

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و داروی کلومی‌پیرامین در درمان اختلال وسواسی جبری در زنان و مردان شهرستان شیراز

علی درختکار^{۱*}، فاطمه ناجیان تبریز^۲، حانیه مردادی^۳، آرامه صفی‌خانی^۴

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی (نویسنده مسئول)

a.derakhtkar@gmail.com

۲. کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی

f.najiantabriz@yahoo.com

۳. کارشناسی روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی

hanieh.moradi@gmail.com

۴. کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز

aram.safikhani@gmail.com

تاریخ پذیرش: [۹۸/۱۲/۵]

تاریخ دریافت: [۹۸/۵/۲۰]

چکیده

هدف مطالعه مقایسه اثربخشی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد و داروی کلومی‌پیرامین در درمان اختلال وسواسی جبری و تعیین کارآمدترین نوع درمان از درمان‌های مورد مطالعه در این پژوهش در کاهش علائم مبتلایان به این اختلال بود. این تحقیق از نوع کاربردی و طرح پژوهشی آن هم از نوع شبه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش، شامل مبتلایان به اختلال وسواسی جبری مراجعه‌کننده به ده مرکز از مراکز درمانی شهر شیراز در تابستان سال ۹۷ بودند که تشخیص قطعی اختلال وسواسی جبری را از روان‌پزشک دریافت کرده بودند. نمونه‌گیری در این پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس و شرکت‌کنندگان در سه گروه پانزده نفری به صورت تصادفی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از اجرای مداخله با پرسشنامه بیل براون مورد سنجش قرار گرفتند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از روش آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر با استفاده از نسخه ۲۱ نرم‌افزار SPSS استفاده گردید. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که هر دو نوع درمان در پس‌آزمون بر روی بهبود علائم اختلال وسواسی جبری مؤثرند ($P < 0/01$)؛ اما در پیگیری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) اثر درمانی خود را حفظ کرد. لازم به ذکر است که در این پژوهش تفاوت بین زنان و مردان از نظر آماری معنادار نبود. یافته‌های این پژوهش حاکی از کارایی ماندگارتر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد دارد و این مهم به نظر می‌رسد به علت تلفیق تکنیک‌های شرقی و روان‌شناسی غربی هست که درمان را برای مبتلایان ایرانی کارآمدتر می‌کند.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی جبری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کلومی‌پیرامین

مقدمه

اختلال وسواسی-جبری با افکار یا اعمال وسواسی تکراری، مشخص می‌شود (کرینگ، جانسون ۲۰۱۸) که باعث پریشانی و تداخل در امور روزانه زندگی فرد می‌گردد (بلوت، هومان، موریسون، لوین، توهیگ ۲۰۱۴) اختلال وسواسی جبری تا پیش از دهه ۱۹۷۰،

اختلالی مقاوم به درمان محسوب می‌شد که نیازمند مداخله مادام‌العمر بود. با سبیری در پژوهش‌های صورت گرفته می‌توان پی برد که درمان شناختی، رفتاری بیشتر به شکل مواجهه و جلوگیری از پاسخ، اولین انتخاب برای درمان این اختلال می‌باشد. این بیماری از دو جز تکرار و اجبار تشکیل شده است و شایع‌ترین وسواس‌ها عبارت‌اند از: وسواس شستشو، وسواس وارسی، وسواس شمارش؛ اما شایع‌ترین الگوی افکار وسواسی، رسوخ افکار نگران‌کننده در مورد آلودگی و تردیدهای وسواسی هست که در مجموع با عنوان فکر وسواسی طبقه‌بندی می‌شوند (کاپلان و سادوک ۱۹۹۸). اختلال وسواس فکری معمولاً در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌گردد؛ و با سیر مزمن خود تأثیری منفی بر کارکرد روانی، اجتماعی و شغلی بیمار دارد (بووارد، فورنت، دنیس، سیکسندیر و کلارک ۲۰۱۷). این اختلال چهارمین اختلال روان‌پزشکی شایع در آمریکا محسوب می‌شود و شیوع آن بین نیم تا یک‌ونیم درصد برآورد می‌گردد؛ سازمان جهانی بهداشت این اختلال را به‌عنوان دهمین علت برجسته ناتوانی معرفی کرده است (دلا کروز و همکاران ۲۰۱۵). لازم به ذکر هست که فرد مبتلا به وسواس تا اندازه‌ای تشخیص می‌دهد که افکار و اعمال وسواسی افراطی و غیرمنطقی هستند (تولین ۲۰۱۸؛ اینستاپولودا ۲۰۱۷).

از نظر نباید دور داشت که بیمارانی هستند که یا به درمان پاسخ نمی‌دهند و یا اینکه میزان عود آن‌ها در بیماری بسیار بالا است (ماتایسکولز ۲۰۱۷).

یکی از تبیین‌ها در مورد این اختلال، نظریه زیست‌شناختی می‌باشد که بی‌نظمی سیستم سروتونین را در پیدایش اعمال و افکار وسواسی دخیل می‌داند (دولد، آیگنر و کاسپر ۲۰۱۷). به‌علاوه آنکه بازدارنده‌های بازجذب مجدد سروتونین، تأثیر دارویی به‌سزایی برای درمان این اختلال دارد (مورای و همکاران ۲۰۱۹). هم‌چنین مطالعات تصویری از مغز، افزایش فعالیت در لوب‌های پیشانی، هسته‌های قاعده‌ای basal ganglia و سینگولیت cingulate بیمارانی مبتلا به اختلال وسواسی جبری پیدا کرده‌اند؛ هم‌چنین مطالعات توموگرافی کامپیوتری و تصویرسازی با رزونانس مغناطیسی (MRI) کاهش اندازه هسته‌های دم‌دار را در دو طرف مغز بیمارانی مبتلا به اختلال وسواسی جبری پیدا کرده‌اند (دولد، آیگنر و کاسپر ۲۰۱۷). فلوکستین fluoxetine از دسته داروهای مهارکننده اختصاصی بازجذب سروتونین می‌باشد. این دارو برای مصرف در بزرگسالان مبتلا مورد تأیید قرار گرفته است. مطالعات اندکی در کودکان و نوجوانان نیز تأثیر و ایمنی آن را اثبات کرده‌اند (دولد، آیگنر و کاسپر ۲۰۱۷، مورای و همکاران ۲۰۱۹).

نظریه دیگر در تبیین این اختلال، نظریه رفتاری است که عنوان می‌کند که فکرهای وسواسی محرک‌های شرطی بوده که طی آن یک محرک نسبتاً خنثی از طریق فرآیند شرطی شدن پاسخ‌گر و با جفت شدن با رخدادهایی که طبیعتاً مضر و اضطراب‌برانگیز هستند؛ با ترس و اضطراب پیوستگی پیدا می‌کند. به‌این‌ترتیب افکار و اشیای سابقاً خنثی به محرک‌های شرطی قادر به برانگیختن اضطراب و ناراحتی تبدیل می‌گردند و عمل وسواسی به‌گونه‌ای متفاوت درمی‌آید. شخص درمی‌یابد که عمل خاصی موجب کاهش اضطراب وابسته به یک فکر وسواسی می‌گردد. به‌تدریج این عمل به علت مفید بودن و کاهش یک سائق دردناک ثانوی (اضطراب) به‌صورت یک الگوی رفتاری آموخته‌شده ثابت درمی‌آید (کرینگ، جانسون ۲۰۱۸).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که به نوعی می‌توان آن را تکامل‌یافته درمان‌های شناختی، رفتاری قلمداد نمود (هیز و همکاران ۲۰۱۴). این درمان‌ها روی پذیرش باورها در مقابل چالش کردن با آن‌ها ذهن‌آگاهی، گسلش شناختی یا توصیف افکار و احساسات بدون معنا دادن به آن‌ها، زندگی مبتنی بر ارزش‌ها و معنویت شخصی تمرکز دارند. هم‌چنین، تمرکز اصلی این درمان‌ها بیشتر روی تحمل نشانه تا کاهش آن و نیز شیوه‌های انعطاف‌پذیرتر و سازگارانه‌تر پاسخ‌دهی به محرک نامطبوع درونی است (هیز ۲۰۰۴). این درمان، یک شکل از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر زمینه‌گرایی عملکردی است و ریشه در نظریه جدیدی در مورد زبان و شناخت دارد که نظریه چهارچوب ارتباط‌های ذهنی نامیده می‌شود. در این درمان، فرض بر این است که افراد بسیاری از احساسات، هیجانات یا افکار درونی‌شان را آزارنده می‌دانند و پیوسته سعی دارند این تجارب درونی را تغییر داده یا از آن‌ها رهایی یابند. این تلاش‌ها برای کنترل بی‌تأثیر بوده و به‌طور متناقض منجر به تشدید احساسات، هیجانات و افکاری می‌شود که فرد در ابتدا سعی داشت از آن‌ها اجتناب

کند (هیز و همکاران ۲۰۰۴). این درمان شش فرآیند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرآیند که در عبارت‌اند از پذیرش در مقابل اجتناب، گسلش در مقابل آمیختگی شناختی، خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود مفهوم‌سازی شده، ارتباط با زمان حال در مقابل غلبه گذشته و آینده مفهوم‌سازی شده، تصریح ارزش‌ها در مقابل عدم صراحت ارزش‌ها؛ و ارتباط با آن‌ها و تعهد در مقابل منفعل بودن (هیز ۲۰۰۴). در مفهوم‌سازی که این درمان از اختلال وسواس فکری و عملی دارد، فرآیندهای هدف عبارت‌اند از اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی، دلبستگی به خود مفهوم‌سازی شده، فقدان ارتباط با زمان حال، ارزش‌های نامشخص و فقدان مشارکت در فعالیت ارزشمند. این فرآیندها همگی منجر به انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی می‌شوند. هدف این درمان، این است که به‌جای این‌ها، فرآیندهای پذیرش، گسلش، خود به‌عنوان زمینه، ارتباط با زمان حال، تصریح ارزش‌ها و مشارکت در فعالیت ارزشمند که همه آن‌ها انعطاف‌پذیری روان‌شناختی را حمایت می‌کنند، تقویت نماید. در حقیقت زمانی که فرد شدیداً در چرخه اجتناب تجربه‌ای، آمیختگی شناختی گیر کند، دچار انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی شده است. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دنبال آن‌اند که به افراد بیاموزند چگونه دست از بازاری فکر بردارند، چگونه از افکار مزاحم بگسلند و باعث می‌شوند فرد هیجان‌ناامطوبوع را بیشتر تحمل کند (هیز، ویلسون، گیفورد، فولت و استروسال ۱۹۹۶).

مرور پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان‌های شناختی رفتاری، در درمان اختلالات وسواسی جبری به بوته آزمایش گذاشته شده‌اند (مک‌کی و همکاران ۲۰۱۵). در مطالعه‌ای دیگر که در حوزه سنجش اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اختلالات طیف وسواس و اضطراب بود نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد گزینه‌ای مناسب برای درمان طیف اختلالات وسواسی جبری و اضطرابی هست؛ همچنین آنکه این درمان به‌اندازه درمان شناختی، رفتاری مؤثر هست (بلوت، هومان، موریسون، لوین، توهیگ ۲۰۱۴). همچنین در مطالعه‌ای فراتحلیل در حوزه کارآمدی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، برای مشکلات مرتبط بالینی و مسائل سلامت فیزیکی حاکی از اثرمندی این درمان در درمان اختلالات اضطرابی، افسردگی، مشکلات روانیتنی و اعتیاد است (تجک و همکاران ۲۰۱۵). پژوهشی دیگر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌طور موفقیت‌آمیزی می‌تواند، اختلال وسواسی جبری را درمان نماید؛ همچنین مطالعه نشان داد که عامل کلیدی در درمان اختلال وسواسی جبری، توسط درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، بالا بردن انعطاف‌پذیری شناختی می‌باشد (توهیگ، ویلاردگا، لوین و هیز ۲۰۱۵). در همین راستا ایزدی و عابدی، در یک طرح تک موردی که بر روی ۳ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - جبری انجام گردید؛ نشان دادند که رویکرد درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در کاهش علائم اختلال وسواسی جبری در مبتلایان مؤثر واقع گردد (ایزدی و عابدی ۲۰۱۳).

در مورد درمان اختلال وسواسی جبری به‌وسیله دارو باید بیان داشت که مؤثرترین داروهای شناخته‌شده برای این اختلال، داروهای بازجذب سروتونین هستند که اصول تأثیر این داروها موجب ابداع نظریه سروتونینی گشته است (مک‌کراکن و هانا ۲۰۰۵). در مورد داروی کلومی‌پرامین *clomipramine* باید بیان داشت که این دارو از داروهای ضدافسردگی سه حلقه‌ای است که مهارکننده قوی بازجذب سروتونین می‌باشد (مک‌کراکن و هانا ۲۰۰۵). بررسی‌های انجام‌شده نشان داده است که درمان با کلومی‌پرامین طی هشت هفته باعث کاهش قابل‌ملاحظه *TSH* و *T3* و کاهش نمره مقیاس وسواسی جبری یل براون *Yale-brown* می‌گردد (مک‌کراکن و هانا ۲۰۰۵). به‌علاوه آنکه درمان با کلومی‌پرامین در کودکان مبتلا به اختلال وسواسی جبری موجب کاهش چهل و چهار درصدی نشانه‌ها شد (روحانی و همکاران ۲۰۱۸). نباید از نظر دور داشت که طبق مطالعات صورت گرفته، استفاده از درمان‌های دارویی مختلف در این اختلال با میزان عود بالایی همراه بوده است و ده تا بیست درصد بیماران از پذیرش درمان دارویی خودداری کرده و حتی مصرف دارو را به دلیل عوارض جانبی آن قطع کردند (علیلو، محمد و بیان زاده ۲۰۰۴).

بنابراین لازم است که مشخص گردد درمان برتر برای درمان این اختلال کدامیک از رویکردهای درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد یا درمان دارویی به وسیله کلومی‌پرامین است. این پژوهش با هدف مقایسه تأثیر دو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان دارویی در

بزرگسالان مبتلا به اختلال وسواسی جبری طرح‌ریزی شد. قابل ذکر است که گروه کنترل ابتدا در لیست انتظار قرار گرفتند و سپس از روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان آنان استفاده شد.

درواقع ضرورت انجام این پژوهش را در چند عامل باید مطرح نمود؛ اولاً درگیری زیستی، اجتماعی، روانی و معنوی که این اختلال برای مبتلایانش ایجاد کرده و نرخ بالای ابتلا به این اختلال در جامعه ایران، لزوم انجام پژوهش این‌چنینی را فراهم می‌آورد. ثانیاً عدم وجود پژوهشی که هم‌زمانی دو درمان مطرح‌شده در این پژوهش را که هر دو ادعای درمان اختلال وسواسی جبری را دارند، بسنجند. به عبارتی می‌توان یکی دیگر از ارکان لزوم انجام این پژوهش را در این موضوع یافت که نهایتاً فرد مبتلا به این اختلال برای رهایی از آلام خویش به کدام روش می‌تواند رجوع کند، می‌تاند درمان بهتری را داشته باشد. در حقیقت اصل امساک‌گری در علوم، بر انجام این پژوهش صحه می‌گذارد. لازم به ذکر هست که بیان گردد بدیع بودن پژوهش به جهت اجرای توامان دو روش عمده درمان در کشور ایران و شهرستان شیراز بر روی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری هست.

روش بررسی

طرح پژوهش حاضر از نوع شبه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود بدین‌صورت که از دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل استفاده گردید. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مراجعه‌کننده به ده مرکز از مراکز درمانی شهر شیراز در تابستان ۱۳۹۷ بود؛ که توسط روان‌پزشک تشخیص اختلال وسواسی جبری را دریافت کرده بودند. نمونه، شامل ۴۵ نفر از افراد جامعه بودند که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شده و به روش تصادفی نیز در یکی از گروه‌های درمانی گماشته شدند. در مدت چهار هفته این تعداد افراد برای اجرای پژوهش جمع شدند و هیچ‌گونه سابقه درمانی نه به روش دارویی و نه به روش روان‌شناختی - به جهت کنترل اثرات مداخله‌ای درمان‌های قبلی - نیز نداشتند. هر گروه شامل ۱۵ نفر بود و گروه‌ها عبارت بودند از: گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، دارودرمانی و گروه کنترل. قابل ذکر است که گروه کنترل ابتدا در لیست انتظار قرار گرفتند و سپس از روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای درمان آنان استفاده شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش

- دارا بودن ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواس طبق DSM 5
- دریافت تشخیص اختلال از روان‌پزشک مبنی بر دارا بودن این اختلال
- تکمیل مقیاس وسواسی جبری ییل براون و کسب حداقل نمره ۱۶ در این پرسش‌نامه طبق دستورالعمل پرسش‌نامه
- عدم بهره‌مندی هم‌زمان از یک نوع درمان دیگر
- عدم بهره‌مندی از درمانی دیگر در تاریخچه درمانی بیماران به جهت کنترل اثرات مداخله‌ای و اثرات یادگیری ناشی از درمان‌های قبلی
- عدم ابتلا به اختلالی دیگر به‌صورت هم‌زمان
- دارا بودن سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال
- تکمیل فرم رضایت آگاهانه

ابزارهای پژوهش

مقیاس وسواسی جبری ییل براون Y-BOCS: یکی از ابزارهای سنجش اختلال وسواس بوده و بدون توجه به انواع وسواس‌ها یا اجبارها، شدت آن‌ها را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس را واینی گودمن و همکاران Goodman WK and Colleagues در سال ۱۹۸۶ ساختند (گودمن و همکاران ۱۹۹۱). این مقیاس ده ماده دارد که پنج ماده نخست آن متمرکز بر وسواس‌های فکری و پنج ماده بعدی آن متمرکز

بر اجبارهای عملی است. بالاترین نمره در این مقیاس ۴۰ می‌باشد و هر ماده بین ۰ تا ۴ نمره می‌گیرد. نقطه برش آن ۱۶ و بالاتر است (۲۳). بیماران مبتلا به وسواس متوسط حدوداً نمره ۲۵ و بالاتر می‌گیرند و بیماران وسواسی شدید نمره ۳۰ و بالاتر می‌گیرند و بیماران شدید وسواسی نمره ۳۵ و بالاتر را کسب می‌کنند. پایایی بین درجه‌بندی کنندگان ۰/۹۸ - ۰/۷۲ گزارش گردیده است. (ساجاتویک و رامیرز ۲۰۱۲). در مطالعه‌ای دیگر برای پایایی بین نمره‌گذاران ضریب همبستگی از ۰/۸۰ تا ۰/۹۹ گزارش داده شده و برای ثبات درونی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش داده شده است (گودمن و همکاران ۱۹۹۱). در مطالعات صورت گرفته بر روی جمعیت ایرانی پژوهشگران گزارش دادند که روایی هم‌گرایی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه وسواسی جبری مدزلی ۰/۷۸ به دست آمد (میکایلی بارزلی، احدی و حسن آبادی ۲۰۰۲). همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای این کل پرسش‌نامه ۰/۹۱ و برای قسمت وسواس فکری ۰/۹۰ و برای قسمت وسواس عملی ۰/۸۹ گزارش گردید (میکایلی بارزلی، احدی و حسن آبادی ۲۰۰۲).

روش اجرای پژوهش

جهت اجرای استاندارد آزمون‌ها و همچنین اجرای صحیح مداخله‌های نامبرده، اتفاقی ساکت و آرام از اتاق‌هایی در مرکز مشاوره انتخاب گردید به عبارتی دیگر، شرایط مکانی کاملاً یکسان برای همه گروه‌های درمانی انتخاب گردید. شایان‌ذکر است که ساختار جلسات گروه‌درمانی نیز مطابق با اهداف پژوهش بوده و شامل مرور تکالیف آموزش درمان و تکالیف برای جلسه بعد بود. جلسات به صورت هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه توسط تیم حاضر که متخصص در زمینه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز بودند برگزار شد. لازم به یادآوری هست که طی یک جلسه با کل آزمودنی‌ها، در مورد اهداف پژوهش صحبت شد و از محرمانه ماندن اطلاعات، سخن به میان آمد؛ همچنین در این جلسه کل آزمودنی‌ها اقدام به تکمیل پرسش‌نامه یل بروان به‌عنوان پیش‌آزمون در این مطالعه کردند. همچنین بعد از اجرای مداخله بر روی شرکت‌کنندگان، یک‌بار دیگر با پرسش‌نامه مذکور سنجیده شدند (پس‌آزمون) و در نهایت یک ماه پس‌از آن برای بار سوم آزموده شدند تا پایایی اثرات هرکدام از انواع درمان در درازمدت سنجیده گردد (پیگیری). لازم به یادآوری هست که گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش به مدت ۸ جلسه از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره‌مند گردید.

پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

این پروتکل درمانی برگرفته و کیلی و قرایی (۲۰۱۴) و اسمیت و همکاران Smith and colleagues (۲۰۱۷) می‌باشد.

جدول ۱: تعداد و شرح جلسات درمان بر اساس پذیرش و تعهد

جلسه	شرح جلسه
اول و دوم	آشنایی با مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد رابطه درمانی: استعاره دو کوه، آموزش در مورد اختلال وسواسی جبری و فکر وسواسی، بررسی افکار و میزان پریشانی، چگونگی رسوخ وسواس در زندگی روزمره و بدل شدن آن به یک مسئله در زندگی، بحث در مورد پاسخ اضطرابی سازگارانه و پاسخ‌های مختل، بحث در مورد اینکه اضطراب به‌خودی‌خود مسئله‌ساز نیست؛ بلکه بی‌میلی به اضطراب مسئله‌ساز هست. بحث در مورد راهبردهای کنترل و اجتناب از اضطراب.
سوم	بررسی راهبردهای کنترل خاصی که فرد تاکنون استفاده کرده است. بررسی هزینه‌ها و خساراتی که این راهبردها در زندگی فرد داشته‌اند. بررسی فواید این راهبردهای کنترل، معرفی راهبردهای کنترل به‌عنوان مسئله، استعاره تغذیه ببر وسواس، استعاره شخص در چاه، آموزش مراجع در خصوص اینکه چگونه با استفاده از تمرینات ذهن‌آگاهی یاد بگیرد که به‌جای واکنش به اضطراب آن را مشاهده کند.
چهارم و پنجم	پذیرش و زندگی طبق ارزش‌ها جایگزین مدیریت کردن وسواس، تمرکز بر کنترل به‌عنوان راهبردی بی‌فایده در برخورد با اضطراب استعاره طناب‌کشی با هیولا کنترل دنیای بیرونی در مقابل دنیای درونی آموزش پذیرش وسواس با ذهن‌آگاهی استعاره پلی گراف بررسی ارزش‌ها اهداف در برابر ارزش‌ها.

حرکت به سمت یک زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهده‌گر: انواع خود، خود به‌عنوان زمینه در مقابل خود به‌عنوان محتوا: ششم استعاره صفحه شطرنج خود مشاهده‌گر. ایجاد الگوهای منعطف رفتار از طریق مواجهه ارزش محور: تمایل به‌جای اجتناب استعاره مسافران در اتوبوس مواجهه سنتی چگونه عمل می‌کند؟ زمینه و هدف مواجهه در ACT

به بیمار کمک شد چگونه در پاسخ به فکر و سواسی و اضطراب، خزانه رفتاری‌اش را توسعه دهد و الگوهای منعطف‌تر پاسخ‌دهی هفتم و به سواس را ایجاد نماید. از طریق ذهن آگاهی، ارزش‌ها و تعهد (مشارکت در فعالیت‌های ارزش محور)، بیمار آموخت که چگونه هشتم با نگرداشتن خود در زمان حال، افکار و هیجانات نامطبوع را بپذیرد و به‌طور عینی توصیف کند. بیمار از طریق فعالیت‌های انتخاب‌شده، تکنیک‌های ACT را تمرین کرده و چگونگی برخورد با موانع در یک زندگی ارزشمند را مرور کرد.

کلومی پیرامین در دارودرمانی

این گروه به مدت هشت هفته، نیز تحت نظر روان‌پزشک به مصرف دارو اقدام کردند. لازم به یادآوری هست که گروه کنترل بعد از اتمام پژوهش به مدت ۸ جلسه از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهره‌مند گردیدند. عوارض جانبی برای مصرف‌کنندگان کلومی پیرامین گزارش نشد.

نتایج

ترکیب جنسی شرکت‌کنندگان، شامل ۳۱ نفر زن (۶۸/۸٪) و تعداد ۱۴ نفر مرد (۳۱/۲٪) بود. تعداد ۱۴ نفر از آزمودنی‌ها متأهل (۳۱/۱٪) و ۲۱ نفر مجرد (۴۶/۶٪) و تعداد ۱۰ نفر نیز مطلقه بودند. در حوزه تحصیلات نیز، ۹ نفر دیپلم (۲۰٪) و ۲۰ نفر لیسانس (۴۴/۵٪) و تعداد ۱۶ نفر تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر از کارشناسی ارشد (۳۵/۵٪) را دارا بودند.

در جدول ۲، به شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی) هر دو گروه درمانی و گروه کنترل در متغیر اختلال و سواسی جبری پرسشنامه یل براون اشاره شده است.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی گروه‌ها در پرسش‌نامه و سواسی جبری یل براون

گروه	میانگین		انحراف معیار	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
ACT	۲۷/۲۵	۱۵/۴۶	۲/۶۵	۳/۴۱
دارودرمانی	۲۷/۷۵	۱۵/۶۴	۳/۴۶	۲/۹۱
گروه کنترل	۲۵/۳۶	۲۵/۹۲	۴/۶۲	۳/۰۸
گروه	چولگی		کشیدگی	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
ACT	۰/۰۹۴	۰/۲۴۱	۰/۴۷۸	۰/۷۶۵
دارودرمانی	۰/۱۲۸	۰/۶۳۹	-۰/۲۱۹	۰/۷۱۲
گروه کنترل	۰/۹۴۸	۱/۱۹	-۰/۳۹۰	۰/۶۱۸

لازم به ذکر است که قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، بررسی گردید؛ پیش‌فرض وجود ارتباط خطی بین متغیر تصادفی کمکی (پیش‌آزمون) و متغیر وابسته (پس‌آزمون) و نیز وجود همگنی رگرسیون نوعی رابطه خطی میان آن‌ها (گروه آزمایش و کنترل) وجود داشت؛ و شیب خط رگرسیون تقریباً موازی را نشان داد. به‌منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش، میانگین گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری با استفاده از آزمون

مانکوا - تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر چندمتغیره یک‌راهه - توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱، با یکدیگر مقایسه شد که نتایج آن در جداول (۲) و (۵) آورده شده است. همان‌طوری که در جدول شماره‌ی (۳) می‌توان مشاهده نمود تفاوت‌های مردان با زنان در هیچ گروهی معنادار نشد.

جدول ۳: تحلیل واریانس زنان و مردان در گروه‌های مختلف

گروه‌های درمانی	مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
مردان - ACT	۱۲۵۴/۷۷	۲	۶۲۷/۳۸	۱۹/۰۱	۰/۰۶۹
مردان - دارو	۱۲۲۲/۹۷	۲	۶۱۱/۴۸	۱۷/۷۵	۰/۰۰۱
زنان - ACT	۱۳۲۱/۷۲	۲	۶۶۰/۸۶	۱۹/۵۳	۰/۰۷۲
زنان - دارو	۱۲۳۶/۰۶	۲	۶۱۸/۰۳	۱۸/۰۹	۰/۰۰۱

جدول ۴: آزمون لون برای بررسی گروه‌ها

متغیر	F	Df 1	Df 2	P
ACT	۰/۰۱۹	۲	۶۵	۰/۹۸
دارودرمانی	۰/۷۹۲	۲	۶۵	۰/۴۵
کنترل	۱/۱۸	۲	۶۵	۰/۳۱

جدول ۵: آزمون توکی برای مقایسه تفاوت معنی‌داری میانگین‌ها

گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
وسواس (پیش‌آزمون تا پس‌آزمون)			
پیش‌آزمون × پس‌آزمون	-۵/۳۸	۲/۲۴	۰/۵۱
پیش‌آزمون × پیگیری	-۱۰/۳۵	۲/۶۷	۰/۰۱
پس‌آزمون × پیگیری	-۱۴/۷۵	۲/۱۱	۰/۰۰۵
وسواس (پیش‌آزمون تا پیگیری)			
پیش‌آزمون × پس‌آزمون	-۳/۲۲	۲/۲۴	۰/۶
پیش‌آزمون × پیگیری	-۱۱/۲۹	۳/۱۲	۰/۰۱۲
پس‌آزمون × پیگیری	-۱۰/۶۲	۳/۳۵	۰/۸۱۲

طبق مندرجات جدول ۵، نشان می‌دهد که تمام گروه‌های درمانی در میزان تغییر میانگین نمره اختلال وسواس، در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون با توجه به مقدار F و ضرایب معناداری ($p < .01$)، تفاوت معناداری دارند و از طرفی باز هم در تمامی گروه‌های درمانی، تفاوت معنادار می‌باشد ($p < .01$)؛ نتایج به‌دست‌آمده از آزمون توکی حاکی از آن است که در پیگیری، دارودرمانی نمی‌تواند درمانی با

نتایج ماندگار تلقی گردد؛ اما درمان ACT تفاوتی معنادار در درمان پیگیری وجود ندارد؛ بنابراین باید گفت که بهترین درمان پیشنهادی به صورت کلی برای اختلال وسواسی جبری طبق پژوهش حاضر، درمان ACT است.

یافته‌ها

هدف مطالعه حاضر، بررسی اثربخشی دو روش درمانی دارودرمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلال وسواسی جبری بوده است. بر اساس نتایج این پژوهش، هم دارودرمانی و هم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در پس‌آزمون می‌تواند مؤثر واقع گردد؛ اما لازم به ذکر هست که اثرمندی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، در درازمدت نیز پایا بوده و می‌تواند اثربخش باشد؛ اما دارودرمانی اثربخشی خودش را در پیگیری حفظ نکرد.

نتیجه این پژوهش با پژوهش‌های قبلی مبنی بر کارایی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی درمان اختلال وسواسی جبری در یک راستا هست (هیز، ویلسون، گیفورد، فولت و استروسال ۱۹۹۶). هم‌چنین در مقاله‌ای، نشان داده شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند روش درمانی مؤثر برای درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری‌ای باشد که مقاوم نسبت به درمان هستند. ایزدی و عابدی (۲۰۱۳) نشان دادند که هدف درمان در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بالا بردن انعطاف‌پذیری روان‌شناختی هست. در همین راستا باید افزود که توهیگ، ویلارداج، لوین و هیز (توهیگ، ویلارداج، لوین و هیز ۲۰۱۵) نشان دادند که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتر از هر عامل دیگری تغییرات در اختلال وسواسی جبری را پیش‌بینی می‌کند؛ یعنی به تعبیری ذهن آگاهانه برخورد کردن با افکار وسواسی می‌تواند باعث کاهش علائم اختلال وسواسی جبری بشود. هم‌چنین در مطالعه‌ای فراتحلیلی که در حوزه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای طیف اختلالات اضطرابی و وسواسی بود؛ نتیجه حاصل شد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر واقع می‌گردد (بلوت، هومان، موریسون، لوین، توهیگ ۲۰۱۴)؛ یعنی آنکه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب تغییر شناخت شده که آن شناخت به‌نوبه خود باعث تغییرات مثبت در افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری می‌گردد. باید افزود که در اصل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به علت یادگیری‌ای که ایجاد می‌کند سبب تغییر مدارهای مغزی به‌شیوه‌ای شده که فرد مبتلا به لحاظ شناختی و درونی کمتر میل به جدی انگاشتن افکار را دارد (هیز ۲۰۰۴).

هم‌چنین در راستای مطالعات قبلی، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند فرد را هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری بهبودی ببخشد و از علائم اختلال وسواسی جبری بکاهد (وکیلی و قرایی ۲۰۱۴، بلوت، هومان، موریسون، لوین، توهیگ ۲۰۱۴). به علاوه در پژوهشی دیگر (لندی، اشنایدر و ارک ۲۰۱۵) نشان دادند که این درمان اولاً بر اختلال وسواس مؤثر است و در ثانی آنکه از تأثیری به‌اندازه درمان شناختی‌رفتاری برخوردار است.

برای تبیین عملکرد بهتر رویکرد درمانی ACT باید عنوان کرد که این رویکرد درمانی به سبب تأکید زیادی که بر ذهن آگاهی داشته سبب بالا بردن تاب‌آوری (باجاج و پنده ۲۰۱۵)، تحمل عواطف منفی مهارگری و معنویت (بازارکو، کیت، آزوکار و کریتر ۲۰۱۳) شده و باعث می‌شود که در طولانی‌مدت اثراتی ماندگارتر را برای درمان اختلال وسواسی جبری ایفا نماید. هم‌چنین، می‌توان چنین بیان کرد که بیمار وسواسی نیاز به کمکی برای پذیرش افکار آن‌گونه که هست دارد نه تغییر و نه درگیر شدن با چگونگی و چیستی آن؛ و هر آن چیزی که به کمک درمانگر برای آگاهی بخشیدن به درمان‌جو برای پذیرش همه‌جانبه‌تر آن فکر و آن چیزی که نمی‌تواند آن را تغییر دهد؛ بیاید می‌تواند به‌عنوان تکنیکی مطلوب در این رویکرد درمانی تلقی گردد. ذهن آگاهی با افزایش سطوح عواطف مثبت، باعث تقویت عزت‌نفس و پذیرش موفق تجربه‌های منفی می‌گردد. به‌عبارت‌دیگر کاهش پذیرش افکار و اتفاقات زندگی در فرد با نوعی احساس فشار روانی و حتی اضطراب و افسردگی همراه هست (وکیلی و قرایی ۲۰۱۴). به بیانی دیگر، این‌که در مداخله‌های ACT، افکار فقط در سطح یک فکر و گذرا دیده می‌شوند و به آن‌ها، عمل نمی‌شود. در یک‌کلام، افراد زندانی ذهن و افکار خویش نمی‌شوند. بازبینی هویت افکار وسواس‌گونه و دیدن آن‌ها فقط به‌عنوان یک فکر و نه بیشتر، باعث رهایی از اضطرابی می‌شود که گاهی مشکل‌ساز

هست. در تبیین این مسئله می‌توان اشاره کرد که جدی نگرفتن فکر، از ارزیابی و پردازش‌های بعدی در سطوح بالاتر و فراخوانی حالات شناختی و هیجانی را برای فرد به همراه نداشته و همین باعث عدم تجربه حالت اضطراب‌گونه و سواسی در فرد می‌گردد. هم‌چنین کاهش افکار مخرب و جدی نگرفتن افکار به ارتقای عملکردی فرد کمک می‌کند به بیانی دیگر درمان ACT سبب ارزیابی واقع‌بینانه‌تر فرد از شرایطش گردد و در نتیجه همین تغییر ارزیابی و اهمیت زیادی ندادن به افکار خودآیند و قضاوت‌گر هست که یاری‌گر فرد می‌گردد و عملکرد وی را بهبود بخشیده و باعث اقدام‌های پخته و متعهدانه و بر پایه ارزش‌های فرد می‌گردد؛ یعنی اینکه به تدریج تغییری بنیادین در شناخت وی حاصل می‌گردد از آنجاکه در این فرایند، در ادراکات و در نگرش و عقاید، دگرگونی اتفاق می‌افتد و این تغییرات شامل تغییراتی در آگاهی معنوی فرد می‌باشد (کارمودی، رید، کریستلر و مریام ۲۰۰۸) این تغییرات سبب ایجاد الگویی سازنده می‌شود که یکی از حفاظت‌کننده‌ترین عوامل در برابر وسواس‌ها بوده و زمینه‌ساز سلامت روان فرد نیز هست؛ یعنی آنکه وسواس افراد به این دلیل کاهش یافته است که جزء شناختی وسواس را به کمک بازبینی هویت افکار و دیدن آن‌ها فقط به‌عنوان یک فکر و نه بیشتر از آن، خاموش کرده‌اند و با توجه این‌که مؤلفه شناختی وسواس در پدیدآیی و پایداری حالت وسواسی، یک علت است (هیز و همکاران ۲۰۰۶)؛ پس حل مؤلفه شناختی اضطراب، تأثیری شگرف بر عدم پدیدآیی حس اضطراب برای افراد را در پی خواهد داشت. از طرفی هرچه ذهن، آگاهانه‌تر فکر کند و با مسائل مواجهه گردد؛ قدرت بیشتری برای کنار آمدن با استرس‌های زندگی را داشته و در نتیجه خود فرد زندگی سالم‌تری را داشته که شرایط سلامت روان وی تأمین می‌گردد (کارمودی، رید، کریستلر و مریام ۲۰۰۸).

در تبیین این مسئله باید عنوان کرد که عملکرد بهتر رویکرد درمانی ACT به سبب تأکید زیادی که بر ذهن‌آگاهی داشته سبب بالا بردن تاب‌آوری، تحمل عواطف منفی، مهارگری و معنویت شده و باعث می‌شود که در طولانی‌مدت اثراتی مانا‌تر را برای درمان اختلال وسواسی جبری ایفا نماید. به دیگر سخن، در این رویکرد درمانی درمانگران با بالا بردن سعه‌صدر و آگاهی و صبر سبب فرونشانی افکار وسواسی شده و از آنجاکه با این نوع افکار، ذهن آگاهانه برخورد می‌شود؛ بنابراین، این افکار مجال برای ظهور نیافته و رفته‌رفته کم‌رنگ‌تر می‌شوند و درمان‌جو این افکار را نه‌تنها جدی نمی‌گیرد بلکه فقط مشاهده‌گر صرف این نوع افکار می‌شود. می‌توان چنین بیان کرد که بیمار وسواسی نیاز به کمکی برای پذیرش افکار آن‌گونه که هست دارد نه تغییر و نه درگیر شدن با چگونگی و چیستی آن؛ و هر آن چیزی که به کمک درمانگر برای آگاهی بخشیدن به درمان‌جو برای پذیرش همه‌جانبه‌تر آن فکر و آن چیزی که نمی‌تواند آن را تغییر دهد بیاید، می‌تواند به‌عنوان تکنیکی مطلوب در این رویکرد درمانی تلقی گردد.

باید اضافه نمود که اثرمندی دارودرمانی در مطالعه حاضر، همچون پژوهش‌های دیگر، نشان از اثرمندی فلوکستین و کلومی‌پرامین داشت نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که کلومی‌پرامین دارای تأثیری برابر با مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین می‌باشد، اما عوارض جانبی و قطع مصرف به علت عوارض، در گروه کلومی‌پرامین بیشتر بوده است (گریست و جفرسون ۱۹۹۸).

باید بیان داشت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و دارودرمانی در پس‌آزمون، می‌تواند مؤثر و پایا عمل کنند اما در پیگیری دارودرمانی اثربخشی خودش را حفظ نکرد. بعلاوه آنکه عوارض جانبی کلومی‌پرامین، سبب قطع مصرف نیز می‌تواند بشود (گریست و جفرسون ۱۹۹۸)؛ بنابراین استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند با اطمینان خاطر بیشتری مورد مصرف قرار بگیرد.

درنهایت باید اشاره به محدودیت‌های این پژوهش داشت از قبیل کمبود ادبیات پژوهشی و در کنار آن مسئله دستیابی به منابع معتبر، یکی از محدودیت‌های جدی در این زمینه بود. به علت استفاده از نمونه دردسترس بیماران، تعمیم نتایج باید با احتیاط و با در نظر گرفتن همه جوانب صورت بگیرد. مضافاً، این پژوهش فقط بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری را در مراکز مشاوره در شهر شیراز را مورد بررسی قرار داده است؛ لذا تعمیم آن به سایر بیماران در شهرهای دیگر باید با احتیاط انجام پذیرد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی عوامل مداخله‌گری همچون، وضعیت اقتصادی، تأهل، جنسیت، مورد بررسی قرار بگیرد و از سوی دیگر، اثر پیشگیری درمان ACT بر روی اختلال وسواسی جبری بررسی گردد که مشخص شود آیا این درمان می‌تواند نقش پیشگیری‌کننده نیز داشته باشد. هم‌چنین

پیشنهاد می‌گردد که پژوهشگران با انتخاب نمونه‌هایی با حجم بیشتر و توجه همه‌جانبه‌تر به این اختلال؛ به انجام پژوهش پرداخته تا امکان مقایسه گروه‌های درمانی به وجه بهتری فراهم شود.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و داروی کلومی‌پیرامین در درمان اختلال وسواسی‌جبری انجام شد و نتایج حاکی از آن بود که علی‌رغم معنی‌دار بودن اثربخشی هر دو رویکرد در پس‌آزمون؛ رویکرد پذیرش و تعهد نسبت به دارو درمانی در دوره پیگیری می‌تواند اثرات درمانی خود را در درمان اختلال وسواسی‌جبری حفظ کند. اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) را می‌توان به واسطه ی فرآیندهای حاکم به این نوع درمان تبیین کرد. یکی از مهم‌ترین تکنیک‌های این درمان ذهن آگاهی هست که در این پژوهش بسیار بر آن تاکید شد بعلاوه آنکه که در بخش یافته‌ها نیز از پژوهش‌های متنوعی که در این راستا بودند نیز صحبت شد. در واقع ذهن آگاهی از طریق کشاندن فرد به زمان حال و گسلش شناختی او را از افکار و هیجانات منفی خود آگاه می‌سازد و تأثیراتشان را کاهش می‌دهد.

از سوی دیگر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر عمل و اقدام متعهدانه تاکید می‌ورزد که باعث ترغیب بیماران به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و در نهایت تعهد به اقداماتی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزشها باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن از رفتارها و علائم وسواس گونه کم شود و از احساسات منفی که می‌تواند به افکار و اعمال وسواسی نیز منجر شود؛ دور بشوند (هیز و همکاران ۲۰۰۴).

سپاس‌گزاری

از تمامی کسانی که ما را در انجام این پژوهش، یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی را داریم. این مقاله، استخراج شده از پایان‌نامه ارشد است و منابع مالی آن را نویسنده اول، تأمین کرده است. تعارض در منافع: وجود ندارد.

منابع

1. Alilo M, Mohamad V, Bayanzadeh A. Experimental survey of memory problems in type of investigation in one case with obsessive compulsive disorder. *Andishe va Rafter* 2004; 11(1): 62-70. [Persain]
2. A-tjak, J. G., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 84(1), 30-36.
3. Bajaj, B., & Pande, N. (2016). Mediating role of resilience in the impact of mindfulness on life satisfaction and affect as indices of subjective well-being. *Personality and Individual Differences*, 93, 63-67.
4. Bazarko, D., Cate, R. A., Azocar, F., & Kreitzer, M. J. (2013). The impact of an innovative mindfulness-based stress reduction program on the health and well-being of nurses employed in a corporate setting. *Journal of workplace behavioral health*, 28(2), 107-133.
5. Bluett, E. J., Homan, K. J., Morrison, K. L., Levin, M. E., & Twohig, M. P. (2014). Acceptance and commitment therapy for anxiety and OCD spectrum disorders: An empirical review. *Journal of anxiety disorders*, 28(6), 612-624.
6. Bouvard, M., Fournet, N., Denis, A., Sixdenier, A., & Clark, D. (2017). Intrusive thoughts in patients with obsessive compulsive disorder and non-clinical participants: a comparison using the International Intrusive Thought Interview Schedule. *Cognitive behaviour therapy*, 46(4), 287-299.
7. Carmody, J., Reed, G., Kristeller, J., & Merriam, P. (2008). Mindfulness, spirituality, and health-related symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 64(4), 393-403.
8. de la Cruz, L. F., Llorens, M., Jassi, A., Krebs, G., Vidal-Ribas, P., Radua, J., ... & Mataix-Cols, D. (2015). Ethnic inequalities in the use of secondary and tertiary mental health services among patients with obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 207(6), 530-535.
9. Dold, M., Aigner, M., & Kasper, S. (2017, October). Augmentation of serotonin reuptake inhibitors with antipsychotic drugs in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. In *European*

- Neuropsychopharmacology (Vol. 27, pp. S1004-S1005). PO BOX 211, 1000 AE AMSTERDAM, NETHERLANDS: ELSEVIER SCIENCE BV.
10. Greast, J. H., & Jefferson, J. W. (1998). Pharmacotherapy for OCD. *British J Psychiatry* Aug, 173(suppl 35), 64-70.
 11. Goodman, W. K., Rasmussen, S., Price, L., Mazure, L., Heninger, G., & Charney, D. (1991). Yale-brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS). *Verhaltenstherapie*, 1(3), 226-33.
 12. Hayes, S. C. (2004). Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies. *Behavior therapy*, 35(4), 639-665.(A)
 13. Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies?. *Behavior Therapy*, 35(1), 35-54.
 14. Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour research and therapy*, 44(1), 1-25.
 15. Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, 54(4), 553-578.(B)
 16. Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152.
 17. Iniesta-Sepúlveda, M., Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Parada-Navas, J. L., & Rosa-Alcázar, Á. (2017). Cognitive-behavioral high parental involvement treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, 49, 53-64.
 18. Izadi R, Abedi M. Reducing obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive compulsive disorder and treatment-resistant to cure through Acceptance and commitment therapy. *Feyz KUMS* 2013; 17(3): 275-286. [Persian]
 19. Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1988). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry*. Williams & Wilkins Co.
 20. Kring, A. M., & Johnson, S. L. (2018). *Abnormal psychology: The science and treatment of psychological disorders*. John Wiley & Sons.
 21. Landy, L. N., Schneider, R. L., & Arch, J. J. (2015). Acceptance and commitment therapy for the treatment of anxiety disorders: a concise review. *Current Opinion in Psychology*, 2, 70-74.
 22. Mataix-Cols, D., De La Cruz, L. F., Monzani, B., Rosenfield, D., Andersson, E., Pérez-Vigil, A., ... & Thuras, P. (2017). D-cycloserine augmentation of exposure-based cognitive behavior therapy for anxiety, obsessive-compulsive, and posttraumatic stress disorders: a systematic review and meta-analysis of individual participant data. *JAMA psychiatry*, 74(5), 501-510.
 23. McCracken, J. T., & Hanna, G. L. (2005). Elevated thyroid indices in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: effects of clomipramine treatment. *Journal of Child & Adolescent Psychopharmacology*, 15(4), 581-587.
 24. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Res* 2015; 225(3): 236-46.
 25. Mikailbarzili N, Ahadi B, Hasanabadi H. The comparison of effectiveness of Islamic therapy and cognitive behavioral therapy in people with obsessive compulsive disorder. *J of psychological achievements* 2002; 4(2): 61-86. [Persian]
 26. Murray, G. K., Knolle, F., Ersche, K. D., Craig, K. J., Abbott, S., Shabbir, S. S., ... & Robbins, T. W. (2019). Dopaminergic drug treatment remediates exaggerated cingulate prediction error responses in obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacology*, 236(8), 2325-2336.
 27. Rohani, F., Rasouli-Azad, M., Twohig, M. P., Ghoreishi, F. S., Lee, E. B., & Akbari, H. (2018). Preliminary test of group acceptance and commitment therapy on obsessive-compulsive disorder for patients on optimal dose of selective serotonin reuptake inhibitors. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 16, 8-13.
 28. Sajatovic, M., & Ramirez, L. F. (2012). *Rating scales in mental health*. JHU Press.
 29. Smith, B. M., Bluett, E. J., Lee, E. B., & Twohig, M. P. (2017). *Acceptance and Commitment Therapy for OCD*. *The Wiley Handbook of Obsessive Compulsive Disorders*, 1, 596-613.
 30. Tolin, D. F., Gilliam, C., Wootton, B. M., Bowe, W., Bragdon, L. B., Davis, E., ... & Hallion, L. S. (2018). Psychometric properties of a structured diagnostic interview for DSM-5 anxiety, mood, and obsessive-compulsive and related disorders. *Assessment*, 25(1), 3-13
 31. Twohig, M. P., Vilaradaga, J. C. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 196-202.
 32. Vakili, Y., & Gharraee, B. (2014). The effectiveness of acceptance and commitment therapy in treating a case of obsessive compulsive disorder. *Iranian journal of psychiatry*, 9(2), 115.

The comparison of the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Clomipramine in treating patients with obsessive-compulsive disorders in men and women in the city of Shiraz

Ali Sahrokar¹, Fatemeh Najian Tabriz², Hanieh Mordy³, Arameh Safikhani⁴

1. Lecturer, Shiraz Fatemeh University, Department of Psychology
a.derakhtkar@gmail.com
2. MSc. in Clinical Psychology, Shahid Beheshti University
f.najiantabriz@yahoo.com
3. B.Sc. in Psychology, Shahid Beheshti University
hanieh.moradi@gmail.com
4. MSc in Clinical Psychology, Shahid Chamran University of Ahvaz
aram.safikhani@gmail.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was to compare the efficacy of ACT and Clomipramine was used to treat OCD and to determine the most effective type of treatment in reducing the symptoms of patients with OCD.

Methods: This research was an applied and research project. It was a quasi-experimental study with pre-test, post-test, follow-up, and control groups. The research population was obsessive-compulsive disorder referring to counseling centers in the summer of 2018 and received a definitive diagnosis of obsessive-compulsive disorder. Sampling was done by the access method. Participants were randomly assigned to 3 groups of 15. Subjects were evaluated before and after the intervention by the Yale Brown questionnaire. To analyze the statistical data, analysis of variance (repeated measure) was used by SPSS software version 21.

Findings: The findings of this study showed that both types of treatment in the short-term affects the improvement of symptoms of OCD ($P < 0/01$), but in follow-up, ACT treatments maintained their therapeutic effect. Moreover, there was no significant difference between men and women statistically in this study.

Conclusion: The findings of this study indicate a more lasting effect of treatment based on acceptance and commitment, and this seems to be important due to the combination of Eastern techniques and Western psychology that makes treatment more effective for Iranian patients.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, Adoption-Based Treatment, Clomipramine