

اثربخشی روش‌های مواجهه‌سازی واقعی و تجسمی در اختلال وسواس فکری - جبری

صلاح دل‌آرا مغانلو^۱، سعید مهری^۲، پرویز مولوی^{۳*}

تاریخ دریافت 1393/11/15 تاریخ پذیرش 1394/01/23

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: هدف از پژوهش حاضر، بررسی میزان اثربخشی روش مواجهه‌سازی واقعی و مواجهه‌سازی تجسمی در بیماران وسواسی - اجباری است. **روش کار:** پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی است که در این مطالعه، ۴۵ نفر از بیماران وسواسی - جبری (مراجعه‌کننده به کلینیک تخصصی روان‌پزشکی و روانشناسی بیمارستان فاطمی اردبیل) به‌صورت در دسترس انتخاب و به تصادف در سه گروه مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به‌صورت واقعی (۱۵ نفر)، مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به‌صورت تجسمی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) جای داده شدند. برای گردآوری اطلاعات از پرسشنامه وسواسی - جبری مادزلی و مصاحبه ساختاریافته منطبق بر متن بازنگری شده ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) استفاده شد. **نمره‌های به‌دست‌آمده** از ارزیابی‌ها در دو مرحله (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) به کمک آزمون‌های آماری تحلیل واریانس یک‌طرفه (مانا) و آزمون تعقیبی شاه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در کاهش علائم بیماران وسواسی - اجباری، هر دو روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به‌صورت واقعی و مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به‌صورت تجسمی تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل دارند؛ اما مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به‌صورت واقعی در کاهش علائم وسواس فکری - جبری موثرتر از روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به‌صورت تجسمی است.

نتیجه‌گیری: براساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت که در کاهش علائم وسواسی، مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به‌صورت واقعی موثرتر از روش مواجهه‌سازی به‌صورت تجسمی است. این نتیجه می‌تواند در اثر فراخوانی اضطراب بیشتر در مواجهه با محرک‌های واقعی باشد که بازداری از پاسخ و تجربه اضطراب بیشتر در برابر آن سبب می‌شود تا اثرات درمانی این روش بر روش مواجهه‌سازی تجسمی غلبه کند.

کلمات کلیدی: اختلال وسواسی - اجباری، مواجهه‌سازی واقعی، مواجهه‌سازی تجسمی

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و ششم، شماره چهارم، ص 281-289، تیر 1394

آدرس مکاتبه: اردبیل، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، گروه روان‌پزشکی، تلفن: ۰۹۱۴۱۵۱۱۱۷۹

Email: p. molavi@arums.ac.ir

مقدمه

اختلال وابسته به مواد و اختلال‌های افسردگی در ردیف چهارم از شایع‌ترین تشخیص‌های روان‌پزشکی قرار می‌گیرد. میانگین شروع بیماری حدود ۲۰ سالگی است. هرچند در مردها سن شروع پایین‌تر (حدود ۱۹ سالگی) از زن‌ها (حدود ۳۲ سالگی) است (۱). درمان‌های روان‌شناختی مانند رفتاردرمانی^۵، شناخت درمانی^۶، درمان رفتاری - شناختی و دارودرمانی از رویکردهای درمانی برای اختلال وسواس فکری - جبری است.

اختلال وسواسی - جبری^۴ یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده است و معمولاً سبب اختلال در کارکردهای اجتماعی، شغلی و خانوادگی می‌شود. ۱۰ درصد از مراجعین سرپایی روان‌پزشکی را بیماران وسواسی تشکیل می‌دهد. شیوع اختلال وسواسی - اجباری در طول عمر در جمعیت عمومی ۲ تا ۳ درصد برآورد شده است. به‌طوری‌که پس از ترس، مرضی،

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، مشاور آموزش و پرورش ناحیه یک اردبیل، اردبیل، ایران

^۲ دانشجوی دکتری پرستاری، گروه پرستاری، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران، تهران، ایران

^۳ دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

^۴ Obsession- Compulsive Disorder

^۵ behavior Therapy

^۶ cognitive Therapy

از میان درمان‌های رفتاری، رویارویی و جلوگیری از پاسخ^۱ به‌طور پیوسته منجر به بهبود اساسی هم در افکار وسواسی و هم در اعمال وسواسی شده است. رویارویی و جلوگیری از پاسخ اولین بار توسط مییر^۲ و همکارانش با درمان جویان بستری مبتلا به ترس از آلودگی و وسواس شستن یا تمیز کردن بودند انجام شد (۲-۴).

درمان رفتاری اختلال وسواس فکری - جبری مبتنی بر این فرضیه است که افکار وسواسی از طریق شرطی‌سازی با اضطراب پیوند یافته است که متعاقباً در برابر خاموش‌سازی مقاوم می‌باشند. در افراد مبتلا رفتارهای گریز و اجتناب (نظیر واری و شستشوی وسواسی) تکوین می‌یابد که از خاموش‌سازی اضطراب جلوگیری می‌کند (۳). این نگرش نظری راهنمای شیوه درمانی رویارویی و جلوگیری از پاسخ در رفتاردرمانی است که در آن فرد در معرض محرک‌های برانگیزاننده پاسخ وسواسی قرار می‌گیرد و به او کمک می‌شود تا در موقعیت پدید آمده، رفتارهای اجتنابی و گریز (اجباری) انجام ندهند (۴-۶).

شواهد تجربی متعددی توانسته‌اند مؤثر بودن روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ را در قلمرو اختلال وسواس ثابت کنند. نتایج بررسی‌ها تاکنون نشانگر بهبود ۶۵-۷۵ درصد از بیماران با استفاده از این شیوه می‌باشد. فوق و همکاران نتایج هیجده پژوهش کنترل‌شده 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 قابل‌ملاحظه‌ای داشته‌اند. بهبود نسبی در ۳۱ درصد موارد مشاهده شده و فقط در ۱۰ درصد از بیماران این روش مؤثر واقع نشده است (۶).

حیدری پهلویان (۱۳۷۲) به مقایسه کارایی درمان مواجهه تجسمی طولانی‌مدت و فن‌های شناختی - رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری - جبری پرداخته و نشان داد استفاده از فن‌های شناخت - رفتار درمان‌گری در کاهش نگرش‌های ناسالم مراجع دارای کارایی بیشتری از فن مواجهه تجسمی است (۷). مکملی و همکاران (۱۳۸۵) اثربخشی روش مواجهه و بازداری از پاسخ به شیوه فردی و گروهی را بر کاهش علائم اختلال وسواس - جبری بررسی کردند نتایج نشان داد که درمان گروهی مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان فردی در مقایسه با گروه کنترل منجر به کاهش معنی‌دار علائم اختلال وسواسی - جبری می‌شود ولی بین دو روش فردی و گروهی در کاهش علائم اختلال وسواسی - جبری تفاوت معناداری وجود ندارد (۸). ایمانی

و همکاران (۱۳۸۶) اثربخشی درمان‌های «مواجهه‌سازی - جلوگیری از پاسخ» و «فلوکستین» در بهبود مبتلایان به اختلال وسواس فکری - جبری را بررسی کردند نتایج نشان داد که در کاهش علائم وسواس مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ فقط در بلندمدت اثر درمانی بیشتری نسبت به فلوکستین دارد همچنین مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ در هر دو دوره کوتاه‌مدت و بلندمدت تفاوت معنی‌داری با گروه لیست انتظار دارد (۹). محمود علیلو و همکاران (۱۳۸۸) تأثیر روش‌های درمانی رفتاردرمانی شناختی، مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ در وسواس فکری - جبری را بررسی کردند نتایج نشان داد که در کاهش علائم وسواسی بیماران وسواسی - اجباری رفتار درمان شناختی و مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ تفاوت معنی‌داری با گروه کنترل در کوتاه‌مدت و بلندمدت دارند اما این تفاوت در بین رفتاردرمانی شناختی و مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (۱۰). اسدی و همکاران (۱۳۹۱) فراتحلیل اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - جبری را بررسی کردند و نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس تأثیرگذار است (۱۱). مدیر (۱۹۶۶) روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ را به‌عنوان درمان موفقیت‌آمیز وسواس گزارش کرد (۶). فوق و اسکات (۱۹۸۴) دریافته‌اند که مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ اگرچه مستقیماً نقص شناختی را تصحیح نمی‌کند ولی منجر به جمع‌بندی نوینی از شرایط می‌شود که در آن آنچه بیشتر خطرناک بود اکنون به خطر شناخته می‌شود (۱۲)، (۱۳). در بررسی‌های آبل^۳ یافته‌ها نشان می‌دهد که مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ از داروهای ضدافسردگی سروتونرژیک به‌ویژه در کاهش تشریفات وسواسی مؤثرتر است (۱۴). فوق و همکاران (۱۹۹۳) نتایج ۱۸ پژوهش کنترل‌شده را تحلیل کرده و به این نتیجه دست یافته‌اند که پس از اجرای روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ (EPR) نشانه‌های مرضی در ۵۱ درصد از بین رفته و یا بهبودی قابل‌ملاحظه‌ای داشته‌اند (۶). مارکس^۴ با مرور پژوهش‌های مرتبط با رفتاردرمانی وسواس نتیجه گرفته است که رویارویی و جلوگیری از پاسخ افکار و آئین‌های وسواسی اغلب بیماران را در رده‌های سنی گوناگون به‌طور مؤثری کاهش می‌دهد و به سازگاری بهتر شغلی - اجتماعی می‌انجامد (۳). بایر و مینی چرلو^۵ گزارش کردند که پس از یک دوره کامل استفاده از رویارویی و جلوگیری از پاسخ، ۶۰-۷۰ درصد از بیماران کاهش

^۳ Abel^۴ Marks^۵ Baer & Minichirillo^۱ exposure- response prevention^۲ meyer

علائم وسواس خود داشته‌اند (۱۰). فرانکلین^۶ همچنین تحقیقات بالینی گزارش شده، پیشنهاد می‌کنند که رویارویی و جلوگیری از پاسخ مؤثرتر از درمان شناختی در بیماران مبتلا به وسواس فکری - جبری است (۱۵). کوتراکس^۷ تأثیر روش رویارویی و جلوگیری از پاسخ و درمان شناختی را در بیماران مبتلا به اختلال وسواس مقایسه کرد در گروه درمان مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ کاهش ۷۲ درصد در علائم وسواس گزارش شد و در گروه درمان شناختی کاهش ۶۱ درصد در علائم گزارش شد. مک‌لین^۸ درمان شناختی رفتاری را با درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - جبری مقایسه کرد پس از درمان گروه درمان شناختی - رفتاری ۱۶ درصد بهبود در علائم را گزارش کردند و گروه درمان مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ ۳۸ درصد درصد بهبود در علائم را گزارش کردند. فرانکلین و فوق (۲۰۰۲) از میان درمان‌های رفتاری، رویارویی و جلوگیری از پاسخ درمان انتخابی برای اختلال وسواس فکری - جبری است. چندین مطالعه اثربخشی فوری و درازمدت رویارویی و جلوگیری از پاسخ را در درمان وسواس نشان داده‌اند (۹، ۱۰).

با توجه به تنوع مکاتب مختلف در روانشناسی بالینی امروزی که تمامی آن‌ها ادعای اثربخشی دارند تلاش برای تمایز مکاتب و فن‌های گوناگون مؤثر در درمان اختلالات مختلف روانشناختی امری ضروری به نظر می‌رسد. با توجه به محدودیت منابع مالی و اهمیت زمان در زندگی امروزی، انتخاب کارآمدترین و کم‌هزینه‌ترین درمان، اقدام بسیار مهمی برای مراجعین خدمات روانشناختی و محققین حوزه درمان به حساب می‌آید. با توجه به اینکه تحقیقات اندکی در مورد اثربخشی دو روش مواجهه‌سازی به صورت مجزا انجام شده است، لذا با توجه به مطالب ذکر شده پژوهش حاضر می‌خواهد به این سؤال پاسخ دهد که آیا روش‌های مختلف مواجهه‌سازی تأثیر متفاوتی در کاهش علائم اختلال وسواس فکری - جبری دارند؟

مواد و روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش‌های شبه آزمایشی است. در این پژوهش، جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - جبری مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و روانپزشکی بیمارستان فاطمی شهر اردبیل در سال ۹۲-۱۳۹۱ بود. در پژوهش حاضر نمونه‌ای به تعداد ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس براساس مصاحبه‌ای ساختاریافته منطبق بر متن بازنگری

شده ویراست چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، پرسشنامه وسواسی - اجباری مادزلی، تشخیص براساس نظر روانپزشک یا روانشناس بالینی از بیماران مبتلا به وسواس فکری - جبری انتخاب و در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل به صورت تصادفی (۱۵ نفر گروه مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به صورت واقعی، گروه مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به صورت ۱۵ نفر و گروه کنترل ۱۵ نفر) گنجانده شده‌اند. شرایط ورود به مطالعه برای همه آزمودنی‌ها به شرح زیر بود: حداقل سن ۱۵ و حداکثر سن ۵۰، حداقل تحصیلات ۸ کلاس، معیارهای خروج: داشتن اختلال سایکوتیک، اعتیاد، اختلال ارگانیک مغزی در طول ۳ ماه گذشته برای درمان وسواس فکری - جبری دارو مصرف کرده و روان‌درمانی شده باشد؛ در صورت وجود سایر اختلالات روانی، شکایت اولیه علائم وسواس فکری - جبری نباشد.

- ابزار و روش اندازه‌گیری اطلاعات

۱- مصاحبه‌ی بالینی دارای ساختار: مصاحبه‌ی بالینی دارای ساختار برای تشخیص اختلالات محور I مصاحبه‌ی انعطاف‌پذیر است که توسط فراست^۹، اسپیتزر و گیخون و ویلیامز^{۱۰} (۱۹۹۵)؛ به نقل از مگان (۱۹۹۷) تهیه شده است. از این مصاحبه برای تشخیص اختلال وسواس استفاده خواهد شد. این مصاحبه دارای اعتبار و پایایی خوبی برای تشخیص اختلالات روانی است (۱۵).

۲- پرسشنامه‌ی وسواس فکری - جبری مادزلی^{۱۱}: این پرسشنامه توسط هاجسون و رادمن (۱۹۹۷) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواسی تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده، نیمی با کلید راست و نیمی با کلید نادرست است و در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادزلی، ۵۰ بیمار را از ۵۰ بیمار روان‌نژند به‌خوبی تفکیک کرده است. این پرسشنامه علاوه بر یک نمره کلی وسواس گرایی، چهار نمره فرعی برای بازبینی، شستن و تمیز کردن، کندی - تکرار، تردید - دقت به دست می‌دهد (۱۴، ۱۶).

در پژوهشی با ۴۰ بیمار، هاجسون و رادمن (۱۹۹۷) نشان دادند که نمره کل این پرسشنامه نسبت به تغییرات درمانی حساس است. در مجموع ثابت شده است که پرسشنامه وسواس فکری - جبری مادزلی ابزار مناسبی برای درمانگران و پژوهشگران در رابطه با پیامد درمانی است. همچنین وسیله‌ی خوبی است برای بررسی سبب‌شناسی، سیر و پیش‌آگهی انواع مختلف شکایت‌های وسواسی (۱۴، ۱۶).

⁹ Frost

¹⁰ Spitz & Gibbon & Williams

¹¹ Maudsely obsessive - compulsivescale

⁶ Franklin

⁷ Cottraux

⁸ Mclean

پایایی و اعتبار آزمون وسواس مادزلی در مطالعات انجام شده بر روی نمونه‌های بالینی کشورهای مختلف تأیید شده است به‌عنوان مثال سانا ویو همبستگی بین نمرات کل آزمودنی مادزلی و آزمون پادو ۰/۷۰ به دست آورد. ضریب پایایی محاسبه‌شده بین آزمون و آزمون مجدد بالا بوده است (۰/۸۹/۳۰) (رادمن و هاجسون، ۱۹۸۰؛ به نقل از ترنر بیدل) در ایران استکی (۱۹۷۶) پایایی این ابزار را به روش بازآزمایی ۰/۸۵ و دادفر (۱۳۷۶) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرا آن با مقیاس وسواس اجباری فیل - براون ۰/۸۷ به دست آورد (۱۳، ۱۶).

محققین بعد از گرفتن مجوزهای لازم و هماهنگی با مدیریت بیمارستان فاطمی و کلینیک‌های تحت نظر و پس از گرفتن مشخصات اولیه از بیماران به‌منظور تشخیص اختلال وسواس فکری جبری و رد اختلالاتی که شامل ملاک‌های حذفی پژوهش بودند از مصاحبه بالینی ساختارمند، پرسشنامه وسواس اجباری مادزلی و تأیید تشخیص براساس نظر روانپزشک و روان‌شناسی بالینی استفاده شد؛ و بعد از حصول اطمینان از درستی تشخیص و برقراری ارتباط درمانی، قسمت دوم ارزیابی در جلسه اول (جلسه ارزیابی و تشخیص) صورت گرفت که شامل تاریخچه نشانه‌های وسواس‌ها و اجبار، جنبه‌های شناختی، عاطفی و رفتاری اختلال، پیشایندها، عوامل نگهدارنده و تداوم‌بخش اختلال بود. در پایان ارزیابی برای هر مراجعه یک طرح درمان تهیه شد. بعدازآن، بیماران به‌صورت جایگزینی تصادفی در یکی از سه گروه مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به‌صورت واقعی (زنده)، مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به‌صورت تجسمی و گروه کنترل

(در هر گروه ۱۵ نفر) جای گرفتند. یک گروه آزمایشی ۷ جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه تحت درمان به روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به‌صورت واقعی (زنده) و گروه آزمایشی دیگر ۷ جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ را به‌صورت تجسمی دریافت کردند و گروه کنترل تحت هیچ نوع درمانی قرار نگرفت، آزمودنی‌های هر گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه وسواس فکری - جبری مادزلی را تکمیل کردند تا تفاوت دو نوع مواجهه‌سازی و همچنین تفاوت با گروه کنترل مشخص شود. ضمناً بسته درمانی استفاده‌شده برای گروه‌های آزمایشی بر مبنای بسته درمانی Lealy و Holland (۲۰، ۱۰) تهیه شده است (۱۷). درنهایت برای تجزیه و تحلیل از تحلیل واریانس یک‌طرفه (مانا) استفاده شد. مفروضات تحلیل واریانس عبارت بودند از: ۱- مقیاس اندازه‌گیری حداقل فاصله‌ای باشد. ۲- شکل توزیع نمرات در هر یک از جمعیهایی که نمونه از آن انتخاب می‌شود طبیعی و نرمال باشد. ۳- واریانس در جمعیهایی که نمونه از آن انتخاب می‌شود، مساوی باشند. ۴- آزمودنی‌ها به‌صورت مستقل و تصادفی از جامعه انتخاب شوند و نمره هر آزمودنی مستقل از نمره افراد دیگر باشد.

نتایج

در جدول شماره ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های سه گروه ارائه شده است و در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمره‌های وسواس فکری - جبری در بین گروه‌های مورد مطالعه آمده است.

جدول (۱): ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌های مورد بررسی

گروه‌های درمان	میزان تحصیلات			وضعیت تأمل		جنسیت	میانگین سنی و انحراف معیار	
	متوسطه	دیپلم	دانشگاهی	مجرد	متأهل	مرد		زن
کنترل	۷	۵	۳	۶	۹	۵	۱۰	۲۹/۲۳ (۳/۶۲)
مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ به‌صورت واقعی	۷	۵	۳	۵	۱۰	۶	۹	۳۲/۲۰ (۴/۱۲)
مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ به‌صورت تجسمی	۵	۴	۶	۱۱	۴	۸	۷	۲۸/۷۳ (۳/۹۰)

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار وسواس فکری - جبری در بین گروه‌های مورد مطالعه

گروه	زمان	میانگین	انحراف معیار
کنترل	پیش‌آزمون	۲۰/۶۰	۳/۲۲
	پس‌آزمون	۲۱/۲۰	۳/۰۵
مواجه سازی و جلوگیری از پاسخ به صورت واقعی	پیش‌آزمون	۲۰/۶۶	۳/۱۳
	پس‌آزمون	۱۰/۸۶	۲/۴۷
مواجه سازی و جلوگیری از پاسخ به صورت تجسمی	پیش‌آزمون	۲۰/۵۳	۳/۲۹
	پس‌آزمون	۱۵/۴۰	۲/۶۹

طبق نتایج جدول ۲ میانگین وسواس فکری - جبری پیش‌آزمون گروه کنترل برابر ۲۰/۶۰ است که در پس‌آزمون به ۲۱/۲۰ افزایش پیدا کرده است. میانگین پیش‌آزمون گروه مواجه سازی و جلوگیری از پاسخ به صورت واقعی برابر ۲۰/۶۶ است که پس از درمان به ۱۰/۸۶ کاهش یافته است. در نهایت میانگین وسواس فکری - جبری پیش‌آزمون گروه مواجه سازی و جلوگیری از پاسخ به صورت تجسمی برابر ۲۰/۵۳ است که پس از درمان به ۱۵/۴۰ کاهش یافته است. در این بخش فرضیه‌های تحقیق به تفکیک مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج بدین شرح است:

برای تحلیل داده‌های ارائه شده از روش تحلیل واریانس یک متغیر برای نمرات اختلافی استفاده شد. در این روش ابتدا با توجه به نتایج آزمون وین مشخص شد که واریانس برابر هستند و تفاوت آن‌ها معنی دار نیست ($F = 0/293$, $df1=3$, $df2=56$; $p=0/8$). همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس یک متغیر در جدول شماره ۳ ارائه شده است. برای تعیین منبع دقیق تفاوت گروه‌ها از آزمون تعقیبی شاه استفاده شد نتایج این آزمون در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول (۳): نتایج آزمون تحلیل واریانس یک متغیر در مورد اثربخشی مواجهه‌سازی واقعی و تجسمی در اختلال وسواس فکری - جبری

منبع تغییرات	مجموع محذورات	درجه آزادی	میانگین محذورات	F	سطح معنی داری	مجبور اتا
مدل	۳۰۰۳۰/۴۰۰	۱	۳۰۰۳۰/۴۰۰	۱۵۳۷/۲۷۲	۰/۰۰۰	۰/۹۴۶
گروه	۳۹۶/۰۶۷	۲	۱۹۸/۰۳۳	۱۰/۱۳۷	۰/۰۰۰	۰/۱۸۹
خطا	۱۶۹۹/۵۳۳	۸۷	۱۹/۵۳۵			

ساز و جلوگیری از پاسخ به صورت واقعی و تجسمی در درمان اختلال وسواس فکری - جبری مؤثر است.

طبق نتایج جدول (۳) و با توجه به مقدار $F = 10/13$ و همچنین با توجه به اینکه سطح معنی داری خطای آزمون برای سطح اطمینان ۰/۹۹ کمتر از ۰/۰۱ است، می‌توان گفت که مواجه

جدول (۴): نتایج آزمون تعقیبی شاه جهت تعیین اختلاف میانگین

گروه (i)	گروه (j)	اختلاف میانگین (i-j)	سطح معنی داری
کنترل	تجسمی	۲/۷۶	۰/۰۱۷
	واقعی	۵/۱۳	۰/۰۰۱
تجسمی	کنترل	-۲/۷۶	۰/۰۱۷
	واقعی	۲/۳۶	۰/۰۴۱
واقعی	کنترل	-۵/۱۳	۰/۰۰۱
	تجسمی	-۲/۳۶	۰/۰۴۱

تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین بین میانگین وسواس فکری - جبری گروه تجسمی با گروه کنترل و واقعی و بین

طبق نتایج جدول (۴) بین میانگین وسواس فکری - جبری گروه کنترل با گروه مواجهه‌سازی تجسمی و مواجهه‌سازی واقعی

میانگین وسواس فکری- جبری گروه واقعی با گروه کنترل و تجسمی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین طبق نتایج آزمون تعقیبی شاه میانگین وسواس فکری- جبری گروه مواجهه‌سازی واقعی برابر ۱۵/۷۶ است، گروه مواجهه‌سازی تجسمی برابر ۱۸/۱۳ و میانگین فکری- جبری گروه کنترل برابر ۲۰/۹۰ است؛ که این نشانگر این است که مواجهه‌سازی واقعی در کاهش علائم اختلال وسواس فکری- جبری موثرتر از روش مواجهه‌سازی به صورت تجسمی است.

بحث

براساس نتایج به دست آمده از تجزیه و تحلیل آماری این فرضیه که درمان مواجهه‌سازی به صورت واقعی در کاهش علائم وسواس فکری- جبری مؤثر است، مورد تأیید قرار گرفت یعنی بین گروه آزمایشی مواجهه‌سازی به صورت واقعی و همچنین گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری در نمرات وسواس وجود دارد که این نتایج به دست آمده با نتایج یافته‌های مکملی و همکاران (۱۳۸۵)؛ خدایاری فرد و همکاران (۱۳۸۰)؛ ایمانی و همکاران (۱۳۸۶)؛ آزاد و همکاران (۱۳۸۲)؛ محمود علیلو و همکاران (۱۳۸۸)؛ اسدی و همکاران (۱۳۹۱)؛ فوق و همکاران (۱۹۹۳)؛ بایر و مینی چلو (۱۹۹۸)؛ فرانکلین و فوق (۲۰۰۲) و بولتون و پروین (۲۰۰۷) همسو است. تمامی این پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ در کاهش علائم اختلال وسواس فکری- جبری مؤثر است در تبیین این یافته می‌توان گفت رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ شامل رویارو کردن بیمار با موقعیت‌های گوناگون ایجادکننده وسواس‌ها به صورت واقعی و سپس ممانعت از انجام هرگونه پاسخ رفتاری یا خنثی‌کننده به وسیله بیمار است. منطق این نوع درمان آن است که رویارویی مکرر با موقعیت‌های ترس‌آوری که باعث بروز وسواس و اضطراب همراه آن می‌شود، همراه با جلوگیری از هرگونه فعالیت کاهش‌دهنده اضطراب اجازه می‌دهد تا نسبت به اضطراب خوپذیری رخ دهد با این کار وسواس به تدریج خصوصیت آسیب‌رسانی خود را از دست می‌دهد و کمتر تکرار خواهد شد، به طوری که دیگر نیازی به انجام پاسخ‌ها و رفتارهای وسواسی نخواهد بود (۶، ۸، ۹، ۱۰، ۱۸).

نتایج نشان داد این فرضیه که درمان مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به صورت تجسمی در کاهش علائم اختلال وسواس فکری- جبری مؤثر است، مورد تأیید قرار گرفت یعنی بین گروه آزمایشی مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به صورت تجسمی همچنین گروه کنترل تفاوت معنی‌داری در نمرات وسواس پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشاهده شد که این نتایج به دست آمده با

نتایج یافته‌های حیدری پهلویان (۱۳۷۲)؛ اندوز و همکاران (۱۳۸۴)؛ ایمانی و همکاران (۱۳۸۶)؛ محمود علیلو و همکاران (۱۳۸۸)؛ بایر و مینچیلو (۱۹۹۸)؛ کلارک، ۲۰۰۰؛ مک لین و همکاران، ۲۰۰۱؛ فوق و همکاران (۱۹۹۳) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت در رفتاردرمانی وسواس با روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به صورت تجسمی، یعنی تحریک ترس‌های وسواسی فرد (رویارویی) از طریق تجسم ذهنی و تشویق همزمان او برای انجام ندادن وسواس‌های عملی است (جلوگیری از پاسخ) (مارکس، ۱۹۹۷؛ کلارک، ۲۰۰۰؛ راکتور، ۲۰۰۱). با رویارویی مکرر اضطراب از طریق فرآیند خوپذیری خودکار^۱ از بین می‌رود، به علاوه تکمیل موفقیت‌آمیز رویارویی‌ها باعث تسهیل ایجاد و اندوزش (Storage) اطلاعات شناختی (Corrective) مرتبط با وضعیت ترس‌آور می‌شود. به بیان دیگر وقتی اضطراب بیماران از بین می‌رود، می‌آموزند که ترس آنان از پی آمدهای ترسناک انجام ندادن آیین‌ها بی‌دلیل بوده است که این تغییر بر اثر روبروشدن با محرک‌های وسواس به دست می‌آید و باعث می‌شود اطلاعات جدید وارد ساختار اطلاعاتی آن‌ها شود. این اطلاعات ساختار قبلی را فعال می‌کند اما با برخی از عناصر قبلی ناهمخوان است. به این ترتیب ساختار ترس بر اثر رویارویی تغییر می‌کند. در این مدل ابتدا «خوپذیری فیزیولوژیک» و در پی آن «خوپذیری شناختی» رخ می‌دهد (۳، ۵، ۶، ۷، ۹).

با توجه به تفاوت نمره‌های وسواس دو گروه آزمایشی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نتایج نمره‌های دو گروه معنی‌دار بود و این فرضیه که درمان مواجهه‌سازی به صورت واقعی در کاهش علائم اختلال وسواس فکری- جبری مؤثرتر از درمان مواجهه‌سازی به صورت تجسمی است تأیید شد. نتایج به دست آمده با نتایج یافته‌های (مارکس، ۱۹۹۷؛ کلارک، ۲۰۰۰؛ راکتور، ۲۰۰۱؛ کلارک و گوردون، ۲۰۰۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان با ERP می‌تواند به شکلی تدریجی و سلسله مراتبی انجام شود. در این روش، فرد ابتدا با محرک‌های خفیف‌تر مواجه می‌شود و با پیشرفت درمان رویارویی سخت‌تر خواهد شد. این روش در آغاز نیاز به تحمل سطوح بالای اضطراب دارد. اگرچه در آغاز عموماً مواجهه در جلسه و به صورت تجسمی انجام می‌شود، ولی اثرات درمان‌بخش اصلی، از تکرار این تمرین‌ها به صورت واقعی و زنده به دست می‌آید و حداکثر کاهش اضطراب را با تجربه کردن ترس در محیط واقعی از خود نشان می‌دهد (۱۸، ۱۰-۶). فوق و استکتس^۲ دریافته‌اند که مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ مستقیماً نقص شناختی را تصحیح نمی‌کند ولی منجر به

^۱ Automatic habituation

^۲ Stektes

نتیجه‌گیری

براساس نتایج این پژوهش می‌توان گفت که در کاهش علائم وسواسی، مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ به‌صورت واقعی موثرتر از روش مواجهه‌سازی به‌صورت تجسمی است. این نتیجه می‌تواند در اثر فراخوانی اضطراب بیشتر در مواجهه با محرک‌های واقعی باشد که بازداري از پاسخ و تجربه اضطراب بیشتر در برابر آن سبب می‌شود تا اثرات درمانی این روش بر روش مواجهه‌سازی تجسمی غلبه کند.

تشکر و قدردانی

از تمامی روانپزشکان، روانشناسان و کارکنان بیمارستان فاطمی و دیگر عزیزانی که در انجام این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و سپاسگزاری می‌گردد.

جمع‌بندی نوینی از شرایط می‌شود که در آن، آنچه بیشتر خطرناک بود اکنون بی‌خطر شناخته می‌شود (۴).

به‌هرحال بهترین روش مداخله برای کاهش علائم اختلال وسواس فکری - جبری روش مواجهه‌سازی واقعی است. باید اضافه کرد که کوتاه بودن طول مدت درمان، انتخاب نمونه در دسترس، کمی تعداد نمونه، نداشتن گروه پلاسی بو، اثر پیش‌آزمون روی نمره‌ها، تفاوت سن، تحصیلات، جنسیت و سطوح شدت علائم وسواسی اجباری و فقدان پیگیری پس از درمان ازجمله محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد. لذا پیشنهاد می‌شود که روان‌درمان‌گران و مشاوران در تدابیر درمانی خود صلاح است از مواجهه درمانی واقعی برای حل‌وفصل اختلال وسواس جبری استفاده کنند تا اثرات درمان در درازمدت هم موجب کاهش علائم بیماران وسواسی اجباری شود.

References:

1. Pourafkari N. Psychiatry Synopsis of behavioral sciences-clinical psychiatry. Kaplan B, Sadock V. Tehran: Shahr Ashoub; 2010. P. 228-230.
2. Rachman S. A cognitive theory of obsessions. Behav Res Ther 1993; 35(9): 793-802.
3. Rachman SJ, Hodgson R. Obsessive-Compulsionse. New York: Englewood Cliffs; 1980. P. 189-239.
4. Foa EB, Steketee G, Grayson JB, Tuckner RM, Latimer PR. Deliberate exposure and blocking of obsessive-Compulsive rituals: immediate and Long-term effects. Behav Ther. 1984; 15: 450-72.
5. Foa EB, Hiss H, Kozak MJ. Relapse prevention program for treatment of Obsessive-compulsivedisorder. J Consult clinpsychol 1994; 62 (4):801-8.
6. Ghasemzade H. Cognitive-behaviortherapy. Havton K, Salkoskis C. Tehran: Arjomand; 1998. P.325- 331.
7. Heidari pahlavian A, Zolfaqari F, Mehrabi F. Comparison of the effectiveness of long term imaginative exposure method and cognitive-behavior therapy on patients suffering from obsessions. J Psychol Res 1997; 4(3): 15-36. (Persian)
8. Mokammeli Z, Molavi H, Abedi M. The effects of individual and group therapy of exposure-response prevention method on symptoms reduction of obsessive-compulsivedisorder. Psychological J 2006; 10(2): 169-80. (Persian)
9. Imani M, Mahmoudalilou M, Bakhshipourroudsari A, Farnam A. Comparison of the effectiveness of exposure-response prevention method and taking Fluoxetine on improvement of OCDpatients. J Res Psychol Health 2007; 4(1): 41-9. (Persian)
10. Mahmoudalilou M, Imani M, Bakhshiporroudsari A, Farnam A. The effects of cognitive-behavior therapy and exposure-response prevention method on obsessive-compulsivedisorder. Med J Univ Med Sci Tabriz 2009; 3 :71-7. (Persian)
11. Asadi M, Shiralipour A, Shakouri Z, Mohammadkhani SH. Meta-analysis of the effectiveness of cognitive-behavior therapy on improvement of patients suffering from obsessiondisorder. JSSU 2012; 20(3): 396-405. (Persian)
12. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. Behaviour research and therapy 1977;15(5):389-95.

13. Stekette GS. Treatment of Obseissive-Compulsivedisorder, 1th ed. NewYork: Guilford; 1993.P. 540-66.
14. Hadgson RJ, Rachman S. Obsessive- Compulsive Complaints. Behav Res Ther 1997; 15(5): 389-95.
15. Andouz Z, Sahebi A, Tabatabayi M. comparison of the effectiveness of exposure-response prevention method and therapy via reduction of dangerous thought on washing obsessive-compulsivedisorder. IJPCP 2005; 11(2): 139-49. (Persian)
16. Abolghasemi A, Narimani M. Psychologicaltests. Ardabil: Bagh-e-Razavi 2005:67-70. (Persian)
17. Dehghani A. Step by step guidance of treatment of anxietydisorders. Leahy R, Holland S. Tehran: Navaye Danesh; 2007. P.250-328.
18. Khodayarifard M, Abedini Y. Comparison of cognitive-behavior therapy and cognitive-behavior therapy with drug therapy on improvement of OCDpatients. J Psychol Educ Sci 2001; 6 (1): 145-79. (Persian)

THE EFFECTIVENESS OF REAL AND IMAGINAL EXPOSURE-RESPONSE PREVENTION ON OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER

Salah Delaramoghanlou¹, Saeid Mehri², Parviz Molavi^{3*}

Received: 5 Feb, 2015; Accepted: 12 Apr, 2015

Abstract

Background & Aims: The aim of this study was to determine the efficacy of real and imaginal exposure-response prevention methods on the improvement of patients suffering from obsessive-compulsive disorder.

Materials & Methods: This semi-experimental study was conducted on 45 patients (from psychiatry clinics and psychology center of Fatemi Hospital of Ardabil) with obsessive-compulsive disorder. The samples were selected through accessible sampling and were randomly put into three groups of real exposure - response prevention group (15 patients), imaginal exposure-response prevention group (15 patients), and control group (15 patients). In order to collect the data, Maudsely's Obsessive-Compulsive Scale and Clinical Structured Interview based on the DSM-IV were used. The raw scores from the pre-test and post-test were analyzed using ANOVA and Scheffe's test.

Results: The results revealed that there was a significant difference between both experimental (real and imaginal exposure-response prevention) and control groups. It was also manifested that real exposure-response prevention method, in comparison to imaginal exposure-response prevention method, was more effectual in reducing symptoms of obsessive-compulsive disorder.

Conclusion: Accordingly, it can be claimed that to reduce the symptoms of obsession, real exposure-response prevention is more effective than imaginal exposure-response prevention. To explain this finding it can be said that the real encounter with fear stimulating situations -in comparison to imaginal exposure- creates more anxiety and this anxiety and apprehension caused real exposure response prevention to overcome the imaginal exposure.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, Real exposure-response prevention, Imaginal exposure-response prevention

Address: Psychology Department, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran

Tel: +98 9141511179

Email: p.molavi@arums.ac.ir

SOURCE: URMIA MED J 2015; 26(4): 289 ISSN: 1027-3727

¹ Counselor, M.A. in Clinical Psychology, Education Office, Ardabil, Iran

² PHD Student, Nursing Department, University of Social Welfare and Rehabilitation, Tehran, Iran

³ Associate Professor, Psychology Department, Ardabil University of Medical Sciences, Ardabil, Iran
(Corresponding Author)