

تاثیر روشهای درمانی رفتاردرمانی شناختی، مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ در اختلال وسواسی-اجباری

مجید محمود علیلو: گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز (نویسنده رابط)

E-mail: M_alilo@yahoo.com

مهدی ایمانی: گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه تبریز
عباس بخشی پور: گروه روانشناسی بالینی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز
علیرضا فرنام: گروه روانپزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز

دریافت: ۸۶/۱۲/۱۶، پذیرش: ۸۷/۲/۳۱

چکیده

زمینه و اهداف: اغلب پژوهشهای قبلی نشان داده‌اند که بین رفتاردرمانی شناختی و مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ در کاهش علائم وسواسی-اجباری تفاوت معنی دار وجود ندارد. هدف از این پژوهش، بررسی میزان اثر بخشی رفتاردرمانی شناختی و مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ در بیماران وسواسی-اجباری است.

روش بررسی: در این مطالعه آینده نگر، ۴۶ نفر بیمار وسواسی-اجباری به صورت جایگزینی تصادفی در سه گروه رفتاردرمانی شناختی، مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ و لیست انتظار جای داده شدند. آزمودنیهای سه گروه از نظر متغیرهایی چون سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل هم‌تاسازی شده بودند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های وسواسی-اجباری مادزلی، افسردگی بک و اضطراب بک استفاده شد. نمره‌های به دست آمده از ارزیابها در سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و دو ماه بعد از پس آزمون) به کمک آزمونهای آماری تحلیل واریانس چند متغیره یک طرفه و آزمون تعقیبی توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در کاهش علائم وسواسی بیماران وسواسی-اجباری، رفتاردرمانی شناختی و مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ تفاوت معنی داری با گروه کنترل در کوتاه مدت و بلند مدت دارند ($P < 0/01$). اما این تفاوت در بین رفتاردرمانی شناختی و مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ معنی دار نمی‌باشد.

نتیجه گیری: بر اساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت که در کاهش علائم وسواسی، بین رفتاردرمانی شناختی و مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ تفاوت معنی داری وجود ندارد.

کلید واژه‌ها: اختلال وسواسی-اجباری، رفتاردرمانی شناختی، مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ.

مقدمه

قرار می‌دهد. میانگین سن شروع بیماری حدود ۲۰ سالگی است. هر چند در مردها سن شروع پایین‌تر (حدود ۱۹ سالگی) از زنها (حدود ۳۲ سالگی) است (۱).

برای درمان این اختلال، روشهای گوناگونی از جمله دارودرمانی، روان‌درمانی، خانواده درمانی، گروه درمانی، درمان با تشنج برقی^۲ و روان جراحی^۳ (حلقه بری یا سینگولکتومی) به کار می‌رود (۱). در چار چوب درمانهای روانشناختی در ابتدا از تکنیکهای روانکاوی

اختلال وسواسی-اجباری^۱ یک بیماری مزمن و ناتوان کننده است و معمولاً سبب اختلال در کارکردهای اجتماعی، شغلی و خانوادگی می‌شود. ۱۰ درصد از مراجعین سرپایی روانپزشکی را بیماران وسواسی تشکیل می‌دهند. شیوع اختلال وسواسی-اجباری در طول عمر در جمعیت عمومی ۳-۲ درصد بر آورد شده است. این رقم آن را پس از ترس مرضی، اختلال وابسته به مواد و اختلالات افسردگی در ردیف چهارم از شایعترین تشخیصهای روانپزشکی

1. Obsession-compulsive disorder, OCD
2. Electric convulsive therapy, ECT
3. Synekology

مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ بر بیماران بکاهد. رفتاردرمانی شناختی^۲ هم از سه جز تشکیل شده که دو جز آن یعنی مواجهه سازی، جلوگیری از پاسخ مشابه روش مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ (ERP) است. در واقع رفتاردرمانی شناختی یک جزء بیشتر نسبت به روش مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ (ERP) دارد و آن جزء هم «درمان شناختی» است. در درمان شناختی به بیمار آموزش داده می شود تا شناختهای برانگیزاننده اضطراب را شناسایی کرده و آنها را دوباره سازمان بندی بکند (۴). این جزء درمان بر این اساس است که بیماران وسواسی افکار مخصوص به خود دارند که این افکار باعث رشد و نگهداری وسواسهای این افراد می گردد، مانند برآورد اشتباه از وجود یک خطر احتمالی، احساس مسئولیت پذیری افراطی در برابر آسیب زدن به دیگران (اگر من این سگ را لمس نکنم مادرم سرطان خواهد گرفت) (۴). اختلال وسواسی اجباری در بزرگسالان همچنین مرتبط با مفهوم، همجوشی فکر-عمل^۳ است، یعنی افکار منفی مترادف و همسان با اعمال منفی در نظر گرفته می شود (۴). این چنین فرآیندهای شناختی ناسازگارانه اغلب موجب رفتار وسواسی شده و بیماران وسواسی را ناتوان از سازش با چنین افکار منفی می کند (۴). بخش شناختی از رفتاردرمانی شناختی به این افکار ناسازگارانه توجه کرده و روشهایی به بیماران آموزش می دهد تا افکارشان را بازسازی بکنند. پژوهش های زیادی از تاثیر رفتاردرمانی شناختی در درمان اختلال وسواسی-اجباری حمایت کرده اند. آزمایشهای کنترل شده دقیق در مورد رفتاردرمانی شناختی در بزرگسالان و کودکان حدوداً ۸۵ درصد موفقیت درمانی را گزارش کرده اند (۹). Rafer و همکاران (۱۰) در یک تحقیق طولی به مدت ۷ سال افراد اختلال وسواسی-اجباری که رفتاردرمانی شناختی دریافت کرده بودند مورد مطالعه قرار دارند و نتایج نشان داد ۴۱ درصد از بیماران بهبودی نشان دادند که این میزان از بهبودی در مطالعه پی گیری (۷ سال بعد) به ۴۵ درصد می رسید. Oppen و همکاران (۱۱) برای نخستین بار رفتاردرمانی شناختی را با رفتاردرمانی مقایسه کردند، تفاوت معنی دار نبود. در پژوهش دیگری تاثیر درمانهای رفتاری و شناختی محض با همدیگر مورد مقایسه قرار گرفت، تفاوت معنی داری بین این دو روش درمانی وجود نداشت (۱۲). با توجه به نبودن اطلاعات پژوهشی کافی در مورد رفتاردرمانی و رفتاردرمانی شناختی اختلال وسواسی-اجباری در ایران و با توجه به تاثیر عمیق فرهنگ بر درونه علائم، هدف این بررسی نشان دادن اهمیت تغییر رفتارهای وسواسی، همچنین تغییر شناختهای تحریف شده و افکار خود به خود این بیماران در کاهش علائم وسواسی، افسردگی و اضطراب بیماران وسواسی-اجباری می باشد. با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر برای آزمودن فرضیه زیر تدوین شده است: بین مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ و رفتاردرمانی شناختی در کاهش علائم وسواسی، افسردگی و اضطراب بیماران وسواسی-اجباری تفاوت معنی داری وجود دارد.

برای درمان این اختلال استفاده می شد، اما از آنجا که به نظر می رسید نشانه های این اختلال به روان درمانی سایکودینامیک و روانکاوای مقاوم هستند، بطوری که پاره ای از روان تحلیل گران اظهار کرده اند که تاکنون حتی یک مورد درمان وسواس شستشو بر اساس روش روان تحلیل گری گزارش نشده است، امروزه تکنیکهای رفتاری و شناختی-رفتاری، روشهای انتخابی در حوزه درمانهای روانشناختی هستند (۲). رفتاردرمانگران تکنیکهای چندی نظیر حساسیت زدایی منظم، قصد متناقض، اشباع، بیزاری درمانی، توقف فکر، غرقه سازی تصویری را در درمان اختلال وسواسی-اجباری به کار برده اند. در مجموع بررسیهای انجام شده بر روی این تکنیکها، اثرات درمانی قابل توجهی را نشان ندادند، تا اینکه روش مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ^۱ توسط Meyer در سال ۱۹۶۶ برای اولین بار بعنوان درمان موفقیت آمیز وسواس گزارش شد (۳). این روش درمانی از دو بخش جداگانه تشکیل شده است. جزء اول این روش درمانی مواجهه سازی می باشد، یعنی قرار دادن بیماران در موقعیتهایی که باعث برانگیختن اضطراب مرتبط با وسواس آنها می گردد (۴). هدف از این روش این است که بیمار با ترسهای خود مواجه گردد تا پاسخهای اضطرابی او کاهش یابد. این مواجهه سازی که بصورت سلسله مراتبی تنظیم می گردد، می تواند در سطح واقعیت و یا خیال باشد. قسمت دوم این روش درمانی (ERP) جلوگیری از پاسخ می باشد. در استفاده از این روش ابتدا عاداتها و یا رفتارهای وسواسی که ممکن است توسط بیمار جهت کاهش اضطراب خود و یا جهت اجتناب از موقعیتهای اضطراب انگیز استفاده گردند، مشخص می شود. سپس بیمار برای خودداری کردن از هر نوع تشریفات وسواسی و اجتنابها تشویق می گردد (۴). شواهد تجربی متعددی توانسته اند موثر بودن رفتار درمانگری در قلمرو اختلال وسواسی را ثابت کنند. در یک پژوهشی برای مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ میزان موفقیت ۷۵ تا ۸۰ درصد گزارش شده است (۵). Foa و همکاران (۶) هیچده پژوهش کنترل شده را تحلیل کرده و به این نتیجه دست یافته اند که پس از اجرای روش مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ (ERP) نشانه های مرضی در ۵۱ درصد بیماران از بین رفته و یا بهبود قابل ملاحظه ای یافته اند (۶). بهبود نسبی در ۳۱ درصد موارد مشاهده شده و فقط در ۱۰ درصد از بیماران این روش موثر واقع نشده است. میزان پاسخ به مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ (ERP) از ۶۳ درصد (۷) تا ۹۰ درصد برآورده شده است (۳). اگرچه مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ توسط تحقیقات مختلفی بعنوان موثرترین درمان اختلال وسواسی-اجباری در نظر گرفته شده (۶)، اما حدود ۲۵ درصد بیماران به مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ، پاسخی نمی دهند (۸) و حدود ۲۸ درصد بیماران به دلیل فشار زیاد روش مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ، درمان را نیمه کاره می کنند. در چنین مواردی احتمالاً رفتاردرمانی شناختی (اضافه کردن شناخت درمانی بر درمانهای رفتاری) می تواند میزان بهبود را بالا برده و از میزان فشار روش

مواد و روش ها

این پژوهش از نوع پژوهشهای آزمایشی می باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری مراجعه کننده به کلینیک تخصصی روانپزشکی بزرگمهر تبریز، مرکز مشاوره روانشناختی علامه امینی و دفتر مشاوره سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران استان آ. شرقی تشکیل می دادند. روش نمونه گیری به صورت نمونه گیری در دسترس بود. ملاکهای ورود شامل تشخیص اختلال وسواسی- اجباری بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات عاطفی (SADS)^۱، پرسشنامه وسواسی- اجباری مادزلی و تایید تشخیص بر اساس نظر روانپزشک یا دکتر روانشناسی بالینی، داشتن حداقل ۱۵ سال سن و حداقل مدرک سیکل، توانایی خواندن و نوشتن و صحبت کردن روان به زبان فارسی یا ترکی بود. ملاکهای خروج هم شامل اختلال سایکوتیک، اختلال توره، وابستگی دارویی، بیماری صرع، نشانگان روانی عضوی، اختلال دوقطبی غیر قابل کنترل، استفاده از هر نوع داروی روانپزشکی در سه ماه قبل از اولین جلسه درمان و استفاده از هر نوع خدمات روان شناختی برای هر اختلال روانی محور ۱ و ۲، می شد که سبب کنار گذاشتن افراد از بررسی می گردید. در طول مدت اجرای پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری مراجعه کننده به مراکز یاد شده (۴۶ نفر)، بصورت جایگزینی تصادفی در ۳ گروه رفتاردرمانی شناختی (۱۴ نفر)، مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ (۱۷ نفر) و لیست انتظار (۱۵ نفر) جای گرفتند. از ۴۶ نفر آزمودنی انتخاب شده ۳ نفر (۱ نفر از رفتاردرمانی شناختی، ۲ نفر از مواجهه سازی و جلوگیری و ۱ نفر از لیست انتظار)، بعد از اولین جلسه (جلسه ارزیابی و تشخیص) و قبل از شروع جلسه دوم (شروع جلسه درمان) از ادامه مطالعه منصرف شدند و ۲ نفر (۱ نفر از مواجهه سازی و جلوگیری، ۱ نفر از لیست انتظار) هم بعد از شروع جلسات درمان و قبل از تمام شدن دوره درمانی، درمان را خاتمه دادند. ۴ نفر هم (۱ نفر از رفتاردرمانی شناختی، ۲ نفر از مواجهه سازی و جلوگیری و ۱ نفر از لیست انتظار)، در مطالعه پی گیری شرکت نکردند که در نهایت ۳۳ نفر (۱۲ نفر رفتاردرمانی شناختی، ۱۲ نفر مواجهه سازی و جلوگیری و ۹ نفر لیست انتظار)، درمان را بصورت کامل ادامه دادند. جدول شماره ۱ ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنیهای مورد بررسی را نشان می دهد.

ابزار اندازه گیری:

۱- سیاهه وسواسی- اجباری مادزلی^۲

این پرسشنامه توسط Rachman, Hodgson (۱۳) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ پرسش بصورت صحیح-غلط می باشد. دامنه نمرات از صفر تا ۳۰ متغیر می باشد. افزون بر نمره کل وسواسی، پرسشنامه مادزلی شامل ۵ خرده مقیاس واری، شستشو، کندی، شک و نشخوار ذهنی می باشد (۱۴) تمرکز اصلی این پرسشنامه روی علائم وسواسی می باشد و بویژه برای ارزیابی

آثار درمان روی علائم مناسب است (۱۵). Rachman و Hodgson (۱۴) اعتبار همگرا و پایایی با روش آزمون-آزمون مجدد این پرسشنامه را رضایت بخش گزارش کردند و اعتبار سازه ای این آزمون را در نمونه های بالینی و غیر بالینی تایید نمودند. بررسیها نشان داده اند که این ابزار نسبت به تغییرات درمانی حساس بوده و پایایی آن با روش باز آزمایی در حد خوبی بوده است (۱۵). ویژگیهای روان سنجی این پرسشنامه در ایران توسط پژوهشهای مختلفی رضایت بخش اعلام شده است. برای مثال دادفر (۱۷) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرای آن با مقیاس وسواسی- اجباری بیل را ۰/۸۷ گزارش کرده است.

۲- پرسشنامه افسردگی بک (ویراست دوم)^۳

این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط Beck تدوین شد و در سال ۱۹۹۶ توسط Steer, Beck, Brown (۱۸) مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می باشد و هر ماده نمره ای بین صفر تا ۳ می گیرد. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می سنجد. مشخصات روان سنجی این پرسشنامه در ایران به این شرح می باشد که ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴ است (۱۹). همچنین در تحقیق دیگری که قاسم زاده و همکاران (۲۰) برای به دست آوردن ویژگیهای روانسنجی تست افسردگی بک - ویراست دوم - انجام دادند، نتایج اینگونه به دست آمد: ضریب آلفا ۰/۸۷، ضریب باز آزمایی ۰/۷۴، همبستگی آن نیز با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول ۰/۹۳، بود (۱۸). در پژوهش حاضر این پرسشنامه به منظور تعیین شدت افسردگی مورد استفاده قرار گرفت.

۳- پرسشنامه اضطراب بک^۱

این پرسشنامه نیز مانند پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ گزینه بوده و هر ماده نمره ای بین ۰ تا ۳ می گیرد. دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ می باشد. Beck و همکاران (۲۱) همسانی درونی آن را برابر با ۰/۹۳ گزارش کردند. آنها همچنین ضریب پایایی باز آزمایی بعد از یک هفته را ۰/۷۵ گزارش کرده اند. این پرسشنامه هم مثل دیگر پرسشنامه های به کار برده شده در این پژوهش، پرسشنامه شناخته شده ای است. ویژگیهای روان سنجی این پرسشنامه در ایران مورد تایید پژوهشهای مختلفی قرار گرفته است. بعنوان مثال محمود علیلو (۲۲) روایی محتوایی، این آزمون را به چند تن از استادان روانشناسی و روانپزشکی داده و توسط متخصصان یاد شده روایی آزمون را رضایت بخش اعلام کرده است. در پژوهش حاضر این پرسشنامه به منظور تعیین شدت اضطراب مورد استفاده قرار گرفت. بعد از گرفتن مشخصات اولیه از بیماران به منظور تشخیص اختلال وسواسی- اجباری و رد کردن اختلالاتی که شامل ملاکهای حذفی پژوهش بودند، از مصاحبه بالینی

1. Structural Interview for Affective Disorders, SADS
2. Moudsley Obsessive- Compulsive Inventory, MOCI
3. Beck Depression Inventory, BDI

سعی می شد بحث پیرامون مسائل رفتاری سوق داده شود. اما در روش درمانی رفتاردرمانی شناختی علاوه بر استفاده از مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ درمانگران به چالش با افکار مزاحم بیماران تمرکز می کردند. (برای اطلاعات بیشتر به برنامه های درمانی برای اختلالات افسردگی و اضطراب اثر Holland, Lealy, ۲۰۰۰ مراجعه کنید). برای تجزیه و تحلیل آماری یافته ها از روش تحلیل واریانس چند متغیره (مانوا) استفاده شده است.

نتایج

جدول شماره ۱ میانگین و انحراف معیار نمره های وسواسی-اجباری مادزلی، افسردگی بک و اضطراب بک را در ۳ گروه پژوهشی نشان می دهد. برای تحلیل داده های ارائه شده در جدول ۳ روش تحلیل واریانس چند متغیره ی یک طرفه^۲ (مانوای یک راهه) برای نمرات اختلافی استفاده شد، بدین صورت که برای محاسبه ی آثار کوتاه مدت درمان، نمرات پس آزمون منهای نمرات پیش آزمون و برای محاسبه آثار بلند مدت درمان، نمرات مطالعه پی گیری منهای نمرات پیش آزمون شد. اطلاعات مربوط به تحلیل واریانس چند متغیره ی یک راهه در جدول ۳ ارائه شده است. در این روش ابتدا مشخص شد که ویلکزلامبدا معنی دار می باشد ($P < 0.01$). که مفهوم آن این است که حداقل در یکی از متغیرها بین گروههای مورد مطالعه تفاوت معنی دار آماری برقرار است. جدول شماره ۳ تحلیلهای مربوط به آثار بین گروهها را نشان می دهد. در این تحلیل واریانس سه مانوای جداگانه (۱- وسواس کوتاه مدت و بلند مدت ۲- افسردگی کوتاه مدت و بلند مدت ۳- اضطراب کوتاه مدت و بلند مدت) گرفته شده است، که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده اند.

ساختاریافته برای اختلالات عاطفی، پرسشنامه ی وسواسی-اجباری مادزلی و تایید تشخیص بر اساس نظر روانپزشک یا دکتر روانشناس بالینی، استفاده شد. بعد از حصول اطمینان از درستی تشخیص، قسمت دوم ارزیابی صورت گرفت که شامل تاریخچه نشانه های وسواسها و اجبارها، جنبه های شناختی، عاطفی و رفتاری اختلال، پیشایندها، عوامل نگهدارنده و تداوم بخش اختلال بود. در بخش پایانی جلسه اول (جلسه ارزیابی و تشخیص) دو پرسشنامه افسردگی بک و اضطراب بک بر روی بیماران اجرا شد. در پایان ارزیابی برای هر مراجعین یک طرح درمان تهیه شد. بعد از این ارزیابی مفصل بیماران بصورت جایگزینی تصادفی در یکی از سه گروه (رفتاردرمانی شناختی، مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ و لیست انتظار) جای گرفتند. بعد از تمام شدن جلسات درمان مجددا پرسشنامه های وسواسی-اجباری مادزلی، افسردگی بک و اضطراب بک برای هر یک از آزمودنیهای هر ۳ گروه تکمیل گردید. و به منظور تعیین آثار طولانی مدت روشهای درمانی ذکر شده ۲ ماه بعد از ارزیابی دوم برای سومین بار پرسشنامه های پژوهش حاضر بر روی هر ۳ گروه اجرا شد.

گروههای آزمایشی رفتاردرمانی شناختی و مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ از ده جلسه هفتگی ۵۰ الی ۶۰ دقیقه ای تشکیل شده بود. بسته ی درمانی استفاده شده در این دو گروه بر اساس رفتاردرمانی شناختی و مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ و بر مبنای بسته درمانی Lealy و Holland (۲۳) تهیه شده است، که در روش درمانی مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ بخشهای شناختی روش درمانی لی هی و هالند کاملا حذف شده است. اگر بیماران روش درمانی مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ بخشی پیرامون مسائل شناختی آغاز می کردند (مانند تخمین افراطی از وجود یک خطر) درمانگران پاسخی به این مسائل نمی دادند و

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار گروهها در علائم وسواسی-اجباری، افسردگی و اضطراب

گروهها	وسواس (انحراف معیار) میانگین	افسردگی (انحراف معیار) میانگین	اضطراب (انحراف معیار) میانگین
رفتاردرمانی شناختی			
پیش آزمون	۲۳/۸۳ (۲/۶۹)	۳۱/۶۶ (۱۱/۰۲)	۱۷/۵۰ (۸/۱۴)
پس آزمون	۱۰ (۶/۰۶)	۲۶/۷۵ (۱۰/۰۶)	۱۵/۱۶ (۶/۴۷)
مطالعه پی گیری	۱۳/۰۸ (۵/۵۱)	۲۸/۱۶ (۱۱/۲۲)	۱۵/۵۸ (۶/۱۵)
مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ			
پیش آزمون	۲۰/۳۳ (۳/۳۱)	۲۲/۶۶ (۸/۴۱)	۱۳/۲۵ (۶/۲۸)
پس آزمون	۱۲/۴۱ (۷/۰۶)	۱۹/۴۱ (۸/۲۵)	۱۳/۵۰ (۷/۳۱)
مطالعه پی گیری	۱۲/۵۰ (۷/۹۲)	۱۹/۵۸ (۸/۴۴)	۱۲/۲۵ (۷/۵۹)
گروه کنترل			
پیش آزمون	۱۹/۳۶ (۳/۰۷)	۲۵/۶۳ (۱۱/۲۶)	۱۵/۲۷ (۹/۴۸)
پس آزمون	۲۱/۱۸ (۴/۷۲)	۲۴/۴۵ (۹/۵۹)	۱۵/۸۱ (۸/۱۹)
مطالعه پی گیری	۱۹/۸۱ (۳/۰۲)	۲۳/۱۸ (۹/۴۲)	۱۳/۳۶ (۸/۲۸)

جدول ۲. ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنیهای مورد بررسی

میانگین طول مدت بیماری	میانگین سنی	جنسیت		وضعیت تاهل		میزان تحصیلات			گروههای درمان
		مرد	زن	مجرد	متاهل	متوسطه	دیپلم	دانشگاهی	
۶/۳۵	۲۸/۳۱	۶	۸	۸	۶	۵	۵	۴	رفتاردرمانی شناختی
۴/۳۵	۲۷/۳۳	۷	۱۰	۱۱	۶	۶	۵	۶	مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ لیست انتظار
۵/۳۳	۳۳/۲	۷	۸	۱۰	۵	۶	۴	۵	

جدول ۳. تحلیل واریانس چند متغیره یک راهه برای دوره های کوتاه مدت و بلند مدت و سواسی-اجباری، افسردگی و اضطراب

منبع	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	P-Value	
گروهها	وسواس کوتاه مدت	۱۴۲۵/۳۲	۲	۷۱۲/۶۶	۱۸/۴۴	<۰/۰۰۱	
	وسواس بلند مدت	۷۶۷/۵۲	۲	۳۸۳/۷۶	۱۱/۰۱	<۰/۰۰۱	
	افسردگی کوتاه مدت	۸۰/۱۶	۲	۴۰/۰۸	۱/۸۳	۰/۱۹	
	افسردگی بلندمدت	۶/۳۲	۲	۳/۱۶	۰/۰۹	۰/۹۱	
خطا	اضطراب کوتاه مدت	۵۹/۰۴	۲	۲۹/۵۲	۱/۸۸	۰/۱۶	
	اضطراب بلندمدت	۶/۵۷	۲	۳/۲۸	۰/۱۶	۰/۸۴	
	وسواس کوتاه مدت	۱۲۳۶/۲۲	۳۲	۳۸/۶۳			
	وسواس بلند مدت	۱۱۱۴/۶۴	۳۲	۳۴/۸۳			
	افسردگی کوتاه مدت	۷۴۰/۸۰	۳۲	۲۳/۱۵			
	افسردگی بلندمدت	۱۰۷۴/۶۴	۳۲	۳۳/۵۸			
	اضطراب کوتاه مدت	۵۰۱/۶۴	۳۲	۱۵/۶۷			
	اضطراب بلندمدت	۶۳۵/۸۲	۳۲	۱۹/۸۷			

بیماران وسواسی صرفاً بعد از مواجهه سازی با موقعیتهای برانگیزانندهی وسواسی کاهش پیدا می کرد. در بخش نتایج مشاهده شد که در کاهش علائم وسواسی هر دو گروه رفتاردرمانی شناختی و مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ تفاوت معنی داری با گروه کنترل داشتند، اما بین رفتاردرمانی شناختی و مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ هیچ تفاوت معنی داری وجود نداشت. نتیجهی این پژوهش در مورد اثر بخشی روشهای درمانی رفتاردرمانی شناختی و مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ هماهنگ با بررسیهایی است که نشان می دهند، روشهای درمانی فوق، مداخله های کار آمدی در درمان مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری می باشند (۹، ۵). همچنین نتایج این پژوهش در مورد تفاوت میزان اثربخشی روشهای درمانی رفتاردرمانی شناختی و مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ با هم دیگر منطبق با پژوهشهایی است که این تفاوت را معنی دار گزارش نکرده اند. Oppen و همکاران (۱۱) برای نخستین بار رفتاردرمانی شناختی را با رفتاردرمانی مقایسه کردند، که تفاوت معنی داری بدست نیامد. در پژوهشی دیگر تاثیر درمان عقلانی عاطفی بر بیماران مبتلا به وسواس مورد بررسی قرار گرفت. تاثیر این روش تقریباً همانند روش مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ توسط خود بیمار بود

همانطوری که در جدول شماره ۳ دیده می شود گروههای مورد بررسی فقط در متغیر وسواسی تفاوت معنی داری با هم دارند. اما درد و متغیر افسردگی و اضطراب بین هیچکدام از گروهها تفاوت معنی دار ندارند. برای تعیین منبع دقیق تفاوت گروهها از آزمون تعقیبی T توکی استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که در متغیر وسواسی، رفتاردرمانی شناختی و مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ تفاوت معنی داری با گروه کنترل در کوتاه مدت و بلند مدت دارند $P < ۰/۰۱$ اما در این متغیر بین رفتاردرمانی شناختی و مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ تفاوت معنی دار نمی باشد. و در متغیرهای افسردگی و اضطراب بین هیچ کدام از گروهها تفاوت معنی دار وجود ندارد.

بحث

با توجه به اینکه اختلال وسواسی-اجباری، بیشتر اختلالی است که در فرایند پردازش اطلاعات، بر خورد شناختی با آن منطقی به نظر می رسد، اما نکتهی مهم آن است که در بسیاری از بیماران نشانه های ناراحت کننده و مخمل زندگی، بیشتر رفتاری هستند. همانطور که در طی این پژوهش مشاهده شد، بسیاری از علائم

شناختی را تصحیح نمی‌کند ولی منجر به جمع بندی نوینی از شرایط می‌شود که در آن، آنچه بیشتر خطرناک بود، اکنون بی خطر شناخته می‌شود.

نتیجه گیری

به هر حال، هنوز بهترین روش مداخله برای تغییر افکار بیماران وسواسی-اجباری روشهای شناختی نیستند بلکه در حال حاضر شیوه های رفتاری همچنان روشهای موثری برای تغییر افکار بیماران وسواسی نیز هستند (۱۱،۱۲).

گفتنی است که کمی تعداد نمونه، کوتاه بودن طول مدت درمان، اثر بیش ازمون روی نمره ها، نداشتن گروه پلاسبو، تفاوت سن و سطوح شدت علائم وسواسی-اجباری از جمله محدودیتهای این پژوهش می‌باشند.

(۲۴). Beens و Emmelkamp (۱۶) دوباره درمان عقلانی عاطفی را با مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ مقایسه کردند. درمان عقلانی عاطفی برابر با مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ بود و همراه شدن این دو نیز موثرتر از هر یک به تنهایی نبود. باید توجه داشت که این یافته ها منکر این مساله نیستند که افراد مبتلا به وسواس از پدیده‌های ذهنی ویژه‌ای مانند افکار بیش بها داده شده و کمال گرایی رنج می‌برند. این پدیده‌ها بی شک در پدید آیی و سیر اختلال موثر هستند و پیشرفت درمان را کند می‌کنند. تغییر این افکار یا تصورات هم ضروری به نظر می‌رسد، بطوری که طراحی و اجرای مداخله‌های رفتاری با استفاده از عناصر شناختی می‌تواند درمان را کوتاه‌تر و غنی تر نموده و فرآیند غالباً دشوار پذیرش درمان رفتاری را از سوی بیمار آسانتر کرده و سبب افت کمتر آزمودنیها گردد (۲۵). افزون بر آن Foa و Steketee (۱۱)، دریافته‌اند که مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ گرچه مستقیماً نقص

References

- Kaplan AH, Sadvk B. *Sinopsis of Psychiatry and Behavioral Sciences - Clinical Psychiatry* (LOL Purafkary) Tehran, Shahrabi, 2003; PP: 228.
- Dadestan P. *Abnormal Psychology from Infancy through Adulthood*. Tehran, 5th ed, Roshed Publishing, 1999; PP: 172.
- Riggs D, Foa E. Obsessive-compulsive disorder. In: D.H. Barlow (ed), *Clinical Handbook of psychotherapy: A step-by-step treatment manual*. New York, Guilford Press, 1993; PP: 189-239.
- Storch EA, Lisa J, Merlo LJ. Obsessive-compulsive disorder: strategies for using cbt and pharmacotherapy. Departments of pediatrics and psychiatry university of Florida. *Gainesville* 2006; **55**: 329-333.
- Foa EB, Steketee G, Grayson JB, Turner RM, Latimer PR. Deliberate exposure and blocking of obsessive compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Behavior Therapy* 1984; **15**: 450-472.
- Foster PS, Eisler RM. An integrative approach to the treatment of obsessive- compulsive disorder. *Comprehensive psychiatry* 2001; **42**: 24-31.
- Stanley MA, Turner SM. Current status of pharmacological and behavior treatment of obsessive compulsive disorder. *Behavior therapy* 1995; **26**: 163-186.
- Salkouskis PM. Obsessions and compulsions. In Scott J, Marks I, Williams G, Beck AT. *Cognitive Therapy in clinical Practice: an Illustrative casebook*. London, Rutledge, 1989; PP: 24-31.
- Barret P, Healy-Farrell L, March JS. Cognitive-Behavior family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *J Am Acad child a adolescent psychiatry* 2004; **43**: 46-62.
- Pinard G. The pharmacologic and psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Canadian journal of psychiatry* 2006; **51**: 405-406.
- Oppen PV, Dehaan E, Balkom AJL, Spinhoven P, Hoogdoin K, Dyck R. Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of Obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy* 1995; **33**: 379-390.
- Whittal ML, Thordarson DS, Mclean PD. Treatment of obsessive compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behavior and research therapy* 2004; **43**: 1559-1576.
- Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional- compulsive complaints. *Behavior Research and therapy* 1977; **15**: 389-395.
- Rachman SJ, Hodgson RJ. Obsessions and compulsions. *Englewood Cliffs* 1980; **13**: 110-112.
- Steketee GS. *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. London, Guilford Press, 1993; PP: 150-153.
- Emmelkamp P, Beens H. Cognitive therapy whit obsessive compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behavior Research and Therapy* 1991; **29**: 293-306.
- Dadfar M. Comorbidity study of personality disorder among obsessive-compulsive patients. Tehran: Tehran Psychiatric Institute: 1997.
- Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Manual for the BDI-II*. San Antonio, TX: The psychological corporation, 1996; PP: 115-117.
- Mutaby A, Jazayeri A, Mohammad Khani L, Purshahbaz A. The Comparison of Psychological causes of relapse patients with / without relapse and normal people. *Psychology J* 2006; **2**: 33-40.

20. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory. 2nd ed : BDI-II – Persian. *Journal of Depression and Anxiety* 2005; **21**: 185-192.
21. Beck AT, Epstein N, Brown GK, Steer RA. An inventory for measuring and clinical anxiety. *Psychometric Properties Journal of Consulting Clinical Psychology* 1998; **50**: 893-897.
22. MahmoudaLiloo M. The Study of responsibility attitude among obsessive-compulsive patients. *Journal of Science and Technologies of Human Sciences* 2005; **3**: 46-53.
23. Leahy RL, Holland SJ. *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders* 2000; **2**: 242-276.
24. Emmelkamp PMG, Visser S, Hoekstra R. Cognitive therapy vs. Exposure in treatment of obsessive compulsives. *Cognitive Therapy and Research* 1988; **12**: 103-114.
25. Salkoviskis PM, Warwick HMC. Morbid reoccupation, health, anxiety and reassurance: A cognitive behavioral approach to hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy* 1986; **24**: 597-602.