

مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به شیوه گروهی بر کاهش شدت علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی
 عبدالله هاشمی جشنی^۱، رسول روشن^۲، حسن احدی^۳

Compare the efficacy of exposure therapy and prevention of response and group acceptance and commitment therapy in reducing the severity of symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder

Abdollah Hashemi Jashni¹, Rasoul Roushan², Hasan Ahadi³

چکیده

زمینه: تحقیقات متعددی پیرامون تأثیر دو درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی انجام شده است اما در رابطه با مقایسه تأثیر این دو درمان با یکدیگر بر کاهش شدت علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی شکاف تحقیقاتی وجود دارد. **هدف:** مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و درمان پذیرش و تعهد به شیوهی گروهی بر کاهش شدت علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی بود. **روش:** این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود، جامعه آماری شامل کلیه بیماران اختلال وسواس فکری - عملی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۷ بود. ۶۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (۲۰ نفری) دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش عبارتند از: آزمون وسواس - اجبار مادزلی: هاجسون و راجمن (۱۹۷۷)، جلسات درمانی تعهد و پذیرش (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۵) و جلسات درمانی مواجهه سازی و پیشگیری از پاسخ (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۵). داده های پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس تحلیل شد. **یافته ها:** در تمام علائم اختصاصی (آلودگی، بررسی، شک و تردید و کنترل تکانه) بین گروه ها در پس آزمون تفاوت معنادار وجود داشت. هر دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری را نشان دادند. اما گروه درمانی مواجهه و جلوگیری از پاسخ، نسبت به مداخله اکت کاهش بیشتر و معناداری را داشته است ($P < 0/001$). **نتیجه گیری:** دو درمان، مواجهه و جلوگیری از پاسخ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد علائم بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی را کاهش دادند. **واژه کلیدها:** درمان پذیرش و تعهد، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، علائم بیماران، اختلال وسواس فکری و عملی

Background: Numerous researches have been done on the effect of two exposure and response prevention and acceptance and commitment-based treatment on depression and quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder but compared the effect of these two treatments on reducing the severity of symptoms. Obsessive-Compulsive Disorder There is a research gap. **Aims:** The aim of this study was to compare the efficacy of exposure therapy and prevention of response and group acceptance and commitment therapy in reducing the severity of specific symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. **Method:** This was a quasi-experimental study with pre-test and post-test design with control group. Statistical population included all patients with obsessive-compulsive disorder referring to counseling centers in Shiraz in 2018. Sixty subjects were selected by purposive sampling method and were randomly divided into three groups (20 persons), two experimental groups and one control group. Research instruments include: Obsessive-Compulsive Disability Test: Hodgson & Rachman (1977), Commitment and Acceptance Therapy Sessions (Narimani et al., 2016), and Exposure and Response Prevention Therapy Sessions (Narimani et al., 2016). The data were analyzed using analysis of covariance. **Results:** There was a significant difference between the two groups in the post-test in all specific symptoms (infection, examination, suspicion and impulse control). Both groups showed a significant decrease compared to the control group. However, exposure therapy and response prevention group had a significant and significant decrease compared to the intervention ($P < 0/001$). **Conclusions:** Two treatments, exposure and response prevention and treatment based on acceptance and commitment, reduced the symptoms of patients with obsessive-compulsive disorder. **Key Words:** Acceptance and commitment therapy, exposure and response prevention, patient symptoms, obsessive-compulsive disorder

Corresponding Author: rasolroshan@yahoo.com

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد واحد علوم تحقیقات تهران، تهران، ایران

^۱ Ph.D Student in Psychology, Islamic Azad University, Tehran Central Branch, Tehran, Iran

^۲ استاد، گروه روانشناسی دانشگاه شاهد، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ Professor, Department of Psychology, Shahed University, Tehran, Iran (Corresponding Author)

^۳ استاد، گروه روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

^۳ Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabaie University, Tehran, Iran

پذیرش نهایی: ۹۹/۰۲/۱۱

دریافت: ۹۸/۱۲/۲۴

مقدمه

طبقه وسواس فکری - عملی^۱ مربوط به ششمین طبقه اختلالات DSM-V هستند، از میان این طبقه، اختلال وسواس فکری - عملی به عنوان یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات روانشناختی مطرح شده و بعد از فوبیا سوء مصرف مواد و افسردگی چهارمین اختلال شایع می‌باشد، این اختلال به وسیله افکار و تصاویر ذهنی ناخواسته و مزاحم که از طرف فرد بی‌معنی، ناپذیرفتنی و مقاومت ناپذیر تلقی می‌شوند و نیز تمایل به خنثی‌سازی و جبران این افکار و تصاویر ذهنی، مشخص می‌گردد (نریمانی، ملکی پیربازاری، میکائیلی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۵). اختلال وسواس بیماری مزمن و ناتوان‌کننده با نرخ شیوع تخمینی ۱٪ تا ۳٪ می‌باشد (راسکیو، آستین، چپو و کسلر، ۲۰۱۰، فولانتا و همکاران، ۲۰۰۹؛ به نقل از انصافی، عطادخت، میکائیلی، نریمانی و رستمی، ۱۳۹۸). اختلال وسواسی - جبری بر اساس وجود افکار ناخواسته و مزاحم (وسواس‌ها)^۲ و رفتارهای تکراری (اجبارها)^۳ تشخیص داده می‌شود (شوگرمن، کرش و هاپرت، ۲۰۱۷). وسواس‌ها می‌توانند شامل افکار^۴ (افکار افراطی در خصوص ترس از آسیب زدن به دیگران)، تصاویر ذهنی^۵ (مانند نقص‌های بدنی)، تمایلات^۶ (تمایل به بیان کردن کلمات رکیک در یک موقعیت رسمی) یا تکانه‌های^۷ (ترس از هل دادن غیرمنتظره یک نفر جلو قطار در حال حرکت) برگشت‌پذیر، تکرار شونده و تهدید کننده باشند (فنگ و همکاران، ۲۰۱۶). این اختلال با اقتصادی، عاطفی و اجتماعی بسیاری را به مبتلایان، خانواده‌های آنها و جامعه تحمیل کرده و غالباً وضعیت مزمن و فراگیری را ایجاد می‌کند به طوری که افراد مبتلا عودهای مکرری را تجربه می‌کنند. با توجه به این که رفتارهای وسواسی بارها اتفاق می‌افتند، فرد احساس می‌کند قادر به کنترل کردن آنها نیست و بنابراین اضطراب فرساینده‌ای را در مواجهه با آنها تجربه می‌کند (جونز و همکاران، ۲۰۱۸). وسواس‌ها دامنه و انواع مختلفی دارند که از فردی به فرد دیگر متفاوت است که می‌تواند شامل ترس از آلودگی، نظم و ترتیب، چک کردن، پرخاشگری،

آسیب‌های احتمالی، توهین به مقدسات، موضوعات جنسی و... باشد و همین تنوع، سبب دشواری در سنجش و درمان این اختلال شده است (آی و ایربای، ۲۰۱۸).

تا به امروز درمان‌های مواجهه و جلوگیری از پاسخ^۸ و درمان شناختی رفتاری بیشترین حمایت از درمان‌های روان درمانی برای اختلال وسواسی - اجباری را فراهم آورده‌اند. درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ به عنوان درمان استاندارد طلایی شامل قرار گرفتن تدریجی در معرض اضطراب ناشی از وسواس‌ها، و پیشگیری یا محدودیت انجام تشریفات وسواسی در تعامل با کاهش تدریجی اضطراب است (نایب آقایی، آل یاسین، حیدری و داودی، ۱۳۹۸). مواجهه سازی و پیشگیری از پاسخ تاکنون به عنوان خط اول درمان این اختلال بوده است و شواهد پژوهشی قابل توجهی نیز در تأیید آن وجود دارد (متایکس - کولز و همکاران، ۲۰۱۴، دورانو همکاران، ۲۰۱۶ و استورچ، مک گوئیر و مک کی، ۲۰۱۷). این روش درمانی شامل رؤیایی بیمار با موقعیت‌های گوناگون ایجاد کننده ترس‌ها و وسواس‌ها و سپس جلوگیری از انجام هرگونه پاسخ رفتاری یا خنثی کننده و سرانجام بازسازی شناختی^۹ با هدف اصلاح باورهای ناکارآمد و جایگزینی باورهای منطقی تر می‌باشد (توهیگو همکاران، ۲۰۱۸). متایکس - کولز و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند مواجهه برای وسواس در مقایسه با گروه کنترل به شکل معناداری اثربخش است. پاک نیا و همکاران (۱۳۹۷) با انجام هشت جلسه درمانی نشان دادند مواجهه در درمان وسواس اثربخش است. هرچند مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ برای وسواس دارای تأثیر ۶۰ تا ۸۵ درصدی است اما دارای محدودیت‌های بزرگی است (واو و همکاران، ۲۰۱۷). میزان عود اختلال پس از قطع مواجهه بالاست و بسیاری از بیماران درمان خود را به دلیل فشار ناشی از این درمان رها می‌کنند (آبراموویتز، ۲۰۱۸، آبراموویتز و آرک، ۲۰۱۴ و آرک و آبراموویتز، ۲۰۱۵). آبراموویتز و جاکوبی (۲۰۱۵) نشان دادند ۲۵ درصد از افرادی که مواجهه انجام می‌دهند درمان را به همین دلیل ترک می‌کنند.

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بخشی از یک مکتب روانشناسی بالینی است که به ارائه روش‌های درمان‌گری علمی می‌پردازد. این مدل روان‌درمان‌گری جدید بخشی از آن چه امروز به موج سوم

1. obsessive compulsive

2. Obsessions

3. Compulsions

4. images

5. mutilated bodies

6. urges

7. impulses

8. exposure and response prevention

9. cognitive remediation

درمانگاه اباعبداله، درمانگاه امام رضا، مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه ۳ و کلینیک روان پزشکی دکتر فروزش شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۷ بود. ۶۰ بیمار به روش نمونه گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۲۰ نفری) جایگزین شدند. ملاک های ورود به پژوهش عبارت است از: تشخیص اصلی بیماری وسواس به تشخیص روان پزشک بر اساس مصاحبه تشخیصی و به تشخیص روانشناس بالینی بر اساس نتایج آزمون SCID-I/CV-2.3 تحصیلات حداقل سیکل دهم سنی حداقل ۱۸ و حداکثر ۵۰ سال، عدم دریافت درمان های روانشناختی حداقل یک ماه قبل از مداخله کسب موافقت بیمار برای شرکت در پژوهش بر اساس فرم کتبی. ملاک های خروج عبارتند از: ابتلا به هر یک از اختلالات شخصیت، اختلالات دو قطبی و رگ های روان پریشی و سو مصرف مواد و ابتلا به سایر اختلالات روان پزشکی به جزء افسردگی اساسی مصرف دارو یا هر مداخله دیگر یک ماه قبل از پژوهش، داشتن معلولیت یا هر شرایط پزشکی و جسمانی که موجب عدم شرکت در جلسات یا پاسخ گویی به سؤالات پرسشنامه شود، بی سوادی داشتن سن کمتر از ۱۸ سال. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت کنندگان پژوهش توضیح داده شد که آنان در پژوهشی که قصد دارد اثربخشی دو درمان روانشناختی را بر علائم اختلال وسواس فکری - عملی بررسی نماید شرکت می کنند. جهت رعایت نکات اخلاقی همه بیماران تحت نظر روان پزشک همچنین گروه کنترل به میزان یکسان با دوز ۲۰۰ تا ۳۰۰ میلی گرم داروی فلووکسامین مصرف کردند. علاوه بر این به گروه کنترل توضیح داده شد که بعد از اتمام پژوهش و در صورت نیاز و تمایل می توانند درمان های روانشناختی را دریافت کنند. همچنین به ایشان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آنها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج به صورت کلی و آماری منتشر می شود. داده های این پژوهش با استفاده از تحلیل کواریانس و با بکارگیری نرم افزار آماری SPSS، نسخه ۲۱ تحلیل شد.

ابزار

آزمون وسواس - اجبار مادزلی هاجسون و راجمن (۱۹۷۷) این آزمون شامل ۳۰ سؤال صحیح و غلط است که شامل ۴ مقیاس فرعی واری، شستشو، کندی و تردید می باشد. البته مقیاس پنجمی هم تحت عنوان نشخوار فکری وجود دارد. ولی چون فقط شامل دو

درمان نامیده می شود به حساب می آید. این درمان اجتناب از درد و تنیدگی را مشکل اصلی بیماران می داند که به ناتوانی و کاهش رضایت از زندگی می انجامد. طبق این نظریه، اجتناب زمانی اتفاق می افتد که افکار و هیجانات منفی اثر مفرط و نامناسب بر رفتار می گذارند. بنابراین شیوه اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مواجهه سازی بیمار با موقعیت هایی است که پیش تر از آن اجتناب شده است (هیز، لوین، پلومب، ویلاداکا، ویلات و پیستورلو، ۲۰۱۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هدف تغییر رابطه مراجع با افکار و احساساتش است، به نحوی که دیگر آنها را نشانه نبیند. تا زمانی که ما فکر یا احساسی را به عنوان نشانه بر حسب بزنیم، این تلویح را دارد که بد، نادرست، منفی و آسیب زاست و برای سالم بودن باید از آنها خلاص شد. و این باعث منازعه ما با این افکار و احساسات می شود، منازعه ای که معمولاً نتیجه خوبی ندارد. هدف نهایی، تغییر این افکار و احساسات رنج آور از شکل قدیمی، یعنی نشانه های آسیب زای نا بهنجاری که مانع زندگی معنادار و غنی هستند، به شکل جدیدتر یعنی تجارب انسان طبیعی که بخش هایی از یک زندگی غنی و معنادار دارند. هدف اصلی درمان، کمک به افزایش انعطاف پذیری رفتاری و روانشناختی زوجین برای انتخاب واکنش های مؤثر در لحظاتی است که طرحواره فعال می شود. این عمل از طریق ۶ مرحله اکت میسر می شود: «ارزش ها، واکنش متعهدانه، شکاف شناختی، خود به عنوان محتوا، ارتباط با زمان حال و پذیرش». این ۶ مرحله مهارت هایی هستند که منجر به افزایش انعطاف پذیری رفتاری و کاهش اجتناب تجربی می شوند (هایز و استروسال، ۲۰۱۰). نریمانی و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد تأثیر بیشتری نسبت به گروه مواجهه و بازداری بر کیفیت زندگی بیماران وسواسی داشت. با توجه به مطالب بیان شده هدف پژوهش حاضر پاسخ گویی به این سؤالات است: آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش شدت علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی اثربخش است؟ آیا درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در کاهش شدت علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیر دارد؟

روش

پژوهش از نوع نیمه آزمایش با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی مراجعه کننده به مراکز مشاوره

آزمون مادزلی و آزمون پادوآ را ۰/۷۰ به دست آورده است. پایایی و اعتبار نسخه ترجمه شده آزمون وسواس مادزلی در ایران نیز مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار محتوایی آزمون توسط سه نفر از روانشناسان بالینی اعضای هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان مورد بررسی و تأیید قرار گرفت (اصفهانی، طاهر نشاط دوست، مولودی، عابدی، ۱۳۸۶).

پرسش است به صورت جداگانه نمره گذاری نمی شود. نمره آزمون شامل یک نمره کل و ۴ نمره مربوط به مقیاس های فرعی می باشد که به صورت جداگانه نمره گذاری می شوند. پایایی و اعتبار آزمون وسواس مادزلی در مطالعات انجام شده بر روی نمونه های سایر کشورها تأکید شده است (امل کپ، کرایجکمپ و ون دن، ۱۹۹۹). به عنوان مثال سانویو و ویدوتو (۱۹۸۵) همبستگی بین نمرات کل

جدول ۱. جلسات درمانی مواجهه سازی و پیشگیری از پاسخ (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۵)

محتوای جلسات درمانی	
جلسه اول	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 دوم	تهیه سلسله مراتب از افکار وسواسی و موقعیت های مورد اجتناب و طراحی جلسات اول مواجهه و آموزش تکنیک های بازداری از پاسخ
جلسه سوم	مواجهه تخیلی با ماده های اول سلسله مراتب و کمک به بیمار جهت قطع رفتارهای وسواسی
جلسه چهارم	مواجهه با چند ماده بعدی سلسله مراتب، به بیمار جهت توقف رفتارهای وسواسی، بررسی موانع موجود بر سر راه بازداری از پاسخ
جلسه پنجم	مواجهه با ماده های پایانی سلسله مراتب
جلسه ششم	مواجهه کامل با تمام موارد سلسله مراتب افکار وسواسی و موقعیت های مورد اجتناب، کمک به بیمار جهت قطع رفتارهای وسواسی
جلسه هفتم	ارزیابی از تکالیف خانگی، کنترل موانع موجود بر سر راه بازداری از پاسخ
جلسه هشتم	آماده کردن مراجع برای اتمام دوره درمانی و پیشنهاد راهکارهایی برای حفظ نتایج درمان

جدول ۲. جلسات درمانی تعهد و پذیرش (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۵)

محتوای جلسات درمانی	
جلسه اول	برقراری رابطه خوب با مراجع و به دست آوردن اطلاعات در مورد سابقه وسواس او و ارزیابی زمینه هایی که نشانه های وسواس در آن اتفاق می افتد و بحث در مورد تفاوت افکار و اعمال وسواسی
جلسه دوم	از مراجع خواسته می شود تصویری از خود بکشد و مکان افکار و اعمال را در آن مشخص کند. معرفی مفهوم ناامیدی خلاق و بیان استعاره مسابقه طناب کشی با غول
جلسه سوم	مطرح کردن مفهوم کنترل به عنوان مشکل و استعاره های چندنگار، عاشق شدن و کیک شکلاتی و معرفی مفهوم پذیرش و تمرین تله انگشت
جلسه چهارم	ارائه مفهوم گسلش و تمرین شیر، شیر، شیر و استعاره مغازه خوارو بار فروشی و مفهوم پذیرش و استعاره مسافران اتوبوس
جلسه پنجم	کار روی مفهوم گسلش و تمرین قدم زدن با افکار و مفهوم پذیرش و استعاره دو مقیاس و تمرین افکار وسواسی روی کاغذ
جلسه ششم	کار روی مفهوم ارزش ها و تمرین جعبه قلبی شکل و حال هدف و مفهوم پذیرش و استعاره مهمان مزاحم مهمانی و فعالیت متعهدانه
جلسه هفتم	معرفی مفهوم در لحظه بودن و تمرین شمارش نفس ها و تماشای افکار بر روی صفحه سینما و تمرین های ذهن آگاهی و استعاره مربی مهد کودک و مفهوم خود به عنوان بافتار و استعاره های دستگاه تلوزیون و صفحه شطرنج
جلسه هشتم	تمرین ذهن آگاهی رزه سربازان و مرور همهد این فرآیندها با استعاره مسافران اتوبوس و بحث در مورد پایان درمان

یافته ها

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مؤلفه های اختصاصی وسواس به تفکیک گروه ها و مراحل

متغیر وابسته	گروه پذیرش و تعهد	گروه مواجهه درمانی		گروه کنترل
		پیش آزمون	پس آزمون	
شستشو	M	۳۰/۳۵	۲۴/۴۷	۲۸/۸۳
	SD	۳/۱۵	۲/۱۵	۳/۴۳
بررسی	M	۳۸/۴۰	۲۲/۷۶	۲۹/۰۱
	SD	۲/۹۰	۲/۸۸	۳/۸۸
شک و تردید	M	۴۷/۱۰	۲۹/۲۹	۳۳/۸۸
	SD	۵/۷۳	۴/۱۳	۹/۰۳
کنترل تکانه	M	۴۲/۱۵	۲۶/۱۴	۳۵/۰۱
	SD	۵/۴۳	۲/۵۵	۴/۴۳

نیست و فرض همگنی واریانس‌ها برای متغیرها برقرار است ($P > 0/05$).

نتایج تحلیل کلی مانکوا چهار سنج از آزمون‌های مختلف را نشان می‌دهد که عموماً نتایج یکسانی ارائه می‌دهند. همانطور که جدول فوق نشان می‌دهد سطوح معناداری تمام آزمون‌ها قابلیت استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیره را مجاز می‌شمارد. پیش فرض همگنی کواریانس‌ها نیز برای تحلیل معادل ۲۱/۴۴ آزمون باکس، معنی‌داری ۰/۰۰۱ بدست آمد. فرض مطلوب عدم معناداری آزمون باکس است که در این صورت آماره لامبدای ویلکز به عنوان شاخص اصلی گزارش می‌شود. در صورت عدم برقراری این شرط از آماره اثر پیلایی استفاده می‌شود (لاورنس میز، ۱۹۹۳؛ ترجمه پاشا شریفی، ۱۳۹۱). نتایج نشان می‌دهد سه گروه در کل با یکدیگر تفاوت معنادار دارند؛ مجذور اتا نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت بر اساس آزمون اثر پیلایی ۰/۸۷۵ است، یعنی ۴۳ درصد واریانس مربوط به اختلاف بین گروه‌ها ناشی از اثر بخشی مداخله‌ها بوده است.

جدول ۴. مقادیر کجی و کشیدگی متغیرهای وابسته پژوهش جهت بررسی نرمالیتی داده‌ها				
متغیر وابسته	کجی	خطای استاندارد	کشیدگی	خطای استاندارد
شستشو	-۰/۰۶	۰/۳۰	۰/۷۸	۰/۶۰
بررسی کردن	-۰/۵۸	۰/۳۰	-۱/۰۸	۰/۶۰
شک و تردید	-۰/۹۴	۰/۳۰	۰/۴۷	۰/۶۰
کنترل تکانه	-۰/۲۰	۰/۳۰	-۰/۰۹	۰/۶۰

چنانچه پیشتر آمد چنانچه مقادیر چولگی و کشیدگی در بازه (۲ و -۲) نباشند داده‌ها از توزیع نرمال برخوردار نیستند. نتایج نشان می‌دهد تمامی مقادیر برای متغیرهای پژوهش در بازه مذکور قرار دارند، لذا توزیع متغیرها در نمونه دارای توزیع نرمال است.

جدول ۵. آزمون لوین، بررسی همگنی واریانس‌ها برای تمامی متغیرهای پژوهش				
متغیر وابسته	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
شستشو	۲/۲۱	۲	۵۷	۰/۰۸۵
بررسی کردن	۰/۳۵۶	۲	۵۷	۰/۷۲
شک و تردید	۰/۵۱۲	۲	۵۷	۰/۶۹
کنترل تکانه	۰/۳۵	۲	۵۷	۰/۷۲

نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس گروه‌ها در متغیرهای پژوهش نشان می‌دهد که هیچ یک از آماره‌های F معنادار

جدول ۶. نتایج کلی تحلیل مانکوا، مقایسه سه گروه در کاهش علائم بیماران مبتلا به وسواس - جبری						
نام آزمون	مقدار	F	DF فرضیه	DF خطا	معنی‌داری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۸۷۵	۷/۹۷	۸	۸۲	۰/۰۰۱	۰/۴۳
لامبدا ویلکز	۰/۱۴۷	۱۶/۰۳	۸	۸۰	۰/۰۰۱	۰/۶۱
اثر هتلینگ	۵/۶۲	۲۷/۴۳	۸	۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳
بزرگ‌ترین ریشه	۵/۶۰	۵۷/۴۰	۶	۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۴

جدول ۷. برونداد آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، جهت مقایسه گروه‌های درمانی و کنترل							
متغیر وابسته	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	P	اتا	توان
شستشو	۴۴۸/۶۳	۲	۲۲۴/۳۱	۲۳/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
بررسی کردن	۷۵۷/۸۵	۲	۳۷۸/۹۲	۴۰/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
شک و تردید	۸۰۱/۶۴	۲	۴۰۰/۸۲	۱۰/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۱
کنترل تکانه	۱۴۰۳/۵۱	۲	۷۰۱/۷۵	۶۴/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱

داشته است. ($P < 0/001$). در ادامه نتایج آزمون تعقیبی به صورت جزئی‌تر و زوجی به تفاوت گروه‌ها در هر یک از این متغیرها می‌پردازد.

نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، جهت مقایسه گروه‌های درمانی نشان می‌دهد بین سه گروه از لحاظ تمامی مؤلفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد به عبارت دیگر هر چهار متغیر در حداقل یکی از گروه‌ها کاهش معنادار

علائم می شوند اما درمان مواجهه توان بیشتری در کاهش علائم نسبت به درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارد. نتایج با پژوهش‌های متایکس - کولز و همکاران (۲۰۱۴)، دورانو همکاران (۲۰۱۶)، استورچ، مک گوئیر و مک کی (۲۰۱۷)، متایکس - کولز و همکاران (۲۰۱۷)، پاک‌نیا و همکاران (۱۳۹۷)، واو و همکاران (۲۰۱۷)، آبراموویتز (۲۰۱۸)، آبراموویتز و آرک (۲۰۱۴) آرک و آبراموویتز، (۲۰۱۵)، آبراموویتز و جاکوبی (۲۰۱۵) همسو بود. اما با نتیجه پژوهش نریمانی و همکاران (۱۳۹۵) همسو نبود. در تبیین نتایج این پژوهش می‌توان گفت، توانایی‌های شناختی دو باور را در افراد مبتلا به وسواس ایجاد می‌کند، ۱. تجاری درونی که منفی ارزیابی شده‌اند، خطرناک هستند ۲. این تجارب منفی خطر ناک 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 کردن برای کنترل یا 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 کاهش علائم موجب افزایش آن می‌شود (توهیگ، ۲۰۰۹). سالکوسکیس (۲۰۰۰) نشان داد درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در ابتدا خوپذیری فیزیولوژیک و در پی آن خوپذیری شناختی رخ می‌دهد، از سوی دیگر آنچه باعث تداوم ساختارهای وسواسی و به دنبال آن اعمال وسواسی می‌شود، سوئی تفسیرهای مسئولیت می‌تواند مانع از عود وسواس و مقاومت بیمار به درمان شود (سالکوسکیس، ۲۰۰۰؛ به نقل از نایب آقایی و همکاران، ۱۳۹۸). درمان تعهد و پذیرش با افزایش گسلس 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 منجر به کاهش علائم وسواسی بیماران مبتلا به وسواس می‌شود (نریمانی، علمداری و ابوالقاسمی، ۲۰۱۴). با توجه به نتایج به دست آمده درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش نسبت به درمان مواجهه در کاهش علائم وسواس تأثیر بیشتری داشت. محدودیت‌های پژوهش حاضر شامل موارد زیر است: محدود بودن دامنه تحصیلی شرکت‌کنندگان پژوهش به حداقل دیپلم و همچنین دامنه سنی ۱۸ تا ۵۰ سال در این پژوهش، می‌تواند تعمیم پذیری

جدول ۸. آزمون تعقیبی بونفرونی، مقایسه زوجی گروه‌ها در مرحله پس

آزمون					
متغیر وابسته	مرحله (I)	مرحله (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	P
شستشو	ACT	ERP	۳/۰۴	۱/۱۰	۰/۰۰۱
	ERP	کنترل	-۳/۴۶	۱/۰۵	۰/۰۰۱
کنترل	ACT	ERP	-۳/۰۴	۱/۱۰	۰/۰۰۱
	ERP	کنترل	-۷/۵۰	۱/۱۰	۰/۰۰۱
بررسی کردن	ACT	ERP	۴/۴۶	۱/۰۵	۰/۰۰۱
	ERP	کنترل	۷/۵۰	۱/۱۰	۰/۰۰۱
شک و تردید	ACT	ERP	۳/۱۸	۱/۰۹	۰/۰۰۱
	ERP	کنترل	-۶/۳۹	۱/۰۳	۰/۰۰۱
کنترل تکانه	ACT	ERP	-۳/۱۸	۱/۰۹	۰/۰۰۱
	ERP	کنترل	-۹/۵۸	۱/۰۹	۰/۰۰۱
کنترل	ACT	ERP	۶/۳۹	۱/۰۳	۰/۰۰۱
	ERP	کنترل	۹/۵۸	۱/۰۳	۰/۰۰۱
کنترل	ACT	ERP	۵/۳۷	۲/۲۵	۰/۰۰۱
	ERP	کنترل	-۴/۸۰	۲/۱۴	۰/۰۰۱
کنترل	ACT	ERP	-۵/۳۵	۲/۲۵	۰/۰۰۱
	ERP	کنترل	-۱۰/۱۷	۲/۲۵	۰/۰۰۱
کنترل	ACT	ERP	۴/۸۰	۲/۱۴	۰/۰۰۱
	ERP	کنترل	۱۰/۱۷	۲/۲۵	۰/۰۰۱
کنترل	ACT	ERP	۴/۲۴	۱/۱۸	۰/۰۰۱
	ERP	کنترل	-۸/۷۷	۱/۱۲	۰/۰۰۱
کنترل	ACT	ERP	-۴/۲۴	۱/۱۸	۰/۰۰۱
	ERP	کنترل	-۱۳/۰۱	۱/۱۸	۰/۰۰۱
کنترل	ACT	ERP	۸/۷۷	۱/۱۲	۰/۰۰۱
	ERP	کنترل	۱۳/۰۱	۱/۱۸	۰/۰۰۱

جدول فوق آزمون تعقیبی بونفرونی، به مقایسه مؤلفه‌های علائم وسواس بین سه گروه می‌پردازد. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت زوجی گروه‌ها در تمامی مؤلفه‌ها معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر و با توجه به تفاضل میانگین‌ها، در تمام عامل‌ها بین گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. هر دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری را نشان می‌دهند. از طرفی گروه درمانی مواجهه، نسبت به مداخله پذیرش و تعهد کاهش معناداری را نشان می‌دهد و لذا اثربخشی بیشتری داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی مداخله پذیرش و تعهد و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بهبود علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری بود. در مورد علائم اختصاصی وسواس نتایج نشان داد هر دو گروه درمانی موجب کاهش معنادار

- Abramowitz, J. S., & Arch, J. J. (2014). Strategies for improving long-term outcomes in cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: Insights from learning theory. *Cognitive and Behavioral Practice, 21*, 20–31.
- Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2015). *Obsessive-Compulsive Disorder in Adults, in the series Advances in Psychotherapy: Evidence-Based Practice*. Boston, MA: Hogrefe Publishing.
- Abramowitz, J.S. (2018). *Getting over OCD(2nd)*. New York: Guilford press.
- Arch, J. J., & Abramowitz, J. S. (2015). Exposure therapy for obsessive-compulsive disorder: An optimizing inhibitory learning approach. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 6*, 174–182.
- AY, R., & Erbay, L. G. (2018). Relationship between childhood trauma and suicide probability in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research, 261*, 132-136.
- Doron, G., Derby, D., Szepsenwol, O., Nahaloni, E., & et al. (2016). Relationship obsessive-compulsive disorder: Interference, symptoms, and maladaptive beliefs. *Frontiers in Psychiatry, 7*, 58-63.
- Emmelkamp, P.M.G., Kraaijkamp, H.J.M., & van den Hout, M.A. (1999). Assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification, 23*, 269-279.
- Feng, B., Zhang, Z. J., Zhu, R. M., Yuan, G. Z., Luo, L. Y., McAlonan, G. M., & et al. (2016). Transcutaneous electrical acupoint stimulation as an adjunct therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled study. *Journal of Psychiatric Research, 80*, 30-37.
- Hayes, S.C., & Strosahl, K.D. (2010). *A Practical guide to acceptance and commitment therapy*. New York: Springer Science and Business Media Inc.
- Hodgson, R.J., & Rachman, S. (1977). Obsessional compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy, 15*, 389- 395.
- Jones, P. J., Mair, P., Riemann, B. C., Mugno, B. L., & et al. (2018). A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders, 53*, 1-8.
- Mataix-Cols, D., Turner, C., Monzani, B., Isomura, K., & et al. (2014). Cognitive-behavioural therapy with post-session D-cycloserine augmentation for paediatric obsessive-compulsive disorder: pilot randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry, 204* (1), 77-78.
- Sanavio, E. & Vidotto, G. (1985). The components of the moudsley obsessional- compulsive questionnaire. *Behavior Research and Therapy, 23*(6), 659-662.
- Storch, E. A., McGuire, J. F., & McKay, D. (2017). *The clinician's guide to cognitive-behavioral therapy for childhood obsessive-compulsive disorder*.
- Sugarman, M. A., Kirsch, I., & Huppert, J. D. (2017). Obsessive-compulsive disorder has are duced placebo (and antidepressant) response compared to یافته‌های تحقیق را به نمونه‌های خارج از این دامنه محدود سازد. عدم وجود مرحله پی‌گیری به دلیل مشکلات زمانی می‌تواند از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر باشد. به دلیل کمی تعداد تحقیقات کاملاً مرتبط، امکان مقایسه با سایر پژوهش‌ها کمتر بود. ریزش نمونه نیز محدودیت دیگر پژوهش بود. استفاده از تنها یک دارو به توصیه روان‌پزشک همکار، پیشنهاد می‌شود با توجه به پراکندگی علائم در گروه‌های درمانی، طرح درمان حاضر را به صورت فردی به اجرا در آورد تا سنجش دقیق‌تری از نتایج درمان حاصل شود. پیشنهاد می‌شود مقایسه مداخله‌ها در مورد ابعاد دیگر باورهای و سواسی همچون کنترل افکار، نگرانی، توقف افکار، پیامدهای اضطراب و ترس از تجربه مثبت انجام شود. از آنجایی که به دلیل محدودیت زمانی پیگیری انجام نشد پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی دوره پیگیری نیز لحاظ شود. انجام پژوهش بر روی نمونه‌ی بزرگتری از بیماران نیز توصیه می‌شود.

منابع

اصفهان، مهدی؛ طاهر نشاط دوست، حمید؛ مولوی، حسین و عابدی، محمدرضا (۱۳۸۶). تأثیر روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خود درمانی در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار. *دانشور رفتار*، ۲۲، ۱۰-۱.

انصافی، الناز؛ عطادخت، اکبر؛ میکائیلی، نیلوفر؛ نریمانی، محمد و رستمی، رضا (۱۳۹۸). اثر بخشی درمانگری تحریک الکتریکی مستقیم فرا جمجمه‌ای کاندی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - ناخودداری. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۸(۷۳)، ۱۳۱-۱۲۱.

پاک‌نیا، نسیم؛ میرزائی، عباس؛ جهان، جواد؛ رنجبر سودجانی، یوسف و سیاح، سرورالسادات (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی مدل درمانی رؤیایی و بازدادی از پاسخ و روش کاهش فکر خطرناک بر ناگویی خلقی و اجتناب شناختی بیماران وسواسی. *فصل‌نامه علمی مطالعات روانشناختی*، ۱(۱۴)، ۱۲۶-۱۰۹.

نایب آقایی، اعظم؛ آل یاسین، سید علی؛ حیدری، حسن و داودی، حسین (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان مواجهه و بازدادی از پاسخ بر احساس مسئولیت افراطی و عدم تحمل تردید، در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری. *مطالعات ناتوانی*، ۹(۱۰)، ۱۰-۱.

نریمانی، محمد؛ ملکی پیربازاری، معصومه؛ میکائیلی، نیلوفر و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازدادی از پاسخ و درمان تعهد و پذیرش در بهبود مولفه‌های کیفیت زندگی بیماران وسواسی. *روانشناسی بالینی*، ۸(۱)، ۳۶-۲۵.

- other anxiety disorders: A metaanalysis. *Journal of Affective Disorders*, 218, 217-226.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., & et al. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 108, 1-9.
- Twohig, M.P. (2009). The application of acceptance and commitment therapy to obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 16(1), 18-28.
- Wu, M. S., McGuire, J. F., Martino, C., Phares, V., Selles, R.R., & Storch, E.A. (2017). A meta-analysis of family accommodation and OCD symptom severity. *Clinical Psychology Review*, 45, 34-44.