

مقایسه اثربخشی درمان‌های رفتاردرمانی شناختی و فلئوکزتین در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری^۵

چکیده

هدف از این پژوهش، مقایسه میزان اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و فلئوکزتین در بیماران وسواسی-اجباری است. این بررسی از نوع آزمایشی بود. آزمودنی‌های پژوهش را ۴۲ نفر بیمار وسواسی-اجباری که به صورت جایگزینی تصادفی در سه گروه رفتاردرمانی شناختی، فلئوکزتین و لیست انتظار جای داده شده بودند، تشکیل می‌دادند. آزمودنی‌های سه گروه از نظر متغیرهایی چون سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تأهل هم‌تاسازی شده بودند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های وسواسی-اجباری مادزلی، افسردگی بک و اضطراب بک استفاده شد. نمره‌های به‌دست آمده از ارزیابی‌ها در سه مرحله (پیش آزمون، پس آزمون و دو ماه بعد از پس آزمون) به کمک آزمون‌های آماری تحلیل واریانس چند متغیره یک راهه و آزمون تعقیبی T توکی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که در کاهش علائم وسواسی، رفتاردرمانی شناختی اثر درمانی بیشتری نسبت به فلئوکزتین در کوتاه مدت ($P < 0/05$) و بلند مدت ($P < 0/01$) دارد، و این تفاوت بین رفتاردرمانی شناختی و گروه لیست انتظار در کوتاه مدت و بلند مدت معنی‌دار است ($P < 0/01$)، اما فلئوکزتین فقط در کوتاه مدت تفاوت معنی‌داری با گروه لیست انتظار دارد ($P < 0/05$). در کاهش علائم افسردگی بیماران وسواسی-اجباری هم فلئوکزتین اثر درمانی بیشتری نسبت به رفتاردرمانی

^۱ - استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز alirezafarnam@yahoo.com

^۲ - دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز

^۳ - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

^۴ - استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

^۵ - هزینه این پژوهش از محل اعتبارات معاونت پژوهشی و آموزشی دانشگاه علوم پزشکی تبریز تأمین شده است.

شناختی در کوتاه مدت و بلند مدت دارد ($P < 0/05$). همچنین، این تفاوت بین فلئوکزتین و گروه لیست انتظار در کوتاه مدت و بلند مدت معنی‌دار است ($P < 0/01$). در کاهش علائم اضطراب بیماران وسواسی-اجباری هم بین هیچ کدام از گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. بر پایه یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که رفتاردرمانی شناختی در کاهش علائم وسواسی بیماران وسواسی-اجباری و فلئوکزتین هم در کاهش سطح افسردگی این بیماران اثر درمانی عمده دارند. همچنین، رفتاردرمانی شناختی در طولانی مدت بیشتر از فلئوکزتین اثرات درمانی خود را حفظ می‌کند.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی-اجباری، رفتاردرمانی شناختی، فلئوکزتین

مقدمه

«وسواس‌های فکری»^۱ عقاید، افکار، تکانه‌ها، یا تصاویر ذهنی پایداری هستند که مزاحم و نامناسب می‌نمایند و به اضطراب یا پریشانی آشکار منجر می‌شوند. کیفیت مزاحم و نامناسب وسواس‌های فکری تحت عنوان «خود ناهمخوان»^۲ ذکر می‌شود. این پدیده حاکی از آن است که فرد با محتوای وسواس فکری بیگانه است، آن را تحت کنترل خود نمی‌داند، و از نوع اندیشه‌ای نیست که او انتظار دارد. با این حال، فرد قادر به تشخیص این نقطه است که وسواس‌های فکری محصول ذهن خود او هستند و از خارج تحمیل نمی‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۳، ۲۰۰۰). وسواس‌های عملی^۴ رفتارهای تکراری (مانند شستن دست، منظم کردن، بازبینی) یا اعمال ذهنی (مانند دعا کردن، شمارش، تکرار واژه‌ها به آرامی) هستند که هدف آنها پیشگیری یا کاهش اضطراب یا پریشانی است، نه به دست آوردن لذت یا رضایت (به نقل از همان منبع).

تاکنون نظریه‌های گوناگونی مانند نظریه‌های روان‌شناختی و زیست‌شناختی در صدد تبیین و ارائه الگوی درمانی این اختلال بوده‌اند. نظریه^۵ بالنسبه جدید و امیدبخش در تبیین و درمان اختلال وسواسی-اجباری، در چارچوب رویکرد روان‌شناختی، نظریه رفتار درمانی شناختی^۵ (CBT) می‌باشد. پژوهش‌های زیادی از تأثیر رفتار درمانی شناختی در درمان اختلال وسواسی-اجباری حمایت کرده‌اند. آزمایش‌های کنترل شده^۵ دقیق در مورد رفتار درمانی شناختی در بزرگسالان و کودکان حدود ۸۵

¹- Obsessions

²- Ego Dystonic

³- American Psychiatry Association

⁴- Compulsions

⁵- Cognitive-behaviour therapy

درصد موفقیت درمانی را گزارش کرده‌اند (فرانکلین^۱ و فوآ^۲، ۲۰۰۲؛ بارت^۳، هیلی-فارل^۴ و مارچ^۵، ۲۰۰۴).

رافر^۱، هاند^۲، آلسلین^۳، برترز^۴، اورتمن^۵، کمپ^۶ و همکاران (۲۰۰۵؛ به نقل از پینارد^۷، ۲۰۰۶) در یک تحقیق طولی به مدت ۷ سال افراد اختلال وسواسی-اجباری را که رفتار درمانی شناختی دریافت کرده بودند مورد مطالعه قرار دادند. نتایج نشان داد که ۴۱ درصد از بیماران بهبودی نشان دادند که این میزان از بهبودی در مطالعه پی‌گیری (۷ سال بعد) به ۴۵ درصد می‌رسید. میدمنت^۸ و ساکسنا^۹ (۱۹۹۸؛ به نقل از ویلهلم^{۱۰}، تولین^{۱۱} و استکتی^{۱۲}، ۲۰۰۴) در یک مطالعه موردی نشان دادند که داروهای مهارکننده باز جذب سروتونین^{۱۳} (SSRIs)، بیشتر بر افسردگی اختلال وسواسی-اجباری تأثیر می‌گذارند، برای بهبود علائم وسواسی بیماران وسواسی-اجباری رفتار درمانی شناختی بهترین گزینه درمانی می‌باشد. استورچ^{۱۴}، لیزا^{۱۵} و مرلو^{۱۶} (۲۰۰۶) با بررسی درمان‌های رایج اختلال وسواسی-اجباری به این نتیجه رسیدند که رفتار درمانی شناختی و یا ترکیب رفتار درمانی شناختی با دارو درمانی می‌تواند به‌عنوان خط اول درمان برای اختلال وسواسی-اجباری در نظر گرفته شود.

دومین دیدگاه عمده در تبیین و درمان اختلال وسواسی-اجباری، مدل نوروبیولوژیک^{۱۷} می‌باشد. بر اساس این مدل، افراد اختلال وسواسی-اجباری فعالیت سروتونینی^{۱۸} پایینی دارند. همچنین، در قسمت‌های کرتکس^{۱۹} پیشانی مغز^{۲۰} و عقده‌های قاعده‌ای^{۲۱} کاهش فعالیت را نشان می‌دهند. منطبق با سبب‌شناسی مدل نوروبیولوژی، درمان، متمرکز بر بی‌نظمی نوروترانسمیتر^{۲۲} سروتونین می‌باشد و عمدتاً از داروهایی استفاده می‌گردد که باعث تنظیم سروتونین می‌شوند (دیوو-گیسج^{۲۳}، ۱۹۹۳).

تحقیقات نشان‌دهنده آن است که مواد دارویی مانند مهارکننده‌های باز جذب سروتونین^{۲۴} (SRIs) و مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین (SSRIs)، باز جذب سروتونین را در مغز کاهش داده یا بلوکه می‌کنند. به همین خاطر، این داروها مورد ترجیح‌ترین و مؤثرترین درمان‌های دارویی در دسترس برای اختلال وسواسی-اجباری هستند (فوستر^{۲۵} و ایزلر^{۲۶}، ۲۰۰۱). بیشترین تحقیق در بین مهارکننده‌های

1- Franklin

2- Foa

3- Barret

4- Healy-Rafer

5- March

1- Foster

2- Eisler

3- Clomipramin

4- Fluoxetine

اختصاصی باز جذب سروتونین (SSRIs) و مهارکننده‌های باز جذب سروتونین (SRIs) بر روی کلومپرامین^۳، فلئوکزتین^۴ و فلووکسامین^۵ انجام شده است (وان بالکوم^۶ و همکاران، ۱۹۹۴؛ آبرامویچ^۷، ۱۹۹۷).

تأثیر فلئوکزتین به همراه فلووکسامین در درمان اختلال وسواسی-اجباری در اغلب تحقیقات به اثبات رسیده است (هنین^۹ و کندال^{۱۰}، ۱۹۹۷؛ گودمن^{۱۱} و پرایس^{۱۲}، ۱۹۹۱)، به طوری که برخی از تحقیقات، اثر دو داروی فلئوکزتین و فلووکسامین را برابر با کلومپرامین دانسته‌اند (گودمن و پریس، ۱۹۹۱). آزمایش‌های کنترل شده در طرح‌های بزرگ اثرات درمانی مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین را هم برای بزرگسالان و هم برای کودکان نشان داده‌اند (نات^{۱۳}، ۲۰۰۵). حدود ۴۰ تا ۵۵ درصد بیماران بعد از ۱۲ هفته دارو درمانی عموماً کاهش علائم معنی‌دار گزارش می‌دهند. اما، کاهش علائم تپیکال در کار بالینی به صورت متوسط تنها ۲۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده و بسیاری از بیماران علائم باقی‌مانده را بعد از متوقف شدن درمان تجربه می‌کنند (استورچ و همکاران، ۲۰۰۶). یک وجه تمایز اساسی دارو درمانی نسبت به درمان‌های دیگر این است که درمان دارویی با استفاده از مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین (SSRIs) و مهارکننده‌های باز جذب سروتونین (SRIs) در کاهش علائم افسردگی بیماران وسواسی هم مؤثر می‌باشند (فستروایزler، ۲۰۰۱). همچنین، تحقیقات نشان داده‌اند که دارو درمانی تأثیر سریع‌تری نسبت به رفتار درمانی دارد (کاتراک^۱ مولارد^۲، بورارد^۳ و مارکس^۴، ۱۹۹۳، به نقل از فوستر وایزler، ۲۰۰۱).

-
- ۵- Fluvoxamine
 6- Van Balkom
 7- Abramowitz
 8- Collamipramin Collaboration Study Group
 9- Henin
 10- Kendall
 11- Goodman
 12- Price
 13- Nutt
 1- Katracs
 2- Molard
 3- Borard
 4- Marks
 5- Structural Interview for Affective Disorder

هدف پژوهش

با توجه به دیدگاه‌های مختلف زیست‌شناختی، روان‌شناختی نسبت به این اختلال، هدف اصلی این پژوهش ارائه رهنمودهایی برای درک، تبیین و درمان هر چه بهتر و جامع‌تر این اختلال می‌باشد.

فرضیه‌های پژوهش

با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر برای محک زدن فرضیه‌های زیر تدوین شده است:

- ۱- رفتار درمانی شناختی تأثیرات درمانی بهتری نسبت به فلئوکزتین در کاهش علائم و سواسی بیماران و سواسی-اجباری دارد.
- ۲- فلئوکزتین اثرات درمانی بهتری نسبت به رفتار درمانی شناختی در کاهش علائم افسردگی بیماران و سواسی-اجباری دارد.
- ۳- رفتار درمانی شناختی اثرات درمانی بهتری نسبت به فلئوکزتین در کاهش علائم اضطراب بیماران و سواسی-اجباری دارد.

روش پژوهش

آزمودنی‌ها و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع پژوهش‌های آزمایشی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به اختلال و سواسی-اجباری مراجعه کننده به کلینیک تخصصی روانپزشکی بزرگمهر تبریز، مرکز مشاوره روان‌شناختی علامه امینی و دفتر مشاوره سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران استان آذربایجان شرقی تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس بود. ملاک‌های شمول شامل تشخیص اختلال و سواسی-اجباری بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات عاطفی^۵ (SADS)، پرسشنامه و سواسی-اجباری مادزلی و تأیید تشخیص بر اساس نظر روانپزشک یا دکتر روانشناس بالینی، داشتن حداقل ۱۵ سال سن و حداقل مدرک سیکل، توانایی خواندن و نوشتن و صحبت کردن روان به زبان فارسی یا ترکی بود. و ملاک‌های حذفی 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 روان‌شناختی برای هر اختلال روانی محور ۱ و ۲، می‌شد که سبب کنار گذاشتن افراد از بررسی می‌گردید.

در طول مدت اجرای پژوهش، کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مراجعه کننده به مراکز یاد شده (۴۲ نفر)، به صورت جایگزینی تصادفی در ۳ گروه رفتار درمانی شناختی (۱۴ نفر)، فلئوکزتین (۱۳ نفر) و لیست انتظار (۱۵ نفر) جای گرفتند. از ۴۲ نفر آزمودنی انتخاب شده ۳ نفر (۱ نفر از رفتاردرمانی شناختی، ۱ نفر از فلئوکزتین 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 کار منصرف شدند و ۲ نفر (۱ نفر از فلئوکزتین، 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 رفتار درمانی شناختی، ۱ نفر از فلئوکزتین و ۲ نفر از لیست انتظار)، در مطالعات پی گیری شرکت نکردند که در نهایت، ۳۳ نفر (۱۲ نفر رفتار درمانی شناختی، ۱۰ نفر فلئوکزتین و ۱۱ نفر لیست انتظار)، درمان را به صورت کامل ادامه دادند. جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های مورد بررسی را نشان می‌دهد.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های مورد بررسی

گروه‌های درمان	میزان تحصیلات			وضعیت تأهل		جنسیت		میانگین سنی	میانگین طول مدت بیماری
	متوسطه	دیپلم	دانشگاهی	مجرد	متأهل	زن	مرد		
رفتار درمانی شناختی	۴	۵	۵	۶	۸	۸	۶	۲۸/۳۱	۶/۳۵
فلئوکزتین	۶	۲	۵	۶	۷	۶	۷	۳۱/۷	۵/۳۰
لیست انتظار	۵	۴	۶	۵	۱۰	۸	۷	۳۳/۲	۵/۳۳

ابزار اندازه گیری

۱- سیاهه وسواسی-اجباری مادسلی^۱ (MOCI)

این پرسشنامه توسط هاجسون^۲ و راجمن^۳ (۱۹۷۷) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ پرسش به صورت صحیح-غلط می‌باشد. دامنه نمرات از

- 1- Moudsley Obsessive- Compulsive Inventory
- 2- Hodgson
- 3- Rachman
- 4- Sternberg
- 5- Bernz
- 6- Emmelkamp
- 7- Beens

صفر تا ۳۰ متغیر می‌باشد. افزون بر نمره کل وسواسی، پرسشنامه مادزلی شامل ۵ خرده‌مقیاس واریسی، شستشو، کندی، شک و نشخوار ذهنی می‌باشد (راچمن و هاجسون، ۱۹۸۰). تمرکز اصلی این پرسشنامه روی علائم وسواسی می‌باشد و به‌ویژه، برای ارزیابی اثرات درمان روی علائم مناسب است (استکتی، ۱۹۹۳).

راچمن و هاجسون (۱۹۷۷، ۱۹۸۰) اعتبار همگرا و پایایی با روش آزمون-آزمون مجدد این پرسشنامه را رضایت بخش گزارش کردند و اعتبار سازه این آزمون را در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی تأیید نمودند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که این ابزار نسبت به تغییرات درمانی حساس بوده و پایایی آن با روش باز آزمایی در حد خوبی بوده است (راچمن و هاجسون، ۱۹۸۰؛ استرنبرگ^۴ و برنز^۵، ۱۹۹۰، به نقل از امل کامپ^۶، بینز^۷، ۱۹۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط پژوهش‌های مختلفی رضایت بخش اعلام شده است. برای مثال، دادفر (۱۳۷۶) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن با مقیاس وسواسی-اجباری ییل را ۰/۸۷ گزارش کرده است.

۲- پرسشنامه افسردگی بک (ویراست دوم) BDI-II^۱

این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک^۲ تدوین شد و در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر^۳ و براون^۴ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین صفر تا ۳ می‌گیرد. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد. مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران بدین شرح می‌باشد: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹، ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴، (فتی، بیرشک، عاطف وحید و دابسون، ۱۳۸۲؛ به نقل از موتابی، محمدخانی و پورشهباز، ۱۳۸۵). همچنین، در تحقیق دیگری که قاسم زاده، مجتبیایی، کرم قدیری و ابراهیم خانی (۲۰۰۵)، برای به‌دست آوردن ویژگی‌های روان‌سنجی تست افسردگی بک - ویراست دوم - انجام دادند، نتایج این گونه به‌دست آمد: ضریب آلفا ۰/۸۷، ضریب باز آزمایی ۰/۷۴. همبستگی آن نیز با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول ۰/۹۳ بود (بک،

1- Beck Depression Inventory-II

2- Beck

3- Steer

4- Brown

5- Beck Anxiety Inventory

6- Episton

استیر و براون، ۱۹۹۶). در پژوهش حاضر، این پرسشنامه به منظور تعیین شدت افسردگی مورد استفاده قرار گرفت.

۳- پرسشنامه اضطراب بک^۵

این پرسشنامه نیز مانند پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ گزینه بوده و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد و دامنه نمرات بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد. بک، اپستن^۶، براون و ستیر (۱۹۹۸) همسانی درونی آن را برابر با ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. آنها همچنین ضریب پایایی باز آزمایی بعد از یک هفته را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند. این پرسشنامه هم مثل دیگر پرسشنامه‌های به کار برده شده در این پژوهش، پرسشنامه شناخته شده‌ای است. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران مورد تأیید پژوهش‌های مختلفی قرار گرفته است. به‌عنوان مثال، محمود علیلو (۱۳۸۴) 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.

شیوه اجرا

بعد از گرفتن مشخصات اولیه از بیماران به منظور تشخیص اختلال وسواسی-اجباری و رد اختلالاتی که شامل ملاک‌های حذفی پژوهش بودند، از مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات عاطفی (SADS)، پرسشنامه وسواسی-اجباری مادزلی و تأیید 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 نشانه‌های وسواس‌ها و اجبارها، جنبه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری اختلال، پیشنهادها، عوامل نگه دارنده 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 مراجع یک طرح درمان تهیه شد. بعد از این ارزیابی مفصل، بیماران به صورت جایگزینی تصادفی در یکی از سه گروه (رفتار درمانی شناختی، فلئوگزین و لیست انتظار) جای گرفتند. بعد از تمام شدن جلسات درمان مجدداً پرسشنامه‌های وسواسی-اجباری مادزلی، افسردگی بک و اضطراب بک برای هر یک از آزمودنی‌های هر ۳ گروه تکمیل گردید. و به منظور تعیین اثرات طولانی مدت روش‌های درمانی ذکر شده ۲ ماه بعد از ارزیابی دوم برای سومین بار پرسشنامه‌های پژوهش حاضر بر روی هر ۳ گروه اجرا شد.

گروه آزمایشی رفتار درمانی شناختی از ده جلسه هفتگی ۵۰ الی ۶۰ دقیقه‌ای تشکیل شده بود. این روش درمانی بر مبنای رفتار درمانی شناختی و بر اساس بسته درمانی لی هی^۱ و هالند^۲ تهیه شده است. (برای اطلاعات بیشتر به برنامه‌های درمانی برای اختلالات افسردگی و اضطراب اثر لی هی و هالند، ۲۰۰۰ مراجعه کنید). در گروه آزمایشی دارو درمانی هر یک از آزمودنی‌ها ۳ ماه متوالی تحت درمان با داروی فلئوکزین با دوز (۴۰-۸۰) میلی گرم روزانه (با توجه به سطح تحمل بیماران) قرار داده شدند. پس از پایان سه ماه درمان متوالی مجدداً هر سه پرسشنامه توسط هر یک از آزمودنی‌ها تکمیل گردید، ۲ ماه بعد از آخرین جلسه درمان برای سومین بار پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها تکمیل گردید.

نتایج

جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های وسواسی-اجباری مادزلی، افسردگی بک و اضطراب بک را در ۳ گروه پژوهشی نشان می‌دهد.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در پرسشنامه‌های وسواسی-اجباری مادزلی، افسردگی بک و اضطراب بک

اضطراب بک	افسردگی بک	وسواس مادسلی	گروه‌ها
(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	(انحراف معیار)	
			رفتاردرمانی شناختی
۱۷/۵۰ (۸/۱۴)	۳۱/۶۶ (۱۱/۰۲)	۲۳/۸۳ (۲/۶۹)	پیش آزمون
۱۵/۱۶ (۶/۴۷)	۲۶/۷۵ (۱۰/۰۶)	۱۰ (۶/۰۶)	پس آزمون
۱۵/۵۸ (۶/۱۵)	۲۸/۱۶ (۱۱/۲۳)	۱۳/۰۸ (۵/۵۱)	مطالعه پی‌گیری
			فلئوکزین
۱۸/۴۰ (۹/۱۱)	۲۸/۲۰ (۱۱/۱۲)	۲۲/۲۰ (۳/۲۵)	پیش آزمون
۲۱/۶۰ (۷/۵۶)	۱۶/۱۰ (۷/۰۳)	۱۶/۳۰ (۷)	پس آزمون
۱۸/۳۰ (۶/۸۹)	۱۷/۳۰ (۷/۰۴)	۲۰/۸۰ (۳/۵۵)	مطالعه پی‌گیری
			گروه کنترل
۱۵/۲۷ (۹/۴۸)	۲۵/۶۳ (۱۱/۲۶)	۱۹/۳۶ (۳/۰۷)	پیش آزمون
۱۵/۸۱ (۸/۱۹)	۲۴/۴۵ (۹/۵۹)	۲۱/۱۸ (۴/۷۲)	پس آزمون
۱۳/۳۶ (۸/۲۸)	۲۳/۱۸ (۹/۴۲)	۱۹/۸۱ (۳/۰۲)	مطالعه پی‌گیری

1- Leahy

2- Holland

برای تحلیل داده‌های ارائه شده در جدول ۲ روش تحلیل واریانس چند متغیره یک راهه^۱ (مانوای یک راهه) برای نمرات اختلافی استفاده شد؛ بدین صورت که برای محاسبه اثرات کوتاه مدت درمان، نمرات پس آزمون منهای پیش آزمون و برای محاسبه اثرات بلند مدت درمان، نمرات مطالعه پی گیری منهای نمرات پیش آزمون شد. اطلاعات مربوط به تحلیل واریانس چند متغیره یک راهه در جدول ۳ ارائه شده است. در این روش، ابتدا مشخص شد که ویلکز لامبدا معنی دار می‌باشد ($P < 0/01$) که مفهوم آن این است که دست کم در یکی از متغیرها بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معنی دار آماری برقرار است. جدول شماره ۳ تحلیل‌های مربوط به اثرات بین گروه‌ها را نشان می‌دهد. در این تحلیل واریانس سه مانوای جداگانه (وسواس کوتاه مدت و بلند مدت - افسردگی کوتاه مدت و بلند مدت - اضطراب کوتاه مدت و بلند مدت) گرفته شده است که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳- تحلیل واریانس چند متغیره یک راهه برای دوره‌های کوتاه مدت و بلند مدت

منبع	متغیرهای وابسته	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	سطح معنی داری
گروه‌ها	وسواس کوتاه مدت	۱۴۰۵/۹۳	۲	۷۰۲/۹۶	۱۹/۰۳	۰/۰۰۰
	وسواس بلند مدت *	۸۳۱/۵۳	۲	۴۱۵/۷۶	۱۸/۶۳	۰/۰۰۰
	افسردگی کوتاه مدت	۶۴۰/۷۸	۲	۳۲۰/۳۹	۱۱	۰/۰۰۰
	افسردگی بلندمدت *	۴۴۱/۲۵	۲	۲۲۰/۶۲	۵/۹۸	۰/۰۰۷
	اضطراب کوتاه مدت	۱۶۷/۹۷	۲	۸۳/۹۸	۲/۹۵	۰/۰۶۷
	اضطراب بلندمدت	۲۲/۹۱	۲	۱۱/۴۵	۰/۵۳	۰/۵۹۴
خطا	وسواس کوتاه مدت	۱۱۰۷/۷۰	۳۰	۳۶/۹۲		
	وسواس بلند مدت *	۶۶۹/۳۷	۳۰	۲۲/۳۱		
	افسردگی کوتاه مدت	۸۷۳/۴۵	۳۰	۲۹/۱۱		
	افسردگی بلندمدت *	۱۱۰۶/۶۲	۳۰	۳۶/۸۸		
	اضطراب کوتاه مدت	۸۵۲/۹۹	۳۰	۲۸/۴۳		
	اضطراب بلندمدت	۶۴۸/۷۲	۳۰	۲۱/۶۲		

همان‌طور که در جدول شماره ۳ دیده می‌شود، گروه‌های مورد بررسی در ۲ متغیر سواسی-اجباری و افسردگی تفاوت معنی‌داری با هم دارند؛ اما در متغیر اضطراب بین هیچ‌کدام از گروه‌ها تفاوت معنی‌دار نمی‌باشد. برای تعیین منبع دقیق تفاوت گروه‌ها از آزمون تعقیبی T توکی استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که در **متغیر سواسی** رفتار درمانی شناختی مؤثرتر از فلئوکزتین در هر دو دوره کوتاه مدت $P(0/05)$ و بلند مدت $P(0/01)$ می‌باشد. همچنین، بین رفتار درمانی شناختی و گروه کنترل این تفاوت در کوتاه مدت و بلند مدت معنی‌دار می‌باشد $P(0/01)$. در این متغیر فلئوکزتین فقط در کوتاه مدت تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل دارد $P(0/05)$. در نتیجه، فرضیه اول تحقیق مبنی بر اثر درمانی بهتر رفتار درمانی شناختی نسبت به فلئوکزتین در کاهش علائم سواسی بیماران و سواسی-اجباری تأیید می‌شود. بررسی با توکی همچنین نشان داد که در **متغیر افسردگی** فلئوکزتین اثر درمانی بیشتری نسبت به رفتار درمانی شناختی در کوتاه مدت و بلند مدت دارد $P(0/05)$. همچنین، بین فلئوکزتین و گروه کنترل در کوتاه مدت و بلند مدت این تفاوت معنی‌دار می‌باشد $P(0/05)$. بنابراین، فرضیه دوم تحقیق هم تأیید می‌شود. اما در **متغیر اضطراب** بین هیچ‌کدام از گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. بنابراین، فرضیه سوم تحقیق رد می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به این که رفتار درمانی شناختی در متغیر سواسی اثر درمانی بیشتری از فلئوکزتین و گروه کنترل دارد و فلئوکزتین هم در کاهش علائم افسردگی بیماران و سواسی-اجباری مؤثرتر از رفتار درمانی شناختی و گروه کنترل می‌باشد، در نتیجه فرضیه‌های اول و دوم پژوهش حاضر تأیید می‌شود. این یافته‌ها همسو با یافته‌های قبلی می‌باشد. در یک پژوهش مشخص شد که بیش از ۸۵ درصد از بیماران و سواسی-اجباری که تحت رفتار درمانی شناختی بودند، بهبودی قابل توجهی نشان دادند (فرانکلین و فوآ، ۲۰۰۲؛ بارت، هیلی-فارل و مارچ، ۲۰۰۴). در پژوهشی دیگر (ویتال، توردارسن^۱، مک لین^۲، ۲۰۰۴) بیش از ۵۰ درصد بیماران و سواسی-اجباری که رفتار درمانی شناختی دریافت می‌کردند بهبودی معنی‌داری نشان دادند که این میزان از بهبودی در ۳ ماه بعد از درمان بیشتر هم شده بود. همچنین، پژوهش‌های مختلفی

- 1- Whittal
- 2- Thordarson
- 3- Mclean
- 4- Tolin
- 5- Maltibi

نشان داده‌اند رفتار درمانی شناختی در بهبود بیماران وسواسی-اجباری کودکان و بزرگسالان خیلی مؤثرتر از درمان‌های دارویی می‌باشد (آبرومویچ، ۱۹۹۷؛ تولین^۴، مالتبی^۵، و همکاران، ۲۰۰۴). همچنین، پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که فلئوکزتین در بهبود بیماران وسواسی-اجباری مؤثر واقع می‌شود (هنین و کندال، ۱۹۹۷؛ گودمن و برایس، ۱۹۹۱). در پژوهشی (فوستروایز لر، ۲۰۰۱) مشخص شد که حدود ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران وسواسی-اجباری کاهش علائم معنی‌دار بعد از ۱۲ هفته مصرف داروهای مهار کننده باز جذب سروتونین نشان می‌دهند. بر خلاف رفتار درمانی شناختی داروهای مهار کننده باز جذب سروتونین در افسردگی بیماران وسواسی-اجباری هم مؤثر می‌باشند، چون این داروها ضد افسردگی هم هستند (فوستروایز لر، ۲۰۰۱).

فرضیه سوم پژوهش حاضر بیان می‌داشت که رفتار درمانی شناختی در کاهش علائم اضطرابی بیماران وسواسی-اجباری مؤثرتر از دارو درمانی و گروه کنترل می‌باشد. اما، در تحقیق حاضر این فرضیه پژوهشی مورد تأیید قرار نگرفت. اما، نتایج نشان داد که بیماران گروه درمانی فلئوکزتین در طول دوره درمان اضطرابشان بسیار بیشتر از دوره خط پایه و دوره پس از قطع درمان بود و این اضطراب بالا را می‌توان به‌عنوان اثرات جانبی فلئوکزتین در نظر گرفت. لازم به ذکر است از آنجا که پژوهش کنترل شده‌ای که در آن، روش‌های درمانی رفتار درمانی شناختی، فلئوکزتین در کاهش علائم اضطراب بیماران وسواسی مقایسه شده باشد، انجام نشده این یافته پژوهشی نیاز به بررسی‌ها و پژوهش‌های بیشتری دارد.

به‌طور کلی، با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت از این نظر که رفتار درمانی شناختی اثرات درمانی خود را پس از قطع درمان همچنان حفظ می‌کند و میزان عود در این روش درمانی نسبت به فلئوکزتین بسیار کم و ناچیز می‌باشد، درمان بهتری برای اختلال وسواسی-اجباری می‌باشد. از طرف دیگر، فلئوکزتین در کاهش علائم افسردگی بیماران وسواسی خیلی مؤثرتر از رفتار درمانی شناختی می‌باشد و می‌دانیم که بیشتر بیماران وسواسی-اجباری مبتلا به افسردگی هم هستند، از این نظر هم فلئوکزتین نسبت به رفتار درمانی شناختی برتری دارد. پس ضرورت بالینی در هر بیمار، نوع درمان وی را معین خواهد کرد.

لازم به ذکر است که کمی تعداد نمونه، کوتاه بودن طول مدت درمان، اثر پیش‌آزمون روی نمره‌ها، نداشتن گروه پلاسیبو، تفاوت سن و سطوح شدت علائم وسواسی-اجباری از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد.

منابع

- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۳۸۴). متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلالهای روانی، ترجمه محمد رضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. تهران: سخن (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰)
- دادفر، محبوبه (۱۳۷۶). بررسی همبودی اختلالات شخصیت در بیماران وسواسی-جبری و مقایسه آنها با افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- محمود علیلو، مجید (۱۳۸۴). بررسی نگرش مسئولیت در بیماران وسواسی-اجباری. مجله علم و فناوری ویژه علوم انسانی، ۳، ۴۶-۵۳.
- موتابی، فرشته؛ جزایری، علیرضا؛ محمد خانی، پروانه؛ پور شهباز، عباس (۱۳۸۵). مقایسه روانسازهای مربوط به عود در بیماران افسرده با سابقه عود، بدون سابقه عود و افراد بهنجار. مجله روانشناسی معاصر، ۲، ۳۳-۴۰.

Abramowitz, J.S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *journal of consulting clinical psychology*, 65, 44-52.

Barret, P., Healy-Farrell, L., March, S. (2004). Cognitive-Behavior family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *J Am Acad child A adolesc psychiatry*, 43, 46-62.

Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G.K., and Steer, R.A. (1998). An inventory for measuring and clinical anxiety: Psychometric properties. *journal of consulting clinical psychology*, 50, 893-897.

Beck, A.T., Steer, R.A., and Brown, G.K. (1996). *Manual for the BDI-II*. san Antonio, TX: The psychological corporation.

Clomipramine collaboretivestady Group. (1991). Clomipramine in the treatment of patients whit obsessive-compulsive disorder. *Arch Gen psychiatry*. 48, 730-738.

Deveaugh-Geiss, J. (1993). Diagnosis and treatment of obsessive-compulsive disorder. *A nnu Rev Med*, 44, 53-61.

Emmelkamp, P., & Beens, H. (1991). Cognitive therapy whit obsessive compulsive disorder: *A comparative evaluation. Behavior Research and Therapy*, 29, 293-306.

Foster, P.S., Eisler, R.M. (2001). An integrative approach to the treatment of obsessive-compulsive disorder. *comprehensive psychiatry*, 42, 24-31.

Franklin, M.E., Foa, E.B. (2002). *Cognitive behavior treatments for obsessive compulsive disorder*.

Ghassemzadeh, H., Mojtabai, R., Karamghadiri, N., and ebrahimkhani, N. (2005). Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory-second edition: BDI-II – Persian, *Journal of Depression and Anxiety*, 21, 185-192.

Goodman, W.K., Price, L.H. (1991). Fluvoxamine in the treatment of obsessive-compulsive disorder. Washington, DC: *American psychiatric press*, 45, 45-59.

Henin, I., Kendall, P.C. (1997). Obsessive-compulsive disorder childhood and adolescence. *Advances in clinical child psychology*, 19, 75-131.

Hodgson, R.J., Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behaviour Research and therapy*, 15, 389-395.

Leahy, R.L., Holland, S.J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*.

Nutt, D.J. (2005). Overview of diagnosis and drug treatments of anxiety disorders. *Cns spectrums*, 10, 49-56.

Pinard, G. (2006). The pharmacologic and psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *The Canadian journal of psychiatry*, 51, 405-406.

Rachman, S.J., Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs .NJ: prentice. Hall.

Steketee, G.S. (1993). *Treatment of obsessive-compulsive disorder*. London: Guilford Press.

Storch, E.A., Lisa, j., Merlo, L.J. (2006). Obsessive-compulsive disorder: strategies for using cbt and pharmacotherapy. Department of pediatrics and psychiatry university of Florida, *Gainesville*, 55, 329-333.

Tolin, D.F., Maltby, N., Diefenbach, G.J., et al. (2004). Cognitive behavior therapy for medication nonresponders with obsessive-compulsive disorder: A wait-list controlled open trial. *J Clin Psychiatry*, 65, 922-931.

Van Balkom, A.J.L.M., Van open, p., vermeulen, A.W.A., Van Dyck, R., Nauta, M.C.E., vorst, H.C.M. (1994). A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: a comparison of antidepressants, behavior and cognitive therapy. *Clin psychol Rev*, 14, 359-381.

Whittal, M.L., Thordarson, D.S., Mclean, P.D. (2004). Treatment of obsessive compulsive disorder: Cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *behavior and research*, thr43, 1559-1576.

Wilhelm, S., Tolin, D.F., Steketee, G. (2004). Challenges in treating obsessive compulsive disorder, *JCLP/In session*, 60, 1127-1132.

