

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

\*Farnaz Keshavarzi Arshadi<sup>1</sup>, Fariba Hasani<sup>2</sup>, Elham Mohammadnejad<sup>3</sup>

## Author Address

1. PhD in Clinical Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Tehran Central Branch, Tehran, Iran;

2. PhD in counseling, 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 experiential 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.

# اثربخشی درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ، بر نشانگان افسردگی و اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی

\*فرناز کشاورزی ارشدی<sup>۱</sup>، فریبا حسنی<sup>۲</sup>، الهام محمدنژاد<sup>۳</sup>

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 نویسنده مسئول: میدان امام حسین، خیابان دماوند، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکز، مجتمع ولیعصر.  
 \*ارایانه: far.keshavarzi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۵ مردادماه ۱۳۹۶؛ تاریخ پذیرش: ۷ مهرماه ۱۳۹۶

## چکیده

**هدف:** اختلال وسواس فکری عملی یکی از اختلالات رفتاری ناتوان‌کننده‌ای است که با افکار مزاحم تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال اجباری و بی‌پرده و همچنین فروردن 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 فکری عملی بود.

**روش بررسی:** پژوهش حاضر از نوع کاربردی به روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی زنان در گروه سنی ۴۵ - ۲۰ ساله مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آمنة (زیر نظر سازمان بهزیستی) و مرکز مشاوره و روان‌شناختی رایین (زیر نظر سازمان نظام مشاوره و روان‌شناسی) بودند که شکایت اصلی آنان علائم وسواس فکری عملی بود. تعداد ۲۴ نفر از دواطلبین به صورت بلوک‌های دوتایی و هم‌تصادف 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 دوره درمان در گروه آزمایش، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل داده‌ها با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون تی مستقل و زوجی، به علاوه تحلیل کوواریانس استفاده گردید. نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ برای تحلیل داده‌ها به کار 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 ( $p=0/010$ ).

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

**کلیدواژه‌ها:** وسواس فکری عملی؛ درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ؛ اجتناب تجربه‌ای؛ نشانگان افسردگی.

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 از جمله 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 و تداوم نگرانی افراطی ایفا می‌کند. نگرانی در اختلال وسواس فکری عملی 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 هیجان‌ناش منفی تلاش می‌کنند از رویارویی با موضوعات برانگیزاننده این هیجان‌ها، اجتناب کنند. در واقع اجتناب تجربه‌ای فرآیندی است شامل ارزیابی‌های منفی افراطی از حس‌ها، احساسات و افکار خصوصاً ناخوشایند و فقدان تمایل به تجربه 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 آشفتنه‌کننده و در نتیجه تلاش برای تغییر، دوری‌کردن، فرونشاندن یا در غیراین‌صورت کنترل کردن آن‌ها تعریف می‌شود (۷).

در پژوهشی شاهار و هر، از پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای و دفترچه خاطرات برای سنجش مقدار افسردگی و اجتناب تجربه‌ای استفاده کردند. آنان دریافته‌اند افرادی که نشانگان افسردگی بیشتری دارند، اجتناب تجربه‌ای بیشتری را گزارش می‌دهند (۸). در پژوهشی دیگر نشان داده شد که اجتناب تجربه‌ای با هیجان‌ناش منفی و مشکلات مقابله‌ای بیشتر رابطه دارد (۹). مطالعه دیگری نیز نشان داد که اجتناب تجربه‌ای به‌طور معناداری قادر به پیش‌بینی علایم و 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 نظریه رفتاردرمانی شناختی، درمان بر شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مداخله‌گر و اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس

اختلال وسواس فکری عملی (OCD) یکی از مشکلات جدی سلامت روان شناختی بوده و سالیانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی را بر جامعه تحمیل می‌کند. مشکلات همراه با این اختلال و علائم ناتوان‌کننده 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. مشخصه برخی دیگر از اختلال‌های وسواس فکری عملی و مرتبط نیز، مشغله ذهنی و رفتارها یا اعمال ذهنی مکرر در پاسخ به آن اشتغال ذهنی است. مشخصه عمده دیگر اختلال‌های وسواس فکری عملی و مرتبط با آن، اساساً رفتارهای مکرر عودکننده متمرکز بر بدن (مثل موکنی و پوست‌کنی) و اقدامات تکراری برای کاهش یا متوقف کردن این رفتارهاست. مبتلایان اختلال وسواس فکری عملی 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 فکری عملی 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 پدیده همبودی نام دارد؛ یعنی بیمار بیش از یک اختلال را در ارگان‌نیم 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 سرشتی بودن 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 فکری عملی همواره باید امکان وجود افسردگی بنیادی شخصیت نیز در نظر گرفته شود؛ این موضوع با همبودی وسواس فکری عملی و افسردگی عمده، همخوانی دارد (۳).

همان‌طور که گفتیم اختلال وسواس فکری عملی 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 بر نقش عوامل روان شناختی در همبودی بالای این

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 عجیب شده است. نخست اینکه افرادی که از وسواس رنج می‌برند برای موقعیت‌های نسبتاً ایمن احتمال خطر بالایی را برآورد می‌کنند؛ دوم اینکه افراد بیمار درباره هزینه‌های چیزهای بدی که فکر می‌کنند ممکن است روی دهد، اغراق می‌کنند. علاوه بر این، افراد مبتلا به وسواس اینگونه استنباط می‌کنند که اگر شواهدی دال بر ایمن بودن موقعیتی وجود ندارد، پس آن موقعیت می‌تواند خطرناک باشد. از این رو همواره به مدارکی دال بر ایمن بودن موقعیت‌ها نیاز دارند (۱۱).

همانطور که ذکر آن گذشت اختلال وسواس فکری عملی اختلالی شایع و ناتوان‌کننده در طول عمر است که میزان تداوم، پیامدها و آثار منفی گسترده 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 به موقع، 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 باقی مانده را تجربه خواهند کرد که از نظر بالینی قابل اعتنا و توان‌فرساست (۲۰). در این پژوهش بنا بر این بود تا با توجه 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 به عنوان یکی از روش‌های مطرح در درمان اختلال وسواس بر نشانگان افسردگی و اجتناب تجربه‌ای در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بررسی شود. از آنجایی که اغلب بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی در طول بیماری خود نشانگان افسردگی را هم نمایان می‌سازند (۱) که کمتر مورد توجه واقع می‌شود و نیز اجتناب تجربه‌ای که محدود شدن تجارب بیمار و کاهش دامنه فعالیت‌ها و کیفیت زندگی فرد را به دنبال دارد، در اینجا سعی شد تا اثربخشی روش مورد نظر بر شاخص‌های مذکور بررسی گردد.

## ۲ روش بررسی

پژوهش حاضر از نوع کاربردی به روش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل تمامی زنان در گروه سنی ۴۵-۲۰ ساله مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آینه (زیر نظر سازمان بهزیستی) و مرکز مشاوره و روان‌شناختی رایین (زیر نظر سازمان نظام مشاوره و روان‌شناسی) بودند که شکایت اصلی آنان علائم وسواس فکری عملی بود. این گروه پس از تشخیص روان‌پزشک، مصاحبه روان‌شناختی و تأیید مقیاس وسواس فکری عملی ییل براون درباره شدت علائم بارز وسواس، علاوه بر 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 دواطلبین به صورت بلوک‌های دوتایی هم‌متا شده سنی

و نمرات وسواس، به تصادف 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 به مدت ۱۸ جلسه به صورت فردی و گروهی (۱۰ جلسه فردی و ۸ جلسه 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 در زمینه وسواس و مشکلات مربوط به آن شرکت داده شدند. در انتها پس از اتمام دوره درمان در گروه آزمایش، پس‌آزمون از هر دو گروه به عمل آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و برای تحلیل داده‌ها با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها، از آزمون تی مستقل و زوجی به علاوه تحلیل کوواریانس استفاده شد. نرم‌افزار SPSS نسخه 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 به‌کارگرفته شده در این پژوهش شامل پرسشنامه پذیرش و عمل و پرسشنامه افسردگی بک بود.

پرسشنامه پذیرش و عمل: این پرسشنامه به وسیله 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). پرسشنامه پذیرش و عمل شامل ۱۰ جمله است که بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱، به ندرت=۲، گاهی اوقات=۳، تقریباً همیشه=۴، همیشه=۵) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بیشتر، نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روانی زیادت‌تر است. مشخصات روان‌سنجی نسخه اصلی بر روی ۲۸۱۶ شرکت‌کننده نشان داد که میانگین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ (۰/۸۸) - ۰/۸۷) و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ است (۱۲).

در نسخه فارسی عباسی و همکاران، به منظور بررسی روایی ساختاری، از تحلیل عاملی اکتشافی به شیوه مؤلفه‌های اصلی استفاده کردند. مقدار  $kmo = 0/86$  به دست آمد. این میزان نشان‌دهنده آن است که ماتریس همبستگی ماده‌های پرسشنامه برای اجرای تحلیل مناسب است. همچنین میزان بارتلت  $1787/537$  به دست آمد که از لحاظ آماری معنادار بود ( $p < 0/01$ ). تحلیل اکتشافی به روش چرخش واریماکس ۲ عامل برای پرسشنامه پذیرش و عمل را شناسایی کرد. پس از بررسی محتوای عوامل به دست آمده، این عامل‌ها به ترتیب اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی نام‌گذاری شدند. ارزش ویژه عوامل استخراج شده به ترتیب  $4/38$  و  $1/5$  بود و این عامل‌ها در مجموع  $58/93$  درصد از واریانس کل را تبیین می‌کردند. شایان ذکر است که ملاک انتخاب هر عامل بار عاملی دست کم  $0/3$  بود (۱۳). در این پژوهش برای سنجش اجتناب تجربه‌ای از این پرسشنامه استفاده به عمل آمد.

## پرسشنامه افسردگی بک-II

همکاران، ضریب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه ۰/۹۱ گزارش کردند که حاکی از همسانی درونی بالای آن است (۱۵). روایی سازه آن از طریق روایی همگرا و اجزای همزمان آن توسط بک و استیر با مقیاس ناامیدی بک، مقیاس افکار خودکشی، پرسشنامه اضطراب بک، مقیاس افسردگی هامیلتون و مقیاس اضطراب هامیلتون گزارش شده است (۱۶). در ایران دابسون و محمدخانی ۱۳۸۶، 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 پرسشنامه 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  $28.7 \pm 3.12$  و میانگین سنی زنان گروه گواه  $27.9 \pm 4.47$  سال به دست آمد. آزمون تی مستقل نشان داد که اختلاف آماری معناداری بین میانگین سنی این دو گروه وجود ندارد.

پرسشنامه افسردگی بک-ویرایش دوم (BDI-II)، یک ویرایش از نسخه اول پرسشنامه افسردگی بک و یک شاخص خودگزارشی برای اندازه‌گیری نشانه‌های افسردگی در جمعیت بالینی و غیربالینی است که در سال ۱۹۷۱ توسط بک و همکاران صورت گرفت. نسخه نهایی در سال ۱۹۷۸ تهیه و در سال ۱۹۷۹ به چاپ رسید. فرم تجدیدنظر شده BDI به منظور تعیین شدت افسردگی بیماران با تشخیص روان‌پزشکی طراحی شد. BDI-II شامل ۲۱ سؤال با مقیاس ۰ تا ۳ است. نمره ۰ تا ۱۳ نشان‌دهنده حداقل افسردگی، نمره ۱۴ تا ۲۰ افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۸ تا ۶۳ نشان‌دهنده افسردگی شدید است. نقطه 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 بازآزمایی این آزمون ۰/۹۳ گزارش شده که نشان‌دهنده این است که این آزمون به تغییرات روزانه خلق خیلی حساس نیست. بک و

جدول ۱. مقایسه 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. علاوه بر این اگرچه میانگین نمرات اجتناب تجربه‌ای در هر دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله 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 فکری عملی تأثیری ندارد. جدول ۲ میانگین نمرات افسردگی در هر دو گروه را در مراحل پیش و پس‌آزمون می‌دهد.

جدول ۲. مقایسه 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. علاوه بر این میانگین نمرات افسردگی در هر دو گروه آزمایش ( $p < 0.001$ ) و گواه ( $p = 0.019$ ) در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون به‌طور

معناداری کاهش یافت. باتوجه به این که هر دو گروه کاهش معناداری در پس‌آزمون در مقیاس 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

نمرات این دو گروه مشاهده شد ( $p=0/010$ ). 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 فکری عملی 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 فکری عملی انجام گرفت که بر پایه پژوهش‌های انجام شده در زمینه علت‌شناسی OCD بود. اجتناب تجربه‌ای یکی از مؤلفه‌هایی است که منجر به پیش‌بینی علائم وسواس می‌شود که این یافته همسو با حجم فزاینده‌ای از پژوهش‌هاست؛ از جمله چاولا و اوستافین که نشان دادند اجتناب تجربه‌ای با وسواس فکری عملی، 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 زمینه 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 فکری عملی 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 علائم وسواس ششستشو در بیماران مبتلا به اختلال OCD تفاوت وجود دارد؛ همچنین تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ در کاهش شدت علائم وسواس مؤثرتر از غرقه‌سازی است (۱۹). همچنین طبق نتایج صفری و همکاران، استفاده از رویکرد گروهی می‌تواند مؤثر در درمان اختلال وسواس فکری عملی باشد. براین اساس که کاربرد روش گروهی، منجر به تسهیل و تسریع فرآیند درمان می‌شود. بسیاری از بیماران مبتلا به OCD، بانوعی احساس منحصربه‌فرد بودن در زمینه مشکلات، افکار و خیالات غیر قابل قبول خود، برای درمان اقدام می‌کنند. این احساس منحصربه‌فرد بودن، باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می‌گردد و انزوای اجتماعی نیز به نوبه خود می‌تواند در افزایش احساس یکتا بودن 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. از بین رفتن این احساس انحصار، نه تنها باعث آرامش و راحتی بیماران می‌شود، بلکه به توسعه رابطه آن‌ها در خارج از محیط درمانی کمک می‌کند. این امر می‌تواند با تأثیر مثبتی که بر خلق عمومی این افراد ایجاد می‌کند، اثر زیادی در تسهیل جریان درمان بگذارد (۱۷). در زمینه مزیت‌های درمان گروهی همچنین می‌توان به جنبه حمایتی آن اشاره کرد. معمولاً در جلسات گروهی اعضا از یکدیگر حمایت می‌کنند، به هم اطمینان می‌دهند، پیشنهاد می‌کنند و بینش می‌دهند. لذا موضوعی که قبلاً نندن آن در جلسات 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 آفت 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 به دلیل شرایط مساعد مرکز از نظر تعرفه 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 در نظر گرفتن تفاوت جنسیتی بررسی شود و نیز در گروه‌های سنی متفاوت از جمله نوجوانان با در نظر گرفتن ریشه‌های تحولی اجرا گردد.

#### ۵ نتیجه‌گیری

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

## References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:DSM-5. 5<sup>th</sup> 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. 2<sup>nd</sup> 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](#)]