

اثربخشی روش‌های درمان شناختی و انزجاری بر علائم اختلال وسواس فکری - عملی

حسین قمری کیوی^۱، هیوا محمودی^۲، محمد نریمانی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: پژوهش حاضر بررسی اثربخشی روش‌های درمان شناختی و انزجاری بر علائم اختلال وسواس فکری-عملی است. **مواد و روش‌ها:** این تحقیق آزمایشی گسترش یافته و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون چند گروهی است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به مراکز بالینی و مشاوره شهرستان‌های سقز و بوکان با دامنه سنی ۲۰-۴۰ سال است. نمونه آماری این تحقیق شامل ۴۵ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی هستند که به طور تصادفی ساده انتخاب شدند. برای گروه اول درمان شناختی و برای گروه دوم انزجار درمانی در مدت زمان ۶ ماه اعمال شد و گروه کنترل هیچ نوع درمانی دریافت نکردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس مادسلی (Madsly) برای انواع وسواس‌های فکری-عملی استفاده شد. **یافته‌ها:** برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیری (MANCOVA) در گروه‌های آزمایشی و گواه استفاده شد که از نرم افزار SPSS نسخه ۲۱ استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی و انزجاری نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بر بهبود انواع واریس کردن، شستشو، کندی و شک وسواسی اثربخش بوده‌اند ($p < 0/01$). **نتیجه‌گیری:** درمان شناختی ویتال در مقایسه با درمان انزجاری در درمان انواع وسواس‌ها تأثیرات بیشتری دارد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی، انزجار درمانی، وسواس فکری-عملی

ارجاع: قمری کیوی حسین، محمودی هیوا، نریمانی محمد. اثربخشی روش‌های درمان شناختی و انزجاری بر علائم اختلال وسواس فکری-عملی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۴؛ ۱۳(۳): ۴۵۱-۴۴۱

پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۷/۱۳

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۶/۲۶

۱. دانشیار، دکترای تخصصی مشاوره، گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲. دکترای تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسؤول)

Email: hiva_224@yahoo.com

۳. استاد، دکترای تخصصی روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، ایران

مقدمه

مشهورترین اشکال بالینی رفتار تشریفاتی، شستشو (washing) و پاکیزگی است، که جهت از بین بردن آلودگی از یک منبع خاص مثل میکروب‌ها طراحی شده‌اند. نوع دیگر رفتار تشریفاتی شمردن مکرر (Repeated counting) می‌باشد. سایر اشکال رفتارهای اجباری شامل درخواست مکرر برای اطمینان مجدد گرفتن از افراد یا اعضای خانواده می‌باشد. مثلاً کنترل بیش از اندازه جهت حصول اطمینان از سلامت کودک می‌باشد (۲). شیوع اختلال وسواس در جمعیت

اختلال وسواسی با وسواس‌ها (Obsessive disorder) و اجبارهایی (compulsive) مشخص می‌شود که ایجاد پریشانی کرده و اغلب در عملکرد روزانه ایجاد تداخل می‌کند. وسواس‌ها، افکار، تجسم‌ها یا تکانه‌هایی هستند که برای شخص بی‌معنی به نظر می‌رسند. اجبارها یا تشریفات رفتارهای تکراری عمدی و یا اعمال ذهنی هستند که در پاسخ به وسواس‌های فکری به وقوع می‌پیوندند (۱).

است (۸). Whittal, Robichaud and Woody (۲۰۱۰) پژوهشی را با عنوان درمان شناختی افکار وسواسی با استفاده از افزایش انتشار مؤلفه‌های ویدیویی انجام داد. نتایج پژوهش نشان داد که این ویدیوهای آموزشی در کاهش افکار وسواسی مؤثر است (۹). Bellocha and Cabedob تحقیقی را با عنوان شناخت درمانی برای افکار وسواسی واکنشی و خودبخودی بعد از یک دوره شناخت درمانی بعد از یک سال پیگیری انجام دادند. نتایج نشان داد که درمان شناختی روی کاهش افکار واکنشی و خودبخودی تأثیر قابل توجهی داشته است (۱۰). Whittal and Sheila پژوهشی را با عنوان درمان شناختی روی افکار وسواسی بر روی نمونه ۶۷ نفری از افرادی که دچار افکار وسواسی بودند، اجرا کردند. نتایج پژوهش نشان داد که بعد از ۱۲ ماه پیگیری مداوم درمان، این افکار تا ۶۵٪ در این افراد کاهش یافته است (۱۱). از این رو چالش اصلی در مطالعات این است که درمان‌های شناختی جدا و درمان‌های رفتاری به صورت جدا چقدر در درمان وسواس تأثیر دارند. درمان دیگری که در مورد وسواس‌ها به کار برده شده است انزجار درمانی (Aversion Therapy) است. این فن همراه کردن یک محرک نامطبوع است، با رفتارهای ناسازگار و غیرعادی. در این فن از محرک‌های تنبیه‌کننده مثل داروها، شوک الکتریکی، تصاویر منجرکننده برای رفتارهایی مثل ترک عادت استفاده می‌شود (۱۲). یکی از فنونی که در کشورهای مثل چین برای درمان (خصوصاً درمان رفتاری مثل درد مزمن) از آن استفاده می‌کنند، طب سوزنی است. در فنون درمانی باستانی، طب سوزنی (Acupuncture) در میان درمان‌های بالینی در روان درمانی مورد توجه خاصی بوده است، چرا که در درمان وسواس از طب سوزنی الکتریکی (Electroacupuncture) استفاده می‌کنند (۱۳). از طرفی دیگر مطالعات زیادی نشان داده‌اند که این درمان سنتی در درمان اختلالات روان‌شناسی از قبیل اختلال اضطراب منتشر و اختلال استرس بعد از سانحه و وسواس تأثیر بسزایی دارد (۱۴-۱۵). Stub, Alræk and Liu پژوهشی را با عنوان تأثیر درمانی طب سوزنی را روی بیماران افسرده انجام دادند. نتایج پژوهش

کلی را ۵/۰٪ و در بین مردان و زنان تقریباً به یک اندازه است (۳). برای درمان این اختلال، روش‌های گوناگونی از جمله دارودرمانی، خانواده‌درمانی، گروه درمانی، درمان با شوک الکتریکی، رفتار درمانی و درمان شناختی- رفتاری صورت گرفته است، اخیراً روش‌های شناختی نیز در درمان وسواس فکری- عملی مورد توجه قرار گرفته‌اند که دال بر دخالت اجزای شناختی در این اختلال است (۴). نظریه‌پردازان شناختی معتقد هستند که افراد وسواسی در توانایی برای سازمان دادن و یکپارچه ساختن اطلاعات اشکال دارند. آن‌ها در پاسخ به قراین هیجانی و پردازش آن‌ها دچار مشکلات و ناراحتی بیش از انتظار می‌شوند و افکار مزاحم را به گونه‌ای سوء تفسیر می‌کنند که به صورت وسواس‌های فکری در می‌آیند (۵). یکی از تبیین‌های شناختی وسواس این است که علت دچار شدن افراد به وسواس، انتظار غیر معمول و بیش از حد آن در مورد افکار منفی است (مثلاً فکر می‌کنند که بر اثر دست زدن به ظرف زباله، مریض می‌شوند و می‌میرند). به علاوه، پی‌آمدهای منفی اعمال مختلف را بیش‌انگاری می‌کنند (مثلاً اگر موقع رانندگی دست‌اندازی احساس کنند و یا چرخ ماشین به چیزی برخورد نماید، فکر می‌کنند به کسی زده‌اند) (۶). عده‌ای از نظریه‌پردازان شناختی معتقد هستند که عنصر کلیدی در این نگرش به وسواس، افکار خودآیند منفی یا تفسیرهایی است که همراه تجارب مزاحم و ناخواسته به عمل می‌آیند، بر این اساس، درمان بر شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس مسؤلیت افراطی و جلوگیری از خنثی‌سازی ناشی از این احساس، افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز می‌شود (۷). Whittal, Woody and Rachman پژوهشی را با عنوان تأثیر درمان شناختی بر روی افکار وسواسی انجام دادند. آن‌ها درمان شناختی را با گروه کنترل و گروهی که آموزش مدیریت استرس دیده بودند مقایسه کردند. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی و درمان آموزش مدیریت استرس روی کاهش علائم افکار وسواسی تأثیر بسزایی داشتند. همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی بهتر از درمان آموزش مدیریت استرس

در میان گذاشتن آن با اشخاصی که افکارش را از آن‌ها مخفی می‌کند و تشویق بیمار به این که افکار خود را بیشتر بیان کند تا این که آن‌ها را طرد کند و شخصی معاشرتی شود. در نتیجه به نظر می‌رسد که این شیوه درمانی بتواند مشکلات مربوط به عدم ثبات در درمان ایجاد شده به وسیله سایر درمان‌ها را در بیماران وسواسی کاهش داده و منجر به درمان بلند مدت این افراد شود. هم‌چنین با توجه به این که در تحقیقات مشخص شده است درمان‌های موجود برای درمان اختلال وسواس نمی‌توانند چندان در درمان این بیماران مؤثر باشند لذا این احتمال وجود دارد که منجر به ایجاد مشکلات روانی وخیم‌تر (مثل افسردگی اساسی) و در نتیجه صرف هزینه‌های اقتصادی و زمانی بیشتر گردد (۱۹). در پژوهش فعلی یک مسأله اصلی بهره‌گیری از محل قرار دادن سوزن در طب سوزنی به عنوان محل اصلی ارائه شوک الکتریکی است. بر طبق تحقیق (Zhang, Wang) محل قرار گیری سوزن در طب سوزنی برای درمان وسواس فکری- عملی روی کف دست می باشد (۲۰). براساس مطالعاتی که در قسمت مقدمه ذکر شده است، درمان‌های شناختی و رفتاری هر کدام بر روی کاهش علائم وسواس مؤثر بوده‌اند، اما این که کدام، یعنی درمان شناختی یا انزجاری بر بیشتر روی کاهش علائم وسواس فکری- عملی مؤثر هستند، در این پژوهش بررسی می‌شود.

مواد و روش‌ها

روش این پژوهش آزمایشی است و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون است.

جامعه آماری و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی مراجعه‌کننده به مراکز بالینی و مشاوره شهرستان‌های سقز و بوکان است. نمونه آماری این تحقیق شامل ۴۵ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی هستند که به طور نمونه‌گیری در دسترس از میان افراد مراجعه‌کننده انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود: ۱- دامنه سنی بیماران ۲۰ تا ۴۰ سال
۲- با استفاده از مصاحبه بالینی در ابتدا موارد هم‌ابتلائی با افسردگی و اضطراب حذف شدند. بعد از ارزیابی و انتخاب،

نشان داد که روش طب سوزنی چینی بر روی کاهش علائم افسردگی نسبت به گروه کنترل تأثیر قابل توجهی داشته است (۱۶). Zhang, Wang, Jin, Yao تحقیقی را با عنوان اثر طب سوزنی الکتریکی بر روی درمان اختلال وسواس فکری- عملی انجام دادند. هدف مطالعه آن‌ها ارزیابی تأثیر طب سوزنی الکتریکی بر روی درمان بیماران وسواسی بود که مقاومت بیشتری به درمان نشان داده بودند. درمان گروه آزمایش نشان داد که به طور قابل توجهی علائم وسواس در این گروه کاهش یافت (۱۷). در درمان وسواس اگر از انزجار درمانی استفاده کنند معمولاً محرک ناخوشایند یعنی شوک الکتریکی را به عنوان محرک ناخوشایند اعمال می‌کنند. اما در مورد محل قرار دادن الکترود برای اعمال محرک انزجاری در برابر افکار وسواسی بحثی به عمل نمی‌آید. Dehai and Zhou پژوهشی را با عنوان تأثیرات درمانی طب سوزنی بر روی ۳۰ مورد از بیمارانی که مبتلا به وسواس فکری- اجباری بودند انجام دادند. نتیجه پژوهش نشان داد که درمان طب سوزنی بر روی گروه وسواس در کاهش علائم اجباری و فکری تأثیر قابل توجهی داشت. هم‌چنین نتایج نشان داد که طب سوزنی و دانستن محل سوزن در درمان تأثیر بسزایی داشته است (۱۸).

در همین رابطه با توجه به این که سایر روش‌ها هر چند مؤثر بوده‌اند، اما نتوانسته‌اند منجر به بهبودی بالینی بسیاری از بیماران شوند. بنابراین با تغییر دادن مکانیسم‌هایی که به وسیله آن‌ها درمان شناختی رفتاری موجب تغییر در بیمار می‌شود، سبب می‌شود تا نتایج درمانی در مورد اختلال وسواس فکری عملی را بتوان بهبود بخشید. درمان شناختی ویتال منطق تفکر وسواسی را خوب توضیح داده و بیمار را وادار می‌کند که با تفکر غیر منطقی خود مقابله کند و رسیدن به مهارت در فرق‌گذاری بین افکار ناخواسته و ارزیابی آن از دیگر مشخصه‌های این روش است. در این روش از شناسایی افکار مزاحم و اصلاح ارزیابی‌های منفی، افکار مداخله‌گر و احساس مسؤولیت افراطی، به چالش طلبیدن احتمال آشفتگی فکر عمل، که کلیدی برای کاهش دادن عقاید بیش بها داده شده است (منع تفکر، عدم مخفی کردن وسواس) مخصوصاً

در لبه پل). اگر تفکرات ناخواسته و ارزیابی‌ها بی‌معنی تشخیص داده شدند، پایه‌ای را برای درمان‌های بعدی فراهم می‌آورند. رسیدن به مهارت در فرق‌گذاری بین افکار ناخواسته و ارزیابی، هدف این جلسه درمانی است. در این روش از شناسایی افکار مزاحم، اصلاح ارزیابی‌های منفی، افکار مداخله‌گر و احساس مسؤولیت افراطی، به چالش طلبیدن احتمال ترکیب فکر- عمل، عدم مخفی کردن وسواس (مخصوصاً در میان گذاشتن آن با اشخاصی که افکارش را از آن‌ها مخفی می‌کند) و تشویق بیمار به اینکه افکار خود را بیشتر بیان کند، استفاده شد. جلسه چهارم تا هشتم: هر جلسه به سه قسمت تقسیم می‌شود، قسمت اول آن را به بررسی پیشرفت بیماری در طی هفته گذشته، مرور مطالب جلسه قبلی و چگونگی انجام تکالیف خانگی پرداخته می‌شود. قسمت دوم شامل اجرای درمان شناختی و قسمت سوم شامل جمع‌بندی و خلاصه‌سازی مطالب جلسه، پاسخ دادن به سؤالات بیمار و ارائه تکالیف خانگی می‌باشد. جلسه نهم: شامل جمع‌بندی کلی بود، در این جلسه روند درمان بیماری، پیشرفت بیمار و مشکلات در جریان درمان مورد بررسی قرار می‌گیرند. هم‌چنین درباره پیشگیری از عود بیماری توضیحاتی داده می‌شود (۲۲).

درمان انزجاری: در این درمان بعد از این که مبنای درمان را برای این افراد توضیح داده شد، با استفاده از مطالعات محلهایی برای درمان طب سوزنی افراد وسواسی انتخاب شدند. بعد از مشخص کردن این نقاط، برای محرک انزجاری از (الکتروشوک) استفاده شد، بدین صورت که الکترودهای آن را روی نقاطی (کف دست) که برای طب سوزنی به کار برده شدند، قرار داده شد، بعد زمانی که شخص افکار وسواسی به ذهنش می‌آید، به شخص بیمار شوک داده شد. بعد از این که الکتروود در کف دست بیمار قرار گرفت، از بیمار خواسته می‌شود که افکار وسواسی را تجسم کند و در لحظه‌ای که به سطح اضطراب بالا از لحاظ ذهنی می‌رسد، انگشت دستش را به عنوان اشاره تکان دهد، بعد در همان لحظه شوک ارائه داده می‌شود. در طی جلسات برای جلوگیری از خوگیری محل الکتروود را در دست راست یا چپ قرار داده شد. برای تجزیه و

آزمودنی‌ها به طور تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفره (گروه درمان شناختی ویتال، گروه انزجار درمانی با قرار دادن الکتروود در کف دست و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. قبل از درمان، مقیاس مادزلی ابتدا به صورت پیش‌آزمون اجرا شد و بعد از اتمام جلسات درمان مجدداً مقیاس مادزلی برای علائم وسواس به عنوان پس‌آزمون توسط افراد شرکت‌کننده تکمیل گردید. گروه‌های آزمایشی درمان شناختی ویتال، از ۱۰ جلسه ۵۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای و روش انزجار درمانی با قرار دادن الکتروود در کف دست ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای تشکیل شدند. در این پژوهش درمان شناختی ویتال براساس بسته درمان شناختی ویتال ارائه شده است.

ابزار گردآوری اطلاعات: ۱- مقیاس وسواسی- عملی مادزلی: این پرسش‌نامه توسط Rachman, Hodgson به منظور پژوهش در مورد نوع وسواس تهیه شده است. این پرسش‌نامه شامل ۳۰ پرسش به صورت صحیح - غلط است. دامنه نمرات از صفر تا سی متغیر است. افزون بر نمره کل وسواسی، پرسش‌نامه مادزلی شامل ۴ خرده مقیاس واری واری کردن، شستشو، کندی- تکرار و شک وسواسی است. راجمن و هاجسون اعتبار همگرا و پایایی با روش آزمون- بازآزمون را ۰/۸۹ و ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (۲۱).

روش‌های مداخله:

درمان شناختی (ویتال): جلسه اول: جمع‌آوری اطلاعات مربوط به افکار وسواسی، اعمال اجباری، تاریخچه کلی بیمار، صحبت درباره خلق بیمار، احساس او برای انجام تشریفات وسواسی، طرح‌ریزی برنامه درمان، ایجاد انگیزه جهت درمان جلسه دوم: در این جلسه به منظور خودبازنگری و جمع‌آوری و ثبت روزانه افکار وسواسی و نگرانی‌ها تکالیف خانگی منظم داده می‌شود. بازنگری‌های متداول عبارت هستند از: یادداشت افکار وسواسی، یادداشت روزانه رفتارهای اجباری، دیگر رفتارهای وسواسی و درجه‌بندی ناراحتی و میل به خنثی‌سازی و اضطراب. جلسه سوم: بیمار با فهرستی از افکار مزاحمی را که توسط دیگر افراد نرمال گزارش شده روبرو می‌شود و از بیمار خواسته می‌شود که یک فکر مزاحم را که پریشانی ناچیزی را تولید می‌کند، مشخص کند (مثلاً اجبار به رانندگی

همان طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود مقدار لامبدایی ویلکز برابر با ۰/۰۳ می‌باشد که در سطح ($P \leq 0/01$) معنی‌دار است. این بدین معنی است که بین سه گروه شناخت درمانی ویتال، گروه انزجار درمانی و گروه کنترل از لحاظ چهار متغیر واری کردن، شستشو، کندی و شک و سواسی تفاوت معنی‌دار وجود دارد. برای تشخیص این که کدام نوع روش درمانی روی انواع وسواس فکری- عملی تأثیر بیشتر داشته است از جدول تحلیل کواریانس چند راهه استفاده شده است که در جدول ۵ ذکر ارائه شده است.

همان طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود با کنترل اثرات پیش‌آزمون، روش درمانی شناختی ویتال و انزجار درمانی بر روی مؤلفه‌های وسواس فکری- عملی بین سه گروه تأثیر دارد ($P \leq 0/01$). برای مشخص شده این که بین گروه‌ها چه مقدار تفاوت وجود دارد از آزمون کمترین تفاوت معنی‌دار استفاده شده است که در جدول شماره ۶ مشاهده می‌گردد.

همان طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود درمان شناختی ویتال نسبت به درمان انزجاری بر روی متغیرهای واری کردن، کندی و شک و سواسی درمان شناختی تأثیر بیشتر و معنی‌داری ($P \leq 0/01$) نسبت به انزجار درمانی بر روی این متغیرها دارند و همچنین دو درمان شناختی و انزجاری در سطح ($P \leq 0/01$) تأثیر معنی‌داری بر روی متغیرهای واری کردن، شستشو، کندی و شک و سواسی دارد. در پایان دو روش درمان شناختی و انزجاری تأثیر یکسانی بر روی درمان شستشو نسبت به گروه کنترل دارند.

تحلیل داده‌های توصیفی از (فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و برای داده‌های تحلیلی (تحلیل کواریانس چند متغیره) از نرم افزار spss نسخه ۲۱ استفاده شده است.

یافته‌ها

در تحقیق حاضر درمان شناختی و انزجاری روی دو گروه ۱۵ نفره ارائه شد که از میان آن‌ها در درمان شناختی (۹ نفر زن و ۶ نفر مرد) و در درمان انزجاری (۷ نفر خانم و ۸ نفر مرد) می‌باشد. میانگین سنی گروه شناخت درمانی ۲۸/۶۰ و میانگین گروه سنی انزجار درمانی ۲۸/۵۳ می‌باشد.

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد خرده مؤلفه‌های وسواس فکری- عملی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های شناخت درمانی، انزجار درمانی و گروه شناختی ارائه شده است.

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود سطح خطای آماره (F) برای چهار متغیر واری کردن، شستشو، کندی و شک و سواسی معنی‌دار نیست ($P \geq 0/05$) و این نشان‌دهنده آن است که واریانس خطای این متغیرها در بین اعضای شرکت‌کننده (گروه شناختی درمانی ویتال، گروه انزجار درمانی و گروه کنترل) متفاوت نیست و واریانس‌ها با هم برابر هستند. بر اساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کواریانس به درستی رعایت شده است ($P=0/12$, $F=1/49$). $BOX=16/73$ و در نهایت شیب همگنی رگرسیونی برای کواریانس رعایت شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی در گروه‌های درمانی شناختی ویتال، انزجار درمانی و کنترل

گروه‌های درمانی	تحصیلات			تأهل		جنسیت	میانگین سنی
	دانشگاهی	دیپلم	متوسطه	متاهل	مجرد		
شناختی	۳	۴	۳	۹	۶	مرد	۲۸/۶۰
انزجاری	۲	۴	۵	۱۰	۵	زن	۲۸/۵۳
کنترل	۲	۳	۵	۱۰	۵	مرد	۳۰/۹۳

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد خرده مقیاس‌های وسواس فکری - عملی

درمان	آزمون	وارسی میانگین(انحراف معیار)	شستشو میانگین(انحراف معیار)	کندی میانگین(انحراف معیار)	شک وسواسی میانگین(انحراف معیار)
شناختی	پیش آزمون	۷/۸۶ (۰/۹۱)	۹/۷۳ (۱/۰۳)	۶/۲۶ (۰/۷۹)	۵/۶۶ (۰/۹۷)
	پس آزمون	۲/۷۳ (۰/۷۹)	۴/۵۳ (۱/۵۹)	۲/۰۶ (۰/۹۶)	۲/۲۶ (۰/۸۸)
انزجاری	پیش آزمون	۷/۶۰ (۱/۲۴)	۹/۲۶ (۱/۱۶)	۶/۴۶ (۰/۵۱)	۶/۲۰ (۰/۷۷)
	پس آزمون	۴/۹۳ (۰/۸۸)	۴/۶۶ (۱/۱۱)	۳/۲۰ (۰/۷۷)	۳/۴۶ (۰/۹۹)
کنترل	پیش آزمون	۸/۰۰ (۰/۹۲)	۹/۶۶ (۰/۹۷)	۶/۱۳ (۰/۷۴)	۶/۰۶ (۰/۷۰)
	پس آزمون	۷/۷۳ (۰/۸۸)	۸/۷۳ (۰/۵۹)	۵/۸۰ (۰/۸۶)	۵/۱۳ (۰/۶۳)

جدول ۳. آزمون لون جهت برابری واریانس‌ها بین گروه‌ها

متغیرها	F	درجات آزادی ۱	درجات آزادی ۲	سطح معناداری
وارسی کردن	۰/۱۶	۲	۴۲	۰/۸۴
شستشو	۴/۴۷	۲	۴۲	۰/۱۷
کندی	۰/۲۲	۲	۴۲	۰/۸۰
شک وسواسی	۲/۵۷	۲	۴۲	۰/۸۸

جدول ۴. جدول اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون واریانس مؤلفه‌های فکری - عملی

اثر	ارزش	F	درجات آزادی	درجات آزادی خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلاز	۱/۴۴	۱۶/۴۹	۱۲	۷۶	۰/۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۳	۲۶/۷۷	۱۲	۷۴	۰/۰۱
اثر هتلینگ	۱۳/۸۳	۴۱/۴۹	۱۲	۷۲	۰/۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱۲/۷۵	۸۰/۸۰	۶	۳۸	۰/۰۱

جدول ۵. تحلیل کوواریانس چند متغیره تأثیر شناخت درمانی ویتال، انزجار درمانی بر روی شدت و خرده

مقیاس‌های وسواس فکری - عملی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
وارسی کردن	۱۸۸/۴۰	۲	۹۴/۲۰	۱۲۸/۴۵	$P \leq 0.01$	۰/۷۶
پیش آزمون	۱۲۲/۸۸	۲	۷۰/۶۰	۶۹/۴۴	$P \geq 0.05$	
شستشو	۱۷۰/۹۷	۲	۸۵/۴۸	۶۱/۹۰	$P \leq 0.01$	۰/۶۶
پیش آزمون	۱۶۰/۱۵	۲	۴۵/۵۶	۳۴/۶۹	$P \geq 0.05$	
کندی	۱۰۹/۹۱	۲	۵۴/۹۵	۷۲/۷۳	$P \leq 0.01$	۰/۵۴
پیش آزمون	۸۹/۷۰	۲	۵۰/۱۲	۱۵/۶۰	$P \geq 0.05$	
شک	۶۲/۱۷	۲	۳۱/۰۸	۴۲/۹۵	$P \leq 0.01$	۰/۶۱
وسواسی	۴۲/۱۵	۲	۲۳/۰۱	۱۲/۰۶	$P \geq 0.05$	

جدول ۶. نتایج آزمون کمترین تفاوت معنی‌دار بین سه گروه در متغیرهای شدت و خرده

مقیاس‌های وسواس فکری- عملی

سطح معناداری	خطای انحراف استاندارد	تفاوت میانگین‌ها	گروه ۲	گروه ۱	متغیر
$P \leq 0/01$	0/31	-2/20	درمان انزجاری	درمان شناختی	وارسی کردن
$P \leq 0/01$	0/31	-5/00	کنترل		
$P \leq 0/01$	0/31	2/20	درمان شناختی	درمان انزجاری	
$P \leq 0/01$	0/31	-2/80	کنترل		
$P \leq 0/01$	0/31	5/00	درمان شناختی	کنترل	
$P \leq 0/01$	0/31	2/80	درمان انزجاری		
$P \geq 0/05$	0/42	-0/13	درمان انزجاری	درمان شناختی	شستشو
$P \leq 0/01$	0/42	-4/20	کنترل		
$P \geq 0/05$	0/42	0/13	درمان شناختی	درمان انزجاری	
$P \leq 0/01$	0/42	-4/06	کنترل		
$P \leq 0/01$	0/42	4/20	درمان شناختی	کنترل	
$P \leq 0/01$	0/42	4/06	درمان انزجاری		
$P \leq 0/01$	0/31	-1/13	درمان انزجاری	درمان شناختی	کندی
$P \leq 0/01$	0/31	-3/73	کنترل		
$P \leq 0/01$	0/31	1/13	درمان شناختی	درمان انزجاری	
$P \leq 0/01$	0/31	-2/60	کنترل		
$P \leq 0/01$	0/31	3/73	درمان شناختی	کنترل	
$P \leq 0/01$	0/31	2/60	درمان انزجاری		
$P \leq 0/01$	0/31	-1/20	درمان انزجاری	درمان شناختی	شک وسواسی
$P \leq 0/01$	0/31	-2/86	کنترل		
$P \leq 0/01$	0/31	1/20	درمان شناختی	درمان انزجاری	
$P \leq 0/01$	0/31	-1/66	کنترل		
$P \leq 0/01$	0/31	2/86	درمان شناختی	کنترل	
$P \leq 0/01$	0/31	1/66	درمان انزجاری		

با یافته‌های ویتال، ۲۰۰۹؛ ویتال، رابچاود و وودی، ۲۰۱۰؛ بلوچ و کابدو، ۲۰۱۰؛ ویتال و شیلا، ۲۰۱۰؛ فراولی و اسمیت، ۲۰۰۵؛ هولیفر و وارنر، ۲۰۰۷؛ استاب، ال‌رک و لیو، ۲۰۱۱؛ دورشر و پیتر، ۲۰۱۱؛ زانک و همکاران، ۲۰۰۹ و دهایی و زو، ۲۰۱۰ همخوانی دارد که نشان دادند درمان شناختی ویتال و انزجار درمانی روی بر بهبود انواع وسواس وارسی کردن، شستشو، کندی و شک وسواسی اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش اثربخشی روش‌های درمان شناختی و انزجاری بر اختلال وسواس فکری- عملی بود. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری و آزمون کمترین تفاوت معنی‌دار نشان داد که درمان شناختی ویتال و انزجار درمانی نسبت به گروه کنترل بر بهبود انواع وسواس وارسی کردن، شستشو، کندی و شک وسواسی اثربخش بوده‌اند. این نتیجه

تمیز شود، باید چندین بار بشویم». درمانگر در درمان شناختی ویتال به بیمار کمک می‌کند تا این نوع افکار غیرمنطقی را تغییر دهد و ادراک درست‌تری از تهدید و خطر به دست آورد مانند « دست زدن به ظرف زباله، آسیبی به من نمی‌رساند» یا « برای تمیزی دست‌هایم، یک بار شستن کافی است». وقتی بیمار توانست افکار منطقی را جانشین افکار منفی و غیر منطقی کند، در واقع اضطرابش کاهش می‌یابد. در توجیه تأثیر انزجار درمانی وسواس فکری - عملی با الکتروشوک می‌توان گفت که انزجار درمانی با الکتروشوک در کل تأثیر کاهشی رو اضطراب بیماران دارد. به این صورت که زمانی بیمار افکار وسواسی به ذهنش می‌آید و اضطراب بالا می‌رود، شوک باعث می‌شود که تفکر و تجسم بیمار در مورد افکار وسواسی قطع شود. در واقع دریافت شوک بعد از جلسات متعدد همراه با افکار وسواسی به صورت محرک منجرکننده عمل می‌کند و در بیمار به صورت شرطی کلاسیک در می‌آید و هر وقت بیمار فکری وسواسی به ذهنش می‌آید، متوقف می‌شود. یعنی در واقع برای بیمار عادت‌زدایی رخ می‌دهد یعنی این که قبلاً عادت کرده بود که افکار وسواسی را تجسم کند، شوک باعث شده است که این افکار نتواند تجسم شود. ناحیه‌ی آناتومیک هدف در درمان وسواس و مقاوم به درمان، بازوی قدامی کپسول داخلی (Anterior limb of the Internal Capsule) یا به طور اختصاصی تر کپسول شکمی / استریاتوم شکمی (Ventral Capsule/Ventral Striatum) است. این ناحیه گرهی مرکزی در مدارهای عصبی است که تصور می‌شود خلق و اضطراب را تنظیم می‌کند (۲۳). همچنین نتایج تحریک الکتریکی بیماران وسواس نشان داده است که تحریک الکتریکی دست باعث تحریک کپسول داخلی شده و هسته دمی قدامی شده و در نهایت اضطراب و علائم وسواس فکری - عملی را به طور قابل توجهی کاهش می‌دهد (۲۴).

Anderson D, Ahmed نشان دادند که کاهش فعالیت کپسول داخلی در شدت علائم وسواس تأثیر بسزایی دارد چون تحریک الکتریکی نواحی کف دست در درمان وسواس باعث تحریک کپسول داخلی شده و در نهایت باعث می‌شود

در توجیه می‌توان گفت که یکی از تبیین‌های شناختی وسواس این است که بیماران وسواسی انتظار غیرمعمول و بیش از حد در مورد نتایج منفی دارند (مثلاً در وسواس شستشو فکر می‌کنند بر اثر دست زدن به ظرف زباله مریض می‌شوند و می‌میرند)، به علاوه پی‌آمدهای منفی اعمال مختلف را بیش‌انگاری می‌کنند (مثلاً اگر موقع رانندگی دست‌اندازی احساس کنند فکر می‌کنند به کسی زده‌اند) و محتوای وسواس آن‌ها نوعی از بزرگنمایی در نگرانی‌های معمولی حاصل می‌کند (نگرانی در مورد سلامت، شک و نشخوارهای فکری). بنابراین درمان شناختی در واقع روی این افکار منفی خودآیند کار می‌کند تا آن‌ها را تعدیل کند و اضطراب حاصل از این افکار را کاهش دهد. همچنین عده از نظریه‌پردازان شناختی معتقد هستند که افکار ناخواسته و مزاحم معمولی وقتی به افکار وسواسی تبدیل می‌شوند که بیمار این مزاحمت و افکار تحمیل شده را بالقوه آسیب‌زا تفسیر می‌کند و خود را مسؤول زیان می‌داند. این نوع ارزیابی بیماران به افزایش اضطراب و احساس گناه منجر می‌شود و در نتیجه بیمار شروع به انواع افکار و رفتارهای وسواسی از قبیل شستشو، کندی، شک وسواسی می‌کند. عنصر کلیدی که درمان شناختی ویتال روی آن تمرکز می‌کند افکار خودآیند منفی یا تفسیرهایی است که همراه تجارب مزاحم و ناخواسته به عمل می‌آیند. نمونه‌هایی از این افکار عبارت هستند از « فراموش کردم اجاق گاز را واری کنم، ممکن است دستم را یک بار بشویم مریض شوم، یا نیم ساعت را صرف مسواک زدن می‌کنند». در جلسات شناخت درمانی ویتال « جلسه سوم تا هفتم» تأکید بر اصلاح این افکار منفی است و در واقع اصلاح افکار منفی خودآیند، اصلاح ارزیابی‌های منفی، افکار مداخله‌گر و احساس مسؤولیت افراطی باعث می‌شود که فرد ناخواستگی افکار آسیب‌زا و زیان‌مند تفسیر نکند (۱۱). ویتال معتقد است که بیماری که دچار وسواس شست و شو است، به بیمار کمک می‌کند که او متوجه غیرمنطقی بودن افکاری از قبیل افکار زیر بشود: « اگر دستم به ظرف زباله بخورد، مریض می‌شوم و یا شاید بمیرم» یا « برای این که دستم واقعا

محدودیت‌ها

فقدان زمان لازم برای پیگیری و اثر هاله‌ای به عنوان محدودیت این تحقیق هستند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از کلیه مسؤولین و کارکنان دانشگاه محقق اردبیلی، مراکز مشاوره شهرستان سقز و بوکان و دانشگاه آزاد اسلامی واحد سقز که در اجرای این تحقیق صمیمانه همکاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

که علایم وسواس فکری- عملی کاهش یابد. در توجیه این که درمان شناختی ویتال مؤثرتر از درمان انزجاری است می‌توان گفت که درمان شناختی بیشتر روی شناخت‌واره‌های غیرمنطقی بیمار وسواسی کار می‌کند و می‌تواند این شناخت‌واره‌های غیر منطقی را کاهش دهد و یا از بین ببرد، همچنین درمان شناختی ویتال افکار خود-آیند منفی در بیماران وسواسی را با کنترل آن‌ها کاهش می‌دهد، و در واقع کنترل بیشتری در اختیار بیمار می‌گذارد (۲۲)، اما در مقابل درمان انزجاری با شوک بیشتر در بیمار حالت شرطی انزجاری به وجود می‌آورد که ممکن است نتواند لزوماً در همه اوقات جلوی افکار منفی افراد وسواسی را بگیرد.

References

1. Rachman S J; Desilva R J. Obsessive and Compulsions, Englewood cliffs N.J Prentice-Hall. , European Journal of Integrative Medicine 2002;(3): 120-33.
2. Van Oppen P, Emmelkamp PMG, van Balkom A , van Dyck R. The sensitivity to change of measures for obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord 2005;9:241-8.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders .4th ed. Washington, DC: Author; 2000
4. Pinard G. The pharmacologic and psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. Can J Psychiatry 2006; 51(7): 405-6.
5. Veale D. Cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. Advances in Psychiatric Treatment 2007; 13: 438-46.
6. Wells A , Cartwright-Hatton S. Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the metacognitive model. Clinical Psychology and Psychotherapy 2004; 11: 137-44.
7. Gunter RW, Whittal ML. Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. Clinical Psychology Review 2010;30(2):194-202.
8. Whittal ML, Woody SR, McLean PD, Rachman SJ, Robichaud M. Treatment of obsessions: A randomized controlled trial. Behav Res Ther 2010;48(4):295-303
9. Whittal, Maureen. L., Robichaud, Melisa; Woody, Sheila. R. Cognitive Treatment of Obsession: Enhancing Dissemination with video components. University of British Columbia 2009; 197(8): 619-22.
10. Belloch A, Cabedo E, Carrió C, Larsson C. Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: Clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. Journal of Anxiety Disorders; 24(6):573-80.
11. Whittal Maureen L, Woody Sheila R. Treatment of obsessions: A randomized controlled trial, Behaviour Research and Therapy 2010; 48(4): 295-303.
12. Frawley, Smith. Behavior marital therapy for male alcoholics: Marital and drinking adjustment during the two years after treatment. Behavior Therapy 2005; 23: 529-49.
13. van der Watt G, Laugharne J, Janca A. Complementary and alternative medicine in the treatment of anxiety and depression. Curr Opin Psychiatry 2008; 21(1):37- 42.
14. Hollifield M, Warner TD. Acupuncture for posttraumatic stress disorder: a randomized controlled pilot trial. J Nerv Ment Dis 2007;195(6):504 -13.
15. Pilkington K, Kirkwood G. Acupuncture for anxiety and anxiety disorders-a systematic literature review. Acupunct Med 2007; 25(1-2):1-10.

16. Stub Trine , Terje Alræk , Jianping Liu. Acupuncture treatment for depression—A systematic review and meta-analysis, *European Journal of Integrative Medicine* 2011;3: e259–e70.
17. Zhang ZJ, Wang XY, Tan QR, Jin GX, Yao SM. Electroacupuncture for Refractory Obsessive-Compulsive Disorder A Pilot Waitlist-Controlled Trial, *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2009; 197(8):619-22
18. Shu Dehai ,Zhou Guizhi . Investigation on Therapeutic Effects of 30 Cases of Obsessive Compulsive Disorder Treated mainly by Electroacupuncture, Hospital of Maanshan General Company of Iron and Steel,Anhui Province 243000. Stress management training for obsessions: treatment manual. [Unpublished]. *Archives of General Psychiatry* 2010; 33:1111–15.
19. Zhang ZJ, Wang XY, Jin GX, Yao SM. The involvement of serotonergic mechanisms in electroacupuncture accelerating the response to paroxetine in patients with major depressive disorder (844.18). In: *Abstracts of Society for Neuroscience*; Washington (DC).
20. Rachman S.J, Hodgson R.J. *Obsessive and Compulsions*, Englewood cliffs,N.J. Upper Saddle River: Prentice-Hall; 2002
21. Whittal Maureen. L; Woody Sheila. R; Rachman S.J; Robichaud Melisa. *Treatment of obsessions:A randomized controlled trial*. Vancouver: University of British Columbia Hospital; 2009
22. Nuttin BJ, Gabriels LA, Cosyns PR, et al. Long-term electrical capsular stimulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Neurosurgery* 2003;52:1263-74.
23. Fontaine D, Mattei V, Borg M, et al. Effect of subthalamic nucleus stimulation on obsessive-compulsive disorder in a patient with Parkinson disease. Case report. *J Neurosurg* 2004;100:1084-6.

Efficacy of the cognitive and Aversion therapy methods in the treatment Symptoms of obsessive-compulsive disorder

Hossein Ghamarigivi ¹, Hiva Mahmoodi ², Mohammad Narimani ³

Original Article

Abstract

Aim and Background: The aim of this study was efficacy of the Cognitive and Aversion therapy on the treatment Symptoms of obsessive-compulsive disorder.

Methods and Materials: This study is experimental expanded with multiple group pre-test, post-test. The statistical population of this study are included all patients with OCD, Referred to clinical centers, hospitals and private clinics and counseling centers in Saghez and Boukan city with age range 40-20 years. The statistical sample of this study is included 45 patients with Obsessive Compulsive Disorder, Who were simple randomly selected. Cognitive therapy was administered for the first experimental group and the second experimental group aversion therapy and the control group received no treatment. For data gathering was used the questionnaire subscales Madsly for OCD. For data analysis, was used test multivariate analysis of covariance (MANCOVA) in the experimental and control groups that used of spss software vers.

Findings: showed that cognitive and aversion therapy then the control group has a significant impact on the improvement of obsession, check out, washing, slowness and obsessive doubts. in 21.

Conclusions The results showed that Whittal cognitive therapy compared with Aversion therapy more impact on the reduction of obsessions.

Keywords: Cognitive Therapy, Aversion Therapy, Obsessive-Compulsive Disorder

Citation: Ghamarigivi H, Mahmoodi H, Narimani M. **Efficacy of the cognitive and Aversion therapy methods in the treatment Symptoms of obsessive-compulsive disorder.** J Res Behave Sci 2015; 13(3): 441-451

Received: 17.09.2013

Accepted: 05.10.2015

1. Associate Professor, PhD in counseling, group psychology researcher at the University of Mohaghegh Ardabil, Iran
2. PhD in Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabil, Iran (Corresponding Author)
Email: hiva_224@yahoo.com
3. Professor, PhD in Psychology, Group psychology researcher at the University of Mohaghegh Ardabil, Iran