

## بررسی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی و دارویی در درمان اختلال وسواس فکری-عملی: یک فرا تحلیل

علی طیرانی راد<sup>۱</sup>، نورعلی فرخی<sup>۲</sup>، اسماعیل خیرجو<sup>۳</sup>، نفیسه صریحی<sup>۴</sup>

تاریخ وصول: ۹۴/۰۲/۱۲

تاریخ پذیرش: ۹۴/۰۴/۳۱

### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری، مواجهه و پیشگیری از پاسخ و دارویی در درمان اختلال وسواس فکری-عملی با استفاده از روش فرا تحلیل و همچنین مقایسه کارایی این روش‌ها در درمان اختلال وسواس فکری-عملی بود. برای انتخاب پژوهش‌های مورد نیاز از روش مرور ساختاریافته بهره گرفته شد. بدین ترتیب ۲۸ مطالعه، مشتمل بر رساله‌های کارشناسی ارشد، دکتری و مقاله (داخلی و خارجی) که از روش‌های درمانی فوق‌الذکر برای درمان اختلال وسواس فکری-عملی بهره برده بودند، به‌عنوان نمونه پژوهشی مورد استفاده قرار گرفتند. عامل مهم در مناسب تشخیص دادن این پژوهش‌ها، روش‌های آماری مورد استفاده برای تجزیه و تحلیل داده‌های آن‌ها بوده است. برای محاسبه اندازه‌های اثر، تفاوت استاندارد بین میانگین‌ها مورد استفاده قرار گرفته است. بر اساس نتایج به دست آمده، درمان شناختی-رفتاری دارای اندازه اثری برابر با ۱/۶۱۱ هست. همچنین روش‌های مواجهه و پیشگیری از پاسخ و درمان‌های دارویی نیز به ترتیب اندازه اثرهایی برابر با ۱/۵۹ و ۰/۶۱۷ را نشان داده اند که نشان‌دهنده تأثیرگذار بودن درمان‌های نامبرده است. از طرفی دیگر، مقایسه کارایی این درمان‌ها نشان داد که درمان شناختی-رفتاری بیشترین میزان اثربخشی را برای درمان اختلال وسواس فکری-عملی داراست. همچنین درمان دارویی در مقایسه با درمان‌های روان‌شناختی از کارایی کمتری برخوردار است.

**واژگان کلیدی:** اختلال وسواس فکری-عملی، درمان روان‌شناختی، درمان دارویی، فرا

تحلیل.

۱. دانشجوی دکتری رشته سنجش و اندازه گیری دانشگاه علامه طباطبائی tayaraniradali@yahoo.com

۲. دانشیار گروه سنجش و اندازه گیری دانشگاه علامه طباطبائی farrokhinoorali@yahoo.com

۳. استادیار گروه مطالعات خانواده دانشگاه شهید مدنی آذربایجان e\_kheirjoo@yahoo.com

۴. دانشجوی دکتری رشته روانشناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار n\_sarihi@yahoo.com

## مقدمه

با توجه به دنیای پرتنش کنونی بررسی اختلالات روانی اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است که در این بین، اختلال وسواس فکری- عملی، از تاریخچه‌ای طولانی برخوردار است و در طی تاریخ روانشناسی به علت پیامدهای ناگوار و شیوع بالا همواره مورد توجه بوده است. از این رو پژوهش‌های زیادی در این حوزه صورت گرفته و حجم وسیعی از منابع مالی و انسانی را به خود اختصاص داده‌اند.

اختلال وسواس فکری-عملی (OCD)<sup>۱</sup> یکی از اختلالات روان‌شناختی جدی و فراگیر، با نرخ شیوع بین ۱٪ تا ۴٪ هست (کارنو، گلدینگ، سورنسون و بورنام<sup>۲</sup>، ۱۹۸۸). اختلال وسواس فکری-عملی یک اختلال اضطرابی ناتوان‌کننده است که خصیصه اصلی آن وجود وسواس‌ها یا اجبارهای مکرر و چنان شدید است که رنج و عذاب قابل‌ملاحظه‌ای را برای فرد به بار می‌آورند. این وسواس‌ها یا اجبارها سبب اتلاف وقت می‌شوند و اختلال قابل‌ملاحظه‌ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی، یا روابط فرد ایجاد می‌کنند. وسواس دربرگیرنده فکر، احساس، اندیشه یا حس‌های عودکننده و مزاحم و اجبار رفتاری آگاهانه، معیارمند و عودکننده است، نظیر شمارش، واریسی، یا اجتناب. وسواس باعث افزایش اضطراب در فرد می‌شود، حال آنکه هرچند انجام اعمال اجباری در تلاش برای کاستن اضطراب همراه با وسواس فکری انجام می‌گیرد، همیشه به کم شدن این اضطراب منجر نمی‌گردد. ممکن است پس از کامل شدن عمل اجباری، اضطراب فرقی نکرده باشد و یا حتی بیشتر شده باشد. وقتی فرد در مقابل انجام اجبار مقاومت به خرج می‌دهد نیز اضطراب افزایش می‌یابد (کاپلان و سادوک، ترجمه رفیعی و سبحانیان، ۱۳۸۳). نتایج مطالعات همه‌گیر شناختی نشان می‌دهد که این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است. بعضی از پژوهشگران تخمین زده‌اند که بین بیماران سرپایی کلینیک‌های روان‌پزشکی میزان شیوع این اختلال تا ۱۰ درصد می‌رسد. بدین ترتیب، اختلال وسواس فکری-عملی چهارمین بیماری

- 
1. obsessive compulsive disorder
  2. Karno; Golding, Sorenson, Burnam

روان‌پزشکی پس از فوبی، اختلالات مرتبط با مواد و اختلال افسردگی اساسی هست (مونتگومری و زوهار<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). این اختلال اغلب با سایر اختلالات روانی همراه است که همین امر موجب پیچیدگی فرایند درمان این اختلال می‌گردد (برای مثال، افسردگی، هراس‌ها، حملات وحشت‌زدگی، اضطراب تعمیم‌یافته و ... کیلی، استورچ، مرلو و جفکن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸). برای مثال، بالغ بر ۳۰ درصد بیماران مبتلا به OCD به‌طور همزمان به افسردگی اساسی نیز مبتلا هستند (فریستون و لادوکر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸؛ استکتی، هنینگر و پولارد<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰) و بیش از ۵۰ درصد آن‌ها حداقل تشخیص یک اختلال اضطرابی دیگر را دریافت می‌کنند (فریستون و لادوکر، ۱۹۹۸؛ استکتی و همکاران، ۲۰۰۰).

برای درمان اختلال وسواس فکری-عملی شیوه‌های متعدد درمانگری و مقابله شکل گرفته‌اند. در طی دو دهه گذشته، محققان پیشرفت‌هایی در زمینه شناسایی درمان‌های کارآمد، مشتمل بر روان‌درمانی، دارودرمانی و درمان‌های ترکیبی، داشته‌اند. آزمایش‌های کنترل‌شده بالینی نشان داده‌اند که روش‌های مواجهه و پیشگیری از پاسخ (ERP<sup>۵</sup>)، درمان شناختی-رفتاری (CBT<sup>۶</sup>) به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای علائم اختلال وسواس فکری-عملی را کاهش می‌دهند (آبراموویتز<sup>۷</sup>، ۱۹۹۷؛ لندزی، کرینو و اندروز<sup>۸</sup>، ۱۹۹۷؛ مک لین<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۱). رواج کاربرد این شیوه‌ها به حدی است که گاهی انتخاب شیوه‌ای خاص را با مشکل روبه‌رو می‌کند. تاکنون نظریه‌های گوناگون شناختی، رفتاری و زیست‌شناختی درصدد تبیین و ارائه الگوی درمانی این اختلال بوده‌اند. الگوی زیست‌شناختی نقش شاخصی را برای انتقال‌دهنده عصبی سروتونین در بروز نشانه‌های وسواسی در نظر گرفته است این فرضیه از بررسی‌هایی که اثربخشی داروهای سروتونرژیک را با داروهای غیر

- 
1. Montgomery, Zohar
  2. Keeley, Storch, Merlo, Geffken
  3. Freeston, Ladouceur
  4. Steketee, Henninger, Pollard
  5. exposure with response prevention
  6. cognitive behavioral therapy
  7. Abramowitz
  8. Lindsay, Crino, Andrews
  9. McLean

سروتونرژیک مقایسه نموده‌اند، به‌دست‌آمده است (فوا<sup>۱</sup>، استکتی و ازارو<sup>۲</sup>، ۱۹۸۵). داروهای مؤثر در درمان وسواس، محدود به داروهای ضدافسردگی می‌شوند که به‌طور کامل یا انتخابی، در باز جذب سروتونین وقفه ایجاد می‌کنند. این داروها را ضدافسردگی‌های بازدارنده باز جذب سروتونین (SRI) می‌نامند و داروهای انتخاب اول در درمان وسواس به‌شمار می‌آیند (فینبرگ و گیل<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵؛ گرت<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۹۵؛ جفرسون<sup>۵</sup> و همکاران، ۱۹۹۵). ضد افسردگی‌های SRI شامل ضدافسردگی‌های سه حلقه-ای، کلومی پیرامین و ضدافسردگی‌های بازدارنده انتخابی باز جذب مجدد سروتونین (SSRIs) می‌باشند. تأثیر کلومی پیرامین، فلوکستین، سرتالین، سیتالوپرام، پاروکستین و فلوکسامین برای درمان علائم وسواس و اجبار ثابت‌شده است (مک دوگال<sup>۶</sup> و همکاران، ۱۹۹۳؛ گود من<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۸۹). فینبرگ و همکاران در مطالعه‌ی خود نشان دادند که ۵۰ تا ۶۰ درصد بیماران به یک‌بار درمان با مهارکننده‌ی باز جذب سروتونین پاسخ نمی‌دهند و ۲۰ تا ۴۰ درصد آن‌ها نیز به چندین انتخاب درمانی ثابت‌شده به‌طور مؤثر پاسخ‌گو نیستند (فینبرگ و همکاران، ۱۹۹۲). رفتار درمانگران تکنیک‌های چندی نظیر حساسیت‌زدایی منظم<sup>۸</sup>، قصد متناقض<sup>۹</sup>، غرقه‌سازی خیالی، اشباع، بیزاری‌درمانی، حساسیت‌زدایی پوشیده، توقف فکر را به‌کاربرده‌اند. در مجموع بررسی‌های انجام بر روی این تکنیک‌ها، اثرات درمانی قابل‌توجهی را نشان ندادند تا پیش از اواخر دهه ۱۹۶۰ درمان‌های روانکاو و سایر درمان‌های سنتی موفقیت‌چندانی در درمان OCD کسب نکرده بودند، تنها پس از آن مهر و موم‌ها بود که رویکردهای رفتاری با شیوه‌های درمانی مواجهه و پیشگیری از پاسخ امیدهای زیادی را برای درمان موفقیت‌آمیز وسواس‌ها به وجود آوردند (استکتی و

- 
1. Foa
  2. Ozarow
  3. Fineberg, Gale
  4. Greist
  5. Jefferson
  6. Mcdougle
  7. Goodman
  8. Systematic Desensitization
  9. Paradoxical Intention

همکاران، ۱۹۸۵؛ سالکووسکیس و کرک<sup>۱</sup>، ۱۹۸۹). روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ توسط مه<sup>۲</sup> در سال ۱۹۶۶ برای اولین بار به‌عنوان درمان موفقیت‌آمیز وسواس گزارش شد. این روش شامل رویارو ساختن بیمار با محرک‌های ترسناک و درعین حال تشویق او برای ایجاد وقفه در هر نوع رفتاری است که مانع این رویارویی می‌شود و یا به آن خاتمه می‌بخشد. همزمان با آن، ارزیابی مجدد ترس‌ها مورد تشویق قرار می‌گیرد، به‌نحوی که بیمار درمی‌یابد که چیزهای مورد ترس، درواقع اتفاق نمی‌افتند (سالکووسکیس و کرک، ۱۹۸۹). کارایی روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بررسی‌های آزمایشی کنترل‌شده متعدد مایید شده است.

در دهه ۱۹۶۰، گرایش شناختی در رفتاردرمانی پدید آمد که باعث شد درمانگران رفتاری دیدگاه‌های خود از ابعاد شناختی مشکلات افراد را تنظیم کنند و راهبردهایی را برای اصلاح شناخت‌ها گسترش دهند. این پیوند بین مفاهیم درمان شناختی و رفتاری منجر به پیدایش درمان شناختی-رفتاری (CBT) شد. درمان شناختی-رفتاری بر تعامل میان ابعاد عاطفی، رفتاری و شناختی تأکید دارد و ترکیبی است از مفاهیم و فنون شناختی و رفتاری. عمده‌ی رفتاردرمانی‌های شناختی جدید از فرض‌های بنیادی الگوهای ارزیابی شناختی معیوب نشأت گرفته‌اند (کلارک و اکانور<sup>۳</sup>، ۲۰۰۵). این رویکردهای درمانی در کاهش علائم از هر دو راهبرد شناختی و رفتاری از طریق اصلاح تردیدها، باورها و ارزیابی‌های معیوب و پاسخ‌های خنثی‌سازی که افکار وسواسی را تداوم می‌بخشند، استفاده می‌کنند. رویکرد شناختی-رفتاری در حال حاضر، جریان اصلی رفتاردرمانی معاصر را تشکیل می‌دهد (کوری<sup>۴</sup>، ۲۰۰۷).

با توجه به دیدگاه‌های مختلف زیست‌شناختی، رفتاری و شناختی نسبت به این اختلال، مقایسه انواع روش‌های درمانی می‌تواند اطلاعات مفیدی در اختیار ما قرار دهد. بدین منظور می‌توان از روش فراتحلیل بهره جست. این شیوه اغلب در حل تفاوت‌های ارائه‌شده

- 
1. Salkovskis, Kirk
  2. Mayer
  3. Clark, O,Connor
  4. Corey

به‌وسیله یافته‌های متضاد و پاسخگویی به سؤال‌های اختصاصی درباره پراکندگی یافته‌ها مفید است. در چند دهه اخیر فراتحلیل به‌عنوان یک فرآیند پژوهشی معمول و مؤثر، برای کمک به محققان، در جهت معنی بخشی به انبوه مطالعات موجود در حوزه‌های پژوهشی مختلف، پدیدآمده است. برای بررسی اثربخشی شیوه‌های مختلف درمانی در بهبود مبتلایان به OCD پژوهش‌های گوناگونی صورت گرفته است. میلر<sup>۱</sup> و برمان<sup>۲</sup> (۱۹۸۳) در تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که رفتاردرمانی شناختی از سایر روش‌ها مؤثرترند. ون بالکم<sup>۳</sup> (۱۹۹۴) در یک فراتحلیل، ۸۶ مطالعه در مورد درمان‌های شناختی - رفتاری و کاربرد ضدافسردگی‌ها برای اختلال وسواس فکری - عملی را که بین سال‌های ۱۹۷۰ تا ۱۹۹۳ انتشار یافته بود، موردبازنگری قرارداد. اندازه اثرها<sup>۴</sup> برای هر مطالعه بر اساس علائم فکری - عملی، اضطراب، افسردگی و سازگاری اجتماعی محاسبه شد. نتایج حاکی از این بود که درمان رفتاری به‌تنهایی ( $ES=1/47$ ) یا به همراه ضدافسردگی‌های سروتونینی ( $ES=1/99$ )، از ضدافسردگی‌ها به‌تنهایی مؤثرتر است. آبراموویتز (۱۹۹۷) در فرا تحلیلی دریافت که ES چهار مقایسه‌ی مستقیم درمان شناختی-رفتاری با درمان مواجهه همراه با جلوگیری از پاسخ تفاوتی را در بین درمان‌ها نشان نمی‌دهد.

همچنین فراتحلیل‌های متعددی (آبراموویتز، ۱۹۹۶، ۱۹۹۸؛ آبراموویتز، فرانکلین<sup>۵</sup> و فوآ، ۲۰۰۲؛ کوباک<sup>۶</sup>، گرسن، جفرسن، کاتزلنیک و هنک، ۱۹۹۸؛ سانچز-مکا، گومز و مندز<sup>۷</sup>، ۲۰۰۳) اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ برای اختلال وسواس فکری-عملی، حتی در پیگیری‌های سه‌ساله را نشان داده‌اند. برخی از مطالعات عناصر شناختی را، به‌منظور بررسی اینکه آیا این مؤلفه‌ها باعث بهبود اثربخشی ERP می‌شوند، وارد مطالعات کرده‌اند. تکنیک‌های شناختی مورد استفاده، روش‌هایی نظیر بازسازی شناختی ( $CR^A$ )،

- 
1. Miller
  2. Berman
  3. Van Balkom
  4. effect Size
  5. Franklin
  6. Koback
  7. Katzelnick, Henk, Sánchez-Meca, Gómez, Méndez
  8. cognitive restructuring

درمان عقلانی هیجانی و یا درمان شناختی بک را شامل می‌شود (املکمپ و بینزا، ۱۹۹۱؛ ون این<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۵). فراتحلیل‌های متعددی تفاوت اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ و ترکیب این درمان با مؤلفه‌های شناختی را مورد بررسی قرار داده‌اند. برای مثال آبراموویتز (۲۰۰۲) برای ERP اندازه اثری برابر با ۱/۵۰ و برای ERP همراه با تکنیک‌های شناختی اندازه اثری برابر با ۰/۹۹ را به دست آورد. سانچز-مکا و همکاران (۲۰۰۳) نیز بترتیب اندازه اثرهایی برابر با ۱/۲۶ و ۱/۷۵ را برای روش‌های ERP و ERP همراه با عناصر شناختی به دست آوردند. ادی، دوترا، بردلی و وستن<sup>۳</sup> (۲۰۰۴) نیز اندازه اثرهایی برابر با ۱/۵۳ و ۱/۳۹ را برای روش‌های فوق‌الذکر به دست آوردند.

با توجه به ناهمخوانی موجود در نتایج تحقیقات مربوط به اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری، ERP و دارودرمانی در درمان اختلال وسواس فکری-عملی، هدف پژوهش حاضر روشن ساختن مقدار واقعی تأثیر این شیوه‌های درمانی و همچنین مقایسه میزان کارایی آن‌ها در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس فکری-عملی است.

### روش پژوهش

ابتدا از روش مرور ساختاریافته بهره گرفته شده و بعدازآن از روش فراتحلیل برای بررسی اثربخشی درمان‌های شناختی-رفتاری، دارویی و مواجهه و پیشگیری از پاسخ استفاده شد. فرآیند جستجو: به‌منظور جستجوی مطالعات موردنظر که ملاک‌های فوق‌الذکر را دارا باشند مراحل ذیل طی شد:

پژوهش‌های داخلی از طریق مراجعه به منابع اطلاعاتی داخلی از قبیل پایگاه اطلاعات علمی<sup>۴</sup> و مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران<sup>۵</sup> و پژوهش‌های خارجی از طریق مراجعه و جستجو در پایگاه‌های اطلاعاتی ERIC، PsycINFO و Medline به‌دست آمده‌اند. کلیدواژه‌ای به‌کاررفته در جستجوی اینترنتی از این قرارند: درمان شناختی-رفتاری، مواجهه

- 
1. Emmelkamp, Beens
  2. Van Oppen
  3. Eddy, Dutra, Bradley, Westen
  4. SID
  5. IRANDOC

و پیشگیری از پاسخ، دارودرمانی، وسواس فکری-عملی. به‌علاوه، فرا تحلیل‌های پیشین درزمینه اختلال وسواس فکری-عملی نیز موردبازنگری قرار گرفت (آبرامویتز، ۱۹۹۸؛ آبرامویتز و همکاران، ۲۰۰۲؛ بال، بیر و اتو<sup>۱</sup>؛ ۱۹۹۶، کاکس<sup>۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۳؛ ادی و همکاران، ۲۰۰۴؛ سانچز-مکا و همکاران، ۲۰۰۳؛ آنا آی. روزا-آلکازار<sup>۳</sup>، ۲۰۰۸).

ملاک‌های انتخاب مطالعات به‌منظور ورود پژوهش‌ها در فراتحلیل، مطالعات می‌بایست ملاک‌های ذیل را دارا می‌بودند: ۱) (مطالعات می‌بایست یکی از درمان‌های شناختی-رفتاری، مواجهه و پیشگیری از پاسخ و یا دارویی را در درمان وسواس به‌کاربرده باشند. ۲) تحقیقات به‌صورت آزمایشی یا نیمه آزمایشی انجام‌شده باشند. ۳) آزمودنی‌ها می‌بایست از طریق ملاک‌های تشخیصی استاندارد (تمامی نسخه‌های DSM و ICD یا سایر ملاک‌ها) تشخیص صریح اختلال وسواس فکری-عملی دریافت کرده باشند. ۴) مطالعات می‌بایست اطلاعات آماری مربوط به گروه‌ها، حداقل در پس‌آزمون، مشتمل بر میانگین، انحراف استاندارد، آزمون t و ANOVA<sup>۴</sup> را گزارش کرده باشند. ۵) مطالعات از ابزارها و مقیاس‌های معتبر که دارای روایی و پایایی مناسب می‌باشند، استفاده کرده باشند. ۶) مطالعات می‌بایست در بین سال‌های ۱۹۹۰ تا ۲۰۱۰ انجام یا انتشاریافته باشند و به زبان‌های فارسی یا انگلیسی نوشته‌شده باشند.

بر اساس معیارهای فوق‌الذکر، ۲۲ مطالعه برای انجام فراتحلیل انتخاب گردید. در برخی از این مطالعات تأثیر یک الگوی درمانی از طریق مقایسه با گروه کنترل مورد ارزیابی قرارگرفته و در برخی دیگر چند الگوی درمانی با یکدیگر مقایسه شده‌اند. درنهایت، از این ۲۲ مطالعه، تعداد ۲۸ اندازه اثر مربوط به گروه‌های درمانی سه‌گانه حاصل گردید که از این بین ۱۵ اندازه اثر مربوط به درمان شناختی-رفتاری، ۸ اندازه اثر مربوط به روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ و تعداد ۵ اندازه اثر مربوط به درمان دارویی اختلال وسواس فکری-عملی هست.

- 
1. Ball, Baer, Otto
  2. Cox
  3. Rosa-Alcázar
  4. analyse of variance



محاسبه اندازه‌های اثر: تفاوت استاندارد میانگین،  $d$ ، به‌عنوان شاخص اندازه اثر مورد استفاده قرار گرفت که به‌عنوان تفاوت بین میانگین‌های گروه درمان و کنترل در پس‌آزمون، تقسیم‌بر برآورد انحراف استاندارد ادغام‌شده درون-مطالعه ( $S$ ) تعریف می‌شود.  $d=c(m)(\bar{Y}_E-\bar{Y}_C)/S$ . فرآیند تحلیل مشتمل بر محاسبه میانگین اندازه اثر با فاصله اطمینان ۹۵٪، بررسی ناهمگنی مطالعات،  $Q$  و شاخص  $I^2$  که میزان همگنی اندازه-های اثر پیرامون میانگین را ارزیابی می‌کند، هست (هیگینز<sup>۱</sup> و تامپسون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۲؛ هیدو-مدینا<sup>۳</sup>، سانچز-مکا و مارتینز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸). مقادیر مثبت  $d$  نشانگر پیامد مثبت درمان است. در نهایت برای بررسی این فرض که آیا فراتحلیل ما مطالعات انتشار نیافته را شامل می‌شود یا خیر، سوگیری انتشار مطالعات مورد بررسی قرار گرفت (روستین، ساتن و برونستین<sup>۵</sup>، ۲۰۰۵). برای تجزیه و تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از نرم‌افزارهای  $CMA^2$  و  $SPSS$  استفاده شد. از نرم‌افزار  $CMA2$  جهت محاسبه اندازه اثر و ترکیب احتمالات و از نرم‌افزار  $SPSS$  جهت به دست آوردن فراوانی و مقایسه میانگین اندازه اثرهای به‌دست‌آمده گروه‌های مختلف درمانی استفاده شده است.

مروری بر ابزارهای مورد استفاده برای سنجش اختلال وسواس نشان می‌دهد که مقیاس وسواسی-اجباری ییل-براون ( $Y-BOCS$ ، گودمن و همکاران، ۱۹۸۹) پرکاربردترین ابزار برای ارزیابی علائم وسواسی-اجباری هست.

### یافته‌ها پژوهش

در این بخش یافته‌ها و نتایج به‌دست‌آمده از اجرای فراتحلیل ارائه گردیده است. در ابتدا اندازه اثر تمامی مطالعات ارائه‌شده و سپس همگنی و سوگیری انتشار مطالعات مورد بررسی قرار گرفته و در پایان تفاوت اثربخشی شیوه‌های درمانی مختلف با استفاده از تحلیل واریانس مورد آزمون قرار گرفته است. در جدول شماره ۱ اندازه اثر به‌دست‌آمده از تمامی

- 
1. Higgins
  2. Thompson
  3. Huedo-Medina
  4. Martínez
  5. Rothstein, Sutton, Borenstein
  6. Comprehensive Meta Analysis

مطالعات مورد استفاده در پژوهش به همراه مقادیر Z و سطوح معنی‌داری مربوط به هر یک از آن‌ها آورده شده است.

جدول ۱. اندازه اثر تک‌تک مطالعات به‌کاررفته در فراتحلیل

شماره	نام مطالعه	نوع درمان	اندازه اثر	خطای استاندارد	واریانس	Z	سطح معنی‌داری
۱	محمد زاده	CBT	۲/۸۶۰	۰/۶۳۶	۰/۴۰۵	۴/۴۹۷	۰/۰۰۱
۲	عبدی	CBT	۱/۵۴۱	۰/۵۳۷	۰/۲۲۸	۲/۸۷۰	۰/۰۰۴
۳	بیان زاده	CBT	۱/۱۳۳	۰/۶۸۱	۰/۴۶۴	۱/۶۶۳	۰/۰۹۶
۴	علی‌لو (۱)	CBT	۱/۶۶۲	۰/۴۳۱	۰/۱۸۶	۳/۸۵۶	۰/۰۰۰۱
۵	مکملی	CBT	۱/۳۶۶	۰/۵۵۵	۰/۳۰۸	۲/۴۶۰	۰/۰۱۴
۶	ربکا. ای (۱)	CBT	۰/۹۳۱	۰/۳۶۶	۰/۱۳۴	۲/۵۴۰	۰/۰۱۱
۷	ربکا. ای (۲)	CBT	۱/۰۱۲	۰/۳۸۳	۰/۱۴۷	۲/۶۴۰	۰/۰۰۸
۸	اریک استورج	CBT	۱/۱۷۲	۰/۲۳۰	۰/۰۵۳	۵/۱۰۸	۰/۰۰۱
۹	اریک. ای	CBT	۲/۹۳۸	۰/۴۰۴	۰/۱۶۶	۷/۲۰۸	۰/۰۰۱
۱۰	مائورین. ال (۱)	CBT	۲/۸۹۴	۰/۴۱۶	۰/۱۷۳	۶/۹۵۹	۰/۰۰۱
۱۱	صبوری (۱)	CBT	۰/۹۵۸	۰/۴۲۷	۰/۱۸۲	۲/۲۴۴	۰/۰۲۵
۱۲	خدایاری فرد	CBT	۱/۹۰۰	۰/۵۵۸	۰/۳۱۲	۳/۴۳۰	۰/۰۰۱
۱۳	اکرمی	CBT	۲/۳۶۱	۰/۸۷۰	۰/۷۵۸	۲/۷۱۳	۰/۰۰۷
۱۴	پیاستینی	CBT	۲/۶۶۱	۰/۹۵۳	۰/۹۰۸	۲/۷۹۲	۰/۰۰۵
۱۵	توزنده جانی (۱)	CBT	۳/۱۳۹	۱/۰۸۹	۱/۱۸۶	۲/۸۸۳	۰/۰۰۴
۱۶	صبوری (۲)	دارو	۰/۴۶۵	۰/۷۷۴	۰/۵۹۹	۰/۶۰۰	۰/۵۴۸
۱۷	سلطانی فر	دارو	۰/۳۸۶	۰/۳۲۸	۰/۱۰۷	۱/۱۷۷	۰/۲۳۹
۱۸	عابدینی	دارو	۱/۳۱۲	۰/۴۱۸	۰/۱۷۴	۳/۱۴۳	۰/۰۰۲
۱۹	توزنده جانی (۲)	دارو	۰/۷۱۶	۰/۵۰۱	۰/۲۵۱	۱/۴۲۸	۰/۱۵۳
۲۰	ایمانی	دارو	۰/۶۸۹	۰/۱۱۸	۰/۰۱۴	۵/۸۴۳	۰/۰۰۱
۲۱	اصفهانی	ERP	۱/۸۵۳	۰/۳۰۶	۰/۰۹۴	۶/۰۵۴	۰/۰۰۱
۲۲	علیلو (۲)	ERP	۱/۰۶۲	۰/۴۷۸	۰/۲۲۸	۲/۲۲۳	۰/۰۲۶
۲۳	مولوی	ERP	۰/۸۱۸	۰/۷۵۶	۰/۵۷۲	۱/۰۸۱	۰/۲۷۹
۲۴	عابدی	ERP	۱/۶۰۲	۰/۴۰۷	۰/۱۶۶	۳/۹۳۶	۰/۰۰۱

۰/۰۰۱	۳/۲۲۵	۰/۵۸۸	۰/۷۶۷	۲/۴۷۴	ERP	مأثورین. ال (۲)	۲۵
۰/۰۰۲	۳/۱۷۳	۰/۳۳۷	۰/۵۸۱	۱/۸۴۲	ERP	نشاط دوست	۲۶
۰/۰۱۲	۲/۴۹۹	۰/۲۰۵	۰/۴۵۳	۱/۱۳۱	ERP	شعبانی	۲۷
۰/۰۱۵	۲/۴۲۹	۰/۹۵۲	۰/۹۷۶	۲/۳۷۱	ERP	مولوی	۲۸

جدول ۲. نتایج آزمون بررسی همگنی مطالعات

$I^2$	p-value	درجه آزادی	Q-value	مدل
۷۹/۴۷۳	۰/۰۰۱	۲۷	۳۲۸/۱۴۹	اثرات ثابت

با توجه به نتایج جدول ۲، مقدار آماره Q محاسبه شده (۳۲۸,۱۴۹) در سطح آلفای ۰/۰۰۱ معنی دار است؛ بنابراین، با احتمال ۹۹٪ فرض صفر مبنی بر همگنی مطالعات رد شده و نتیجه می‌گیریم گروه مطالعات نامتجانس است. همچنین شاخص  $I^2$  نشان می‌دهد که ۷۹/۴۷۳ درصد از تغییرات کل مطالعات به دلیل ناهمگنی گروه مطالعات هست. نامتجانس بودن مطالعات، نشان‌دهنده وجود اثر تعدیل‌کننده‌ها در اندازه اثر درمان‌های اختلال وسواس فکری-عملی است.

جدول ۳. اصلاح و برازش دووال و توتیدی

مدل اثرات تصادفی	اثرات اضافه شده	اثرات ثابت	حد پایین	حد بالا	اثرات تصادفی	حد پایین	حد بالا	آزمون Q
مقادیر اولیه	۱/۱۴۶۷۵	۱/۰۰۸۰۸	۱/۲۸۵۴۲	۱/۴۷۹۶۹	۱/۱۵۶۹۲	۱/۸۰۲۴۷	۱۰۸/۰۷۴۳۵	
مقادیر تعدیل شده	۱۲	۰/۸۳۸۹۲	۰/۷۱۳۰۱	۰/۹۶۴۸۴	۰/۸۹۵۳۲	۰/۵۵۴۶۷	۱/۲۳۵۹۷	۲۲۷/۴۵۹۸

بر اساس اطلاعات مندرج در جدول ۳، نتایج روش اصلاح و برازش دووال و توتیدی نشان می‌دهد که در مدل اثرات تصادفی برای رفع مشکل سوگیری انتشار باید ۱۲ مطالعه به سمت چپ نمودار فانل (مطالعات با اندازه اثری کوچک‌تر از میانگین) اضافه شود.

جدول ۴. اندازه اثر درمان شناختی- رفتاری، مواجهه و پیشگیری از پاسخ و دارویی در اختلال وسواس فکری-عملی

درمان	تعداد	اندازه اثر	خطای استاندارد	واریانس	Z	P
شناختی-رفتاری	۱۵	۱/۶۱۱	۰/۱۱۶	۰/۰۱۴	۱۳/۸۳۲	۰/۰۰۱
مواجهه و پیشگیری از پاسخ	۸	۱/۵۹۱	۰/۱۷۳	۰/۰۳۰	۹/۲۰۲	۰/۰۰۱
دارویی	۵	۰/۶۱۷	۰/۱۰۴	۰/۰۱۱	۵/۹۳۵	۰/۰۰۱

در جدول ۴، اندازه اثرهای روش‌های شناختی-رفتاری، مواجهه و پیشگیری از پاسخ در درمان اختلال وسواس فکری-عملی ارائه شده است. بر این اساس، اندازه اثر درمان شناختی-رفتاری برابر با ۱/۶۱۱ هست که در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار هست. روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ نیز دارای اندازه اثری برابر با ۱/۵۹۱ هست که این مقدار در سطح ۰/۰۰۱ معنی‌دار است. درمان دارویی نیز اندازه اثری برابر با ۰/۵۳۴ را نشان می‌دهد که این مقدار در سطح ۰/۰۴۶ معنی‌دار هست.

جدول ۵. نتایج آزمون تحلیل واریانس

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	مجدور میانگین	F	سطح معنی‌داری
ثابت	۱۰۵/۶۴۶	۱	۱۰۵/۶۴۶	۱۱۰/۷۹۸	۰/۰۰۱
اختلال	۱۲/۴۸۴	۲	۶/۲۴۲	۶/۵۷۴	۰/۰۰۵
خطا	۲۳/۸۳۸	۲۵	۰/۹۵۴		
گروه	۱۶۵/۸۲۰	۲۸			

در جدول فوق نتایج آزمون تحلیل واریانس برای مقایسه میانگین اندازه اثرهای درمان‌های شناختی-رفتاری، دارویی و مواجهه و پیشگیری از پاسخ نشان داده شده است. بر اساس یافته‌های ارائه شده، مقدار F به دست آمده با درجه آزادی ۲ برابر با ۶/۵۷۴ هست که از مقدار F بحرانی با درجه آزادی ۲ بزرگ‌تر بوده و معنی‌دار هست. از این رو چنین می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین اندازه اثر درمان‌های فوق در بهبود اختلال وسواس فکری-عملی تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر، درمان‌های شناختی-رفتاری، مواجهه و پیشگیری از پاسخ و دارویی اندازه اثرهای معنی‌داری را در بهبود اختلال وسواس فکری-عملی نشان می‌دهند که در این بین، درمان‌های شناختی-رفتاری و ERP اثربخشی بالاتری را نشان می‌دهند و نسبت به درمان دارویی، به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای دارای کارایی بالاتری هستند. در رابطه با نتیجه به‌دست‌آمده می‌توان این‌گونه اظهار داشت که با توجه به عوارض دارویی، بیماران در درازمدت از خوردن دارو امتناع می‌کنند و این مسئله باعث عود نشانه‌های بیماری می‌گردد در صورتی که درمان شناختی-رفتاری و ERP با اصلاح ارزیابی‌های منفی افکار مداخله‌گر و اصلاح نگرش‌ها اثرات بیشتری را نشان می‌دهند. نتیجه‌ی این پژوهش در مورد اثربخشی روش‌های درمانی شناختی-رفتاری و مواجهه و پیشگیری از پاسخ هماهنگ با بررسی‌هایی است که نشان می‌دهند روش‌های درمانی فوق، مداخله‌های کارآمدی در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی می‌باشند. در پژوهش حاضر درمان شناختی-رفتاری دارای بالاترین اندازه اثر هست که همسو با یافته‌های حاصل از پژوهش میلر و برمان (۱۹۸۳) و فن بالکم (۱۹۹۴)، هست. همچنین اثربخشی درمان ERP برای اختلال OCD، در پژوهش‌های صورت گرفته توسط آبراموویتز (۱۹۹۶، ۱۹۹۸)، آبراموویتز، فرانکلین و فوو (۲۰۰۲)، کوباچک، گرتس، جفرسن، کاتزنلیک و هنک (۱۹۹۸)، سانچز، مکا، گومز و مندز (۲۰۰۳) نشان داده شده است. همچنین نتایج این پژوهش در مورد تفاوت میزان اثربخشی روش‌های درمانی شناختی-رفتاری و مواجهه و پیشگیری از پاسخ، منطبق با پژوهش‌هایی است که این تفاوت را غیر معنی‌دار گزارش کرده‌اند. عدم وجود تفاوت معنی‌دار بین اثربخشی درمان‌های ERP و CBT در مطالعه انجام‌شده توسط آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۵) نیز نشان داده‌شده است که با نتیجه به‌دست‌آمده در این پژوهش همخوان هست. با توجه به نتایج حاصل از مطالعه حاضر و سایر فراتحلیل‌های صورت گرفته در این زمینه، درمان‌های شناختی-رفتاری و مواجهه و پیشگیری از پاسخ، درمان‌هایی کارآمد و مؤثر در کاهش علائم اختلال وسواس فکری-عملی می‌باشند. در راستای نتایج پژوهش حاضر، استورچ،

لیزا و مرلو (۲۰۰۶) با بررسی درمان‌های رایج برای اختلال وسواس فکری-عملی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی-رفتاری و یا ترکیب رفتاردرمانی شناختی با دارودرمانی به‌عنوان خط اول درمان برای اختلال وسواس فکری-عملی در نظر گرفته شود. بر این اساس، درمانگرانی که درزمینه درمان اختلالات روانی فعالیت می‌کنند، می‌بایست این شیوه‌های درمانی را به‌عنوان اولویت نخست در درمان اختلال وسواس فکری-عملی مدنظر قرار دهند.

در پایان به محققین توصیه می‌شود نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه‌های پژوهشی خود را به‌طور کامل، همراه با سطح معنی‌داری به‌کاررفته برای آزمون‌ها ذکر کرده و از این طریق امکان انجام چنین پژوهش‌هایی را در آینده فراهم کنند.

### منابع

استکتی، گیل؛ فوآ، آدنا و گریسون، جاناتان. (۱۹۸۵). وسواس: برداشت‌ها و درمان رفتاری، ترجمه امیرهوشنگ مهریار (۱۳۷۳). تهران: رشد.

کاپلان، اچ و سادوک، ب. (۲۰۰۲). خلاصه روانپزشکی-علوم رفتاری، روانپزشکی بالینی. جلد دوم. (ویراست نهم). ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان (۱۳۸۳). تهران: انتشارات ارجمند.

- Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.
- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 44-52.
- Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, 29, 339-355.
- Abramowitz, J. S. Franklin, M. E. & Foa, E. B. (2002). Empirical status of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analytic review. *Romanian Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 2, 89-104.

- Abramowitz, J. S. Franklin, M. E. Zoellner, L. A. & DiBernardo, C. L. (2002). Treatment compliance and outcome of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Modification*, 26, 447-463
- Abramowitz JS, Whiteside SP, Deacon BJ.)2005). The effectiveness of treatment for pediatric obses disorder: A meta-analysis.36:55-63.
- Ball, S. G. Baer, L. & Otto, M. W. (1996). Symptom subtypes of obsessive-compulsive disorder in behavioral treatment studies: A quantitative review. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 47-51.
- Clark, D.A. & O, Connor, K. (2005). Thinking is believing: Ego dystonic intrusive thoughts in OCD. In D.A. Clark(Ed), *Intrusive Thoughts in Clinical Disorders* (pp.145-175). New York: Guilford Press.
- Corey, G. (2007). *Theory And Practice of Group Counseling*.NEW YORC: Brooks Cole.
- Cox, B. J. Swenson, R. P. Morrison, B. & Lee, P. S. (1993). Clomipramine, fluoxetine, and behavior therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 149-153.
- Eddy, K. T. Dutra, L. Bradley, R. &Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 24, 1011-1030.
- Emmelkamp, P. M. & Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 29, 293-300.
- Fienberg, N.A. Bullock, T. Montgomery, D.B.& Montgomery, S.A.)1992). Serotonin reuptake inhibitors are the treatment choice in obsessive compulsive disorder. *Int Clin Psychopharmacol*. 7:43-7
- Fienberg, N. a. Gale, T.M. (2005). Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 8:107-129. 168
- Foa, E. B. Steketee,G. and Ozarow, B. J. (1985). Behavior therapy with obsessive-compulsives: From theory to treatment. In M. Mavissakalan, S.M. Turner, and L. Michelson (Eds.) *Obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatments*. (pp. 49-120). New York: Plenum Press.
- Freeston, M. & Ladouceur, R. (1998). The cognitive-behavioral treatment of obsessions. In V. Caballo (Ed.), *International handbook of cognitive and behavioural treatments for psychological disorders* (pp. 129-160). Oxford, England7 Pergamon/ Elsevier.
- Goodman, W. K. Price, L. H. & Rasmussen, S.A. et al. (1989). Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: a comparison with placebo. *Arch Gen Psychiatry*; 46:36-44.

- Goodman, W. K. Price, L. H. Rasmussen, S. A. Mazure, C. Fleischmann, R. L. Hill, C. L. Heninger, G. R. & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS): Part I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Greist, J. Jefferson, J. Koback, K. Katzelnick, D. and Serlin, R. (1995). Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Archives of General psychiatry*, 52, 53-60. 165
- Higgins, J. P. T. & Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in Medicine*, 21, 1539-1558.
- Huedo-Medina, T. B. Sánchez-Meca, J. Marín-Martínez, F. & Botella, J. (2006). Assessing heterogeneity in meta-analysis: Q statistic or I<sup>2</sup> index? *Psychological Methods*, 11, 193-206.
- Jefferson, J.W. Altemus, M.A. Pigott, T.A. Stien, D.J. and Greist, J.H. (1995). Algorithm for the treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD). *Psychopharmacology Bulletin*, 31(3), 487-490 156.
- Karno, M. Golding, J. J. Sorenson, S. B. & Burnam, M. A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1094-1099.
- Keeley, M. L. Storch, E. A. Merlo, L. J. & Geffken, G. R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 28, 118-130.
- Kobak, K. A. Greist, J. H. Jefferson, J. W. Katzelnick, D. J. & Henk, H. J. (1998). Behavioral versus pharmacological treatments of obsessive compulsive disorder: A meta-analysis. *Psychopharmacology*, 136, 205-216.
- Lindsay, M. Crino, R. & Andrews, G. (1997). Controlled trial of exposure and response prevention in obsessive-compulsive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 171, 135-139.
- Mcdougale, C. j. Gordman, w. k. & Price, L. H. (1993). The pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. *Pharmopsychiatry*. 26: 24-9.
- McLean, P. Whittal, M. Thordarson, D. Taylor, S. Soechting, I. Koch, W. et al. (2001). Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of Obsessive-Compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 205-214.
- Miller, R. C. & Berman, J. S. (1983). The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, 94(1), 39-53.
- Montgomery, S. A. Zohar, Y. (1999). *Obsessive-Compulsive Disorder*. New York: Martin Dunitz Ltd.
- Rothstein, H. R. Sutton, A. J. & Borenstein, M. (Eds). (2005). *Publication bias in meta-analysis: Prevention, assessment, and adjustments* Chichester, UK: Wiley.



- Salkovkis, PM. Kirk, I. (1989). Cognitive behavior therapy for psychiatric problems: a practical guide: Oxford University Press.
- Sánchez-Meca, J. & Marín-Martínez, F. (2008). Confidence intervals for the overall effect size in random-effects meta-analysis. *Psychological Methods*, 13, 31–48.
- Sánchez-Meca, J. Gómez-Conesa, A. & Méndez, F. X. (2003). El tratamiento psicológico del trastorno obsesivo-compulsivo en Europa: Un estudio meta-analítico [The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder in Europe: A meta-analytic study.]. *Psicología Conductual*, 11, 213–237.
- Steketee, G. Henninger, N. & Pollard, C. (2000). Predicting treatment outcome for obsessive-compulsive disorder: Effects of comorbidity. In I. Weiner (Eds). *Obsessive-Compulsive disorder: Contemporary issues in treatment* (pp. 157–182). New Jersey7 Lawrence Erlbaum Associates.
- Storch EA, Merlo LJ. (2006). Obsessive-compulsive disorder: strategies for using CBT and pharmacotherapy. *J Fam Pract*; 55(4):329-33.
- Van Balkom, A. J.L. M. van Oppen, 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 antidepressant, behavior, and cognitive therapy. *Clinical Psychology Review*, 14(5), 359-381.
- Van Oppen, P. De Haan, E. van Balkom, A. J. Spinhoven, P. Hoogduin, K. A. L. & van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 33, 379–390.