

مقایسه تأثیر درمان فراشناختی و درمان دارویی در وسواس فکری

فریبا عبدالله زاده^۱، مریم جوانبخت^۲، حسن عبدالله زاده^۳

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مرکز بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

^۲ استادیار گروه روانپزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی مشهد

^۳ مدیر گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سبزوار

نشانی نویسنده مسؤول: مرکز بهداشت شهرستان سبزوار، گروه سلامت خانواده، فریبا عبدالله زاده

E-mail: faribaabdolahzadeh@gmail.com

وصول: ۸۹/۱۰/۲۱، اصلاح: ۸۹/۱۲/۱۶، پذیرش: ۹۰/۱/۳۰

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به مطالعات اندک در زمینه وسواس های فکری و وجود درمان های غیردارویی، می توان درمان فراشناختی را به عنوان گزینه احتمالی مؤثر با اثرات بلندمدت تر معرفی کرد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی و درمان دارویی بر روی مبتلایان به وسواس های فکری در اختلال وسواسی - اجباری می باشد.

مواد و روش ها: این پژوهش از نوع شبه تجربی با گروه کنترل و مورد می باشد. جهت اجرای طرح، افراد به طور مساوی در دو گروه ۸ نفره و تحت دو مدل گروه درمانی فراشناختی (۱۴ جلسه) و درمان دارویی به (مدت ۱ ماه) طبقه بندی شدند. در ابتدا و انتهای درمان، از اعضای هر دو گروه با کمک پرسشنامه های فراشناخت (MCQ-30)، مقیاس وسواسی - اجباری ییل براون (Y-BOCS)، کنترل فکر (TCQ)، مقیاس اضطراب، افسردگی، استرس (DASS-21)، پرسشنامه افسردگی بک (BDI-II) و مقیاس صفت اضطراب از پرسشنامه اضطراب صفت و حالت اشپیلبرگر (STAY-T) و مصاحبه برای ارزیابی عملکرد کلی، پیش آزمون و پس آزمون به عمل آمد. داده ها به وسیله نرم افزار آماری SPSS 18 و آزمون های آماری تی و کوواریانس مورد بررسی قرار گرفت.

یافته ها: در کاهش شدت وسواس های فکری ($P=0/006$) با میانگین های پیش آزمون $50/13 \pm 2/07$ و پس آزمون $10/25 \pm 2/81$ ، استرس ($P=0/003$) با میانگین های پیش آزمون $30/00 \pm 4/89$ و پس آزمون $24/87 \pm 3/52$ و متغیر باورهای فراشناختی منفی ($P=0/001$) با میانگین های پیش آزمون $15/00 \pm 2/72$ و پس آزمون $11/75 \pm 2/25$ استفاده از درمان فراشناختی ارجحیت دارد؛ همچنین ارتباط معناداری نیز بین افزایش عملکرد کلی و دارو درمانی ($P=0/042$) با میانگین های پیش آزمون $60/25 \pm 4/83$ و پس آزمون $61/75 \pm 5/28$ دیده می شود. مشاهدات بیانگر آن بود که بین متغیرهای افسردگی ($P=0/009$)، نگرانی ($P=0/007$) و اضطراب ($P=0/02$) تفاوت معناداری بین درمان های مذکور وجود ندارد.

نتیجه گیری: یافته ها نشان می دهد که کاهش شدت وسواس های فکری، استرس و باورهای فراشناختی منفی با استفاده از روش درمانی فراشناختی، نتایج بهتری نسبت به درمان دارویی دارد. اما نتایج در خصوص افزایش عملکرد کلی به نفع درمان دارویی می باشد. ارتباط معناداری نیز بین دو نوع درمان استفاده شده جهت متغیرهای افسردگی، نگرانی و اضطراب وجود ندارد. (مجله دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سبزوار، دوره ۱۸/ شماره ۳/ صص ۱۱۸-۱۱۰).

واژه های کلیدی: اختلال وسواس - اجبار؛ وسواس های فکری؛ درمان فراشناختی؛ درمان دارویی.

مقدمه

اختلال وسواس- جبری (Obsessive-Compulsive Disorder or OCD) به وسیله افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم (obsessions) و یا رفتارهای تکراری، تشریفات یا اعمال ذهنی (compulsions) مشخص می‌شود (۱). این بیماری چهارمین اختلال روانپزشکی شایع در امریکا محسوب می‌شود و شیوع آن بین ۱/۵-۰/۵ درصد برآورد می‌گردد. سازمان جهانی بهداشت این اختلال را به‌عنوان دهمین علت برجسته ناتوانی معرفی کرده است که به‌صورت ناتوانی در عملکرد اجتماعی و کیفیت پایین زندگی نمایان می‌شود (۲).

اختلال وسواسی- جبری تا قبل از دهه ۱۹۷۰ یک بیماری مقاوم به درمان محسوب می‌شد که نیازمند درمان مادام‌العمر بود اما مطالعات تجربی انجام شده در دهه‌های اخیر منجر به شناسایی و معرفی روش‌های رفتاری مؤثری تحت عنوان مواجهه و بازداری از پاسخ (exposure and response prevention or ERP) شده است (۳). تأثیر درمان‌های رفتاری شناختی (cognitive behavior therapy or CBT) در این بیماری بسیار زیاد است، اما یکی از چالش‌های اساسی، ایجاد درمان‌های مؤثر، فوری و قابل دسترس برای بیماران می‌باشد.

علیرغم بهره‌گیری از درمان‌های قبلی، امروزه روش جدیدتری نیز به مداخلات درمانی افزوده شده است که درمان فراشناختی (metacognitive therapy) نام دارد. مدل فراشناختی، در ابتدا توسط ولز و ماتئوس (۱۹۹۴) پیشنهاد شد و سپس ولز (۲۰۰۰-۱۹۹۷) آنرا اصلاح نمود. فراشناخت به باورها و فرایندهایی اشاره دارد که برای ارزیابی، تنظیم و یا بررسی و بازبینی فکر استفاده می‌شود (۴). باورهای فراشناختی مانند نیاز به کنترل افکار و نیز اهمیت افکار، به‌طور ویژه‌ای در گروه باورهای مربوط به تفکر دسته‌بندی می‌شوند (۵).

رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که

فراشناخت‌های آن‌ها در برابر پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی، به الگویی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می‌گردد. این الگو سندرم شناختی- توجهی (CAS) خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌باشد (۶). در این مدل، فرد مبتلا به OCD در پاسخ به یک راه‌انداز که معمولاً یک فکر یا احساس یا میل است، دچار پریشانی می‌شود. افکار شامل تردیدها یا سؤالات و تصاویر مزاحم بوده و احساس، هیجانانگیز و حالات ناپیوسته از تنش یا علائم مرتبط را شامل می‌شود. تمایلات نیز شامل تکانه‌ها یا انجام اعمال ناخواسته نظیر برخورد با ماشین فرد دیگر می‌شود. در حالت عادی، این مزاحمت‌ها به وقوع می‌پیوندند ولی نکته مهم این است که مزاحمت‌ها، باورهای فراشناختی فرد را درباره معنا و اهمیت آن‌ها فعال می‌سازد. در افراد مبتلا به OCD این عقاید غلط بوده و بیماران، به مزاحمت‌ها اهمیت افراطی می‌دهند. ارتباط این باورها با تجارب درونی، تأثیر مستقیمی بر دنیای بیرونی فرد دارد؛ همچنین این عقاید مرتبط با باورهای ترکیبی می‌باشد، به گونه‌ای که فعال‌سازی باورهای فراشناختی ناکارآمد در بیمار، منجر به ارزیابی منفی او از مزاحمت‌ها شده و در برابر آن‌ها به-عنوان علامتی از تهدید، واکنش نشان می‌دهد. این ارزیابی منجر به تشدید هیجانانگیز منفی و اضطراب می‌شود. البته ممکن است در این حالت، هیجانانگیز دیگر نظیر احساس گناه و خشم رخ ندهد. نهایتاً هنگامی که تفسیر منفی از مزاحمت‌ها شکل گرفت باورهای مربوط به خستگی‌سازها فعال می‌شوند تا اضطراب کاهش یابد (۷). به‌طور کلی، اساس درمان اختلال وسواسی- جبری، بر پایه مدل فراشناختی عبارت است از:

- تغییر طیف باورهای فراشناختی مرتبط با درآمیختگی
- تغییر باورهای ناکارآمد راجع به آیین‌مندی‌ها
- اصلاح و بهبود شیوه به‌کارگیری نشانه‌های درونی

نامناسبی که ملاک ارزیابی‌ها و راهنمایی رفتار قرار می‌گیرند.

● ایجاد شیوه‌های جایگزین مناسب برای راهنمایی رفتار و افزایش مهارت‌های هوشیاری فراگیر (۸).

در برخی مطالعات گذشته، مدل فراشناختی برای درمان OCD مورد آزمایش قرار گرفته است (۹). با توجه به وضعیت غیرطبیعی در سامانه پیام‌رسانی عصبی سروتونین در اختلال وسواس - اجبار، درمان دارویی جهت این اختلال ارائه شده است. همه داروهای ضدافسردگی که بر درمان وسواس تأثیر مثبت دارند، روی سامانه سروتونین اثر می‌گذارند. این داروها عبارتند از کلومی‌پرامین، فلووکسامین، سرتالین، پاروکستین و فولکستین (۱۰). با توجه به گزارش‌های منتشر شده، استفاده از درمان‌های دارویی مختلف در اختلال وسواسی - جبری با میزان عود (relapse) بالایی همراه بوده است؛ همچنین افزون بر ۱۰ تا ۲۰ درصد بیماران از پذیرش درمان دارویی خودداری نموده و حتی مصرف دارو را به دلیل عوارض جانبی آن قطع می‌کنند (۱۱).

با توجه به نکات ذکر شده و درصد بالای تجربه افکار مزاحم و وجود وسواس‌های فکری و میزان آسیبی که آن‌ها به عملکرد افراد می‌زنند و همچنین تعداد کم پژوهش‌های اختصاصی در زمینه وسواس‌های فکری، پژوهش حاضر به شکل گروه درمانی و با استفاده از راهنمای درمان فراشناختی ولز، بر روی مبتلایان به وسواس‌های فکری انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع شبه تجربی بوده و با قرار دادن غیر تصادفی افراد در دو گروه آزمایش و کنترل طراحی شده است. پس از اخذ مجوز از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی بیرجند، آزمودنی‌های هر گروه فرم رضایت مبنی بر شرکت در طرح و انتشار نتایج آن را امضا کردند. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام بیمارانی

بود که در زمستان ۱۳۸۸، با شکایت وسواس به کلینیک مشاوره ناصح و یا به ساختمان پزشکان بعثت واقع در شهر مشهد، مراجعه کردند. شرایط ورود آزمودنی‌ها در گروه درمانی داشتن حداقل مدرک دیپلم، قرار گرفتن در گروه سنی ۲۰-۴۰ سال، عدم درمان قبلی و توان همکاری با گروه بود. تمام بیماران با تشخیص روانپزشک یا روانشناس بالینی وارد گروه می‌شدند؛ با توجه به این‌که بیماران مراجعه‌کننده به کلینیک مشاوره ناصح تحت روش‌های درمان غیردارویی قرار می‌گرفتند و مراجعه‌کنندگان به ساختمان پزشکان بعثت تحت درمان دارویی بودند، افراد به‌طور مساوی و به تعداد ۸ نفر در هر گروه دسته‌بندی شدند.

از هر دو گروه در ابتدای مطالعه، پیش‌آزمون و در انتها پس از مداخلات درمانی، پس‌آزمون گرفته شد. افرادی که برای اولین بار، تحت درمان دارویی بودند بعد از یک ماه مصرف دارو در پس‌آزمون شرکت کردند و افرادی که تحت گروه درمانی فراشناختی بودند، پس از ۱۴ جلسه که هر جلسه یک ساعت و نیم به طول می‌انجامید، مورد پس‌آزمون قرار گرفتند. ساختار جلسات گروه درمانی نیز مطابق با اهداف پژوهش بوده و شامل مرور تکالیف، آموزش، درمان و تکالیف برای جلسه بعد بود.

چگونگی برگزاری جلسات گروه درمانی توسط تطبیق راهنمای درمان فردی با جلسات گروهی، در ۱۴ جلسه انجام شده شرح زیر می‌باشد:

- جلسه اول، دوم و سوم شامل آشنایی بیماران با مدل فراشناختی و آموزش تکنیک‌های ذهن آگاهی انفصالی بود.

- جلسات چهارم، پنجم و ششم بر روی افکار و باورهای وسواسی بیماران تمرکز داشت و تکنیک‌های مواجهه به آن‌ها آموزش داده می‌شد.

- جلسات هفتم، هشتم، نهم و دهم به آموزش باورهای هم‌جوشی، به چالش کشیدن این باورها و انجام آزمایشات

آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ و پایایی بازآزمایی این مقیاس را در طی یک هفته ۰/۹۶ گزارش کرده‌اند (۱۲).

پرسشنامه اضطراب صفت-حالت، اشیپلبرگر STAY-T:

این پرسشنامه برای سنجش اضطراب به صورت حالت و صفت ساخته شد. در این پژوهش تنها از قسمت صفت اضطراب که دارای ۲۰ ماده بود و دامنه نمرات آن از ۲۰ تا ۶۰ می‌باشد، استفاده شده است. پایایی این آزمون جهت سنجش صفت اضطراب به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ گزارش شده است. در ایران، پناهی شهری همبستگی بین مقیاس صفت اضطراب با پرسشنامه مقیاس اضطراب ASQ را بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۵ گزارش نموده است (۱۲).

پرسشنامه کنترل فکر TCQ: این پرسشنامه توسط ولز و داویس و به منظور اندازه‌گیری تفاوت‌های فردی در استفاده از راهبردهای کنترل افکار مزاحم ناخوانده طراحی شده و دارای ۳۰ ماده می‌باشد که از پنج خرده مقیاس (توجه گردانی، کنترل اجتماعی، نگرانی، صدمه به خود و ارزیابی دوباره) تشکیل شده است. هر یک از این خرده مقیاس‌ها نیز دارای ۶ ماده هستند که سازندگان پرسشنامه برای خرده مقیاس نگرانی، ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۶۴ و ضریب پایایی پیش‌آزمون - پس‌آزمون را ۰/۶۷ گزارش کرده‌اند. در ایران، این پرسشنامه توسط فتی، ضیایی و دابسون آماده شده و مشخصات روانسنجی آن در نمونه ایرانی قابل قبول گزارش شده است (۷). لازم به ذکر است که در مطالعه حاضر از خرده مقیاس نگرانی استفاده شده است.

مقیاس وسواسی جبری یل براون Y-BOCS: از ابزارهای سنجش OCO است و بدون توجه به انواع وسواس‌ها یا اجبارها، شدت آن‌ها را اندازه‌گیری می‌کند. این مقیاس ۱۰ ماده دارد که پنج ماده آن متمرکز بر وسواس‌ها و ۵ ماده متمرکز بر اجبارها است. بالاترین نمره در این مقیاس ۴۰ می‌باشد. برای پایایی بین نمره‌گذاران، ضریب همبستگی از ۰/۸۰ تا ۰/۹۹ گزارش شده و این مقدار با فاصله ۲ هفته برابر ۰/۸۱ تا ۰/۹۷ بوده است. برای ثبات درونی آن

رفتاری پرداخته شد. در طی این جلسات، استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی انفصالی و مواجهه، همچنان ادامه داشت.

- در جلسه یازدهم، جستجو برای تغییر و توقف نشانه‌ها آغاز شد.

- در جلسه دوازدهم و سیزدهم، اجتناب‌های باقیمانده و تغییر توقف علائم و ضوابط مورد آموزش قرار گرفت.

- جلسه چهاردهم شامل تحکیم برنامه جدید برای کار با وسواس‌ها در آینده بود.

پرسشنامه فراشناختی MCQ ۳۰: این پرسشنامه یک

مقیاس ۳۰ ماده‌ای است که توسط ولز، کارترایت و هاوتون برای سنجش باورهای مثبت و منفی افراد نسبت به نگرانی و افکار مزاحم، طراحی، تدوین و ارائه شد. این پرسشنامه دارای پنج خرده مقیاس است که در پژوهش حاضر از مقیاس‌های بررسی باورهای منفی درباره کنترل ناپذیری و خطرناک بودن نگرانی استفاده شده است. این پرسشنامه ثبات درونی بالایی داشته (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۲ تا ۰/۹) و پایانی بازآزمایی این مقیاس در طی ۴ ماه معادل ۰/۸۷ و ضریب همسانی درونی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. در ایران، شیرین‌زاده، پایایی بازآزمایی این آزمون را در فاصله ۴ هفته معادل ۰/۵۹ تا ۰/۸۳ گزارش کرده است (۱۲).

پرسشنامه افسردگی بک، ویرایش دوم BDI-II: این

پرسشنامه شکل بازنگری شده پرسشنامه اولیه افسردگی بک می‌باشد که جهت سنجش شدت افسردگی تدوین شده است. این ویرایش در مقایسه با ویرایش اول، همخوانی بیشتری با BDI دارد ولی همانند آن ۲۱ سؤالی بوده و تمام عناصر افسردگی را بر اساس نظریه شناختی پوشش می‌دهد. این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱) و پایانی بازآزمایی این مقیاس در طی یک هفته ۰/۹۳ گزارش شده است. در ایران، فتی و همکاران در یک نمونه ۹۴ نفری ضریب

جدول ۱: بررسی همسانی متغیرها در پیش آزمون دو گروه با استفاده از آزمون تی

| متغیرها | مقدار T | سطح معناداری | تفاوت میانگین ها |
|------------------------|---------|--------------|------------------|
| شدت وسواس فکری | ۱/۹۸ | ۰/۶۷ | ۱/۸۷ |
| اضطراب | ۰/۳۰ | ۰/۷۶ | ۰/۸۷ |
| افسردگی | ۴/۲۴ | ۰/۰۰۱ | -۸/۳۷ |
| باورهای فراشناختی منفی | ۰/۵۲ | ۰/۶۰ | -۰/۸۷ |
| نگرانی | ۲/۳۹ | ۰/۰۳ | ۲/۲۵ |
| استرس | ۰/۴۰ | ۰/۶۸ | -۱/۰۰ |
| عملکرد کلی | ۲/۱۲ | ۰/۰۵ | -۷/۱۲ |

بین درمان فراشناختی و درمان دارویی در کاهش شدت وسواس فکری تفاوت معناداری ($P=0/006$) وجود دارد (جدول ۳). از مقایسه این ارتباط با نمره میانگین متغیر شدت وسواس فکری در مرحله پس آزمون در دو گروه درمانی فراشناختی (۱۰/۲۵) و درمان دارویی (۱۱/۶۲) استنباط می شود که این معناداری به سود درمان فراشناختی است؛ به عبارت دیگر، کاهش نشانه های شدت وسواس فکری در گروه درمانی فراشناختی، بیشتر از گروه دارو درمانی بوده است (جدول ۲).

بین دو مدل درمانی مورد مطالعه جهت درمان وسواس فکری ناشی از اختلال وسواسی-جبری، در مورد کاهش نشانه های متغیرهای اضطراب ($P=0/2$) و افسردگی ($P=0/09$) تفاوت معناداری وجود نداشت (جدول ۳).

با توجه به یافته های به دست آمده از آزمون کوواریانس می توان نتیجه گرفت که بین درمان فراشناختی و درمان دارویی جهت درمان وسواس فکری ناشی از اختلال وسواسی-جبری برای کاهش متغیر باورهای فراشناختی منفی، تفاوت معناداری ($P=0/001$) وجود دارد (جدول ۳). از مقایسه این ارتباط با نمره میانگین متغیر باورهای فراشناختی منفی در مرحله پس آزمون در دو گروه درمانی فراشناختی (۱۱/۷۵) و درمان دارویی (۱۵/۵۰) مشاهده می گردد که کاهش نمره میانگین این متغیر در پس آزمون به نفع روش درمانی فراشناختی است؛

ضریب آلفای کرونباخ ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است (۸).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس DASS: در پژوهش لوبیانند و لوبیانند، از فرم ۲۱ سؤالی برای اندازه گیری استرس استفاده شد. در بررسی انجام شده بر روی ۴۰۰ نفر از جمعیت عمومی شهر مشهد، آلفای کرونباخ برای مقیاس استرس معادل ۰/۷۶ گزارش شده است (۷). جهت گردآوری اطلاعات از پرسشنامه ها و مصاحبه برای تکمیل مقیاس عملکرد کلی استفاده شده است و داده های جمع آوری شده به وسیله نرم افزار آماری SPSS 18 و آزمون های آماری تی و کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

#

یافته ها

ترکیب جنسی شرکت کنندگان شامل ۹ نفر زن (۵۶/۳ درصد) و ۷ نفر مرد (۴۳/۸ درصد) بود. تعداد ۷ نفر مجرد (۴۳/۸ درصد) و ۸ نفر متأهل (۵۰ درصد) و ۱ نفر مطلقه (۶/۳ درصد) نمایی از وضعیت تأهل را نشان می داد. در خصوص وضعیت سواد، تعداد ۹ نفر (۵۶/۳ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و ۷ نفر (۴۳/۸ درصد) تحصیلات دانشگاهی داشتند.

با استفاده از آزمون تی همسانی میانگین ها، به بررسی میانگین پیش آزمون نمرات متغیرها در هر دو گروه پرداختیم که نتایج، بیانگر رعایت فرض یکسانی واریانس-ها در متغیر شدت وسواس های فکری، اضطراب، باورهای فراشناختی منفی، استرس و عملکرد کلی بود اما در دو متغیر افسردگی ($p=0/001$) و تفاوت میانگین (-۸/۳۷) و نگرانی ($P=0/03$) با تفاوت میانگین (۲/۲۵) فرض یکسانی واریانس ها رعایت نشده بود (جدول ۱).

نتایج پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای مورد بررسی نیز برای مقایسه روش دارودرمانی و درمان شناختی در جدول ۲ ارائه گردیده است.

نتایج حاصل از آزمون کوواریانس نیز نشان داد که

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیرهای آزمودنی در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

| متغیرها | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | دارو درمانی N=8 | روش درمان فراشناختی N=8 | دارو درمانی N=8 | روش درمان فراشناختی N=8 |
|-------------------|--------------|---------|--------------|---------|--------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|
| | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | | | | |
| شدت وسواس فکری | ۱۳/۵۰ | ۲/۰۷ | ۱۱/۶۲ | ۱/۶۸ | ۱/۵۰ | ۱۱/۶۲ | ۲/۸۱ | ۱۰/۲۵ |
| باورهای فراشناختی | ۱۵/۰۰ | ۲/۷۲ | ۱۵/۸ | ۳/۸۳ | ۳/۶۲ | ۱۵/۵۰ | ۲/۲۵ | ۱۱/۷۵ |
| افسردگی | ۲۱/۶۲ | ۴/۲۷ | ۳۰/۰۰ | ۳/۵۸ | ۶/۲۳ | ۲۵/۵۰ | ۶/۴۰ | ۱۷/۷۵ |
| نگرانی | ۱۴/۷۵ | ۱/۹۰ | ۱۲/۵۰ | ۱/۸۵ | ۱/۹۰ | ۱۱/۷۵ | ۱/۴۸ | ۱۱/۲۵ |
| اضطراب | ۵۶/۱۲ | ۳/۷۲ | ۵۵/۲۵ | ۷/۳۶ | ۶/۸۲ | ۵۴/۳۷ | ۶/۱۳ | ۵۱/۶۲ |
| استرس | ۳۰/۰۰ | ۴/۸۹ | ۳۱/۰۰ | ۴/۸۹ | ۵/۱۳ | ۳۰/۸۷ | ۳/۵۲ | ۲۴/۸۷ |
| عملکرد کلی | ۵۶/۱۲ | ۸/۱۴ | ۶۰/۲۵ | ۴/۸۳ | ۵/۲۸ | ۶۱/۷۵ | ۷/۵۳ | ۵۷/۳۷ |

با بررسی دو مدل درمانی و نتایج بدست آمده از آزمون کوواریانس مشخص گردید که بین درمان فراشناختی و درمان دارویی جهت درمان وسواس فکری ناشی از اختلال وسواسی-جبری، برای کاهش متغیر نگرانی، تفاوت معناداری ($P=0/07$) وجود ندارد (جدول ۳).

اما مقایسه نتایج به دست آمده از آزمون کوواریانس در دو روش درمانی فراشناختی و دارویی جهت درمان وسواس فکری ناشی از اختلال وسواسی-جبری در افزایش متغیر عملکرد کلی (اجتماعی - روانشناختی و شغلی) تفاوت معناداری ($P=0/042$) مشاهده می‌شود (جدول ۳). از مقایسه این ارتباط با نمره میانگین متغیر عملکرد کلی در مرحله پس‌آزمون در دو گروه درمانی فراشناختی (۵۷/۳۷) و درمان دارویی (۶۱/۷۵) و در نظر گرفتن این نکته که بر خلاف سایر متغیرهای مورد بررسی، در خصوص متغیر عملکرد کلی، افزایش میانگین نمرات به دست آمده در پس‌آزمون نشان‌دهنده اثربخشی بهتر نوع درمان انتخاب شده است، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که این معناداری به سود روش دارو درمانی است اما تغییرات بالینی ایجاد شده در افراد تحت درمان فراشناختی مشهودتر و قابل توجه بوده است (جدول ۲).

بحث

هدف مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی دو روش

جدول ۳: نتایج آزمون کوواریانس متغیرهای مورد بررسی

| متغیرها | F | سطح معنی داری |
|-------------------|-------|---------------|
| شدت وسواس فکری | ۱۰/۴۸ | ۰/۰۰۶ |
| اضطراب | ۱/۷۴ | ۰/۲۰ |
| افسردگی | ۳/۲۲ | ۰/۰۹ |
| باورهای فراشناختی | ۱۸/۲۷ | ۰/۰۰۱ |
| استرس | ۱۳/۴۴ | ۰/۰۰۳ |
| نگرانی | ۳/۶۴ | ۰/۰۷ |
| عملکرد کلی | ۵/۰۸ | ۰/۰۴۲ |

به عبارت دیگر، کاهش باورهای فراشناختی منفی ناشی از اختلال وسواسی-جبری در گروه درمانی فراشناختی، بیشتر از گروه دارو درمانی بوده است (جدول ۲).

همچنین یافته‌های به دست آمده از آزمون کوواریانس نشان داد که بین درمان فراشناختی و درمان دارویی جهت درمان وسواس فکری ناشی از اختلال وسواسی-جبری، برای کاهش متغیر استرس، تفاوت معناداری ($P=0/003$) وجود دارد (جدول ۳). از مقایسه این ارتباط با نمره میانگین متغیر باورهای فراشناختی منفی در مرحله پس‌آزمون در دو گروه درمانی فراشناختی (۲۴/۸۷) و درمان دارویی (۳۰/۸۷) مشاهده می‌گردد که کاهش نمره میانگین این متغیر در پس‌آزمون به نفع روش درمانی فراشناختی است؛ به عبارت دیگر، کاهش نشانه‌های استرس ناشی از اختلال وسواسی-جبری در گروه درمانی فراشناختی، بیشتر از گروه دارو درمانی بوده است (جدول ۲).

درمانی فراشناختی و دارودرمانی در کاهش نشانه‌های وسواس فکری ناشی از اختلال وسواسی-جبری بوده است. براساس نتایج پژوهش، روش درمان فراشناختی و لوز در درمان وسواس‌های فکری بدون اجبار آشکار مؤثر می‌باشد.

تفاوت معنادار مشاهده شده در مورد متغیرهای شدت وسواس فکری، باورهای فراشناختی و استرس، اثر بخشی بهتر روش درمانی فراشناختی و لوز را نسبت به دارودرمانی نشان داد. در مطالعات قبلی نیز اثر بخشی روش فراشناختی در مورد متغیر شدت وسواس فکری در درمان اختلال وسواس-اجبار گزارش شده است (۹). نتایج به دست آمده در مطالعه حاضر همسو با مطالعه فیشر و لوز نیز همخوانی دارد به طوری که آنان در پژوهش خود بر روی چهار بیمار مبتلا به وسواس-اجبار، کاهش معناداری را در نمرات پس‌آزمون شدت وسواس‌ها گزارش کرده‌اند (۲). در مطالعه اندوز نیز نتایج مشابهی با میزان بهبود ۸۰ درصد گزارش شده است (۸). فیروزآبادی و شاره هم کاهش معناداری را در شدت وسواس فکری-عملی آزمودنی خود گزارش داده‌اند (۷).

نتایج مطالعه حاضر در خصوص متغیر اضطراب، تفاوتی را بین دو مدل درمانی نشان نداد؛ اما در مطالعات صورت گرفته توسط فیشر و لوز (۲) و اندوز (۸)، اضطراب آزمودنی‌ها پس از مداخله درمانی کاهش پیدا کرده بود.

در خصوص متغیر افسردگی نیز تفاوتی بین دو مدل درمانی یافت نشد؛ همسو با این نتیجه، در یک مطالعه پس از مداخله درمانی، کاهش در نمرات افسردگی اعلام نشد (۹)؛ اما فیشر و لوز (۲) و سالم و همکاران (۱۳) و اندوز (۸) نیز کاهش معناداری را در نمرات افسردگی، پس از مداخله فراشناختی اعلام کردند.

از سوی دیگر، نتایج مطالعه نشان داد که بین درمان دارویی و درمان فراشناختی در متغیر باورهای فراشناختی منفی، تفاوت معناداری وجود داشته است به

گونه‌ای که این تفاوت به نفع روش گروه درمانی فراشناختی می‌باشد. مایرز و لوز نیز نتایج مشابهی را گزارش دادند (۱۴)؛ همچنین فیروزآبادی و شاره نیز بهبود ۶۲ درصد را در کاهش باورهای فراشناختی منفی آزمودنی خود اعلام کردند (۷).

در بررسی متغیر استرس نیز بین مدل‌های درمانی، تفاوت معناداری مشاهده شد که این تفاوت ناشی از اثربخشی بهتر درمان فراشناختی بود. اندوز در کاهش استرس بعد از مداخله درمانی، بهبود ۷۰ درصد (۸) و فیروزآبادی و شاره نیز کاهش ۵۲ درصد را گزارش کردند (۷).

در خصوص متغیر نگرانی بین دو مدل درمانی تفاوتی مشاهده نگردید اما مطالعه سالم و همکاران در سنجش نگرانی کاهش معناداری را بعد از مداخله نشان داد (۱۳). همچنین فیروزآبادی و شاره نیز بهبود ۶۴ درصد را در کاهش نمرات نگرانی آزمودنی خود گزارش دادند (۷).

با توجه به مصاحبه‌های انجام گرفته در بدو بررسی، در خصوص متغیر عملکرد کلی، افرادی که وارد گروه درمانی فراشناختی شده بودند از همان ابتدا و در پیش‌آزمون نمرات کمتری نسبت به افراد تحت درمان دارویی گرفتند؛ زیرا عملکرد اجتماعی، روانشناختی و شغلی آن‌ها آسیب بیشتری دیده بود ولی در ارزیابی عملکرد کلی (اجتماعی، روانشناختی، شغلی) بین دو مدل درمانی تفاوت معناداری وجود داشت، به گونه‌ای که مقایسه بین نمره میانگین متغیر عملکرد کلی در مرحله پس‌آزمون در دو گروه درمانی فراشناختی و درمان دارویی نشان می‌دهد که تفاوت آماری مشاهده شده به نفع روش دارودرمانی می‌باشد. به عبارتی، از لحاظ آماری افزایش عملکرد کلی آزمودنی‌ها ناشی از روش دارودرمانی است ولی تغییرات بالینی ایجاد شده در افراد تحت درمان فراشناختی مشهودتر و قابل توجه بود که این نکته اهمیت انجام پژوهش‌های دیگری را در این زمینه روشن می‌سازد.

گرفت، می‌تواند نتایج دقیق‌تری را با اختصاص زمان بیشتر برای مصرف دارو در بیماران تحت درمان دارویی جهت اثربخشی بیشتر به همراه داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مقاله بر گرفته از پایان‌نامه دوره کارشناسی ارشد مؤلف اول می‌باشد که استاد راهنمای پایان‌نامه جناب آقای دکتر مدرس غروی، از دکتر ارشدی که در درمان بیماران دارویی همکاری داشتند، سرکار خانم دکتر جوانبخت استاد مشاور پژوهش، همچنین مدیریت محترم مرکز خدمات روانشناختی ناصح در مشهد که پژوهش حاضر در آن‌جا به اجرا درآمد، تشکر و قدردانی می‌گردد.

پژوهش‌های انجام شده با استفاده از روش درمانی فراشناختی، به‌طور معمول بر روی اختلال وسواس - اجبار صورت گرفته است ولی مطالعه حاضر پیشنهاد دهنده بهره‌گیری از این نوع درمان برای وسواس‌های فکری به‌طور خاص می‌باشد. نتایج آماری پژوهش و مشاهدات بالینی محقق نیز حاکی از اثربخشی این روش درمانی به‌طور خاص بر روی وسواس‌های فکری بدون اجبار است.

انتخاب مدل فراشناختی و لزوم در این پژوهش و نوع اجرای درمان که به شکل گروه درمانی بود از دو دیدگاه هزینه و زمان لازم برای مراجعین اثرات مطلوبی داشت؛ ولی یافتن آزمودنی‌هایی که واجد وسواس فکری بدون داشتن اجبارهای آشکار باشند، دشوار بود. به‌نظر می‌رسد انجام پژوهش حاضر که به‌مدت یک ماه انجام

References

1. American Psychiatric Association . Diagnostic and Statistical Manual Of Mental Disorder . Washington, DC : American Psychiatric Association, 2000.
2. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2008;39(2):117-32.
3. Mokammeli. Z, Neshatdoost.H, Abedi.MR. Effectiveness of cognitive behavior group therapy in obsessive compulsive disorder. Adv Cogn Sci.2005;7(4):8-13
4. Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. J Anxiety Disord. 2009;23(4):436-42.
5. Myers SG, Fisher PL, Wells A. Metacognition and Cognition as Predictors of Obsessive-Compulsive Symptoms: A Prospective Study. J Phys Ther.2009;2(2):132-42.
6. Wells A. Meta cognitive Therapy for Anxiety and Depression . New York : Guilford Press, 2009.
7. Firoozabadi A , Shareh H. Effectiveness of detach mindfulness technique in one case with obsessive compulsive disorder. Adv Cogn Sci.2009;11(2):1-7. Persian
8. Andooz.z.(Efficacy of the wells model of meta cognitive therapy in treatment of one case with obsessive compulsive disorder). Andishe va rafter .2004;12(1):56-66. Persian
9. Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2008;39(4):451-8.
10. Mirsepasi gh, Saliyani A. Comparing admixture fluoxetine haloperidol with fluoxetine placebo in obsessive compulsive disorder. Andishe va rafter.2008;8(4):4-10. Persian
11. Alilo M, Mohamad V, Bayanzadeh A. Experimental survey of memory problems in type of investigation in one case with obsessive compulsive disorder. Andishe va rafter. 2004;11(1):62-70. Persain
12. VakiliY. Survey effectiveness meta cognitive therapy on the post truma disorder [dissertation]. Tehran: institute psychiatric of Tehran; 2006
13. Solem S, Myers SG, Fisher PL, Vogel PA, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: replication and extension. J Anxiety Disord. 2010;24(1):79-86.
14. Meyers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. J Anxiety Disord.2005.19(7):806-17