

مقایسه تأثیر درمان مواجهه و بازداری از پاسخ با درمان فراشناختی بر نشانگان اختلال وسواسی - اجباری

مطهره نصرت‌آبادی^{۱*}، علی افضلی گروه^۲، مرتضی ذره‌پرور تالی^۳

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۸/۹ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۳/۴

خلاصه

مقدمه: امروزه تعداد روزافزونی از افراد دچار اختلال وسواسی-اجباری با رفتارهای تکرار شونده‌ای هستند که باعث تداخل در زندگی روزمره آنان است. اهمیت درمان وسواس سبب می‌شود درمانگران از مؤثرترین رویکردهای درمانی سود جویند. بنابراین هدف از این پژوهش، مقایسه تأثیر درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان فراشناختی بر نشانگان اختلال وسواسی-اجباری بود.

مواد و روش‌ها: این بررسی از نوع نیمه‌آزمایشی بود. جامعه آماری شامل افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر سیرجان در سال ۱۳۹۶ بودند، تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار گرفتند. اعضای یک گروه در طول ۸ جلسه هفتگی مورد درمان فراشناختی و اعضای گروه دوم مورد درمان مواجهه و بازداری از پاسخ قرار گرفتند. گروه کنترل درمانی بی‌ارتباط دریافت کردند. ابزار مورد استفاده، سیاهه وسواسی-اجباری Madesley بود. برای تجزیه داده‌ها از آمار توصیفی، تحلیل کواریانس و آزمون تی و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد.

یافته‌ها: درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، موجب کاهش معنی‌دار در میانگین نمرات وسواس گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل گردید ($p=0/012$). همچنین نمره‌های به دست آمده از ارزیابی‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و تفاوت بین میانگین گروه‌ها کاملاً معنی‌دار بود ($p=0/033$).

نتیجه‌گیری: بر پایه یافته‌های پژوهش، تأثیر درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، در کاهش نشانگان اختلال وسواس در مراجعین از درمان فراشناختی مؤثرتر می‌باشد. بنابراین درمانگران می‌توانند از این درمان در کنار درمان‌های موفق دیگر، جهت ارتقا کیفیت زندگی بیماران استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، درمان فراشناختی، وسواسی-اجباری، مراجعین مراکز مشاوره

۱- کارشناس ارشد، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه باهنر کرمان، کرمان، ایران. (نویسنده مسئول)

پست الکترونیکی: motinosi1367@gmail.com، تلفن: ۰۹۳۷۵۳۵۷۰۱۳

۲- کارشناس ارشد، گروه روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی زرنده، کرمان، ایران.

۳- استادیار، گروه جامعه‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی کرمان، کرمان، ایران.

مقدمه

اختلال وسواسی جبری (Obsessive-compulsive disorder) یک اختلال مستمر و جدی است که می‌تواند با فعالیت‌های روزمره تداخل داشته باشد که به وسیله افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم و یا رفتارهای تکراری، تشریفات یا اعمال ذهنی مشخص می‌شود [۱]. این بیماری چهارمین اختلال روان‌پزشکی شایع در امریکا محسوب می‌شود و شیوع آن بین ۱/۵-۰/۵٪ برآورد می‌گردد [۲].

بیشتر مطالعاتی که روی جمعیت عمومی با تعداد زیاد انجام شده‌اند، وسواس غیر بالینی را بسیار شبیه به اختلال وسواس-اجباری تعریف کرده‌اند. شیوع وسواس در جمعیت ایرانی ۱/۱۸٪ (۰/۷٪ در مردان و ۲/۱۸٪ در زنان) برآورد شده است. وسواس، مردان و زنان را تقریباً به یک اندازه درگیر می‌کند [۳].

اختلال وسواس-اجباری 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 بازسازی از پاسخ Exposure Response Prevention شده است [۴].

شواهد تجربی متعددی توانسته‌اند مؤثر بودن مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ در قلمرو اختلال وسواسی را ثابت کنند. نتایج بررسی‌ها تاکنون نشانگر بهبود ۶۵-۷۵٪ از بیماران با استفاده از این شیوه است [۵]. Foa و همکارانش نتایج هجده پژوهش کنترل شده را تحلیل کرده‌اند و به این نتیجه دست یافته‌اند که پس از اجرای روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ، نشانه‌های مرضی در ۵۱٪ بیماران از بین رفته و یا بهبود قابل ملاحظه یافته است. بهبود نسبی در ۳۱٪ موارد مشاهده شده و فقط در ۱۰٪ از بیماران این روش مؤثر واقع نشده است [۶]. همچنین در نتایج پژوهش‌های داخل و خارج از کشور نشان داده شده است که درمان مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ بر انواع اختلالات وسواس-اجباری مؤثر بوده است [۷-۱۳].

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 Myers, Wells و Fisher پیشنهاد شد و سپس Wells آن را اصلاح نمود. فراشناخت به باورها و فرایندهایی اشاره دارد که برای ارزیابی، تنظیم و یا بررسی و بازبینی فکر استفاده می‌شوند [۱۴]. باورهای فراشناختی مانند نیاز به کنترل افکار و نیز اهمیت افکار، به‌طور ویژه‌ای در گروه باورهای مربوط به تفکر دسته‌بندی می‌شوند [۱۵]. 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، به‌الگویی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی در این افراد می‌گردد. این الگو سندرم شناختی توجهی (Attention Cognitive Syndrome) خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه می‌باشد [۱۶].

در این مدل، فرد مبتلا به وسواس در پاسخ به یک راه‌انداز که معمولاً یک فکر یا احساس یا میل است، دچار پریشانی شده است. در افراد مبتلا به وسواس 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، به‌گونه‌ای 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 هیجانات منفی و اضطراب می‌شود. نهایتاً هنگامی که تفسیر منفی از مزاحمت‌ها شکل گرفت باورهای مربوط به خنثی‌سازی‌ها فعال می‌شوند تا اضطراب کاهش یابد [۱۷].

به‌طور کلی، اساس درمان اختلال وسواسی-اجباری، بر پایه مدل فراشناختی عبارت است از: ۱- تغییر طیف باورهای فراشناختی مرتبط با درآمیختگی، ۲- تغییر باورهای ناکارآمد راجع به آیین‌مندی‌ها، ۳- اصلاح و بهبود شیوه به‌کارگیری نشانه‌های درونی نامناسبی که ملاک ارزیابی‌ها و راهنمایی رفتار قرار می‌گیرند، ۴- ایجاد شیوه‌های جایگزین مناسب برای

بالای ۱۸ سال بود، ۷۰ نفر واجدین شرایط در آن مقطع زمانی بودند که از این تعداد، ۴۵ نفر تمایل به شرکت در پژوهش داشتند که به سه گروه مساوی ۱۵ نفره به صورت تصادفی تقسیم شدند. یک گروه تحت درمان فراشناختی و یک گروه تحت درمان مواجهه و بازداری از پاسخ در مرکز مشاوره خانه سبز قرار گرفتند که هر کدام از درمان‌ها در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به مدت ۲ ماه برگزار شدند. گروه کنترل نیز آموزشی بی‌ارتباط دریافت کردند. جهت عدم ارتباط افراد ۳ گروه برای مطلع نشدن از آموزش‌های متفاوت، هر گروه در روز متفاوتی از هفته در مرکز مشاوره حضور می‌یافتند. ابزارهای پژوهش مورد استفاده سیاهه وسواسی- اجباری مادزلی (Moudsley Obsessive- Compulsive Inventory) بود. این پرسشنامه توسط Hodgson و Rachman (۱۹۷۷) به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطة مشکلات وسواس تهیه شده است [۲۹] و شامل ۳۰ پرسش بسته پاسخ به صورت صحیح - غلط است. دامنه نمرات از صفر تا ۳۰ متغیر می‌باشد. افزون بر نمره کل وسواس، پرسشنامه مادزلی شامل ۵ خرده مقیاس واری، شستشو، کندی، شک و نشخوار ذهنی است. بیشترین نمره در چهار زیرمجموعه کنترل کردن، شستشو، کندی/تکرار و شک / تردید به ترتیب ۹، ۱۱، ۷ و ۷ است. برخی از پرسش‌ها به بیش از یک زیرمجموعه تعلق دارند و بنابراین نمره کلی آزمون کمتر از جمع نمرات زیرمجموعه‌ها می‌باشد [۳۰]. تمرکز اصلی این پرسشنامه، روی علائم وسواسی است و به ویژه برای ارزیابی اثر درمان بر روی علائم مناسب است. پژوهشگران اعتبار همگرا و پایایی با روش آزمون- آزمون مجدد این پرسشنامه را رضایت‌بخش گزارش کردند و اعتبار سازه این آزمون را در نمونه‌های بالینی و غیر بالینی مورد تأیید قرار دادند [۲۹]. بررسی‌ها نشان داده‌اند که این ابزار نسبت به تغییرات درمانی، حساس بوده، پایایی آن با روش بازآزمایی در حد خوب بوده می‌باشد [۳۱]. ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط پژوهش‌های مختلفی رضایت‌بخش اعلام شده است. برای مثال، Dadfar ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن با مقیاس وسواسی- اجباری ییل را ۰/۸۷ گزارش کرده است [۳۲].

راهنمایی رفتار و افزایش مهارت‌های هوشیاری فراگیر [۱۸]. با توجه به پژوهش‌های متعدد درمان اختلال وسواسی- اجباری، بر پایه مدل فراشناختی مؤثر می‌باشد چنانکه Abdullahzadeh و همکارانش در مطالعه‌ای به مقایسه تأثیر فراشناخت درمانی با دارودرمانی بر روی بیماران وسواسی پرداختند و درمان روان‌شناختی را مؤثر نشان دادند [۱۹]. همچنین Rees و Koesveld با مطالعه خود بر مؤثر بودن درمان فراشناختی در درمان بیماران وسواسی صحه گذاشتند [۲۰] و Andooz و پژوهشگرانی که در این حوزه مطالعات متعدد انجام داده‌اند با استفاده از مداخله درمان فراشناختی علائم بیماری را در افراد دچار اختلال وسواسی- اجباری کاهش دادند [۲۸-۲۱]. با توجه به کمبود اطلاعات پژوهشی کافی در مورد درمان فراشناختی و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و مهم‌تر از آن مقایسه این دو درمان بر روی بیماران دچار اختلالات مختلف و به‌طور اخص اختلال وسواسی- اجباری در ایران و با توجه به تأثیر عمیق فرهنگ بر درونه علائم، هدف این بررسی نشان دادن اهمیت تغییر رفتارهای وسواسی و بازداری از وقوع آن‌ها، همچنین تغییر شناخت‌های تحریف‌شده و افکار خود به خود این بیماران در کاهش علائم در بیماران وسواسی- اجباری می‌باشد. بنابراین با توجه به اهمیت مسئله درمان برتر جهت درمان بیماران وسواسی- اجباری، هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP) و درمان فراشناختی (MCT) در مراجعان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری در مراکز مشاوره شهر سیرجان بود.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روان‌شناختی شهر سیرجان در سال ۹۶ تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به روش در دسترس بود. معیارهای ورود، شامل تشخیص اختلال وسواسی- اجباری بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلالات عاطفی، پرسشنامه وسواسی- جبری مادزلی و تأیید تشخیص بر اساس نظر روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی و سن

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 (Seasonal Affective Disorder) پرسشنامه وسواسی- اجباری مادزلی، و تأیید تشخیص بر اساس نظر روان‌پزشک و 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 تداوم‌بخش اختلال بود. خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات درمان فراشناختی و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ در جدول ۱ مندرج است.

جدول ۱- خلاصه محتوای جلسات درمان فراشناختی وسواسی-اجباری

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	معرفه، ارزیابی و گردآوری داده‌هایی چون ماهیت نشانه‌های وسواسی، اعمال آیینی، معرفی هیجان‌ها و ابعاد آن و رابطه آن‌ها با باورهای فراشناختی
جلسه ۲	معرفی بیماری وسواس به عنوان بی‌نظمی هیجانی و ترسیم نمودار فراشناختی آن، معرفی منطق درمان شناختی و الگوی فراشناختی وسواس و تعیین اهداف درمانی، شناسایی و فراخوانی شناخت‌واره‌های منفی
جلسه ۳	آموزش تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی، بیماران یاد بگیرند که با افکار هم‌چون ابری در ذهن خود برخورد کنند، چنانچه نیاز به پردازش نداشته باشد
جلسه ۴	ارزیابی فرا باورهای مثبت و منفی جهت تغییر فرا باورهای مربوط به آیینمندی‌ها و درآمیختگی‌ها. آموزش تجارب رفتاری، ارائه اسناد مجدد کلامی جهت شکستن سیکل درآمیختگی از طریق سؤالاتی درباره‌ی ساز و کار درآمیختگی افکار یعنی کاهش ناهمخوانی، بازنگری تاریخچه‌ای و تجارب رفتاری
جلسه ۵	آموزش جهت درگیر شدن با نشخوار فکری، نگرانی تکرارشونده و تضعیف باورهای مربوط و ایجاد سبک سازگارتر فکری و رفتاری (جریان پردازشی جدید). توضیح تفاوت شیوه‌ی پردازشی بین افراد بهنجار و بیمار
جلسه ۶	رویکردهای رفتاری درمان وسواس: روش‌های تحلیل سود و زیان، آزمایش به تعویق انداختن رفتارهای آیینی، روش آموزش توجه (Attention Training Techniques) و تمرکز مجدد توجه موقعیتی (Situational Attention Refocusing) جهت کاهش شدت افکار وسواسی
جلسه ۷	آموزش به بیمار جهت فاصله گرفتن از غنی‌سازی ذهن از خود، (بیش از حد به خود و نگرانی‌های خود توجه نکند)، به تعویق انداختن نگرانی و توسعه‌ی هوشیاری. برنامه‌های رفتاری اصلاح توجه، مواجهه و تجارب جلوگیری از پاسخ
جلسه ۸	آماده کردن شرکت‌کنندگان برای اختتام جلسات، اصلاح نشانه‌های توقف و ملاک دانستن، طرح‌ریزی اولیه، طرح‌ریزی جایگزین، شناسایی موانع موجود در به‌کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری. در هر جلسه علاوه بر مرور جلسه و تمرینات جلسه قبل، تکالیف خانگی نیز داده شد (۳۳).

خلاصه جلسات مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه ۱	برقراری رابطه خوب با مراجع و به دست آوردن اطلاعات در مورد سابقه وسواس او همچنین توضیح سبب‌شناسی اختلال وسواس و آموزش درمان و بستن قرار داد درمانی
جلسه ۲	تهیه سلسله مراتب از افکار وسواسی و موقعیت‌های مورد اجتناب و طراحی جلسات اول مواجهه و آموزش تکنیک‌های بازداری از پاسخ
جلسه ۳	مواجهه تخیلی با ماده‌های اول سلسله مراتب و کمک به بیمار جهت قطع رفتارهای وسواسی
جلسه ۴	مواجهه با چند ماده بعدی سلسله مراتب، کمک به بیمار جهت توقف رفتارهای وسواسی، بررسی موانع موجود بر سر راه بازداری از پاسخ
جلسه ۵	مواجهه با ماده‌های پایانی سلسله مراتب
جلسه ۶	مواجهه کامل با تمام موارد سلسله مراتب افکار وسواسی و موقعیت‌های مورد اجتناب، کمک به بیمار جهت قطع رفتارهای وسواسی
جلسه ۷	ارزیابی اجتناب از تکالیف خانگی، کنترل موانع موجود بر سر راه بازداری از پاسخ
جلسه ۸	آماده کردن مراجع برای اتمام دوره درمانی و پیشنهاد راهکارهایی برای حفظ نتایج درمان (۳۴).

یافته‌ها

مواجهه و بازداری از پاسخ و گروه کنترل متأهل بودند. این میزان برای گروه درمان فراشناختی ۱۳٪ (۲ نفر) محاسبه شد. سایر مشخصات گروه‌های مورد بررسی در جدول ۲ آورده شده است.

بررسی نتایج نشان داد در گروه‌های آزمایش و کنترل ۴۷٪ (۷ نفر) آزمودنی‌ها مرد بودند. ۲۰٪ (۳ نفر) از افراد گروه

جدول ۲- مشخصات جمعیت شناختی گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مراجعان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در مراکز مشاوره شهر سیرجان در سال ۹۶

گروه	درمان مواجهه و بازداری از پاسخ تعداد (درصد)	درمان فراشناختی تعداد (درصد)	گروه کنترل تعداد (درصد)
جنسیت			
زن	۸ (۵۳)	۸ (۵۳)	۸ (۵۳)
مرد	۷ (۴۷)	۷ (۴۷)	۷ (۴۷)
وضعیت تأهل			
مجرد	۱۲ (۸۰)	۱۳ (۸۷)	۱۲ (۸۰)
متأهل	۳ (۲۰)	۲ (۱۳)	۳ (۲۰)
تحصیلات			
زیر دیپلم	۰ (۰)	۲ (۱۳)	۳ (۲۰)
دیپلم	۹ (۶۰)	۷ (۴۷)	۷ (۴۷)
لیسانس	۵ (۳۳)	۴ (۲۷)	۵ (۳۳)
فوق لیسانس	۱ (۷)	۲ (۱۳)	۰ (۰)
سن	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
	۲۹/۱۴ ± ۶/۴۸	۳۰/۵۲ ± ۹/۲۳	۳۱/۳۵ ± ۷/۹۲
مدت بیماری	۳/۷۶ ± ۲/۰۶	۳/۴۷ ± ۱/۶۵	۳/۳۴ ± ۱/۸۹

درمان و کنترل برای متغیرهای مورد بررسی در پژوهش آورده شده است.

در جدول ۳ شاخص‌های مربوط به آمار توصیفی برای نمونه مورد بررسی شامل میانگین، انحراف معیار در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و آزمون تی وابسته در گروه‌های

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمره کل وسواس در مراجعان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در مراکز مشاوره شهر سیرجان در سال ۹۶ در مراحل پیش‌آزمون-پس‌آزمون (تعداد هر گروه = ۱۵)

گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
درمان مواجهه و بازداری از پاسخ	انحراف معیار ± میانگین ۴۰/۵۷۴ ± ۸/۱۹	انحراف معیار ± میانگین ۳۴/۵۳۷ ± ۷/۱۳۱
درمان فراشناختی	انحراف معیار ± میانگین ۴۲/۴۵ ± ۱۰/۸۳۵	انحراف معیار ± میانگین ۴۰/۰۶۲ ± ۸/۱۱
گروه کنترل	انحراف معیار ± میانگین ۳۸/۹۱۷ ± ۴/۵۵۲	انحراف معیار ± میانگین ۳۸/۱۵۱ ± ۴/۲۱۶
آزمون t وابسته در گروه‌های درمان و کنترل	p < ۰/۰۵ اختلاف معنی دار	

پیش‌آزمون بود و نمرات پیش‌آزمون به عنوان متغیر همگام برای کنترل تأثیر درمانی آن‌ها در بدو ورود به مداخله به کار رفته است. برای آزمون این فرض که درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، و درمان فراشناختی در مراجعان مبتلا به اختلال وسواس تأثیر دارد، از آزمون تحلیل کواریانس یک متغیری استفاده شده که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

برای مشخص کردن میزان تفاوت نمرات پس‌آزمون از آزمون تحلیل کواریانس یک متغیری استفاده شد. پیش‌فرض‌های توزیع نرمال نمرات و همسانی واریانس‌های متغیر وابسته که از پیش‌فرض‌های آماری استفاده از آزمون-های پارامتریک است به وسیله آزمون‌های کولموگروف-اسمیرنوف، و آزمون لوین با مقادیر (p > ۰/۰۵) مورد تأیید قرار گرفت. همچنین متغیر همگام در این پژوهش نمره

جدول ۴- نتایج تجزیه و تحلیل کواریانس بر روی نمره‌های پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در مراجعان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در مراکز مشاوره شهر سیرجان در سال ۹۶

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	توان آزمون
متغیر کمکی (پیش‌آزمون)	۱۳۷۳/۱۴	۱	۱۳۷۳/۱۴			
درمان مواجهه و بازداری از پاسخ	۲۵۵/۸۳	۱	۲۵۵/۸۳	۱۴/۷۳۱**	۰/۰۱۲	۰/۳۵
خطا	۱۲۸۴/۱۵	۴۳	۱۱۰۲/۳۱			
متغیر کمکی (پیش‌آزمون)	۱۰۶۴/۵۹	۱	۱۰۶۴/۵۹			
درمان فراشناختی	۱۸۹/۲۳	۱	۱۸۹/۲۳	۹/۵۲۳*	۰/۰۴۸	۰/۱۲
خطا	۹۹۵/۳۲	۴۳	۱۱۳/۷۳			
متغیر کمکی (پیش‌آزمون)	۱۱۳۲/۳۲	۱	۱۱۳۲/۳۲			
گروه کنترل	۷۰/۵۲۲	۱	۷۰/۵۲۲	۱/۲۲۶	۲/۱۴۴	
خطا	۱۰۸۴/۵۹	۴۳	۴۳/۳۸			

* * $p < 0.01$ اختلاف معنی‌دار

* $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

وسواس مراجعین تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارتی دیگر اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ نسبت به درمان فراشناختی در کاهش وسواس به طور معنی‌داری بیشتر است. برای تعیین منبع دقیق تفاوت گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد (جدول ۵).

نتایج جدول نشان می‌دهد که تفاوت بین نمرات پس‌آزمون وسواس بین دو گروه مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان فراشناختی با ثابت نگه‌داشتن اثر پیش‌آزمون معنی‌دار است ($p < 0.05$). به این معنی که بین اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان فراشناختی در کاهش شدت

جدول ۵- نتایج آزمون توکی برای مقایسه تفاوت معنی‌داری مطمئن میانگین‌ها بین پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
درمان مواجهه و بازداری از پاسخ - درمان فراشناختی	۵/۵۲۵	۱/۴۴۲	۰/۰۳۳
درمان مواجهه و بازداری از پاسخ - کنترل	۳/۶۱۴	۱/۵۱۶	۰/۰۴۲
درمان فراشناختی - کنترل	۱/۹۱۱	۱/۸۳۷	۰/۰۲۵

* $p < 0.05$ اختلاف معنی‌دار

گروه کنترل است ($p = 0.025$)، و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، مؤثرتر از درمان بی‌ارتباط گروه کنترل است ($p = 0.042$).

همانطور که جدول ۵ نشان می‌دهد درمان مواجهه و بازداری از پاسخ مؤثرتر از درمان فراشناختی است ($p = 0.033$)، درمان فراشناختی مؤثرتر از درمان بی‌ارتباط

جدول ۶- نتایج آزمون t وابسته برای تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشانگان اختلال وسواسی-اجباری در گروه‌های آزمایش

تفاوت میانگین	انحراف معیار	T	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
درمان مواجهه و بازداری از پاسخ	۱/۰۶	۰/۶۲۴	۱۵	< 0.001
درمان فراشناختی	۲/۷۲	۰/۵۸۷	۱۵	< 0.001

* $p < 0.001$ اختلاف معنی‌دار

می‌شود درمان‌های مواجهه و بازداری از پاسخ و فراشناختی موجب کاهش وسواس در افراد مبتلا به اختلال وسواس می‌شوند.

همانطور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود سطح معنی‌داری برای تفاوت پیش‌آزمون و پس‌آزمون وسواس در درمان مواجهه و بازداری از پاسخ ($t = 0.624$ ، $p < 0.001$) و درمان فراشناختی ($t = 0.587$ ، $p < 0.001$) کوچکتر از 0.001 است. بنابراین با ۹۹٪ اطمینان فرض صفر رد و نتیجه گرفته

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان فراشناختی در مراجعان مبتلا به اختلال وسواس-اجباری انجام شد. نتایج پژوهش نشان‌دهنده آن است که بین درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان فراشناختی در کاهش سطح وسواس تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های ذیل که آن‌ها نیز تأثیر مثبت درمان مواجهه و بازداری از پاسخ را بر روی کاهش وسواس نشان دادند همخوان است.

Foa و همکارانش در نتیجه‌گیری از هجده پژوهش، بیان می‌کنند در واقع هدف از مواجهه، آموزش این موضوع به فرد است که اشیاء، موقعیت‌ها، افکار و تصورات ترسناک او بسیار امن و غیرترسناک هستند. در این روش در عین مواجهه فرد با موقعیت ترسناک، وی برای ایجاد وقفه در هر نوع رفتاری که مانع این رویارویی می‌شود و یا به آن پایان می‌بخشد مورد تشویق قرار می‌گیرد. هم‌زمان با آن ارزیابی مجدد ترس‌ها نیز مورد تشویق قرار می‌گیرد به نحوی که بیمار درمی‌یابد که چیزهای مورد ترس در واقع اتفاق نمی‌افتند [۶].

Abolqasemi و Safar Yazdi در مطالعه خود به منظور بررسی اثربخشی تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و غرقه‌سازی بر وسواس شستشوی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری نشان داده که بین اثربخشی تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ و غرقه‌سازی در کاهش شدت علائم وسواس شستشو در بیماران مبتلا به اختلال وسواس تفاوت وجود دارد. همچنین تکنیک مواجهه همراه جلوگیری از پاسخ در کاهش شدت علائم وسواس مؤثرتر از غرقه‌سازی بود و در تبیین نتایج خود بیان می‌کنند که در واقع هدف از مواجهه، آموزش این موضوع به فرد است که افکار و تصورات او غیر ترسناک‌اند و هیچ خطری آن‌ها را تهدید نمی‌کند [۷].

همچنین نتیجه مطالعه Mahdi و Faramarzi نشان داد که درمان ترکیبی مواجهه همراه با بازداری از پاسخ و آموزش رفتاری والدین بر کاهش نشانگان وسواسی-اجباری کودکان ۴ تا ۸ ساله مبتلا به همبودی اختلالات وسواسی-اجباری و بی‌اعتنایی مقابله‌ای تأثیر دارد [۱۲]. آنها در تبیین یافته‌های

خود بیان می‌دارند که بر اساس نظر Kratochwill و Morris مواجهه باعث می‌شود تا فرد با عامل یا عواملی که باعث ایجاد اضطراب در وی می‌گردد، روبرو شود. این مواجهه باعث افزایش میزان اضطراب در فرد می‌گردد و به کمک بازداری از پاسخ مانع از انجام تشریفات وسواسی به منظور اجتناب یا فرار فرد از موقعیت اضطراب برانگیز می‌شود. این شیوه هنگامی که به دفعات و برای ساعت‌های طولانی استفاده گردد منجر به کاهش رفتارهای وسواسی در فرد می‌شود همچنین آموزش رفتاری والدین منجر به نظارت والدین بر تکالیف خانگی کودک می‌گردد. این نظارت‌ها نیازمند آموزش‌های مفصل، مروری بر منطق درمان، رهنمودهای خاص نظارت و سرمشق‌دهی توسط درمانگر به والدین است که منجر می‌شوند تا والدین را به عنوان کمک درمانگرانی برای درمان نشانه‌های وسواس کودک در منزل آموزش دهند [۳۵].

به نظر می‌رسد در تبیین اثربخشی الگوی فراشناختی در پژوهش حاضر (هر چند اثربخشی کمتر از درمان مواجهه و بازداری از پاسخ داشت) ذکر این نکته لازم است که در این رویکرد به جای اینکه درمان شامل چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی و همچنین نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد. ذکر این نکته مهم است که وجود باورهای منفی به‌طور مشخص نمی‌توانند درباره‌ی الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. آنچه در این جا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند که مهم‌ترین وجه درمان فراشناختی است [۳۳].

با توجه به پژوهش Rajezi Isfahani و همکاران با عنوان کاربرد فراشناخت درمانی در کاهش نشانه‌ها و افزایش سطح عملکرد در اختلال وسواسی-اجباری مقاوم به درمان دارویی، نشان داده شده است که درمان فراشناختی به نحوه پاسخگویی فرد به افکارش و شکل ارتباط با آن‌ها تأکید دارد. با توجه به تأکیدی که این درمان بر تغییر فرآیند افکار بیمار دارد چالش مستقیم با وسواس‌های فکری به عنوان عامل

می‌توان به عنوان یکی از درمان‌های کمکی دانست که به همراه درمان‌های دیگر در مراکز آموزشی از جمله مدارس، دانشگاه‌ها، و همچنین مراکز مربوط به سلامت جامعه، توسط روانشناسان، روان‌پزشکان و سایر درمانگران برای کاهش شدت علائم وسواس استفاده شود.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سه‌م نویسندگان

مطهره نصرت‌آبادی اجرای مداخله آموزشی و نگارش مقاله، علی‌افضلی گروه امور مربوط به همکاری در اجرای مداخله و گردآوری داده‌ها و مرتضی ذره‌پرور تالی‌بازبینی و اصلاح مقاله را بر عهده داشته‌اند.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این پژوهش بر خود لازم می‌دانند از مسئولین محترم اداره بهزیستی جهت نامه‌نگاری به مراکز مشاوره برای همکاری با انجام این پژوهش و همچنین مدیران مراکز مشاوره و مراجعین گروه نمونه، به خاطر همکاری صمیمانه در اجرای این پژوهش، کمال قدردانی و سپاسگزاری را داشته باشند.

برانگیزاننده اجبارها تنها باعث توجه بیشتر بر نیاز به کنترل این افکار شده و مراجع و درمانگر را به طور هم‌زمان در باتلاق وسواس‌های فکری مراجع غرق می‌نماید [۲۲]. بنابراین این درمان می‌تواند یک برنامه درمانی مؤثر بعد از درمان مواجهه و بازداری از پاسخ در نظر گرفته شود.

در نهایت با در نظر گرفتن این مسئله که میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه آزمایشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ نسبت به گروه آزمایشی درمان فراشناختی و همچنین گروه کنترل تفاوت بیشتری در پس‌آزمون داشته است و این نشان از تأثیرگذاری این روش درمانی بر بیماران وسواسی-اجباری دارد. با توجه به ثبات میانگین نمرات در افراد گروه کنترل می‌توان استنباط کرد که اختلال وسواس-اجباری در صورت عدم درمان، یک مشکل ثابت و پایدار است که گذشت زمان منجر به تثبیت و حتی توسعه آن می‌شود. این مسئله تأکیدی است بر این موضوع که احتمال بهبودی در وسواس بدون دخالت عامل درمانی بسیار ناچیز و حداقل در بزرگسالی نامحتمل است. از جمله محدودیت‌های مطالعه‌ی حاضر می‌توان به در دسترس نبودن تعداد دقیقی از جامعه‌ی افراد با اختلال وسواس در شهر سیرجان و عدم همکاری بعضی از مراکز مشاوره و مراجعان دچار اختلال وسواسی-اجباری می‌باشد.

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود

به استفاده از درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بیشتر از درمان فراشناختی بر روی کاهش نشانگان اختلال وسواسی-اجباری در مراجعان مراکز مشاوره توجه شود. در نهایت این درمان را

Reference

1. Seyyed Mohammadi Y. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. (Translation). American Psychiatric Association. 5th ed. Washington: APA; 2013: 347-8.
2. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. JBTEP 2008;39(2):117-32.
3. White K, Steketee GS, Julian J. Course and comorbidity in OCD. 1st ed. Unpublished manuscript; 1992: 331-6.
4. Mokammeli Z, Neshatdoost H, Abedi MR. Effectiveness of cognitive behavior group therapy in obsessive compulsive disorder. Advances in Cognitive Science 2005; 28(6):8-13. [Persian]
5. Riggs D, Foa E. Obsessive-compulsive disorder. In D.H. Barlow (Ed.), Clinical Handbook of psychotherapy. 2nd ed. New York: The Guilford Press; 1993: 189-239.
6. Foa EB, Steketee G, Grayson JB, Turner RM, Latimer PR. Deliberate exposure and blocking of obsessive-compulsive rituals: Immediate and long-term effects. Behavior Therapy 1984;15(5):450-72.

7. Abolghasemi SH, Safar YN. Comparison of Effectiveness of exposure and response prevention & Flooding the compulsive washing Technique on Obsessive Compulsive Disorder in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Healthy breeze* 2012; 1(1): 31-4. [Persian]
8. Imani M, Mahmood AM, Bakhshi PA, Farnam A, Gholizadeh H. A Comparative Study of the Cognitive Effectiveness of Behavioral Therapy, Exposure and Response Prevention and Fluoxetine in Improving Patients with Obsessive-Compulsive Disorder, *SHUMS* 2008; 16(34): 39-50. [Persian]
9. Hamid N, Ataie MV, Eydi BM. Comparison efficacy of three methods of cognitive behavior therapy, pharmacotherapy and cognitive behavior therapy whit exposure and response prevention in obsessive compulsive disorder symptoms. *Jentashapir* 2012; 3: 1-12. [Persian]
10. Aliloo M, Imani M, Bakhshi PA, Farnam A. The Effect of Therapeutic Methods of Cognitive Behavioral Therapy, Exposure and Prevention of Responses in Obsessive-Compulsive Disorder. *MJTU MS* 2009;31(3): 71-7. [Persian]
11. Franklin ME, Abramowitz JS, Kozak MJ, Levitt JT, Foa EB. Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. *JCCP* 2000;68(4):594-602.
12. Mahdavi H, Faramarzi S. The Effect of Combined Therapy Treatment with Response Inhibition and Parent's Behavioral Training on Obsessive-Compulsive Disorder in Children with Collaboration Disorder, Coping Disorder, and Obsessive-Compulsive Disorder. *JFMH* 2016;18: 449-54.
13. Arch JJ, Abramowitz JS. Exposure therapy for obsessive-compulsive disorder: An optimizing inhibitory learning approach. *JOCRRD* 2015;6:174-82.
14. Myers SG, Fisher PL, Wells A. Metacognition and cognition as predictors of obsessive-compulsive symptoms: A prospective study. *IJCT* 2009;2(2):132-42.
15. 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. *JAD* 2009;23(4):436-42.
16. Wells A. *Metacognitive Therapy for Anxiety and Depression*. 1nd ed. New York: Guilford Press; 2009: 215-20.
17. Firoozabadi A, Shareh H. Effectiveness of detach mindfulness technique in one case with obsessive compulsive disorder. *ACS* 2009; 42(7):1-7. [Persian]
18. van der Heiden C, van Rossen K, Dekker A, Damstra M, Deen M. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *JOCRD* 2016;9:24-9.
19. Abdolazadeh F, Javanbakht M, Abdolazadeh H. A Comparative Study on the Effect of Metacognitive Therapy and Drug Therapy. *JSUMS* 2011; 18 (2): 110-8. [Persian]
20. Rees CS, van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *JBTEP* 2008;39(4):451-8.
21. Andooz z. Efficacy of the wells model of meta cognitive therapy in treatment of one case with obsessive compulsive disorder. *IJPCP* 2006; 12(1):59-66. [Persian]
22. Rajezi ES, Fata L, Hassanabadi HR, Yaghuobi H, Zahiroddin A, Sadr SS, et al. Application of Metacognitive Therapy in Reducing Signs and Increasing the Level of Performance in Obsessive Compulsive Disorder Drug Resistant Disorder: A Case Study. *JRM* 2016; 5(2): 40-51. [Persian]
23. Hansmeier J, Exner C, Rief W, Glombiewski J. A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder. *JOCRD* 2016;10:42-8.
24. Simons MA, Schneider SB, Herpertz-Dahlmann B. Metacognitive Therapy versus Exposure and Response Prevention for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychother Psychosom* 2006;75(1):257-264.
25. Solem S, Håland ÅT, Vogel PA, Hansen B, Wells A. Change in metacognitions predicts outcome in obsessive-compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. *BRT* 2009;47(4):301-7.
26. Barahmand U, Tavakolian E, Alaei S. Association of Metacognitive Beliefs, Obsessive Beliefs and Symptom Severity With Quality of Life in Obsessive-Compulsive Patients. *APN* 2014;28(5):345-51.
27. Asl APSS, KHodabakhsh R., Mehri NSA. Comparison of the Effectiveness of Cognitive and Behavioral and Metacognitive Therapy on Intellectual and Practical Obsession. *JPS* 2017; 13 (1): 83-100. [Persian]
28. Grøtte T, Solem S, Vogel PA, Güzey IC, Hansen B, Myers SG. Metacognition, responsibility, and perfectionism in obsessive-compulsive disorder. *CTR* 2015;39(1):41-50
29. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *BRT* 1977;15(5):389-95.
30. Rachman SJ, Hodgson RJ. *Obsessions and compulsions*. 1nd ed. New Jersey: prentice- Hall; 1980: 120-121.
31. Emmelkamp PM, Beens H. *Cognitive therapy with obsessive-compulsive disorder: A comparative evaluation*.

- BRT 1991;29(3):293-300.
32. Dadfar, M. (dissertation). Comorbidity of personality disorders in obsessive-compulsive patients and comparison with normal people. Tehran: Psychiatric Institute; 1997: 45-50. (Persian)
 33. Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. 1nd ed. New York: John Wiley & Sons ; 2003; 218-225.
 34. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. 1nd ed. New York: The Guilford Press; 2011: 242-76.
 35. Morris RJ, Kratochwill TR. The practice of child therapy. 5nd ed. United States: Taylor & Francis Group; 2012: 183-351.

Comparison of the Effect of Exposure and Response Prevention Therapy and Metacognitive Therapy on Obsessive-compulsive Disorder Syndrome

Nosrat Abadi M¹, Afzali Grouh A², Zarehparvar Tali M³

1- MSc, Dept of General Psychology, Bahonar University of Kerman, Kerman, Iran. (Corresponding Author)

Email: motinosi1367@gmail.com, Tel: 09375357013

2-MSc, Dept of General Psychology, Zarand Islamic Azad University, Kerman, Iran.

3- Assistant Prof, Dept of Sociology, Islamic Azad University, Kerman branch, Kerman, Iran.

Received: 31 October 2017 Accepted: 25 May 2018

Introduction: Today, there are an increasing number of patients suffering from obsessive-compulsive disorder or repetitive behaviors and as a result interfering with their daily life activities. Therefore, treatment of this disorder is of particular importance for therapists working on this field. The purpose of this study was to compare the efficacy OF exposure and response prevention therapy and metacognitive therapy in patients with obsessive-compulsive disorder.

Materials and Methods: This is a semi-experimental study with pre- and post-test and a control group. Statistical population included people with obsessive-compulsive referred to counseling centers of Sirjan City. Forty five patients selected as convenience sample were then randomly divided into three groups of 15, two test groups and one control group. The first test group received 8 weekly sessions of meta-cognitive therapy. Exposure and response prevention therapy was assigned for the second test group with similar duration and control group received an irrelevant intervention. The data gathering instrument was the Obsessive-Compulsive checklist of Madesley. Descriptive statistics, covariance analysis and Tukey post hoc test were used to analyze the data.

Results: The results indicated that exposure and response prevention therapy had a significant effect on reduction of the mean scores of the obsessive-compulsory disorder compared to the control group ($p=0.012$). Also, the difference between the scores of pre- and post-test was statistically significant ($p=0.033$).

Conclusion: Based on the findings of this study, the effect of exposure and response prevention therapy on reduction of obsessive-compulsive disorder was higher than that of meta-cognitive therapy and it may be a useful and applicable therapeutic method for relevant therapists working at consultant centers.

Keywords: Exposure therapy and response prevention therapy, Meta-cognitive therapy, Obsessive-compulsive disorder, consultant centers.

Please cite this article as follows:

Nosrat Abadi M, Afzali Grouh A, Zarehparvar Tali M. Comparison of the Effect of Exposure and Response Prevention Therapy and Metacognitive Therapy on Obsessive-compulsive Disorder Syndrome. *Community Health journal* 2018; 12(1): 49-59.

Funding: Personal funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical approval: Ethical approval was obtained from Islamic Azad University, Kerman branch.