



## مقایسه اثربخشی درمان‌های مواجهه‌سازی-جلوگیری از پاسخ و فلوکسیتین در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری.

### The Comparison of Effectiveness Exposure-Response Prevention and Fluoxetine in Recovery Obsessive-Compulsive Patients

Mehdi Imani, Majid Mahmmud-Aliloo, PhD., Abbas Bakhshipoor, PhD., Alireza Farnam, PhD.

مهدی ایمانی<sup>۱</sup>، دکتر مجید محمود علیلو<sup>۲</sup>، دکتر عباس بخشی پور<sup>۳</sup>، دکتر علیرضا فرنام<sup>۴</sup>.

پذیرش نهایی: ۸۷/۵/۱۵

تاریخ بازنگری: ۸۷/۲/۲۸

تاریخ دریافت: ۸۶/۸/۴

#### Abstract

The purpose of this study was to compare the efficacy of the exposure and response prevention (ERP) and fluoxetine in obsessive-compulsive patients. 45 patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) were randomly assigned to 3 groups: exposure and response prevention, fluoxetine and waiting-list. All groups were matched by variables such as age, sex, level of education and marital status. To gather the data, a battery of instruments including Moudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI), Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Beck Anxiety Inventory (BAI) was used. All patients completed the questionnaires in 3 stages (pre test, post test, and follow-up with 2 month intervals). The findings indicated that the ERP therapy was more effective than fluoxetine to reduce the OCD severity only in short-term ( $P < 0.05$ ). This difference between ERP and waiting-list groups was significant in short-term and long-term too ( $P < 0.01$ ). The difference between fluoxetine and waiting-list groups was significant only in short-term ( $P < 0.05$ ). The efficacy of fluoxetine on depression severity in short-term and long-term was more significant than ERP and waiting-list groups ( $P < 0.01$ ,  $P < 0.05$ , respectively). The efficacy of ERP and fluoxetine on the anxiety severity was not significant.

#### Keywords

obsessive-compulsive disorder, exposure and response prevention, fluoxetine

#### چکیده

هدف این پژوهش، مقایسه میزان اثر بخشی مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ و فلوکسیتین در بیماران وسواسی-اجباری است. آزمودنی‌های پژوهش را ۴۵ بیمار وسواسی-اجباری که به صورت جایگزینی تصادفی در سه گروه مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ، فلوکسیتین و لیست انتظار جای داده شده بودند، تشکیل می‌دادند. آزمودنی‌های سه گروه در متغیرهای سن، جنس، سطح تحصیلات و وضعیت تاهل هم‌تاسازی شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه‌های وسواسی-اجباری مادزلی، افسردگی و اضطراب بک استفاده شد. نمرات به دست آمده از ارزیابی‌ها در سه مرحله (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و دو ماه بعد از پس‌آزمون) 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، مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ فقط در بلند مدت اثر درمانی بیشتری نسبت به فلوکسیتین دارد ( $p < 0/05$ ). همچنین مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ در دوره کوتاه مدت و بلند مدت تفاوت معنی‌داری با گروه لیست انتظار دارد ( $p < 0/01$ ), اما فلوکسیتین فقط در کوتاه مدت تفاوت معنی‌داری با گروه لیست انتظار دارد ( $p < 0/05$ ). در کاهش علائم افسردگی بیماران وسواسی-اجباری هم فلوکسیتین اثر درمانی بیشتری نسبت به مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ در کوتاه مدت ( $p < 0/01$ ) و بلند مدت  $0/05$  «تدارد». همچنین این تفاوت بین فلوکسیتین و گروه لیست انتظار در کوتاه مدت و بلند مدت معنی‌دار است ( $p < 0/01$ ). در کاهش علائم اضطراب بیماران وسواسی-اجباری هم بین هیچ‌کدام از گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

#### کلیدواژه‌ها

اختلال وسواسی-اجباری، مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ، فلوکسیتین

۱- نویسنده پاسخگو، مهدی ایمانی، دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه تبریز | email: m\_aydinbakhsh@yahoo.com

۲- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

۳- استادیار گروه روانشناسی دانشگاه تبریز

۴- استادیار گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز



گروه مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین است که به بازار وارد شد. این دارو به شکل خوراکی تجویز می‌شود و از طریق دستگاه گوارشی به راحتی جذب می‌شود (ماریزیتی و هولندر، ۱۹۹۲). اثر داروشناختی فلوکسیتین مهارباز جذب اختصاصی فلوکسیتین است (گریست و جفرسون، ۱۹۹۵). مصرف ۶۰ میلی گرم فلوکسیتین در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بهبودی بالینی بیشتری نسبت به مقادیر داروی مصرفی پایین‌تر ایجاد می‌کند.

آزمایش‌های کنترل شده مختلفی موثر بودن مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین را هم برای بزرگسالان و هم برای کودکان نشان داده‌اند (نات، ۲۰۰۵). حدود ۴۰ تا ۵۵ درصد بیماران عموماً کاهش معنی‌دار علائم بعد از ۱۲ هفته مصرف مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین (SSRIs) نشان می‌دهند. بیشترین تحقیق در بین مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین (SSRIs) و مهارکننده‌های باز جذب سروتونین (SRIs) بر روی کلومپرامین، فلئوکستین<sup>۶</sup> و فلووکسامین<sup>۷</sup> انجام شده است (وان بالکوم و همکاران، ۱۹۹۴). چندین تحقیق فرا تحلیلی موثر بودن کلومپرامین، فلئوکستین و فلووکسامین را در بیماران وسواسی-اجباری نشان داده‌اند (به نقل از همان منبع). گودمن و پریس (۱۹۹۱) اثر دو داروی فلئوکستین و فلووکسامین را برابر با کلومپرامین گزارش کرده‌اند. یک وجه تمایز اساسی که دارو درمانی نسبت به درمانهای دیگر دارد 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 موثر می‌باشد (فستر و ایزلر، ۲۰۰۱).

الگوی دیگر در تبیین و درمان اختلال وسواسی-اجباری، الگوی رفتاری می‌باشد. بر اساس این الگو فکری

## مقدمه

اختلال وسواسی-اجباری<sup>۱</sup> (OCD) یک بیماری مزمن و ناتوان کننده است و معمولاً سبب اختلال در کارکردهای اجتماعی، شغلی و خانوادگی میشود. ۱۰ درصد از مراجعین سرپایی روان پزشکی را بیماران وسواسی تشکیل می‌دهند. شیوع اختلال وسواسی-اجباری در طول عمر در جمعیت عمومی ۲ تا ۳ درصد برآورد شده است به طوری که پس از ترس مرضی، اختلال وابسته به مواد و اختلالهای افسردگی در ردیف چهارم از شایعترین تشخیصهای روان پزشکی قرار دارد. میانگین سن شروع بیماری حدود ۲۰ سالگی است. هر چند در مردها سن شروع پایین‌تر (حدود ۱۹ سالگی) از زنها (حدود ۳۲ سالگی) است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

تا کنون نظریه‌های گوناگونی مانند نظریه‌های روانشناختی و زیست شناختی در صدد تبیین و ارائه الگوی درمانی این اختلال بوده‌اند. الگوی زیست شناختی نقش شاخصی را برای نوروترانسمیتر<sup>۲</sup> سروتونین<sup>۳</sup> در بروز نشانه‌های وسواسی در نظر گرفته است. این فرضیه از بررسی‌های که اثر بخشی داروهای سروتونرژیک نظیر کلومپرامین<sup>۴</sup> را با داروهای غیر سروتونرژیک مقایسه نموده‌اند، به دست آمده است. تاثیر کلومپرامین در افزایش سروتونین، پژوهشگران را برآن داشت تا بررسی‌هایی را در جهت تاثیرمهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین<sup>۵</sup> (SSRIs) در درمان بیماری وسواس آغاز نمایند. مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین (SSRIs) داروهایی هستند که با مهار جذب مجدد سروتونین در پیش سیناپسها باعث افزایش سروتونین می‌شوند. مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین بیش از کلومپرامین در خاموشی فکر و عمل وسواسی موثرند و عوارض جانبی کمتری نسبت به کلومپرامین دارند. فلوکسیتین نخستین داروی ضد افسردگی

6. Fluoxetine  
7. Fluvoxamine

1. Obsessive-Compulsive Disorder  
2. Neurotransmitter  
3. Serotonin  
4. Clomipramin  
5. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors



مشاهده شده و فقط در ۱۰ درصد از بیماران این روش موثر واقع نشده است. همچنین فوآ و همکاران، (۱۹۸۰ و ۱۹۸۴؛ به نقل از فوستروایز، ۲۰۰۱) پژوهشی در مورد اثرات درمانی دو بخش جداگانه مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ انجام داده‌اند. در این پژوهش بیماران در سه گروه مواجهه‌سازی، جلوگیری از پاسخ، و مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ قرار گرفته بودند. یافته‌ها نشان داد که درمان ترکیبی موثرتر از درمان‌های جداگانه است. اثرات روش ترکیبی در درمان افکار و اعمال وسواسی توسط دیگران نیز ثابت شده است (برای مثال، سالکوویس کیس و وست بروک، ۱۹۸۹؛ فریستون و همکاران، ۱۹۹۷؛ لادوسپور و همکاران، ۱۹۹۵، به نقل از فوستروایز، ۲۰۰۱). میزان پاسخ به مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ از ۶۳ درصد (استانلی، تورنر، ۱۹۹۵) تا ۹۰ درصد (ریگز و فوآ، ۱۹۹۳) برآورده شده است.

با توجه به دیدگاه‌های مختلف زیست‌شناختی و روانشناختی در مورد این اختلال؛ هدف اصلی این پژوهش ارائه رهنمودهایی برای درک، تبیین و درمان هر چه بهتر و جامع‌تر این اختلال می‌باشد. با توجه به مطالب ذکر شده، پژوهش حاضر برای محک زدن فرضیه زیر تدوین شده است: بین اثر بخشی درمان با مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ و فلوکسیتین در کاهش علائم وسواسی، افسردگی و اضطراب بیماران وسواسی-اجباری تفاوت معنی داری وجود دارد.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری

این پژوهش از نوع پژوهش‌های آزمایشی می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مراجعه کننده به کلینیک تخصصی روان پزشکی بزرگمهر تبریز، مرکز مشاوره روانشناختی علامه امینی و دفتر مشاوره سازمان بنیاد شهید و امور ایثارگران استان آذربایجان شرقی تشکیل می‌دادند. روش نمونه

وسواسی، محرک‌های شرطی هستند، یک محرک نسبتاً خنثی از طریق فرآیند شرطی شدن پاسخ‌گرو باجفت شدن با رخدادهایی که طبیعتاً مضر و اضطراب‌انگیزند با ترس و اضطراب پیوستگی پیدا می‌کند. به این ترتیب افکار و اشیاء سابقاً خنثی به محرک‌های شرطی تبدیل شده و قادر به برانگیختن اضطراب و ناراحتی می‌شوند. اما عمل وسواسی به گونه‌ای متفاوت پدید می‌آید. شخص درمی‌یابد که عمل خاصی موجب کاهش اضطراب وابسته به یک وسواس می‌گردد، رهایی و آرامش حاصل از رفع اضطراب که بعنوان سائق مخفی عمل می‌کند، در نتیجه وقوع عمل وسواسی، موجب تقویت این عمل می‌شود. تدریجاً این عمل به علت مفید بودن در کاهش یک سائق دردناک ثانوی (اضطراب) بصورت یک الگوی رفتاری آموخته شده ثابت در می‌آید (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳).

رفتاردرمانگران تکنیک‌های چندی نظیر حساسیت زدایی منظم، قصد متناقض، اشباع، بی‌زاری درمانی، توقف فکر، غرقه‌سازی تصویری را در درمان اختلال وسواسی-اجباری به کار برده‌اند. در مجموع بررسی‌های انجام شده بر روی این تکنیک‌ها، اثرات درمانی قابل توجهی را نشان ندادند، تا اینکه در سال ۱۹۶۶ روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ<sup>۱</sup> (ERP) توسط مه‌یر برای اولین بار بعنوان درمان موفقیت آمیز وسواس گزارش شد. شواهد تجربی متعددی توانسته‌اند موثر بودن روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ در قلمرو اختلال وسواسی را ثابت کنند. نتایج بررسی‌ها تا کنون نشانگر بهبود ۶۵-۷۵ درصد از بیماران با استفاده از این شیوه می‌باشد (ریگز و فوآ، ۱۹۹۳). فوآ و همکاران (۱۹۸۵)؛ به نقل از فوستروایز، ۲۰۰۱) نتایج هیجده پژوهش کنترل شده را تحلیل کرده و به این نتیجه دست یافته‌اند که پس از اجرای روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ (ERP) نشانه‌های مرضی در ۵۱ درصد بیماران از بین رفته و یا بهبود قابل ملاحظه‌ای داشته‌اند. بهبود نسبی در ۳۱ درصد موارد

1. Exposure and response prevention



درمان را ترک کردند. ۵ نفر هم (۲ نفر از مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ، ۱ نفر از فلئوگزیتین و ۲ نفر از لیست انتظار)، در مطالعه پی گیری شرکت نکردند. که در نهایت ۳۳ نفر (۲ نفر مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ، ۱۰ نفر فلئوکستین و ۱۱ نفر لیست انتظار)، درمان را بصورت کامل ادامه دادند. در جدول ۱ ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنی‌ها را نشان می‌دهد.

#### ابزار

##### سیاهه و سواسی- اجباری مادزلی<sup>۲</sup> (MOCI)

این پرسشنامه توسط هاجسون و راجمن (۱۹۷۷): به نقل از امل کامپ و بینز، (۱۹۹۱) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات و سواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ پرسش بصورت صحیح-غلط می‌باشد. دامنه نمرات از صفر تا ۳۰ متغیر می‌باشد. افزون بر نمره کل و سواسی، پرسشنامه مادزلی شامل ۵ خرده مقیاس واری، شستشو، کندی، شک و نشخوار ذهنی می‌باشد (راجمن و هاجسون، ۱۹۸۰: به نقل از امل کامپ و بینز، ۱۹۹۱). تمرکز اصلی این پرسشنامه روی علائم و سواسی می‌باشد و به ویژه برای ارزیابی اثرات درمان روی علائم مناسب است (استکتی، ۱۹۹۳). راجمن 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 تایید نمودند. بررسیها نشان داده‌اند که این ابزار نسبت به

گیری به صورت نمونه گیری در دسترس بود. ملاک‌های شمول شامل تشخیص اختلال و سواسی- اجباری بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات عاطفی<sup>۱</sup> (SADS)، پرسشنامه و سواسی- اجباری مادزلی و تایید تشخیص بر اساس نظر روانپزشک یا روانشناسی بالینی، داشتن حداقل ۱۵ سال سن و حداقل مدرک تحصیلی 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 روان شناختی برای هر اختلال روانی محور ۲، می‌شد که سبب کنار گذاشتن افراد از بررسی گردید. در طول مدت اجرای پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال و سواسی- اجباری مراجعه کننده به مراکز یاد شده (۴۵ نفر)، بصورت جایگزینی تصادفی در ۳ گروه مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ (۱۷ نفر)، فلوکستین (۱۳ نفر) و لیست انتظار (۱۵ نفر) جای گرفتند. از ۴۵ نفر آزمودنی انتخاب شده ۴ نفر (۲ نفر از مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ، ۱ نفر از فلئوکستین 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 ۳ نفر (۱ نفر از مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ، ۱ نفر از فلئوکستین، ۱ نفر از لیست انتظار) هم بعد از شروع جلسات درمان و قبل از تمام شدن دوره درمانی،

گروههای درمان	میزان تحصیلات			وضعیت تاهل		جنسیت		میانگین سنی	میانگین طول مدت بیماری
	متوسطه دیپلم	دیپلم	دانشگاهی	مجرد	متاهل	زن	مرد		
مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ	۶	۵	۶	۶	۱۱	۱۰	۷	۲۷/۳۳	۴/۳۵
فلوکستین	۶	۲	۵	۶	۷	۶	۷	۳۱/۷	۵/۳۰
لیست انتظار	۵	۴	۶	۵	۱۰	۸	۷	۳۳/۲	۵/۳۳

جدول ۱- ویژگیهای جمعیت شناختی آزمودنیهای مورد بررسی

2. Moudsley Obsessive- Compulsive Inventory

1. Structural Interview for Affective Disorders



نمرات بین ۰ تا ۶۳ می‌باشد. بک، اپستن، براون وستیر (۱۹۹۸) همسانی درونی آن را برابر با ۰/۹۳ گزارش کردند. 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 و ویژگی‌های روان سنجی این پرسشنامه در ایران مورد تایید پژوهش‌های مختلفی قرار گرفته است. بعنوان مثال محمودعلیلو (۱۳۸۴) روایی محتوایی، این آزمون را رضایت بخش اعلام کرده. در پژوهش حاضر این پرسشنامه به منظور تعیین شدت اضطراب مورد استفاده قرار گرفت.

#### روش اجرای پژوهش

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<sup>۱</sup> (SADS)، پرسشنامه وسواسی- اجباری مادزلی و تایید تشخیص بر اساس نظر روانپزشک یا 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، پیشایندها، عوامل نگهدارنده 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 بصورت جایگزینی تصادفی در یکی از سه گروه (مواجه سازی و جلوگیری از پاسخ، فلئوکستین و لیست انتظار) جای گرفتند. بعد از تمام شدن جلسات درمان مجددا پرسشنامه‌های وسواسی- اجباری مادزلی، افسردگی بک و اضطراب بک برای هر یک از آزمودنیهای هر ۳ گروه تکمیل گردید. و به منظور تعیین

تغییرات درمانی حساس بوده و پایایی آن با روش باز آزمایی در حد خوبی بوده است. (راچمن و هاجسون، ۱۹۸۰؛ استرنبرگ و برنز، ۱۹۹۰، به نقل از امل کامپ، بینز، ۱۹۹۱). ویژگی‌های روان سنجی 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 همگرای آن با مقیاس وسواسی- اجباری بیل را ۰/۸۷ گزارش کرده است.

#### پرسشنامه افسردگی بک، ویراست دوم (BDI-II):

این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۶ توسط بک، استیر و براون ۸ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره ای 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 روان سنجی این پرسشنامه در ایران به این شرح می‌باشد: ضریب آلفا ۰/۹۱، ضریب همبستگی میان دونیمه ۰/۸۹، ضریب باز آزمایی به فاصله یک هفته ۰/۹۴، (فتحی، 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 به دست آوردن ویژگی‌های روانسنجی تست افسردگی بک - ویراست دوم - انجام دادند، نتایج اینگونه به دست آمد: ضریب آلفا ۰/۸۷، ضریب باز آزمایی ۰/۷۴ همبستگی آن نیز با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول ۰/۹۳ بود (بک، استیر و براون، ۱۹۹۶). در پژوهش حاضر این پرسشنامه به منظور تعیین شدت افسردگی مورد استفاده قرار گرفت.

#### پرسشنامه اضطراب بک

این پرسشنامه نیز مانند پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ گزینه بوده و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. و دامنه

1. Structural Interview for Affective Disorders

1. Beck Anxiety Inventory



بعد از آخرین جلسه درمان برای سومین بار پرسشنامه‌ها توسط آزمودنیها تکمیل گردید.

### یافته‌های پژوهش

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

برای تحلیل داده‌های ارائه شده در جدول شماره ۲ روش تحلیل واریانس چند متغییره یک راهه<sup>۱</sup> (مانوای یک راهه) برای نمرات اختلافی استفاده شد، بدین صورت که برای محاسبه اثرات کوتاه مدت درمان، نمرات پس آزمون منهای نمرات پیش آزمون و برای محاسبه اثرات بلند مدت درمان، نمرات مطالعه پی گیری منهای نمرات پیش آزمون شد. در این روش ابتدا مشخص شد که ویلکز را مبدا 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 (۱- وسواس کوتاه مدت و بلند مدت ۲- افسردگی کوتاه مدت و بلند مدت ۳- اضطراب کوتاه

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 مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ از ۱۰ جلسه هفتگی ۵۰ الی ۶۰ دقیقه ای تشکیل شده بود. و بسته درمانی استفاده شده در این گروه بر اساس مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ و بر مبنای بسته درمانی لی هی وها لند<sup>۲</sup> تهیه شده است، که بخشهای شناختی روش درمانی لی هی وها لند کاملا حذف شده است.

اگر بیماران بحثی پیرامون مسائل شناختی آغاز می‌کردند (مانند تخمین افراطی از وجود یک خطر) درمانگران پاسخی به این مسائل نمی‌دادند و سعی می‌شد بحث پیرامون مسائل رفتاری سوق داده شود. (برای اطلاعات بیشتر به برنامه‌های درمانی برای اختلالات افسردگی و اضطراب اثرلی هی وها لند، ۲۰۰۰ مراجعه کنید). در گروه آزمایشی دارو درمانی، هر یک از آزمودنیها ۳ ماه متوالی تحت درمان با داروی فلوکسیتین بادوز (۴۰-۸۰) میلی گرم روزانه (با توجه به سطح تحمل بیماران) قرار داده شدند، پس از پایان سه ماه درمان متوالی مجددا هر سه پرسشنامه توسط هر یک از آزمودنیها تکمیل گردید، ۲ ماه

اضطراب بک	افسردگی بک	وسواس مادزلی	گروهها
(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	(انحراف معیار) میانگین	
۱۳/۲۵ (۶/۲۸)	۲۲/۶۶ (۸/۴۱)	۲۰/۳۳ (۳/۳۱)	مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ
			پیش آزمون
۱۳/۵۰ (۷/۳۱)	۱۹/۴۱ (۸/۲۵)	۱۲/۴۱ (۷/۰۶)	پس آزمون
۱۲/۲۵ (۷/۵۹)	۱۹/۵۸ (۸/۴۴)	۱۲/۵۰ (۷/۹۲)	مطالعه پی گیری
			فلوکسیتین
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 پی گیری
			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 پی گیری

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

1. Multivariate analyses of variance-one way (MANOVA-1 way)



منبع	متغیرهای ملاک	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	P
گروهها	وسواس کوتاه مدت	۶۱۲/۵۶	۲	۳۰۶/۲۸	۹/۱۶	۰/۰۰۱
	وسواس بلند مدت*	۴۳۶/۷۲	۲	۲۱۸/۳۶	۸/۹۱	۰/۰۰۱
	افسردگی کوتاه مدت	۶۹۹/۲۷	۲	۳۴۹/۶۳	۱۱/۹۳	۰/۰۰۰
	افسردگی بلندمدت*	۴۶۱/۱۵	۲	۲۳۰/۷۵	۶/۸۹	۰/۰۰۳
	اضطراب کوتاه مدت	۵۵/۴۸	۲	۲۷/۷۴	۱/۲۳	۰/۳۰۵
	اضطراب بلندمدت	۱۷/۱۶	۲	۸/۵۸	۰/۴۳	۰/۶۵۴
خطا	وسواس کوتاه مدت	۱۰۰۲/۹۵	۳۰	۳۳/۴۳		
	وسواس بلند مدت*	۷۳۴/۷۹	۳۰	۲۴/۴۹		
	افسردگی کوتاه مدت	۸۷۸/۷۸	۳۰	۲۹/۲۹		
	افسردگی بلندمدت*	۱۰۰۴/۵۴	۳۰	۳۳/۴۸		
	اضطراب کوتاه مدت	۶۷۲/۵۷	۳۰	۲۲/۴۱		
	اضطراب بلندمدت	۵۹۷/۸۰	۳۰	۱۹/۹۲		

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

کوتاه مدت ( $P < ۰/۰۱$ )، و هم در بلند مدت ( $P < ۰/۰۵$ ) دارد، همچنین بین فلوکسیتین و گروه کنترل این تفاوت در کوتاه مدت و بلند مدت معنی دار می‌باشد ( $P < ۰/۰۱$ ). و بین مواجه سازی و جلوگیری از پاسخ و گروه کنترل در متغیر افسردگی هیچ تفاوت معنی داری وجود ندارد.

#### بحث و نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر دو گروه آزمایشی مواجه سازی و جلوگیری از پاسخ و فلوکسیتین در کاهش علائم وسواسی بیماران وسواسی-اجباری در کوتاه مدت با گروه کنترل تفاوت معنی داری دارند، اما بین گروههای آزمایشی مواجه سازی و جلوگیری از پاسخ و فلوکسیتین در کوتاه مدت هیچ تفاوت معنی داری وجود ندارد. این یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش فوآ و همکاران، (۲۰۰۵؛ به نقل از استورچ، لیزا و مرلو، ۲۰۰۶) مبنی بر اینکه مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ در کاهش علائم وسواسی موثرتر از مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین (SSRIs) می‌باشد، همخوانی ندارد. به نظر می‌رسد علت اختلاف این

مدت و بلند مدت) گرفته شده است، که نتایج آن در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

همانطوری که در جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود گروههای مورد بررسی درد و متغیر وسواسی-اجباری و افسردگی تفاوت معنی داری با هم دارند اما در متغیر اضطراب بین هیچکدام از گروهها تفاوت معنی دار نمی‌باشد. برای تعیین منبع دقیق تفاوت گروهها از آزمون تعقیبی T توکی استفاده شد و نشان داد که در متغیر وسواسی مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ در هر دو دوره کوتاه مدت و بلندمدت با گروه کنترل تفاوت معنی داری دارد ( $P < ۰/۰۱$ )، اما فلوکسیتین فقط در دوره کوتاه مدت با گروه کنترل تفاوت معنی داری دارد ( $P < ۰/۰۵$ )، و این تفاوت در بلند مدت معنی دار نیست. همچنین در متغیر وسواسی بین مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ و فلوکسیتین در کوتاه مدت تفاوت معنی داری وجود ندارد، اما در بلند مدت مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ موثرتر از فلوکسیتین می‌باشد ( $P < ۰/۰۵$ ). در متغیر افسردگی هم فلوکسیتین اثر درمانی بیشتری نسبت به مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ هم در



از پاسخ و فلوکسیتین در کاهش علائم اضطراب بیماران و سواسی مقایسه شده باشد، انجام نشده این یافته پژوهشی نیاز به بررسی بیشتری دارد.

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

لازم به ذکر است که تعداد کم نمونه، کوتاه بودن طول مدت درمان، اثر پیش آزمون روی نمره ها، نداشتن گروه پلاسیبو، تفاوت سن و سطوح شدت علائم و سواسی-اجباری از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد.

#### فهرست منابع

- دادفر، محبوبه. (۱۳۷۶). بررسی همبودی اختلالات شخصیت در بیماران و سواسی-جبری و مقایسه آنها با افراد بهنجار. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتوروانپزشکی تهران.
- سادوک و سادوک. (۱۳۸۳). خلاصه روانپزشکی علوم رفتاری- روانپزشکی بالینی (ترجمه‌ی پورافکاری). تهران: شهرآب (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۳).
- محمود علیلو، مجید. (۱۳۸۴). بررسی نگرش مسئولیت در بیماران و سواسی-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.

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.

یافته با یافته‌های پژوهشهای پیشین به علت مدت زمان استفاده از مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ باشد. همچنین نتایج بررسی انجام شده به فاصله دو ماه پس از قطع درمان (اثرات طولانی مدت) به منظور تعیین میزان عود بیماری در گروههای مورد مطالعه، نشان داد که عود علائم و سواسی در گروه درمانی فلوکسیتین بسیار بالاتر می‌باشد، بطوریکه دو ماه بعد از قطع فلوکسیتین هیچ تفاوت معنی داری بین گروههای فلوکسیتین و گروه کنترل در متغیر و سواسی وجود نداشت و مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ اثرات درمانی بهتری نسبت به فلوکسیتین نشان می‌داد و تفاوت بین این دو گروه در بلند مدت معنی دار بود. این یافته همسو با نتایج پژوهشهایی می‌باشد که میزان عود را پس از قطع مصرف داروهای مهارکننده‌های باز جذب سروتونین (SSRIs) در بیماران و سواسی بالا گزارش کرده‌اند. نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد فلوکسیتین اثرات درمانی بهتری نسبت به مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ در کاهش علائم افسردگی بیماران و سواسی هم در کوتاه مدت و هم در بلند مدت دارد. یافته‌های پژوهش حاضر در این متغیر با سایر پژوهشهای مشابه خارجی مطابقت دارد. به عنوان مثال فستر و ایزلر (۲۰۰۱) در پژوهشی نشان دادند که درمانهای دارویی با استفاده از مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین (SSRIs) و مهارکننده‌های اختصاصی باز جذب سروتونین (SRIs) در کاهش علائم افسردگی بیماران و سواسی هم مؤثر می‌باشد.

و اما آخرین یافته پژوهش حاضر نشان داد که در متغیر اضطراب، بین هیچ یک از گروههای درمان تفاوت معنی دار وجود ندارد. با این حال نتایج نشان داد که بیماران گروه درمانی فلوکسیتین در طول دوره درمان اضطراب آنها بسیار بیشتر از دوره خط پایه و دوره پس از قطع درمان بود و این اضطراب بالا را می‌توان به عنوان اثرات جانبی فلوکسیتین در نظر گرفت. لازم به ذکر است از آنجا که پژوهش کنترل شده‌ای که در آن روشهای درمانی مواجهه سازی و جلوگیری





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

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

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.

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.

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.

Greist, J.H., & Jefferson, J.W. (1995). Efficacy and tolerability of serotonin transport inhibitors in Obsessive-compulsive disorder. *Archives of General psychiatry*, 52, 53-60.

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

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

Marazzity , D., & Hollander, E. (1992). Peripheral markers of serotonin and dopamine function in Obsessive-compulsive disorder. *Journal of Personality and Clinical Studies*, 83, 142-149.

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

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

Riggs, D., & Foa, E. (1993). Obsessive-compulsive disorder. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of psychotherapy : A step-by-step treatment manual* (PP. 189-239). New York: The Guilford Press.

Stanley, M.A., Turner, S.M. (1995). Current status of pharmacological and behavior treatment of obsessive compulsive disorder. *behavior therapy*;26, 163-186.

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