

شیوه‌های شناختی - رفتاری و سواس^۱

دکتر حسن احدی، دکتر علی دلاور، دکتر حسین آزاد، دکتر حسن نوزنده جانی

چکیده

این پژوهش مبتنی بر نظریه‌های شناختی - رفتاری و زیست شیمیایی درمان اختلال‌های روانی و به منظور ارزیابی کارآمدی نسبی شیوه‌های شناختی - رفتاری، دارودرمانی و ترکیب آنها در درمان اختلال سواس فکری و عملی انجام شده است. نتایج پژوهش بیانگر این است که از لحاظ سن، تحصیلات و مدت ابتلاء و جنسیت تفاوت معنی‌داری میان گروه‌ها وجود ندارد، اما از نظر وضعیت تأهل تفاوت معناداری میان گروه‌ها به چشم می‌خورد. همچنین، هر کدام از روش‌های درمانی به تنهایی موجب کاهش علائم سواسی سطح افسردگی، اضطراب، تغییر باورها، افکار ناهشیارانه یا ناسالم و نیز بهبود نسبی سازگاری اجتماعی بیماران شد، اما ترکیب دارودرمانی و تکنیک شناختی - رفتاری نسبت به هر یک از درمان‌ها به تنهایی، و گروه کنترل فهرست انتظار اثربخشی بیشتری داشت. درمان شناختی - رفتاری نیز به جز شاخص بهبود افسردگی در سایر شاخص‌ها نسبت به دارودرمانی برتری داشت.

Abstract :

This research has been done according to the cognitive - Behavioural theories and bio - chemical of mental disorder therapy in order to evaluate the relative efficiency of cognitive - behavioural techniques and use them in the treating of obsessive compulsive disorder. The results of this study show that regarding the age , education , duration of the affliction and sex , there is no significant difference between groups , but regarding the marital status there is a significant difference between groups . Moreover , each technique of therapy by itself decreased the obsessive signs of depression level , anxiety , changing of the beliefs , automatic and incorrect thoughts and also improved the social adjustment of the patients . The combination of medicine therapy and the cognitive - behavioral technique had better effects in comparison with each of the therapies by itself and the control group . The cognitive - behavioural therapy except in the indicator of recovering the depression was better than the medicine therapy .

^۱ این پژوهش در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران بوسیله دکتر حسن نوزنده جانی صورت گرفته است. برای اخذ درجه دکتری استاد راهنما دکتر حسن احدی، استاد مشاور، دکتر علی دلاور استاد ناظر و داور دکتر حسین آزاد

مقدمه

خصوصیت اصلی وسواس فکری و عملی^۱ افکار و وسواسی عودکننده یا اعمال اجباری است. افکار وسواسی همان عقاید، تصورات یا تکانه‌هایی هستند که به طور مکرر و به شکل کلیشه‌ای به ذهن بیمار خطور می‌کنند. این افکار پیوسته موجب پریشانی بیمار می‌شوند و فرد مبتلا با تلاش ناموفق درصدد مقابله با آنها برمی‌آید (کاپلان^۲ و سادوک^۳، ۱۹۹۵). اعمال یا تشریفات وسواسی به صورت رفتارهای کلیشه‌ای درمی‌آیند که بیمار مدام آنها را تکرار می‌کند. این اعمال اساساً لذتبخش نبوده و مفید فایده نیستند. (ریگز^۴ و فوآ^۵، ۱۹۹۹). علایم خودکار اضطراب غالباً وجود دارد. ارتباط تنگاتنگی میان علایم وسواسی، به ویژه افکار وسواسی و افردگی وجود دارد. در این اختلال و اختلال افسردگی عودکننده، به موازات افزایش یا کاهش شدت علایم افسردگی، عموماً تغییراتی در شدت علایم وسواسی بروز می‌کند (راکمن^۶ و همکاران، ۱۹۹۵). این اختلال در زنان و مردان به طور مساوی وجود دارد و اغلب خصوصیات وسواس گونه در شخصیت اصلی وجود دارد. شروع اختلال معمولاً در اوایل بزرگسالی و گاهی در کودکی است. سیر آن متغیر بوده و احتمالاً بدون علایم عمده افسردگی به سوی مزمن شدن می‌رود (توزنده جانی، ۱۳۷۵؛ پورافکاری، ۱۳۶۸). افسردگی، اضطراب و سوگیری توجه برای پردازش انتخابی اطلاعات مربوط به تهدید ازجمله پدیده‌های بالینی در این اختلال محسوب می‌شوند. (متووس^۷، ۱۹۹۰).

مطالعات درمانی در مورد این اختلال به طور کلی در سه زمینه دارودرمانی، رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی و ترکیب درمانهای شناختی- رفتاری با دارودرمانی بوده است (جنیک^۸، ۱۹۹۸). برخی متخصصان درمان‌دارویی را به عنوان روش برخورد اول با این اختلال بکار می‌برند. تعداد کثیری از مواد دارویی، خواه ضد اضطراب یا ضد افسردگی، به منظور معالجه علایم وسواس فکری و عملی به کار گرفته می‌شود. از جمله این داروها می‌توان به ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای (مانند ایمی پرامین، کلومی پرامین و دوکسپین)؛ بنزود یا زپینها

^۱- Obsessive compulsive disorder

2- Kaplan

3- Sadock

4- Riggs

5-Foa

7-Mathews

8- Jenike

(مانند کلردیازپوکساید، دیازپام و...)؛ مهارکننده‌های مونوآمین اکسیداز (مانند کلردیپیلین، فنلزین) و آرام‌بخشهای عمده (مثلاً، کلروپرمازین و هالوپریدول) اشاره کرد (ترنر^۱ و بیدل^۲، ۱۹۹۶؛ ابل^۳، ۱۹۹۳؛ استکتی^۴، ۱۹۹۳؛ استکتی^۵، ۱۹۹۹). گریست، (۱۹۹۱) و مک کونالی، (۱۹۹۱).

نقش سروتونین در این اختلال را مطرح کرده است. این یافته استفاده فراینده از داروهای سروتونرژیک در درمان اختلال وسواس فکری - عملی را به دنبال آورد.

کلومی پرامین یک مهارکننده قوی جذب مجدد سروتونین است و اثر ویژه ضدوسواسی دارد (فلامنت^۶ و همکاران، ۱۹۹۸؛ بمولیوم^۷ و سوکمن^۸، ۱۹۹۷؛ تولفسون^۹ و همکاران، ۱۹۹۷) این که آیا اثرات ظاهری کلومی پرامین از نوع عمل ضدوسواسی خاصی ناشی می‌شود و یا نتیجه ثانوی خواص ضدافسردگی آن است، در حال حاضر چندان روشن نیست. نتایج به دست آمده از پژوهش (مارکس^{۱۰} و همکاران، ۱۹۹۱) مؤید نظر دوم است.

در درمان رفتاری اختلال وسواس فکری و عملی درمانهای مختلفی، از جمله غرقه‌سازی، مواجهه و یا پیشگیری از پاسخ، حساسیت‌زدایی منظم، الگوسازی مشارکتی یا فعال ایجاد وقفه در فکر یا " ایست فکری " به کار برده شده است.

درمانهای رفتاری که عمدتاً غرقه‌سازی و مواجهه و پیشگیری از پاسخ هستند، گونه‌ای از واقعیت تحت شرایط کنترل شده درمانی محسوب می‌شوند. فرض بر این است که این فرایند درمانی به بیمار اجازه می‌دهد که بفهمد حادثه ترسناک و اضطراب‌انگیز، عملاً اتفاق نخواهد افتاد و اجتناب ضرورتی ندارد (واکر^{۱۱} و همکاران، ۱۹۹۱).

^۱-turner

3- abel

4- Steketee

6- Sookman

7-Sookman

9-Marks

10-Walker

12- Muller

13- Salkovskis

15- Midse

16- Mirr

18 - Bellack

2-bidel

5-solyom

8-Tollefson

11- Kutz

14- Walton

17- Hersen

آیزیک (۱۹۷۳) معتقد است که علاوه بر نیرومندی پاسخ محرک غیرشرطی و طول مدت مواجهه، ویژگیهای شخصیتی نیز در کاهش سطح اضطراب مهم‌اند. فوآ و کوزاک (۱۹۹۶) اثر رویارویی درمانی را توضیح و تبیین نموده‌اند و نقش درمانهای رفتاری مانند مواجهه و پیشگیری از پاسخ را در کاهش رفتارهای وسواسی مهم یافته‌اند. راکمن و همکاران (۱۹۹۳) و نیز مارچ (۱۹۹۵) درمان غرقه‌سازی را توصیه می‌کنند؛ اما براساس نظریه کاتز^{۱۱} و مولر^{۱۲} (۱۹۹۴) و فوآ و همکاران (۱۹۹۲) روش یا فن به خودی خود چندان مهم نیست. آنچه مهم است فعال‌سازی ساختار ترس و ایجاد نوعی خوگیری نسبت به موقعیت اضطراب‌انگیز است (به نقل از سالکوسکیس^{۱۳}، ۱۹۹۹).

والتون^{۱۴} و میدز^{۱۵} (۱۹۸۳) ادعا می‌کنند که مواجهه ممکن است در مورد بیمار غیرمزمّن مؤثر باشد، اما درمورد بیماران مزمن بدون جلوگیری از پاسخ، بهبودی ایجاد نخواهد کرد. میر^{۱۶} (۱۹۶۶) با استفاده از مواجهه درازمدت با قرینه‌های وسواس برانگیز و جلوگیری از پاسخ، بازده موفقیت آمیز را در دو بیمارگزارش داد (به نقل از فوآ و همکاران، ۱۹۹۲). سولیوم و سوکمن (۱۹۹۷) تأثیر کلومی پرامین و درمان رفتاری (مواجهه) را مقایسه نمودند. نتایج این پژوهش بیانگر آن بود که مواجهه بهبود معناداری در تشریفات وسواسی، خلق افسرده و سازگاری اجتماعی بوجود می‌آورد، اما کلومی پرامین همانند مواجهه در کاهش افکار وسواسی مؤثر نبوده است.

مارکس (۱۹۹۱) درمانهای شناختی، دارویی، رفتاری، ترکیب درمانهای شناختی - رفتاری و دارو و دارونما را مقایسه نمود. نتایج بیانگر برتری درمان ترکیبی نسبت به سایر درمانها بود. مطالعه هرسن^{۱۷} و بلاک^{۱۸} (۱۹۹۵) درمورد سه بیمار مبتلا به وسواس فکری و عملی نیز بیانگر برتری درمانهای ترکیبی بوده است. فوآ و همکاران (۱۹۹۲) دارودرمانی و مواجهه و پیشگیری از پاسخ را مقایسه نمودند. نتایج نشان‌دهنده این بود که دارودرمانی، باعث تقلیل اضطراب کلی و افسردگی بیماران شده است، ولی تأثیرچندانی روی علائم وسواسی نداشته است. پژوهش سالکوسکیس (۱۹۹۵) نیز همین نتایج را تایید نموده است.

با توجه به این یافته‌ها، به نظر می‌رسد که ترکیب درمانهای دارویی و شناختی - رفتاری، درمان بهتری برای مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی باشد. بنابراین، در این پژوهش سعی شده است مقایسه‌ای میان درمانهای مختلف در مقایسه با گروه کنترل، بعمل آید.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه تجربی است و محقق در نظر دارد با انجام درمان‌های دارویی، رفتاری - شناختی و ترکیب آنها و مقایسه این روشها با گروه کنترل اثربخشی هر یک از آنها را در تقلیل افکار و اعمال وسواسی و سایر شاخصهای بهبود بسنجد. متغیر مستقل در این تحقیق روشهای درمانی و متغیر وابسته کاهش علائم وسواسی، سطح اضطراب، افسردگی، تغییر باورها، افکار ناهشیارانه (ناسالم) و سبک اسنادی و افزایش سطح سازگاری اجتماعی است.

درمان رفتاری، (مواجهه و پیشگیری از پاسخ) گاهی به صورت تجسمی در جلسات درمان انجام می‌شد، سپس به موقعیتهای واقعی زندگی تعمیم داده می‌شد. فنون مختلف شناختی - رفتاری عمدتاً متکی بر الگو شناختی سالکوسکیس و ون اوپن و آرنتر بود و دارودرمانی (کلومی پرامین) توسط همکاران روانپزشک انجام می‌شد.

آزمودنی‌ها

نمونه این پژوهش را ۳۲ بیمار (۲۱ مرد و ۱۱ زن) مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی تشکیل می‌داد که از هر دو جنس و در فاصله سنی ۱۵ تا ۴۵ قرار داشتند. مدت ابتلای این بیماران حداقل ۱۰ ماه و در مواردی تقریباً ۴ تا ۶ سال، و تحصیلات آنها حداقل دوم راهنمایی بود. سعی شد گروهها از نظر سن، جنس، تحصیلات، مدت ابتلاء به بیماری و وضعیت تأهل تا حد ممکن همسان و همگن باشند. آزمودنیها از بین مراجعان به چند کلینیک خدمات مشاوره و روانشناسی (مرکز بوستان امید) به صورت تصادفی انتخاب و سپس به طور تصادفی در چهار گروه جایگزین شدند.

شیوه اجرا

این پژوهش دارای سه مرحله بود. مرحله اول پیش تحقیق بود که با طرح مشابهی اجرا شد و به منظور شناسایی کاستیهای روش اجرایی پژوهش و تسلط در به کارگیری تکنیکهای درمانی صورت گرفت. مرحله دوم باتفاوتهایی در گروهها (تعداد، تحصیلات، ابزارهای پژوهش) و روش اجرا شروع شد. در مرحله دوم، بعد از مصاحبه تشخیصی، هر آزمودنی با

استفاده از مقیاسهای پژوهشی مورد آزمون قرار می‌گرفت. سپس هر گروه به طور مستقل و هر فرد به صورت انفرادی در معرض متغیرهای مستقل مربوطه قرار می‌گرفت. برای دو گروه درمان‌شناختی - رفتاری و ترکیب درمان‌شناختی - رفتاری و دارودرمانی در هر هفته یک جلسه ۱/۵ ساعته تشکیل می‌شد. اما برای گروه دارودرمانی براساس نظر روانپزشک عمل می‌شد. اما گروه کنترل لیست انتظار تنها در جلسات ارزیابی شرکت می‌کردند. در اواسط درمان (هفته ۵ تا ۶) گروهها مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند. برای هر بیمار به طور متوسط ۱۲ تا ۱۳ جلسه درمانی برگزار گردید و در پایان دوره درمان، مجدداً تمام آزمودنی‌های چهار گروه با استفاده از مقیاسهای پژوهش مورد آزمون قرار گرفتند. مقیاسهای وسواس فکری و عملی مادسلی، یل براون و فهرست اعمال وسواسی برای ارزیابی علایم وسواسی بیماران به کار برده شد. مقیاس اضطراب حالت - صفت اشمپلبرگر برای سنجش سطح اضطراب، دو مقیاس برای سنجش افسردگی (مقیاس افسردگی بک و هامیلتون)، سه مقیاس باورها، نگرشهای ناسالم و سبک اسنادی برای بررسی تغییرات شناختی و مقیاس سازگاری اجتماعی کالیفرنیا برای ارزیابی سطح سازگاری اجتماعی به کار برده شدند، مرحله سوم پژوهش به دلیل عدم مراجعه بیماران به صورت کامل انجام نشد. بنابراین، مرحله سوم (پیگیری) از پژوهش فعلی حذف گردید. در پایان، نتایج با استفاده از مقیاسهای آماری X^2 ، تحلیل واریانس یک عاملی، تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون t همبسته تحلیل و مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج پژوهش

بررسی نتایج آزمونهای مربوط به ویژگیهای دموگرافیک آزمودنیها نشان می‌دهد که چهار گروه فوق در خصوصیات نظیر سن، جنس، تحصیلات و مدت ابتلاء به بیماری تفاوت معناداری ندارند، اما فرض یکسان بودن گروهها در متغیر وضعیت تأهل مورد تایید قرار نگرفت. همچنین، تحلیل واریانس یک عاملی پیش‌آزمون گروهها نشان می‌دهد که در تمام آزمونهای مورد استفاده F محاسبه شده کوچکتر از $F_{0/01}$ با درجه آزادی $df = 3, 27$ می‌باشد. بنابراین، فرض یکسان بودن گروهها در پیش‌آزمون مورد تأیید قرار گرفت.

تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر نمره‌های پیش‌آزمون، آزمون میانی و پس‌آزمون مقیاسهای مختلف در جدول ۱-۱ تا ۱-۵ ارائه شده است. همان طور که ملاحظه می‌شود اندازه تابع F تحلیل واریانس در مورد گروهها، زمان و تعامل، زمان و گروه در تمامی مقیاسها

تفاوت معناداری را بین گروهها نشان می‌دهد و حاکی از اثربخشی شیوه‌های مختلف درمانی، تأثیر زمان در میزان اثر روشهای درمانی و اثر تعامل زمان و گروهها در شاخصهای بهبودی است. (یعنی کاهش علائم و سواسی، اضطرابی، افسردگی، تغییرات شناختی و افزایش سازگاری اجتماعی). برای خلاصه کردن نتایج درجه آزادی و F جدولها ارائه شده است.

جدول ۱-۱ خلاصه نتایج تحلیل واریانس پرسشنامه و سواس فکری و عملی مادسلی

منبع تغییرات آزمونها	درجه آزادی			F		
	گروه	زمان	تعامل زمان و گروه	گروه	زمان	تعامل زمان و گروه
پرسشنامه و سواس فکری و عملی مادسلی (نمره کارمقیاس)	۳، ۱۸	۲ و ۱۲	۶ و ۳۶	۱۳۹/۳۵	۳۴۲	۹۰/۴۰
خرده آزمون واریسی پرسشنامه مادسلی				۶۹/۸۹	۳۲۷/۴۱	۳۱/۵۲
خرده آزمون ششستس پرسشنامه مادسلی				۴۷/۶۱	۲۰۱/۶۵	۴۵/۶۴
خرده آزمون کنلیدی - تکرار پرسشنامه مادسلی				۱۵/۵۴	۳۹/۶۵	۱۶/۷۱
خرده آزمون شک - تردید پرسشنامه مادسلی				۱۹/۵۶	۴۴/۴۷	۱۷/۷۸

جدول ۱-۲ خلاصه نتایج تحلیل واریانس پرسشنامه و سواس فکری و عملی یل براون

و فهرست اعمال و سواسی

منبع تغییرات آزمونها	درجه آزادی			F		
	گروه	زمان	تعامل زمان و گروه	گروه	زمان	تعامل زمان و گروه
پرسشنامه و سواس فکری و عملی یل براون نمره کل مقیاس				۵۱/۲۲	۴۲۲/۱۶	۶۴/۷۵
خرده آزمون و سواس فکری مقیاس یل براون				۲۰/۵۵	۱۴۹/۱۳	۱۹/۵۴
خرده آزمون و سواس عملی مقیاس یل براون				۶۳/۲۱	۲۱۸/۳۰	۶۱/۱۶
فهرست اعمال و سواسی				۷۴/۵۴	۴۹۵/۸۳	۷۶/۷۷

جدول ۳-۱ خلاصه نتایج تحلیل واریانس پرسشنامه اضطراب حالت و صفت اشمپلبرگر

متن تغییرات آزمونها	درجه آزادی			F		
	گروه	زمان	تامل زمان و گروه	گروه	زمان	تامل زمان و گروه
اضطراب حالت پرسشنامه اشمپلبرگر				۱۸/۸۹	۱۷۹/۵۶	۳۵/۸۴
اضطراب صفت پرسشنامه اشمپلبرگر				۱۵/۵۶	۱۴۲/۴۶	۲۳/۱۸

جدول ۴-۱ خلاصه نتایج تحلیل واریانس پرسشنامه افسردگی بک و هامیلتون

متن تغییرات آزمونها	درجه آزادی			F		
	گروه	زمان	تامل زمان و گروه	گروه	زمان	تامل زمان و گروه
پرسشنامه افسردگی بک				۱۵/۰۴	۲۲۲/۸۰	۴۶/۴۶
پرسشنامه افسردگی هامیلتون				۲۲/۶۴	۳۸۹/۱۶	۳۹/۶۴

جدول ۵-۱ خلاصه نتایج تحلیل واریانس پرسشنامه‌های تغییرات شناختی و سازگاری اجتماعی

متن تغییرات آزمونها	درجه آزادی			F		
	گروه	زمان	تامل زمان و گروه	گروه	زمان	تامل زمان و گروه
پرسشنامه باورها				۱۶/۹۹	۱۲۱/۵۰	۵۰/۳۰
پرسشنامه نگرشهای ناسالم				۵/۳۱	۷۱/۰۴	۲۲/۶۹
پرسشنامه سبک استنادی				۴/۱۹	۳۵/۸۷	۱۵/۰۷
پرسشنامه سازگاری اجتماعی				۹/۰۷	۳۶۰/۴۶	۳۳/۸۹

برای تحلیل بیشتر اثر زمان و مشخص نمودن اثر زمان در هر یک از گروه‌های درمانی به طور جداگانه آزمون t همبسته را با استفاده از نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون مقیاسهای مختلف محاسبه کردیم. جدول ۱-۲ تا ۲-۵ خلاصه نتایج این آزمون را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که t_1 مربوط به درمان شناختی - رفتاری، t_2 درمان دارویی و t_3 درمان ترکیبی و t_4 مربوط به گروه کنترل لیست انتظار می‌باشد. با توجه به این که t محاسبه شده از $0/01$ با درجه آزادی ($df = 6, df = 7$) در گروه کنترل) بزرگتر می‌باشد، بنابراین فرض صفر تایید نمی‌شود و با 99% اطمینان نتیجه می‌گیریم که بین میانگینهای مورد مقایسه تفاوت معناداری وجود دارد و حاکی از اثربخشی روشهای درمان شناختی - رفتاری، دارودرمانی و ترکیب آنها (در مقایسه با گروه کنترل) در شاخصهای بهبودی است (یعنی کاهش علائم و سواسی، اضطرابی، افسردگی، تغییرات شناختی و افزایش سازگاری اجتماعی)، اما در گروه کنترل این تفاوت معنادار نبوده است.

جدول ۱-۲ خلاصه نتایج آزمون t همبسته در پرسشنامه و سواس فکری و عملی
مادسلی

آزمونها	درجه آزادی		آزمون همبسته			
	گروه درمان $n = 7$	گروه کنترل $n = 6$	T_1	T_2	T_3	T_4
پرسشنامه و سواس فکری و عملی مادسلی (نمره کل مقیاس)			۵۹/۵۳	۷/۰۳	۳۲/۲۳	۰/۱۶
خرده آزمون واریسی پرسشنامه مادسلی			۱۷/۶۷	۴	۲۱/۵۴	-۲/۳۸
خرده آزمون شناسی پرسشنامه مادسلی			۲۰/۰۳	۴/۹۲	۱۸/۱۹	۰/۳۱
خرده آزمون کلمی - تکرار پرسشنامه مادسلی			۱۰/۳۶	۶/۱۸	۸/۹۲	۰/۰۰۰
خرده آزمون شک - تردید پرسشنامه مادسلی			۱۳/۵۱	۳/۲۱	۸/۶۳	-۱/۶۵

جدول ۲-۲ خلاصه نتایج آزمون t همبسته در پرسشنامه وسواس فکری و عملی یل براون و فهرست اعمال وسواسی

متغیرها آزمونها	درجه آزادی		آزمون همبسته			
	گروه درمان ۷ =	گروه کنترل ۶ =	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄
پرسشنامه وسواس فکری و عملی یل براون (نمونه کل)			۴۴/۸۸	۷/۴۲	۱۹/۸۱	۱/۷۷
خرده آزمون وسواس فکری پرسشنامه یل براون			۱۰/۹۹	۲/۷۵	۱۳/۷۸	۱/۳۳
خرده آزمون وسواس عملی پرسشنامه یل براون			۲۴/۸۴	۸/۵۰	۲۴/۰۸	-۲/۸۲
فهرست اعمال وسواسی			۱۶/۴۳	۵/۱۸	۲۳/۵۴	-۲/۷۱

جدول ۲-۳ خلاصه نتایج آزمون t همبسته در پرسشنامه افسردگی بک و هامیلتون

متغیرها آزمونها	درجه آزادی		آزمون همبسته			
	گروه درمان ۷ =	گروه کنترل ۶ =	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄
پرسشنامه افسردگی بک			۱۷/۱۹	۹/۳۸	۱۳/۲۷	۱/۹۲
پرسشنامه افسردگی هامیلتون			۱۴/۸۶	۲۰/۴۹	۱۱/۸۷	۲/۳۳

جدول ۲-۴ خلاصه نتایج آزمون t همبسته در پرسشنامه اضطراب اشپیلبرگر

متغیرها آزمونها	درجه آزادی		آزمون همبسته			
	گروه درمان ۷ =	گروه کنترل ۶ =	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄
پرسشنامه اضطراب حالت اشپیلبرگر			۱۴/۱۱	۱۴/۹۰	۱۹/۹۹	۲/۵۴
پرسشنامه اضطراب صفت اشپیلبرگر			۱۴/۹۴	۹/۸۲	۹/۷۸	۲/۴۰

جدول ۵-۲ خلاصه نتایج آزمون t همبسته در پرسشنامه‌های تغییرات شناختی و سازگاری اجتماعی

متغیرها	درجه آزادی		آزمون همبسته			
	گروه درمان = ۷	گروه کنترل = ۶	T ₁	T ₂	T ₃	T ₄
آزمونها						
پرسشنامه باورها			۱۶۶۴	۰/۳۴	۱۶۷۶	۲/۲۰
پرسشنامه نگرشهای ناسالم			۸/۵۷	۰/۶۷	۷/۸۱	۲/۹۶
پرسشنامه سبک اسنادی			۵/۷۶		۶/۴۰	۰/۳۳
پرسشنامه سازگاری اجتماعی			۱۳/۸۸	۶/۲۷	۱۴/۲۹	۱/۶۵

با توجه به معنادار بودن اثر زمان و گروه و برای تحلیل بیشتر نتایج، تحلیل واریانس یک طرفه برای نمرات آزمون میانی و پس آزمون را به طور جداگانه محاسبه کردیم. همان طور که در جدول ۱-۳ تا ۳-۵ ملاحظه می‌کنیم اندازه تابع F در مرحله آزمون میانی و پس آزمون از ۰/۰۱ F با درجه آزادی (df = ۳ و ۲۷) بزرگتر است بنابراین فرض یکسان بودن گروهها در این مرحله رد می‌شود و با ۹۹٪ اطمینان نتیجه می‌گیریم که شیوه‌های مختلف درمان در شاخصهای بهبودی موثر واقع شده‌اند.

جدول ۱-۳ خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های آزمون میانی و پس آزمون گروهها در پرسشنامه سواس فکری و عملی مادرسی

متغیرها	F	
	آزمون میانی	پس آزمون
پرسشنامه سواس فکری و عملی مادرسی (نمره کلی مقیاس)	۴۴/۸۸	۲۰۳/۳۰
خرده آزمون واریانس پرسشنامه مادرسی	۳۳/۳۵	۱۵۵/۹۱
خرده آزمون ششستار پرسشنامه مادرسی	۳۹/۰۱	۸۴/۳۱
خرده آزمون کنکدی - تکرار پرسشنامه مادرسی	۱۳/۸۷	۲۶/۵۲۳
خرده آزمون شک - تردید پرسشنامه مادرسی	۵/۰۳	۴۴/۵۰

جدول ۲-۳ خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های آزمون میانی و پس‌آزمون گروه‌ها
پرسشنامه وسواس فکری و عملی یل براون و فهرست اعمال وسواسی

متغیرها	F	
	آزمون میانی	پس‌آزمون
آزمونها		
پرسشنامه وسواس فکری و عملی یل براون (نمره کل)	۲۱/۸۲	۱۱۵/۱۰
خرده آزمون وسواس فکری پرسشنامه یل براون	۷/۹۸	۴۸/۹۱
خرده آزمون وسواس عملی پرسشنامه یل براون	۲۳/۶۳	۱۰۸/۳۷
فهرست اعمال وسواسی	۲۵/۹۵	۱۵۹/۳۲

جدول ۳-۳ خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های آزمون میانی و پس‌آزمون گروه‌ها در
پرسشنامه افسردگی بک و هامیلتون

متغیرها	F	
	آزمون میانی	پس‌آزمون
آزمونها		
پرسشنامه افسردگی بک	۱۵/۴۷	۸۰/۱۱
پرسشنامه افسردگی هامیلتون	۱۸/۱۵	۱۰۳/۲۷

جدول ۳-۴ خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های آزمون میانی و پس‌آزمون گروه‌ها در پرسشنامه
اضطراب اشیپلیرگر

متغیرها	F	
	آزمون میانی	پس‌آزمون
آزمونها		
پرسشنامه اضطراب حالت اشیپلیرگر	۶/۳۹	۶۲/۳۲
پرسشنامه اضطراب صفت اشیپلیرگر	۶/۸۵	۲۱/۴۵

جدول ۴-۵ خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره‌های آزمون میانی و پس‌آزمون گروهها در پرسشنامه‌های تغییرات شناختی و سازگاری اجتماعی

متغیرها	F	
	آزمون میانی	پس‌آزمون
پرسشنامه باورها	۹/۶۰	۴۲/۲۰
پرسشنامه نگرشهای ناسالم	۲۸۷	۱۹/۲۸
پرسشنامه سبک اسنادی	۴/۰۴	۲۳/۲۷
پرسشنامه سازگاری اجتماعی	۳/۸۲	۳۰/۸۵

فرضیه اول پژوهش این بود "که کارآمدی نسبی هر یک از روشهای درمانی (شناختی - رفتاری، دارودرمانی و ترکیب آنها) در درمان مبتلایان به وسواس فکری و عملی مؤثرتر از گروه کنترل است". تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه‌گیریهای مکرر نمره‌های پیش‌آزمون، آزمون میانی و پس‌آزمون و همچنین شاخص کل هر یک از شاخصهای بهبودی و سپس مقایسه میانگین‌ها نشان داد که هر سه روش در مقایسه با گروه کنترل (عدم درمان) در کاهش و بهبود اختلال وسواس فکری و عملی مؤثرترند.

مطابق با فرضیه دوم "اثربخشی نسبی درمان ترکیبی در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی مؤثرتر از دارودرمانی به تنهایی است. تحلیل‌های فوق نشان داد که درمان ترکیبی به جز شاخص افسردگی در سایر شاخصها (کاهش علائم وسواسی، سطح اضطراب، تغییر باورها، نگرشهای ناسالم، و سبک اسنادی و افزایش سازگاری اجتماعی) مؤثرتر از دارودرمانی به تنهایی است. دارودرمانی در تغییرات شناختی مؤثر نبوده است.

براساس فرضیه سوم "اثر بخشی نسبی درمان ترکیبی در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی مؤثرتر از درمان شناختی - رفتاری است. تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر هر یک از آزمونها و سپس شاخص کل آنها و مقایسه میانگین نشان داد که درمان ترکیبی به جز شاخص افسردگی و اضطراب در سایر شاخصهای بهبودی برتری چندانی نسبت به درمان شناختی - رفتاری ندارد.

مطابق فرضیه چهارم "اثر بخشی نسبی درمان شناختی - رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی مؤثرتر از دارودرمانی است". نتایج تحلیل‌های فوق بیانگر این

است که درمان شناختی - رفتاری به استثنای شاخص افسردگی در سایر شاخصهای بهبودی نسبت به دارودرمانی (به ویژه در تغییر باورها، نگرشهای ناسالم و سبک اسنادی) برتری دارد.

بحث در نتایج

در میان شیوه‌های مختلف درمان، دو رویکرد شناختی - رفتاری و دارودرمانی نتایج موفقیت‌آمیزی در درمان اختلال وسواس فکری و عملی داشته‌اند. اگر چه این درمانها با یکدیگر متفاوت‌اند، اما این فرض اساسی را در ذهن برمی‌انگیزند که اصلاح و تغییر افکار ناهشیارانه همراه با ایجاد تغییرات زیست شیمیایی زیرساخت این افکار و رفتارهای اجباری به پیامدها و نتایج مثبتتر از هر یک به تنهایی بینجامد.

همان طور که قبلا خاطر نشان شد، هر یک از درمانها در کاهش علائم وسواسی و سایر شاخصهای بهبودی در مقایسه با گروه کنترل موثر بودند. اثربخشی دارودرمانی (کلومی پرامین) در کاهش علائم عمدتا به دلیل اثرات ضدافسردگی و افزایش سطح خلقی این بیماران می‌باشد، اما اثر ضدوسواسی آن چندان واضح و شناخته شده نمی‌باشد.

کاربرد موفقیت‌آمیز و موثر درمانها در کاهش سطح افسردگی این بیماران که یک پدیده جنبی محسوب می‌شود، با بسیاری از پژوهشها هماهنگ است (ترنر و بیدل، ۱۹۹۶؛ ابل، ۱۹۹۳؛ استکتی، ۱۹۹۳؛ استکتی، ۱۹۹۹). از آنجا که افسردگی ثانوی بر اختلال وسواس می‌باشد، بهبود این اختلال به کاهش سطح افسردگی کمک خواهد کرد.

عدم تفاوت سه روش فوق در کاهش سطح افسردگی عمدتا به این دلیل است که افسردگی این بیماران ثانوی بر اختلال وسواس آنها می‌باشد در حالی که روشهای فوق اساسا متمرکز بر کاهش علائم وسواسی هستند. از سوی دیگر، ابزارهای سنجش افسردگی در این پژوهش اختصاصا مربوط به افسردگی هستند و بنابراین در بیمارانی که افسردگی آنها ثانوی بر اختلال دیگری مانند وسواس فکری و عملی است کارایی چندانی ندارد همچنین، بسیاری از داروهای مورد استفاده ضدافسردگی هستند، و در صورتی که همراه با درمان شناختی - رفتاری به کار برده شوند تغییر افکار ناسالم، منجمله افکار افسرده ساز، را تسهیل می‌کنند (مارکس، ۱۹۹۱؛ فوآ، کوزک، استکتی و مک کارتی، ۱۹۹۲).

از سوی دیگر، به خاطر این که بیماران کمتر علائم اساسی اضطراب را نشان می‌دهند، و پرسشنامه‌های مربوط به این زمینه متمرکز بر سنجش اضطراب هستند، ممکن است دامنه

نمره‌ها محدود شده و همین مسأله احتمالاً روی نتایج آماری تاثیر بگذارد. ممکن است گرایشهای ذهنی و سوگیری درمانگر نیز در نتایج این زمینه و سازگاری اجتماعی بیماران موثر بوده باشد.

بازگشت علایم بیماری تحت تاثیر عوامل آشکارساز از جمله مواردی است که در درمان اختلال وسواس فکری و عملی مهم تلقی می‌شود. جایگزینی درمانهای شناختی - رفتاری و تداوم جلسات پی‌گیری، راه‌پیشگیری از عود مجدد این بیماری در نظر گرفته می‌شود. (املکامپ و بینز، ۲۰۰۱). نتایج حاصل از درمان شناختی - رفتاری و ترکیب آن با دارودرمانی، به طور کلی نتایج مثبتتری دربرداشت که خود موید برتری این راه‌حل است. با توجه به این که سازگاری اجتماعی در دراز مدت حاصل می‌شود، به علت کوتاهی مدت این پژوهش، ناچیز بودن یا عدم تفاوت تاثیر روشهای فوق در متغیر وابسته نامتحمّل نیست. اما موفقیت درمان ترکیبی در بهبود سطح سازگاری اجتماعی قابل توجه بود.

عدم تفاوت درمان ترکیبی با درمان شناختی - رفتاری در شاخصهای بهبودی ممکن است ناشی از دوره کوتاه مدت درمان بسا کلمومی پرامین باشد. از سوی دیگر، اثرات درمانهای روانشناختی بسیار پایدارتر از دارودرمانی به تنهایی است. درمانشناختی - رفتاری نیز به استثنای شاخص افسردگی و اضطراب در سایر موارد نسبت به دارودرمانی به تنهایی برتری داشت. اگرچه در مرحله آزمون میانی در هیچ یک از شاخصها برتری نداشت، اما به نظر می‌رسد که درمانهای روانشناختی دراز مدت موفقتر از دارودرمانی به تنهایی می‌باشد.

به طور کلی، می‌توان گفت که دارودرمانی روی علایم جسمی و خلق بیماران اثر گذاشته و از شدت افسردگی و اضطراب می‌کاهد، ما درمانشناختی - رفتاری عمدتاً روی افکار و تکانه‌های وسواسی تاثیر گذاشته و به تدریج به سایر موقعیتهای واقعی زندگی تعمیم می‌یابد. بنابراین، می‌توان گفت که این دو شیوه درمان در بسیاری از موارد لازم و ملزوم یکدیگر هستند (تورپی و اولسون، ۱۹۹۹). به طور کلی، درمان موثر و کارآمد برای افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی ترکیبی از دو رویکرد شناختی - رفتاری و دارودرمانی است. انتظار می‌رود در پژوهشهای بعدی با کاربرد آزمونها و سنجشهای حین درمان و ارزیابی پی‌گیری و درمانهای طولانی‌تر، نارساییهای این پژوهش مرتفع گردد.

منابع

۱- توزنده جانی، حسن (۱۳۷۵). طبقه بندی بین‌المللی اختلالاتهای روانی رفتاری (ICD 10)

مشهد: انتشارات مردنیز .

- 2- Abel, J.I (1993). Exposure with response prevention and serotonergic antidepressants in the treatment of obsessive-compulsive disorder :A review and implication for interdisciplinary treatment. *Behavior Research and Therapy*, vol 31 (5), 463- 478 .
- 3-Eysenck , H.J (1991) . A . model for personality . New York : Springer Verlag.
- 4-Eysenck, H.J.(1973).*Handbookof abnormal psychology*, (2 nd ed), pritam medical, Northern Irland.
- 5- Flament , M.R. Rapoport , J.L : Bege , C.J.& Lake ,C.R.(1997).Biochemical change during clomipramin treatment of childhood obsessive disorder . *Archives of general Psychiatry*, 44, 219-225 .
- 6- Foa. E.B and Kozak, M.J. (1996). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, vol. 44, pp, 35-99 .
- 7- Foa, E.B, Kozak, M.j: steketee, G.S. & McCarthy, P.R. (1992). Imipramine and behavior therapy in the treatment of depressive and obsessive- compulsive symptoms. Immediate and long term effect. *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 31,pp , 249-292 .
- 8- Hersen , M.and Bellack , A.S. (1998). Handbook of clinical behavior therapy with adults. New York : Pleum Press .
- 9- Greist, I. (1999). An integrated approach to treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of clinical psychiatry*, vol 53 (suppl),pp, 38-41.
- 10- Jenilk, M.(1998). New development in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of clinical psychiatry*, vol. 55(10,supple),pp,1-5 .
- 11- Mcconalghy, N. (1991). The assesment and management of obsessive compulsive disorder. *Medical Journal of Australian*, vol. 154(11), PP,760-764 .
- 12- Kaplan, H. Sadock, J. (1995). *Comprehensive text book of psychiatry*, (sixth edition). Lo williams and wilkins.
- 13- March, J.S. (1995). Cognitive behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: A review and recommendation for treatment. *Journal of American Academic children-Adolescence-Psychiatry*, vol. 34(1), pp, 7-18.
- 14- Mathows, A. (1990). Why worry? The cognitive function of anxiety. *Behavior Research and Therapy*, vol. 19, pp, 455-498 .
- 15- Marks, L.M : (1991). Review of behavioral Psychotherapy obsessive . compulsive disorder . *Am J.Psychiarty* . 138(5) , 584 - 592 .
- 16-Marks.L.M: Stern , R.S : Mawson , D: Cobb , J.&McDonald (1990) . Clomipramin and exposure of obsessive - compulsive rituals : *British Journal of Psychiatry* , 136 , 1-25 .
- 17- Marks, I., Katz, R.Landau , P. & geiss, J. (1990). Drug versus behavioral treatment of obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, vol, 28, pp, 1065-1080.
- 18- Rachman , S: Hodson , R.& Marsks , I.M . (1993) . The treatment of obsessive compulsive neurotics by modeling and flooding in vivo . *Behavior Research and Therapy* , 11,463-471.
- 19- Riggs, D. & Foa, E. (1999). Obsessive- compulsive disorder. In D.H. Barlow (Ed), *Clinical Handbook of psychotherapy : A step-by-step Treatment Manual* (pp.189-239) . New yourk : The guilford press .
- 20- Rachman, S.J., Hodgson, R.J. (1995). *Obsesive and Compulsions*, Englewood cliffs, N.J., Prentice-Hall .
- 21- Salkovskis, P. (1995). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. *Behavior Research and Therapy*.vol 23(5),pp,571-583 .
- 22- Salkovskis, P.M. (1999). Obsessions and compulsions. In J. Scott, G. Williams, & A.T. Beck (Eds), *Cognitive Therapy in Clinical practice* (pp: 50-78) London: Routledge .
- 23- Solyom, L. & Sookman, D.(1997) . A comparison of clomipramine hydrochloride (anafranil) and behavior therapy in the treatment of obsessive neurosis. *Journal of International Medical research*, vol.5(suppl.5) pp.49-61.
- 24- Steketec, G. (1999). *Treatment of Obsessive- compulsive Disorder*. New York: guilford press .
- 25- Steketee, V. (1993). *Treatment of obsessive- compulsive disorder*. New York & London : Guilford

- Press.
- 26- Thorper , L . and Olson , L . (1999) . Psychological assessment . Journal of Conseling and Clinical Psychology , Vol . 1,138-241.
- 27- Tollefson, G. Birkitt, M. Koran, I. & Genduso, L.(1997) Continuation treatment of OCD: Double-blind and open-Label experience with flouxetine. *Journal of Clinical psychiatry*, vol,55(10,suppl), pp, 69-76.
- 28- Turner, S.M. and Beidel, D.C.(1996). *Treating obsessive-compulsive disorder* , New York: Pergman Press, Inc.
- 29- Walker , C.E: Hedberg , A: Element , P: and Wright , L. (1991).*Clinical Procedures for Behavior Therapy* . New York : Prentice -Hall.

