

Acceptance and Commitment Therapy with Exposure and Response Prevention and Schema Therapy with Exposure and Response Prevention on Obsession: An Effectiveness Comparison

Mahnaz Ghatreh Samani¹, Mahmoud Najafi²

1. Ph.D student of psychology, Department of clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. mahnaz.samani@gmail.com
2. (corresponding author), Ph.D of Psychology, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Semnan University, Semnan, Iran. m_najafi@semnan.ac.ir

ABSTRACT

Received: 31/01/2024 - Accepted: 28/10/2024

Aim: Obsessive-compulsive disorder is one of the common disorders and there are many interventions for this disorder, but some patients do not get the desired results from the interventions. The aim of this research was to compare the effectiveness of acceptance and commitment therapy along with exposure and response prevention (ACT+ERP) with schema therapy along with exposure and response prevention (ST+ERP) of the intensity of obsessions and obsessive beliefs of patients with obsessive-compulsive disorder. **Methods:** The research method was quasi-experimental having pre-test and post-test with a control group. The statistical population included all patients with obsessive-compulsive disorder in the year 2023 in Isfahan city. Sixty people were selected through convenience sampling and were randomly assigned to 2 experimental groups and one control group (20 people in each group). The experimental groups received eight 60-minute sessions of ACT+ERP and ST+ERP. In this research, Obsessional Beliefs Questionnaire -44 (Group of Experts Working on Obsessive-Compulsive Cognitions, 1997) and Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) (Goodman et al., 1989) were used. Multivariate analysis of covariance statistical tests was used to analyze the hypotheses. **Results:** compared to the control group, ACT+ERP and ST+ERP had significant effect on the intensity of obsessions and obsessive beliefs of patients ($p < 0.001$). **Conclusion:** Based on the research findings, ACT+ERP and ST+ERP are effective in reducing the severity of obsessions and obsessive beliefs of patients with obsessive-compulsive disorder. Also, ACT+ERP compared to ST+ERP had a greater effect on reducing the severity of obsessions and compulsions in patients with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, obsession, schema therapy



فصلنامه علمی پژوهشهای مشاوره
انجمن مشاوره ایران
جلد ۲۳، شماره ۹۱، پاییز ۱۴۰۳
مقاله پژوهشی

e-issn:4018-2717

p-issn:400-2717X

DOI: 10.18502/qjcr.v23i91.16932

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ با طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ به وسواس: یک مقایسه اثربخشی

مهناز قطره سامانی^۱، محمود نجفی^۲

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
mahnaz.samani@gmail.com

۲. نویسنده مسئول، دکتری روان‌شناسی، دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.
m_najafi@semnan.ac.ir

چکیده

هدف: اختلال وسواس - جبری یکی از اختلال‌های شایع است و مداخله‌های متعددی برای این اختلال وجود دارد اما برخی بیماران نتیجه مطلوب نمی‌گیرند. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ (ACT+ERP) با طرح‌واره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ (ST+ERP) بر شدت وسواس و باورهای وسواسی بیماران مبتلا به اختلال وسواس - جبری بود.

روش: طرح این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواس - جبری در سال ۱۴۰۲ در اصفهان بود. شصت نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه (در هر گروه ۲۰ نفر) گمارش تصادفی شدند. گروه‌های آزمایش هشت جلسه ۶۰ دقیقه‌ای ACT+ERP و ST+ERP دریافت کردند. در این پژوهش از پرسشنامه افکار وسواسی-۴۴ (گروه متخصصان کار روی شناخت‌های وسواس فکری-عملی، ۱۹۹۷) و پرسشنامه مقیاس وسواس فکری و عملی ییل-براون (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹) استفاده شد. فرضیه‌ها از طریق آزمون کوواریانس چند متغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان داد که اثربخشی ACT+ERP و ST+ERP بر شدت وسواس و باورهای وسواسی بیماران به‌طور جداگانه، در مقایسه با گروه کنترل تأثیر معناداری داشته است ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش ACT+ERP و ST+ERP بر کاهش شدت وسواس و باورهای وسواسی بیماران مبتلا به اختلال وسواس - جبری مؤثر است. همچنین ACT+ERP نسبت به ST+ERP تأثیر بیشتری بر کاهش شدت وسواس فکری و عملی بیماران مبتلا به اختلال وسواس - جبری داشت.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرح‌واره درمانی، وسواس.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۱ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۸/۰۷

مقدمه

اختلال وسواس - جبری^۱ به دلیل شیوع بالا، سیر پیش رونده و ناتوان کننده یک اختلال روانی قابل توجه است و آسیب هایی که از این اختلال وجود می آید، بسیار گسترده است (مک کی^۲، ۲۰۱۸). این اختلال با حضور وسواس ها و یا اجبارها شناخته می شود. وسواس ها، افکار و یا تصاویر و یا تمایلات راجعه و پایداری هستند که ناخواسته اند و عموماً با اضطراب همراه هستند و فرد تمایل دارد که آن ها را نادیده بگیرد و یا خنثی کند. اجبارها رفتارهای تکرارشونده و یا فعالیت های ذهنی هستند که فرد احساس می کند باید آن ها را در پاسخ به وسواس ها انجام دهد (ون امرینگن، پترسون و سیمپسون^۳، ۲۰۱۴). وسواس های آلودگی، ترتیب و تقارن، وسواس های مربوط به مسائل جنسی، وسواس های مذهبی و اجبارهای چک کردن، تمیزی، شمردن و تکرار رایج تر هستند (بهشتی و نجفی، ۱۴۰۱).

درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ^۴ (ERP)، خط اول درمان اختلال وسواس - جبری است (ایسن، سیبراو، بویسو و همکاران^۵، ۲۰۱۳). این درمان شامل آموزش روانی به بیماران به منظور مواجهه با اضطراب های مرتبط با افکار وسواس و عدم انجام اجبارها است (جیکوبی و ابراموویتز^۶، ۲۰۱۶). هدف این درمان بررسی این موضوع توسط بیمار است که محرک های اضطراب آور ایمن هستند (لاو و بویسو^۷، ۲۰۱۹). درمان دیگری که هم سو با این اهداف درمانی باشد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۸ (ACT) است. این درمان علاوه بر تجربه اضطراب و همجوشی زدایی بر زندگی ارزشمند تأکید می کند (بوچهولز،

1. Obsessive-Compulsive Disorder
2. McKay
3. Van Ameringen, Patterson, & Simpson
4. Exposure & Response Prevention
5. Eisen, Sibrava, Boisseau & et.al
6. Jacoby & Abramowitz
7. Law & Boisseau
8. Acceptance and Commitment Therapy

آبرامویتز، هلبِرج و همکاران^۱، ۲۰۲۳).

ACT دارای رویکرد زمینه‌ای و تجربی در روان‌درمانی است (تیوهیگ، وودینیک و کراسبی^۲، ۲۰۱۳). این درمان بر ذهن آگاهی، پذیرش و ارزش‌ها تأکید می‌کند و هدف آن دستیابی به ارزش‌ها و کاهش پریشانی روانی است (خاموشی قلعه‌نویی و منصوری، ۱۳۹۹). این درمان برای کاهش افکار و اعمال وسواسی از فرآیندهای پذیرش، همجوشی زدایی افکار و ارزش‌ها استفاده می‌کند. با این فرآیندها بیماران افکار وسواسی ناخواسته خود را می‌پذیرند و در کنار آن ERP باعث پذیرش تجربیات درونی بدون تلاش برای تغییر آن‌ها و عدم انجام اجبارها می‌شود (تیوهیگ، ویلاردگا، لوین و همکاران^۳، ۲۰۱۵). بیماران یاد می‌گیرند با استفاده از مهارت‌هایی مانند پذیرش، همجوشی زدایی، توجه به زمان حال و خود به عنوان زمینه مجموعه رفتارهای خود را گسترش دهند و آگاهی و توانایی انتخاب رفتارهای جایگزین به ویژه رفتارهای سازگار با ارزش‌ها به جای اجبارهایی که برای کنترل تجربیات ناخواسته درونی است را افزایش دهند (اوی و استینمن^۴، ۲۰۲۳) با این وجود مواردی وجود دارد که این بیماران رفتارهای جایگزین را انتخاب نمی‌کنند و بر اساس تجربه‌های ناسازگار خود که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه خوانده می‌شوند، رفتار می‌کنند (اورکی، درتاج و مهدی زاده، ۱۳۹۷) طرح‌واره‌ها بیان‌کننده افکاری در مورد خود و دیگران هستند و با ارزیابی منفی از تفسیر واقعیت باعث اضطراب می‌شوند که در بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری، این اضطراب‌ها توسط اجبارها کاهش پیدا می‌کنند (دوستال و پیلکینگتون^۵، ۲۰۲۳). طرح‌واره درمانی^۶ (ST) رویکرد منحصر به فرد برای افرادی است که اختلالات کنونی‌شان از تجربه‌های ناگوار کودکی‌شان ناشی می‌شود (طهماسبی زاده و همکاران، ۱۴۰۲). در ST ابتدا فرد با شناخت این طرح‌واره‌ها از ارزیابی خود از محیط

1. Buchholz, Abramowitz, Hellberg & et. al
2. Twohig, Woidneck, & Crosby
3. Twohig, Vilardaga, Levin, & et. al
4. Evey, & Steinman
5. Dostal, & Pilkington
6. Schema Therapy

پیرامون آگاهی می شود و با ERP، باوجود فعال شدن طرحواره ها دست به اجبارها نمی زند و با رفتارهای جایگزین سعی در کاهش اجبارها و جایگزین آن ها به شیوه سالم دارد. بدین صورت نوع ارتباطی که فرد با طرحواره های خود دارد تغییر می کند و با حالت بزرگ سال سالم خود بین طرحواره های فعال و موقعیت فعال ساز این طرحواره ها تعدیل ایجاد می کند (Thiel، توچن کافیر، هرست و همکاران^۱، ۲۰۱۴)، تقویت پاسخ بزرگ سال سالم توسط ST باعث می شود که بیماران مبتلابه اختلال وسواس - جبری به انجام جلسات ERP تشویق شوند و در درمان بانگیزه باقی بمانند (هالند، وگل، لاونس و همکاران^۲، ۲۰۱۱).

امروزه شیوع اختلال وسواس - جبری بسیار بالا است و همچنین این اختلال در زمینه های مختلف زندگی بر عملکرد فرد تأثیر منفی می گذارد و در صورتی که درمان نشود تأثیرات منفی برجسته ای در زندگی فرد به جای می گذارد و باعث آشفتگی فردی، تداخل در روابط، شغل و عملکرد روزانه فرد می شود (مک کی، ۲۰۱۸).

با توجه به موارد بیان شده، بررسی درمان خط اول این اختلال همراه با درمان های موج سوم یعنی ACT و ST حائز اهمیت است. پیشینه پژوهشی در جهت قیاس این دو درمان بسیار ضعیف است و این در حالی است که پیشینه اثربخشی ST (باسیل، لوپینو، ماسینی و همکاران^۳، ۲۰۱۸؛ لوپینو، تنور، ماسینی و همکاران^۴، ۲۰۱۸) و ACT (برقی، روشن و بهرامی، ۱۳۹۸؛ اسمیت، بلوئت، لی و همکاران^۵، ۲۰۱۷) در درمان و رفع نشانه های اختلال وسواس - جبری مطلوب گزارش شده اند.

هرکدام از این درمان ها مزایایی دارد. ST تأکید بر تجربیات ناسازگار و نحوه شکل گیری و تداوم آن ها دارد در حالی که ACT بر شیوه پاسخ دهی بیماران متمرکز است. با توجه به شیوع اختلال وسواس - جبری، نشانه های رایج در این اختلال و

1. Thiel, Tuschen-Caffier, Herbst, & et. al
2. Haaland, Vogel, Launes, & et. al
3. Basile, Luppino, Mancini, & et. al
4. Luppino, Tenore, Mancini, & et. al
5. Smith, Bluett, Lee, & et.al

محدودیت‌هایی که در ERP وجود دارد همانند مقاومت بیماران در کامل کردن درمان، عود مجدد این اختلال حتی بعد از دریافت درمان کامل و ناکافی بودن اثربخشی این درمان (Thiel، جیکوب، توچن کافیر و همکاران^۱، ۲۰۱۶) این پژوهش قصد داشت جهت بررسی این معایب به این سؤال پردازد که آیا بین پروتکل‌های ترکیبی ERP همراه با درمان‌های مؤثر همانند ST و ACT بر شدت وسواس و باورهای وسواسی بیماران مبتلابه اختلال وسواس - جبری تفاوت وجود دارد؟

روش پژوهش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه گواه بود. در این پژوهش گروه اول شامل ACT+ERP، گروه دوم، ST+ERP و گروه سوم، گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلابه اختلال وسواس - جبری در سن ۱۸ تا ۵۰ سالگی بود که در سال ۱۴۰۲ تشخیص اختلال وسواس - جبری در استان اصفهان دریافت کرده بودند. از نرم‌افزار جی‌پاور^۲ به منظور برآورد حجم نمونه استفاده شد. بر مبنای توان آماری ۰/۹۵، آلفای ۰/۰۵، تعداد گروه و تعداد متغیر وابسته حجم نمونه ۵۴ نفر و ۱۸ نفر در هر گروه برآورد گردید. به منظور پیش‌بینی ریزش، در هر گروه ۲۰ قرار گرفتند. بعد از نمونه‌گیری هر گروه آزمایش تحت هشت جلسه مداخله ۶۰ دقیقه‌ای قرار گرفتند. بعد از اتمام مداخلات گروه‌های تحت درمان و گروه گواه مجدداً مورد ارزیابی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به گروه‌ها شامل تشخیص اختلال وسواس - جبری، حداقل سن ۱۸ سال، حداقل تحصیلات سیکل بود و ملاک‌های خروج، شامل وجود اختلالات سایکوتیک و اختلال‌های همبود دیگر و درمان‌های روان‌پزشکی موازی دیگر و همچنین غیبت بیش از سه جلسه در درمان از ملاک‌های خروج بود. ملاک‌های خروج و ورود از طریق مصاحبه بالینی و پرونده بیماران بررسی شد.

1. Thiel, Jacob, Tuschen-Caffier, & et. al
2. Gpower

شیوه اجرا

بعد از اعلام فراخوان گروه درمانی اختلال وسواس - جبری، از بین بیمارانی که اختلال وسواس - جبری تشخیص گرفته‌اند و به کلینیک‌های مشاوره و روان‌شناسی مراجعه کردند، با آن‌ها مصاحبه بالینی شد و بعد از بررسی ملاک‌های ورود و خروج و انتخاب آن‌ها و اخذ رضایت آگاهانه، به صورت تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. قبل از شروع درمان، پرسشنامه‌های پیش‌آزمون بین گروه‌ها توزیع شد و گروه‌های آزمایشی هشت جلسه هفتگی مطابق با پروتکل شرح داده شده در جداول زیر دریافت کردند و بعد از پایان درمان از آن‌ها و گروه گواه پس‌آزمون گرفته شد. پروتکل ACT+ERP از پژوهش‌های تیوهیگ، هیز، پلامب و همکاران^۱، (۲۰۱۰) و لی، اونگ، آن و همکاران^۲ (۲۰۱۸)، و پروتکل ST+ERP از پژوهش‌های ثیل و همکاران^۳ (۲۰۱۶)، اقتباس شده است. این پروتکل‌ها در پژوهش‌های نامبرده به صورت ترکیبی استفاده شده‌اند، در این پژوهش نیز این پروتکل‌ها مورد استفاده قرار گرفته‌اند و به شرح زیر است:

جدول ۱. پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ

جلسات	توضیحات	اهداف جلسه	تکلیف جلسه
جلسه	برقراری رابطه درمانی توسط استعاره دو کوه، آموزش	پیگیری و نظارت	نوشتن
۲-۱	اختلال وسواس - جبری، بررسی اهداف درمان، بررسی	موقعیت‌ها، تجارب	موقعیت‌ها،
	افکار و اجبارهای وسواسی و میزان پریشانی	افکار اضطراب‌زا	تجارب و افکار
	ادراک شده فرد، بررسی پاسخ‌های اضطرابی سازگاران	واجب‌ها	اضطراب‌زا و
	و ناسازگاران، صحبت در مورد راهبردهای کنترل و	زندگی.	فهرست اجبارها.
	اجتناب از اضطراب.		

1. Twohig, Hayes, Plumb & et. al
2. Lee, Ong, An & et. al
3. Thiel, N., & et.al

جلسات	توضیحات	اهداف جلسه	تکالیف جلسه
جلسه ۳-۴	بررسی درماندگی خلاق و راهبردهای مورد استفاده، بررسی هزینه، فواید و خسارات این راهبردها، آموزش تمرینات ذهن آگاهی بررسی مواردی که باعث حواسپرتی می شوند و راهبردهای اجتنابی، عدم قضاوت تجربه های درونی.	بررسی تلاش های ناکارآمد قبلی، پذیرش افکار و احساسات.	تمرین ذهن آگاهی، نمره دهی از ۰-۱۰ به میزان آیت های فهرست جلسه قبل.
جلسه ۵-۶	پذیرش و زندگی بر اساس ارزش ها، ارزش های مبتنی بر تعهد رفتاری، آموزش پذیرش و سواس به واسطه ذهن آگاهی، بررسی ارزش ها در برابر اهداف. مواجهه و جلوگیری از پاسخ مبتنی بر ارزش ها.	شفاف سازی ارزش ها و طبقه بندی آن ها.	نوشتن ارزش های زندگی، بررسی اهداف در راستای ارزش ها.
جلسه ۷-۸	بیان تمایل به جای اجتناب، ایجاد سلسله مراتبی از فعالیت های اجباری و تمایل به تجربه عدم راحتی، عدم قطعیت و ناکامل بودن و ایجاد لحظات معنادار، تعهد روزانه به ارزش ها، خاتمه و پایان درمان.	تعهد به ارزش ها	مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر اساس میزان نمره دهی.

جدول ۲. پروتکل طرحواره درمانی همراه با مواجهه و جلوگیری از پاسخ

جلسات	توضیحات	اهداف جلسه	تکالیف جلسه
جلسات مقدمه و آشنایی (جلسات ۱-۲)	آشنایی با طرحواره درمانی و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و اهداف آن، برقراری رابطه درمانی توسط باز والدینی حد و مرزدار (راهنما، حمایت کننده و آرامش بخش)، به منظور ایجاد رابطه درمانی ایمن، درمانگر از مراجعه حمایت می کند تا با این نیازهای برآورده نشده در محدوده ارتباط حرفه ای مواجهه شود، ایجاد سلسله مراتب اجبارها و اولین مواجهه.	برقراری رابطه درمانی، آموزش ایجاد سلسله مراتب اجبارها شناخت طرحواره های ناسازگار	نوشتن فهرست سلسله مراتب اجبارها، نمره دهی از ۰-۱۰ بر اساس میزان اضطراب درک شده، شروع مواجهه بر اساس فهرست

جلسات	توضیحات	اهداف جلسه	تکالیف جلسه
جلسات تغییر (جلسه ۳-۴)	بررسی طرح‌واره‌ها، جلسات مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا تا حد متوسط، استفاده از تمرین صندلی، بیمار بین صندلی‌های متفاوت جابجا می‌شود و گفتگویی بین حالت‌های مختلف طرح‌واره خویش بیان می‌کند (برای مثال حالت وسواس - جبری و حالت بزرگ‌سال سالم). با استفاده از تکنیک بازنویسی تصاویر، خاطرات دردناک بازنویسی می‌شوند و درمانگر به بیمار کمک می‌کند تا نیازهای برآورده نشده را که در گذشته به او آسیب زده‌اند ارضا کند.	شناسایی طرح‌واره‌ها و موقعیت‌هایی که به اختلال وسواس - جبری شدت می‌دهند	انجام تمرین‌های مواجهه، کامل کردن یادداشت‌های طرح‌واره شامل افکار، احساسات، رفتارهای مشکل‌زا، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
جلسات تغییر (جلسه ۵-۶)	هنگامی که مواجهه‌ها افزایش یافت بر تکنیک‌های طرح‌واره توجه می‌شود تا مهارت‌های مقابله‌ای درون فردی و غلبه بر مشکلات و بحران‌ها افزایش یابد. عملکرد مهارت‌ها (تنظیم احساسات و تنظیم محدودیت) از ابتدای جلسات باهدف قوی‌تر شدن انگیزه درمان، مشخص می‌شود. تکنیک صندلی قبل از تمرینات مواجهه به منظور تقویت حالت بزرگ‌سال سالم انجام می‌شود. هیجاناتی که بعد از تمرین‌های مواجهه رخ می‌دهند (همانند خشم، ناراحتی، شرم و گناه) ابتدا توسط شناخت احساس درست و پاسخ‌دهی باحالت بزرگ‌سال سالم در طرح‌واره درمانی تعدیل می‌شوند.	تقویت بزرگ‌سال سالم، تقویت پاسخ بزرگ‌سال سالم در هنگام مواجهه و جلوگیری از پاسخ	انجام تمرین‌های مواجهه، استفاده از فلش کارت‌ها. فلش کارت‌ها جملات نوشته شده‌ای هستند که توسط بیمار در بین جلسات استفاده می‌شوند.

جلسات	توضیحات	اهداف جلسه	تکالیف جلسه
جلسات آخر (جلسه ۷-۸)	توجه بر روی انتقال مهارت‌های جدید یاد گرفته شده از اتاق درمان به محیط خانه، جلوگیری از عود مجدد و خاتمه تدریجی درمان.	استفاده از حالت بزرگ سال سالم در دیگر موقعیت‌ها.	استفاده از فلش کارت‌های طرح‌واره، اتمام جلسات مواجهه و جلوگیری از پاسخ.

ابزار پژوهش

پرسشنامه مقیاس وسواس فکری و عملی ییل-براون (Y-BOCS): این پرسشنامه توسط گودمن، پرایس، راسماشن و همکاران^۱ (۱۹۸۹) تهیه و تدوین شد. این پرسشنامه شدت نشانه‌های وسواس فکری و عملی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این پرسشنامه ۱۰ آیتم دارد و پنج درجه‌ای است و هر آیتم از صفرتا ۴ در رابطه با فراوانی نشانه‌ها، شدت نشانه‌ها، مدت زمان نشانه‌ها و میزان مقاومت بیمار در انجام اجبارها و تشریفات درجه‌بندی می‌شود. پرسش‌های ۱-۵ وسواس‌ها و آیتم‌های ۶-۱۰ اجبارها را اندازه‌گیری می‌کند. نمرات کسب شده در هر سؤال باهم دیگر جمع می‌شوند و سؤالات نمره‌گذاری معکوس ندارند. نمرات کسب شده به این صورت تفسیر می‌شود: برای نمرات کمتر از ۱۰، میزان اختلال وسواس - جبری بسیار خفیف است؛ نمرات ۱۰-۱۵، علائم و نشانه‌های اختلال وسواس خفیف است، نمرات ۱۶-۲۵، علائم و نشانه‌های اختلال وسواس - جبری متوسط است؛ نمرات بیشتر از ۲۵، علائم و نشانه‌های اختلال وسواس - جبری شدید است. ضریب آلفای کرون باخ ۰/۸۹ و پایایی درونی ۰/۹۸ برای کل مقیاس است. در ایران ثبات درونی نشانه و شدت به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵ و اعتبار دونیمه سازی به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار باز آزمایی ۰/۹۹ است (راجزی اصفهانی، متقی پور، کامکاری و همکاران، ۱۳۹۰).

پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ). این پرسشنامه ۴۴ آیتم دارد که ابعاد شناخت را در بیماران مبتلا به اختلال وسواس - جباری موردسنجش و تشخیص قرار می‌دهد. این

پرسشنامه ۷ درجه‌ای است. این آزمون دارای خرده مقیاس‌های احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب، ارزیابی تهدید و خطر، کمال طلبی، نیاز به برخورداری از اطمینان، اهمیت دادن و کنترل افکار است. پاسخ‌دهندگان باید میزان موافقت و مخالفت خود را نسبت به هر گزینه علامت بزنند. نمره سؤالات با یکدیگر جمع می‌شوند و سؤالات نمره دهی معکوس ندارند. ثبات درونی این پرسشنامه در ایران ۰/۹۲ و ضریب پایایی ۰/۸۲ است (شمس، کرم‌قدیری، اسماعیلی ترکانبوری و همکاران، ۱۳۸۳).

درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ: بر اساس این درمان بیمار به صورت تدریجی در معرض اضطراب‌های خود که از وسواس‌ها ناشی می‌شود، قرار می‌گیرد اما اجبارها و یا تشریفات آیینی را انجام نمی‌دهد و به تدریج در مواجهه با اضطراب‌ها و عدم انجام اجبارها، اضطراب فرد کاهش پیدا می‌کند (اونگ، کلاید، بلوئت و همکاران، ۲۰۱۶).

یافته‌ها

در این پژوهش ۶۰ نفر شرکت کردند که بعد از ریزش ۲۰ نفر در گروه ACT+ERP، ۱۹ نفر در گروه درمان ST+ERP و ۱۸ نفر در گروه کنترل بودند. گروه سنی ۳۰-۴۰ سال ۵۸/۳ درصد (۳۳ نفر) بیشترین فراوانی سنی بودند و بیشترین فراوانی تحصیلات ۴۹/۱ درصد (۲۸ نفر) و تحصیلات لیسانس بود، جدول ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته شدت وسواس و باورهای وسواس را قبل و بعد از مداخله در گروه‌های موردنظر نشان می‌دهد:

جدول ۳. میانگین، انحراف استاندارد نمرات مؤلفه‌های شدت وسواس و باورهای وسواسی در سه گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
وسواس فکری	ACT+ERP	۱۵/۱۶	۲/۲۴	۶/۵۲	۱/۴۷
	ST+ERP	۱۳/۷۵	۳/۷۱	۸/۳۰	۲/۰۳
	Control	۱۴/۶۱	۳/۰۱	۱۳/۳۳	۳/۳۹
وسواس عملی	ACT+ERP	۱۵/۳۱	۱/۷۶	۸/۷۴	۱/۶۹
	ST+ERP	۱۴/۹۰	۱/۴۸	۱۰/۸۰	۲/۵۷
	Control	۱۴/۳۹	۱/۲۹	۱۳/۲۸	۲/۱۹
ارزیابی تهدید	ACT+ERP	۷۵/۱۰	۲۱/۳۶	۵۰/۳۱	۱۵/۹۶
	ST+ERP	۸۰/۱۰	۱۵/۶۵	۴۸/۸۵	۱۲/۵۴
	Control	۸۳/۸۸	۷/۹۸	۷۲/۷۸	۹/۸۲
کمال طلبی	ACT+ERP	۵۸/۴۲	۸/۹۵	۲۲/۴۷	۴/۰۴۶
	ST+ERP	۵۷/۶۰	۸/۵۴	۲۳/۸۵	۴/۵۳
	Control	۵۷/۶۷	۷/۳۴	۵۷/۳۳	۶/۲۱
احساس مسئولیت	ACT+ERP	۴۰	۶/۶۷	۳۰/۶۳	۵/۱۳۴
	ST+ERP	۳۷/۵۸	۴/۹۳	۲۸/۸۰	۴/۹۶
	Control	۳۶	۵/۹۲	۳۴/۸۳	۵/۳
کنترل افکار	ACT+ERP	۳۲/۲۶	۶/۵۱	۱۷/۱۵	۴/۰۲
	ST+ERP	۳۱/۲۵	۶/۵۷	۱۹/۱۰	۴/۳
	Control	۲۸/۴۴	۶/۰۳	۲۶/۷۸	۳/۸۶
انجام کامل امور	ACT+ERP	۲۳/۱۰	۶/۵۸	۱۲/۶۳	۲/۸۹
	ST+ERP	۲۴/۶۰	۵/۴۴	۱۲/۸۵	۴/۰۳
	Control	۲۶/۲۲	۳/۹۵	۲۱/۵۰	۴/۱۲

نتایج جدول شماره ۳ نشان‌دهنده اثربخش بودن ACT+ERP و ST+ERP در گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل بود. همان‌گونه که مشاهده می‌شود احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب در گروه‌های آزمایش کاهش داشته است. از گویه‌های مرتبط با آن

می‌توان به (اگر فرصتی پیش بیاید که کاری از دستم برآید، باید از بروز وقایع بد و ناگوار جلوگیری کنم)، اشاره کرد. به دلیل اینکه بیماران مبتلابه اختلال وسواس - جبری بیش مسئولیت‌پذیری دارند و ادعا دارند که مسئولیت اتفاقات ناگوار بر عهده آن‌ها است (برای مثال در مورد آن اتفاق فکر کرده است، یا چون اجبارها و یا تشریفات آیینی را انجام نداده است آن اتفاق افتاده است) بعد از درمان در گروه‌های پس‌آزمون، نمرات آن‌ها کمتر شده است. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای مورد مطالعه توسط آزمون کولموگروف اسمیرنف بررسی شد.

جدول ۴. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف در مورد پیش‌فرض

نرمال بودن توزیع نمرات گروه‌های نمونه در جامعه

مقیاس	ACT+ERP		ST+ERP		گروه کنترل	
	معناداری (P)	آماره	معناداری (P)	آماره	معناداری (P)	آماره
وسواس فکری	۰/۲۰۰	۰/۱۶۳	۰/۲۰۰	۰/۱۵۱	۰/۱۲۵	۰/۱۸۱
وسواس عملی	۰/۰۶۰	۰/۱۹۳	۰/۲۰۰	۰/۱۳۱	۰/۲۰۰	۰/۱۲۹
ارزیابی تهدید	۰/۲۰۰	۰/۱۳۹	۰/۲۰۰	۰/۰۸۰	۰/۲۰۰	۰/۱۱۱
کمال طلبی	۰/۰۵۵	۰/۱۹۵	۰/۲۰۰	۰/۱۳۷	۰/۲۰۰	۰/۱۳۲
احساس مسئولیت	۰/۰۹۰	۰/۱۸۴	۰/۲۰۰	۰/۱۱۶	۰/۰۸۲	۰/۱۹۱
کنترل افکار	۰/۰۹۰	۰/۱۸۴	۰/۲۰۰	۰/۱۱۹	۰/۲۰۰	۰/۱۵۷
انجام کامل امور	۰/۲۰۰	۰/۱۱۳	۰/۲۰۰	۰/۱۳۶	۰/۲۰۰	۰/۱۶۱

همان‌گونه که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات سه گروه در متغیرهای شدت وسواس و باورهای وسواسی و مؤلفه‌های آن بیشتر از ۰/۰۵ است. یعنی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات در هر سه گروه تأیید گردید. در جدول شماره ۵ شیب رگرسیون بررسی شده است.

جدول ۵. بررسی شیب رگرسیون

مقیاس	شاخص های آماری منبع تغییرات	ضریب F	معناداری (P)
وسواس	پیش آزمون	۱/۴۸۸	۰/۱۸۵
	پیش آزمون × گروه	۰/۸۵۴	۰/۶۱۱
باورهای وسواسی	پیش آزمون	۰/۶۵۱	۰/۸۳۵
	پیش آزمون × گروه	۰/۰۸۴	۰/۷۷۸

همان طور که در جدول نشان داده شده است، اثر بین پیش آزمون و گروه معنادار نشد. عدم معناداری پیش فرض همگنی ضرایب رگرسیون میان سه گروه معلوم شد. برای آزمودن برابری واریانس های نمرات دو گروه در جامعه باهم و عدم وجود تفاوت معناداری از آزمون لون استفاده شد.

جدول ۶. نتایج آزمون لون در مورد پیش فرض تساوی واریانس های گروه در جامعه

مقیاس	F	درجه آزادی اول (صورت)	درجه آزادی دوم (مخرج)	معناداری (P)
وسواس فکری	۱/۸۶۵	۲	۵۴	۰/۱۶۵
وسواس عملی	۲/۰۶۲	۲	۵۴	۰/۱۳۷
ارزیابی تهدید	۱/۰۹۶	۲	۵۴	۰/۳۴۲
کمال طلبی	۰/۸۲۲	۲	۵۴	۰/۴۴۵
احساس مسئولیت	۰/۸۲۳	۲	۵۴	۰/۴۴۵
کنترل افکار	۰/۷۶۳	۲	۵۴	۰/۴۷۱
انجام کامل امور	۱/۲۵۹	۲	۵۴	۰/۲۹۲

همان گونه که در جدول شماره ۶ مشاهده می گردد، فرض صفر برای نرمال بودن توزیع نمرات سه گروه در متغیرهای شدت وسواس و باورهای وسواسی و مؤلفه های آن بیشتر از ۰/۰۵ است. یعنی پیش فرض تساوی واریانس های گروه در جامعه تأیید گردید. در جدول ۷ نتایج آزمون کوواریانس ارائه شده است.

جدول ۷. نتایج آزمون کوواریانس بر میزان نمرات مؤلفه‌های شدت وسواس و باورهای وسواسی

مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری (P)	میزان تأثیر	توان آماري
وسواس فکری	۲	۲۳۲/۹۹۵	۴۴/۵۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲۷	۱/۰۰۰
وسواس عملی	۲	۹۹/۶۹۱	۲۱/۱۵۶	۰/۰۰۱	۰/۴۴۴	۱/۰۰۰
ارزیابی تهدید	۲	۳۶۰۵/۵۳۹	۲۲/۳۹۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵۸	۱/۰۰۰
کمال طلبی	۲	۷۲۲۱/۰۵۱	۳۲۵/۱۳۸	۰/۰۰۱	۰/۹۲۵	۱/۰۰۰
احساس مسئولیت	۲	۳۱۷/۶۵۵	۵۲/۲۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۶۴	۱/۰۰۰
کنترل افکار	۲	۵۱۳/۸۸۶	۳۳/۲۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵۶	۱/۰۰۰
انجام کامل امور	۲	۳۹۷/۴۱۶	۳۲/۱۱۰	۰/۰۰۱	۰/۵۴۸	۱/۰۰۰

همان‌گونه که در جدول شماره ۷ مشاهده می‌گردد پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر شدت وسواس و با توجه به ضریب F محاسبه شده، در مرحله پس‌آزمون و بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد و در متغیر باورهای وسواسی پس از حذف تأثیر متغیرهای همگام بر روی متغیر وابسته و با توجه به ضریب F محاسبه شده، در مرحله پس‌آزمون بین میانگین‌های تعدیل شده نمرات شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی میزان تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی استفاده می‌شود.

جدول- ۸. نتایج تحلیل تعقیبی LSD متغیرهای شدت وسواس و باورهای وسواسی

متغیر	گروه ۱	گروه ۲	تفاوت میانگین	انحراف معیار	معناداری (P)
وسواس فکری	ACT+ERP	ST+ERP	-۲/۱۴۷	۰/۷۴۷	۰/۰۰۶
	ACT+ERP	Control	-۶/۹۵۲	۰/۷۵۴	۰/۰۰۱
	ST+ERP	Control	-۴/۸۰۵	۰/۷۴۸	۰/۰۰۱
وسواس عملی	ACT+ERP	ST+ERP	-۲/۱۷۳	۰/۷۰۰	۰/۰۰۳
	ACT+ERP	Control	-۴/۷۸۵	۰/۷۳۶	۰/۰۰۱
	ST+ERP	Control	-۲/۶۱۲	۰/۷۱۲	۰/۰۰۱
ارزیابی تهدید	ACT+ERP	ST+ERP	۰/۳۶۰	۴/۱۰۱	۰/۹۳۰
	ACT+ERP	Control	-۲۴/۴۰۶	۴/۲۷۹	۰/۰۰۱
	ST+ERP	Control	-۲۴/۷۶۶	۴/۱۴۳	۰/۰۰۱
کمال طلبی	ACT+ERP	ST+ERP	-۱/۵۴۸	۱/۵۱۱	۰/۳۱۰
	ACT+ERP	Control	-۳۵/۰۱۸	۱/۵۵۱	۰/۰۰۱
	ST+ERP	Control	-۳۳/۴۶۹	۱/۵۳۱	۰/۰۰۱
احساس مسئولیت	ACT+ERP	ST+ERP	۰/۱۸۰	۰/۷۹۹	۰/۸۲۳
	ACT+ERP	Control	-۷/۲۷۵	۰/۸۴۲	۰/۰۰۱
	ST+ERP	Control	-۷/۴۵۵	۰/۸۰۸	۰/۰۰۱
کنترل افکار	ACT+ERP	ST+ERP	-۲/۱۳۰	۱/۲۶۳	۰/۰۹۸
	ACT+ERP	Control	-۱۰/۳۲۸	۱/۳۳۳	۰/۰۰۱
	ST+ERP	Control	-۸/۱۹۸	۱/۲۹۹	۰/۰۰۱
انجام کامل امور	ACT+ERP	ST+ERP	۰/۱۳۸	۱/۱۳۵	۰/۹۰۴
	ACT+ERP	Control	-۸/۱۲۵	۱/۱۸۹	۰/۰۰۱
	ST+ERP	Control	-۸/۲۶۳	۱/۱۵۲	۰/۰۰۱

جدول شماره ۸ نتایج تحلیل تعقیبی LSD را با فاصله اطمینان ۹۵٪ نشان می‌دهد که نمرات زیر مقیاس‌های متغیرهای شدت وسواس (وسواس فکری و وسواس عملی) و باورهای وسواسی (ارزیابی تهدید، کمال طلبی، احساس مسئولیت، کنترل افکار و انجام

کامل امور) در مرحله پس آزمون در گروه کنترل با گروه ST+ERP ($P < 0/001$) و ACT+ERP ($P < 0/001$) معنادار به دست آمده است که نشان دهنده اثربخشی هر دو مداخله در کاهش شدت وسواس و باورهای وسواس در مرحله پس آزمون است. در مقایسه دو درمان نیز نتایج نشان داده است که تفاوت میانگین دو درمان در شدت وسواس معنادار به دست آمده است ($P < 0/001$). با توجه به میانگین نمرات در مرحله پس آزمون در جدول ۳، می توان گفت ACT+ERP بر کاهش وسواس فکری و وسواس عملی بیشتر از گروه ST+ERP بوده است. اثربخشی هر دو درمان بر ارزیابی تهدید، کمال طلبی، احساس مسئولیت، کنترل افکار و انجام کامل امور مربوط به باورهای وسواس یکسان بوده و تفاوت معناداری در این اثربخشی وجود ندارد ($P > 0/05$).

بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش بررسی مقایسه اثربخشی ACT+ERP با ST+ERP بر شدت وسواس و باورهای وسواس افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری بود. یافته های پژوهش نشان می دهد که هر دو درمان بر شدت وسواس ها و باورهای وسواسی اثر معناداری دارد اما ACT+ERP منجر به کاهش بیشتر شدت وسواس ها نسبت به ST+ERP شده است؛ همچنین بین ACT+ERP با ST+ERP در متغیر باورهای وسواسی تفاوت معناداری وجود نداشت.

نتایج پژوهش نشان داد که ACT+ERP باعث کاهش شدت وسواس ها می شود که با نتایج یافته های پژوهش های تی وهیگ و موریسون و بلوئت^۱ (۲۰۱۴)، تی وهیگ آبراموویتز، اسمیت و همکاران^۲ (۲۰۱۸)، لی و همکاران (۲۰۱۸)، همسو است و همچنین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر وسواس در تحقیقات تی وهیگ، ویتال، ککس و همکاران^۳ (۲۰۱۰)، ملکی پیربازاری، نریمانی، میکائیلی و همکاران^۴ (۲۰۲۱)،

1. Twohig, Morrison, & J Bluet
2. Twohig, Abramowitz, Smith, et.al
3. Twohig, Whittal, Cox, & Gunter, & et.al
4. Maleki Pirbazari, Narimani, Mikaeili, & et.al

اسمیت و همکاران^۱ (۲۰۱۷)، ایزدی و عابدی (۱۳۹۲) بیان شده است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت تکنیک‌هایی که در ACT استفاده می‌شود به خوبی علائم اختلال وسواس جبری را هدف قرار می‌دهد. تعهد رفتاری در این درمان به این معنا است که فرد بر اساس ارزش‌هایش بتواند با موقعیت‌های اضطرابی‌اش مواجهه شود. همچنین تکنیک‌های گسلش و پذیرش باعث می‌شوند که موقعیت‌های اضطرابی برای فرد کمتر آزاردهنده باشد. درواقع فرد به جای اینکه بر مواجهه تأکید داشته باشد برافزایش تمایل به تجربه موقعیت‌های وسواسی تأکید می‌کند. در این مورد فرد به جای اینکه به این فکر کند اکنون چگونه اجبارها را برای خنثی کردن اضطراب ناشی از افکار وسواسی به کار ببرد به این فکر می‌کند که آیا عملی که می‌خواهد انجام دهد در راستای ارزش‌هایش است یا خیر. درواقع با این نوع تفکر نوع پاسخ فرد به فکر وسواس تغییر پیدا می‌کند و فرد مهارت‌های روان‌شناختی سالم را یاد می‌گیرد. افزایش این مهارت‌ها باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شود و در این شرایط، باوجود تأثیرپذیری از حالت‌های عاطفی منفی و مثبت، آن فرد مشارکت فعالی در محیط دارد (محمدی تيله نویی، رحمانی، قربان شیرودی، ۱۴۰۱).

یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که ACT+ERP باعث کاهش باورهای وسواسی بیماران مبتلابه اختلال وسواس جبری می‌شود. این یافته‌ها همسو با پژوهش‌های تیوهیگ و همکاران (۲۰۱۸)، تیوهیگ، هیز و ماسودا^۲ (۲۰۰۶) است و با پژوهش برقعی، روشن و بهرامی (۱۳۹۹) که به اثربخشی ACT بر باورهای وسواسی پرداخته است، همسو است. در تبیین این یافته‌ها میتوان گفت افراد مبتلابه اختلال وسواس - جبری گاهی رفتارهای سازگار با موقعیت نشان می‌دهند و باعث تقویت اجبارهای می‌شوند و اغلب اوقات این رفتارها ناسازگار با شرایط است (سودجانی، شریفی، سیاح و همکاران، ۱۳۹۵). با توسعه پذیرش، گسلش و تأکید بسیار بیشتر بر ارزش‌ها، تغییرات در این افراد

1. Smith, & et.al

2. Twohig, Hayes, & Masuda

کم کم رخ می دهد. علاوه بر این، تغییراتی که در زندگی این افراد اتفاق می افتد با ارزش ها مطابقت دارند، بنابراین باعث افزایش تعهد به تغییر رفتار می شوند. تمایل به تجربه کامل افکار، هیجانات و احساسات بدنی ناخوشایند و ناخواسته، به عنوان تعدیل کننده اثربخشی ERP عمل می کند (رید، گارنر، وان کرک و همکاران^۱، ۲۰۱۷). به دلیل افزایش انعطاف پذیری روان شناختی، باورهای ناکارآمد در این بیماران بهبود پیدا می کند. مواجهه مکرر با ترس ها و مقاومت در برابر آیین های تشریفاتی نیز زمینه را برای افزایش تمایل به تجربه افکار وسواسی و اضطراب فراهم می کند (مانوس، کاهیل، وترنک و همکاران^۲، ۲۰۱۰)؛ بنابراین، این درمان درک فرد و نحوه برقراری ارتباط در مورد وسواس ها را تغییر می دهد.

همچنین نتایج نشان داد که ST+ERP باعث کاهش شدت وسواس بیماران مبتلابه اختلال وسواس جبری شد که با یافته های ثیل و همکاران (۲۰۱۴)، جهانگیری، صالحی، عشایری و پاشا شریفی (۱۳۹۴) در بیماران مبتلابه اختلال وسواس جبری مقاوم به درمان و یافته های گراس، استلزر و جیکوب^۳ (۲۰۱۲)، ویل، پیچ، وودوارد و همکاران^۴ (۲۰۱۵)، باسیل و همکاران (۲۰۱۸) هم سواست.

در تبیین این یافته میتوان گفت، هدف اصلی درمان طرحواره، شناسایی نیازهای اصلی برآورده نشده بیماران و ارضای آن ها از طریق راهبردهای عملکردی است. ناکامی از نیازهای عاطفی اصلی در اوایل کودکی و نوجوانی منجر به ایجاد طرحواره های ناسازگار اولیه می شود. در بیماران مبتلابه اختلال وسواس - جبری، هنگامی که یک یا چند طرحواره فعال می شود، فرد احساس تهدید می کند و در نتیجه پاسخ های مقابله ای فعال می شوند. در این درمان، بیماران یاد می گیرند این حالت ها را با بررسی حالت های ناکارآمد و تقویت حالت «بزرگ سال سالم» از طریق تکنیک های تجربی مانند بازسازی

1. Reid, Garner, Van Kirk, & et. al
2. Manos, Cahill, Wetterneck, & et. al
3. Gross, Stelzer, & Jacob
4. Veale, Page, Woodward, & et.al

خاطرات و تکنیک صندلی فعال کنند. فرآیند تقویت حالت بزرگ سال سالم مستلزم تمرین و تغییر در ساختارهای عملکردی فرد است. ابتدا، بیماران متوجه می‌شوند این راه حل‌های کنونی کاربرد ندارد و حتی ممکن است بهای سنگینی از لحاظ احساسی و در روابط ایجاد کند. سپس، موقعیت را از نظر شناختی یا احساسی بیشتر ارزیابی کنند؛ بنابراین باور خود را با باورهای سالم جایگزین میکنند. محور اصلی این عملکرد حالت بزرگ سال سالم است. برای بیماران بسیار مهم است که بدانند می‌توانند از انجام اجبارها خودداری کنند و پیامدهای فاجعه بار را کنترل کنند؛ و در نهایت تلاش کنند الگوهای قبلی خود را تغییر دهند (شکستن الگوهای رفتاری). انجام اجبارها، اجتناب، کنترل یا هر نوع تلاش خنثی‌سازی، الگوی رفتاری این اختلال و عامل اصلی در حفظ آن است. تغییر رفتار در جهت انجام تکنیک‌های مواجهه و جلوگیری از پاسخ، به تلاش زیادی نیاز دارد که به واسطه بزرگسال سالم اتفاق می‌افتد.

یافته‌های پژوهش نشان داد که ST+ERP اثر معناداری بر باورهای وسواس بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری داشته است. این فرضیه با پژوهش ویل و همکاران (۲۰۱۵) طرح‌واره درمانی و نقش مؤثر بازسازی خاطرات در بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری برای کاهش علائم این اختلال نشان دادند، همسو است. پژوهش تنور و باسیل (۲۰۱۸) نشان می‌دهد که فاز تجربی که فقط از تکنیک بازسازی خاطرات برای از بین بردن احساس گناه اولیه استفاده می‌کند، از نظر بالینی کاهش قابل توجهی در علائم وسواس ایجاد می‌کند.

در تبیین این یافته‌ها میتوان گفت از نظر طرحواره درمانی اختلال در دو زمان اتفاق می‌افتد که شامل اینجا و اکنون و تجربیات گذشته است. آنچه این دو زمان را به هم مرتبط می‌کند مجموعه باورهای ناکارآمد و روش‌های مقابله‌ای ناسازگار با آنهاست. در طرحواره درمانی بیمار تلاش میکند تهدیدهای مرتبط با باورهای وسواس را کنار بگذارد یا حداقل کاهش دهد. در این شرایط با تقویت بزرگسال سالم، بیمار متوجه میشود که

اطمینان مطلق قابل دستیابی نیست و همه، آگاهانه یا ناآگاهانه، هرروز تصمیم می‌گیرند میزانی از خطر را بپذیرند. مشکلی که بیماران برای کنار گذاشتن تلاش‌های خود برای خنثی کردن اجبارها با آن مواجه می‌شوند، به عدم تحمل وضعیت احساسی ناشی از تهدید مرتبط است و مهم‌تر از همه احساس گناه است که با آن مواجهه می‌شوند، زیرا آن‌ها هر کاری را که در توانشان بوده انجام نداده‌اند. مواجهه و جلوگیری از پاسخ به این بیماران کمک میکند تا حد زیادی وضعیت عاطفی که از تهدید بر می‌آید و ناخوشایند است را تحمل کنند و با بزرگسال سالم خود به موقعیت‌ها پاسخ دهند. باوری که در این افراد با عنوان بیش مسولیت‌پذیری وجود دارد باعث میشود نسبت به خود قضاوت منفی داشته باشند و باورهای اشتباهی در مورد خود داشته باشند؛ و حتی از دیدگاه دیگران خود را سرزنش کنند. در اینجا به بیمار کمک میشود که با شناخت طرحواره‌ها، خود و موقعیت‌های فعالساز طرحواره‌های و با تکنیک صندلی و گفتگوهای طرحواره‌ای با بزرگسال سالم باورهای خود را بررسی کند. بازسازی خاطرات به بیمار کمک میکند تا این باور جایگزین شود که اشتباه کردن فاجعه نیست. رویداد فاجعه‌بار با این تصور که حق اشتباه کردن را همانند دیگران دارد و این امر منجر به پیامدهای نامعمول در رابطه نخواهد شد، جایگزین می‌شود.

در تبیین این یافته حاصل از پژوهش که ACT+ERP منجر به کاهش بیشتر شدت وسواس‌ها شده است میتوان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با افزایش انعطاف‌پذیری روانی به بیماران مبتلا به اختلال وسواس - جبری کمک میکند تا نوع ارتباط خود را با افکار وسواسی خود تغییر دهند. با استفاده از تکنیک‌های گسلش شناختی و خود به عنوان مشاهده‌گر، افکار وسواس خود را مشاهده می‌کنند، آنها را دور از خود در نظر می‌گیرند و برای خنثی کردن آنها اقدامی انجام ندهند، چون صرفاً نظاره‌گر افکار خود هستند. همچنین با شناخت ارزش‌های خود، موانع و موارد تسهیل‌گری که در مسیر ارزش‌ها و تعهد به آنها وجود دارد را شناسایی کنند. به دلیل اینکه اعمال و افکار

وسواسی بسیار وقت گیر هستند و در راستای ارزش‌ها نیستند آنها را به عنوان موانع در نظر میگیرند و سعی در حذف این موانع دارند. در این مسیر درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ کمک میکند تا راه‌های ناامیدی خلاق جهت کنترل وسواس‌های خود را شناسایی کنند و راه‌های موثر را جایگزین کنند.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر نمونه‌گیری در دسترس و عدم پیگیری بود. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات مشابه جهت تعمیم نتایج و مقایسه این دو نوع مداخله درمانی از روش نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد؛ و جهت بررسی پایدار باقی ماندن نتایج در طول زمان از پیگیری سه ماهه و شش ماهه نیز استفاده گردد. همچنین پیشنهاد میشود این پژوهش بر روی بیماران مبتلابه اختلال وسواس جبری به تفکیک نوع وسواس نیز اجرا گردد.

ملاحظات اخلاقی: تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش رضایت آگاهانه خود را به صورت کتبی اعلام نمودند، به شرکت‌کنندگان در مورد محرمانه ماندن اطلاعات آن‌ها اطمینان خاطر داده شد. شرکت‌کنندگان آگاه بودند که در هر زمان حق انصراف از شرکت در جلسات را دارند. پژوهش حاضر دارای کد اخلاق IR.SEMUMS.REC.1401.254 از دانشگاه علوم پزشکی سمنان است.

سهم نویسندگان: این مقاله برگرفته از رساله دکترای نویسنده اول مقاله است و استاد راهنما در این پژوهش جهت حسن انجام کار، در تمامی مراحل مشارکت فعال داشتند.

حمایت مالی: پژوهش حاضر بدون هیچ‌گونه حمایت مالی از جانب سازمان خاصی انجام گرفته است.

تعارض منافع: یافته‌های این پژوهش هیچ‌گونه تضادی با منافع شخصی یا سازمانی ندارد.

تشکر و قدردانی: نویسندگان مقاله مراتب تقدیر و تشکر خود را از بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری شهر اصفهان که با وجود دغدغه‌های خود، در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند، ابراز می‌دارند.

منابع

- اورکی، محمد؛ درتاج، افسانه؛ مهدی زاده، آتوسا (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی طرحواره درمانی بر طرحواره‌های ناسازگار اولیه، سبک‌های دلبستگی ناایمن در افراد وابسته به هروئین. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. ۱۲ (۴۶)، ۳۷-۵۴.
<http://etiadpajohi.ir/article-1-1672-fa.html>
- ایزدی، راضیه و عابدی، محمدرضا (۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مجله فیض، (۳) ۱۷، ۲۸۶-۲۷۵.
<http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-1963-fa.html>
- برقعی، شیما سادات؛ روشن، رسول؛ بهرامی، هادی (۱۳۹۸). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی به شیوه گروهی بر بهبود شدت علائم و باورهای وسواسی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی، مجله مطالعات ناتوانی، (۱) ۱۰، ۵۵-۶۰.
[Doi:10.1001.1.23222840.1399.10.0.52.1](https://doi.org/10.1001.1.23222840.1399.10.0.52.1)
- بهشتی، نیلوفر و نجفی، محمود (۱۴۰۱). مقایسه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، تکانشگری و افکار خودکشی در افراد مبتلا به اختلال وسواس، دوقطبی و افراد عادی. پژوهش‌های مشاوره، ۲۱ (۸۳)، ۱۶۲-۱۹۲.
[Doi: 10.18502/qjcr.v21i83.11090](https://doi.org/10.18502/qjcr.v21i83.11090)
- جهانگیری، محمد مهدی؛ صالحی، مهدیه؛ عشایری، حسن و شریفی حسن، پاشا (۱۳۹۴). اثربخشی طرح‌واره درمانی بر تعدیل طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری مقاوم به درمان. مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت. ۲(۲)، ۱۳-۲۷.
[Doi:10.25886657.1394.2.2.4.8](https://doi.org/10.25886657.1394.2.2.4.8)
- خاموشی قلعه نویی، صنم و منصوری احمد (۱۳۹۹). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خود شفقت ورزی و خودانتقادی افراد مبتلا به اختلال مصرف مواد افیونی. فصلنامه علمی اعتیادپژوهی. (۵۷) ۱۴، ۲۳۷-۲۵۴.
[Doi: 10.29252/etiadpajohi.14.57.237](https://doi.org/10.29252/etiadpajohi.14.57.237)
- راجزی اصفهانی، سپیده؛ متقی پور، یاسمن؛ کامکاری، کامبیز؛ ظهیرالدین، علیرضا و جان بزرگی، مسعود (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی-اجباری ییل - براون. مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران (اندیشه و رفتار)، ۱۷ (۴) (پیاپی ۶۷)، ۲۹۷-۳۰۳.
<https://sid.ir/paper/16598/fa>
- شمس، گیتی، کرم قدیری، نرگس، اسماعیلی ترکانبوری، یعقوب و ابراهیم خانی، نرگس (۱۳۸۳). اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی - ۴۴. تازه‌های علوم شناختی، ۲۶ (۱-۲) (مسلسل ۲۲)، ۲۳-۳۶.
<http://icssjournal.ir/article-1-29-fa.html>

محمدی تیله نویی، سمیه؛ رحمانی، محمدعلی و قربان شیرودی، شهره (۱۴۰۱). اثربخشی زوج درمانی تلفیقی مبتنی بر پذیرش و تعهد و طرحواره درمانی بر انعطاف پذیری شناختی و تنظیم شناختی هیجان در زوج‌ها

ی متقاضی طلاق. پژوهش‌های مشاوره، ۲۱ (۸۱)، ۲۳۰-۲۵۵. [Doi:10.18502/qjcr.v21i81.9498](https://doi.org/10.18502/qjcr.v21i81.9498)

طهماسبی زاده، فاطمه؛ پناه علی، امیر؛ شالچی، بهزاد و حسینی نسب، سید داود (۱۴۰۲). اثربخشی طرحواره درمانی بر دلزدگی و رضایت زناشویی در افراد خیانت‌کننده در ازدواج. پژوهش‌های مشاوره، ۲۲ (۸۷)، ۱۴۴-۱۷۱.

[Doi:10.18502/qjcr.v22i87.13988](https://doi.org/10.18502/qjcr.v22i87.13988)

Basile, B., Luppino, O. I., Mancini, F., & Tenore, K. (2018). A theoretical integration of schema therapy and cognitive therapy in OCD treatment: experiential techniques and cognitive-based interventions in action. *Psychology*, 9(09), 2296. [Doi:10.4236/psych.2018.99129](https://doi.org/10.4236/psych.2018.99129)

Buchholz, J. L., Abramowitz, J. S., Hellberg, S. N., Ojalehto, H. J., & Twohig, M. (2023). Different Psychological Processes in Traditional and ACT-Enhanced ERP for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 37(3). [Doi: 10.1891/JCP-2021-0004](https://doi.org/10.1891/JCP-2021-0004)

Eisen, J. L., Sibrava, N. J., Boisseau, C. L., Mancebo, M. C., Stout, R. L., Pinto, A., & Rasmussen, S. A. (2013). Five-Year Course of Obsessive-Compulsive Disorder: Predictors of Remission and Relapse. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(3), 10-20. [Doi:10.4088/JCP.12m07657](https://doi.org/10.4088/JCP.12m07657)

Evey, K. J., & Steinman, S. A. (2023). A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy to treat adult obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy*, 54(6), 1006-1019. [Doi:10.1016/j.beth.2022.02.009](https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.02.009)

Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, Use, and Reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46(11), 1006-101. [Doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110048007](https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007)

Gross, E., Stelzer, N., & Jacob, G. (2012). Treating OCD with the schema mode model. *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy: theory, research, and practice*, 173-184. [Doi:10.1002/9781119962830.ch11](https://doi.org/10.1002/9781119962830.ch11)

Haaland, A. T., Vogel, P. A., Launes, G., Haaland, V. O., Hansen, B., Solem, S., & Himle, J. A. (2011). The role of early maladaptive schemas in predicting exposure and response prevention outcome for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 49(11), 781-788. [Doi:10.1016/j.brat.2011.08.007](https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.08.007)

Jacoby, R. J., & Abramowitz, J. S. (2016). Inhibitory learning approaches to exposure therapy: A critical review and translation to obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 49, 28-40. [Doi:10.1016/ j.cpr.2016.07.001](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.07.001)

- Law, C., & Boisseau, C. L. (2019). Exposure and Response Prevention in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Current Perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, 12, 11-67.
[Doi:10.2147/PRBM.S211117](https://doi.org/10.2147/PRBM.S211117)
- Lee, E. B., Ong, C. W., An, W., & Twohig, M. P. (2018). Acceptance and commitment therapy for a case of scrupulosity-related obsessive-compulsive disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 82(4), 407-423.
[Doi:10.1521/bumc.2018.82.4.407](https://doi.org/10.1521/bumc.2018.82.4.407)
- Luppino, O. I., Tenore, K., Mancini, F., & Basile, B. (2018). A theoretical integration of schema therapy and cognitive therapy in OCD treatment: goals and beliefs of the obsessive mind (part I). *Psychology*, 9(9), 2261-2277.
[Doi:10.4236/psych.2018.99129](https://doi.org/10.4236/psych.2018.99129)
- Maleki Pirbazari, M., Narimani, M., Mikaeili, N., & Abolghasemi, A. (2021). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Improving Symptoms and Increasing Quality of Life in Patients with Obsessive-compulsive Disorder in Interacting with OCD Family History. *Journal of Modern Psychology*, 1(1), 37-50.
[Doi:10.22034/jmp.2021.126768](https://doi.org/10.22034/jmp.2021.126768)
- Manos, R. C., Cahill, S. P., Wetterneck, C. T., Conelea, C. A., Ross, A. R., & Riemann, B. C. (2010). The impact of experiential avoidance and obsessive beliefs on obsessive-compulsive symptoms in a severe clinical sample. *Journal of anxiety disorders*, 24(7), 700-708.
[Doi: 10.1016/j.janxdis.2010.05.001](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.05.001)
- McKay, D. (2018). Obsessive-compulsive disorder research: Growing in scope, advances unclear. *Journal of Anxiety Disorders*, 56, 5-7.
[Doi:10.1016/j.janxdis.2018.03.007](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2018.03.007)
- Ong, C. W., Clyde, J. W., Bluett, E. J., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2016). Dropout rates in exposure with response prevention for obsessive-compulsive disorder: What do the data really say?. *Journal of anxiety disorders*, 40, 8-17.
[Doi: 10.1016/j.janxdis.2016.03.006](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.03.006)
- Reid, A. M., Garner, L. E., Van Kirk, N., Gironde, C., Krompinger, J. W., Brennan, B. P., ... & Elias, J. A. (2017). How willing are you? Willingness as a predictor of change during treatment of adults with obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety*, 34(11), 1057-1064.
[Doi:10.1002/da.22672](https://doi.org/10.1002/da.22672)
- Dostal, A. L., & Pilkington, P. D. (2023). Early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 336, 42-51.
[Doi:10.1016/j.jad.2023.05.053](https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.053)
- Smith, B. M., Bluett, E. J., Lee, E. B., & Twohig, M. P. (2017). Acceptance and commitment therapy for OCD. *The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders*, 1, 596-613.
[Doi:10.1002/9781118890233.ch33](https://doi.org/10.1002/9781118890233.ch33)
- Thiel, N., Jacob, G. A., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, A. K., Hertenstein, E., Voderholzer, U. (2016). Schema therapy augmented exposure and response prevention in patients with obsessive-compulsive disorder: Feasibility and efficacy of a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 59-67.
[Doi:10.1016/j.jbtep.2016.03.006](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.03.006)

- Thiel, N., Tuschen-Caffier, B., Herbst, N., Külz, A. K., Nissen, C., Hertenstein, E., Voderholzer, U. (2014). The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. *BMC Psychiatry*, 14(1), 1–13. [Doi:10.1186/s12888-014-0362-0](https://doi.org/10.1186/s12888-014-0362-0)
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 108, 1–9. [Doi:10.1016/j.brat.2018.06.005](https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.06.005)
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., & Masuda, A. (2006). Increasing willingness to experience obsessions: Acceptance and commitment therapy as a treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behavior therapy*, 37(1), 3-13. [Doi:10.1016/j.beth.2005.02.001](https://doi.org/10.1016/j.beth.2005.02.001)
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5), 705–716. [Doi:10.1037/a0020508](https://doi.org/10.1037/a0020508)
- Twohig, M., L Morrison, K., & J Bluet, E. (2014). Acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder and obsessive compulsive spectrum disorders: A review. *Current Psychiatry Reviews*, 10(4), 296-307. [Doi:10.1016/j.janxdis.2014.06.008](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.06.008)
- Twohig, M. P., Vilardaga, J. C. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 196-202. [Doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.001](https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2015.07.001)
- Twohig, M. P., Whittal, M. L., Cox, J. M., & Gunter, R. (2010). An initial investigation into the processes of change in ACT, CT, and ERP for OCD. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 6(1), 67. [Doi:10.1037/h0100898](https://doi.org/10.1037/h0100898)
- Twohig, M. P., Woidneck, M. R., & Crosby, J. M. (2013). *Newer Generations of CBT for Anxiety Disorders. CBT for Anxiety Disorders: A Practitioner Book*, 225–250. [Doi:10.1002/9781118330043.ch9](https://doi.org/10.1002/9781118330043.ch9)
- Van Ameringen, M., Patterson, B., & Simpson, W. (2014). DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: Clinical implications of new criteria. *Depression and Anxiety*, 31(6), 487–493. [Doi: 10.1002/da.22259](https://doi.org/10.1002/da.22259)
- Veale, D., Page, N., Woodward, E., & Salkovskis, P. (2015). Imagery Rescripting for Obsessive Compulsive Disorder: A Single Case Experimental Design in 12 Cases. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 230-236. [Doi:10.1016/j.jbtep.2015.03.003](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.03.003)

