MEJDS. 2019; 9:1.
Published online 2019 May. **Research Article**

Exposure and Response Prevention therapy on Inflated Sense of Responsibility, and Intolerance of Uncertainty, in Patients with Obsessive Compulsive Disorder

Nayebaghayee A[1], *Aleyasin SA[2], Heidari H[3], Davoodi H[4]

Author Address
1. PhD candidate, Department of General Psychology, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran;
2. Assistant Professor, Department of clinical Psychology, Faculty of Humanities, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Iran;
3. Associate Professor, Department of Counseling and Psychology, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran;
4. Assistant Professor, Department of Counseling and Psychology, Faculty of Humanities, Khomein Branch, Islamic Azad University, Khomein, Iran.
***Corresponding Author Address:** Department of clinical Psychology, Faculty of Humanities, Ashtian Branch, Islamic Azad University, Ashtian, Markazi, Iran.
Email: Aleyasin_psychology@yahoo.com

Received: 2019 February 16; **Accepted:** 2019 April 11

Abstract

Background & Objective: Obsessive-compulsive disorder is a heterogeneous disorder and has different therapeutic approaches. Over the past few decades, we have witnessed tremendous advances in the role of cognitive systems in the formation, continuity, and treatment of the obsessive-compulsive disorder (OCD). Certain beliefs have been identified as a significant contributor to the creation and continuation of this disorder, Cognitive models of OCD also indicating that responsibility assessment is involved in the etiology and preservation of OCD symptoms. According to Salkovskis (1985), the Inflated Sense of responsibility in OCD has a central role. Intolerance of uncertainty (IU), which means the tendency to avoid ambiguous situations and the inability to deal with uncertainty, is considered significant damage to OCD. ERP as a standard golden treatment, including the gradual inclusion of anxiety due to obsessive-compulsive disorder, and the prevention or limitation of obsessive-compulsive procedures and reduction of anxiety. Aim of this study was the efficacy of Exposure and Response Prevention Therapy (ERP) in Inflated Sensory Responsibility and Intolerance of Uncertainty in Patients with OCD.

Methods: The research design was a semi-experimental study with pretest, post-test, and follow-up. The statistical population consisted of all the people of Mahallat city, which is located in Markazi province in Iran in 2018. Sixteen patients with OCD were selected through the available sampling method and randomly within two groups: ERP and control group. (8 patients in each group). Each person in the treatment group received 12 treatment sessions by the Salkovskis exposure and Response prevention therapy method for OCD. Subjects were measured both before and at the end of interventions as well as three months later in the follow-up phase by the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Yale-BOCS; Goodman, 1989), the Salkovskis Responsibility Attitude Scale; (RAS; Salkovskis, Wroe, Morrison, Richards, Reynolds & Thorpe, 2000) and The Intolerance of Uncertainty Scale; (IUS; Freeston et al, 1994) . The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale is a reliable instrument; with internal stability of 0.89 by Goodman and in Iran with internal stability for the sign index (SC) and severity scale (SS) were 0.97 and 0. 95 for the Persian version by Rajazi Esfahani et al. Responsibility Attitude Scale is a 26-item scale, consistency (α=0.91), excellent test-retest reliability over a five-week period (r=0.78), and Intolerance of Uncertainty Scalexcellent internal consistency (α=0.89), and satisfactory test-retest reliability (r=0.74). Post-extraction research data analyzed by repeated measurements analysis using SPSS-23 software.

Results: To test the hypothesis of the research, about the existence of the pre-test variables and the possibility of the primary difference between the two intervention and control groups, as well as reducing the initial difference and comparing the groups, the multivariate analysis of variance, and used repeated measure design. In the semi-experimental design, before analyzing the hypothesis of the research, Levin's findings showed that the homogeneous assumption of covariance of data and regression slope established. The results of Mocheli's test also showed that there is no spheroidal assumption ($p<0.050$). The findings showed that there is a significant difference between the mean variables of the inflated sense of responsibility and uncertainty of intolerance in the experimental group with the control group. Therefore, the effectiveness of treatment on the reduction of the inflated sense of responsibility and uncertainty of intolerance can be verified ($p<0.001$), and this effect was lasting after three months ($p<0.001$).

Conclusion: The results of this study have shown the effectiveness of exposure and Response prevention therapy in improving an inflated sense of responsibility and uncertainty of intolerance in patients with OCD.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), Inflated Sense of Responsibility, Intolerance of Uncertainty, Exposure and Response Prevention therapy (ERP).

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-22]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.84.6]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۱ .

انتشار برخط اردیبهشت ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بر احساس مسئولیت افراطی و عدم تحمل تردید، در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی_ اجباری

اعظم نایب آقایی[۱]، *سیدعلی آل‌یاسین[۲]، حسن حیدری[۳]، حسین داودی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، آشتیان، ایران؛

۳. دانشیار، گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران؛

۴. استادیار، گروه مشاوره و روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم انسانی، واحد خمین، دانشگاه آزاد اسلامی، خمین، ایران.

***آدرس نویسندهٔ مسئول:** استان مرکزی، آشتیان، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آشتیان، دانشکدهٔ علوم انسانی، گروه روان‌شناسی بالینی.

***رایانامه:** Aleyasin_psychology@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۷ بهمن۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۲ اردیبهشت۱۳۹۸

چکیده

هدف: در شکل‌گیری، تداوم و درمان اختلال وسواسی_ اجباری، باورهای معینی به‌طور اختصاصی عامل اصلی این اختلال شناخته شده‌اند. پژوهش حاضر با هدف اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ براحساس مسئولیت افراطی وعدم تحمل تردید در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی_ اجباری انجام شد.

روش‌بررسی: طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری شامل تمامی افرادی در شهرستان محلات بود که در سال ۹۷ با تشخیص روان‌پزشک مبتلا به اختلال وسواسی_ اجباری بودند. با روش نمونه‌گیری دردسترس ۱۶ بیمار مبتلابه اختلال وسواسی_ اجباری انتخاب و با آرایش تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. افراد در گروه درمان، ۱۲جلسهٔ درمان منطبق با پروتکل درمانی سالکوسکیس دریافت کردند. آزمودنی‌ها قبل از مداخله، در پایان مداخله و سه ماه بعد در مرحلهٔ پیگیری به‌وسیلهٔ مقیاس وسواسی_ اجباری یل براون (Y-BOCS، گودمن، ۱۹۸۹)، مقیاس نگرش مسئولیت (RAS؛ سالکوسکیس، ۲۰۰۰)، و مقیاس عدم تحمل تردید (IUS؛ فریستون، ۱۹۹۴) سنجش شدند. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش، از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل داده‌ها باتوجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون‌های تی مستقل و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS 23 تحلیل‌گردید.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس مکرر نشان داد که درمان مواجهه و بازداری از پاسخ باعث کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی و عدم تحمل تردید بیماران مبتلابه اختلال وسواسی_ اجباری در مرحلهٔ پس‌آزمون شد ($p<۰/۰۰۱$)، همچنین ماندگاری اثر درمان پس‌آز سه ماه حفظ شد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: نتایج این پژوهش نشان داد درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بهبود احساس مسئولیت افراطی و عدم تحمل تردید در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی_ اجباری اثربخشی کارا دارد.

کلیدواژه‌ها: اختلال وسواسی_ اجباری، احساس مسئولیت افراطی، عدم‌تحمل تردید، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-22]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.84.6]

۱ مقدمه

خصیصهٔ اصلی اختلال وسواسی ـ اجباری[1] (OCD)، وقوع مکرر افکار وسواسی یا اعمال اجباری است با شدتی زیاد که زمان‌بر هستند (بیش از یک‌ساعت در روز) و عملکرد فرد را مختل می‌کنند. وسواس فکری‌عملی و اختلالات مربوط ازین نظر با اشتغال‌های ذهنی و تشریفاتی که ازلحاظ رشدی بهنجار هستند تفاوت دارند و افراطی هستند یا بعد از دوره‌های متناسب با رشد، ادامه می‌یابند. خیلی از افراد مبتلا به اختلال وسواسی ـ اجباری عقاید کژکار[2] دارند. این عقاید می‌توانند احساس کاذب مسئولیت، گرایش به زیاد برآوردکردن تهدید؛ کمال‌گرایی و عدم تحمل تردید و اهمیت بیش‌ازحد افکار (مثل اعتقاد به اینکه داشتن افکار ممنوع به‌اندازهٔ عمل‌کردن مطابق با آن، بد است) و نیاز به‌کنترل افکار را دربرداشته باشند (۱). شواهد مسلمی دربارهٔ نقش عقاید کژکار (باورهای ناکارآمد) در ایجاد و حفظ اختلال وسواسی ـ اجباری وجود دارد. عقاید کژکار به‌عنوان فرضیات غیرمنطقی و نگرش‌های ناکارآمد دربارهٔ خود فرد، دنیای خارج او و افکاری که در طول موقعیت‌ها ثابت هستند، در نظر گرفته می‌شوند (۲). کانلی و وو (۳)، ولتر و همکاران (۴)، هانسمییر، اکسنر، ریف وگلمبیوسکی (۵)، کیم و همکاران (۶) چی و مایو (۷) بر نقش عقاید کژکار و باورهای وسواسی در ایجاد و تداوم اختلال وسواسی ـ اجباری تأکید دارند.

مدل‌های شناختی اختلال وسواس فکری ـ عملی نشان می‌دهند که احساس مسئولیت افراطی[3] در سبب‌شناسی و حفظ علایم اختلال وسواس فکری ـ عملی نقش دارند (۸). سالکوسکیس (۹) تحلیل شناختی گسترده‌ای از اختلال وسواسی ـ اجباری ارائه کرده است. بر پایهٔ دیدگاه سالکوسکیس حس افراطی مسئولیت‌پذیری مضمون اصلی باورهای افراد مبتلا به OCD است و ادراک مبالغه‌آمیز مسئولیت‌پذیری در اختلال وسواسی ـ اجباری نقش مرکزی را داراست (۹). موضوع اصلی در الگوی شناختی سالکوسکیس، ارزیابی نادرستی است که باعث می‌شود مسئولیت شخصی اغراق‌آمیزی از رویدادهایی که به خود شخص یا دیگران آسیب می‌رساند به‌وجود آید، تصور می‌شود این ارزیابی‌های نادرست از فرض‌های ناکارآمدی ناشی می‌شوند که در طی زندگی فراگرفته شده‌اند (۹). یافته‌های آرنتز، ونکن، آنک وگوسن (۱۰) نشان داد که مسئولیت نقش علیت را در اختلال وسواسی ـ اجباری بازی می‌کند. شواهد جمع‌آوری‌شده ازین مفهوم پشتیبانی می‌کنند؛ داده‌های اولیه نشان می‌دهند که اصلاح ارزیابی مسئولیت در درمان می‌تواند نقش مهمی بر کاهش علائم در افراد مبتلا به اختلال وسواسی ـ اجباری ایفا کند. مانتز وابوت (۸)، لوپینو، تنور، مانچینی، باسیلی (۱۱)، پو، لوزان و الیت (۱۲) بر نقش کلیدی مسئولیت افراطی در اختلال وسواسی ـ اجباری تأکید کرده‌اند. مفهوم عدم تحمل تردید[4] (IU)؛ ازجمله مکانیسم‌هایی است که در سال‌های اخیر به آن توجه شده است و به عنوان گرایش فرد برای نشان دادن واکنش منفی به رویدادها و موقعیت‌های مبهم، مستقل از احتمال رخداد یا پیامدهای مربوط به آن تعریف شده است (۱۳). عدم تحمل تردید، نقش اصلی را در ایجاد و تداوم نگرانی افراطی ایفا می‌کند. نگرانی در اختلال وسواس فکری ـ عملی نقشی کلیدی دارد. عدم تحمل تردید به‌معنای تمایل به اجتناب از شرایط مبهم و درنظرگرفتن خود به‌عنوان موجودی ناتوان درمقابله با تردید است و یک آسیب اساسی برای اختلال وسواسی ـ اجباری به حساب می‌آید (۱۴). توصیف‌های نظری این سازه به نظر کار برمی‌گردد که پیشنهاد می‌کند بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری نیاز شدیدی به تحمل تردید دارند و ممکن است اضطراب شدیدی را تا زمانی‌که قطعیت به‌دست آورند تجربه کنند. ساموئلز، بینون و همکاران (۱۵) نتیجه گرفتند که شک و تردید در اختلال وسواسی ـ اجباری از اهمیت فوق‌العاده زیادی برخوردار است که تاکنون در روان‌پزشکی جهت درمان اختلال وسواسی‌جبری به آن توجه نشده و به درمان‌های رفتاری و شناختی به‌خوبی پاسخ می‌دهد. پژوهش‌های گبلت و همکاران (۱۶)، کانسل و همکاران (۱۷)، فلر و همکاران (۱۴)، علیمردانی صومعه و همکاران (۱۸) و سلمانی و حسنی (۱۳) نشان دادند این مؤلفه یکی از ویژگی‌های بیماران وسواسی ـ اجباری است.

تا به امروز درمان‌های مواجهه و جلوگیری از پاسخ[5] (ERP) و درمان شناختی رفتاری (CBT) بیشترین حمایت از درمان‌های روان‌درمانی برای اختلال وسواسی ـ اجباری را فراهم آورده‌اند. ERP به‌عنوان درمان استاندارد طلایی شامل قرارگرفتن تدریجی در معرض اضطراب ناشی از وسواس‌ها، و پیشگیری یا محدودیت انجام تشریفات وسواسی در تعامل با کاهش تدریجی اضطراب است (۱۹). اولنتانجی و همکاران (۲۰) یک متاآنالیز از ۱۶ آزمایش تصادفی کنترل‌شده با درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ شامل شرکت‌کنندگان با تشخیص اختلال وسواسی‌اجباری و گروه گواه، با بیش از یک جلسه درمان انجام دادند، نتایج نشان داد که ERP (که CBT نیز نامیده می‌شود) دارای اندازه اثر بسیار بالا در اندازه‌گیری‌های اولیه در مقایسه با شرایط گواه است. از بین مجموعه روش‌های شناختی ـ رفتاری در درمان وسواس، روش سالکووسکیس مورد اقبال بیشتری بوده است. سالکووسکیس (۹) نظریه‌ای شناختی ـ رفتاری را برای اختلال وسواس فکری و عملی پدید آورد که در آن بر نقش مسئولیت افراطی، در ایجاد و مخصوصاً تداوم افکار و رفتارهای مربوط به اختلال وسواسی ـ اجباری تأکید شده است. طبق این نظریهٔ شناختی‌رفتاری، فکر وسواسی ریشه در شناختارهای مزاحم طبیعی دارد. شناختارهای مزاحم افکار، تصاویر ذهنی یا تکانه‌هایی هستند که ناخوانده وارد ذهن شده و جریان هشیاری فرد را قطع می‌کنند و فرد نیز آن‌ها را پریشان‌زا، غیرقابل‌قبول یا به‌عبارتی ناخوشایند می‌یابد. این رویکرد معمولاً مستلزم رویارویی گسترده با محرک‌ها یا افکار ترسناک و جلوگیری از هرگونه پاسخ وسواسی، به‌منظور ترغیب خوپذیری است. با رویارویی‌های مکرر، اضطراب از طریق فرایند خوپذیری خودکار از بین می‌رود. به‌علاوه، تکمیل موفقیت‌آمیز رویارویی‌ها باعث تسهیل

[1] Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
[2] Dysfunctional beliefs
[3] Inflated Sense of responsibility
[4] Intolerance of uncertainty
[5] Exposure and Rresponse prevention

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-22]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.84.6]

ایجاد و اندوزش اطلاعات شناختی تصحیح‌گر مرتبط با وضعیت ترس‌آور می‌شود. به بیان دیگر، وقتی اضطراب بیماران از بین می‌رود، می‌آموزند که ترس آن‌ها از پی‌آمدهای ترسناک انجام‌ندادن آیین‌ها بی‌دلیل بوده است، این تغییر براثر روبه‌روشدن با محرک‌های وسواس به دست می‌آید و باعث می‌شود اطلاعات جدید، ساختار قبلی را فعال کند، اما با برخی از عناصر قبلی ناهمخوان است. به‌این‌ترتیب ساختار ترس بر اثر رویارویی تغییر می‌کند. در این مدل ابتدا (خوپذیری فیزیولوژیک) و در پی آن (خوپذیری شناختی) رخ می‌دهد، از سوی دیگر آنچه باعث تداوم شناختارهای وسواسی و به‌دنبال آن اعمال وسواسی می‌شود، سوءتفسیرهای بیمار پیرامون مسئولیت افراطی است (۲۱،۲۲)؛ بنابراین اصلاح سوءتفسیرهای مسئولیت می‌تواند مانع ازعود وسواس و مقاومت بیمار به درمان شود (۹). برخی شواهد نشان می‌دهند که ERP ممکن است اثربخشی بیشتری از درمان شناختی داشته باشد (۲۰). پژوهش آنگ و همکاران (۱۹) نشان داد ERP ممکن است در درمانOCD میزان بهبودی مشابه با سایر درمان‌های اختلال وسواسی‌ـ اجباری داشته باشد. همچنین پژوهش‌های موتی‌والا و همکاران (۲۳)، ویتن و همکاران (۲۴)، درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ را درمانی مؤثر برای درمان اختلال وسواسی‌ـ اجباری (OCD) دانستند.

اختلال وسواسی‌ـ اجباری در برخی موارد درحدود ۲/۳ درصد از زندگی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. نرخ شیوع آن درطول یک سال معادل۱/۲۰ درصد است و در سراسر جهان اتفاق می‌افتد (۱). طبق نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های انجام‌شده، احساس مسئولیت افراطی و عدم تحمل تردید در میان افراد مبتلا به OCD نقش اساسی دارند و باعث وسواس‌ها و آیین‌مندی‌ها می‌شوند، پژوهشی که اثربخشی ERP بر این متغیرها را در OCD بررسی نماید یافت نشد، بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بر احساس مسئولیت افراطی و عدم تحمل تردید در افراد مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری، پژوهشی جدید در زمینهٔ اختلال وسواسی‌اجباری (OCD) است و ضرورت مطالعهٔ حاضر مشخص می‌گردد.

۲ روش بررسی

در این پژوهش از طرح پژوهشی نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون‌ـ پس‌آزمون با گروه گواه استفاده شد. همچنین اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ با روش سالکوسکیس بر احساس مسئولیت افراطی و عدم تحمل تردید روی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری بررسی شد و پیگیری سه‌ماهه نیز انجام گردید. جامعهٔ آماری شامل تمامی افراد مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی در شهرستان محلات و سال ۹۷ بود. با تشخیص روان‌پزشک، مبتلایان به OCD شناسایی شدند. پس‌از مصاحبهٔ تشخیصی توسط روان‌شناس بالینی با توجه به اینکه در محدودهٔ زمانی پژوهش، ۱۶ نفر از مراجعین دارای ملاک‌های ورود به طرح بوده و به‌لحاظ سن و تحصیلات همگن بودند، با روش نمونه‌گیری دردسترس در دو گروه با آرایش تصادفی (۸ نفر به عنوان گروه آزمایش و ۸ نفر به‌عنوان گروه گواه) انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به طرح عبارت بودند از: داشتن شاخص‌های اختلال وسواسی‌اجباری مطابق با DSM5، محدودهٔ سنی۲۰ تا۴۰سال، میزان تحصیلات بالاتر از دیپلم، وضع اقتصادی متوسط و نداشتن اختلال روانی یا جسمانی دیگر. ملاک‌های خروج نیز وابستگی یا سابقهٔ مصرف مواد، اختلالات روان‌پریشی و سابقهٔ اختلال وسواسی‌ـ اجباری بیش از ده سال یا عدم شرکت در ادامهٔ درمان بودند.

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر احساس مسئولیت افراطی و عدم تحمل تردید در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری انجام شد و اطلاعات گردآوری شده با استفاده از آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌مکرر تجزیه‌وتحلیل شد. از طریق آزمون تعقیبی بن‌فرونی[1] اختلاف بین میانگین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بررسی گردید. درضمن از نرم‌افزار آماری SPSS-23 برای تحلیل آماری بهره گرفته شد.

همچنین اصول اخلاق حرفه‌ای در احترام و روابط انسانی، حریم خصوصی، رازداری، محرمانه بودن اطلاعات، شرکت آزادانه و استفاده از کد جهت شناسایی افراد رعایت گردید.

ابزارهای گردآوری اطلاعات: مقیاس وسواسی‌ـ اجباری ییل‌ـ براون (Y-BOCS)[2] ؛ مصاحبهٔ نیمه‌ساختاریافته برای ارزیابی شدت وسواس‌ها و اجبارها که حساسیت زیادی به تغییرات درمانی دارد. دارای دوبخش است، سیاههٔ نشانه (SC) و مقیاس شدت (SS). سیاههٔ نشانه: به ۱۶ گویه در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای و به‌صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شود. مقیاس شدت: هر یک از وسواس‌ها و اجبارها در پنج بُعد میزان آشفتگی، فراوانی، تداخل، مقاومت وکنترل نشانه‌ها برآورد می‌شود. دامنهٔ نمره‌گذاری برای هر خرده‌مقیاس (۰-۲۰) و برای کل مقیاس (۴۰ـ۰) است. بخش ۱ تا ۵ به نشانه‌های وسواس فکری و بخش۶ تا۱۰به نشانه‌های وسواس عملی از یک نقطهٔ برش ۱۶ و بالاتر در مطالعات دارویی استفاده می‌شود. بیماران مبتلا به وسواس متوسط نمره‌ای در حدود ۲۵ و بالاتر و بیماران با وسواس شدید، نمره‌ای بالاتر از ۳۰ و بیماران با وسواس بسیار شدید بالای ۳۵ می‌گیرند. اعتبار بیرونی همزمان با ثبات درونی (۰/۸۹) دارد (۲۵). در ایران داده‌های مربوط به اعتبار و پایایی، این مقیاس را خیلی‌خوب نشان داده‌اند. به‌عنوان مثال پژوهش اصفهانی (۲۶) ثبات درونی این آزمون را ۰/۹۵و اعتبار دونیمه‌سازی و بازآزمایی آن را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۹ گزارش کرده‌اند.

مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری سالکوسکیس (RAS)[3]: این مقیاس توسط سالکوسکیس و همکاران (۹) طراحی شده است. نگرش‌های کلی باورها و خصوصیات زمینه‌ساز مسئولیت‌پذیری و نگرانی دربارهٔ آسیب در اختلال وسواسی‌ـ اجباری (OCD) را می‌سنجد. دارای ۲۶ سؤال و فاقد خرده‌مقیاس است. ماده‌های پرسشنامه براساس مقیاس هفت‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم (نمرهٔ ۱) تا کاملاً موافقم (نمرهٔ ۷)

[1] Bonferroni

[2] Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

[3] Salkovskis Responsibility Attitude Scale (RAS)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-22]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.84.6]

است. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ را برای پایایی و ۰/۹۲ را برای همسانی درونی آن و ۰/۵۴ را برای اعتبار پیش‌بین با نمرات پرسش‌نامهٔ وسواسی‌اجباری مادزلی گزارش کرده‌اند. در ایران توسط کبیرنژاد، علی‌لو و شریفی (۲۷) پایایی با روش بازآزمایی در فاصلهٔ یک‌هفته از آزمایش اول، ۰/۸۴ به روش دونیمه‌کردن ۰/۶۱ و به روش همبستگی ماده‌های زوج‌وفرد برابر با ۰/۹۲ و ضریب همسانی درونی با استفاده ازروش آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد.

مقیاس عدم تحمل تردید (IUS)[1]؛ این مقیاس توسط فریستون و همکاران (۱۹۹۴) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلاتکلیفی طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۷ سؤال بوده و چهار ویژگی را در تمایز افراد مضطرب از افراد سالم مهم می‌داند: توانایی کم در تحمل موقعیت‌های مبهم، باورهای مثبت دربارهٔ نگرانی، اجتناب شناختی و جهت‌گیری منفی به مشکل. این مقیاس در طیف لیکرت پنج‌گزینه‌ای نمره گذاری می‌شود. از یک به‌معنای کاملاً غلط تا پنج به‌معنای کاملاً درست. حداقل نمرهٔ این مقیاس ۲۷ و حداکثر آن ۱۳۵ است. چنانچه نمرهٔ محاسبه‌شده بین ۲۷ تا ۵۴ باشد، میزان عدم تحمل بلاتکلیفی در فرد درحد پایین، بین ۵۴ تا ۸۱ درحد متوسط و ۸۱ به بالا درحد بالاست. در سال ۲۰۰۲ این مقیاس توسط باهر و دوگاس (۲۸) اعتباریابی شد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از ۵ هفته) به‌ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش گردید. آلفای کرونباخ و پایایی بازآزمایی ۱۰ـ۲ هفته‌ای به‌ترتیب ۰/۹۳ـ۰/۸۶ گزارش شده است. در پژوهش اکبری، حمیدپور و اندوز (۲۹) آلفای کرونباخ ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی (در فاصلهٔ ۳ هفته) ۰/۷۶ برای این مقیاس به دست آمد.

پس از انجام تشخیص اولیه توسط روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی برمبنای (DSM5) مصاحبه‌ای کامل انجام شد و هر یک از درمان‌جویان به پرسشنامه‌ها پاسخ دادند (پیش‌آزمون)، هر دو گروه ازنظر ویژگی‌هایی نظیر سن و تحصیلات همتا سازی شده، سپس با آرایش تصادفی در گروه آزمایش یا در گروه گواه پذیرش شدند. در گروه گواه از شرکت‌کننده‌ها خواسته شد که در پایان درمان گروه آزمایش، مجدداً به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. با هریک از افراد گروه‌درمانی قرارداد درمانی برای شرکت در ۱۲ جلسهٔ درمان بسته شد و اطلاعاتی دربارهٔ نوع درمان، نحوهٔ حضور در جلسات، تعداد و زمان جلسات داده شد. جلسات معمولاً هرهفته یکبار و در ساعت و روز خاصی برای هر مُراجع به صورت انفرادی انجام شد و جلسهٔ پیگیری پس‌آزمه ماه، برای مراجعین گروه آزمایش برگزار گردید.

درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ (ERP): از مدل سالکوسکیس برای مداخله در درمان اختلال وسواسی‌ـاجباری استفاده شد (۳۱ـ۳۰).

ارزیابی شامل مصاحبه مفصل بالینی، خودبازنگری، تکالیف خانگی و مشاهده مستقیم بود.

در پایان مصاحبهٔ ارزیابی (که معمولاً ۱ تا ۲ ساعت زمان می‌برد) درمانگر باید دربارهٔ ماهیت و دامنهٔ مسئله به یک فرمول‌بندی اولیه دست یابد. این فرمول‌بندی باید با بیمار در میان گذاشته شود تا به‌دنبال آن، بتوان منطق درمان را مطرح کرد. در دوهفتهٔ نخست درمان سرپایی، بهتر است بیمار دو یا سه بار، در هفته، ملاقات شود. جلسات رویارویی عینی به‌طور نمونه، ۱ تا ۱/۵ ساعت طول می‌کشند؛ اما درمانگر باید آماده باشد تا در صورت لزوم، مدت رویارویی را تا ۳ ساعت نیز بالا ببرد. در جریان درمان، ابتدا تکالیف به‌همراه درمانگر انجام می‌گیرد و با پیشرفت درمان از بیمار خواسته می‌شود که خود به انجام تکالیف خانگی بپردازد. در تمامی جلسه‌ها و تکالیف خانگی، بیمار میزان ناراحتی و میل خود را به خنثی‌سازی، درجه‌بندی می‌کند؛ روش ها عبارتند از: ۱. رویارویی ارادی و عمدی با همهٔ موقعیت های اجتنابی قبلی؛ ۲. رویارویی مستقیم با محرک های ترسناک (از جمله افکار)؛ ۳. جلوگیری از آیین‌مندی‌های اجباری و رفتارهای خنثی‌ساز و از آن‌جمله رفتارهای ناآشکار (یعنی جلوگیری از پاسخ).

هدف درمان، قراردادن فرد در بالاترین سطح ممکن رویارویی و درعین‌حال حذف هر نوع خنثی‌سازی است، وگرنه، خنثی‌سازی باعث می‌شود که بیمار به انتهای جلسهٔ رویارویی برسد، بدون آنکه مقابلهٔ کاملی با ترس‌ها صورت گرفته باشد. درمان با مشارکت بیمار و با این هدف که بیمار هرچه‌زودتر در فرایند درمان، مسئولیت برنامه‌ریزی و ادامهٔ آن را در خود بپذیرد، صورت می‌گیرد. استفادهٔ گسترده از تکالیف خانگی باعث می‌شود که نیل به هدف‌های درمانی زودتر و با کارایی بیشتری انجام پذیرد. در مراحل بعدی درمان، بیمار خود مسئولیت اجرا و برنامه‌ریزی درمان را بر عهده می‌گیرد (۲۱،۲۲). در جدول ۱، خلاصهٔ جلسه‌های درمان مشاهده می‌شود.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسه‌های درمان

درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ (ERP)				
جلسه	هدف کلی جلسات	محتوای جلسات	تغییر رفتار مورد نظر	تکالیف
۱	ایجاد اتحاد درمانی و آشنایی درمان‌جو با درمانERP	بسط و بازبینی فرمول‌بندی مقدماتی، تعیین اهداف، آموزش روانی، آشنایی با منطق درمان و تنظیم قرارداد درمانی	ـ	تهیهٔ سلسله مراتبی از افکار وسواسی و موقعیت‌های مورد اجتناب
۲	خوگیری مراجع در جلسه‌های درمان	تمرین و آمادگی برای رویارویی تجسمی	کاهش افکار مزاحم	تهیهٔ فهرستی از نشانه‌های برانگیزانندهٔ افکار وسواسی

[1] Intolerance of Uncertainty Scale.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-22]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.84.6]

۳	مواجههٔ تخیلی با افکار وسواسی	مواجههٔ تخیلی با ماده‌های اولیهٔ سلسله مراتب و کمک به مراجع جهت توقف رفتارهای وسواسی	افزایش کنترل بر افکار و احساسات	روبروشدن با موقعیت‌های برانگیزانندهٔ احساسات ترس، شکست، آلودگی یا گناه.
۴ تا ۷	ارائهٔ تکنیک‌های مواجهه	آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ براساس سلسله مراتب اضطراب (تجربهٔ منظم افکار وسواسی بدون تلاش برای اجتناب یا خنثی‌سازی.	کاهش اعمال وسواسی	تمرین و تکرار تکنیک‌های مواجهه با موارد وسواسی و ثبت و کنترل موانع در بازداری از پاسخ
۸	ارزیابی اجتناب از تکالیف خانگی	بازبینی برگه ۵ ستون افکار، پرکردن برگه ۷ ستونی افکار و نوشتن مزایا و معایب افکار مزاحم.	جایگزینی افکار وسواسی با افکار منطقی	ثبت افکار روزانهٔ ۷ ستونی، آزمایش رفتاری اهمیت افکار
۹ و ۱۰	ارائهٔ آزمایش‌های رفتاری برای افکار وسواسی	آزمایش رفتاری برای عمل خنثی‌سازی افکار، استفاده از تکنیک محاسبهٔ احتمال و پرسش‌گری سقراطی برای برآورد بیش از حد خطر.	اصلاح باورهای شناختی و کاهش افکار وسواسی	آزمایش رفتاری برای باورهای شناختی وسواس
۱۱ و ۱۲	مرور و جمع‌بندی تکنیک‌ها، پیشگیری از عود و اتمام جلسه	بحث و جمع‌بندی فنون ERP، ارزیابی مجدد توسط مقیاس‌های پژوهش، خلاصه‌سازی، باز خورد. تشکر و اعلام پایان جلسه	کاهش اعمال و افکار وسواسی	تمرین تمام تکنیک‌های مؤثر

۳ یافته‌ها

نتایج مقایسهٔ میانگین سنی با استفاده از آزمون تی مستقل، نشان داد که بین میانگین و انحراف معیار گروه آزمایش (۳۱/۲۵۰±۵/۵۷۴) و گروه گواه (۲۹/۷۵۰±۶/۰۶۵) از لحاظ سن تفاوت معناداری وجود ندارد (p=۰/۶۱۵). درجدول ۲ به بررسی شاخص‌های توصیفی متغیرهای احساس مسئولیت افراطی و عدم تحمل تردید برحسب عضویت گروهی پرداخته شده است.

جدول ۲. شاخصه‌های توصیفی متغیرهای احساس مسئولیت افراطی و عدم تحمل تردید در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به تفکیک گروه‌های آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مسئولیت افراطی	گواه	۱۴۰/۸۸	۱۱/۷۶	۱۴۲/۶۳	۱۲/۸۹	۱۵۲/۲۵	۹/۱۵
	آزمایش	۱۲۶/۶۳	۱۸/۸۷	۴۹/۲۵	۱۱/۶۱	۴۴/۶۳	۱۱/۸۳
عدم‌تحمل تردید	گواه	۹۹/۶۳	۷/۹۵	۱۰۲/۲۵	۸/۵۸	۱۱۱/۳۸	۱۰/۲۰
	آزمایش	۱۰۱/۸۸	۱۵/۵۴	۴۳/۷۵	۸/۵۲	۴۱/۵۰	۷/۹۶

جهت انجام آنالیز واریانس برای اندازه‌های مکرر به بررسی مفروضات این آزمون اقدام گردید. برای بررسی نرمال‌بودن نمرات از آزمون شاپیرو ویلک استفاده شد. نتایج نشان داد توزیع داده‌ها نرمال است. همچنین یافته‌های آزمون لوین نشان داد که کوواریانس داده‌ها همگن است. نتایج آزمون موچلی نیز برقرار نبودن مفروضه کرویت را نشان داد؛ بنابراین از نتیجهٔ آزمون‌های درون‌گروهی با تعدیل درجات آزادی و تصحیح گرین‌هاوس گیسر استفاده شد.

نتایج حاصل از آزمون تحلیل واریانس مکرر در جدول ۳ نشان داد که تغییر (کاهش) در مراحل مختلف آزمون معنادار است و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بر کاهش احساس مسئولیت افراطی (p=۰/۰۰۱) و کاهش عدم تحمل تردید (p=۰/۰۰۱) اثربخش است. همچنین بین تأثیر عامل زمان بر متغیرهای احساس مسئولیت افراطی و عدم تحمل تردید در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری صرف‌نظر از گروه ،تفاوت وجود داشت (p=۰/۰۰۱). اثر تعامل بین گروه و زمان نیز معنادار بود (p=۰/۰۰۱).

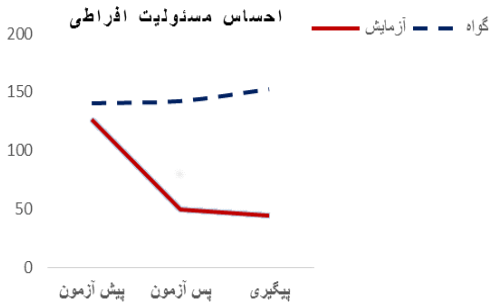
در شکل ۱، نمودار میانگین نمره‌های احساس مسئولیت افراطی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گواه با هم مقایسه شده است و در شکل ۲، نمودار مقایسهٔ میانگین نمره‌های عدم تحمل تردید در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گواه نشان داده شده است.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-22]

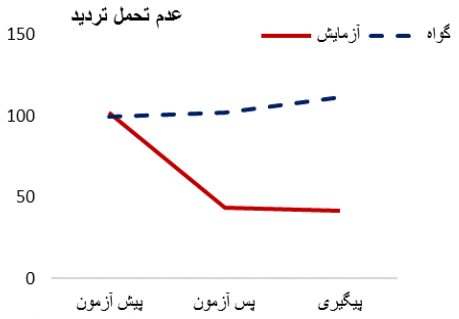
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.84.6]

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به‌منظور تأثیر گروه و زمان اندازه‌گیری بر متغیرهای پژوهش

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر (η^2)	توان آماری
احساس مسئولیت افراطی	بین آزمودنی‌ها							
	گروه	۶۱۷۷۶/۷۵۰	۱	۶۱۷۷۶/۷۵۰	۱۷۰/۰۳۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲۴	۱
	خطا	۵۰۸۶/۵۰۰	۱۴	۳۶۳/۳۲۱				
	درون آزمودنی‌ها							
	زمان	۱۴۳۰۹/۳۷۵	۱/۱۵۸	۱۲۳۵/۴۴۹	۹۷/۸۶۶	۰/۰۰۱	۰/۸۷۵	۱
	زمان و گروه	۲۰۲۴۳/۶۲۵	۱/۱۵۸	۱۷۴۷۶/۵۵۵	۱۳۸/۴۵۲	۰/۰۰۱	۰/۹۰۸	۱
	خطا	۲۰۴۷	۱۶/۲۱۷	۱۲۶/۲۲۸				
عدم تحمل تردید	بین آزمودنی‌ها							
	گروه	۲۱۲۱۰/۰۲۱	۱	۲۱۲۱۰/۰۲۱	۸۹/۷۰۷	۰/۰۰۱	۰/۸۶۵	۱
	خطا	۳۳۱۰/۱۲۵	۱۴	۲۳۶/۴۳۷				
	درون آزمودنی‌ها							
	زمان	۷۳۲۲/۵۴۲	۱/۳۸۶	۵۲۸۳/۳۲۰	۱۰۰/۷۵۲	۰/۰۰۱	۰/۸۷۸	۱
	زمان و گروه	۱۲۰۲۹/۲۹۲	۱/۳۸۶	۸۶۷۹/۳۰۸	۱۶۵/۵۱۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲۲	۱
	خطا	۱۰۱۷/۵۰۰	۱۹/۴۰۴	۵۲/۴۳۹				



شکل ۱. نمودار مقایسهٔ میانگین متغیر احساس مسئولیت افراطی در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گواه



شکل ۲. نمودار مقایسهٔ میانگین متغیر عدم تحمل تردید در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و گواه

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-22]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.84.6]

جدول ۴. نتایج آزمون بون‌فرونی برای مقایسهٔ جفتی دوره‌های مداخله (پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری) بر متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	زوج‌های جفت‌شده (I-J)	اختلاف میانگین	انحراف معیار	مقدار p
احساس مسئولیت افراطی	گواه	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۱/۷۵-	۳/۰۷	۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	۱۱/۳۸-	۳/۹۹	۰/۰۷۴
		پس‌آزمون- پیگیری	۹/۶۳-	۲/۲۶	۰/۰۱۱
	مواجهه و بازداری از پاسخ	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۷۷/۳۸	۵/۹۴	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	۸۲	۶/۵۲	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون- پیگیری	۴/۶۳	۱/۱۵	۰/۰۱۵
عدم تحمل تردید	گواه	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۲/۶۳-	۱/۴۶	۰/۳۴۸
		پیش‌آزمون- پیگیری	۱۱/۷۵-	۳/۱۲	۰/۰۲۱
		پس‌آزمون- پیگیری	۹/۱۳-	۲/۵۰	۰/۰۲۴
	مواجهه و بازداری از پاسخ	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۵۸/۱۳	۴/۰۲	۰/۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	۶۰/۳۸	۴/۳۴	۰/۰۰۱
		پس‌آزمون- پیگیری	۲/۲۵۰	۱/۱۰۱	۰/۳۰۳

همچنان‌که درجدول ۴ مشاهده می‌شود، میانگین متغیر احساس مسئولیت افراطی و میانگین متغیر عدم‌تحمل تردید در گروه آزمایش در مرحلهٔ پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری دارای تفاوت معناداری بود ($p<۰/۰۵۰$). همچنین این تفاوت درمقایسهٔ جفتی بین تغییرات میانگین احساس مسئولیت افراطی در گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون با پیگیری نیز معنادار بود ($p<۰/۰۵۰$). ولی در متغیر عدم‌تحمل تردید تفاوت پس‌آزمون با پیگیری در گروه آزمایش معنادار نبود ($P>۰/۰۵۰$). این نتایج نشان داد که درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بر احساس مسئولیت افراطی و عدم‌تحمل تردید در افراد گروه آزمایش تأثیر داشته و باعث کاهش این دو متغیر شده است، همچنین کاهش احساس مسئولیت افراطی و عدم‌تحمل تردید در بیماران OCD در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار بود.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر احساس مسئولیت افراطی، و عدم تحمل تردید در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری انجام شد.

نتایج پژوهش حاکی از آن بود که بین دو گروه آزمایش و گواه درزمینهٔ شاخص‌های احساس مسئولیت افراطی و عدم تحمل تردید تفاوت معناداری وجود داشت؛ بنابراین با فرض کنترل اثرات پیش‌آزمون، اثرات مبتنی‌بر درمان مواجهه و بازداری از پاسخ باعث بهبودی احساس مسئولیت افراطی و عدم‌تحمل تردید در بیماران مبتلا به OCD می‌شود، همچنین بالابودن اندازه‌اثر (مجذور اتا) و توان آماری برای متغیرهای پژوهش نشان‌دهندهٔ اثرگذاری بالا بر وضعیت بهبود بود.

این پژوهش مؤید نتایج پژوهش‌های کانلی و وو (۳)، ولتر و همکاران (۴)، هانسمییر و همکاران (۵)، کیم و همکاران (۶) چی، و مایو (۷) است که بر نقش عقاید کژکار و باورهای وسواسی در ایجاد و تداوم اختلال وسواسی‌اجباری تأکید کرده‌اند. همچنین با یافته‌های آنگ و همکاران (۱۹)، موتی‌والا و همکاران (۲۳)، اولانچی و همکاران (۲۰) که ERP را درمانی مؤثر برای OCD دانستند، همسوست. ارتباط احساس مسئولیت افراطی و علایم اختلال وسواسی‌اجباری (OCD) در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است، در این رابطه، این پژوهش با یافته‌های مانتز وابوت (۸)، لوپینو و همکاران (۱۱)، پو و همکاران (۱۲) همسوست. نتایج این پژوهش با یافته‌های سلمانی وهمکاران (۱۳) که نشان دادند عدم‌تحمل‌تردید (IU) یک آسیب اساسی برای اختلال وسواسی-اجباری است همخوان بود. دربارهٔ نقش متغیر عدم‌تحمل تردید در OCD با پژوهش ساموئلز و همکاران (۱۵)، پژوهش گبلت و همکاران (۱۶)، فالر و همکاران (۱۴)، کانسل و همکاران (۱۷)، علمردانی و همکاران (۱۸)، سلمانی و حسنی (۱۳)، شاهجویی و همکاران (۳۲) هم‌راستاست.

این پژوهش نشان داد که ERP در درمان بیماران OCD باعث کاهش باورهای ناکارآمد، احساس مسئولیت افراطی و عدم‌تحمل تردید می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان به یافته‌های سالکووسکیس (۹) استناد کرد که نشان داد «در ERP ابتدا خوپذیری فیزیولوژیک و در پی آن خوپذیری شناختی رخ می‌دهد، از سوی دیگر آنچه باعث تداوم شناختارهای وسواسی و به‌دنبال آن اعمال وسواسی می‌شود، سوءتفسیرهای بیمار پیرامون احساس مسئولیت افراطی است؛ بنابراین اصلاح سوءتفسیرهای مسئولیت می‌تواند مانع از عود وسواس و مقاومت بیمار به درمان شود» (۹). یافته‌های آرنتز و همکاران (۱۰) نشان داد که مسئولیت نقش علیت را در اختلال وسواسی‌اجباری بازی می‌کند. مانتز وابوت (۸)، لوپینو و همکاران (۱۱) و پژوهشی دیگر (۱۲) نیز بر نقش کلیدی احساس مسئولیت افراطی در اختلال وسواسی‌اجباری تأکید دارند. کاهش احساس مسئولیت افراطی در درمان گروه آزمایش در پژوهش حاضر بیانگر نقش مسئولیت‌پذیری افراطی در بیماران مبتلا به OCD است. همچنین کاهش عدم تحمل تردید در بهبود بیماران گروه آزمایش مؤید پژوهش سلمانی (۱۳)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-22]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.84.6]

است که بیان کرد، عدم تحمل تردید، نقش اصلی را در ایجاد و تداوم نگرانی افراطی ایفا می‌کند. پژوهش فلر (۱۴) نشان داد که عدم تحمل تردید، یک آسیب اساسی برای OCD به حساب می‌آید که با یافته‌های پژوهش حاضر همسوست. بهبودی بیماران در درمان با روشERP در پژوهش حاضر نیز بیانگر اهمیت یافته‌های ساموئلز و همکاران (۱۵) است که نتیجه گرفتند شک و تردید در اختلال وسواسی- اجباری از اهمیت زیادی برخوردارست.

بهبود وضعیت در مرحلهٔ پیگیری نشان داد که اثربخشیERP بر متغیرها در طول زمان از پایداری مناسبی برخوردار است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که نتایج این پژوهش درخصوص تأثیر درمان (ERP) مؤید نتایج پژوهش‌های قبلی است که نشان دادند درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ یک درمان مؤثر برای OCD است (۲۳،۲۴).

به‌علت زمان پیگیری سه ماهه و محدودبودن زمان و بیماران OCD، تعمیم نتایج این پژوهش با محدودیت‌هایی روبه‌رو است.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های طولی برای بررسی بلندمدت یافته‌های پژوهش حاضر صورت گیرد. همچنین در سطح گسترده پژوهش‌هایی درزمینهٔ اثربخشی درمان های کوتاه مدت بر متغیر های احساس مسئولیت افراطی و عدم تحمل تردید، در افراد مبتلابه اختلال وسواس فکری عملی و سایر اختلالات مرتبط و اختلالات اضطرابی انجام شود.

۵ نتیجه‌گیری

پژوهش حاضرنشان داد که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ یک درمان کارا و مؤثر در کاهش چشمگیر نشانگان اختلال وسواسی- اجباری است. همچنین باتوجه به اهمیت متغیرهای احساس مسئولیت افراطی و عدم‌تحمل تردید در درمان اختلال وسواسی-اجباری، شناسایی این متغیرها در بیماران مبتلا به این اختلال به‌عنوان سازه‌های مؤثر در رفتار فردی، می‌تواند نقش مؤثری در درمان OCD داشته باشد.

۶ تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری نویسندهٔ اول مقاله بوده و از تمامی افرادی که در این پژوهش همکاری مطلوبی داشتند، تشکر می‌شود.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-22]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.84.6]

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®). American Psychiatric Pub; Washington, DC; 2013.
2. Lam DC, Salkovskis PM, Warwick HM. An experimental investigation of the impact of biological versus psychological explanations of the cause of "mental illness". Journal of Mental Health. 2005; 14 (5):453-64. Doi: 10.1016/j.brat.2006.03.005
3. Conley SL, Wu KD. Experimental modification of dysfunctional interpretations in individuals with contamination concerns. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2018; 59:56-64. Doi: 10.1016/j.jbtep.2017.11.005
4. Wolters LH, Prins PJ, Garst GJ, Hogendoorn SM, Boer F, Vervoort L, Et al. Mediating Mechanisms in Cognitive Behavioral Therapy for Childhood OCD: The Role of Dysfunctional Beliefs. Child Psychiatry & Human Development. 2018; 21:1-3. Doi: 10.1007/s10578-018-0830-8
5. Hansmeier J, Exner C, Rief W, Glombiewski JA. A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2016; 10:42-8. Doi: 10.1016/j.jocrd.2016.05.002
6. Kim SK, McKay D, Taylor S, Tolin D, Olatunji B, Timpano K, Et al. The structure of obsessive compulsive symptoms and beliefs: A correspondence and biplot analysis. Journal of anxiety disorders. 2016; 38:79-87. Doi: 10.1016/j.janxdis.2016.01.003
7. Cheie L, Miu AC. Functional and dysfunctional beliefs in relation to adolescent health-related quality of life. Personality and Individual Differences. 2016; 97:173-7. Doi: 10.1016/j.paid.2016.03.029
8. Mantz SC, Abbott MJ. The relationship between responsibility beliefs and symptoms and processes in obsessive compulsive disorder: A systematic review. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2017; 14:13-26. Doi: 10.1016/j.jocrd.2017.04.002
9. Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, Et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. Behaviour research and therapy. 2000; 38 (4):347-72. Doi: 10.1016/S0005-7967(99)00071-6
10. Arntz A, Voncken M, Goosen AC. Responsibility and obsessive–compulsive disorder: An experimental test. Behaviour Research and Therapy. 2007; 45 (3) :425-35. Doi: 10.1016/j.brat.2006.03.016
11. Luppino OI, Tenore K, Mancini F, Basile B. A Theoretical Integration of Schema Therapy and Cognitive Therapy in OCD Treatment: Goals and Beliefs of the Obsessive Mind (Part I) . Psychology. 2018; 9 (09) :2261. Doi: 10.4236/psych.2018.99129
12. Pugh K, Luzon O, Ellett L. Responsibility beliefs and persecutory delusions. Psychiatry research. 2018; 259:340-4. Doi: 10.1016/j.psychres.2017.10.044
13. Salmani B, Hasani J. The role of intolerance of uncertainty and positive metacognitive beliefs in Obsessive Compulsive Disorder and depression. RJMS. 2016; 23 (142) :64-72. [Persian]
14. Faleer HE, Fergus TA, Bailey BE, Wu KD. Examination of an experimental manipulation of intolerance of uncertainty on obsessive-compulsive outcomes. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2017; 15:64-73. Doi: 10.1016/j.jocrd.2017.07.002
15. Samuels J, Bienvenu OJ, Krasnow J, Wang Y, Grados MA, Cullen B, Et al. An investigation of doubt in obsessive–compulsive disorder. Comprehensive psychiatry. 2017; 75:117-124. Doi: 10.1016/j.comppsych.2017.03.004
16. Gillett CB, Bilek EL, Hanna GL, Fitzgerald KD. Intolerance of uncertainty in youth with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A transdiagnostic construct with implications for phenomenology and treatment. Clinical psychology review. 2018; 60:100-8. Doi: 10.1016/j.cpr.2018.01.007
17. Counsell A, Furtado M, Iorio C, Anand L, Canzonieri A, Fine A, Et al. Intolerance of uncertainty, social anxiety, and generalized anxiety: Differences by diagnosis and symptoms. Psychiatry research. 2017; 252:63-9. Doi: 10.1016/j.psychres.2017.02.046
18. Almardani Some'eh S, Narimani M, Mikaeeli N, Basharpoor S. The Comparison of Intolerance of Uncertainty, Emotion Regulation in Obsessive-Compulsive Disorder Patients and Normal Individuals. Psychological Studies. 2017; 13 (2):77-94. [Persian]
19. Ong CW, Clyde JW, Bluett EJ, Levin ME, Twohig MP. Dropout rates in exposure with response prevention for obsessive-compulsive disorder: What do the data really say? Journal of Anxiety. 2016;

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-22]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.84.6]

40:8-17. Doi: 10.1016/j.janxdis.2016.03.006
20. Olatunji BO, Rosenfield D, Tart CD, Cottraux J, Powers MB, Smits JA. Behavioral versus cognitive treatment of obsessive-compulsive disorder: An examination of outcome and mediators of change. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2013; 81 (3) :415. Doi: 10.1037/a0031865
21. Hawton KE, Salkovskis PM, Kirk JE, Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide. Ghassemzadeh H. (Persian translator). First edition. Tehran: Arjmand; 2013, Vol (1), pp: 176-223. [Persian]
22. Hawton KE, Salkovskis PM, Kirk JE, Clark DM. Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide. Oxford University. New York, NY; 1989.
23. Motivala SJ, Arellano M, Greco RL, Aitken D, Hutcheson N, Tadayonnejad R, et al. Relationships between obsessive-compulsive disorder, depression and functioning before and after exposure and response prevention therapy. International journal of psychiatry in clinical practice. 2018; 22 (1):40-6. Doi: 10.1080/13651501.2017.1351991
24. Wheaton MG, Galfalvy H, Steinman SA, Wall MM, Foa EB, Simpson HB. Patient adherence and treatment outcome with exposure and response prevention for OCD: Which components of adherence matter and who becomes well? Behaviour research and therapy. 2016; 85:6-12. Doi: 10.1016/j.brat.2016.07.010
25. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. Archives of general psychiatry. 1989;46 (11) :1006-11. Doi: 10.1001/archpsyc.1989.01810110048007
26. Esfahani S, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahiredin A, Janbozorgi M. Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2012; 17 (4):297-12. [Persian]
27. Kabirnezhad S, Alilou MM, Sharifi MA. Validity and Reliability of the Responsibility Attitude Scale (RAS). Psychological Research. 2010; 13 (1):109-23. [Persian]
28. Buhr K, Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: psychometric properties of the English version. Behaviour research and therapy. 2002; 40 (8):931-45. Doi: 10.1016/S0005-7967(01)00092-4
29. Akbari M. The Comparison of the Efficacy of Intolerance Uncertainty Therapy, Buspirone and Combined Treatment in Improvement Symptom of Patients with Generalized Anxiety Disorder. Quarterly of Clinical Psychology Studies, Allameh Tabataba'i University. 2017; 7 (27):89-115. [Persian]
30. Salkovskis PM, Warwick HMC. Cognitive Therapy of Obsessive-Compulsive Disorder. In: Cognitive Psychotherapy [Internet]. Springer, Berlin, Heidelberg; 1988 [cited 2019 May 24]. p. 376–95.
31. Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. Behaviour Research and Therapy. 1999; 37:S29-52. Doi: 10.1016/S0005-7967(99)00049-2
32. Shahjoee T, Aliloo MM, Roodsari AB, Fakhari A. Intolerance of uncertainty and worry among patients with generalized anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2012; 17 (4):304-12. [Persian]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-12-22]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.84.6]