مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان تعهد و پذیرش در کاهش وسواس فکری و عملی بیماران مبتلا به وسواس

محمد نریمانی[۱]، معصومه ملکی پیربازاری[۲]، نیلوفر میکائیلی[۳]، عباس ابوالقاسمی[۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ (Exposure and Response Prevention Therapy یا ERP Therapy) و درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy یا ACT) در کاهش وسواس فکری و عملی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی (Obsessive-compulsive disorder یا OCD) انجام شد.

مواد و روش‌ها: این پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون، همراه با گروه شاهد بود. جامعه پژوهش را همه بیماران وسواسی بالای ۱۸ سال که در سال ۱۳۹۳ به مراکز مشاوره خصوصی و مراکز بهداشتی- درمانی شهری و روستایی شهرستان رشت مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. نمونه آماری شامل ۴۵ بیمار مبتلا به OCD بود که از میان مراجعه کنندگان به این مراکز انتخاب شدند و به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های آزمایشی (ACT و ERP) یا شاهد قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی هشت جلسه درمان ۴۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. به منظور سنجش شدت وسواس فکری و عملی، مقیاس شدت وسواس فکری و عملی Yale-Brown استفاده گردید.

یافته‌ها: در نمرات پس‌آزمون وسواس فکری و وسواس عملی، بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P \leq ۰/۰۱۰$). بر اساس نتایج آزمون تعقیبی Tukey، در وسواس فکری و عملی میانگین نمرات ACT و ERP و میانگین نمرات هر دو گروه درمانی از گروه شاهد به طور معنی‌داری کمتر بود ($P \leq ۰/۰۵۰$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان ACT کاهش بیشتری در شدت وسواس فکری و عملی ایجاد می‌کند. بنابراین، متخصصان بهداشت روانی می‌توانند از آن به عنوان یک گزینه درمانی دارای پیشینه پژوهشی استفاده نمایند.

واژه‌های کلیدی: درمان تعهد و پذیرش، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، اختلال وسواس فکری و عملی

ارجاع: نریمانی محمد، ملکی پیربازاری معصومه، میکائیلی نیلوفر، ابوالقاسمی عباس. **مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان تعهد و پذیرش در کاهش وسواس فکری و عملی بیماران مبتلا به وسواس.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۵؛ ۱۴ (۴): ۴۲۰-۴۱۵

دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۲/۱۰ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۸/۱۵

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی (Obsessive-compulsive disorder یا OCD) با وجود وسواس‌های فکری و یا عملی مشخص می‌شود. وسواس‌های فکری، افکار، امیال یا تصورات عود کننده و مداوم هستند که به صورت مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند؛ در حالی که وسواس‌های عملی رفتارها یا اعمال ذهنی مکرری می‌باشند که فرد احساس می‌کند در پاسخ به وسواس فکری یا بر طبق مقرراتی که باید با قاطعیت اجرا شوند، وادار به انجام دادن آن‌ها می‌شود (۱). OCD به عنوان یکی از شایع‌ترین و ناتوان کننده‌ترین اختلالات روان‌شناختی مطرح شده است و بعد از ترس مرضی (Phobia)، سوء مصرف مواد و افسردگی، چهارمین اختلال روان‌شناختی شایع می‌باشد (۲). شیوع مادام‌العمر OCD در جمعیت عمومی ۲ تا ۳ درصد برآورد شده است. این میزان در ایران برای جمعیت عمومی ۱/۸ درصد و در درمانگاه‌های روان‌پزشکی تا ۶ درصد تخمین زده شده است (۳).

پیش‌آگهی درمان در OCD برای افرادی که به دنبال درمان نیستند، ضعیف است (۴). اگر OCD درمان نشود، به شرایط مزمنی تبدیل می‌شود که حوزه‌های مختلف زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۵). درمان مواجهه و بازداری از پاسخ (Exposure and Response Prevention Therapy یا ERP Therapy) از جمله درمان‌های رفتاری مطرح برای اختلال OCD می‌باشد و شامل رویارویی بیمار با موقعیت‌های گوناگون ایجاد کننده ترس‌ها و وسواس‌ها و سپس ممانعت از انجام هرگونه پاسخ رفتاری یا خنثی کننده توسط بیمار است. نتایج بررسی‌ها تاکنون نشانگر بهبود ۷۵-۶۵ درصد از بیماران با استفاده از این شیوه است. البته باید توجه داشت که نرخ عود بیماری پس از قطع درمان رفتاری بالاست و بسیاری از بیماران درمان خود را به دلیل فشار رفتار

۱- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، مؤسسه آموزش عالی رحمان، رامسر، ایران
۳- دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
۴- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران
نویسنده مسؤول: محمد نریمانی
Email: narimani@uma.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.1.9]

درمانی نیمه‌کاره رها می‌کنند. علاوه بر این، درمان انواع خاصی از اعمال وسواسی با مواجهه و پیشگیری از پاسخ، دشوار است که از آن جمله می‌توان به اعمال وسواسی ناآشکار و احتکار اشاره نمود (۶، ۲).

در پاسخ به این محدودیت‌ها، درمان‌های شناختی- رفتاری و به دنبال آن به‌تازگی موج سوم رفتار درمانی (Theird wave of behaviour therapy) پدیدار شد که به جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناخت‌ها و هیجانات، کارکرد آن‌ها را هدف قرار می‌دهد. یکی از این درمان‌های موج سوم، درمان پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy یا ACT) می‌باشد (۷). این درمان ریشه در یک نظریه فلسفی به نام بافت‌گرایی کارکردی (Functional contextualism) دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت است که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی (Relational frame therapy) خوانده می‌شود (۹، ۸). هدف کلی ACT، افزایش انعطاف‌پذیری روانی (Psychological flexibility) و همچنین، توانایی تماس هرچه کامل‌تر با لحظه کنونی و تغییر رفتار به منظور به خدمت گرفتن ارزش‌ها می‌باشد. انعطاف‌پذیری روانی از طریق ۶ هسته درمانی ساخته و تثبیت می‌شود که هر کدام از این هسته‌ها یک مهارت روان‌شناختی محسوب می‌گردند و در ادامه به تفصیل بیان شده‌اند.

پذیرش (Acceptance): پذیرش در ACT به معنای خواستن هیجانات و تجارب آزارنده و تحمل صرف آن‌ها نیست، بلکه تمایل به تجربه رویدادهای ناخوشایند است.

گسلش یا ناهم‌آمیزی (Defussion): به معنای شکستن قواعد زبانی به طرقی 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.

بافتار انگاشتن خویشتن (Self as context): به این معنی 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 دارد یا متوجه آن‌ها است.

تماس با زمان حال (Contact with present moment): به معنای عمل کردن با آگاهی کامل از آنچه در لحظه حال روی می‌دهد، می‌باشد.

ارزش‌ها (Values): عباراتی هستند که نشان می‌دهد فرد تمایل دارد چه اوضاع و احوالی را همواره در زندگی‌اش تجربه نماید.

تعهد (Commitment): در بنیادی‌ترین سطح آن، اجرای رفتاری که به راستی همسو با ارزش‌های فرد است نه قول دادن یا توافق کردن بر سر اجرای آن (۱۰).

بنابراین، به دلیل میزان شیوع بالای OCD و تأثیرات منفی که بر زندگی فردی، اجتماعی و شغلی افراد می‌گذارد، انتخاب روش درمانی مؤثری که بتواند در کاهش وسواس فکری و عملی این بیماران مؤثرتر باشد، ضروری به نظر می‌رسد. همان‌گونه که گفته شد، درمان ERP روش متداول و مؤثری برای وسواس است، اما محدودیت‌هایی دارد. همچنین، ACT شیوه جدیدی برای درمان وسواس است، اما اثربخشی این درمان بر علایم اختلال وسواس از ادبیات تحقیقی کافی برخوردار نیست و به ویژه در کشور ما درمان جدیدی محسوب می‌شود. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان‌های ERP و ACT در کاهش وسواس فکری و عملی بیماران مبتلا به OCD انجام شد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه شاهد بود. جامعه مطالعه را همه بیماران مبتلا به OCD بالای ۱۸ سال که در سال ۱۳۹۳ به مراکز مشاوره خصوصی و مراکز بهداشتی- درمانی شهری و روستایی شهرستان رشت مراجعه کرده بودند، تشکیل داد. نمونه آماری پژوهش شامل ۴۵ بیمار مبتلا به OCD بود که از میان مراجعه کنندگان به این مراکز انتخاب شدند و به صورت تصادفی در یکی از گروه‌های آزمایش یا شاهد قرار گرفتند. پس از انجام مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition)، به منظور تأیید اختلال OCD و عدم وجود اختلالات روان‌پزشکی دیگر مانند افسردگی، دو قطبی، اسکیزوفرنی و...، از مقیاس شدت وسواس فکری و عملی Yale-Brown برای تعیین شدت علایم استفاده شد. بعد از ارزیابی اولیه، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفره (گروه آزمایش ERP، گروه آزمایش ACT و گروه شاهد) قرار گرفتند. هر یک از گروه‌های آزمایش، ۸ جلسه درمان ۴۵ دقیقه‌ای را دریافت نمودند و گروه شاهد هیچ گونه درمانی دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات درمانی، دوباره برای هر سه گروه مقیاس شدت وسواس فکری و عملی Yale-Brown اجرا شد.

مقیاس شدت وسواس فکری و عملی Yale-Brown در سال ۱۹۸۹ توسط Steketee ساخته شد و ۱۰ ماده دارد که پنج ماده آن متمرکز بر وسواس‌های فکری و ۵ ماده متمرکز بر وسواس‌های عملی است. بالاترین نمره در این مقیاس ۴۰ می‌باشد (۱۱). برای پایایی بین نمره‌گذاران، ضریب همبستگی از ۰/۸۰ تا ۰/۹۹ گزارش شد. این ضریب با فاصله دو هفته بین ۰/۸۱تا ۰/۹۷ به دست آمد و برای ثبات درونی آن ضریب Cronbach's alpha محاسبه گردید (۰/۶۹تا ۰/۹۱) (۱۲). اعتبار مقیاس مذکور با پرسش‌نامه وسواسی- جبری Maudsley همگرا بود و مقدار آن ۰/۷۸ گزارش شد (۱۳).

روش‌های مداخله

ERP: جلسه اول درمان شامل برقراری رابطه خوب با مراجع و به دست آوردن اطلاعات در مورد سابقه وسواس او و همچنین، توضیح سبب‌شناسی اختلال وسواس وآموزش منطق و طرح درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و بررسی میزان انگیزش درمانجو برای شرکت در درمان و منابع حمایتی او و بستن قرارداد درمانی می‌باشد. در جلسه دوم، سلسله مراتب درمانی تشکیل می‌شود که در آن از تمامی موقعیت‌های نیازمند مواجهه به ترتیب دشواری، فهرستی تهیه می‌گردد. درمانجو به هر موقعیت بر حسب میزان اضطرابی که انتظار می‌رود مواجهه با آن موقعیت در او برانگیزد، رتبه‌های صفر (فقدان ناخرسندی) تا ۱۰۰ (حداکثر ناخرسندی) می‌دهد. درمانگر و درمانجو بر مبنای رتبه‌بندی دشواری با هم تصمیم می‌گیرند که در کدام جلسه درمانی به هر موقعیت بپردازند. در جلسات سوم تا هفتم مراجع با موقعیت‌های اضطراب‌آوری که برای هر جلسه مشخص شده است، مواجه می‌شود. در طول هر جلسه سطوح اضطراب هر ۱۰ دقیقه یک بار مورد سنجش قرار می‌گیرد و وقتی که سطح اضطراب در حد قابل قبولی کاهش یافت و درمانجو تمایل به پیشروی داشت، موقعیت اضطراب‌آورتر ارایه می‌شود.

در پایان هر جلسه، درمانگر و درمانجو روی تکالیف منزلی که لازم است قبل از جلسه بعدی انجام شود، توافق می‌کنند و در ابتدای هر جلسه تکالیف خانگی مرور می‌شود. در جلسه آخر روی آماده کردن مراجع برای اتمام دوره درمانی و پیشنهاد راهکارهایی برای حفظ نتایج درمان کار می‌شود (۱۱).

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.1.9]

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و شاهد

متغیرها		ACT	ERP	شاهد
		تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	تعداد (درصد)
جنسیت	مرد	۳ (۲۰/۰)	۳ (۲۰/۰)	۶ (۴۰/۰)
	زن	۱۲ (۸۰/۰)	۱۲ (۸۰/۰)	۹ (۶۰/۰)
وضعیت تأهل	متأهل	۶ (۴۰/۰)	۱۰ (۶۶/۷)	۹ (۶۰/۰)
	مجرد	۹ (۶۰/۰)	۵ (۳۳/۳)	۶ (۴۰/۰)
تحصیلات	زیر دیپلم	۲ (۱۳/۳)	۲ (۱۳/۳)	۰ (۰)
	دیپلم	۸ (۵۳/۳)	۶ (۴۰/۰)	۵ (۳۳/۳)
	کارشناسی	۵ (۳۳/۳)	۶ (۴۰/۰)	۸ (۵۳/۳)
	کارشناسی ارشد	۰ (۰)	۱ (۶/۷)	۲ (۱۳/۳)
		میانگین ± انحراف معیار	**میانگین ± انحراف معیار**	**میانگین ± انحراف معیار**
سن (سال)		۲۸/۱۳ ± ۷/۳۸	۳۱/۵۳ ± ۱۰/۳۲	۳۲/۵۳ ± ۸/۹۱
طول مدت بیماری (سال)		۳/۸۷ ± ۲/۰۶	۴/۸۷ ± ۱/۶۴	۳/۳۳ ± ۱/۹۸

ERP: Exposure and Response Prevention; ACT: Acceptance and Commitment Therapy

ACT: جلسه اول شامل 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 همچنین، بحث در مورد تفاوت افکار و اعمال وسواسی می‌باشد. در جلسه دوم، از مراجع خواسته می‌شود تصویری از خود بکشد و مکان افکار و اعمال وسواسی را در آن مشخص نماید. مفهوم «ناامیدی خلاق» معرفی و استعاره «مسابقه طناب‌کشی با غول» بیان می‌شود. در جلسه سوم، مفهوم «کنترل به عنوان مشکل» و استعاره‌های «چندنگار»، «عاشق شدن» و «کیک شکلاتی» مطرح و مفهوم پذیرش و تمرین «تله انگشت» معرفی می‌گردد. در جلسه چهارم، مفهوم «گسلش» و تمرین «شیر، شیر، شیر» و استعاره «مغازه خواروبار فروشی» و مفهوم پذیرش و استعاره «مسافران اتوبوس» ارایه می‌شود. در جلسه پنجم روی مفهوم گسلش و تمرین «قدم زدن با افکار» و مفهوم پذیرش و استعاره «دو مقیاس» و تمرین «افکار وسواسی بر روی کاغذ» و جلسه ششم روی مفهوم ارزش‌ها و تمرین «جعبه قلبی شکل» و «خال هدف» و مفهوم پذیرش و استعاره «مهمان مزاحم مهمانی» و فعالیت متعهدانه بررسی صورت می‌گیرد. جلسه هفتم شامل مفهوم «در لحظه بودن» و تمرین «شمارش نفس‌ها» و «تماشای افکار بر روی صفحه سینما» و تمرینات ذهن آگاهی و استعاره «مربی مهدکودک» و مفهوم «خود به عنوان بافتار» و استعاره‌های «دستگاه تلویزیون» و «صفحه شطرنج» بود. جلسه هشتم شامل تمرین ذهن آگاهی «رژه سربازان» و مرور همه این فرایندها با استفاده از استعاره «مسافران اتوبوس» و بحث در مورد پایان درمان می‌باشد. در پایان هر جلسه تکالیف خانگی داده می‌شود و به غیر از جلسه اول، همه جلسات با ارزیابی عملکرد، بررسی واکنش به جلسه قبل و بررسی تکالیف خانگی آغاز می‌گردد (۱۴).

یافته‌ها

جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها بر حسب متغیرهای جنسیت، وضعیت تأهل، سطح تحصیلات، سن و طول مدت بیماری را نشان می‌دهد.

ابتدا پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در مقیاس وسواس فکری و عملی با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov بررسی شد و آماره Z برای متغیرهای شدت وسواس فکری و شدت وسواس عملی به ترتیب برابر با ۰/۸۶ و ۱/۰۶ به دست آمد که معنی‌دار نبود؛ بدین معنی که توزیع متغیرها در نمونه نرمال است.

همانگونه که نتایج آزمون Leven و Box در جدول ۲ نشان می‌دهد، شرط برابری واریانس‌ها در گروه‌ها و پیش‌فرض تساوی کواریانس‌ها در متغیرهای وابسته بین سه گروه برای استفاده از روش تحلیل کواریانس رعایت شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون Leven و Box جهت بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس

آزمون Leven	F	درجات آزادی ۱	درجات آزادی ۲	مقدار P
وسواس فکری	۰/۱۵	۲	۴۲	۰/۸۵
وسواس عملی	۱/۶۵	۲	۴۲	۰/۲۰
آزمون Box	M	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲

با توجه به داده‌های جدول ۳، میانگین وسواس فکری و وسواس عملی در هر دو گروه ACT و ERP در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافت.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون و پس‌آزمون شدت وسواس فکری و وسواس عملی در سه گروه

گروه‌های درمانی	آزمون	شدت وسواس فکری	شدت وسواس عملی
		میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
ACT	پیش‌آزمون	۱۵/۰۷ ± ۲/۲۸	۱۲/۵۳ ± ۱/۸۴
	پس‌آزمون	۱۲/۰۰ ± ۲/۴۴	۹/۶۰ ± ۱/۶۸
ERP	پیش‌آزمون	۱۴/۹۳ ± ۲/۴۳	۱۲/۲۰ ± ۱/۷۴
	پس‌آزمون	۱۲/۸۰ ± ۲/۷۵	۱۰/۰۰ ± ۱/۹۲
شاهد	پیش‌آزمون	۱۵/۲۰ ± ۲/۹۸	۱۴/۸۰ ± ۲/۶۵
	پس‌آزمون	۱۴/۸۰ ± ۲/۲۱	۱۴/۷۳ ± ۲/۱۲۰

ACT: Acceptance and Commitment Therapy; ERP: Exposure and Response Prevention

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.1.9]

جدول٤. نتایج تحلیل واریانس چند متغیره مربوط به سه گروه

اثر	ارزش	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	مقدار P	مجذور اتا
Wilks' lambda	۰/۱۸	۲۵/۵۳	۴/۰۰	۷۸/۰۰	< ۰/۰۰۱	۰/۵۶
متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
وسواس فکری	۴۷/۳۱	۲	۲۳/۶۵	۲۷/۰۰	< ۰/۰۰۱	۰/۵۷
وسواس عملی	۵۲/۳۷	۲	۲۶/۱۸	۶۴/۳۶	< ۰/۰۰۱	۰/۷۶

نتایج آزمون‌های تحلیل کواریانس چند متغیره با وارد کردن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر کنترل، در جدول ۴ ارایه شده است. نتایج آزمون Wilks' lambda حاکی از آن است که تفاوت معنی‌داری بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون وجود داشت. همچنین، بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون وسواس فکری و وسواس عملی تفاوت معنی‌داری مشاهده شد.

نتایج آزمون Tukey در جدول ۵ نشان می‌دهد که در خرده مقیاس‌های وسواس فکری و وسواس عملی، میانگین نمرات درمان‌های ACT و ERP و میانگین هر دو گروه درمانی به طور معنی‌داری از گروه شاهد کمتر بود.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی Tukey دو گروه درمانی با گروه شاهد

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تعهد و پذیرش	
			تفاوت میانگین (گروه دوم-گروه اول)	مقدار P
وسواس فکری	ACT	ERP	-۰/۸۸۱	۰/۰۱۴
	ACT	شاهد	-۳/۰۰۶	< ۰/۰۰۱
	ACT	شاهد	-۲/۴۵۱	< ۰/۰۰۱
وسواس عملی	ACT	ERP	-۰/۶۹۰	۰/۰۰۵
	ACT	شاهد	-۳/۱۴۱	< ۰/۰۰۱
	ACT	شاهد	-۲/۴۵۱	< ۰/۰۰۱

ACT: Acceptance and Commitment Therapy; ERP: Exposure and Response Prevention

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان‌های ACT و ERP بر کاهش وسواس فکری و عملی بیماران مبتلا به OCD بود. نتایج مطالعه نشان داد که درمان ERP بر بهبود وسواس فکری و عملی بیماران مبتلا به OCD اثربخش بوده است که با یافته‌های تحقیقات پیشین (۲۰-۱۵) همسو می‌باشد. در توجیه این نتایج می‌توان گفت که رفتارهای اجتنابی بیماران مبتلا OCD، مانع رویارویی آن‌ها با افکاری وسواسی که با اضطراب ارتباط پیدا کرده‌اند، می‌شود و اعمال وسواسی به این رویارویی خاتمه می‌دهد. هر دو نوع رفتار اجتناب و اعمال وسواسی، بیمار را از رویارویی با افکار و موقعیت‌های برانگیزاننده این افکار باز می‌دارند. اگر این بیماران اعمال وسواسی و اجتناب را متوقف سازند، می‌فهمند چیزهایی که از آن می‌ترسند، در عمل اتفاق نمی‌افتد. مهم‌ترین جنبه عملی این روش درمانی، بازداری از پاسخ است. اغلب 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، اما چنانچه این وضعیت ادامه یابد، اضطراب شدت پیدا می‌کند و سپس کاهش چشمگیری دارد تا جایی که مواجهه احتمالی با محرک اضطراب‌انگیز دیگر منجر به اضطراب در فرد نمی‌شود (۲۱).

نتایج تحقیق حاضر حاکی از آن بود که ACT منجر به بهبود وسواس فکری و عملی این بیماران می‌شود که با نتایج پژوهش‌های قبلی (۲۵-۲۲) همخوانی داشت. همچنین، نتایج نشان داد که ACT نسبت به ERP، پاسخ شدت وسواس فکری و عملی را بیشتر کاهش می‌دهد. تاکنون پژوهشی که درمان ERP را به عنوان درمانی مستقل نه به عنوان بخشی از درمان شناختی-رفتاری در وسواس با ACT مقایسه کند، انجام نشده است. بنابراین، نتایج این بخش از پژوهش را نمی‌توان با داده‌های پیشین مقایسه کرد. در توجیه این نتایج می‌توان گفت که در ACT، به جای تأکید بر مواجهه که شاخص درمان ERP است، افزایش تمایل فرد به تجربه رویدادهای درونی همان گونه که هستند، مورد تأکید بود. هدف در ACT، کمک به فرد بود تا یک فکر وسواسی را فقط یک فکر تجربه کند و به جای پاسخ به آن، به انجام آنچه در زندگی برایش مهم و در راستای ارزش‌هایش است، بپردازد؛ بدین معنی که وجود فکر وسواسی به خودی خود مسأله نبود، بلکه مسأله اصلی، تلاش فرد برای پاسخ به فکر وسواسی (یعنی عمل وسواسی) بود. در حقیقت هدف این درمان، افزایش خزانه رفتاری فرد در حضور رویدادهای ترسناک (به طور مثال فکر وسواسی) می‌باشد؛ چیزی که در این رویکرد، تحت عنوان «انعطاف‌پذیری روان شناختی» از آن نام برده می‌شود. نتایج مقیاس وسواس فکری و عملی Yale-Brown کاهش معنی‌داری را در فکر و عمل وسواسی نشان داد، گرچه در هیچ جای درمان کاهش افکار و اعمال وسواسی به طور مستقیم هدف قرار داده نشد. در واقع، فرایندهای مرکزی ACT به شرکت کنندگان در درمان آموزش داد که چگونه عقیده بازداری فکر را رها کنند، از افکار مزاحم گسلیده شوند، به جای خود مفهوم‌سازی شده خود مشاهده‌گر را تقویت نمایند، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرند، ارزش‌هایشان را تصریح کنند و به آن‌ها بپردازند. نتایج پژوهشی نشان داد که ACT در درمان وسواس مؤثرتر از ERP است (۲۶).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به ارزیابی شدت وسواس فکری و عملی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون توسط درمانگر اشاره کرد که ممکن است موجب سوگیری نتایج شده باشد. به همین دلیل پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آینده، از یک ارزیاب بی‌اطلاع از روند درمان استفاده شود. مطالعه حاضر شواهدی تجربی را در جهت اثربخشی ACT در درمان وسواس فراهم نمود. بنابراین، روان‌شناسان، روان‌پزشکان و سایر درمانگران می‌توانند از این درمان برای کاهش شدت علایم وسواس استفاده کنند.

سپاسگزاری

بدین وسیله از همه مسؤولان مراکز مشاوره خصوصی و مراکز بهداشتی- درمانی شهرستان رشت و همچنین، بیماران این مراکز که در عملی شدن پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-11]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.1.9]

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5. Trans. Mohammadi SY. Tehran, Iran: Ravan. Publications; 2013. [In Persian].
2. Clark DA. Cognitive-behavioral therapy for OCD. New York, NY: Guilford Press; 2004.
3. Sheikhmoonesi F, Hajheidari Z, Masoudzadeh A, Mohammadpour RA, Mozaffari M. Prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder and their relationships with dermatological diseases. Acta Med Iran 2014; 52(7): 511-4.
4. Steketee G, Barlow DH. Obsessive-compulsive disorder. In: Barlow DH, Editor. Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. New York, NY: Guilford Press; 2002. p. 516-50.
5. Foa EB, Abramowitz JS, Franklin ME, Kozak MJ. Psychosocial treatments for obsessive compulsive disorder: Literature review. In: Swinson RP, Antony MM, Editors. Obsessive-compulsive Disorder: Theory, Research, and Treatment. New York, NY: Guilford Press; 1998. p. 258-76.
6. Riggs D, Foa E. Obsessive compulsive disorder. In: Barlow DH, Editor. Clinical handbook of psychological disorders: a step-by-step treatment manual. New York, NY: Guilford Press; 1993. p. 189-239.
7. Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behavior Therapy 2004; 35(4): 639-65.
8. Hayes SC. Varieties of scientific contextualism. Reno, NV: Context Press; 1993.
9. Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian Account of Human Language and Cognition. Berlin, Germany: Springer; 2001.
10. Flaxman PE, Blackledge JT, Bond FW. Acceptance and commitment therapy: distinctive features. Trans. MirzaieM, Nonahal S. Tehran, Iran: Arjmand Publications; 2013. [In Persian].
11. Steketee GS. Treatment of obsessive compulsive disorder. Trans. Bakhshipoor A, Mahmood Aliloo M. Tehran, Iran: Ravan Pooya Publications; 1997. [In Persian].
12. Menzies RG, de Silva P. Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment. New York, NY: John Wiley a Sons; 2003.
13. Dadfar B. A Normalization of obsessive-compulsive inventory. Tehran, Iran: Roshd Publications;1997. p. 121-2. [In Persian].
14. Twohig MP. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training in the treatment of obsessive compulsive disorder. Reno, NV: University of Nevada; 2007.
15. Foa EB, Goldstein A. Continuous exposure and complete response prevention in the treatment of obsessive-compulsive neurosis. Behavior Therapy 1978; 9(5): 821-9.
16. Lindsay M, Crino R, Andrews G. Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. Br J Psychiatry 1997; 171: 135-9.
17. 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.
18. Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, et al. Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 2005; 162(1): 151-61.
19. Imani M, Mahmod Alilo M. The Efficacy of "Cognitive-Behavioral Therapy" compared to exposure and response prevention and "fluoxetine" in the recovery of obsessive-compulsive patients. Journal of clinical Phsycology 2009; 1(34): 39-50. [In Persian].
20. Abolghasemi S, Safaryazdi N. A comparison of the effectiveness of confrontation technique with response inhabitation and flooding technique on ablutomania of patients with O.C.D. Journal of Health Breeze 2012; 1(1): 31-4. [In Persian].
21. 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.
22. Mokammeli Z, Abedi MR. Efficacy of Group Exposure and Prevention Therapy to reduce Symptoms of Obsessive and Compulsive Disorder. Counseling Research and Developments 2007; 6(22): 57-72. [In Persian].
23. Twohig MP. A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive muscle relaxation in the treatment of obsessive compulsive disorder. Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering 2007; 68(7-B): 48-50. [In Persian].
24. Safari S, Esfahani M, Sepnta M, Amiri S. Efficacy of acceptance and commitment therapy on behavioral problem children in mothers with obsessive and compulsive disorder. Proceedings of the 6th International Congress on Child and Adolescent Psychiatry; 2013 Sep 17-19; Tabriz, Iran. [In Persian].
25. Izadi R, Neshatdust H, Asgari K, Abedi M. Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive- compulsive disorder. J Res Behav Sci 2014; 12(1): 19-33. [In Persian].
26. Izadi R, Asgari K, Neshatdust H, Abedi M. The effect of acceptance and commitment therapy on the frequency and severity of symptoms of obsessive compulsive disorder. Zahedan J Res Med Sci 2012; 14(10): 107-12.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.1.9]

A Comparison of the Effectiveness of Exposure and Response Prevention Therapy and Acceptance and Commitment Therapy in Reducing the Obsessions and Compulsions of Patients

Mohammad Narimani[1], Masoumeh Maleki-Pirbazari[2], Niloofar Mikaeili[3], Abbas Abolghasemi[4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: The aim of the present study was to compare the efficacy of acceptance and commitment therapy (ACT) with exposure and response prevention (ERP) therapy in reducing the obsessions and compulsions of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD).

Methods and Materials: The present experimental study was conducted with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population included all patients with OCD who were older than 18 years of age and referred to private counseling centers and urban and rural health centers in Rasht Province, Iran, in 2014. The statistical sample consisted of 45 patients with OCD selected from among those who referred to these centers. The subjects were randomly divided into experimental (ACT and ERP groups) and control groups. The experimental groups received 8 treatment sessions lasting 45 minutes. In order to assess the severity of obsession and compulsion, the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) was utilized.

Findings: There were significant differences among the three groups in terms of post-test scores of obsession and compulsion ($P \leq 0.010$). The results of Tukey's test showed that the mean ACT and ERP scores of both experimental groups were significantly lower than that of the control group ($P \leq 0.050$).

Conclusions: According to the results of this study, ACT causes a greater reduction in the severity of obsessions and compulsion. Thus, mental health experts can use ACT as a therapeutic option.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Exposure and response prevention therapy, Obsessive and compulsive disorder

Citation: Narimani M, Maleki-Pirbazari M, Mikaeili N, Abolghasemi A. **A Comparison of the Effectiveness of Exposure and Response Prevention Therapy and Acceptance and Commitment Therapy in Reducing the Obsessions and Compulsions of Patients.** J Res Behav Sci 2016; 14(4): 415-20.

Received: 29.04.2015 Accepted: 05.11.2016

1- Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
2- Assistant Professor, Department of Psychology, Rahman Higher Educational Institute, Ramsar, Iran
3- Associate Professor, Department of Psychology, School of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran
4- Professor, Department of Psychology, School of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran
Corresponding Author: Mohammad Narimani, Email: narimani@uma.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-10-11]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1395.14.4.1.9]