MEJDS. 2018; 8:34.
Published online 2018 Nov. **Research Article**

The effectiveness of Exposure and Response/Ritual Prevention (ERP) on depression and experiential avoidance symptoms in female OCD patients

*Farnaz Keshavarzi Arshadi[1], Fariba Hasani[2], Elham Mohammadnejad[3]

Author Address
1. PhD in Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran Central Branch, Tehran, Iran;
2. PhD in consouling, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran Central Branch, Tehran, Iran;
3. PhD. student of public psychology, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Address:** Islamic Azad University, Tehran Branch Center, Tehran, Iran.
Email: far.keshavarzi@gmail.com

Received: 2017 August 16; **Accepted:** 2017 September 29

Abstract

Background & Objective: This study aims at investigating the effectiveness of Exposure and Response/Ritual Prevention (ERP) treatment on depression symptoms and experiential avoidance in female patients suffering from Obsessive-compulsive disorder.

Methods: The current research is considered an applied study with a quasi-experimental method of pre- post-test with a control group. For this study, 24 women were chosen via purposive sampling and subjected to two groups of paired and trial groups of 12. It noted that both groups received medications, while the experimental group also received Exposure and Response/Ritual Prevention (ERP); hence the control group was not subjected to any additional intervention other than its usual one of medications. Experiential avoidance and depression respectively measured by Acceptance and Action Questionnaire and Beck Depression Inventory and was later analyzed, using MANCOVA.

Results: Our findings show no significant difference between the aggregate score in experiential avoidance in the experiment group (Exposure and Response/Ritual Prevention) and control group (medical treatment). According to the findings, it considered that encountering treatment method and Exposure and Response/Ritual Prevention (ERP) has no effect of experimental avoidance scores of the females who are affected with the obsessive-compulsive disorder. While revealing a significant discrepancy between pre- and post-test depression scores, it understood that Exposure and Response/Ritual Prevention (ERP) effected on reducing of the females who are suffering Obsessive-compulsive disorder.

Conclusion: This paper aims to explore pre-post–test scores in experiential avoidance and depression in Obsessive-compulsive disorder patients after having the experience of Exposure and Response/Ritual Prevention. Our results revealed no decrease in experiential avoidance in female Obsessive-compulsive disorder patients under Exposure and Response/Ritual Prevention treatment or medication alike. In an attempt of explanation, one can claim more frequency of sessions with fewer intervals in between to possibly help bring relief regarding experiential avoidance in Obsessive-compulsive disorder patients. But on the same lines, the results report a decrease in depression symptoms in post-test in both Exposure and Response/Ritual Prevention and medication group which is, yet again, in concert with previous findings.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder (OCD), Exposure and Response/Ritual Prevention (ERP), experiential avoidance, Depression symptoms.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.59.4]

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 ۱۳۹۷؛ (۸):۳۴.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۷ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ، برنشانگان افسردگی و اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی

*فرناز کشاورزی ارشدی[۱]، فریبا حسنی[۲]، الهام محمدنژاد[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دکترای روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران؛

۲. دکترای مشاوره، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران؛

۳. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

*آدرس نویسندهٔ مسئول: میدان امام حسین، خیابان دماوند، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، مجتمع ولیعصر.

*رایانامه: far.keshavarzi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۵ مردادماه۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۷مهرماه۱۳۹۶

چکیده

هدف: اختلال وسواس فکری‌عملی یکی از اختلالات رفتاری ناتوان‌کننده‌ای است که با افکار مزاحم تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال اجباری و بیهوده و همچنین فروبردن در اعماق افکار ناراحت‌کننده وادار می‌کند. هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ بر نشانگان افسردگی و اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر از نوع کاربردی به روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری در این پژوهش شامل تمامی زنان در گروه سنی ۴۵ ـ ۲۰ ساله مراجعه‌کننده به مرکز مشاورهٔ آمنه (زیر نظر سازمان بهزیستی) و مرکز مشاوره و روان‌شناختی رایین (زیر نظر سازمان نظام مشاوره و روان‌شناسی) بودند که شکایت اصلی آنان علائم وسواس فکری‌عملی بود. تعداد ۲۴ نفر از داوطلبین به‌صورت بلوک‌های دوتایی و همتاشدهٔ سنی، به تصادف به دو گروه آزمایش با روش رویارویی و جلوگیری از پاسخ (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) تخصیص یافتند. پیش‌آزمون در هر دو گروه به عمل آمد. در انتها پس از اتمام دورهٔ درمان در گروه آزمایش، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش، از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف‌معیار و برای تحلیل داده‌ها باتوجه به نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، از آزمون تی مستقل و زوجی، به‌علاوهٔ تحلیل کوواریانس استفاده گردید. نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ برای تحلیل داده‌ها به‌کار رفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش حاکی از این بود که تفاوت میانگین نمرات اجتناب تجربه‌ای در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش و گواه، از نظر آماری معنادار نیست. نمرات پس‌آزمون افسردگی دو گروه، پس از تعدیل بر روی نمرات پیش‌آزمون، به روش تحلیل کوواریانس مقایسه شده و اختلاف آماری معناداری بین نمرات این دو گروه مشاهده شد ($p=۰/۰۱۰$).

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که روش درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ، بر کاهش اجتناب تجربه‌ای زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی مؤثر نیست؛ اما موجب کاهش نمرات افسردگی در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی شده است.

کلیدواژه‌ها: وسواس فکری‌عملی؛ درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ؛ اجتناب تجربه‌ای؛ نشانگان افسردگی.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.59.4]

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.

۱ مقدمه

اختلال وسواس فکری‌عملی (OCD) یکی از مشکلات جدی سلامت روان‌شناختی بوده و سالیانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند. مشکلات همراه با این اختلال و علائم ناتوان‌کنندهٔ آن، کارکرد میان‌فردی، شغلی و زندگی فرد را مختل می‌کند. وسواس فکری شامل افکار، تصورات یا تکانه‌های مکرر و پایداری است که ناخواسته و مزاحم‌اند. درحالی‌که وسواس عملی، رفتارها یا اعمال ذهنی مکرری است که شخص احساس می‌کند بایستی در واکنش به وسواس فکری یا مطابق قواعد سفت‌وسخت، آن‌ها را انجام دهد. مشخصهٔ برخی دیگر از اختلال‌های وسواس فکری‌عملی و مرتبط نیز، مشغلهٔ ذهنی و رفتارها یا اعمال ذهنی مکرر در پاسخ به آن اشتغال ذهنی است. مشخصهٔ عمدهٔ دیگر اختلال‌های وسواس فکری‌عملی و مرتبط با آن، اساساً رفتارهای مکرر عودکنندهٔ متمرکز بر بدن (مثل موکنی و پوست‌کنی) و اقدامات تکراری برای کاهش یا متوقف کردن این رفتارهاست. مبتلایان اختلال وسواس فکری‌عملی غالباً اختلال‌های روانی دیگری نیز دارند. بسیاری از کسانی که در سرتاسر زندگی گرفتار این اختلالند، یک اختلال اضطرابی (۷۶ درصد) یا اختلال افسردگی یا دوقطبی (۶۳ درصد) دارند. آغاز اختلال وسواس فکری‌عملی معمولاً دیرتر از بیشتر اختلال‌های همایند اضطرابی و اختلال روانی پس‌آسیبی رخ می‌دهند؛ اما اغلب مقدم بر اختلال‌های افسردگی است (۱).

بیشتر اختلال‌ها، به‌خصوص اختلالات همبودی احتمالاً از طریق تعامل نقایص عصبی‌زیستی و عوامل فرهنگی محیطی به‌وجود می‌آید؛ فرد ممکن است دارای عوامل زمینه‌ساز، یعنی عوامل وراثتی بیماری باشد و در مواجهه با عوامل فرهنگی و محیطی نامناسب، بیماری تجلی می‌یابد. چنین شرایطی ممکن است منجر به ظهور دو بیماری یا بیشتر در فرد شود که پدیدهٔ همبودی نام دارد؛ یعنی بیمار بیش از یک اختلال را در ارگانیسم خود حمل می‌کند یا اینکه بیمار هنگام ابتلا به یک بیماری، نشانگان بیماری دیگری را بروز می‌دهند. همبودی به بیماری‌هایی اشاره دارد که به دفعات متناوب با یکدیگر رخ می‌دهد، به‌صورتی‌که این رخداد همزمان را نمی‌توان ناشی از تصادف و شانس در نظر گرفت (۲).

همچنین عوامل ژنتیک و عوامل فشارزای محیطی و فرهنگی نیز اثرگذار است. پاره‌ای از مؤلفان بر عامل وراثت تأکید می‌کنند. آن‌ها عقیده دارند که بروز نشانگان وسواس در سطحی از تحول تأییدی بر سرشتی‌بودن آن است، لذا می‌توان گفت که نشانه‌شناسی وسواس می‌تواند در خلال تحول، در چارچوب پاره‌ای از سازمان‌یافتگی‌های مرضی دیگر قرار گیرد، برخی از مؤلفان عقیده دارند که در خلال بروز وسواس فکری‌عملی همواره باید امکان وجود افسردگی بنیادی شخصیت نیز در نظرگرفته شود؛ این موضوع با همبودی وسواس فکری‌عملی و افسردگی عمده، همخوانی دارد (۳).

همان‌طور که گفتیم اختلال وسواس فکری‌عملی با شماری از اختلال‌های خلقی و اختلال‌های اضطرابی، همبودی نسبتاً زیادی دارد که در این میان بیشترین میزان همبودی مربوط به افسردگی است. برخی از پژوهش‌ها برنقش عوامل روان‌شناختی در همبودی بالای این دو اختلال تأکید کرده‌اند. نگرانی و نشخوار فکری، متغیرهای شناختی هستند که در تبیین نشانه‌های این دو اختلال نقش مهمی را ایفا می‌کنند (۴).

مفهوم تحمل ابهام ازجمله مکانیسم‌هایی است که در سال‌های اخیر به آن توجه شده است و به‌عنوان گرایش فرد برای نشان‌دادن واکنش منفی به رویدادها و موقعیت‌های مبهم، مستقل از احتمال رخداد یا پیامدهای مربوط به آن تعریف شده است. عدم تحمل ابهام، نقش اصلی را در ایجاد وتداوم نگرانی افراطی ایفا می‌کند. نگرانی در اختلال وسواس فکری‌عملی به‌همراه نشخوار فکری، در افسردگی نیز نقش کلیدی دارد (۵). اجتناب از موقعیت‌هایی که می‌توانند موجب وسواس‌های فکری یا عملی شوند نیز ممکن است کارکرد فرد را به‌شدت محدود کنند (۱).

در اکثر اختلالات اضطرابی و افسردگی و نیز وسواس، افراد برای جلوگیری از شروع هیجانات منفی تلاش می‌کنند از رویارویی با موضوعات برانگیزانندهٔ این هیجانات، اجتناب کنند. درواقع اجتناب تجربه‌ای فرآیندی است شامل ارزیابی‌های منفی افراطی از حس‌ها، احساسات و افکار خصوصی ناخواسته و فقدان تمایل به تجربهٔ این رویدادهای خصوصی و انجام تلاش‌های عمده برای کنترل یا فرار از آن‌ها. اجتناب تجربه‌ای به‌منظور کاهش یا تغییر افکار، احساسات یا حس‌های ناراحت‌کننده عمل می‌کند (۶).

اجتناب تجربه‌ای در مقابل پذیرش قرار می‌گیرد که به‌معنای تمایل فرد به پذیرش افکار، هیجان‌ها و تظاهرات رفتاری بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها است و همانطور که گفتیم به‌عنوان عامل آسیب‌شناختی انواع مختلف اختلال‌های روانی شناخته شده است. عملکرد اجتناب تجربه‌ای، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه‌مدت ایجاد کند که به شکل منفی، رفتار را تقویت می‌نماید. این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید. اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان ناتوانی در حفظ تماس با تجربه‌های درونی ناخوشایند و آشفته‌کننده و درنتیجه تلاش برای تغییر، دوری‌کردن، فرونشاندن یا در غیراین‌صورت کنترل‌کردن آن‌ها تعریف می‌شود (۷).

در پژوهشی شاهار و هر، از پرسشنامهٔ افسردگی بک، پرسشنامهٔ اجتناب تجربه‌ای و دفترچهٔ خاطرات برای سنجش مقدار افسردگی و اجتناب تجربه‌ای استفاده کردند. آنان دریافتند افرادی که نشانگان افسردگی بیشتری دارند، اجتناب تجربه‌ای بیشتری را گزارش می‌دهند (۸). در پژوهشی دیگر نشان داده شد که اجتناب تجربه‌ای با هیجانات منفی و مشکلات مقابله‌ای بیشتر رابطه دارد (۹). مطالعهٔ دیگری نیز نشان داد که اجتناب تجربه‌ای به‌طور معناداری قادر به پیش‌بینی علایم وسواس است. این یافته همسو با حجم فزاینده‌ای از پژوهش‌هاست که نشان می‌دهند اجتناب تجربه‌ای با افسردگی، سوءمصرف مواد، اضطراب، وحشت‌زدگی، وسواس‌های فکری و عملی، اختلال موکنی، نشانه‌های استرس پس از سانحه و کاهش کیفیت زندگی همراه هستند (۷).

براساس نظریهٔ رفتاردرمانی شناختی، درمان بر شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مداخله‌گر و اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.59.4]

مسئولیت، پیشگیری از خنثی‌سازی که در پی ارزیابی متأثر از احساس مسئولیت پدید می‌آید و افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز است (۱۰).

همچنین فوآ و کوزاک بیان کرده‌اند که وسواس با چندین خطای شناختی عجین شده است. نخست اینکه افرادی که از وسواس رنج می‌برند برای موقعیت‌های نسبتاً ایمن احتمال خطر بالایی را برآورد می‌کنند؛ دوم اینکه افراد بیمار دربارهٔ هزینه‌های چیزهای بدی که فکر می‌کنند ممکن است روی دهد، اغراق می‌کنند. علاوه‌براین، افراد مبتلا به وسواس اینگونه استنباط می‌کنند که اگر شواهدی دال بر ایمن‌بودن موقعیتی وجود ندارد، پس آن موقعیت می‌تواند خطرناک باشد. ازاین‌رو همواره به مدارکی دال بر ایمن‌بودن موقعیت‌ها نیاز دارند (۱۱).

همانطور که ذکر آن گذشت اختلال وسواس فکری‌عملی اختلالی شایع و ناتوان‌کننده در طول عمراست که میزان تداوم، پیامدها و آثار منفی گستردهٔ آن بر جوانب گوناگون زندگی فرد سایه می‌افکند و سازمان بهداشت جهانی آن را جزو ده بیماری ناتوان‌کننده در دنیا مطرح کرده است که باعث از بین رفتن درآمد و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۱۹). در صورت عدم درمان به‌موقع، اغلب، این بیماری مزمن شده و سال‌ها همراه فرد خواهد بود. درمان‌های این بیماری شامل درمان‌های رفتاری و دارویی است. اغلب کسانی که به درمان دارویی پاسخ می‌دهند، همچنان نشانه‌های باقی‌مانده را تجربه خواهند کرد که از نظر بالینی قابل اعتنا و توانفرساست (۲۰). در این پژوهش بنا براین بود تا باتوجه به دیدگاه‌های مختلف زیست‌شناختی، رفتاری و شناختی به این اختلال و همچنین لزوم بررسی روش‌های درمانی مؤثر، اثربخشی روش درمانی رویارویی و جلوگیری از پاسخ به‌عنوان یکی از روش‌های مطرح در درمان اختلال وسواس بر نشانگان افسردگی و اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی بررسی شود. ازآنجایی‌که اغلب بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی در طول بیماری خود نشانگان افسردگی را هم نمایان می‌سازند (۱) که کمتر مورد توجه واقع می‌شود و نیز اجتناب تجربه‌ای که محدودشدن تجارب بیمار و کاهش دامنهٔ فعالیت‌ها و کیفیت زندگی فرد را به‌دنبال دارد، در اینجا سعی شد تا اثربخشی روش موردنظر بر شاخص‌های مذکور بررسی گردد.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع کاربردی به روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری در این پژوهش شامل تمامی زنان در گروه سنی ۴۵ ـ ۲۰ سالهٔ مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آمنه (زیرنظر سازمان بهزیستی) و مرکز مشاوره و روان‌شناختی رایین (زیرنظر سازمان نظام مشاوره و روان‌شناسی) بودند که شکایت اصلی آنان علائم وسواس فکری‌عملی بود. این گروه پس از تشخیص روان‌پزشک، مصاحبهٔ روان‌شناختی و تأیید مقیاس وسواس فکری‌عملی ییل براون دربارهٔ شدت علائم بارز وسواس، علاوه‌بر درمان دارویی تمایل به دریافت درمان روان‌شناختی نیز داشتند. پس از توضیح روش درمانی به‌کارگرفته شده در این مطالعه برای این زنان، تعداد ۲۴ نفر از داوطلبین به صورت بلوک‌های دوتایی همتا شدهٔ سنی و نمرات وسواس، به‌تصادف به دو گروه آزمایش با روش رویارویی و جلوگیری از پاسخ (۱۲ نفر) و گروه گواه (۱۲ نفر) تخصیص یافتند و پیش‌آزمون در هر دو گروه به عمل آمد. سپس گروه آزمایش به‌مدت ۱۸ جلسه به‌صورت فردی و گروهی (۱۰ جلسهٔ فردی و ۸ جلسهٔ گروهی) در معرض درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ قرار گرفتند. در این مدت گروه گواه نیز در فهرست انتظار قرار گرفته و در جلسه‌ای گروهی درزمینهٔ وسواس و مشکلات مربوط به آن شرکت داده شدند. در انتها پس از اتمام دورهٔ درمان در گروه آزمایش، پس‌آزمون از هر دو گروه به عمل آمد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل داده‌ها باتوجه به نرمال‌بودن توزیع داده‌ها، از آزمون تی مستقل و زوجی به علاوه تحلیل کوواریانس استفاده شد. نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۰ برای تحلیل داده‌ها به کار گرفته شد.

لازم به ذکر است در گروه گواه که در طول پژوهش به غیر از دارودرمانی، خدماتی را دریافت نمی‌کردند، پژوهشگر متعهد شد که پس از به پایان رسانیدن کار، مداخلات را در افراد این گروه نیز به کار برد.

پرسشنامه‌های به‌کارگرفته‌شده در این پژوهش شامل پرسشنامهٔ پذیرش و عمل و پرسشنامهٔ افسردگی بِک بود.

پرسشنامهٔ پذیرش و عمل : این پرسشنامه به‌وسیله بوند و همکاران ساخته شده است. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به اجتناب تجربی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی برمی‌گردد و دو عامل را سنجش می‌کند: عامل اول، اجتناب از تجارب هیجانی (۷ جمله) و عامل دوم، گواه روی زندگی (۳ جمله). پرسشنامهٔ پذیرش و عمل شامل ۱۰ جمله است که بر روی یک مقیاس ۵درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱، به‌ندرت=۲، گاهی اوقات=۳، تقریباً همیشه=۴، همیشه=۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بیشتر، نشان‌دهندهٔ انعطاف‌پذیری روانی زیادتر است. مشخصات روان‌سنجی نسخهٔ اصلی بر روی ۲۸۱۶ شرکت‌کننده نشان داد که میانگین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ (۰/۸۸ — ۰/۸۷) و پایایی بازآزمایی در فاصلهٔ ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ است (۱۲).

در نسخهٔ فارسی عباسی و همکاران، به‌منظور بررسی روایی ساختاری، از تحلیل عاملی اکتشافی به‌شیوهٔ مؤلفه‌های اصلی استفاده کردند. مقدار kmo= ۰/۸۶ به دست آمد. این میزان نشان‌دهندهٔ آن است که ماتریس همبستگی ماده‌های پرسشنامه برای اجرای تحلیل مناسب است. همچنین میزان بارتلت ۱۷۸۷/۵۳۷ به دست آمد که از لحاظ آماری معنادار بود (p<۰/۰۰۱). تحلیل اکتشافی به روش چرخش واریماکس ۲ عامل برای پرسشنامهٔ پذیرش و عمل را شناسایی کرد. پس از بررسی محتوای عوامل به‌دست‌آمده، این عامل‌ها به‌ترتیب اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی نام‌گذاری شدند. ارزش ویژهٔ عوامل استخراج‌شده به‌ترتیب ۴/۳۸ و۱/۵ بود و این عامل‌ها در مجموع ۵۸/۹۳ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کردند. شایان ذکر است که ملاک انتخاب هر عامل بار عاملی دست‌کم ۰/۳ بود (۱۳). در این پژوهش برای سنجش اجتناب تجربه‌ای از این پرسشنامه استفاده به عمل آمد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.59.4]

پرسشنامهٔ افسردگی بِک ـ II

پرسشنامهٔ افسردگی بِک ـ ویرایش دوم (BDI-II)، یک ویرایش از نسخهٔ اول پرسشنامهٔ افسردگی بِک و یک شاخص خودگزارشی برای اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی در جمعیت بالینی و غیربالینی است که در سال ۱۹۷۱ توسط بک و همکاران صورت گرفت. نسخهٔ نهایی در سال ۱۹۷۸ تهیه ودر سال ۱۹۷۹ به چاپ رسید. فرم تجدیدنظر شدهٔ BDI به‌منظور تعیین شدت افسردگی بیماران با تشخیص روان‌پزشکی طراحی شد. BDI – II شامل ۲۱ سؤال با مقیاس ۰ تا ۳ است. نمرهٔ ۰ تا ۱۳ نشان‌دهندهٔ حداقل افسردگی، نمرهٔ ۱۴ تا ۲۰ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۸ تا ۶۳ نشان‌دهندهٔ افسردگی شدید است. نقطهٔ برش ۱۷ (افسردگی متوسط) در نظر گرفته شده است. BDI – II دو زیرمقیاس را شامل می‌شود. زیرمقیاس عاطفی و زیرمقیاس شناختی، این دو زیر مقیاس همبستگی متوسطی در حد ۰/۵۷ داشته‌اند که توسط استرچ و همکاران به دست آمده است (۱۴).

پایایی بازآمایی این آزمون ۰/۹۳ گزارش شده که نشان‌دهندهٔ این است که این آزمون به تغییرات روزانهٔ خلق خیلی حساس نیست. بک و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۹۱ گزارش کردند که حاکی از همسانی درونی بالای آن است (۱۵). روایی سازهٔ آن از طریق روایی همگرا و اجزای همزمان آن توسط بک و استیر با مقیاس ناامیدی بک، مقیاس افکار خودکشی، پرسشنامهٔ اضطراب بک، مقیاس افسردگی‌هامیلتون و مقیاس اضطراب هامیلتون گزارش شده است (۱۶). در ایران دابسون و محمدخانی۱۳۸۶، ضریب روایی کل BDI-II را ۰/۹۱ گزارش کردند (به نقل از ۱۷). قاسم‌زاده و همکاران نیز در سال ۱۳۸۴، ضریب آلفای این پرسشنامه را ۰/۸۷، ضریب بازآزمایی آن را ۰/۷۴ و همبستگی آن با پرسشنامهٔ افسردگی بک (ویرایش اول) را ۰/۹۳ گزارش کرد (۱۷).

۳ یافته‌ها

در این مطالعه تعداد ۱۲ زن در گروه آزمایش و ۱۲ زن در گروه گواه قرار گرفتند. میانگین سنی زنان گروه آزمایش برابر با ۳/۱۲±۲۸/۷ و میانگین سنی زنان گروه گواه ۴/۴۷±۲۷/۹ سال به دست آمد. آزمون تی مستقل نشان داد که اختلاف آماری معناداری بین میانگین سنی این دو گروه وجود ندارد.

جدول ۱. مقایسهٔ میانگین نمرات اجتناب تجربه‌ای در دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه		مقدار p**	مقدار p***
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
پیش‌آزمون	۳۰/۸۵	۱۱/۳۶	۳۱/۵۸	۹/۱۲	۰/۸۶۰	۰/۷۰۹
پس‌آزمون	۲۹/۱۵	۵/۹۰	۳۰/۵۰	۹/۶۳	۰/۶۷۵	
مقدار p*	۰/۶۵۳		۰/۰۹۷			

*مقدار p حاصل از مقایسه میانگین‌های زوجی، **مقدار p حاصل از مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل، ***مقدار p حاصل از تحلیل کوواریانس

همانگونه که در جدول ۱ می‌توان مشاهده نمود، میانگین نمرات اجتناب تجربه‌ای پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه گواه بیشتر از گروه آزمایش بود ولی این مقدار اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. علاوه‌براین اگرچه میانگین نمرات اجتناب تجربه‌ای در هر دو گروه آزمایش و گواه در مرحلهٔ پس‌آزمون درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون کاهش یافت ولی این کاهش از نظر آماری معنادار نبود. باتوجه به برقراری پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس (همسانی شیب خطوط در دو گروه)، نمرات پس‌آزمون اجتناب تجربه‌ای دو گروه پس از حذف اثر پیش‌آزمون به روش تحلیل کوواریانس مقایسه شده و اختلاف آماری معناداری بین نمرات این دو گروه مشاهده نشد. باتوجه به یافته‌های این جدول می‌توان چنین استنباط کرد که روش درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ (ERP) بر نمرات اجتناب تجربه‌ای زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی تأثیری ندارد. جدول ۲ میانگین نمرات افسردگی در هر دو گروه را در مراحل پیش و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۲. مقایسهٔ میانگین نمرات افسردگی در دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

مرحله	گروه آزمایش		گروه گواه		مقدار **p****	مقدار **p*****
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
پیش‌آزمون	۳۱/۱۵	۹/۴۲	۲۴/۸۳	۱۰/۱۵	۰/۱۲۰	۰/۰۱۰
پس‌آزمون	۱۸/۳۱	۵/۹۴	۲۱/۰۸	۷/۸۹	۰/۳۲۸	
مقدار **p***	<۰/۰۰۱		۰/۰۱۹			

*مقدار p حاصل از مقایسه میانگین‌های زوجی، **مقدار p حاصل از مقایسه میانگین‌های دو گروه مستقل، ***مقدار p حاصل از تحلیل کوواریانس

همانگونه که در جدول ۲ می‌توان مشاهده نمود میانگین نمرات افسردگی پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه گواه بیشتر از گروه آزمایش بوده ولی این مقدار اختلاف از نظر آماری معنادار نبود. علاوه‌براین میانگین نمرات افسردگی در هر دو گروه آزمایش (p<۰/۰۰۱) و گواه (p=۰/۰۱۹) در مرحلهٔ پس‌آزمون درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون به‌طور معناداری کاهش یافت. باتوجه به این که هر دو گروه کاهش معناداری در پس‌آزمون درقیاس با پیش‌آزمون نشان دادند با بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس (همسانی شیب خطوط در دو گروه)، نمرات پس‌آزمون افسردگی دو گروه پس از حذف اثر پیش‌آزمون به روش تحلیل کوواریانس مقایسه شد و اختلاف آماری معناداری بین

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.59.4]

نمرات این دو گروه مشاهده شد (p=۰/۰۱۰). باتوجه به یافته‌های این جدول می‌توان چنین استنباط کرد که روش درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ (ERP) بر کاهش نمرات افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی تأثیر گذاشته است.

۴ بحث

این پژوهش با هدف بررسی روش درمانی رویارویی و جلوگیری از پاسخ (ERP) بر نشانگان افسردگی و اجتناب تجربه‌ای زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری‌عملی انجام گرفت که بر پایه پژوهش های انجام شده در زمینهٔ علت شناسی OCD بود. اجتناب تجربه‌ای یکی از مؤلفه‌هایی است که منجربه پیش‌بینی علایم وسواس می‌شود که این یافته همسو با حجم فزاینده‌ای از پژوهش‌هاست؛ ازجمله چاولا و اوستافین که نشان دادند اجتناب تجربه‌ای با وسواس فکری‌عملی، افسردگی، سوءمصرف مواد، اضطراب، نشانه‌های استرس پس از سانحه و کاهش کیفیت زندگی همراه است. درخصوص درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ باید گفت که بررسی‌های فراوانی در زمینهٔ اثربخشی این درمان بر بیماران مبتلا به وسواس انجام شده است. نتایج این یافته‌ها به روشنی نشان می‌دهد که درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ، درمانی مؤثر در کاهش چشمگیر نشانگان اختلال وسواس فکری‌عملی است. افزون بر این، اکثر بیماران دستاوردهای درمانی خود را پس از پایان درمان حفظ می‌کنند (۱۸). در پژوهش دیگر ابوالقاسمی و صفریزدی نشان دادند که بین اثربخشی تکنیک رویارویی و جلوگیری از پاسخ و غرقه‌سازی در کاهش شدت علایم وسواس شستشو در بیماران مبتلا به اختلال OCD تفاوت وجود دارد؛ همچنین تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ در کاهش شدت علایم وسواس مؤثرتر از غرقه‌سازی است (۱۹). همچنین طبق نتایج صفری و همکاران، استفاده از رویکرد گروهی می‌تواند مؤثر در درمان اختلال وسواس فکری‌عملی باشد. براین اساس که کاربرد روش گروهی، منجربه تسهیل و تسریع فرآیند درمان می‌شود. بسیاری از بیماران مبتلا به OCD، بانوعی احساس منحصربه‌فرد بودن در زمینهٔ مشکلات، افکار و خیالات غیرقابل‌قبول خود، برای درمان اقدام می‌کنند. این احساس منحصربه‌فرد بودن، باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می‌گردد و انزوای اجتماعی نیز به نوبهٔ خود می‌تواند در افزایش احساس یکتابودن نقش بازی کند (۲۰). درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می‌سازد که تعدادی از این بیماران در یک مکان جمع شده، بایکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابه‌شان به گفتگو بنشینند. ازبین‌رفتن این احساس انحصار، نه‌تنها باعث آرامش و راحتی بیماران می‌شود، بلکه به توسعهٔ رابطهٔ آن‌ها در خارج از محیط درمانی کمک می‌کند. این امر می‌تواند با تأثیر مثبتی که بر خُلق عمومی این افراد ایجاد می‌کند، اثر زیادی در تسهیل جریان درمان بگذارد (۱۷). درزمینه مزیت‌های درمان گروهی همچنین می‌توان به جنبهٔ حمایتی آن اشاره کرد. معمولاً در جلسات گروهی اعضا ازیکدیگر حمایت می‌کنند، به هم اطمینان می‌دهند، پیشنهاد می‌کنند و بینش می‌دهند. لذا موضوعی که قبولاندن آن درجلسات فردی به بیمار، بسیار مشکل به نظر می‌رسد، در جلسات گروهی به سهولت و با صرف انرژی کمتر توسط بیمار پذیرفته می‌شود (۲۰).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به اُفت آزمودنی در طول تحقیق اشاره کرد که ریزش آزمودنی را به همراه داشت. همچنین از آنجایی که این پژوهش در مرکز دولتی اجرا شده و بعضی از بیماران به‌دلیل شرایط مساعد مرکز از نظر تعرفهٔ درمانی از مناطق نسبتاً دورتری مراجعه می‌کردند، لذا سختی رفت‌وآمد در نیمه‌کاره رهاکردن درمان را می‌توان مدنظر قرار داد.

پیشنهاد می‌شود طرح‌های تحقیقاتی از این دست با درنظرگرفتن تفاوت جنسیتی بررسی شود و نیز در گروه‌های سنی متفاوت از جمله نوجوانان با درنظرگرفتن ریشه‌های تحولی اجرا گردد.

۵ نتیجه‌گیری

همانطورکه ذکر آن گذشت، یافته‌ها در راستای حمایت از تأثیر روش درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ بر نشانگان وسواس فکری‌عملی هستند ونیز مبین اینکه اجتناب تجربه‌ای یکی از مؤلفه‌های پیش‌بین OCD است. لیکن پژوهش‌ها اغلب به بررسی تأثیر روش‌های درمانی بر نشانگان وسواس فکری‌عملی پرداخته‌اند و متأسفانه به تأثیر روش‌های درمانی بر اجتناب تجربه‌ای در اختلال وسواس فکری‌عملی چندان توجهی نشده است. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که روش درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ منجربه کاهش اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به OCD نشده است؛ اما درهمین راستا، نتایج پژوهش از کاهش نشانگان افسردگی در گروه رویارویی و جلوگیری از پاسخ خبر می‌دهد.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.59.4]

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:DSM-5. 5th ed. Tehran: Roshd; 2015. [Link]
2. Stein DJ, Phillips KA, Bolton D, Fulford KW, Sadler JZ, Kendler KS. What is a mental/psychiatric disorder? From DSM-IV to DSM-V. Psychological medicine. 2010 Nov;40(11):1759-65. [Link}
3. Nikpour G, Borjali A, Delavar A, Eskandari H, Zarghami M. Construction and Standardization of a Questionnaire Investigating Cultural Reasons Causing Concurrent Obsession and Major Depressive Disorders in Iran. J Mazandaran Univ Med Sci. 2015; 25 (130):116-128. [Persian] [Link]
4. Wahl K, Schönfeld S, Hissbach J, Küsel S, Zurowski B, Moritz S and *et al*. Difference and similarities between obsessive and ruminative thought in obsessive compulsive and depressed patients. A comparative study. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2011;42 (4):454-61. [Link]
5. 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] [Link]
6. Mahmoodi G, Sepahmansour M, Hasani F, Mohammadkhan P, Sadatlarijani Z. A comparison of the Effectiveness of Mindfulness based cognitive therapy and Metacognitive therapy on depressive symptoms,positive and negative beliefs about rumination and experiential avoidance in students. Quarterly Journal of Psychological Studies. 2014; 10 (2); 27-50. [Persian] [Link]
7. Karimi J, Ahmadniya B. The role of thought Action Fusion, experiential avoidance and responsibility in predicting symptoms of obsessive – compulsive in non-clinical population. RJMS. 2016; 22 (139):8-18. [Persian] [Link]
8. Shahar B, Herr NR. Depressive symptoms predict inflexibly high levels of experiential avoidance in response to daily negative affect: A daily diary study. Behaviour Research and Therapy. 2011;49(10):676-81. [Link]
9. Kashdan TB, Breen WE, Afram A, Terhar D. Experiential avoidance in idiographic, autobiographical memories: Construct validity and links to social anxiety, depressive, and anger symptoms. Journal of Anxiety Disorders. 2010;24(5):528-34. [Link]
10. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Comprehensive textbook of psychiatry. 9th Edition. Philadelphia: Lippincott williams& Wilkins, 2017. [Link]
11. Foa EB, Elna Y. Lichner TK. Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder: Therapist Guide. 2nd Ed. Oxford University Press; 2015. [Link]
12. Bond FW, Hayes SC, Baer RA, Carpenter KM, Guenole N, Orcutt HK and et al. Preliminary Psychometric Properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II:A Revised Measure of Psychological Inflexibility and Experiential Avoidance. Behav Ther. 2011;42 (4) :676-88. [Link]
13. Abbasi E, Fata L, Molodi R, Zarabi H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire –II. Psychological models and Methods Journal. 2013; 2 (10): 65-80. [Persian] [Link]
14. Storch EA, Roberti JW, Roth DA. Factor Structure, Concurrent Validity, and Internal Consistency of the Beck Depression Inventory-2nd Edition, in a Sample of College Students. Depress Anxiety. 2004;19 (3):187-9. [Link]
15. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri W. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and –II in Psychiatric Outpatients. J Pers Assess. 1996;67 (3):588-97. [Link]
16. Steer RA, Clark DA, Beck AT, Ranieri WF. Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: the BDI-II versus the BDI-IA. Behav Res Ther. 1999;37 (2) :183-90. [Link]
17. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics Characteristic of Beck Depression Inventory-II in Patients with Major Depressive Disorder. Archives of Rehabilitation. 2007;8:82. [Persian] [Link]
18. Chawala N, Ostafin B. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: an empirical review. J Clin Psychol. 2007;63 (9) :871-90. [Link]
19. Abolghasemi Sh, Safaryazdi N. Comparison Efficacy of Exposure and Response Prevention Therapy on Obsessive Wash patients inflicted with OCD. Journal of Health Breeze. 2012; 1 (1):31-34. [Persian] [Link]
20. Safari S, Esfahani M, Kajbaf M. Efficacy of group Therapy on Exposure and Response Prevention on Severity on Obsessive Compulsive Symptoms. Journal of Clinical psychology. 2013; 5 (2):35-44. [Persian] [Link]

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-11-03]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1397.8.0.59.4]