

چگونه با افکار و اعمال وسواسی مقابله کنیم

دکتر حسن توزنده جانی^۱، نسرین کمال پور^۲

^۱استادیار دانشگاه ، ^۲روان شناس بالینی

خلاصه

مقدمه: این پژوهش از نوع پژوهش های تجربی و مبتنی بر نظریه های شناختی - رفتاری و زیست شیمیایی درمان اختلال های روانی و به منظور ارزیابی کار آمدی نسبی تکنیک های شناختی - رفتاری ، دارو درمانی و ترکیب آنها در درمان اختلال وسواس فکری و عملی انجام شده است.

روش انجام کار: در طی یک پژوهش تجربی ، ۳۱ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی به چهار گروه تقسیم شدند برای یک گروه درمان دارویی (کلومی پرامین) ، برای یک گروه درمان رفتاری شناختی ، برای یک گروه ترکیب هر دو درمان شروع شد و برای گروه آخر هیچ درمانی شروع نشد. هر چهار گروه در طی حدود ۱۳ هفته به وسیله تست های وسواس فکری و عملی مادسلی ، یل براون ، مقیاس اضطراب حالت و صفت اشیپلبرگر ، تست افسردگی بک و هامیلتون ، مقیاس باورها ، نگرش های ناسالم و سبک اسنادی و همچنین مقیاس ناسازگاری اجتماعی کالیفرنیا مورد ارزیابی قرار گرفتند و نتایج چهار گروه با یکدیگر مقایسه شد.

نتایج: نتایج پژوهش بیانگر این است که از لحاظ سن ، تحصیلات و مدت ابتلاء و جنسیت تفاوت معنی داری میان گروه ها وجود ندارد، اما از نظر وضعیت تأهل تفاوت معناداری میان گروه ها به چشم می خورد. همچنین ، هر کدام از روش های درمانی به تنهایی موجب کاهش علائم وسواسی ، سطح افسردگی ، اضطراب ، تغییر باورها ، افکار ناهشیارانه یا ناسالم و نیز بهبود نسبی سازگاری اجتماعی بیماران شد ، اما ترکیب دارو درمانی و تکنیک شناختی - رفتاری نسبت به هر یک از درمان ها به تنهایی ، و گروه کنترل فهرست انتظار اثر بخشی بیشتری داشت. درمان شناختی - رفتاری نیز به جز شاخص بهبود افسردگی در سایر شاخص ها نسبت به دارو درمانی برتری داشت.

واژگان کلیدی: کلومی پرامین ، درمان شناختی رفتاری ، اختلال وسواس فکری و عملی

مقدمه

اعمال یا تشریفات وسواسی به صورت رفتارهای کلیشه ای می باشد که بیمار مدام آنها را تکرار می کند (۲). در وسواس علائم خودکار اضطراب غالباً وجود دارد. در این اختلال و اختلال افسردگی عودکننده ، به موازات افزایش یا کاهش شدت علائم افسردگی ، عموماً تغییرات در شدت علائم وسواسی بروز می کند (۳).

خصوصیت اصلی وسواس فکری و عملی^۱ افکار وسواسی عود کننده یا اعمال اجباری است. افکار وسواسی همان عقاید ، تصورات یا تکانه هایی هستند که به طور مکرر و به شکل کلیشه ای به ذهن بیمار خطوط می کنند (۱).

دکتر حسن توزنده جانی ، و همکار

استادیار دانشگاه

تلفن تماس: ۰۵۵۱-۲۲۴۲۲۳۴

آدرس: نیشابور، شهرک قدس، دانشگاه آزاد اسلامی

^۱. Obsessive compulsive disorder

در درمان رفتاری اختلال وسواس فکری و عملی درمان های مختلفی، از جمله غرقه سازی، مواجهه و یا پیشگیری از پاسخ، حساسیت زدایی منظم، الگوسازی مشارکتی یا فعال ایجاد وقفه در فکر یا "ایست فکری" به کار برده شده است. درمانهای رفتاری که عمدتاً غرقه سازی و مواجهه و پیشگیری از پاسخ هستند، گونه ای از واقعیت تحت شرایط کنترل شده درمانی محسوب می شوند. فرض بر این است که این فرایند درمانی به بیمار اجازه می دهد که بفهمد حادثه ترسناک و اضطراب انگیز، عملاً اتفاق نخواهد افتاد و اجتناب ضرورتی ندارد (۱۷).

آیزیک معتقد است که علاوه بر نیرومندی پاسخ محرک غیرشرطی و طول مدت مواجهه، ویژگی های شخصیتی نیز در کاهش سطح اضطراب مهم اند (۱۸، ۱۹). فوآ و کوزاک^۱ (۱۹۹۶) اثر رویارویی درمانی را توضیح و تبیین نموده اند و نقش درمان های رفتاری مانند مواجهه و پیشگیری از پاسخ را در کاهش رفتارهای وسواسی مهم یافته اند (۲۰). راجمن و هاجسون^۲ (۱۹۹۳) و نیز مارچ^۳ (۱۹۹۵) درمان غرقه سازی را توصیه می کنند (۳، ۴). آنچه مهم است فعال سازی ساختار ترس و ایجاد نوعی خوگیری نسبت به موقعیت اضطراب انگیز است (۲۱).

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 به وجود می آورد، اما کلومی پرامین همانند مواجهه در کاهش افکار وسواسی مؤثر نبوده است (۱۴).

ارتباط تنگاتنگی میان علائم وسواسی، به ویژه افکار وسواسی و افسردگی وجود دارد (۴). اختلال در زنان و مردان به طور مساوی دیده می شود. شروع اختلال معمولاً در اوایل بزرگسالی و گاهی در کودکی است. سیر آن متغیر بوده و احتمالاً بدون علائم عمده افسردگی به سوی مزمن شدن می رود (۲، ۵). افسردگی، اضطراب و سوگیری توجه برای پردازش انتخابی اطلاعات مربوط به تهدید پدیده های بالینی در این اختلال محسوب می شوند (۶).

مطالعات درمانی در مورد این اختلال، به طور کلی در سه زمینه دارو درمانی، رفتار درمانی، شناخت درمانی و ترکیب درمان های شناختی - رفتاری با دارو درمانی بوده است (۷).

برخی متخصصان درمان دارویی را به عنوان روش برخورد اول با این اختلال بکار می برند. تعداد کثیری از مواد دارویی، به منظور معالجه علائم وسواس به کار گرفته می شود.

از جمله این داروها می توان به ضد افسردگی های سه حلقه ای، بنزودیازپین ها، مهارکننده های مونوآمین اکسیداز و آرام بخش های عمده اشاره کرد. گریست و مک دونالی (۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) نقش سروتونین در این اختلال را مطرح کرده است. این یافته، استفاده فزاینده 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 (۱۳، ۱۴، ۱۵). این که آیا اثرات ظاهری کلومی پرامین از نوع عمل ضد وسواسی خاصی ناشی می شود و یا نتیجه ثانوی خواص ضد افسردگی آن است، در حال حاضر چندان روشن نیست. نتایج به دست آمده مؤید نظر دوم است (۱۶).

^۱. Kozak

^۲. Hodgson

^۳. March

مدت ابتلای این بیماران حداقل ۱۰ ماه و در مواردی 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.

گروه اول، درمان شناختی-رفتاری گروه دوم دارو درمانی (کلومی پرامین) و گروه سوم ترکیب تکنیک‌های شناختی-رفتاری و دارو درمانی را دریافت می‌کردند. گروه چهارم هیچگونه درمانی را دریافت نمی‌کرد و تنها در جلسات ارزیابی شرکت داشتند.

شیوه اجرا

این پژوهش دارای سه مرحله بود. مرحله اول، مرحله 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 با تفاوت‌هایی 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، درمان شناختی-رفتاری و درمان ترکیبی (درمان شناختی-رفتاری و دارو درمانی) جلسات درمان شناختی-درمانی در هر هفته یک جلسه ۱/۵ ساعته تشکیل می‌شد. اما برای گروه دارو درمانی بر اساس نظر روان‌پزشک عمل می‌شد.

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 (۱۶).

مطالعه هرسن و بلاک (۱۹۹۵) در مورد سه بیمار مبتلا به وسواس فکری و عملی نیز بیانگر برتری درمان‌های ترکیبی بوده است (۲۲).

فوآ و همکاران (۱۹۹۲) دارو درمانی و مواجهه و پیشگیری از پاسخ را مقایسه نمودند. نتایج نشان‌دهنده این بود که دارو درمانی، باعث تقلیل اضطراب کلی و افسردگی بیماران شده است، ولی تأثیر چندانی روی علائم وسواسی نداشته است (۲۰).

پژوهش سالکوسکیس (۱۹۹۵) نیز همین نتایج را تأیید نموده است (۲۳). با توجه به این یافته‌ها، به نظر می‌رسد که درمان ترکیبی بهترین درمان 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، به عمل آید.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع پژوهش‌های 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)، سبک اسنادی و سطح سازگاری اجتماعی است.

آزمودنی‌ها

نمونه این پژوهش را ۳۲ بیمار (۲۱ مرد و ۱۱ زن) مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی تشکیل می‌داد که در فاصله سنی ۱۵ تا ۴۵ سال قرار داشتند.

در پایان، نتایج با استفاده از مقیاسهای آماری X^2 ، تحلیل واریانس یک عاملی، تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه گیری های مکرر و آزمون t همبسته تحلیل و مورد بررسی قرار گرفت.

نتایج پژوهش

بررسی نتایج آزمونهای مربوط به ویژگی های جمعیت شناختی آزمودنی ها نشان می دهد که چهار گروه فوق در خصوصیات نظیر سن، جنس، تحصیلات و مدت ابتلاء به بیماری تفاوت معناداری ندارند، اما فرض یکسان بودن گروه ها در متغیر وضعیت تأهل مورد تأیید قرار نگرفت ($p = 0/734$ ، $X^2 = 1/281$ ، $df = 3$). همچنین، تحلیل واریانس یک عاملی پیش آزمون گروه ها نشان می دهد که در تمام آزمون های مورد استفاده F محاسبه شده کوچکتر از $F(0/01)$ با درجه آزادی $df = 3, 27$ می باشد. بنابراین، فرض یکسان بودن گروه ها در پیش آزمون مورد تأیید قرار گرفت (جدول ۱).

اما گروه کنترل، تنها در جلسات ارزیابی شرکت می کردند. در اواسط درمان (هفته ۵ تا ۶) گروه ها مجدداً مورد آزمون قرار گرفتند. در پایان درمان، برای هر بیمار به طور متوسط ۱۲ تا ۱۳ جلسه درمانی برگزار گردید.

در پایان دوره درمان، مجدداً تمام آزمودنی های چهار گروه با استفاده از مقیاس های پژوهش، مورد آزمون قرار گرفتند مقیاس های سواس فکری و عملی مادسلی، بل براون و فهرست اعمال و سواسی برای ارزیابی علائم و سواسی بیماران به کار برده شد.

مقیاس اضطراب حالت - صفت اشیلیبرگر برای سنجش سطح اضطراب، دو مقیاس برای سنجش افسردگی (مقیاس افسردگی بک و هامیلتون)، سه مقیاس باورها، نگرش های ناسالم و سبک اسنادی برای بررسی تغییرات شناختی و مقیاس سازگاری اجتماعی کالیفرنیا برای ارزیابی سطح سازگاری 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.

جدول شماره ۱- میانگین و انحراف معیار خصوصیات جمعیت شناختی داده ها

تعداد	میانگین و انحراف معیار سن (سال)		میانگین و انحراف معیار تحصیلات (به سال)		میانگین و انحراف معیار مدت ابتلاء (به سال)		خصوصیات جمعیت شناختی آزمودنی ها گروه ها
	\bar{x}	S	\bar{x}	S	\bar{x}	S	
۸	۳۳/۳	۷/۱۷	۱۲/۲	۱/۲۸	۲/۱	۱/۶۵	گروه شناختی - رفتاری
۸	۳۱/۲	۶/۴۱	۱۲/۲	۱/۲۶	۲/۱	۱/۲۹	گروه دارو درمانی
۸	۳۲/۲	۶/۳۴	۱۲/۸	۱/۶۴	۲	۰/۸۴	گروه درمان ترکیبی
۷	۳۲	۷/۶۱	۱۲/۱	۰/۹۰	۲/۲	۰/۷۲	گروه لیست انتظار
۳۱	۳۲/۱۸	۶/۵۷	۱۲/۳۳	۱/۲۸	۲/۱۷	۱/۱۵	مجموع

می دهد و حاکی از اثربخشی شیوه های مختلف درمانی، تأثیر زمان در میزان اثر روش های درمانی و اثر تعامل زمان و گروه ها در شاخص های بهبودی است (یعنی کاهش علائم و سواسی، اضطرابی، افسردگی، تغییرات شناختی و افزایش سازگاری اجتماعی) برای خلاصه کردن نتایج نتها درجه آزادی و F جدول ها ارائه شده است.

تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه گیری های مکرر نمره های پیش آزمون، آزمون میانی و پس آزمون مقیاس های مختلف در جدول ۲ تا ۶ ارائه شده است. همان طور که ملاحظه می شود اندازه تابع F تحلیل واریانس در مورد گروه ها، زمان و تعامل، زمان و گروه در تمامی مقیاس ها تفاوت معناداری را بین گروه ها نشان

جدول ۲- خلاصه نتایج تحلیل واریانس پرسش نامه سواس فکری و عملی

درجه آزادی			F			منبع تغییرات	آزمون ها
گروه	زمان	تعامل زمان و گروه	گروه	زمان	تعامل زمان و گروه		
۳.۱۸	۲ و ۱۲	۶ و ۳۶	۱۳۹/۳۵	۳۴۲	۹۰/۴۰	پرسشنامه و سواس فکری و عملی مادسلی (نمره کل مقیاس)	
			۶۹/۸۹	۳۲۷/۴۱	۳۱/۵۲	خرده آزمون واریاسی پرسشنامه مادسلی	
			۴۷/۶۱	۲۰۱/۶۵	۴۵/۶۴	خرده آزمون شستشو پرسشنامه مادسلی	
			۱۵/۵۴	۳۹/۶۵	۱۶/۷۱	خرده آزمون کندی - تکرار پرسشنامه مادسلی	
			۱۹/۵۶	۴۴/۴۷	۱۷/۷۸	خرده آزمون شک - تردید پرسشنامه مادسلی	

$$F(0.01, 3-18-2-12-6-36) = 26/8 - 99/4 - 26/5$$

جدول ۳- خلاصه نتایج تحلیل واریانس پرسشنامه سواس فکری و عملی یل براون و فهرست اعمال و سواسی

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

جدول ۴- خلاصه نتایج تحلیل واریانس پرسشنامه اضطراب حالت و صفت اشیپلبرگر

درجه آزادی			F			منبع تغییرات	آزمون ها
گروه	زمان	تعامل زمان و گروه	گروه	زمان	تعامل زمان و گروه		
			۱۸/۸۹	۱۷۹/۵۶	۳۵/۸۴		اضطراب حالت پرسشنامه اشیپلبرگر
			۱۵/۵۶	۱۴۲/۴۶	۲۳/۱۸		اضطراب صفت پرسشنامه اشیپلبرگر

$$F(0/01-3-18-2 \text{ و } 12-6 \text{ و } 36) = 26/8 - 99/4 - 26/5$$

جدول ۵- خلاصه نتایج تحلیل واریانس پرسشنامه افسردگی بک و هامیلتون

درجه آزادی			F			منبع تغییرات	آزمون ها
گروه	زمان	تعامل زمان و گروه	گروه	زمان	تعامل زمان و گروه		
			۱۵/۰۴	۲۲۲/۸۰	۴۶/۴۶		پرسشنامه افسردگی بک
			۲۲/۶۴	۳۸۹/۱۶	۳۹/۶۴		پرسشنامه افسردگی هامیلتون

$$F(0/01-3-18-2 \text{ و } 12-6 \text{ و } 36) = 26/8 - 99/4 - 26/5$$

جدول ۶- خلاصه نتایج تحلیل واریانس پرسشنامه های تغییرات شناختی و سازگاری اجتماعی

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

$$F(0/01-3-18-2 \text{ و } 12-6 \text{ و } 36) = 26/8 - 99/4 - 26/5$$

در گروه کنترل بزرگتری باشد، بنابراین فرض صفر تایید نمی شود و با ۹۹٪ اطمینان نتیجه می گیریم که بین میانگین های مورد مقایسه تفاوت معناداری وجود دارد و حاکی از اثربخشی روش های درمان شناختی- رفتاری، دارو درمانی و ترکیب آنها (در مقایسه با گروه کنترل) در شاخص های بهبودی است (یعنی کاهش علائم وسواسی، اضطرابی، افسردگی، تغییرات شناختی و افزایش سازگاری اجتماعی)، اما در گروه کنترل این تفاوت معنادار نبوده است.

برای تحلیل بیشتر اثر زمان و مشخص نمودن اثر زمان در هر یک از گروه های درمانی به طور جداگانه آزمون t همبسته را با استفاده از نمرات پیش آزمون و پس آزمون مقیاس های مختلف محاسبه کردیم.

جدول ۷ خلاصه نتایج این آزمون را نشان می دهد. لازم به ذکر است که t1 مربوط به درمان شناختی- رفتاری، t2 درمان دارویی، و t3 درمان ترکیبی و t4 مربوط به گروه کنترل لیست انتظار می باشد. با توجه به این که t محاسبه شده از t 0/01 با درجه آزادی (df=۶، df=۷)

جدول ۷- خلاصه نتایج آزمون t همبسته در پرسشنامه های پژوهش

درجه آزادی		آزمون t همبسته				متغیرها
گروه درمان=۷	گروه کنترل=۶	T1	T2	T3	T4	
		۵۹/۵۳	۷/۰۳	۳۲/۲۳	۰/۴۶	پرسشنامه وسواس فکری و عملی مادسلی (نمره کل مقیاس)
		۴۴/۴۸	۷/۴۲	۱۹/۸۱	۱/۷۷	پرسشنامه وسواس فکری و عملی یل براون (نمره کل)
		۱۶/۴۳	۵/۱۸	۲۶/۵۴	-۲/۷۱	فهرست اعمال وسواسی
		۱۷/۱۹	۹/۶۸	۱۳/۲۷	۱/۹۲	پرسشنامه افسردگی بک
		۱۴/۸۶	۲۰/۴۹	۱۱/۸۷	۲/۳۳	پرسشنامه افسردگی هامیلتون
		۱۴/۱۱	۱۴/۹۰	۱۹/۹۹	۲/۵۴	پرسشنامه اضطراب حالت اشیپلبرگر
		۱۴/۹۴	۹/۸۲	۹/۷۸	۲/۴۰	پرسشنامه اضطراب صفت اشیپلبرگر
			۰/۳۴	۱۶/۷۶	۲/۲۰	پرسشنامه باورها
		۸/۵۷	۰/۶۷	۷/۸۱	۲/۹۶	پرسشنامه نگرشهای ناسالم
		۵/۷۶		۶/۴۰	۰/۳۳	پرسشنامه سبک اسنادی
		۱۳/۷۸	۶/۲۷	۱۴/۲۹	۱/۶۵	پرسشنامه سازگاری اجتماعی

$t(df=۷) = ۰.۶۷ - ۰.۷۹$ (۰.۱ و ۰.۵)

در مرحله آزمون میانی و پس آزمون از $F(۰.۱)$ با درجه آزادی (۲۷ و ۳) بزرگتر است.

بنابراین فرض یکسان بودن گروه ها در این مرحله رد می شود و با ۹۹٪ اطمینان نتیجه میگیریم که شیوه های مختلف درمان در شاخص های بهبودی موثر واقع شده اند

$t(df=۶) = ۰.۸۳ - ۰.۷۱$ (۰.۱ و ۰.۵)

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 ۸ ملاحظه می کنیم، اندازه تابع F

جدول ۸- خلاصه نتایج تحلیل واریانس نمره های آزمون میانی و پس آزمون گروه ها در پرسشنامه های پژوهش

F		متغیرها
آزمون میانی	پس آزمون	
۴۴/۸۸	۲۰۳/۳۰	پرسشنامه وسواس فکری و عملی مادسلی (نمره کل مقیاس)
۲۱/۸۲	۱۱۵/۱۰	پرسشنامه وسواس فکری و عملی یل براون (نمره کل)
۲۵/۹۵	۱۵۹/۳۲	فهرست اعمال وسواسی
۱۵/۴۷	۸۰/۱۱	پرسشنامه افسردگی بک
۱۸/۱۵	۱۰۳/۲۷	پرسشنامه افسردگی هامیلتون
۶/۳۹	۶۲/۳۲	پرسشنامه اضطراب حالت اشیپلبرگر
۶/۸۵	۲۱/۴۵	پرسشنامه باورها
۹/۶۰	۴۲/۲۰	پرسشنامه نگرشهای ناسالم
۲/۷۷	۱۹/۲۸	پرسشنامه سبک اسنادی
۴/۰۴	۲۳/۲۷	پرسشنامه سازگاری اجتماعی

$F(۲۷, ۰.۱) = ۴/۶۰$

$F(۲۷, ۰.۵) = ۲/۹۶$

نتایج تحلیل های فوق (جدول ۸) بیانگر این است که درمان شناختی - رفتاری به استثنای شاخص افسردگی در سایر شاخص های بهبودی نسبت به دارو درمانی (به ویژه در تغییر باورها، نگرش های ناسالم و سبک اسنادی) برتری دارد

بحث

در میان شیوه های مختلف درمان ، دو رویکرد شناختی - رفتاری و دارو درمانی نتایج موفقیت آمیزی در درمان اختلال وسواس فکری و عملی داشته اند. اگر چه این درمان ها با یکدیگر متفاوت اند ، اما این فرض اساسی را در ذهن بر می انگیزند که اصلاح و تغییر افکار ناهشیارانه، همراه با ایجاد تغییرات زیست شیمیایی زیرساخت این افکار و رفتارهای اجباری، به پیامدها و نتایج مثبت تر از هر یک به تنهایی بینجامد. همان طور که قبلا خاطر نشان شد، هر یک از درمان ها در کاهش علایم وسواسی و سایر شاخصهای بهبودی در مقایسه با گروه کنترل موثر بودند. اثر بخشی دارو درمانی (کلومی پرامین) در کاهش علایم عمدتاً به دلیل اثرات ضد افسردگی و افزایش سطح خلقی این بیماران می باشد، اما اثر ضد وسواسی آن چندان واضح و شناخته شده نمی باشد.

کاربرد موفقیت آمیز و موثر درمان ها در کاهش سطح افسردگی این بیماران که یک پدیده جنبی محسوب می شود ، با بسیاری از پژوهش ها هماهنگ است (۱۰، ۱۲، ۱۴، ۲۴). از آنجا که افسردگی ثانوی بر اختلال وسواس می باشد ، بهبود این اختلال به کاهش سطح افسردگی کمک خواهد کرد .

عدم تفاوت سه روش فوق در کاهش سطح افسردگی شاید به این دلیل است که افسردگی این بیماران ثانوی بر اختلال وسواس آنها می باشد در حالی که روش های فوق اساساً متمرکز بر کاهش علایم وسواسی هستند .

فرضیه اول پژوهش این بود که " کارآمدی نسبی هر یک از روش های درمانی (شناختی - رفتاری ، دارو درمانی و ترکیب آنها) در درمان مبتلایان به وسواس فکری و عملی مؤثرتر از گروه کنترل است ". تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه گیری های مکرر نمره های پیش آزمون، آزمون میانی و پس آزمون و همچنین شاخص کل هر یک از شاخص های بهبودی و سپس مقایسه میانگین ها (جداول ۲ تا ۶) نشان داد که هر سه روش در مقایسه با گروه کنترل (عدم درمان) در کاهش و بهبود اختلال وسواس فکری و عملی موثرند. مطابق با فرضیه دوم " اثربخشی نسبی درمان ترکیبی در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی موثرتر از دارو درمانی به تنهایی است. " تحلیل های فوق (جداول ۲ تا ۷) نشان داد که درمان ترکیبی به جز شاخص افسردگی در سایر شاخص ها (کاهش علایم وسواسی ، سطح اضطراب، تغییر باورها، نگرش های ناسالم ، و سبک اسنادی و افزایش سازگاری اجتماعی) موثرتر از دارو درمانی به تنهایی است. دارو درمانی در تغییرات شناختی موثر نبوده است .

بر اساس فرضیه سوم " اثر بخشی نسبی درمان ترکیبی در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری و عملی موثرتر از درمان شناختی - رفتاری است. " تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه گیری های مکرر هر یک از آزمونها و سپس شاخص کل آنها و مقایسه میانگین ها (جداول ۲ تا ۶) نشان داد که درمان ترکیبی به جز شاخص افسردگی و اضطراب در سایر شاخص های 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 موثرتر از دارو درمانی است ".

اما موفقیت درمان ترکیبی در بهبود سطح سازگاری اجتماعی قابل توجه بود. عدم تفاوت درمان ترکیبی با درمان شناختی - رفتاری در شاخص های بهبودی ممکن است ناشی از دوره کوتاه مدت درمان با کلومی پرامین باشد. از سوی دیگر، اثرات درمان های روان شناختی بسیار پایدارتر از دارو درمانی به تنهایی است. درمان شناختی - رفتاری نیز به استثنای شاخص افسردگی و اضطراب در سایر موارد نسبت به دارو درمانی به تنهایی برتری داشت.

اگر چه در مرحله آزمون میانی در هیچ یک از شاخص ها برتری نداشت، اما به نظر می رسد که درمان های روان شناختی درازمدت موفق تر از دارو درمانی به تنهایی می باشد.

به طور کلی، می توان گفت که دارو درمانی روی علائم جسمی و خلق بیماران اثر گذاشته و از شدت افسردگی و اضطراب می کاهد، اما درمان شناختی - رفتاری عمدتاً روی افکار و تکانه های و سواسی تاثیر گذاشته و به تدریج به سایر موقعیتهای واقعی زندگی تعمیم می یابد. بنابراین، می توان گفت که این دوشیوه درمان در بسیاری از موارد لازم و ملزوم یکدیگر هستند (۲۸).

به طور کلی، درمان موثر و کارآمد برای افراد مبتلا به اختلال و سواس فکری و عملی ترکیبی از دو رویکرد شناختی - رفتاری و دارو درمانی است. انتظار می رود در پژوهش های بعدی با کاربرد آزمون ها و سنجش های حین درمان و ارزیابی پیگیری و درمان های طولانی تر، نارسایی های این پژوهش مرتفع گردد.

از سوی دیگر، ابزارهای سنجش افسردگی در این پژوهش اختصاصاً مربوط به افسردگی هستند و بنابراین در بیمارانی که افسردگی آنها ثانوی بر اختلال دیگری مانند و سواس فکری و عملی است، کارآیی چندانی ندارد. همچنین، بسیاری از داروهای مورد استفاده ضد افسردگی هستند، و در صورتی که همراه با درمان شناختی - رفتاری به کار برده شوند تغییر افکار ناسالم، منجمله افکار افسرده ساز، را تسهیل می کنند (۲۵ و ۲۶).

از سوی دیگر، به خاطر این که بیماران کمتر علائم اساسی اضطراب را نشان می دهند، و پرسشنامه های مربوط به این زمینه متمرکز بر سنجش اضطراب هستند، ممکن است دامنه نمره ها محدود شده و همین مسأله احتمالاً روی نتایج آماری تاثیر بگذارد. ممکن است گرایش های ذهنی و سوگیری درمانگر نیز در نتایج این زمینه و سازگاری اجتماعی بیماران موثر بوده باشد.

بازگشت علائم بیماری تحت تاثیر عوامل آشکار ساز، از جمله مواردی است که در درمان اختلال و سواس فکری و عملی مهم تلقی می شود. جایگزینی درمان های شناختی - رفتاری و تداوم جلسات پی گیری، راه پیشگیری از عود مجدد این بیماری در نظر گرفته می شود (۲۷).

نتایج حاصل از درمان شناختی - رفتاری و ترکیب آن با دارو درمانی، به طور کلی نتایج مثبت تری در برداشت که خود موید برتری این راه حل است. با توجه به این که سازگاری در دراز مدت حاصل می شود، به علت کوتاهی مدت این پژوهش، ناچیز بودن یا عدم تفاوت تأثیر روشهای فوق در متغیر وابسته نامتحمل نیست.

منابع

about the forth hypothesis show that the cognitive-behavioural therapy except in the indicator of recovering the depression was letter than the medicine therapy .

11-Steketee, G.. Treatment of Obsessive- compulsive Disorder. New York: guilford press (1999).

12-Turner, S.M. and Beidel, D.C. Treating obsessive-compulsive disorder , New York: Pergman Press, Inc. (1996)

13-Flament , M.R. Rapoport , J.L: Bege, C.J.& Lake ,C.R. .Biochemical change during clomipramin treatment of childhood obsessive disorder . Archives of general Psychiatry , (1997) , vol 44, pp: 219-225 .

14-Solyom, L. & Sookman, D. A comparison of clomipramine hydrochloride (anafranil) and behavior therapy in the treatment of obsessive neurosis. Journal of International Medical research, (1997), vol.5 (supl.5) pp:49-61.

15- Tollefson, G. Birklt, M. Koran, I. & Genduso, L. Continuation treatment of OCD: Double-blind and open-Label experience with flouxetine. Journal of Clinical psychiatry,(1997) vol,55(10,suppl), pp: 69-76.

16-Marks, L.M : Review of behavioral Psychotherapy obsessive compulsive disorder. Arm . J.Psychiarty. (1991), vol , 138(5) , pp: 584 - 592 .

17-Walker , C.E: Hedberg , A: Element , P: and Wright , L. Clinical Procedures for Behavior Therapy . New York : Prentice -Hall. (1991)

18-Eysenck , H.J . A . model for personality.NewYork:SpringerVerlag. (1991).

19- Eysenck, H.J .Handbook of

1-Kaplan, H. Sadock, J: Comprehensive text book of psychiatry, (sixth edition). Lo williams and wilkins. (1995).

۲-پورافکاری، نصرت اله. خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری و روان پزشکی بالینی (DSM-III-R). تبریز: انتشارات ذوقی. ۱۳۶۸

3-Rachman, S.J., Hodgson, R.J: Obsessive and Compulsions, Englewood cliffs, N.J., Prentice-Hall . (1995).

4-March, J.S: Cognitive behavioral psychotherapy for children and adolescents with OCD: A review and recommendation for treatment. Journal of American Academic children-Adolescence-Psychiatry, (1995), vol. 34(1), pp: 7-18.

۵- توزنده جانی ، حسن. طبقه بندی بین المللی اختلالات روانی و رفتاری (ICD 10) مشهد : انتشارات مرندیز ، ۱۳۷۵

6-Mathows, A. Why worry? The cognitive function of anxiety . Behavior Research and Therapy, (1990), vol. 19, pp: 455-498 .

7- Jenilk, M. New development in the treatment of obsessive compulsive disorder. Journal of clinical psychiatry, (1998), vol. 55 (10,supple), pp:1-5 .

8- Greist, I. An integrated approach to treatment of obsessive compulsive disorder. Journal of clinical psychiatry, (1999), vol 53 (suppl), pp: 38-41.

9-Mcconalghy, N. The assesment and management of obsessive compulsive disorder. Medical Journal of Australian, (1991), vol. 154(11), PP: 760-764 .

10-Steketee, V. Treatment of obsessive- compulsive disorder. New York & London . Guilford Press. (1993)

antidepressants in the treatment of obsessive-compulsive disorder :A review and implication for interdisciplinary treatment. Behavior Research and Therapy, (1993) , vol 31 (5), PP: 463-478 .

25-Foa. E.B and Kozak, M.J. : Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. Psychological Bulletin, (1996) , vol. 44, pp, 35-99 .

26- Marks, I., Katz, R.Landau , P. & geiss, J: Drug versus behavioral treatment of obsessive compulsive disorder. Biological Psychiatry, (1990),vol, 28, pp, 1065-1080.

27-Emmelkamp , P. & Beens, H. Cognitive therapy with obsessive compulsive disorder: A Comparative evaluation . Behavior research and therapy, 2001, vol 29 (3) , pp : 293-306 .

28-Thorper , L . and Olson, L. Psychological assessment . Journal of Conseling and ClinicalPsychology .(1999) , Vol 1, pp: 138-241.

abnormal psychology , (2 nd ed,) , pritman medical,Northern Ircand. (1973).

20-Foa, E.B, Kozak, M.j: steketee, G.S. & McCarthy, P.R. Imipramine and behavior therapy in the treatment of depressive and obsessive- compulsive symptoms. Immediate and long term effect. British Journal of Clinical Psychology, (1992),vol. 31, pp: 249-292.

21- Salkovskis, P.M. Obsessions and compulsions. In J. Scott, G. Williams, & A.T. Beck (Eds), Cognitive Therapy in Clinical practice London: Routledge . (1999). pp: 50-78 .

22-Hersen, M.and Bellack, A.S: Handbook of clinical behavior therapy with adults. New York : Pleum Press. (1998) .

23-Salkovskis, P. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioral analysis. Behavior Research and Therapy(1995),vol23(5),pp:571-583.

24- Abel, J.I. Exposure with response prevention and serotonergic

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
رتال جامع علوم انسانی



پروژه نگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی