

مقایسه‌ی میزان اثربخشی سه روش رفتار درمانی شناختی، دارو درمانی و رفتار درمانی شناختی توأم با مواجهه و پیشگیری از پاسخ در بهبود علائم اختلال وسواس - جبری

نجمه حمید^{1*}، وحید عطایی مغاللو²، مجید عیدی بایگی²

چکیده

زمینه: هدف از این پژوهش، مقایسه‌ی میزان اثربخشی رفتاردرمانی شناختی، رفتار درمانی شناختی توأم با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ و دارودرمانی در بهبود علائم اختلال وسواس - جبری می‌باشد.

روش: طرح پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل با پیگیری بود. آزمودنی‌های پژوهش را 48 بیمار وسواسی - جبری تشکیل می‌دادند که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به شیوه‌ی تصادفی در 4 گروه رفتار درمانی شناختی توأم با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ، رفتار درمانی شناختی، دارودرمانی و کنترل قرار گرفتند. برای گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های وسواسی - جبری مادزلی، افسردگی بک (ویراست دوم) و اضطراب بک استفاده شد. نمرات به‌دست‌آمده از ارزیابی‌ها در سه مرحله‌ی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با روش آماری تحلیل واریانس چندمتغیری یک‌راهه و آزمون تعقیبی توکی با استفاده از نسخه‌ی 18 نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر سه نوع درمان رفتاردرمانی شناختی توأم با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ، رفتاردرمانی شناختی و دارودرمانی به‌طور معناداری باعث کاهش علائم اختلال وسواسی - جبری شدند ($P < 0/001$). در بلند مدت اثر رفتار درمانی شناختی توأم با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ و رفتار درمانی شناختی مؤثرتر از دارو درمانی بود، اما بین اثر رفتاردرمانی شناختی توأم با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ و رفتار درمانی شناختی تفاوتی وجود نداشت ($P < 0/001$). نتیجه‌گیری: هر سه نوع درمان در کاهش علائم اختلال وسواسی - جبری مؤثر می‌باشند و در بلندمدت، رفتاردرمانی شناختی توأم با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ و رفتار درمانی شناختی اثر دیرپاتری نسبت به دارودرمانی دارند.

واژگان کلیدی: اختلال وسواس - جبری، رفتار درمانی شناختی، مواجهه و پیشگیری از پاسخ، دارو درمانی

1- دکترای روان‌شناسی، دانشیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران
تلفن و پست الکترونیک: 09161187586
n.hamid@scu.ac.ir

2- دانشجوی کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، ایران
تلفن و پست الکترونیک: 09373812498
Vahidataie_3000@yahoo.com

09366229040
Majid_eydi@yahoo.com

* نویسنده‌ی مسؤول:

نجمه حمید، ایران، اهواز، دانشگاه شهید چمران، دانشکده‌ی علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی
تلفن و پست الکترونیک: 09161187586
n.hamid@scu.ac.ir

تاریخ پذیرش: 91/4/17

تاریخ دریافت: 90/9/20

مقدمه

که طبیعتاً مضر و اضطراب‌برانگیز هستند با ترس و اضطراب پیوستگی پیدا می‌کند. به این ترتیب، افکار و اشیای سابقاً خنثی به محرک‌های شرطی قادر به برانگیختن اضطراب و ناراحتی تبدیل می‌گردند و عمل وسواسی به گونه‌ای متفاوت در می‌آید. شخص در می‌یابد که عمل خاصی موجب کاهش اضطراب وابسته به یک فکر وسواسی می‌گردد. رهایی و آرامش حاصل از رفع اضطراب که به‌عنوان سابقه منفی عمل می‌کند، در نتیجه وقوع عمل وسواسی موجب تقویت این عمل می‌شود. به تدریج این عمل به‌علت مفید بودن و کاهش یک سابقه دردناک ثانوی (اضطراب) به‌صورت یک الگوی رفتاری آموخته شده‌ی ثابت در می‌آید (2). نظریه‌ی نسبتاً جدید و امیدبخش در تبیین و درمان اختلال وسواسی - جبری، در چارچوب رویکرد روان‌شناختی، نظریه‌ی رفتاردرمانی شناختی می‌باشد. درمان شناختی - رفتاری اختلال وسواسی - جبری بر شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مداخله‌گر و اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس مسئولیت پیشگیری از خنثی‌سازی که در پی ارزیابی متأثر از احساس مسئولیت پدید می‌آید و افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز است (5). پژوهش‌های زیادی از تأثیر رفتاردرمانی شناختی در درمان اختلال وسواسی - جبری حمایت کرده‌اند. آزمایش‌های کنترل‌شده‌ی دقیق در مورد رفتاردرمانی شناختی در بزرگسالان و کودکان حدود 85 درصد موفقیت درمانی را گزارش کرده‌اند (6 و 7). در پژوهش بولتون و پرین (2008) که بر روی 20 کودک و نوجوان مبتلا به OCD انجام شد، گروهی که مواجهه و پیشگیری از پاسخ دریافت کردند نسبت به گروه گواه که هیچ مداخله‌ای روی آن‌ها صورت نگرفت از نظر آماری و بالینی بهبود چشمگیری نشان دادند و در پیگیری که بعد از چند هفته انجام شد اثرات بهبود نگه داشته شده بود (8). در پژوهشی که در آن درمان شناختی - رفتاری کلاسیک را با

ویژگی‌های اساسی اختلال وسواسی - جبری، وسواس‌های فکری و عملی است که شدت آنها برای ایجاد ناراحتی قابل ملاحظه برای شخص کافی است. فکر وسواسی یک فکر، احساس، عقیده یا حس مزاحم و تکرارشونده است. عمل وسواسی، رفتار خودآگاه، میزان‌شده، تکراری یا اجتناب است. فکر وسواسی موجب افزایش اضطراب شخص می‌گردد، در حالی که انجام عمل وسواسی اضطراب شخص را کاهش می‌دهد؛ لذا وقتی شخص در مقابل انجام عمل وسواسی مقاومت می‌کند، اضطرابش افزایش می‌یابد (1). تاکنون نظریه‌های گوناگونی مانند نظریه‌های روان‌شناختی و زیست‌شناختی در صد تبیین و ارائه‌ی الگوی درمانی این اختلال بوده‌اند.

یکی از نظریه‌ها در تبیین این اختلال نظریه‌ی زیست‌شناختی می‌باشد که در آن بی‌نظمی سیستم سروتونین را در پیدایش علائم افکار و اعمال وسواسی دخیل می‌داند. همچنین مطالعات تصویرگیری از مغز، افزایش فعالیت در لوب‌های پیشانی، هسته‌های قاعده‌ای و سینگولوم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری پیدا کرده‌اند. مطالعات توموگرافی کامپیوتری و تصویرسازی با رزونانس مغناطیسی (MRI) کاهش اندازه‌ی هسته‌های دم‌دار را در دو طرف در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری پیدا کرده‌اند (2). آزمایش‌های کنترل‌شده‌ی مختلفی، مؤثر بودن مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین هم برای بزرگسالان و هم برای کودکان نشان داده‌اند (3). پژوهش‌های پیشین آشکار ساخته است که بازدارنده‌های بازجذب مجدد سروتونین بیشترین تأثیر دارویی را در درمان افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری دارند (4).

نظریه‌ی دیگر در تبیین این اختلال نظریه‌ی رفتاری می‌باشد که عنوان می‌کند فکرهای وسواسی محرک‌های شرطی هستند که طی آن یک محرک نسبتاً خنثی از طریق فرایند شرطی شدن پاسخ‌گر و با جفت شدن با رخدادهایی

روان‌شناس بالینی بوده است. متغیرهای مورد نظر پژوهش شامل عدم وجود اختلال سایکوتیک، اختلال توره، سن ورود به پژوهش برای افراد، دامنه‌ی سنی 20-40 سال بود. بیماری صرع و استفاده از هر نوع داروی روان‌پزشکی در سه ماه قبل از اولین جلسه‌ی درمان بوده است. در مورد این افراد درمان‌های صرفاً دارویی و به‌صورت پراکنده صورت گرفته بود. به‌طور کلی، تعداد 48 نفر انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در چهار گروه قرار گرفتند. گروه اول رفتاردرمانی شناختی به میزان 10 جلسه و هر جلسه 50 الی 60 دقیقه، گروه دوم دارودرمانی و گروه سوم رفتاردرمانی شناختی توأم با مواجهه و پیشگیری از پاسخ را به میزان 10 جلسه و هر جلسه 45 دقیقه دریافت نمودند. همچنین در مورد گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. جدول 1، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نمونه‌ی پژوهش را نشان می‌دهد.

گام‌های درمان شناختی - رفتاری توأم با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ

جلسه‌ی اول: ارائه‌ی منطق رفتاردرمانی شناختی توأم با مواجهه و پیشگیری از پاسخ، مشخص ساختن قوانین کلی و ثابت جلسه‌های درمان و قوانین ویژه‌ی هر هفته.

جلسات دوم، سوم و چهارم: تهیه‌ی فهرستی از نشانه‌های برانگیزاننده‌ی افکار وسواسی (درونی و بیرونی)، رفتارهای تشریفاتی و اعمال آیین‌مند و موارد اجتنابی و به چالش کشیدن این موقعیت‌ها و رفتارها.

جلسات پنجم، ششم و هفتم: تمرین و آمادگی برای رویارویی تجسمی، ارائه‌ی تکالیف خانگی، مرور تکالیف در آغاز هر جلسه و تنظیم قرارداد با همکاری مراجع.

جلسات هشتم، نهم و دهم: رویارویی (واقعی - تجسمی) با محرک‌های اضطراب‌آور به‌همراه بازداری از پاسخ.

گروه آزمایشی رفتاردرمان شناختی از ده جلسه‌ی هفتگی 50 الی 60 دقیقه‌ای تشکیل شده بود. این روش درمانی بر مبنای رفتار درمانی شناختی و بر اساس بسته‌ی درمانی لی‌هی و هالند تهیه شده است (برای اطلاعات بیشتر به

درمان شناختی - رفتاری مواجهه و پیشگیری از پاسخ را در بیماران وسواس مقایسه کرده بودند، تفاوت معناداری بین این دو درمان مشاهده نگردید (9). ادبیات پژوهش حمایت قوی برای مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ به‌عنوان درمان برای OCD را نشان می‌دهند. چندین مطالعه‌ی کمی و کیفی درمان شناختی - رفتاری را برای OCD ارزیابی کردند و هر یک نتیجه گرفتند درمان شناختی - رفتاری برای کاهش OCD در کودکان و بزرگسالان مؤثر است (10 و 11). نتایج پژوهش فوآ و همکاران (2005) در مقایسه‌ی درمان شناختی - رفتاری با درمان‌های دارویی رقیب نه تنها مؤثر بودن درمان‌های شناختی - رفتاری را در دراز مدت نشان داد بلکه در کوتاه‌مدت نیز نشانه‌ها را بهبود بیشتری می‌بخشد (12). درمان شناختی - رفتاری و درمان ترکیبی شناختی - رفتاری توأم با دارودرمانی، هر دو در درمان مبتلایان به اختلال وسواسی - جبری مؤثر بوده‌اند (13). از آن‌جا که در سبب‌شناسی اختلال وسواسی - جبری عوامل مختلفی از جمله عوامل روان‌شناختی و زیست‌شناختی مطرح می‌گردد، لذا هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی میزان اثربخشی سه روش رفتاردرمانی شناختی، دارودرمانی و رفتاردرمانی شناختی توأم با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ در بهبود علائم اختلال وسواس - جبری می‌باشد.

روش

طرح این پژوهش از نوع آزمایشی است. نمونه‌ی آماری پژوهش حاضر را بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری که به کلینیک تخصصی و مرکز مشاوره‌ی روان‌شناختی محقق و مراکز دانشگاهی مراجعه کرده‌اند تشکیل می‌دهند. روش نمونه‌گیری به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس بود. این افراد بر اساس مصاحبه‌ی بالینی و افرادی که در پرسش‌نامه‌ی وسواسی - جبری مادزلی یک نمره‌ی انحراف معیار بالاتر از میانگین در مقابسه با جمعیت بهنجار کسب نموده و تأیید تشخیص بر اساس نظر روان‌پزشک و

توسط یک تدوین شد و در سال 1971 مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل 21 ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین صفر تا 3 می‌گیرد. بالاترین نمره در این پرسش‌نامه 63 است. هر یک از مواد این پرسش‌نامه یکی از علائم افسردگی را می‌سنجد (17). پرسش‌نامه‌ی افسردگی یک به‌عنوان یک آزمون غیر وابسته به فرهنگ به‌طور وسیعی برای سنجش افسردگی در اقشار مختلف اجتماعی قابل اجرا است. در یک تحلیل سطح بالا از مطالعه‌های مختلف برای تعیین همسانی درونی، ضرایب 0/73 تا 0/92 با میانگین 0/86 به‌دست آمده است (18).

3- پرسش‌نامه‌ی اضطراب بک: آزمون اضطراب بک در سال 1988 ساخته شده است. این آزمون شامل 21 نشانه و علامت از اضطراب است. آزمودنی می‌بایست به این آیتم‌ها به‌صورت «هرگز»، «خفیف»، «متوسط» و «شدید» پاسخ دهد که این گزینه‌ها به‌ترتیب 0، 1، 2 و 3 نمره‌گذاری می‌شوند. در این آزمون، نمره‌ی صفر تا 23 نشانه‌ی اضطراب خفیف، نمره‌ی 24 تا 28 نشانه‌ی اضطراب متوسط، نمره‌ی بالاتر از 29 نشانه‌ی اضطراب مرضی است. آزمون اضطراب بک در ایران توسط لطفعلی‌زاده و قمری‌گیوی به فارسی برگردانده شده است. ضریب آلفای کرونباخ این آزمون 0/90 گزارش شده است. ضریب همبستگی این آزمون با مؤلفه‌های فیزیولوژیکی 0/89 به‌دست آمده است (17).

به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از روش تحلیل واریانس چندمتغیری یک‌راهه (مانوای یک‌راهه) در نسخه 18 نرم‌افزار SPSS استفاده شد.

نتایج

برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چندمتغیری یک‌راهه (مانوای یک‌راهه) برای تفاوت نمره‌ها استفاده شد؛ بدین‌صورت که برای محاسبه‌ی اثرهای کوتاه‌مدت درمان، نمرات پس‌آزمون منهای نمرات پیش‌آزمون و برای محاسبه‌ی اثرهای بلندمدت درمان،

برنامه‌های درمانی برای اختلالات افسردگی و اضطراب اثر لی‌هی و هالند مراجعه کنید (14).

در گروه آزمایشی دارودرمانی هر یک از آزمودنی‌ها به‌مدت 3 ماه متوالی با داروی فلوکستین با دوز 40-80 میلی‌گرم روزانه (با توجه به سطح تحمل بیماران) تحت درمان قرار گرفت. پس از پایان 3 ماه درمان متوالی، مجدداً هر سه پرسش‌نامه توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. لازم به ذکر است جهت رعایت اصول اخلاقی در انجام پژوهش، پس از اتمام جلسات، گروه کنترل نیز مورد درمان قرار گرفتند.

ابزار اندازه‌گیری

1- پرسش‌نامه‌ی وسواسی - جبری مادزلی: این پرسش‌نامه توسط راجمن و هاجسون به‌منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه‌ی مشکلات وسواسی تهیه شده است. این پرسش‌نامه شامل 30 سؤال به‌صورت صحیح - غلط است. دامنه‌ی نمرات از صفر تا 30 متغیر است. افزون بر نمره‌ی کلی وسواسی، پرسش‌نامه‌ی مادزلی شامل پنج خرده مقیاس واریسی، شستشو، کندی، شک و نشخوار ذهنی است. تمرکز اصلی این پرسش‌نامه بر علائم وسواسی است و به‌ویژه در ارزیابی اثرهای درمان روی علائم مناسب است.

راجمن و هاجسون اعتبار همگرا و پایایی با روش آزمون - بازآزمون این پرسش‌نامه را رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند و اعتبار سازه‌ی این آزمون را در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی مورد تأیید قرار داده‌اند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که این ابزار نسبت به تغییرات درمانی حساس بوده، پایایی آن با روش بازآزمایی در حد مطلوب بوده است (15). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه در ایران توسط پژوهش‌های مختلفی رضایت‌بخش اعلام شده است. برای مثال، دادفر (1376)، ضریب پایایی کل آزمون را 0/84 و روایی همگرای آن با مقیاس وسواسی - جبری ییل را 0/87 گزارش کرده است (16).

2- پرسش‌نامه‌ی افسردگی بک (ویراست دوم): این پرسش‌نامه برای سنجش شدت افسردگی در سال 1963

نمرات پیگیری منهای نمرات پیش‌آزمون شد. در این روش ابتدا مشخص شد که لامبدای ویلکز معنادار است ($0/01 < P$)، یعنی دست‌کم در یکی از متغیرها، بین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت معناداری از لحاظ آماری برقرار است. جدول 4 تحلیل‌های مربوط به اثرهای بین گروه‌ها را نشان می‌دهد. در این تحلیل، واریانس سه مانوای جداگانه (وسواس کوتاه‌مدت و بلندمدت، افسردگی کوتاه‌مدت و بلندمدت و اضطراب کوتاه‌مدت و بلندمدت) گرفته شده است.

جدول شماره‌ی دو، میانگین و انحراف معیار نمره‌های وسواسی - جبری مادزلی، افسردگی و اضطراب بک را در چهار گروه پژوهشی نشان می‌دهد. همان‌طور که در جدول شماره‌ی دو مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون برای رفتاردرمانی‌شناختی به ترتیب برای متغیرهای وسواس، اضطراب و افسردگی: $1/68$ ، $26/14$ ، $17/82$ ، $4/91$ ، $32/76$ ، $6/17$ و میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون برای این نوع درمان در این سه گروه به ترتیب: $12/07$ ، $2/14$ ، $13/10$ ، $3/78$ ، $25/12$ ، $5/20$ و میانگین و انحراف معیار برای دوره‌ی پیگیری در این سه متغیر به ترتیب: $23/13$ ، $1/32$ ، $12/61$ ، $2/16$ ، $26/81$ ، $3/92$ می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون دارودرمانی برای متغیرهای وسواس، اضطراب و افسردگی به ترتیب: $27/25$ ، $2/65$ ، $19/42$ ، $3/62$ ، $30/14$ ، $3/64$ و میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون برای این نوع درمان در این سه گروه به ترتیب: $20/46$ ، $3/41$ ، $16/17$ ، $4/25$ ، $21/31$ ، $2/87$ و میانگین و انحراف معیار برای دوره‌ی پیگیری در این سه متغیر به ترتیب: $23/08$ ، $2/29$ ، $17/45$ ، $3/92$ می‌باشد. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون رفتاردرمانی‌شناختی توأم با مواجهه و پیشگیری از پاسخ برای متغیرهای وسواس، اضطراب و افسردگی به ترتیب: $27/75$ ، $3/46$ ، $16/23$ ، $9/12$ ؛ $32/14$ ، $3/29$ و میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون برای این نوع درمان در این سه گروه به ترتیب: $11/64$ ، $2/91$ ، $12/23$ ،

جدول شماره‌ی سه، تحلیل واریانس چندمتغیری یک‌راهه برای مراحل پس‌آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول 1 مشاهده می‌شود جنسیت و میزان تحصیلات در نمونه‌ی پژوهش به تفکیک آورده شده است. میانگین سنی گروه تحت درمان رفتاردرمانی شناختی برابر $31/3$ ، گروه تحت دارودرمانی $34/8$ ، گروه رفتاردرمانی‌شناختی توأم با مواجهه و پیشگیری از پاسخ $29/4$ و گروه کنترل $30/1$ بود. مطابق مندرجات جدول شماره‌ی سه، نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان می‌دهد که در متغیر وسواس پس‌آزمون ($F=22/01$ و $P<0/001$)، وسواس پیگیری ($F=15/56$ و $P<0/001$)، افسردگی پس‌آزمون ($F=13/96$ و $P<0/001$)، افسردگی پیگیری ($F=9/79$) و $P<0/001$ و اضطراب پس‌آزمون ($F=6/14$ و $P<0/01$) معنادار می‌باشد، اما برای متغیر اضطراب پیگیری ($F=0/178$) و $P=0/23$ معنادار نمی‌باشد. از آنجا که برای متغیرهای وسواس و افسردگی تفاوت بین گروه‌ها معنادار شد، برای تعیین منبع دقیق تفاوت گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده گردید. جدول شماره‌ی چهار، آزمون توکی برای مقایسه‌ی تفاوت معناداری میانگین‌ها را نشان می‌دهد.

با توجه به مندرجات جدول 4 مشاهده می‌شود که در کوتاه‌مدت از لحاظ متغیر وسواس میان سه گروه

بلندمدت از لحاظ متغیر وسواس میان گروه‌های رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی شناختی توأم با مواجهه و پیشگیری از پاسخ با گروه کنترل در سطح $P < 0/001$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد، اما میان دارودرمانی و کنترل تفاوت معنی‌داری در سطح $P < 0/001$ وجود ندارد.

رفتاردرمانی شناختی، دارودرمانی و رفتاردرمانی شناختی توأم با مواجهه و پیشگیری از پاسخ) با گروه کنترل در سطح $P < 0/001$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. یعنی در کوتاه‌مدت هر سه نوع درمان بر اختلال وسواسی - جبری مؤثر بوده است و باعث کاهش نشانه‌های این اختلال می‌گردد. در

جدول شماره 1: ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه‌ی پژوهش

میانگین سنی	میزان تحصیلات			جنسیت		گروه‌های درمان
	دانشگاهی	دیپلم	زیر دیپلم	مرد	زن	
31/3	3	6	3	6	6	رفتاردرمانی شناختی
34/8	2	5	5	5	7	دارودرمانی
29/4	3	5	4	4	8	رفتاردرمانی شناختی توأم با مواجهه و پیشگیری از پاسخ
30/1	4	4	4	5	7	کنترل

جدول شماره 2: میانگین و انحراف معیار گروه‌ها در پرسش‌نامه‌ی وسواسی - جبری مادزلی، افسردگی بک و اضطراب بک

افسردگی		اضطراب		وسواس		گروه‌ها
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
6/17	32/76	4/91	17/82	1/68	26/14	رفتار درمانی شناختی
5/20	25/12	3/78	13/10	2/14	12/07	پیش آزمون
3/92	26/81	2/16	12/61	1/32	12/13	پس آزمون
						پیگیری
3/64	30/14	3/62	19/42	2/65	27/25	دارودرمانی
2/87	21/31	4/25	16/17	3/41	20/46	پیش آزمون
3/92	17/45	3/92	17/22	2/29	23/08	پس آزمون
						پیگیری
3/29	32/14	9/12	16/23	3/46	27/75	رفتاردرمانی شناختی - رفتاری توأم با مواجهه و پیشگیری از پاسخ
4/95	21/42	8/42	12/23	2/91	11/64	پیش آزمون
6/18	22/12	5/17	12/29	4/32	11/81	پس آزمون
						پیگیری
8/19	29/71	11/25	16/25	4/62	25/36	گروه کنترل
7/13	28/14	12/41	17/21	3/08	25/92	پیش آزمون
6/92	28/62	8/25	14/12	4/02	24/17	پس آزمون
						پیگیری

جدول شماره 3: تحلیل واریانس چندمتغیری یکراهه برای مراحل پس‌آزمون و پیگیری

منابع	متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری (P)
گروه‌ها	وسواس پس‌آزمون	1521/62	2	760/81	22/01	0/000
	وسواس پیگیری	983/92	2	491/96	15/56	0/000
	افسردگی پس‌آزمون	834/03	2	417/01	13/96	0/000
	افسردگی پیگیری	578/21	2	289/105	9/79	0/0014
	اضطراب پس‌آزمون	314/25	2	157/12	6/14	0/0152
	اضطراب پیگیری	38/14	2	19/07	0/178	0/23

جدول شماره 4: آزمون توکی برای مقایسه‌ی تفاوت معنی‌داری میانگین‌ها

گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی داری
وسواس (پیش‌آزمون تا پس‌آزمون)			
A. رفتار درمانی شناختی توأم با مواجهه و پیگیری از پاسخ - دارودرمانی	-9/32	2/57	0/013
B. رفتار درمانی شناختی - دارو	-6/67	2/13	0/057
C. رفتار درمانی شناختی توأم با مواجهه و پیگیری از پاسخ - رفتار درمانی شناختی	-2/65	1/96	0/002
D. رفتار درمانی شناختی - کنترل	-14/02	2/24	0/000
E. دارو درمانی - کنترل	-7/35	1/87	0/0012
F. رفتاردرمانی شناختی توأم با مواجهه و پیگیری از پاسخ - کنترل	-16/67	2/13	0/000
وسواس (پیش‌آزمون تا پیگیری)			
A. رفتار درمانی شناختی توأم با مواجهه و پیگیری از پاسخ - دارو درمانی	-11/77	2/13	0/000
B. رفتار درمانی شناختی - دارو	-9/93	1/28	0/014
C. رفتار درمانی شناختی توأم با مواجهه و پیگیری از پاسخ - رفتار درمانی شناختی	-1/84	2/08	0/812
D. رفتار درمانی شناختی - کنترل	-12/91	2/12	0/000
E. دارو درمانی - کنترل	-2/98	1/16	0/791
F. رفتاردرمانی شناختی توأم با مواجهه و پیگیری از پاسخ - کنترل	-14/75	2/81	0/000
افسردگی (پیش‌آزمون تا پس‌آزمون)			
A. رفتار درمانی شناختی توأم با مواجهه و پیگیری از پاسخ - دارو درمانی	-1/89	2/18	0/92
B. رفتار درمانی شناختی - دارو	1/19	2/23	0/93
C. رفتار درمانی شناختی توأم با مواجهه و پیگیری از پاسخ - رفتار درمانی شناختی	-3/08	2/29	0/036
D. رفتار درمانی شناختی - کنترل	-6/58	2/31	0/025
E. دارو درمانی - کنترل	-7/77	1/97	0/0012
F. رفتاردرمانی شناختی توأم با مواجهه و پیگیری از پاسخ - کنترل	-9/66	2/14	0/000
افسردگی (پیش‌آزمون تا پیگیری)			
A. رفتار درمانی شناختی توأم با مواجهه و پیگیری از پاسخ - دارو درمانی	2/67	2/21	0/027
B. رفتار درمانی شناختی - دارو	6/66	2/08	0/053
C. رفتار درمانی شناختی توأم با مواجهه و پیگیری از پاسخ - رفتار درمانی شناختی	-4/07	2/16	0/981
D. رفتار درمانی شناختی - کنترل	-4/86	2/11	0/052
E. دارو درمانی - کنترل	-11/6	2/67	0/035
F. رفتاردرمانی شناختی توأم با مواجهه و پیگیری از پاسخ - کنترل	-8/93	3/12	0/94

بحث

بهبود نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری مؤثر بوده است (8، 24 و 25) که همسو با یافته‌های تحقیق حاضر می‌باشد. یافته‌ی فوق را می‌توان بدین‌گونه تبیین کرد که در این نوع درمان علاوه بر شناسایی و اصلاح ارزیابی‌های منفی، افکار مداخله‌گر با اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس مسئولیت و پیشگیری از رفتارهای خنثی‌سازی که در پی ارزیابی منفی متأثر از احساس مسئولیت پدید می‌آید، باعث افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی می‌شود و بدین ترتیب علائم اختلال وسواسی - جبری را کاهش می‌دهد. پژوهش حاضر نشان داد که هر سه نوع درمان رفتاردرمانی شناختی، دارودرمانی و رفتاردرمانی شناختی توأم با مواجهه و پیشگیری از پاسخ به طور معناداری باعث کاهش علائم اختلال وسواسی - جبری شده است. دهیل و همکاران (26) نشان دادند که هم دارودرمانی و هم درمان شناختی - رفتاری به‌طور معناداری باعث بهبود نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری می‌شوند. در پژوهشی کارایی سه نوع درمان، شامل درمان شناختی - رفتاری، درمان دارویی و درمان ترکیبی دارو و درمان شناختی - رفتاری روی گروه آزمایش و اثر دارونما بر روی گروه کنترل سنجیده شد. طول مدت درمان برای هر شرایط درمانی 12 جلسه بود و بعد از 16 هفته، دوره‌ی پیگیری صورت گرفت. نتایج نشان داد که درمان ترکیبی به میزان 53/6 درصد، درمان شناختی - رفتاری 39/3 درصد، درمان دارویی 21/4 درصد و دارونما 3/6 درصد مؤثر بوده است (27). یافته‌های فوق همسو و موافق با نتایج پژوهش حاضر می‌باشد. نتایج پژوهش حاضر آشکار ساخت که هر سه نوع درمان رفتاردرمانی شناختی توأم با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ، رفتاردرمانی - شناختی و دارودرمانی به‌طور معناداری باعث کاهش علائم اختلال وسواسی - جبری شدند و در بلندمدت اثر رفتاردرمانی شناختی توأم با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ و رفتاردرمانی شناختی مؤثرتر از

هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی میزان اثربخشی رفتاردرمانی شناختی، دارودرمانی و رفتاردرمانی شناختی توأم با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ در بهبود علائم اختلال وسواس - جبری بود. پژوهش حاضر نشان داد که دارودرمانی در کاهش علائم وسواسی - جبری در کوتاه‌مدت مؤثر می‌باشد. در پژوهشی که تأثیر فلوکستین را بر روی مبتلایان به اختلال وسواسی - جبری، همزمان با ارائه‌ی دارونما به گروه کنترل سنجیده شد مشاهده گردید که گروه مصرف‌کننده‌ی فلوکستین بعد از 16 هفته درمان بهبودی بیشتری نسبت به گروه مصرف‌کننده‌ی دارونماها داشتند (19).

نتایج این پژوهش با یافته‌های پژوهش حاضر همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت از آنجا که نظریه‌ی زیست‌شناختی بی‌نظمی سیستم سروتونین را در پیدایش علائم افکار و اعمال وسواسی دخیل می‌داند، داروهای مهارکننده‌ی اختصاصی بازجذب سروتونین با تنظیم میزان سروتونین باعث کاهش علائم افکار و اعمال وسواسی می‌شوند. همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رفتاردرمانی شناختی در بهبود علائم وسواسی - جبری در کوتاه‌مدت و بلندمدت مؤثر می‌باشد. تحقیقات مختلف نشان داده است رفتاردرمانی شناختی در بهبود علائم وسواسی - جبری مؤثر می‌باشد (20 - 23) که با نتایج پژوهش حاضر همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که این نوع درمان با شناسایی و اصلاح ارزیابی‌های منفی افکار مداخله‌گر و اصلاح نگرش‌های مربوط باعث کاهش علائم اختلال وسواسی - جبری می‌شود. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رفتاردرمانی شناختی توأم با مواجهه و پیشگیری از پاسخ در کاهش علائم اختلال وسواسی - جبری مؤثر می‌باشد. پژوهش‌های پیشین آشکار ساخته است رفتاردرمانی شناختی - رفتاری مبتنی بر مواجهه و پیشگیری از پاسخ در

رفتاردرمانی‌شناختی و یا ترکیب رفتاردرمانی‌شناختی با دارودرمانی به‌عنوان خط اول درمان برای اختلال وسواسی - جبری در نظر گرفته شود (29).

از آنجا که در سبب‌شناسی اختلال وسواسی - جبری هم عوامل زیست‌شناختی و هم روان‌شناختی مطرح می‌باشند، لذا در درمان این بیماران همکاری متقابل روان‌شناس و روان‌پزشک پیشنهاد می‌شود. به‌طور کلی، با توجه به یافته‌های پژوهش‌های پیشین و این پژوهش می‌توان گفت از این نظر که رفتاردرمانی شناختی و رفتاردرمانی شناختی توأم با مواجهه و پیشگیری از پاسخ، اثرهای درمانی خود را پس از قطع درمان همچنان حفظ می‌کنند و میزان عود در این روش‌های درمانی نسبت به دارودرمانی بسیار کم و ناچیز است، درمان بهتری برای اختلال وسواسی - جبری هستند. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر تفاوت سطوح شدت علائم وسواسی - جبری و اندک بودن حجم نمونه بود که باعث احتیاط در تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش حاضر می‌گردد.

تشکر و قدردانی

از گروه روان‌پزشکی بیمارستان گلستان اهواز که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، سپاسگزاری می‌نماییم.

دارودرمانی بوده است. نتایج متاآنالیز آبرامویتز و همکاران (2005) نشان داد که هم بازجذب‌کننده‌های سروتونین (SSRIs) و هم درمان شناختی - رفتاری نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری را کاهش می‌دهند.

درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با دارودرمانی، اثر درازمدت و بیشتری دارد (11). این نتایج با یافته‌های پژوهش پیش‌رو همسو است. در تبیین این یافته می‌توان این‌گونه اظهار داشت که با توجه به عوارض دارویی در بلندمدت بیماران از خوردن دارو امتناع می‌کنند و این مسأله باعث عود نشانه‌های بیماری می‌گردد. در صورتی‌که رفتاردرمانی‌شناختی توأم با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ و رفتاردرمانی‌شناختی با اصلاح ارزیابی‌های منفی افکار مداخله‌گر و اصلاح نگرش‌ها اثرات دیرپاتری دارد. درمان شناختی - رفتاری مواجهه و پیشگیری از پاسخ از مداخلات روان‌شناختی دیگر بر اختلال وسواسی - جبری مؤثرتر می‌باشد و کارشناسان این نوع درمان را برای اختلال وسواسی - جبری توصیه می‌نمایند (هم به تنهایی و هم با ترکیبی با بازجذب‌کننده‌های سروتونین مانند فلوکستین) و بر درمان‌های دیگر ترجیح می‌دهند (28).

استورج، لیزا و مرلو (2006) با بررسی درمان‌های رایج برای اختلال وسواسی - جبری به این نتیجه رسیدند که

References

- 1- Apostolova I, Blockb S, Buchert R, Osenc B, Conradi M, Tabrizian S, et al. Effects of behavioral therapy or pharmacotherapy on brain glucose metabolism in subjects with obsessive-compulsive disorder as assessed by brain FDG PET. *Psychiatry Res* 2010;184(2):105-16.
- 2- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, eds. *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
- 3- Nutt DJ. Overview of diagnosis and drug treatments of anxiety disorders. *CNS Spectr* 2005; 10(1):49-56.
- 4- Richter P, Witheridge K, Daskalakis Z, Deluce J, Nebitt R, Rector N, et al. Investigation of predictors of drug response in obsessive compulsive disorder (OCD). *European Neuropsychopharmacology* 2010; 20(3):529.
- 5- Demal U, Zitterl W, Lenz G, Zapotoczky HG, Zitterl-Eglseer K. Obsessive compulsive disorder and depression--first result of a prospective study on 74 patient. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 1996;20(5):801-13.
- 6- Franklin ME, Foa EB. Cognitive behavior treatments for obsessive compulsive disorder. In: Nathan P, Gorman J, eds. *A guide to treatments that work*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2007. P. 431-46.
- 7- Barrett P, Healy-Farrell L, March JS. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004;43(1):46-62.
- 8- Bolton D, Perrin S. Evaluation of exposure with response-prevention for obsessive compulsive disorder in childhood and adolescence. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008;39(1):11-22.
- 9- Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behav Res Ther* 2005;43(12):1559-76.
- 10- Abramowitz JS, Foa EB, Franklin ME. Empirical status of cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Romania Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapies* 2002;2:89-104.
- 11- Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ. The effectiveness of treatment for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behav Ther* 2005;36:55-63.
- 12- Foa EB, Liebowitz MR, Kozak MJ, Davies S, Campeas R, Franklin ME, et al. Randomized placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry* 2005;162(1):151-61.
- 13- Khodayari Fard M, Abedini Y. [Performance comparison of methods of cognitive behavior therapy and cognitive behavior therapy with the drug in patients with OCD]. *J Psychol Edu* 2001;6(1):145-79. (Persian).
- 14- Leahy RL, Holland SJ. *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. New York: Guilford Press; 2000.
- 15- Rachman SJ, Hodgson R, eds. *Obsessions and compulsions*. Engelwood Clifles, Nj: Prentice-Hall; 1980.
- 16- Dadfar M. Study of personality disorder comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder and compared them with normal individuals [dissertation]. Tehran Psychiatric Institute; 1997. (Persian)
- 17- Abolghasemi A, Narimani M, eds. [Psychological tests]. Ardebil: Baghe rezvan; 2006. (Persian)
- 18- Marnat G, (eds). [Hand book of psychological assessment]. Tehran: Roshd; 1997.
- 19- Liebowitz MR, Turner SM, Piacentini J, Beidel DC, Clarvit SR, Davies SO, et al. Fluoxetine in children and adolescents with OCD: A placebo-controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002;41(12):1431-38.
- 20- Anand N, Sudhir PM, Math SB, Thennarasu K, Janardhan Reddy YC. Cognitive behavior therapy in medication non-responders with obsessive-compulsive disorder: A prospective 1-year follow-up study. *J Anxiety Disord* 2011;25(7):939-45.

- 21- Farrell LJ, Schlup B, Boschen MJ. Cognitive-behavioral treatment of childhood obsessive-compulsive disorder in community-based clinical practice: Clinical significance and benchmarking against efficacy. *Behav Res Ther* 2010;48(5):409-17.
- 22- Merlo LJ, Storch EA, Lehmkuhl HD, Jacob ML, Murphy TK, Goodman WK, et al. Cognitive behavioral therapy plus motivational interviewing improves outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. *Cogn Behav Ther* 2010;39(1):24-7.
- 23- Barrett P, Farrell L, Dadds M, Boulter N. Cognitive-behavioral family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: Long-term follow-up and predictors of outcome. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2005;44(10):1005-14.
- 24- Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *Behav Res Ther* 2005;43(12):1559-76.
- 25- Lewin AB, Peris TS, Bergman LR, McCracken JT, Piacentini J. The role of treatment expectancy in youth receiving exposure-based CBT for obsessive compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2011;49(9):536-43.
- 26- de Haan E, Hoogduin KA, Buitelaar JK, Keijsers GP. Behavior therapy versus clomipramine for the treatment of obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37(10):1022-9.
- 27- Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) randomized controlled trial. *JAMA* 2004;292(16):1969-76.
- 28- Turner CM. Cognitive-behavioral theory and therapy for obsessive-compulsive disorder in children and adolescents: Current status and future directions. *Clin Psychology Rev* 2006;26(7):912-38.
- 29- Storch EA, Merlo LJ. Obsessive-compulsive disorder: strategies for using CBT and pharmacotherapy. *J Fam Pract* 2006;55(4):329-33.

Comparison efficacy of three methods of cognitive behavior therapy, pharmacotherapy and cognitive behavior therapy with exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder symptoms

Najmeh Hamid PhD^{1*}, Vahid Ataie Moghanloo², Majid Eydi Baygi²

1- Psychologist, Associate Professor, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Education, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.

2- Graduate student of Clinical Psychology, School of Psychology and Education, Shahid Chamran University of Ahvaz, Iran.

*Corresponding Author:
Najmeh Hamid, Department of Clinical Psychology, School of Psychology and Education, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
Tel: 09161187586
E-mail: n.hamid@scu.ac.ir

Abstract

Background: The aim of this research was to study the comparison of cognitive-behavioral therapy, cognitive-behavioral therapy with exposure and response prevention, drug therapy and control group on Obsessive-Compulsive Disorder.

Methods: The research method was experimental with pre-post test and control group. The sample consisted of 48 obsessive-compulsive patients who were matched from age, educational statuses, duration of disease and other criteria considered in this research. Then randomly selected in to three groups as experimental and one group as control. The instruments were Beck Depression Inventory (BDI), Beck Anxiety Inventory (BAI) and Moudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI). Also we analyzed the data by ANOVA and Tokey method.

Results: The results indicated that cognitive-behavioral therapy, cognitive-behavioral therapy with exposure and response prevention, drug therapy significantly decreased the OCD symptoms ($P < 0.001$). Also in long term period, the effect of cognitive-behavioral therapy with exposure and response prevention was significantly better than cognitive-behavioral therapy and drug therapy but there was not a significant difference between cognitive-behavioral therapy and cognitive-behavioral therapy with exposure and response prevention ($p < 0.001$).

Conclusion: Cognitive-behavioral therapy, cognitive-behavioral therapy with exposure and response prevention, drug therapy were effective on reduction of OCD symptoms; but in long term, CBT and CBT with exposure and response prevention was effective than the drug therapy.

Keywords: obsessive-compulsive disorder, cognitive-behavioral therapy, exposure and response prevention, drug therapy

Received: 11.12. 2011

Accepted: 07.07.2012