱۷]. شواهد تجربی متعددی توانسته‌اند موثر بودن این درمان را در قلمرو اختلال و سواسی ثابت کنند. نتایج بررسی‌ها تاکنون نشانگر بهبود ۶۵ تا ۷۵ درصد از بیماران با استفاده از این شیوه است [۱۸]. فوآ^۲، استکله^۳، گریسون^۴، ترنر^۴ و لایتمر^۵ (۱۹۸۴) نتایج هجده پژوهش کنترل شده را تحلیل کرده و به این نتیجه دست یافتند که پس از اجرای روش مواجهه و بازداری از پاسخ نشانه‌های مرضی در ۵۱ درصد بیماران از بین رفته یا بهبود قابل ملاحظه یافته است [۱۹]. بهبود نسبی در ۳۱ درصد موارد مشاهده شده و فقط در ۱۰ درصد از بیماران این روش موثر واقع نشده است. اما این روش محدودیت‌هایی نیز دارد. فوآ^۲، استکله^۳ و گریسون (۱۹۸۳) در پژوهشی دیگر نشان دادند بین ۱۵ تا ۴۰ درصد افراد به مواجهه و بازداری از پاسخ جواب نمی‌دهند [۲۰]. تقریباً ۲۵ درصد افراد مواجهه را رد می‌کنند و ۳ تا ۱۲ درصد دیگر در طول درمان، آن را رها می‌کنند. مراجعانی نیز که انگیزه ضعیفی داشته یا اطلاعات درمانی خوبی ندارند، سودهایی

6 - Acceptance and Commitment Therapy

7- Heyes

8- Strosahl

9- Wilson

10- Flaxman

11- Blackledge

12- Bond

13- Psychological flexibility

1- Foa

2- Steketee

3 -Grayson

4- Turner

5- Latimer

اضطراب، افسردگی، سوء مصرف مواد، وسواس، درد مزمن و ... فراهم کرده‌اند. درمان تعهد و پذیرش توسط توهینگ، هیز و ماسودا (۲۰۰۶) به عنوان درمانی برای وسواس ۴ بیمار مبتلا به وسواس به کار رفت. نتایج کاهش چشمگیری در مقیاس‌های استاندارد وسواس، افسردگی، اضطراب و اجتناب تجربه‌ای را نشان داد [۳۰]. در داخل کشور ایزدی، عسگری، نشاط دوست و عابدی درمان تعهد و پذیرش را به عنوان درمانی برای وسواس در ۵ فرد مبتلا به وسواس بررسی کردند. نتایج کاهش فراوانی و شدت علائم وسواس و همچنین اضطراب و افسردگی در بیماران را نشان داد [۳۱]. بنابراین داده‌های پژوهشی نشان می‌دهند که درمان‌های مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان تعهد و پذیرش در کاهش وسواس‌های فکری و عملی بیماران موثر می‌باشند. اما همان‌طور که گفته شد کاهش علائم بیماران تنها عامل در ارزیابی اثربخشی درمان‌های روانشناختی نمی‌باشد و بهبود کیفیت زندگی از متغیرهای مهم در این زمینه است. همچنین مشخص شده کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به وسواس نسبت به افراد عادی پایین‌تر است، بنابراین درمانی که بتواند کیفیت زندگی این بیماران را بهبود دهد، درمانی کارآمدتر خواهد بود. نگاهی بر پیشینه پژوهشی در این زمینه نشان می‌دهد تاکنون پژوهشی که به طور مستقیم اثر بخشی درمان‌های مواجهه و بازداری از پاسخ و تعهد و پذیرش را در بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس بررسی کند، انجام نشده است. کمبود یافته‌های پژوهشی در این زمینه، پژوهشگران پژوهش حاضر را بر آن داشت تا این دو درمان را از نظر میزان بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس بررسی کنند.

روش

طرح پژوهش: روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد.

آزمودنی‌ها: جامعه پژوهش شامل همه بیماران مبتلا به وسواس بالای ۱۸ سال هستند که در سال ۱۳۹۳ به مراکز مشاوره خصوصی و مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی شهرستان رشت مراجعه کردند. در روش‌های آزمایشی حداقل ۱۵ نفر برای هر گروه توصیه شده است [۳۲] و از آنجا که در این پژوهش دو گروه آزمایش و یک

های فرد باشد. به بیانی دیگر به افراد یاری می‌رساند تا حتی با وجود افکار، احساسات ناخوشایند، زندگی پاداش بخش تری داشته باشند. درمان تعهد و پذیرش چندین ویژگی مجزا و مشخص دارد. از برجسته‌ترین این ویژگی‌ها ارتباط کامل با یک نظریه و پژوهش درباره ماهیت زبان و شناخت انسان یعنی «نظریه چهارچوب ارتباطی»^۱ یا RFT است. این پیوند با قواعد رفتاری بنیادی، به ایجاد مدلی منحصر به فرد و تجربی از عملکرد انسان منجر شده است. مدل مزبور متشکل از شش فرایند درمانی است. فرایندهایی که ارتباط تنگاتنگی با هم دارند. این فرایندها عبارتند از: ۱) پذیرش^۲ در اکت به معنای خواستن هیجان‌ات و تجارب آزارنده، تحمل صرف آنها نیست بلکه تمایل به تجربه رویدادهای ناخوشایند است - یعنی، رویدادهای درونی که در مسیر رفتار همسو با ارزش‌ها قدام علم می‌کنند. بنابراین پذیرش قطب مخالف اجتناب تجربه‌ای - یکی از عناصر اصلی انعطاف‌ناپذیری هیجانی - است، ۲) گسلش یا ناهم‌آمیزی^۳ به معنای شکستن قواعد زبانی به طریقی که باعث شود کلمات مشکل‌آفرین بخش اعظم یا کل معنای خود را از دست بدهند؛ یعنی افکار فقط و فقط واژه‌ها یا افکار شوند نه امور واقعی، ۳) بافتار انگاشتن خویشتن^۴ بدان معنا است که خویشتن برابر با افکار، احساسات و حس‌های بدنی در نظر گرفته نشود بلکه برابر با شخص در نظر گرفته شود، شخصی که این تجارب را داراست یا متوجه آنهاست، ۴) تماس با زمان حال^۵ به معنای عمل کردن با آگاهی کامل از آنچه در لحظه حال روی می‌دهد، می‌باشد، ۵) ارزش‌ها^۶ عباراتی هستند که نشان می‌دهند فرد تمایل دارد چه اوضاع و احوالی را همواره در زندگی‌اش تجربه کند و ۶) تعهد^۷ در بنیادی‌ترین سطح آن، اجرای رفتاری است که به راستی همسو با ارزش‌های فرد است نه قول دادن یا توافق کردن بر سر اجرای آن [۲۹]. تحقیقات اخیر روی درمان تعهد و پذیرش نتایج رضایت‌بخش و دلایل منطقی برای استفاده از آن در کار بالینی و حوزه‌های مختلف مثل

- 1- Relational Frame Theory
- 2- acceptance
- 3- defusion
- 4- self as context
- 5- contact with present moment
- 6- values
- 7- commitment

مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون به ترتیب $I=0/64$ و $I=0/59$ به دست آمد [۳۴]. اعتبار آن همگرا با پرسشنامه-ی وسواسی- جبری مادزلی و $0/78$ گزارش شده است [۳۵].

۲- فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۸ (WHOQOL-BRIEF): پرسشنامه‌های زیادی برای ارزیابی کیفیت زندگی طراحی شده است ولی پرسشنامه‌های کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به علت خصوصیات منحصر به فرد خود مورد توجه بیشتری واقع هستند. ابزار اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی به دو صورت WHOQOL-100 و WHOQOL-BRIEF پس از ادغام برخی حوزه‌ها و حذف تعدادی از سوالات مقیاس ۱۰۰ سوالی ساخته شد. نتایج حاصل از این دو پرسشنامه هم‌خوانی رضایت‌بخشی را در مطالعات مختلف نشان داده‌اند. در این پژوهش فرم WHOQOL-BRIEF به علت کم بودن سوالات و راحتی استفاده انتخاب شده است. این پرسشنامه دارای ۲۶ سوال است. دو سوال در مورد رضایتمندی از سلامت عمومی و درک کلی فرد از کیفیت زندگی خود و بقیه سوال‌ها، احساس و رفتار فرد را در دو هفته اخیر در ابعاد مختلف کیفیت زندگی اندازه‌گیری می‌کنند. در این پژوهش برای نمره‌گذاری این پرسشنامه از روش نمره‌گذاری لیکرت بر اساس درجه‌بندی ۵ تایی استفاده می‌شود (نمره صفر نشانگر درک منفی و کم و نمره ۴ درک مثبت و بالا می‌باشد). در اجرای این پرسشنامه، از بیماران خواسته می‌شود با در نظر گرفتن احساسات و رفتارهای خویش در دو هفته اخیر به سوالات پاسخ دهند. گویه‌هایی که مورد سوال قرار می‌گیرند، در چهار حیطه کلی شامل بعد جسمی، روانشناختی، اجتماعی و بعد محیطی است و جنبه‌های مثبت و منفی کیفیت زندگی را ثبت می‌کنند [۳۶]. در پژوهش نجات، منتظری، هلاکوئی نائینی، محمد و مجدزاده پایایی این مقیاس در حیطه سلامتی فیزیکی $0/77$ ، سلامتی روانی $0/77$ ، در حیطه روابط اجتماعی $0/75$ و در نهایت در حیطه سلامت محیط را برابر $0/84$ به دست آوردند. در همان پژوهش روایی افتراقی این پرسشنامه با

گروه کنترل وجود دارد، نمونه آماری شامل ۴۵ بیمار مبتلا به وسواس می‌باشد که از میان مراجعه‌کنندگان به این مراکز انتخاب شدند و به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های آزمایشی یا کنترل قرار گرفتند. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارتند از: (۱) کسب نمره ۱۶ و بالاتر در مقیاس وسواس فکری-عملی ییل-بروان^۱ (YBOCS؛ ۲) سن بالای ۱۸ سال؛ (۳) حداقل تحصیلات سوم راهنمایی و (۴) رضایتمندی از شرکت در پژوهش. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل (۱) وجود اختلالات روانی همزمان مثل افسردگی، دوقطبی، اسکیزوفرنی، سوء مصرف مواد و عقب ماندگی...؛ دریافت درمان‌های دارویی و روانشناختی در ۶ ماه گذشته می‌باشند. بعد از ارزیابی اولیه، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (گروه آزمایش درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و گروه آزمایش درمان تعهد و پذیرش و گروه کنترل) قرار گرفتند. هر یک از گروه‌های درمانی ۸ جلسه درمان ۴۵ دقیقه‌ای را به صورت هفته‌ای یک بار دریافت کردند و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات درمانی دوباره برای هر سه گروه مقیاس وسواس فکری-عملی ییل-بروان و فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی اجرا شد.

ابزار

۱- مقیاس شدت وسواس فکری و عملی ییل-براون: این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن^۲، پرنس^۳، راسموسن^۴، مازور^۵، فلیسچمن^۶، هیل^۷ و همکاران ساخته شده و ۱۰ ماه دارد که پنج ماده آن متمرکز بر وسواس‌های فکری و ۵ ماده متمرکز بر وسواس‌های عملی است [۳۳]. بالاترین نمره در این مقیاس ۴۰ می‌باشد. در ایران پایایی بین مصاحبه‌کنندگان برای این مقیاس ($r=0/98$)، ضریب همسانی درونی آن ($r=0/89$) و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته ($r=0/84$) گزارش شده است. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسشنامه افسردگی بک و

- 1- Yale- Brown Obsessive Compulsive Scale
- 2- Goodman
- 3- Prince
- 4- Rasmussen
- 5- Mazure
- 6- Fleischman
- 7- Hill

8- The World Health Organization quality of life assessment

عنوان نمونه انتخاب شدند و فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی را پر کردند. قبل از اجرای پژوهش، ماهیت و هدف پژوهش برای شرکت‌کنندگان تشریح شد و به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از آنها محرمانه بوده و نتایج پژوهش بدون ذکر نام و نشان آنها منتشر خواهد شد و هر زمان که بخواهند می‌توانند از پژوهش خارج شوند. پس از اخذ رضایت نامه کتبی، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند: دو گروه به عنوان گروه آزمایشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان تعهد و پذیرش و یک گروه به عنوان گروه کنترل. سپس گروه‌های آزمایشی ۸ جلسه درمان ۴۵ دقیقه‌ای را هفته‌ای یک بار دریافت نمودند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات درمانی دوباره برای هر سه گروه مقیاس وسواس فکری عملی ییل-براون و فرم کوتاه مقیاس کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی اجرا شد. خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات درمان مواجهه و بازداری از پاسخ برگرفته از کتاب استکتی [۳۸] و درمان پذیرش و تعهد برگرفته از کتاب توهینگ [۳۹] در جداول ۱ و ۲ مندرج است.

اختلاف امتیاز افراد سالم و بیمار در خرده مقیاس‌های مختلف بررسی شد که با معنادار شدن ضریب گروه پس از کنترل عوامل مخدوش‌کننده بالقوه با استفاده از رگرسیون خطی تأیید گردید [۳۷].

روند اجرای پژوهش: جهت اجرای پژوهش، ابتدا به تعداد زیادی از مراکز مشاوره خصوصی و همچنین مراکز بهداشتی و درمانی شهری و روستایی شهرستان رشت مراجعه شد. از مسئولان این مراکز خواسته شد لیست بیماران مبتلا به وسواسی را که در گذشته به این مراکز مراجعه کرده‌اند در اختیار پژوهشگران قرار دهند. سپس با بیمارانی که ۱۸ سال به بالا بودند و حداقل تحصیلات سوم راهنمایی داشتند تماس گرفته شد و از آنها خواسته شد که در صورت تمایل در این پژوهش همکاری کنند. با کسانی که حاضر به همکاری شدند و طی ۶ ماه گذشته درمان دارویی یا روانشناختی دریافت نکرده بودند، مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای DSM-V انجام شد. سپس از میان آنان، کسانی که مبتلا به وسواس بوده و اختلالات روانی دیگری مثل افسردگی، دوقطبی، اسکیزوفرنی، سوء مصرف مواد و عقب ماندگی نداشتند، مشخص و مقیاس شدت وسواس فکری و عملی ییل-براون بر روی این افراد اجرا شد و ۴۵ نفر از کسانی که نمره ۱۶ و یا بالاتر داشتند به

جدول ۱) خلاصه جلسات درمان مواجهه و بازداری از پاسخ

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	برقراری رابطه خوب با مراجع و به دست آوردن اطلاعات در مورد سابقه وسواس او و همچنین توضیح سبب شناسی اختلال وسواس و آموزش درمان و بستن قرارداد درمانی
جلسه ۲	تهیه سلسله مراتب از افکار وسواسی و موقعیت‌های مورد اجتناب و طراحی جلسات اول مواجهه و آموزش تکنیک‌های بازداری از پاسخ
جلسه ۳	مواجهه تخیلی با ماده‌های اول سلسله مراتب و کمک به بیمار جهت قطع رفتارهای وسواسی
جلسه ۴	مواجهه با چند ماده بعدی سلسله مراتب، کمک به بیمار جهت توقف رفتارهای وسواسی، بررسی موانع موجود بر سر راه بازداری از پاسخ
جلسه ۵	مواجهه با ماده‌های پایانی سلسله مراتب
جلسه ۶	مواجهه کامل با تمام موارد سلسله مراتب افکار وسواسی و موقعیت‌های مورد اجتناب، کمک به بیمار جهت قطع رفتارهای وسواسی
جلسه ۷	ارزیابی اجتناب از تکالیف خانگی، کنترل موانع موجود بر سر راه بازداری از پاسخ
جلسه ۸	آماده کردن مراجع برای اتمام دوره درمانی و پیشنهاد راهکارهایی برای حفظ نتایج درمان

جدول ۲) خلاصه جلسات درمان تعهد و پذیرش

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	برقراری رابطه خوب با مراجع و به دست آوردن اطلاعات در مورد سابقه وسواس او و ارزیابی زمینه‌هایی که نشانه‌های وسواس در آن اتفاق می‌افتد و بحث در مورد تفاوت افکار و اعمال وسواسی
جلسه ۲	از مراجع خواسته می‌شود تصویری از خود بکشد و مکان افکار و اعمال وسواسی را در آن مشخص کند. معرفی مفهوم «ناامیدی خلاق» و بیان استعاره «مسابقه طناب کشی با غول»
جلسه ۳	مطرح کردن مفهوم «کنترل به عنوان مشکل» و استعاره‌های «چندنگار»، «عاشق شدن» و «کیک شکلاتی» و معرفی مفهوم پذیرش و تمرین «تله انگشت»
جلسه ۴	ارائه مفهوم «گسلش» و تمرین «شیر، شیر، شیر» و استعاره «مغازه خواربار فروشی» و مفهوم پذیرش و استعاره «مسافران اتوبوس»
جلسه ۵	کار روی مفهوم گسلش و تمرین «قدم زدن با افکار» و مفهوم پذیرش و استعاره «دو مقیاس» و تمرین «افکار وسواسی بر روی کاغذ»
جلسه ۶	کار روی مفهوم ارزش‌ها و تمرین «جعبه قلبی شکل» و «خال هدف» و مفهوم پذیرش و استعاره «مهمان مزاحم مهمانی» و فعالیت متعهدانه
جلسه ۷	معرفی مفهوم «در لحظه بودن» و تمرین «شمارش نفس‌ها» و «تماشای افکار بر روی صفحه سینما» و تمرین‌های ذهن آگاهی و استعاره «مریبه مهدکودک» و مفهوم «خود به عنوان بافتار» و استعاره‌های «دستگاه تلویزیون» و «صفحه شطرنج»
جلسه ۸	تمرین ذهن آگاهی «رژه سربازان» و مرور همه این فرایندها با استفاده از استعاره مسافران اتوبوس و بحث در مورد پایان درمان

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایشی ۲۰ درصد مرد و ۸۰ درصد زن و در گروه کنترل ۴۰ درصد مرد و ۶۰ درصد زن هستند. ۴۰ درصد شرکت‌کنندگان در درمان تعهد و پذیرش متأهل و ۶۰ درصد مجرد، در درمان مواجهه و بازداری از پاسخ ۶۶/۷ درصد متأهل و ۳۳/۳ درصد مجرد و در گروه کنترل ۶۰ درصد متأهل و ۴۰ درصد مجرد هستند. ۱۳/۳ درصد شرکت‌کنندگان در درمان تعهد و پذیرش تحصیلات زیر دیپلم، ۵۳/۳ درصد دیپلم، ۳۳/۳ درصد لیسانس داشتند. در گروه مواجهه و بازداری از پاسخ ۱۳/۳ زیر دیپلم، ۴۰ درصد دیپلم، ۴۰ درصد لیسانس و ۶/۷ درصد فوق لیسانس بودند. در گروه کنترل ۳۳/۳ درصد دیپلم، ۵۳/۳ درصد لیسانس و ۱۳/۳ درصد فوق لیسانس بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان در درمان تعهد و پذیرش ۲۸/۱۳، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ ۳۱/۵۳ و گروه کنترل ۳۲/۵۳ بود. میانگین طول مدت بیماری در شرکت‌کنندگان درمان تعهد و پذیرش ۳/۸۷، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ ۴/۸۷ و گروه کنترل ۳/۳۳ بود.

جدول ۳) جدول ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیرها		درمان تعهد و پذیرش		درمان مواجهه و بازداری		کنترل	
		درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	فراوانی
جنسیت	مرد	۲۰/۰	۳	۲۰/۰	۳	۴۰/۰	۶
	زن	۸۰/۰	۱۲	۸۰/۰	۱۲	۶۰/۰	۹
وضعیت تأهل	متاهل	۴۰/۰	۶	۶۶/۷	۱۰	۶۰/۰	۹
	مجرد	۶۰/۰	۹	۳۳/۳	۵	۴۰/۰	۶
تحصیلات	زیر دیپلم	۱۳/۳	۲	۱۳/۳	۲	۰/۰	۰
	دیپلم	۵۳/۳	۸	۴۰/۰	۶	۳۳/۳	۵
	لیسانس	۳۳/۳	۵	۴۰/۰	۶	۵۳/۳	۸
	فوق لیسانس	۰/۰	۰	۶/۷	۱	۱۳/۳	۲
سن	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
		۲۸/۱۳	۷/۳۸	۳۱/۵۳	۱۰/۳۲	۳۲/۵۳	۸/۹۱
	طول مدت بیماری	۳/۸۷	۲/۰۶	۴/۸۷	۱/۶۴	۳/۳۳	۱/۹۸

متغیرها در نمونه نرمال است. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ یک از مولفه‌های کیفیت زندگی معنادار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ($F=۱/۵۴$ ، $P=۰/۰۵۸$)، نتایج آزمون لوین حاکی از عدم معناداری آن برای متغیرهای کیفیت جسمانی ($F=۲/۱۰$ ، $P=۰/۱۳$)، کیفیت روانی ($F=۱/۹۷$ ، $P=۰/۱۵$)، کیفیت اجتماعی ($F=۱/۸۴$ ، $P=۰/۱۷$) و کیفیت محیطی ($F=۲/۰۵$) بود. به عبارت دیگر در هیچ یک از مولفه‌ها از فروض یکسانی واریانس‌ها تخطی نشده است.

استفاده از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) مستلزم رعایت پیش فرض‌های آماری مانند ۱) نرمال بودن، ۲) همگنی واریانس‌ها، ۳) همگنی شیب‌های رگرسیون و ۴) هم خطی چند گانه می‌باشد که مورد تحلیل قرار گرفت. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای کیفیت زندگی با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنف بررسی شد و آماره Z کولموگروف-اسمیرنف برای متغیرهای کیفیت جسمی، روانی، اجتماعی و محیطی به ترتیب برابر با ۰/۷۰، ۰/۹۱، ۱/۳۵ و ۰/۶۱ به دست آمد که در سطح ($P \leq ۰/۰۵$) معنی دار نیست، یعنی توزیع

جدول ۴) میانگین و انحراف استاندارد پیش آزمون و پس آزمون مولفه‌های کیفیت زندگی در سه گروه

متغیر	آزمون	درمان تعهد و پذیرش		درمان مواجهه و بازداری		کنترل	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت جسمانی	پیش آزمون	۲۱/۰۰	۲/۶۱	۲۱/۱۳	۲/۶۱	۲۰/۸۰	۳/۴۰
	پس آزمون	۲۲/۱۳	۲/۵۰	۲۱/۷۳	۲/۶۰	۲۰/۸۷	۳/۰۲
کیفیت روانی	پیش آزمون	۱۸/۵۳	۳/۰۹	۱۸/۸۷	۱/۸۸	۱۹/۲۰	۲/۴۵
	پس آزمون	۱۹/۷۳	۲/۹۸	۱۹/۴۰	۱/۸۸	۱۹/۳۳	۲/۳۸
کیفیت اجتماعی	پیش آزمون	۹/۰۷	۱/۴۸	۹/۴۰	۱/۱۸	۹/۹۳	۱/۳۸
	پس آزمون	۱۰/۲۰	۱/۳۷	۱۰/۱۳	۱/۲۴	۱۰/۰۰	۱/۲۵
کیفیت محیطی	پیش آزمون	۲۴/۳۳	۳/۳۰	۲۴/۶۰	۲/۱۶	۲۴/۴۰	۳/۷۹
	پس آزمون	۲۵/۴۰	۳/۳۵	۲۵/۲۰	۲/۴۲	۲۴/۴۰	۳/۹۶

بازداری از پاسخ در پس آزمون نسبت به پیش آزمون افزایش یافته است.

با توجه به جدول چهارم، میانگین مولفه‌های کیفیت زندگی در هر دو گروه درمان تعهد و پذیرش و درمان مواجهه و

جدول ۵) تحلیل کواریانس چند متغیره عضویت گروهی بر مولفه‌های کیفیت زندگی

متغیر وابسته	منبع تغییر	Df	میانگین مجدورات	F	Sig	اندازه اثر
کیفیت جسمانی	پیش آزمون	۱	۱۳۰/۲۷	۳۴۳/۱۱	۰/۰۰۰	۰/۹۵۵
	عضویت گروهی	۲	۳/۵۳	۹/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۳۲۹
کیفیت روانی	پیش آزمون	۱	۱۴۵/۵۶	۶۲۰/۳۲	۰/۰۰۰	۰/۹۴۲
	عضویت گروهی	۲	۴/۲۱	۱۸/۰۷	۰/۰۰۰	۰/۴۸۷
کیفیت اجتماعی	پیش آزمون	۱	۵۷/۲۶	۲۷۵/۴۶	۰/۰۰۰	۰/۸۷۹
	عضویت گروهی	۲	۳/۳۳	۱۶/۰۶	۰/۰۰۰	۰/۴۵۸
کیفیت محیطی	پیش آزمون	۱	۲۵۳/۶۹	۱۰۸۸/۸۳۴	۰/۰۰۰	۰/۹۶۶
	عضویت گروهی	۲	۴/۴۶	۱۹/۱۴	۰/۰۰۰	۰/۵۰۲

و (F=۱۸/۰۷، کیفیت اجتماعی (P ≤ ۰/۰۱ و F=۱۶/۰۶) و کیفیت محیطی (P ≤ ۰/۰۱ و F=۱۹/۱۴) تفاوت معنی داری وجود دارد.

برای مشخص شدن اینکه بین گروه‌ها چه مقدار تفاوت وجود دارد از آزمون تعقیبی توکی استفاده شده است که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌گردد.

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره نشان داد تفاوت معنی داری بین سه گروه در نمرات پس آزمون وجود دارد (P ≤ ۰/۰۱ و F=۷/۶۷). جدول شماره پنج تفاوت سه گروه را به طور جداگانه در مولفه‌های کیفیت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی نشان می‌دهد. همانطور که مشاهده می‌شود بین سه گروه در نمرات پس آزمون کیفیت جسمانی (P ≤ ۰/۰۱ و F=۹/۳۰)، کیفیت روانی (P ≤ ۰/۰۱)

جدول ۶) آزمون توکی برای مقایسه میانگین سه گروه در مولفه‌های کیفیت زندگی

متغیر	گروه	تعهد و پذیرش		مواجهه و بازداری		کنترل	
		تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری	تفاوت میانگین	سطح معناداری
کیفیت جسمانی	تعهد و پذیرش	-	-	-۰/۴۹۴	۰/۰۳۵	-۱/۰۱۸	۰/۰۰۰
	مواجهه و بازداری	۰/۴۹۴	۰/۰۳۵	-	-	-۰/۵۲۴	۰/۰۲۸
	کنترل	۱/۰۱	۰/۰۰۰	۰/۵۲۴	۰/۰۲۸	-	-
کیفیت روانی	تعهد و پذیرش	-	-	-۰/۶۷۵	۰/۰۰۱	-۱/۱۰۳	۰/۰۰۰
	مواجهه و بازداری	۰/۶۷۵	۰/۰۰۱	-	-	-۰/۴۲۷	۰/۰۲۳
	کنترل	۱/۱۰	۰/۰۰۰	۰/۴۲۷	۰/۰۲۳	-	-
کیفیت اجتماعی	تعهد و پذیرش	-	-	-۰/۳۵۷	۰/۰۴۰	-۰/۹۷۹	۰/۰۰۰
	مواجهه و بازداری	۰/۳۵۷	۰/۰۴۰	-	-	-۰/۶۲۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۰/۹۷۹	۰/۰۰۰	۰/۶۲۳	۰/۰۰۱	-	-
کیفیت محیطی	تعهد و پذیرش	-	-	-۰/۵۰۴	۰/۰۰۷	-۱/۱۴۲	۰/۰۰۰
	مواجهه و بازداری	۰/۵۰۴	۰/۰۰۷	-	-	-۰/۶۳۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۱/۱۴۲	۰/۰۰۰	۰/۶۳۸	۰/۰۰۱	-	-

میانگین نمرات گروه کنترل به طور معناداری بیشتر است (P ≤ ۰/۰۵).

بحث

اختلال وسواس فکری و عملی با مشکلات بالینی زیادی مرتبط است. از مهمترین این موارد، تأثیر این اختلال بر

نتایج آزمون توکی در جدول شماره ۶ نشان می‌دهد که در مولفه‌های کیفیت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی میانگین نمرات درمان تعهد و پذیرش از میانگین نمرات درمان مواجهه و بازداری از پاسخ به طور معناداری بیشتر است. همچنین میانگین نمرات هر دو گروه درمانی از

تنظیم افکار وسواسی (و اضطراب و ترس مرتبط با آن) عمدتاً آن چیزی است که وسواس را تبدیل به یک اختلال می‌کند. تلاش‌ها برای تنظیم این تجارب درونی (مثل اعمال وسواسی) نتیجه معکوس دارد و به جای افزایش کیفیت زندگی منجر به کاهش آن می‌شود. در واقع اختلالاتی مثل وسواس که در آن افراد مایل نیستند با تجارب درونی منفی خود در تماس قرار بگیرند و تلاش می‌کنند تا شکل یا فراوانی وقایع درونی یا بافتی را که این وقایع در آن برانگیخته شده‌اند تغییر دهند، منجر به کاهش کیفیت زندگی می‌شوند. بسیاری از افراد مبتلا به وسواس فکر می‌کنند برای اینکه کیفیت زندگی خود را بالا ببرند، ابتدا باید افکار وسواسی و اضطراب خود را کاهش دهند. اما این چیزی نیست که درمانگر تعهد و پذیرش آن را حمایت و تأیید کند. درمانگر تعهد و پذیرش معتقد است غیر از کاهش افکار وسواسی و اضطراب، راه‌های دیگری برای افزایش کیفیت زندگی وجود دارد. برای حرکت به جلو و پیشرفت حتماً لازم نیست بر علیه افکار وسواسی جنگید. درمان تعهد و پذیرش کارکرد افکار وسواسی را تغییر می‌دهد و این تغییر کارکرد در خدمت افزایش کیفیت زندگی قرار می‌گیرد [۴۴]. همچنین تحلیل کوارانس و آزمون تعقیبی کمترین تفاوت معنادار نشان داد که درمان تعهد و پذیرش نسبت به درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بر بهبود مولفه‌های جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی کیفیت زندگی موثرتر بود. در تبیین برتری درمان تعهد و پذیرش بر درمان مواجهه و بازداری از پاسخ باید گفت درمان تعهد و پذیرش با افزایش سطح پذیرش و کاهش بازداری فکری از میزان استرس افراد مبتلا به وسواس که منجر به استرس فیزیولوژیکی و درد و ناراحتی بدنی می‌شود می‌کاهد. همچنین درمان تعهد و پذیرش با افزایش گسلش شناختی و پذیرش آگاهانه به بیماران مبتلا به وسواس کمک می‌کند تا افکار وسواسی را به روش جدیدی تجربه کنند و با این افکار که قبلاً به دنبال اجتناب از آنها بودند، درگیر شوند و آنها را بپذیرند. کاهش درد جسمانی و کاهش اجتناب از افکار وسواسی و به کار بردن انرژی خود در جهت حرکت به سمت ارزش‌ها نه مبارزه با افکار وسواسی منجر به افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس می‌شود [۴۵]. اما مکانیسم عمل درمان مواجهه و بازداری از پاسخ

کیفیت زندگی این بیماران و فعالیت‌های روزمره آنان است. اختلال وسواس فکری-عملی به ویژه جوانان را تحت تأثیر قرار می‌دهد یعنی کسانی که باید سطح انرژی زیادی برای فعالیت در همه حوزه‌های زندگی داشته باشند. همچنین همراهی وسواس با اختلالات روانی دیگر به طور معناداری کیفیت زندگی این بیماران را بدتر می‌کند. با توجه به متغیرهای اجتماعی و اقتصادی، بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی بیکاری بیشتر، میانگین درآمد و پیشرفت تحصیلی کمتر و وابستگی بیشتر به پرداخت‌ها و کمک هزینه‌های دولتی دارند [۴۰]. بنابراین با توجه به تأثیر عمیقی که این اختلال بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس می‌گذارد، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان تعهد و پذیرش بر بهبود مولفه‌های کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس انجام شد. نتایج تحلیل کوارانس چند متغیری و آزمون تعقیبی توکی نشان داد که درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بر بهبود همه مولفه‌های کیفیت زندگی یعنی کیفیت جسمانی، روانی، اجتماعی و محیطی موثر است. تاکنون پژوهشی که اثر درمان مواجهه و بازداری از پاسخ را بر کیفیت زندگی بیماران بسنجد، انجام نشده است. بنابراین نمی‌توان نتایج این پژوهش را با نتایج پژوهش‌های دیگر مقایسه کرد و این لزوم پژوهش در این زمینه را به خوبی روشن می‌کند. این یافته را می‌توان این گونه توجیه کرد که درمان مواجهه و بازداری از پاسخ منجر به کاهش افکار و اعمال وسواسی بیماران می‌شود [۴۱] و [۴۲] و نداشتن علائم بیماری تا حدی کیفیت زندگی بیماران را بهبود می‌بخشد. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان تعهد و پذیرش بر بهبود همه مولفه‌های کیفیت زندگی اثربخش بود. این نتایج با نتایج پژوهش مختاری داوودلی (۱۳۹۳) که بر روی بیماران مبتلا به وسواس شستشو انجام شده بود، همسو می‌باشد [۴۳]. برای تبیین این نتیجه می‌توان گفت توانایی‌های شناختی دو باور را در افراد مبتلا به وسواس ایجاد می‌کند: ۱) تجاربی درونی که منفی ارزیابی شده‌اند، خطرناک هستند، ۲) این تجارب منفی خطرناک باید حذف شده یا کنترل شوند. گاهی اوقات مفید است هیجان‌ها را کنترل کرد اما این قانونی نیست که در همه موقعیت‌ها به کار رود. در حقیقت تلاش برای کنترل یا

epilepsy living in the community. *J Paediatr Child Health*. 2004; 40(3): 110-13.

6- Norberg MM, Calamari JE, Cohen RJ, Reiman BC. Quality of Life in Obsessive-compulsive disorder: An Evaluation of Impairment and a Preliminary Analysis of the ameliorating Effect of Treatment. *Depress Anxiety*. 2007; 25(3): 248-59.

7- Karno M, Golding JM, Soreson SB, Burnam MA. The Epidemiology of Obsessive Compulsive Disorder in Five US Communities. *Arch Gen Psychiatry*. 1988; 45(12): 1094-9.

8- Koran LM, Thienemann ML, Davenport R. Quality of Life for Patients with Obsessive-compulsive Disorder. *Am J Psychiatry*. 1996; 153(6): 783-8.

9- Albert U, Maina G, Bgetto F, Chiarle A, Mataix-Col D. Clinical Predictors of Health-related Quality of Life in Obsessive-Compulsive Disorder. *Compr Psychiatry*. 2010; 51(2): 193-200.

10- Bobes J, Gonzalez MP, Bascaran MT, Arango C, Saiz PA, Bousoño M. Quality of life and disability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2001; 16(4): 239-45.

11- Fontenelle IS, Fontenelle LF, Borges MC, Prazeres AM, Range BP, Mendlowicz MV, et al. Quality of life and symptom dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res*. 2010; 179(2): 198-203.

12- Basharpour, S, Molavi, P, Sheikhi S. Comparison of Satisfaction and Quality of Life in People with Obsessive Compulsive Disorder and other Anxiety Disorders and Normal People. *Orumia Med J*. 2013; 23(6): 597-605. [Persian]

13- Ghaffari M, Rezaei A. Correlation of marital satisfaction and quality of life with life skill and obsessive-compulsive tendency among Payam-e-Noor University students. *Med Sci J Islam Azad Univ*. 2013; 23(2): 140-7. [Persian]

14- Karow A, Reimer J, Schäfer I, Krausz M, Haasen C, Verthein U. Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug Alcohol Depend*. 2010; 112(3): 209-15.

15- Maremmani I, Pani PP, Pacini M, Perugi G. Substance use and quality of life over 12 months among buprenorphine maintenance-treated and methadone maintenance-treated heroin-addicted patients. *J Subst Abus Treat*. 2007; 33(1): 91-8.

16- Akrami N, Kalantari M, Oreyzi HR, Abedi MR, Marooff M. Comparison of the effectiveness of behavioral-cognitive & behavioral-meta cognitive approaches in patients with obsessive and compulsive disorder (OCD). *J Clin Psychol*. 2010; 2(6): 59-71.

17- Abedi MR, Mokammeli Z. Efficacy of Group Exposure and Prevention Therapy to reduce Symptoms of Obsessive and Compulsive Disorder. *Couns Res Dev*. 2007; 6(22): 57-72. [Persian]

به این صورت است که بیمار را با افکار وسواسی مواجهه می‌سازند و سپس مانع انجام عمل وسواسی می‌شوند. با متوقف کردن اعمال وسواسی، بیماران می‌فهمند چیزهایی که از آن می‌ترسند، در عمل اتفاق نمی‌افتند. در نتیجه مواجهه احتمالی با محرک اضطراب انگیز و وسواسی دیگر منجر به اضطراب در فرد نمی‌شود. در فرایند مواجهه و بازداری از پاسخ درمان محدود به افکار وسواسی و موقعیت‌های اجتنابی است و روی اضطراب‌ها و مشکلات بیمار در حوزه‌های دیگر کار نمی‌شود در حالی که درمان تعهد و پذیرش اگرچه وسواس‌های فکری و عملی بیماران را کاهش می‌دهد اما تأکید بر کاهش علائم نیست بلکه بیشتر روی پذیرش و انعطاف‌پذیری روانشناختی بیمار کار می‌شود و در نتیجه باعث افزایش خزانه رفتاری فرد در اکثر موقعیت‌های اضطراب‌زا می‌شود. به همین دلیل کیفیت زندگی در درمان تعهد بیشتر افزایش یافته است. از محدودیت‌های این پژوهش عدم انجام مطالعات پیگیری می‌باشد که به دلیل محدودیت زمانی امکان پذیر نبود. بنابراین اطلاعاتی در دسترس نیست که نشان دهد در درازمدت تغییرات ایجاد شده پایدار بوده اند یا خیر. با توجه به اینکه بر اساس یافته‌های این پژوهش درمان تعهد و پذیرش موثرتر از مواجهه و بازداری از پاسخ بود، پیشنهاد می‌شود از این روش به عنوان روشی موثر برای افزایش کیفیت زندگی بیماران وسواسی در مراکز مشاوره و روان درمانی استفاده شود.

منابع

- 1- Clark DA. *Cognitive Behavioral Therapy for OCD*. New York: The Guilford Press. 2004.
- 2- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5*, 5th ed. Trans. Yahya Seyed Mohammadi. Tehran: Ravan. Publication. 2013. [Persian]
- 3- Sheikhmoonesi F, Hajheidari Z, Masoudzadeh A, Ali Mohammadpour R, Mozaffari M. Prevalence and Severity of Obsessive-Compulsive Disorder and their Relationships with Dermatological Diseases. *Acta Med Iran*. 2014; 52(7): 511-14.
- 4- Torresan RC, Ramos-Cerqueira AT, de Mathis MA, Diniz JB, Ferrao YA, Miguel EC, et al. Sex differences in the phenotypic expression of obsessive-compulsive disorder: an exploratory study from Brazil. *Compr Psychiatry*. 2009; 50(1): 63-9.
- 5- Benavente A, Morales B, Rubio EA and Rey JM. Quality of life in adolescents suffering from

- Disorder. Zahedan J Res Med Sci. 2012; 14(10): 20-6. [Persian]
- 32- Delavar A. Theoretical and practical basics of research in human and social science. Tehran: Roshd Publication; 2011. [Persian]
- 33- Goodman WK, Prince LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Development, Use, and Reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989; 46(11):1006-11.
- 34- Dadfar M, Bolhari J, Malakooti K, Bayanzade SA. Prevalence of obsessive compulsive symptoms. J Psychiatry Clin Psychol. 2001; 7(1):27-32. [Persian]
- 35- Dadfar M. Comorbidity of personality disorder and obsessive compulsive disorder [Dissertation]. Tehran: Psychiatry Institute; 1998. [Persian]
- 36- Sotodeh-Asl N, Neshat-Dust HT, Kalantari M, Talebi H, Khosravi A R. Comparison of Effectiveness of Two Methods of Hope Therapy and Drug Therapy on the Quality of Life in the Patients with Essential Hypertension. J Clin psychol. 2010; 1(5): 27-34.
- 37- Nejat S, Montazeri A, Holakue Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh S. The Word Health Organization quality of life (WHOQOL-BREIF) questionnaire: Translation and Validation Study of Iranian Version. J Public Health Inst Public Health Res. 2006; 4(4): 1-12.
- 38- Stekette GS. Treatment of obsessive compulsive disorder. Trans. Abbas Bakhshipoor and Majid Mahmood Aliloo. Tehran: Ravan Pooya Publication; 1997. [Persian]
- 39- Twohing MP. Acceptance and Commitment Therapy for Obsessive and Compulsive Disorder: Treatment Manual. Reno, NV: Context Press. 2004.
- 40- Rodriguez B, Dolengevich H, Arrojo M, Castelli P, Navio M, Perez MM and et al. Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. BMC Psychiatry. 2006; 6(20): 1-7.
- 41- Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. Behav Res Ther. 2005; 43 (12): 1559-76.
- 42- Abolghasemi Sh, Safar yazdi N. A comparison of the effectiveness of confrontation technique with response inhabitation and flooding technique on ablutomania of patients with OCD. q J Health BRZ. 2012; 1(1): 31-4. [Persian]
- 43- Mokhtari Davoodly M. The Effectiveness of Group Therapy Based on Acceptance and commitment Therapy to Reduction in Thought and Action Fusion, Thought Suppression and increase quality of life of people with compulsive [Dissertation]. Mashhad: Ferdosi University of Mashhad; 2014. [Persian]
- 44- Twohing MP. The Application of Acceptance and Commitment Therapy to Obsessive-Compulsive Disorder. Cogn Behav Pract. 2009; 16(1): 18-28.
- 45- Narimani M, Alamdari E, Abolghasemi A. The Study of The Efficiency of Acceptance and Commitment-Based Therapy on the Quality of Infertile Women's Life. J Fam Couns Psychother. 2014; 4(3): 388-404
- 18- Riggs D, Foa E. Obsessive-compulsive disorder. In D.H. Barlow (Ed.), Clinical Handbook of psychotherapy: A step-by-step treatment manual (PP.189-239). New York: The Guilford Press; 1993.
- 19- Foa EB, Steketee G, Grayson JB, Turner RM, Latimer PR. Deliberate exposure and blocking of obsessive compulsive rituals: Immediate and long-term effects. Behav Ther. 1984; 15, 450-72.
- 20- Foa EB, Steketee G, Grayson JB. Treatment of obsessive compulsives: When do we fail? In: Foa EB, Emmelkamp PM editors. Failures in behavior therapy. New York: Wiley; 1983: 10-34.
- 21- Foa EB, Franklin ME, Kozak MJ. Psychosocial treatments for obsessive compulsive disorder: Literature review. In: Swinson RP, Anthony MM, Rachman S, Richter A, editors. Obsessive-compulsive disorder: Theory, research, and treatment. New York: The Guilford Press; 1998: 258-76.
- 22- Salkovskis PM, Westbrook D. Behavior therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? Behav Res Ther. 1989; 27(2): 149-60.
- 23- Salkovskis PM. Obsessional -compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. Behav Res Ther. 1985; 23: 549-52.
- 24- Rachman SA. Cognitive theory of obsessions: Elaborations. Behav Res Ther. 1998; 36: 385-401.
- 25- Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. J Consult Clin Psychol. 1997; 65(1): 44-52.
- 26- Franklin ME, Abramowitz JS, Bux DA, Zoellner LA, Feeny NC. Cognitive behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Prof Psychol Res Pract. 2002; 33: 162-8.
- 27- Abramowitz JS. Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. Behav Ther. 1996; 27: 583-600.
- 28- Clark DA. Focus on "cognition in cognitive behavior therapy for OCD: It is really necessary? Cog Behav Ther. 2005; 34: 131-9.
- 29- Flaxman PE, Blackledge JT, Bond FW. Acceptance and Commitment Therapy: Distinctive Features. Trans. Mosleh Mirzaie and Saman Nonahal. Tehran: Arjmand publication, 2013. [Persian]
- 30- Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for Obsessive Compulsive Disorder. Behav Ther. 2006; 37(1): 3-13.
- 31- Izadi R, Asgari K, Neshatdust HT, Abedi M. Case Study of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Frequency and Severity of Obsessive Symptoms in Obsessive- Compulsive

Appraisal of Effectiveness and Comparison of Exposure and Response Prevention Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-Based Training on Improving of Obsessive and Compulsive Disorder Patients' Components of Life Quality

Narimani, M. *Ph.D., Maleki-Pirbazari, M. Ph.D student., Mikaeili, N. Ph.D., Abolghasemi, A. Ph.D.

Abstract

Introduction: This study aimed to appraisal of effectiveness and comparison of exposure and response prevention therapy and acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on improving of obsessive and compulsive disorder patients' components of life quality.

Method: This study was quasi-experimental with pretest- posttest and control group. The statistical population included all obsessive and compulsive disorder patients aged over 18 years old who referred to private counseling centers and urban and rural health centers in Rasht in 2014. 45 patients with obsessive and compulsive disorder were selected from those who referred these centers and were divided into the experimental groups and the control group randomly. The experimental groups received eight sessions of 45-minutes. Yale-Brown Obsessive and Compulsive Scale and brief form of World Health Organization quality of life assessment were used to collect data.

Results: The results of multiple analysis of covariance indicated that there was a significant difference among three groups in posttest scores of physical, psychological, social and environmental quality ($P \leq 0.01$). The Results of Tukey test showed that the mean score for acceptance and commitment therapy (ACT)-based training was significantly more than the mean score for exposure and response prevention in all components. Likewise, the mean score of both experimental groups were significantly more than the mean score of the control group ($P \leq 0.05$).

Conclusion: According to the results of this study, acceptance and commitment therapy (ACT)-based training more increased in quality of life. Thus, mental health experts can use this therapy for increasing patients' quality of life.

Keywords: acceptance and commitment therapy (ACT)-based training, exposure and response prevention, obsessive and compulsive disorder, quality of life

*Correspondence E-mail:
narimani@uma.ac.ir