مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی– رفتاری بر علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس– اجبار

راضیه ایزدی [۱]، حمید طاهر نشاط دوست [۲]، کریم عسگری [۳]، محمدرضا عابدی [۴]

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: اخیراً مداخلات رفتاری و شناختی «موج سوم»، توجه زیادی را بین پژوهشگران به خود اختصاص داده‌اند. پژوهش حاضر، به منظور بررسی اثربخشی یکی از این درمان‌ها، یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT یا Acceptance and Commitment Therapy)، این درمان را با درمان شناختی–رفتاری (CBT یا Cognitive - Behavioral Therapy) در اختلال وسواس–اجبار (OCD یا Obsessive- Compulsive Disorder) مقایسه کرده است.

مواد و روش‌ها: در این پژوهش از یک طرح شبه‌آزمایشی با پیش‌آزمون–پس‌آزمون استفاده شد. اجرای این پژوهش از بهمن ماه ۱۳۸۹ تا مهر ماه ۱۳۹۱ در مرکز خدمات روان‌پزشکی و روان‌شناسی پارسه بود. گروه‌های آزمایشی شامل دو گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) (n=۱۳) و درمان شناختی–رفتاری (Cognitive-Behavior Therapy) (n=۱۳) بود. هر دو گروه ده جلسه دو ساعته درمان را یک بار در هفته دریافت کردند. ۱۲ بیمار نیز در گروه کنترل (لیست انتظار) بودند. به منظور سنجش شدت وسواس، انعطاف پذیری روان‌شناختی و افسردگی از مقیاس وسواس فکری و عملی ییل براون (Yale Brown Obsessive- Compulsive Scale)، پرسش‌نامه پذیرش و عمل و پرسشنامه افسردگی بک (BDI یا Beck Depression Inventory) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندگانه در نرم افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: مقایسه گروه‌های درمانی حاکی از آن بود که بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه لیست انتظار در تمام مقیاس‌ها در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود داشت و این تفاوت در پیگیری هم تداوم داشت (P<۰/۰۱). علاوه بر این، مقایسه گروه درمان شناختی–رفتاری با گروه لیست انتظار در پس آزمون نیز حاکی از آن بود که به جز متغیر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، بین دو گروه در بقیه مقیاس‌ها تفاوت معنی‌داری وجود داشت و این نتایج نیز تا یک ماه پس از درمان تداوم داشت (P<۰/۰۱). دو گروه‌درمانی در پس‌آزمون فقط در پرسش‌نامه پذیرش و عمل تفاوت معنی‌داری نشان دادند (P<۰/۰۵)، ولی در کاهش علایم وسواسی و نیز افسردگی تفاوت معنی‌داری نداشتند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مؤثرتر از درمان شناختی–رفتاری بود و این برتری در پیگیری نیز حفظ شد (P<۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: بر حسب نتایج حاصل از این پژوهش، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان‌شناختی–رفتاری هر دو تغییرات معنی‌داری در علایم وسواس ایجاد کردند. بنابراین این پژوهش، در مجموع حمایتی تجربی برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان وسواس فراهم می‌کند.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس–اجبار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی–رفتاری، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، افسردگی

ارجاع: ایزدی راضیه، نشاط دوست حمیدطاهر،عسگری کریم، عابدی محمدرضا. **مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی– رفتاری بر علایم بیماران مبتلا به اختلال وسواس– اجبار**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۱): ۳۳-۱۹

دریافت مقاله:۱۳۹۱/۱۰/۲۰ پذیرش مقاله:۱۳۹۳/۰۱/۲۵

۱- دکترای روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسؤول) Email: r_izady@yahoo.com

۲- استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دانشیار، گروه مشاوره، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.2.0]

مقدمه

اختلال وسواس فکری و عملی (Obsessive- Compulsive Disorder) در نسخه تجدید نظر شده راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV-TR)، یکی از اختلالات اضطرابی طبقه‌بندی می‌شود که با افکار پریشان‌زا (افکار وسواسی) و رفتارهای تکراری ناخواسته (اعمال وسواسی) مشخص می شود (۱) (اخیرا در پیش‌نویس‌هایی که از DSM-5 وجود دارد، این اختلال به عنوان یک طبقه جداگانه مطرح شده است). این اختلال 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 و میزان شیوع آن در طول عمر ۲/۶ درصد برآورد می‌شود (۲). پیش‌آگهی بالینی برای افرادی که به درمان نیستند ضعیف است (۳).

اثربخشی بهترین درمان روان‌شناختی فعلی برای وسواس، یعنی مواجهه و جلوگیری از پاسخ، بین ۶۰ تا ۸۵ درصد می‌باشد (۴). اما این درمان بدون محدودیت نیست. علاوه بر این‌که بین ۱۵ تا ۴۰ درصد افراد به مواجهه و جلوگیری از پاسخ جواب نمی‌دهند، تقریباً ۲۵ درصد افراد مواجهه را رد می‌کنند و ۳ تا ۱۲ درصد دیگر نیز در طول درمان، درمان را رها می‌کنند (۵). مراجعانی نیز که انگیزه ضعیفی داشته یا اطاعت درمانی خوبی ندارند، سودهایی که از درمان حاصل می‌کنند، کاهش می‌یابد و این مسأله رضایت از درمان را کاهش می‌دهد (۶). در حقیقت، مواجهه برای وسواس، درمانی مشکل و دشوار است. علاوه بر این، درمان انواع خاصی از اعمال وسواسی با مواجهه و جلوگیری از پاسخ دشوار دیده شده است؛ اعمالی مثل اعمال وسواسی ناآشکار و احتکار (۲،۷).

در پاسخ به این محدودیت‌ها، نظریه‌های شناختی و شناختی–رفتاری وسواس پا به عرصه گذاشتند (۱۰–۸). متأسفانه با این‌که توافق زیادی وجود دارد مبنی بر این‌که بعد شناختی عمده‌ای در وسواس دخیل است، اما مداخلات شناختی چه به تنهایی و چه در ترکیب با مواجهه از مواجهه مؤثرتر نبودند (۱۱،۴). با این وجود هم رویکردهای شناختی و هم مواجهه، منجر به تغییراتی در شکل یا فراوانی افکار و اعمال وسواسی شدند (۲). محققان شناختی امیدوار بودند که ترکیب مواجهه با بازسازی شناختی آن را مؤثرتر و کارآیی و دوام آن را افزایش خواهد داد. اما این هدف در هیچ پژوهش مقایسه‌ای یافت نشد. یک مطالعه نشان داد که مواجهه به‌علاوه شناخت درمانی به طور معنی‌دار از گروهی که مواجهه به‌علاوه آرامش بخشی (Relaxation) دریافت کرد، ریزش کمتری داشت (۱۲). اما این یافته در مطالعات دیگر حمایت نشد (۱۳) . گرچه به نظر می‌رسد توافق گسترده‌ای وجود دارد مبنی بر این‌که مواجهه با فکر وسواسی، مؤثرترین مؤلفه درمان وسواس است (۱۴) ، اما تناقضی وجود دارد؛ شناختارها (Cognitions) ظاهراً در وسواس بسیار دخیل هستند اما هدف قرار دادن آن‌ها به طور مستقیم، ظاهراً اثربخشی درمان را افزایش نمی‌دهد و این باعث شده محققان شناختی این سؤال را مطرح کنند که مکانیزم عمل در شناخت درمانی وسواس چیست (۱۵) ؟

اخیراً برای این رویکرد که ایجاد پیشرفت بالینی مستلزم تغییر مستقیم محتوای افکار، احساسات یا علایم بدنی است، نظریه‌های جایگزینی پدیدار شده‌اند. این نظریه‌ها که موج سوم رفتاردرمانی (Theird wave of behavior therapy) نامیده می‌شوند، به جای تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناختارها و هیجانات، کارکرد آن‌ها را هدف قرار می‌دهند (۱۶). نمونه‌هایی از این مداخلات عبارت هستند از رفتاردرمانی دیالکتیک (Dialectical Behavior Therapy) (۱۷) ، زوج‌درمانی رفتاری یکپارچه (Integrative Behavioral Couples Therapy) (۱۸) ، ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت‌درمانی (Mindfulness-Based Cognitive Therapy) (۱۹) و تمرکز پژوهش حاضر یعنی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۰).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy) که به اختصار ACT خوانده می‌شود یک رفتار درمانی موج سوم است که آشکارا این رویکرد (تغییر کارکرد افکار و احساسات به جای تغییر شکل، محتوا یا فراوانی آن‌ها) را می‌پذیرد. ACT ریشه در یک نظریه فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی (Functional contextualism) دارد و مبتنی بر یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.2.0]

است که نظریه چهارچوب رابطه‌های ذهنی (Relational Frame Theory) خوانده می‌شود (۲۲-۲۱). ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (Psychological flexibility) می‌شوند عبارت هستند از: پذیرش (Acceptance) ، گسلش (Defusion)، خود به عنوان زمینه (Self as e context) ، ارتباط با زمان حال (Contact with present momment) ، ارزش‌ها (Values) و عمل متعهد (Commited action) (۲۳).

تحقیقات اخیر روی ACT نتایج رضایت‌بخش و دلایلی منطقی برای استفاده از ACT در کار بالینی و مخصوصاً کار با بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی فراهم کرده‌اند. مطالعات انجام شده، ACT را به عنوان‌درمانی مناسب برای اختلالات خلقی (۲۴) ، اختلال استرس پس از سانحه (۲۵) اختلال هراس (۲۶) ، اختلال اضطراب منتشر (۲۷) ، اختلال صرع مقاوم به درمان (۲۸) ، سوء مصرف مواد (۲۹) و درد مزمن (۳۰) مطرح کرده‌اند. ACT به تنهایی درمانی مؤثر برای کندن پوست و تریکوتیلومانیا در ترکیب با وارونگی عادت می‌باشد (۳۲-۳۱). ACT هم‌چنین به عنوان درمانی برای وسواس با ۴ فرد مبتلا به وسواس بررسی شد که یکی از آن‌ها مبتلا به وسواس احتکار بود (۳۳). نتایج، کاهش تقریباً کامل اعمال وسواسی را برای همه شرکت‌کنندگان در پایان درمان نشان داد؛ همراه با کاهش‌هایی در مقیاس‌های استاندارد وسواس، اضطراب، افسردگی و اجتناب تجربه‌ای که در دوره پیگیری سه‌ماهه نیز تداوم داشت. علاوه بر این‌ها در مورد مقیاس‌های فرایند درمان، همه شرکت‌کنندگان نشان دادند که آن‌ها به تجربه افکار وسواسی متمایل‌تر هستند و این‌که در نتیجه درمان، کمتر به فکر وسواسی معتقد هستند. در داخل کشور، ایزدی، عسگری، نشاط دوست و عابدی، ACT را به‌عنوان درمانی برای وسواس با ۵ فرد بیمار بررسی کردند. نتایج حاکی از کاهش چشمگیری در فراوانی اعمال وسواسی، شدت علایم وسواسی، میزان اعتقاد به افکار وسواسی، پریشان‌زایی و لزوم پاسخ‌دهی به آن‌ها و نیز نمرات افسردگی و اضطراب در سنجش پس از درمان در هر ۵ بیمار بود و این کاهش تا یک‌ماه پس از درمان تداوم داشت (۳۴).

در مجموع گرچه شواهد تجربی برای ACT به عنوان درمانی برای وسواس بسیار محدود است، اما امیدوارکننده می‌باشد. در همین راستا، در این مطالعه، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بدون مواجهه درون جلسه‌ای، با درمان شناختی- رفتاری، روی بیماران وسواسی بررسی و مقایسه شد.

فرضیه‌های پژوهش عبارت بودند از:

۱. بین میانگین نمرات علایم وسواس در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری و لیست انتظار در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد.
۲. بین میانگین نمرات انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد.
۳. بین میانگین نمرات افسردگی در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری و لیست انتظار در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد.

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش حاضر، شبه آزمایشی بود و در آن از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون استفاده شد. متغیر مستقل عضویت گروهی (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی- رفتاری و لیست انتظار) و متغیرهای وابسته، نمرات آزمودنی‌ها در ابزارهای نشانه‌های وسواس فکری- عملی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افسردگی در پس‌آزمون و پیگیری بود. نمرات آزمودنی‌ها در پیش آزمون این ابزارها به‌عنوان متغیر کنترل محسوب شد.

جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌پزشکی و خدمات روان‌شناسی و مشاوره در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال در شهر اصفهان. با توجه به محدودیت جامعه آماری، نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به دلیل مراجعه تدریجی بیماران به مراکز مشاوره، امکان

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.2.0]

گمارش تصادفی نمونه‌ها در گروه‌های درمانی نیز وجود نداشت. در نهایت ۳۸ بیمار مبتلا به وسواس که از طریق مصاحبه روان‌پزشکی تشخیص اختلال وسواس فکری و عملی را بر حسب DSM-IV-TR دریافت کردند، در سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۳ نفر)، درمان شناختی– رفتاری (۱۳ نفر) و لیست انتظار (۱۲ نفر) قرار گرفتند. اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور آن‌ها در جلسه، تعداد و زمان جلسات به بیماران داده می‌شد. رازداری به عنوان اصلی اساسی در درمان توضیح داده شد و در نهایت مراجعانی که رضایت خود را برای شرکت در گروه ها اعلام کردند، انتخاب شدند.

گمارش نمونه‌ها در گروه‌های درمانی مستلزم دارا بودن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش بود. ملاک‌های ورود عبارت بود از: تشخیص اختلال وسواس فکری– عملی بر حسب DSM-IV-TR، مقطع سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، رضایتمندی از شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج عبارت بود از: دریافت درمان‌های روان‌شناختی و دارویی در شش‌ماه گذشته، وجود اختلالات روان‌پزشکی شدید مثل اسکیزوفرنیا و اختلال دو قطبی، آسیب‌های مغزی، سوء مصرف مواد یا عقب‌ماندگی ذهنی.

لازم به ذکر است تا مرحله پس‌آزمون در گروه اول و دوم یک نفر و در گروه گواه دو نفر از اعضای گروه ریزش کردند و در نهایت در مرحله پس‌آزمون در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۱۲ نفر، در گروه درمان شناختی– رفتاری ۱۲ نفر و در گروه کنترل ۱۱ نفر باقی ماندند. در مرحله پیگیری نیز ریزش کم و بیش ادامه داشت. در این مرحله ۱۰ نفر در گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۱۱ نفر در گروه درمان شناختی– رفتاری و ۱۱ نفر در گروه گواه با پژوهشگر همکاری نمودند.

همان‌طور که اشاره شد در پژوهش حاضر از دو روش‌درمانی برای درمان اختلال وسواس فکری و عملی استفاده شد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از راهنمای درمانی Hayes ، Strosahl و Wilson (۲۰) استفاده شد. ۱۰ جلسه دو ساعته به صورت گروهی یک بار در هفته اجرا شد. در درمان شناختی– رفتاری از راهنمای درمانی سالکوسکیس (۳۵) استفاده شد. در این‌جا نیز ۱۰ جلسه دو ساعته به صورت گروهی یک بار در هفته اجرا شد. داده‌ها به استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندگانه در نرم افزار SPSS تحلیل شد. درمانگر (نویسنده اول) تجربه شرکت در کارگاه‌های آموزشی ACT و CBT با حضور نظریه‌پردازان را دارا است.

ابزار سنجش

«مقیاس وسواس فکری– عملی ییل براون» (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) : یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته که دارای مقیاس شدت و مقیاس علایم وسواس فکری و عملی است و با ۱۰ گزینه میزان شدت وسواس را در شرایط کنونی بیماری می‌سنجد. این مقیاس شامل: ۱– مدت زمان صرف شده؛ ۲– میزان تداخل؛ ۳– میزان ناراحتی؛ ۴– میزان مقاومت و ۵– میزان کنترل می‌باشد و علایم افکار وسواسی و اعمال وسواسی را جداگانه می سنجد (۳۶). دادفر و همکاران پایایی بین مصاحبه‌کنندگان را برای این مقیاس (r=۰/۹۸)، ضریب همسانی درونی آن را (α=۰/۸۹) و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی را در فاصله دو هفته (r=۰/۸۴) گزارش کردند. هم‌چنین روایی تشخیصی آن با پرسش‌نامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ گزارش شده است (۳۷).

«پرسش‌نامه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory): این پرسش‌نامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. بالاترین نمره در این پرسش‌نامه ۶۳ است. هر یک از مواد این پرسش‌نامه یکی از علایم افسردگی را می سنجد (۳۸). قاسم‌زاده و همکاران ضریب آلفای این پرسش‌نامه را (α=۰/۸۷)، ضریب بازآزمایی آن را (r=۰/۷۴) و همبستگی آن با پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش اول را (r=۰/۹۳) گزارش کردند (۳۹).

«پرسش‌نامه پذیرش و عمل» (Acceptance and Action Questionnaire – II): یک مقیاس ۱۰ سؤالی است که اجتناب تجربه‌ای را می‌سنجد. سؤالات روی طیف لیکرت ۷ نقطه‌ای است. نمرات پایین‌تر، تمایل و توانایی بیشتر به عمل در حضور افکار و احساسات منفی را نشان می‌دهد. ضریب

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.2.0]

آلفای کرونباخ (α=./۸۷) و ضریب بازآزمایی (r=./۸۰) محاسبه شد (۴۰).

«پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی»: به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی آزمودنی‌ها، پرسش‌نامه ویژگی‌های جمعیت‌شناختی طراحی شد که دارای ۱۰ سؤال بود. در این پرسش‌نامه اطلاعاتی مانند سن، وضعیت تأهل، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و... بررسی شد.

درمان

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

در هر جلسه ابتدا واکنش‌های مراجع به جلسه قبل بررسی می‌شد، تکلیف مرور می‌شد یک جمع‌بندی از جلسه قبل به عمل می‌آمد، موضوع جدید مطرح می‌شد، تکلیف جدید تعیین و روی تعهد رفتاری توافق می‌شد. ابتدا با استفاده از استعاره « دو کوه » نوع رابطه درمانی تصریح شد. سپس درمان با جمع‌آوری اطلاعات مربوط به افکار و اعمال وسواسی مراجع آغاز شد. تفاوت بین افکار و اعمال وسواسی مطرح شد و به مراجع نشان داده شد که چگونه یکی بدون دیگری رخ می‌دهد، اما در زندگی مراجع آن‌ها معمولاً با هم رخ می‌دهند. سپس از مراجع سؤال شد تا کنون برای کاهش فکر وسواسی چه کارهایی انجام داده است، کدام مؤثر بوده و کدام مؤثر نبوده است. این نشان می‌دهد که تنها راه خلاصی از فکر وسواسی انجام عمل وسواسی است اما اثر آن فقط برای دوره زمانی کوتاهی است. استعاره «چاه وسواس» و «طناب‌کشی با هیولا» برای تصریح اثربخش نبودن نهایی تلاش‌های فرد برای کنترل فکر وسواسی استفاده شد.کارکرد این استعاره‌ها کاهش تمرکز مراجع بر کاهش فکر وسواسی و آگاه شدن از دشواری کنترل آن بود. چیزی که در ACT درماندگی خلاق نامیده می‌شود. جلسات ۳ و ۴ و ۵ به این موضوع پرداخت که چگونه تلاش برای کنترل فکر وسواسی به جای این‌که راه حل باشد، مسأله است. هدف تمرینات این جلسات تصریح محدودیت‌های کنترل، هنگام هدف قرار دادن رویدادهای درونی بود. جلسات ۶ و ۷ و ۸ بر تغییر کارکرد روان‌شناختی فکر وسواسی از چیزی که تهدیدکننده است به صرفاً یک رویداد کلامی دیگر تمرکز داشت. این جلسات شامل تمرینات گسلش، ارتباط با زمان حال یا تمرینات ذهن آگاهی و کار روی خود به عنوان زمینه می‌شد. دو جلسه آخر، ۹ و ۱۰ شامل بحث‌هایی در مورد ارزش‌های مراجع و تعهدات رفتاری افزایش یافته برای دنبال کردن آن ارزش‌ها بود.

یک هفته بعد از انجام درمان، از مراجعان خواسته شد برای سنجش پس از درمان به مرکز برگردند. یک ماه پس از درمان از مراجعان خواسته شد همان سنجش‌ها را دوباره انجام دهند.

درمان شناختی- رفتاری

جلسه اول درمان شناختی- رفتاری شامل آشنایی درمانگر با درمان‌جویان، ایجاد رابطه درمانی، توضیحاتی در خصوص روند برگزاری جلسات درمانی، اصول و قراردادهای درمانی شامل حضور به موقع و مداوم، رازداری، مشارکت در مباحث و انجام تکالیف، آموزش در خصوص اختلال وسواس فکری و عملی، فکر، تصویر ذهنی و تکانه وسواسی، اضطراب، میل وسواسی، عمل وسواسی و خنثی‌سازی پنهان و آشکار و ارتباط آن‌ها با یکدیگر بود. جلسه دوم به عادی‌سازی تجربه افکار مزاحم و ناخواسته، ارایه منطق درمان با الگوی شناختی- رفتاری و تأکید بر نقش مسؤولیت‌پذیری افراطی به عنوان باور هسته‌ای در ایجاد و تداوم وسواس اختصاص داشت. در جلسه سوم مسیرهای پنجگانه مسؤولیت‌پذیری افراطی در دوران کودکی آموزش داده شد. جلسات چهارم تا دهم به چالش با باورهای اهمیت بیش از حد قایل شدن برای فکر، نیاز به کنترل افکار، ترس از اضطراب، بیش برآورد تهدید، عدم تحمل حالات غیرقطعی/ کمال‌گرایی و مسؤولیت‌پذیری افراطی به صورت شناختی و نیز تکالیف و تمرینات رفتاری اختصاص داشت.

یافته‌ها

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با درمان شناختی- رفتاری در درمان بیماران مبتلا به وسواس بود. جدول ۱ اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به سه گروه درمانی را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۱ آمده است، ۳۸ نفر در این پژوهش شرکت داشتند. از این تعداد ۲۹ نفر یعنی تقریباً سه چهارم نمونه

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.2.0]

زن بودند. میانگین سن شرکت‌کنندگان ۳۱/۹۷ با انحراف معیار ۷/۱۶ بود. جدول ۱ میانگین تحصیلات در کل نمونه را ۱۴/۸۹ با انحراف معیار ۱/۹۵ نشان می‌دهد.

در ابتدا پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای مورد مطالعه، بررسی شد تا مسیر آماری صحیح (پارامتریک یا نان– پارامتریک) نمایان گردد. پیش‌فرض نرمال بودن متغیرهای مورد مطالعه با استفاده از آزمون شاپیرو– ویلک (shspiro-wilk) و نمودار ستونی بررسی شد. آزمون شاپیرو– ویلک در مورد همه متغیرها، پیش‌فرض نرمال بودن نمرات را تأیید کرد و بنابراین بر امکان استفاده از آمار پارامتریک صحه گذاشته شد. لذا سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی– رفتاری و لیست انتظار، از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن و سطح تحصیلات مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج تحلیل خی‌دو نشان داد که بین سه گروه از لحاظ سطح تحصیلات تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. هم‌چنین نتایج مقایسه میانگین سنی سه گروه از طریق تحلیل واریانس، نشان داد که بین سه گروه از لحاظ سن نیز تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در این مرحله رابطه بین متغیرهای جمعیت‌شناختی با متغیرهای وابسته مورد بررسی قرار گرفت. نتایج نشان داد که رابطه معنی‌داری بین متغیرها وجود ندارد. نتایج تحلیل واریانس نمرات پیش آزمون علایم وسواس، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افسردگی بین سه گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان شناختی– رفتاری و لیست انتظار، نشان داد که سه گروه مذکور در هیچ‌یک از متغیرهای وابسته با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند (p= ۰/۰۵). با این حال در تحلیل‌های بعدی نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همپراش در نظر گرفته شدند.

جدول ۲، نتایج حاصل از آزمون باکس در مورد همسانی کوواریانس‌های متغیرهای علایم وسواس، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افسردگی را در سه گروه نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌گردد پیش‌فرض تساوی کوواریانس‌ها در تمامی متغیرهای وابسته بین سه گروه رعایت شده است (P<۰/۰۵). به عبارت دیگر کوواریانس‌ها یا روابط بین متغیرهای وابسته در سه گروه، در جامعه برابر است و بنابراین امکان استفاده از شیوه تحلیل کوواریانس وجود دارد.

نتایج حاصل از آزمون لوین در خصوص پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات علایم وسواس، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و افسردگی بیماران مبتلا به وسواس در سه گروه در جدول ۳ منعکس شده است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی مربوط به گروه‌های درمان

گروه	منبع تغییرات	سن			تحصیلات			تعداد		
		زن	مرد	کل	زن	مرد	کل	زن	مرد	کل
درمان مبتنی بر پذیرش و	میانگین	۳۱/۷	۳۰/۶۶	۳۱/۴۶	۱۴/۸	۱۴/۶۶	۱۴/۷۶	۱۰	۳	۱۳
تعهد	انحراف معیار	۵/۹۶	۴/۰۴	۵/۴۴	۲/۱۴	۲/۳	۲/۰۸	۷۷	۲۳	۱۰۰
درمان شناختی– رفتاری	میانگین	۳۲/۱۶	۳۱	۳۲/۰۷	۱۴/۸۳	۱۶	۱۴/۹۲	۱۲	۱	۱۳
	انحراف معیار	۹/۶۲	–	۹/۲۲	۱/۹۹	–	۱/۹۳	۹۲	۸	۱۰۰
لیست انتظار	میانگین	۳۲/۱۴	۳۲/۸	۳۲/۴۱	۱۴/۲۸	۱۴/۶۶	۱۵	۷	۵	۱۲
	انحراف معیار	۵/۷۲	۸/۹۲	۶/۸۵	۲/۱۳	۲/۳	۲	۵۸/۴	۴۱/۶	۱۰۰
کل	میانگین	۳۲	۳۱/۸۸	۳۱/۹۷	۱۴/۶۸	۱۵/۵۵	۱۴/۸۹	۲۹	۹	۳۸
	انحراف معیار	۷/۴۱	۶/۷۱	۷/۱۶	۲/۰۱	۱/۶۶	۱/۹۵	۷۷/۴	۲۳/۶	۱۰۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.2.0]

جدول ۲. نتایج حاصل از آزمون باکس در مورد همسانی کوواریانس‌های متغیرهای وابسته در سه گروه

متغیر	M	Df1	Df2	F	P
علایم وسواس	۰/۰۴۳	۳	۳۱۸۸۴/۶۷	۰/۰۳۲	۰/۸۹
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	۱/۲۲	۳	۳۱۸۸۴/۶۷	۰/۳۷	۰/۷۳
افسردگی	۳/۲۶	۳	۳۱۸۸۴/۶۷	۲/۲۸	۰/۶۵

جدول ۳. نتایج حاصل از آزمون لوین در خصوص پیش‌فرض تساوی واریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته بین سه گروه

متغیر	مرحله ارزیابی	Df1	Df2	F	P
علایم وسواس	پس‌آزمون	۲	۳۸	۴/۳۴	۰/۰۹
	پیگیری	۲	۳۸	۵/۰۵	۰/۲۱
انعطاف‌پذیری روان‌شناختی	پس‌آزمون	۲	۳۸	۰/۹۹	۰/۳۷
	پیگیری	۲	۳۸	۱/۵۶	۰/۲۲
افسردگی	پس‌آزمون	۲	۳۸	۰/۸۴	۰/۴۴
	پیگیری	۲	۳۸	۰/۵۴	۰/۵۸

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، میانگین نمرات مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون و زیر مقیاس‌های آن و میانگین نمرات پرسش‌نامه پذیرش و عمل و در پرسش‌نامه افسردگی بک در هر دو گروه درمانی کاهش داشت و این کاهش‌ها در پیگیری نیز با افزایشی جزیی تداوم داشت.

نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری با وارد کردن نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر کنترل در جدول ۵ آمده است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود نتایج آزمون لامبدا به عنوان رایج‌ترین آزمون مورد نظر در تحلیل کوواریانس چند متغیری حاکی از آن است که تفاوت معنی‌داری بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد (P<۰/۰۱ ، F= ۲/۵۲۱) و مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که تقریباً ۵۰ درصد واریانس نمرات سه گروه مربوط به عضویت گروهی است.

جدول ۶ تفاوت سه گروه را به طور جداگانه در مقیاس وسواس فکری و عملی ییل براون و زیر مقیاس‌های افکار و اعمال وسواسی، پرسش‌نامه پذیرش و عمل و نیز پرسش‌نامه افسردگی بک در پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود بین سه گروه در نمرات پس‌آزمون مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون (F=۸/۶۱ , P<۰/۰۱)، زیرمقیاس‌های فکر وسواسی (F=۱۰/۵۷ , P<۰/۰۱) و عمل وسواسی (F=۴/۸۵, P<۰/۰۵)، پرسش‌نامه پذیرش و عمل (F=۲/۷۸, P<۰/۰۱)، و پرسش‌نامه افسردگی بک (F=۸/۹۴,P<۰/۰۱) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این تفاوت‌ها در پیگیری نیز معنی‌دار بود اما مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون LSD نشان داد که دو گروه درمانی در پس‌آزمون فقط در پرسش‌نامه پذیرش و عمل تفاوت معنی‌داری نشان دادند (P<۰/۰۵). یعنی دو روش درمانی در کاهش علایم وسواسی و نیز افسردگی تفاوت معنی‌داری نشان ندادند. جدول ۴ نشان می‌دهد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در افزایش انعطاف‌پذیری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.2.0]

روان‌شناختی مؤثرتر بوده است. این برتری در پیگیری نیز حفظ شده است (P<۰/۰۱).

اما مقایسه گروه‌های درمانی با لیست انتظار حاکی از آن است که بین گروه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه لیست انتظار در تمام مقیاس‌ها در پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد و این تفاوت در پیگیری هم تداوم داشته است. مقایسه گروه درمان شناختی- رفتاری با گروه لیست انتظار در پس‌آزمون نیز حاکی از آن است که به جز نمرات پرسش‌نامه پذیرش و عمل، بین دو گروه در بقیه مقیاس‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این نتایج نیز تا یک ماه پس از درمان تداوم داشت.

جدول۴. میانگین و انحراف معیار مربوط به سه گروه درمانی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

گروه	منبع تغییرات	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	نمره کل مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون	۲۱	۷/۲۳	۱۷/۵۳	۱/۴۷	۱۸/۰۱	۱/۳۷
	زیرمقیاس فکر وسواسی ییل-براون	۱۰/۰۷	۳/۹۴	۸/۸۳	۰/۷۹	۹/۱۳	۰/۷۱
	زیرمقیاس عمل وسواسی ییل-براون	۱۰/۹۲	۳/۰۵	۸/۶۹	۰/۹۳	۸/۹۷	۰/۸۷
	پرسش‌نامه پذیرش و عمل	۳۲/۱۵	۱۱/۷۴	۲۰/۷۷	۱/۸۹	۲۱/۷۴	۲/۰۵
	پرسش‌نامه افسردگی بک	۱۶/۳۸	۱۰/۹۸	۱۳/۰۲	۱/۹	۱۳/۸۷	۲/۰۲
درمان شناختی-رفتاری	نمره کل مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون	۲۷/۰۷	۵/۲۸	۱۶/۵۸	۱/۵۹	۱۷/۰۱	۱/۴۸
	زیر مقیاس فکر وسواسی ییل- براون	۱۴	۲/۹۱	۷/۷۵	۰/۷۶	۸/۱۰	۰/۷۶
	زیر مقیاس عمل وسواسی ییل- براون	۱۳/۰۷	۲/۶۲	۸/۸۳	۱/۰۱	۸,۹۰	۰/۹۳
	پرسش‌نامه پذیرش و عمل	۳۵/۶۱	۱۰/۵۹	۳۳/۹۲	۲/۰۴	۳۳/۶۲	۲/۲۱
	پرسش‌نامه افسردگی بک	۲۹	۷/۲۹	۱۱/۰۳	۲/۰۵	۱۱/۹۸	۲/۱۷
لیست انتظار	نمره کل مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون	۲۶/۹۱	۴/۲۰	۲۵/۳۶	۱/۵۶	۲۶/۸۶	۱/۵۴
	زیر مقیاس فکر وسواسی ییل- براون	۱۳/۶۶	۲/۲۲	۱۲/۶۸	۰/۷۴	۱۳/۳۲	۰/۷۵
	زیر مقیاس عمل وسواسی ییل- براون	۱۳/۲۵	۲/۲۳	۱۲/۶۷	۰/۹۹	۱۳/۳۲	۰/۷۵
	پرسش‌نامه پذیرش و عمل	۳۰/۵۸	۹/۰۵	۲۹/۷۴	۲	۳۰/۸۵	۲/۱۷
	پرسش‌نامه افسردگی بک	۱۳/۵۸	۷/۶۵	۲۲/۹۴	۲/۰۱	۲۰/۴۹	۲/۱۳

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به تفاوت بین سه گروه درمانی

آزمون	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۲۹۵	۲/۵۲۱	۱۶	۴۸	۰/۰۰۷	۰/۴۵۷	۰/۹۷۰

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.2.0]

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به تفاوت بین سه گروه‌درمانی

متغیر وابسته		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
پس آزمون	نمره کل مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون	۳۸۹/۸۶	۲	۱۸۴/۹۳	۸/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵۷	۰/۹۵۲
	زیر مقیاس فکر وسواسی ییل- براون	۱۰۴/۱۶	۲	۵۲/۰۸	/۵۷ ۱۰	۰/۰۰۱	۰/۴۰۵	۰/۹۸۱
	زیر مقیاس عمل وسواسی ییل- براون	۸۳/۹۳	۲	۴۱/۹۶	۴/۸۵	۰/۰۱۵	۰/۲۳۹	۰/۷۶۱
	پرسش‌نامه پذیرش و عمل	۱۹۶/۱۶	۲	۹۸/۰۸	۲/۷۸	۰/۰۰۷	۰/۱۵۲	۰/۵۰۸
	پرسش‌نامه افسردگی بک	۶۴۰/۲۱	۲	۳۲۰/۱۰	۸/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۳۶۶	۰/۹۵۹
پیگیری	نمره کل مقیاس وسواس فکری-عملی ییل براون	۴۶۴/۸۴	۲	۲۳۲/۴۲	/۴۸ ۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶	۰/۹۹۳
	زیر مقیاس فکر وسواسی ییل- براون	۱۱۹/۰۲	۲	۵۹/۵۱	/۹۳ ۱۱	۰/۰۰۱	۰/۴۳۵	۰/۹۹۱
	زیر مقیاس عمل وسواسی ییل- براون	۱۱۵/۲۰	۲	۵۷/۶۰	۷/۷۳	۰/۰۰۲	۰/۳۳۳	۰/۹۲۸
	پرسش‌نامه پذیرش و عمل	۹۱/۶۵	۲	۴۵/۸۲	۱/۱۰	۰/۰۴۵	۰/۰۶۶	۰/۲۲۶
	پرسش‌نامه افسردگی بک	۳۰۹/۶۹	۲	۱۵۴/۸۵	۳/۸۶	۰/۰۳۲	۰/۱۹۹	۰/۶۵۶

جدول ۷. مقایسه‌های زوجی سه گروه درمانی

	متغیر وابسته	سطح معنی‌داری: درمان مبتنی بر پذیرش وتعهد و درمان شناختی- رفتاری	سطح معنی‌داری: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و لیست انتظار	سطح معنی‌داری: درمان شناختی- رفتاری و لیست انتظار
پس آزمون	نمره کل مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون	۰/۶۹۱	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**
	زیر مقیاس فکر وسواسی ییل- براون	۰/۳۴۷	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۰**
	زیر مقیاس عمل وسواسی ییل- براون	۰/۹۳۹	۰/۰۰۸**	۰/۰۱۹*
	پرسش‌نامه پذیرش و عمل	۰/۰۲۵*	۰/۰۰۱**	۰/۱۹۱
	پرسش‌نامه افسردگی بک	۰/۵۱۹	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۱**
پیگیری	نمره کل مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون	۰/۶۲۲	۰/۰۰۰**	۰/۰۰۰**
	زیر مقیاس فکر وسواسی ییل- براون	۰/۳۷۲	۰/۰۰۰**	۰/۰۰۰**
	زیر مقیاس عمل وسواسی ییل- براون	۰/۹۶۴	۰/۰۰۱**	۰/۰۰۳*
	پرسش‌نامه پذیرش و عمل	۰/۰۴۸*	۰/۰۰۴**	۰/۴۲۲
	پرسش‌نامه افسردگی بک	۰/۵۶۲	۰/۰۳۵*	۰/۰۱۶*

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.2.0]

بحث و نتیجه‌گیری

اختلال وسواس فکری و عملی، اختلالی که ابتدا غیر قابل درمان تصور می‌شد، اکنون حجم قابل ملاحظه‌ای از تحقیقات را به خود اختصاص داده است. همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، اولین درمان مؤثر برای وسواس، درمان مبتنی بر مواجهه بود. رویکرد رفتاری به درمان وسواس، بر کارکرد اضطراب و اصول رفتاری استفاده شده برای هدف قرار دادن آن تمرکز داشت. در پاسخ به محدودیت‌های این درمان (امتناع از درمان، اطاعت و انگیزش درمانی ضعیف)، شناختارها به‌عنوان هدف اصلی در درمان وسواس مورد توجه قرار گرفتند. به بسیاری از سازه‌های خاص به عنوان اصل وسواس توجه شد، مثلاً مسؤولیت‌پذیری افراطی، آمیختگی فکر- عمل، کنترل افکار و میل به قطعیت. الگوهای شناختی فعلی بر تعیین این‌که کدام یک از این سازه‌ها در ایجاد وسواس اصل هستند، تمرکز دارند و از روش‌های شناختی برای آزمودن این باورها استفاده کرده‌اند. برای مثال، شناخت درمانی در درمان مراجع مبتلا به وسواس که یک حس مسؤولیت‌پذیری افراطی دارد بر تعیین این‌که آن فرد واقعاً چقدر مسؤول است به جای چقدر فکر می‌کند که مسؤول است تمرکز دارد. سپس همان‌طور که Rachman (۴۱) اشاره کرد، همین‌که باورها در افکار وسواسی کاهش یابند، اعمال وسواسی نیز کاهش خواهد یافت. به عبارت دیگر، شناخت درمانی مکانیزم عمل در درمان وسواس را تغییر شناخت می‌داند. اما این رویکرد در تحقیقات حمایت نشده است (۱۵).

همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، تحلیل گران رفتاری اخیراً یک تبیین کارکردی برای شناختارها اتخاذ کرده‌اند (۱۶) . یک نمونه از این تبیین‌ها توسط Hayes و همکاران (۲۰) پیشنهاد شد. در پژوهش حاضر، این رویکرد با رویکردهای قبلی، یعنی درمان شناختی- رفتاری در درمان وسواس مقایسه شد. نتایج حاکی از اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود. این نتایج با نتایج تحقیقات قبلی ACT در حوزه وسواس (۳۳) همخوان است. از سوی دیگر، مقایسه مستقیم دو گروه درمانی نشان داد که به جز پرسش‌نامه پذیرش و عمل، دو گروه درمانی تفاوت معنی‌داری را در پس آزمون و پیگیری نشان ندادند. این نتایج حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی- رفتاری هر دو تغییرات معنی‌داری در علایم وسواس ایجاد کردند. ولی از آن‌جا که پرسش‌نامه پذیرش و عمل اجتناب تجربه‌ای را می‌سنجد، لذا نتایج این پژوهش حاکی از آن است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی مؤثرتر بوده است.

یکی از تبیین‌ها برای این نتایج این است که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد شباهت‌هایی با درمان‌شناختی- رفتاری دارد. گرچه مواجهه درون جلسه‌ای استفاده نشد، اما ACT برای وسواس، نهایتاً شامل مواجهه می‌شود. اما مواجهه در ACT به عنوان پیامد بالینی ملاحظه می‌شود. برای کاهش اعمال وسواسی، بیمار باید افکار وسواسی را تجربه کند و به آن‌ها پاسخ دهد. تمرینات تعهد رفتاری لزوماً شامل مواجهه با موقعیت‌های وسواسی در خارج از جلسه بود.

در ACT مراجع آموزش می‌بیند منازعه با افکار وسواسی را متوقف کند و این چیزی متفاوت از درمان‌شناختی-رفتاری وسواس نیست. جایی که ACT از درمان شناختی- رفتاری متفاوت می‌شود این است که آیا افکار وسواسی به طور منطقی صحیح هستند یا نه. در واقع ACT به این نمی‌پردازد که آیا افکار وسواسی به طور منطقی صحیح هستند یا نه، اما به اثراتشان روی رفتار می پردازد. هم‌چنین، ACT از درمان شناختی- رفتاری در هدف متفاوت است. ACT تمرکز آشکاری بر بهبودی‌های کلی در عملکرد دارد. تمرکز درمان شناختی- رفتاری بیشتر روی کاهش افکار و اعمال وسواسی است.

به زعم Wilhelm و Steketee (۴۱)، هدف درمان شناختی- رفتاری برای وسواس، هدف قرار دادن باورها یا ارزیابی های هسته‌ای فرد از معنای افکار وسواسی و نیز کاهش اضطراب و افکار وسواسی است. برای رسیدن به این اهداف درمانگر در تمرینات درمانی زیادی مشارکت می‌کند که کاملاً منطبق با مفهوم ACT از پذیرش و ارزشها است. تفاوت اصلی بین ACT و درمان شناختی- رفتاری این است که شناختارها چگونه مدیریت می‌شوند. در درمان شناختی- رفتاری

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.2.0]

شناختارها مستقیماً برخورد می‌شوند اما در ACT نه. گرچه در ACT فراوانی و محتوای فکر وسواسی مستقیماً هدف قرار داده نمی‌شد، اما کاهش اضطراب موقعیت‌های وسواسی در نتیجه استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش و نیز بحث‌های مفصل پیرامون ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌ها، همگی منجر به کاهش افکار و اعمال وسواسی می‌شود.

در این درمان به جای تأکید بر مواجهه، افزایش تمایل فرد به تجربه رویدادهای درونی همان‌طور که هستند، مورد تأکید است. در این‌جا هدف کمک به فرد است 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. یعنی وجود فکر وسواسی به خودی خود مسأله نیست. بلکه مسأله اصلی تلاش فرد برای پاسخ دادن به فکر وسواسی (یعنی عمل وسواسی) است. در حقیقت، هدف ACT افزایش خزانه رفتاری فرد در حضور رویدادهای ترسناک (مثلاً فکر وسواسی) است، چیزی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نامیده می‌شود (۴۳). این رویکرد، همان‌طور که در نتایج ییل- براون مشخص بود، منجر به کاهش معناداری در فکر و عمل وسواسی شد، گرچه در هیچ‌جای درمان، کاهش افکار و اعمال وسواسی به طور مستقیم هدف قرار داده نشد. در واقع فرایندهای مرکزی ACT به مراجع آموزش می‌دهد چگونه عقیده بازداری فکر را رها کند، از افکار مزاحم گسلیده شود، به جای خود مفهوم‌سازی شده، خود مشاهده‌گر را تقویت نماید، رویدادهای درونی را به جای کنترل بپذیرد، ارزش‌هایش را تصریح کند و به آن‌ها بپردازد. در مجموع تفاوت اصلی بین ACT و درمان شناختی- رفتاری، تمرکز درمان است و آن‌چه درمانگر تلاش می‌کند جلسه به جلسه انجام دهد. درمان شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه تمرکز دارد اما ACT تمرکز مستقیمی بر کاهش نشانه ندارد.

هنوز معلوم نیست که آیا این دو مداخله واقعاً تغییرات متفاوتی در سطح فرایند درمان ایجاد می‌کنند یا نه. چند احتمال می‌تواند وجود داشته باشد: احتمال اول این‌که این درمان‌ها از طریق مکانیزم‌های عمل متفاوتی عمل می‌کنند. احتمال دیگر این است که آن‌ها در مکانیزم‌های مشابهی سهیم هستند و نهایتاً این احتمال که آن‌ها واقعاً یکی هستند و از طریق مکانیزم‌های مشابهی عمل می‌کنند.

اگر آن‌ها از طریق مکانیزم‌های متفاوتی عمل می‌کنند، پس جفت کردن این دو درمان نهایتاً درمان وسواس را ارتقا می‌بخشد. اگر در مکانیزم‌های مشابهی سهیم هستند باید شناسایی شود کدام مکانیزم مهمترین است و چگونه مورد استفاده قرار گیرد. اگر آن‌ها واقعاً یکی هستند، پس یکپارچگی آن‌ها ضروری است.

تحقیقات ACT هنوز در آغاز راه است و بنابراین شواهد بیشتری در خصوص مکانیزم عمل این درمان لازم و ضروری است. گرچه شواهدی وجود دارد مبنی بر این‌که تغییر در پذیرش و گسلش و نه تغییر در محتوای شناختی یا هیجانی میانجی پیامدها هستند (۳۰) اما کارهای بیشتری در این زمینه و مخصوصاً در ایران لازم است. نتایج این پژوهش زمانی که با مطالعه اولیه ایزدی و همکاران (۳۴) جمع می‌شود، حاکی از آن است که ACT می تواند گزینه درمانی مناسبی برای وسواس در جامعه ایران باشد. مخصوصاً چون در ACT مواجهه درون جلسه ضرورتی ندارد، می‌تواند در مواقعی که مراجع، درمان مواجهه محور را رد می‌کند به خوبی مورد استفاده قرار گیرد. در درمان مواجهه محور دغدغه‌هایی مثل وقت‌گیر بودن مواجهه، تداخل با رازداری وقتی لازم است مواجهه خارج از اتاق درمانگر انجام شود، اضطراب‌زا بودن مواجهه و امتناع از آن و... وجود دارد. از سوی دیگر چون در ACT هیچ تأکیدی بر کاهش نشانه نمی‌شود، پیشنهاد می‌شود در کنار مقیاس وسواس فکری و عملی ییل- براون که یک ابزار طلایی استاندارد در حیطه وسواس است و باید استفاده شود، از مقیاس‌های دیگری مثل پرسش‌نامه وسواسی جبری (۴۴) نیز استفاده شود که تمرکز کمتری روی کاهش فکر وسواسی و اضطراب دارد و تمرکز بیشتر روی کاهش عمل وسواسی است. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، درمان بیماران مبتلا به وسواس به شیوه پذیرش و تعهد به درمانگران توصیه می‌شود. از سوی دیگر نظر به نتایج حاصل از این پژوهش در نشانه‌های مربوط به افسردگی و اضطراب،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.2.0]

کاربرد این درمان در افراد مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی می‌تواند نتیجه بخش باشد. هم‌چنین از آن‌جا که نتایج این پژوهش در حیطه کیفیت زندگی مطلوب بود، تلفیق و یا استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در برنامه‌های درمانی سایر بیماری‌های مزمن که با مسایل کیفیت زندگی دست و پنجه نرم می‌کنند، توصیه می‌گردد.

این مطالعه اولین مطالعه‌ای است که ACT را با درمان شناختی– رفتاری در درمان وسواس مقایسه کرده است. بنابراین محدودیت‌هایی نیز دارد. استفاده از نمونه‌های در دسترس، عدم اجرای همزمان هر دو روش‌درمانی و نیز مدت کوتاه زمان پیگیری محدودیت‌هایی بودند که توصیه می‌شود در پژوهش‌های بعدی به آن‌ها پرداخته شود.

در مجموع این مطالعه نشان داد ACT بهبود معنی‌داری در علایم و نشانه‌های وسواس ایجاد کرد . اما هنوز جایگاه این درمان در حیطه وسواس معلوم نیست. تحقیقات بیشتری لازم است برای تعیین این‌که آیا فرایندهایی که زیربنای ACT هستند از درمان‌های حمایت شده موجود متفاوت هستند یا نه. اگر ACT درمان متفاوتی است، پس تحقیقات بیشتری لازم است تا اثربخشی آن بیشتر آشکار شود.

تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از زحمات کارکنان مراکز مشاوره گلستان زندگی، پارسه و هدی به دلیل فراهم کردن امکان نمونه‌گیری و تشکیل جلسات درمان تشکر و قدردانی به عمل آوریم.

References

1- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. text rev. Washington DC: Author; 2000.
2- Clark DA, Cognitive behavioral therapy for OCD. New York: The Guilford Press; 2004.
3- Steketee G, Barlow DH. Obsessive compulsive disorder. In:Barlow DH, editor. Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic. NewYork: The Guilford Press ; 2002: 516–50.
4- Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments of obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. J Cons Clin Psychol. 1997; (65): 44–52.
5- 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.
6- 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.
7- Salkovskis PM, Westbrook D. Behavior therapy and obsessional ruminations: Can failure be turned into success? Behav Res Ther. 1989; 27(2): 149–60.
8- Salkovskis PM. Obsessional -compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. Behav Rese Ther.1985; (23): 549–52.
9- Rachman SA. Cognitive theory of obsessions. Behav Res Ther 1997; 35(3): 793–802.
10- Rachman SA. Cognitive theory of obsessions: Elaborations. Behav Res Ther 1998;(36): 385–401.
11- 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.
12- Vogel PA, Stiles TC, Gotestam KG. Adding cognitive therapy elements to exposure therapy for obsessive compulsive disorder: A controlled study. Behav Cog Ther 2004; (32): 275–90.
13- Cottraux J, Note I, Yao SN. A randomized controlled trial of cognitive therapy versus intensive behavior therapy in obsessive compulsive disorder. Psychother Psychosom 2001;(70): 288–97.
14- Abramowitz JS. Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. Behav Ther 1996; (27): 583-600.
15- Clark DA. Focus on "cognition in cognitive behavior therapy for OCD: It is really necessary? Cog Behav Ther 2005;(34): 131-39.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.2.0]

16- Hayes SC. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. Behav Ther 2004;(35): 639−65.
17- Linehan MM. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. New York: Guilford; 1993.
18- Jacobson NS, Christensen A. Integrative couple therapy: Promoting acceptance and change. New York: WW Norton; 1996.
19- Segal ZV, Williams JM, Teasdale JD. Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse. New York: Guilford Press; 2002.
20- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An Experiential Approach to Behavior Change. New York: Guilford Press; 1999.
21- Hayes SC, Hayes LJ, Reese HW. Varieties of Scientific Contextualism. Reno: Context Press; 1993.
22- Hayes SC, Barnes-Holmes D, Roche B. Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition. New York: Plenum Press; 2001.
23- Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Frank WB, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processed and outcomes. Behav Res Ther. 2006 ;(44): 1-25.
24- Forman EM, Hebert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. Behav Modifi 2007; 31(6): 772-99.
25- Twohig MP. Acceptance and Commitment Therapy for Treatment-Resistant Posttraumatic Stress Disorder: A Case Study. Cog Behav Pract 2009;(16): 243-52.
26- López FC, Salas SV. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in the Treatment of Panic Disorder: Some Considerations from the Research on Basic Processes. Inter J Psychol Psychologi Ther. 2009; 9(3): 299- 315
27- Roemer L, Orsillo SM. An open trial of an acceptance-based behavior therapy for generalized anxiety disorder. Behav Ther 2007; 38(1): 72-85.
28- Lundgren T, Dahl J, Yardi N, Melin J. Acceptance and Commitment Therapy and Yoga for drug refractory epilepsy: A randomized controlled trial. Epil Behav 2008;(13): 102-8.
29- Wilson KG, Byrd MR. Acceptance and Commitment Therapy for Substance Abuse and Dependence. In: Hayes SC, Strosahl KD, editors. A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. New York: Springer Science and Business Media Inc; 2004: 153-84.
30- McCracken LM, Velleman SC. Psychological flexibility in adults with chronic pain: A study of acceptance, mindfulness, and values-based action in primary care. Pain. 2010;(148):141–7.
31- Twohig MP, Hayes SC, Masuda A. A preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy as a treatment for chronic skin picking. Behav Res Ther 2006;(44): 1513-22.
32- Twohig MP, Woods DW. A Preliminary investigation of Acceptance and Commitment Therapy and Habit Reversal as a treatment for trichotillomania. Behav Ther 2004;(35): 803-20.
33- 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): 3-13.
34- 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. Zah J Res Med Sci 2012; 14(10): 107-12.
35- Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive–compulsive disorder. Behav Res Ther 1999;(37): 29–52.
36- Goodman WK, Price LH, Rassmussen SA, Mazure C, Fleischman R, Hill CL, et al. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Development, use and reliability. Arch Gen Psychi. 1989; 46(11): 1006-11.
37- Dadfar M, Bolhari J, Malakuti K, Bayan zade SA. The study of the epidemiology of symptoms of Obsessive Compulsive Disorder. J Mind Behav. 2002; 1(2): 27-33.
38- Beck AT. Beck Depression Inventory . 2nd ed. San Antonio, TX: The Psychological Corporation; 1996.
39- Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory.2nd ed: BDI-II. J Dep Anx. 2005; 21(4): 185-92.
40- Bakhshani N. Effectiveness of cognitive behavior therapy in anxiety disorders. [MA.Thesis]. Tehran, Iran: Clinical psychiatric institute; 1993: 1-80.
41- Rachman SJ. A cognitive theory of obsessions. Behav Res Ther 1997;(35): 793-802.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]
[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.2.0]

42- Wilhelm S, Steketee GS. Cognitive therapy for OCD: A guide for professionals. San Francisco: New Harbinger Publications; 2006.
43- Hayes SC, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy (Theory and Psychotherapy). Reno: Amer Psychological Assn; 2012.
44- Foa EB, Kozak MJ, Salkovskis PM, Coles ME, Amir N. The validation of a new obsessive-compulsive disorder scale: The obsessivecompulsive inventory. Psychol Assess 1998;(10): 206-14.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.2.0]

Comparison of the efficacy of Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive- compulsive disorder

Razieh Izadi [1], Hamidtaher Neshatdust [2], Karim Asgari [3], Mohammadreza Abedi [4]

Original Article

Abstract

Aim and Background: Recently, "Third wave" behavioral and cognitive interventions have received extensive attention between researchers.To evaluation of the efficacy of one of these treatments, Acceptance and Commitment Therapy (ACT), This Study compares this treatment with Cognitive - Behavioral Therapy (CBT) in Obsessive- Compulsive Disorder (OCD).

Methods and Materials: In this study a quasi- experimental design with pre - posttest was used. Implementation of this study was from February 2011 to October 2012 in the Parse`s center of Psychiatry and Psychology.The experimental groups were Acceptance and Commitment Therapy (n =13) and Cognitive-Behavior Therapy (n =13). Both groups received 10 two-hour treatment sessions once a week. In control group 12 patients participated (wait list). In order to assess the severity of OCD, psychological flexibility and depression, Yale Brown Obsessive- compulsive scale (YBOCS), Acceptance and Action Questionnaire (AAQ) and Beck Depression Inventory (BDI) were used. Data were analyzed using Multiple Analysis of Covariance in SPSS.

Findings: Comparison of the treatment groups suggested that there was significant difference between ACT and wait list groups in all scales and this difference maintains in follow up (P=0.01). In addition, comparison of CBT group with wait list in posttest indicates that there was signifficant difference between two groups, except of psychological flexibility variabele, and these results maintain in follow up too (P=0.01). In post test, two groups show significant difference only in Acceptance and Action Questionnaire (P= 0.05) not in reduction of OCD symptoms and depression. ACT was more effective in increase of psychological flexibility and this superiority maintains in follow up (P= 0.01).

Conclusions: Based on the results of this study, both Acceptance and Commitment Therapy and Cognitive-Behavior Therapy, made significant changes in OCD symptoms. So, current study provides an empirical support for Acceptance and Commitment Therapy in treatment of OCD.

Keywords: Obsessive- Compulsive Disorder, Acceptance and Commitment Therapy, Cognitive-Behavior Therapy, Psychological Flexibility, Depression

Citation: Izadi R, Neshatdust HT, Asgari K, Abedi MR. **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 Behave Sci 2014; 12(1): 19-33

Received: 09.01.2013 Accepted: 14.04.2014

1- PhD, Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran(Corresponding Author) Email: r_izady@yahoo.com
2- Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
3- Assistant Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
4- Associate Professor, Department of Counseling, University of Isfahan, Isfahan, Iran

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.17352029.1393.12.1.2.0]