

مقاله پژوهشی اصیل

**اثربخشی آموزش روش خوددرمانی به شیوه شناختی - رفتاری
بر علائم اختلال وسواسی - اجباری**

زهرامکملی^۱

دکتر محمدرضا عابدی

دکتر سیدمجتبی مرتضوی
()

هدف: این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش روش خوددرمانی شناختی-رفتاری بر کاهش علائم اختلال وسواسی - اجباری در بیماران سرپایی مراجعه کننده به مراکز خدمات روانشناختی اصفهان اجرا گردید. **روش:** ۱۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری به روش تصادفی زمانی از میان جامعه پژوهش انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه پنج نفره شامل یک گروه آزمایشی و یک گروه شاهد قرار گرفتند. پرسشنامه وسواسی - اجباری مادزلی به عنوان پیش‌آزمون در مورد دو گروه اجرا شد. گروه آزمایشی به مدت دو هفته آموزش روش خوددرمانی شناختی - رفتاری را دریافت کردند و آزمودنی‌های گروه شاهد در فهرست انتظار قرار گرفتند. **یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که آموزش روش خوددرمانی به شیوه شناختی - رفتاری در گروه آزمایشی، باعث کاهش معنادار علائم اختلال وسواسی - اجباری (نسبت به گروه شاهد) در مرحله پس‌آزمون شده است ($p < .005$). **نتیجه‌گیری:** آموزش روش خوددرمانی شناختی - رفتاری ممکن است در بهبود علائم اختلال وسواسی - اجباری مؤثر باشد.

کلید واژه‌ها: روش خوددرمانی شناختی - رفتاری، اختلال وسواسی - اجباری، کارآزمایی بالینی

مقدمه

این اختلال، توجه متخصصان و پژوهشگران بالینی را مجدداً به این اختلال معطوف کرده است. راهبردهای بسیار مؤثر مواجهه و بازداری از پاسخ^۱ به عنوان اولین روش درمانی در درمان این اختلال (هیس^۱، فوا^۲ و کوزاک^۳، ۱۹۹۴)، در ترکیب با روش‌های شناختی که تفسیر فاجعه‌آمیز افکار مزاحم را عامل بروز و تداوم این افکار می‌داند (کلارک و فربورن^۴، ۱۳۸۰)، باعث کاهش چشمگیر علائم این اختلال شده‌اند. کارآیی این روش

اختلال وسواسی - اجباری^۲ یکی از انواع گوناگون اختلالات اضطرابی^۳ است که به وسیله افکار، تصاویر ذهنی ناخواسته و مزاحم که فرد آنها را بی‌معنا، نپذیرفتنی و مقاومت‌ناپذیر تلقی می‌کند و نیز با تمایل به خنثی‌سازی^۴ و جبران این افکار و تصاویر ذهنی مربوط مشخص می‌گردد. این تمایل اغلب به شکل رفتار اجباری یا آیینی^۵ بروز می‌کند (هاوتون^۶، کرک^۷، سالکووسیکس^۸ و کلارک^۹، ۱۳۷۶). پیشرفت‌های قابل ملاحظه در درمان‌های رفتاری و دارویی

- 2- obsessive-compulsive disorder
- 3- anxiety disorders
- 5- ritualistic behavior
- 7- Kirk
- 9- Clarck
- 11- Hiss
- 13- Kozak
- 4- neutralizing
- 6- Hawton
- 8- Salkoviskis
- 10- exposure & response prevention
- 12- Foa
- 14- Fairburn

۱- نشانی تماس: اصفهان، چهارباغ خواجو، مکتبه خواجو، کوی اوحدی، شماره ۱۰، واحد ۴.
Email: zmokmeli@yahoo.com

زهرا مکملی و همکاران

مدت حداقل سه هفته به تمرین‌های مواجهه و بازداری از پاسخ پرداخت. نتایج حاکی از آن بود که هر دو گروه به یک میزان بهبود یافتند.

تولین^{۱۴} (۲۰۰۱) در مطالعه موردی روی یک کودک پنج‌ساله مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری شدید، اثربخشی روش شناختی - رفتاری را با استفاده از راهنمای آموزشی و کتابچه درمانی مورد بررسی قرار داد. ابزار درمان شامل راهنمای آموزشی والدین و معلمان برای خاموش‌سازی رفتار اجباری کسب اطمینان کودک و کتابچه درمانی بود. در طول دوره درمان، رفتار اجباری کسب اطمینان به سرعت رو به کاهش گذاشت. همچنین در طول دو دوره پیگیری یک‌ماهه و سه‌ماهه پس از درمان، نشانه‌های اختلال وسواسی - اجباری به‌طور قابل ملاحظه‌ای کاهش یافت.

بچوفن^{۱۵} و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهشی تحت عنوان خودسنجی و خوددرمانی خانگی اختلال وسواسی - اجباری با استفاده از راهنمای آموزشی و مصاحبه تلفنی از طریق تعامل رایانه‌ای دریافتند که این سیستم خوددرمانی که بر اساس روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ طراحی شده است، به‌طور معناداری به همان میزان داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین، موجب بهبود نشانه‌های اختلال وسواسی - اجباری، خلق و سازگاری اجتماعی و شغلی آزمودنی‌ها شده است. در این پژوهش همه کسانی که حداقل دو تکلیف مواجهه و بازداری را انجام داده بودند، در نمره نهایی مقیاس بیل - براون^{۱۶} پیشرفت معناداری نشان دادند.

مارکس^{۱۷} و همکاران (۱۹۹۸) نیز برای ارزیابی مؤلفه‌های خودسنجی و خوددرمانی براساس برنامه رفتاردرمانی گام به گام، در یک نمونه متشکل از ۶۳ بیمار دچار اختلال وسواسی - اجباری در مراکز درمانی دو کشور ایالات متحده آمریکا و انگلستان تأثیر روش خوددرمانی را بررسی کردند. شرکت‌کنندگان در پژوهش

ترکیبی در درمان وسواس، با پژوهش‌های باز و کنترل‌شده متعدد (رندال^۱، ۲۰۰۴؛ فرانکلین^۲، آبراموویتز^۳، باکس^۴، زولنر^۵ و فینی^۶، ۲۰۰۲) نشان داده شده است.

اخیراً به‌جای روش‌های معمول روان‌درمانی چهره به چهره (حضور) و یا گروه‌درمانی سنتی، چندین شیوه روان‌درمانی به‌عنوان شیوه‌های جایگزین مورد توجه قرار گرفته است. این درمان‌ها شامل واگذاری کنترل درمان به مراجعان، متن‌درمانی، استفاده از نرم‌افزارهای رایانه‌ای تعاملی قابل اجرا روی رایانه‌های شخصی و استفاده از برنامه‌های رایانه‌ای کنترل‌شونده با تلفن می‌باشد (منزیس^۷، دسیلوا^۸ و منزیس^۹، ۲۰۰۳). طی این شیوه‌های جایگزین که تحت عنوان خوددرمانی در درمان اختلال وسواسی - اجباری کاربرد فراوانی یافته‌اند، بیمار با دخالت اندک درمانگر بخش عمده‌ای از برنامه درمان رفتاری این اختلال را اجرا می‌کند. البته چون در این روش درگیر شدن بیماران در درمان کاملاً ضروری است، برای شرکت در این درمان عدم ابتلای درمان‌جویان به اختلالات همراه، از جمله اختلال شخصیت و نیز افسردگی شدید الزامی است (مچ^۹، سارتاریوس^{۱۰}، اکاشا^{۱۱} و زوهر^{۱۲}، ۲۰۰۲). ضمن این که به دلیل اهمیت حضور فیزیکی درمانگر متخصص در افزایش بازده درمان و تسهیل روند آن، استفاده نادرست از روش‌های خوددرمانی مبتنی بر متن آموزشی و کتاب‌درمانی با برنامه‌های رایانه‌ای تعاملی گاهی خود باعث اختلال و کندی روند درمان می‌شود. ضمن این که استفاده از این شیوه درمانی برای مراجعان بی‌سواد، کم‌سواد و یا دارای تحصیلات پایین مشکل ایجاد می‌کند و این موضوع از وسعت حیطه کار این روش می‌کاهد. با وجود این کاربرد پژوهش‌های انجام شده با روش خوددرمانی رفتاری یا شناختی - رفتاری نتایج مثبت و قابل تأملی داشته است.

در مطالعه‌ای ناکاگاوا^{۱۳} و همکاران (۲۰۰۰) میزان اثربخشی این شیوه را بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی - اجباری بررسی کردند. در این مطالعه یک گروه همتاسازی شده شامل ۲۰ بیمار وسواسی به‌وسیله یک درمانگر و با استفاده از روش مواجهه و بازداری تحت درمان قرار گرفت و گروه دیگر با استفاده از روش خوددرمانی از طریق راهنمای آموزشی و استفاده از سیستم تلفنی به

1- Randall
3- Abramowitz
5- Zoellner
7- Menzies
9- Maj
11- Okasha
13- Nakagawa
15- Bachofen
17- Marks

2- Franklin
4- Bux
6- Feeny
8- De Silva
10- Sartorius
12- Zohar
14- Tolin
16- Yale-Brown

معیارهای تشخیصی اختلال وسواسی - اجباری را داشتند، ولی به هیچ یک از اختلالات افسردگی^۱، سایکوتیک^۲، سوء مصرف مواد^۳ یا اختلالات شخصیت^۴ مبتلا نبودند. نتایج نشان داد که همه شرکت کنندگانی که دست کم دو مورد از تکالیف مواجهه و جلوگیری از پاسخ را انجام داده بودند، در نمره نهایی مقیاس وسواسی - اجباری ییل - براون پیشرفت و بهبود معناداری پیدا کردند و هر چه این افراد تکالیف بیشتری انجام می دادند، به همان میزان بهبودی بیشتری نشان می دادند.

فريتزلر^۵، هکر^۶ و لوسی^۷ (۱۹۹۷) متن درمانی همراه با کمترین حد ارتباط با درمانگر را در گروهی متشکل از نه بیمار مبتلا بررسی کردند. اطمینان از این که آزمودنی‌ها مطالب را مطالعه و به دستورات عمل کرده باشند، در یک دوره ۱۲ هفته‌ای متشکل از پنج جلسه دیدار برنامه‌ریزی شده برگزار گردید. در این دیدارها درمانگر هیچ گونه تمرین یا برنامه‌ریزی درمانی نداشت. نتایج نشان داد متن درمانی در کنار حضور حداقل درمانگر برای بیمارانی که علائم شدید نداشتند، مؤثر بود و در تعامل حداقل با درمانگر نتیجه درمانی بهتر از زمانی است که اختلالات اضطرابی بیمار صرفاً به وسیله درمانگر متخصص درمان می شود.

کلارک، کربای^۸، دانیلز^۹ و مارکس^{۱۰} (۱۹۹۸) با طراحی موقعیت‌های پرتنش و طی یک برنامه رایانه‌ای تعاملی، خوددرمانی را با آموزش اصول مواجهه با موقعیت‌های پرتنش و بازداری از آنها اجرا کردند. اثربخشی سه جلسه در مورد ۱۳ نفر ارزیابی شد. نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس پادوا^{۱۱} و پرسشنامه افسردگی بک^{۱۲} حاکی از کاهش علائم بود ولی نمره پرسشنامه ییل - براون در این مورد کاهش نشان نداد. نتایج حاکی از آن بود که در مجموع برنامه رایانه تعاملی پیش درآمد سودمندی برای انجام درمان رفتاری است، هر چند نمی‌تواند جانشین درمان حضوری و نظارت درمانگر شود. این روش زمان لازم برای درمان استاندارد اختلال را کاهش می دهد.

شوارتز^{۱۳} و بیت^{۱۴} (۱۹۹۷) نوعی روش خوددرمانی شناختی - رفتاری را معرفی و ارائه کرده که طی یک برنامه درمانی چهار مرحله‌ای بیمار را قادر می سازد تا مواجهه و بازداری از پاسخ

را به طور انفرادی و بدون دخالت درمانگر انجام دهد. این روش در اصل نوعی رویکرد انگیزشی است که در آن شناخت نقش مهمی در آموزش فنون رفتاردرمانی بازی می کند. به عبارتی یادگیری و اطلاع از برخی حقایق اساسی مربوط به وسواس باعث بازسازی شناختی مجدد این وضعیت (به عنوان یک وضعیت طبی که به درمان پاسخ می دهد) می شود. این روش چهار مرحله اساسی دارد:

- ۱- برجسب زنی مجدد^{۱۵}، ۲- اسناددهی مجدد^{۱۶}، ۳- تمرکز مجدد^{۱۷}، ۴- ارزش گذاری مجدد^{۱۸}. هدف اساسی این چهار مرحله، آموزش بیمار در زمینه نحوه درگیری مغز در این اختلال، آشنا کردن او با زیربنای بیولوژیکی اختلال و نقش سوء عملکردهای نواحی خاص مغز و نیز عدم تعادل شیمیایی آن در بروز علائم و نشانه‌های وسواسی با تأکید بر این مسأله است که بیمار می تواند این وضعیت را با انجام رفتارهای خاص کنترل نماید. در این روش رایانه نحوه مواجهه و بازداری از این جهت که به شکل گیری و ایجاد نوعی احساس توانمندی در کنترل فرآیندهای مغزی منجر می شود، کاملاً برانگیزاننده بوده، و جنبه آزردهنده آن بسیار کم رنگ است. همین موضوع باعث می شود که فرد بدون نیاز به نظارت مستقیم و عملی درمانگر به استفاده از این روش کاملاً راغب باشد. پژوهش‌های صورت گرفته با این روش (شوارتز، ۲۰۰۶؛ گوریس^{۱۹}، ۲۰۰۶؛ شوارتز، ۲۰۰۲) بیانگر تأثیر مثبت و قابل ملاحظه این روش در کوتاه مدت است، به نحوی که استفاده از این روش را در اروپا و آمریکا کاملاً رایج ساخته است.

در این زمینه دو پژوهش داخلی یافت شد. در پژوهش اول، ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری که بر اساس مصاحبه بالینی به وسیله روانشناس بالینی و روانپزشک عدم ابتلای آنها به اختلال افسردگی اساسی و اختلالات شخصیت تأیید شده بود، در دو گروه ده نفره، شامل یک گروه آزمایشی و یک گروه شاهد تحت درمان به روش خوددرمانی قرار گرفتند. افراد گروه آزمایشی

- | | |
|---------------------|-------------------------------|
| 1- depressive | 2- psychotic |
| 3- substance abuse | 4- personality disorders |
| 5- Fritzier | 6- Hecker |
| 7- Losee | 8- Kirkby |
| 9- Daniels | 10- Marks |
| 11- Padua Inventory | 12- Beck Depression Inventory |
| 13- Schwartz | 14- Beyette |
| 15- relable | 16- reattribution |
| 17- refocus | 18- revalue |
| 19- Gorbis | |

روش

در این کار آزمایی بالینی از طرح پژوهشی نیمه تجربی پیش‌آزمون و پس‌آزمون روی دو گروه آزمایشی و شاهد استفاده شد. نمونه پژوهش ده بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی زمانی از میان جامعه آماری، یعنی مراجعان به مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره سطح شهر اصفهان انتخاب شدند. آزمودنی‌ها از جهت ابتلا به اختلالات همراه، به جز افسردگی خفیف و متوسط، که در مبتلایان به اختلال وسواسی - اجباری بسیار شایع است و منع عملی هم ندارد (مچ و همکاران، ۲۰۰۲) غربال شدند. شدت وسواس آزمودنی‌ها بر اساس نمرات پرسشنامه وسواسی - اجباری مادزلی^۱ (هاجسون^۲ و راجمن^۳، ۱۹۷۷) از خفیف تا شدید ارزیابی شد. هیچ کدام از آزمودنی‌های پژوهش تحت درمان دارویی نبودند. پس از انتخاب آزمودنی‌ها موضوع پژوهش با آنها در میان گذاشته شد تا آگاهانه و با رضایت در آن مشارکت نمایند. پژوهش در دو مرحله اجرا شد. در مرحله اول به منظور تسلط بر روش خوددرمانی شناختی - رفتاری شوارتز، (شوارتز^۴، ۲۰۰۲) درمانگر آموزش‌دهنده که روانشناس ارشد بالینی بود پس از طی دو دوره آموزش به عنوان درمانگر همراه^۵، طرح مشابهی را به صورت آزمایشی روی دو بیمار مبتلا اجرا نمود و پس از اطمینان از کسب کفایت لازم در اجرای روش درمان، مرحله دوم پژوهش نیز اجرا گردید. در مرحله دوم پس از این که روانشناس ارشد بالینی یا روان‌پزشک بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR با آزمودنی‌ها مصاحبه بالینی انجام داد، برای بررسی وضعیت آنها پرسشنامه وسواسی - اجباری مادزلی (هاجسون و راجمن، ۱۹۷۷) به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. آزمون مذکور نوعی پرسشنامه ۳۰ سؤالی صحیح - غلط است و ویژگی‌های روان‌سنجی قابل قبولی دارد.

هاجسون و راجمن (۱۹۷۷) اعتبار همگرا^۶ و پایایی بازآزمایی این پرسشنامه را رضایتبخش و در حدود ۰/۸۹ برآورد کرده است. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۷ گزارش شده و بین نمرات کل آزمون مادزلی و مقیاس پادوا^۷ همبستگی ۰/۷۰ به دست

به مدت شش هفته با استفاده از کتابچه راهنمای درمانی که پژوهشگر آن را تدوین کرده بود و شامل آموزش عملی و ارایه تکالیف خانگی در مورد استفاده از روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ بود، به خوددرمانی پرداختند و در طول درمان هر هفته طی یک برنامه زمان‌بندی شده از طریق تماس تلفنی با پژوهشگر، گزارشی از روند درمان ارایه می‌کردند. آزمودنی‌های گروه شاهد نیز در فهرست انتظار قرار گرفتند. نتایج دال بر تأثیر روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی در بهبود معنادار نشانه‌های کلی وسواس در مرحله پس‌آزمون و تداوم این بهبود پس از یک دوره یک‌ماهه پیگیری بود (اصفهانی، ۱۳۸۳).

در پژوهش دیگری سجادیان (۱۳۸۵) تأثیر آموزش روش ذهن‌آگاهی را بر میزان علائم اختلال وسواسی - اجباری بررسی نمود. از تعداد ۱۸ بیمار مبتلا، نه نفر به مدت شش جلسه به صورت فردی و حضوری در معرض برنامه درمانی آموزش روش ذهن‌آگاهی قرار گرفتند (گروه آزمایشی). این برنامه شامل توضیح ماهیت اختلال وسواسی - اجباری و انواع آن، مراحل چهارگانه ذهن‌آگاهی و ارایه تکالیف خانگی با استفاده از روش ذهن‌آگاهی بود که از طریق یک کتابچه راهنمای محقق ساخته و با هدایت پژوهشگر به هر بیمار آموزش داده شد. در طول درمان علاوه بر جلسات حضوری هفتگی، بیماران از طریق تماس تلفنی با پژوهشگر در ارتباط بودند و برای رفع مشکلات احتمالی در انجام تکالیف، راهنمایی‌های لازم را دریافت نمودند. آزمودنی‌های گروه شاهد فقط دارو می‌گرفتند و تحت هیچ نوع درمان روانشناختی نبودند. نتایج نشان داد که آموزش روش ذهن‌آگاهی به بهبود معنادار علائم وسواسی - اجباری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری منجر شده است.

با توجه به مطالب فوق، هدف این پژوهش بررسی تجربی کارآیی آموزش شیوه خوددرمانی در زمینه کاهش علائم اختلال وسواسی - اجباری با استفاده از روش شناختی - رفتاری شوارتز بود. در واقع پرسش پژوهش این بود که آیا منطبق با نتایج بررسی‌های انجام شده در خارج از کشور، آموزش روش خوددرمانی شناختی - رفتاری به کاهش معنادار علائم اختلال وسواس منجر می‌گردد یا این که روش درمانی در جامعه ما تأثیر کمتری دارد.

1- Maudsly Obsessive Compulsive Inventory
2- Hodgson
3- Rachman
4- Schwartz
5- cotherapist
6- convergent validity
7- Padua inventory

آمده است. سانایو^۱ (۱۹۸۸)، به نقل از منزیس و همکاران، (۲۰۰۳). اعتبار محتوایی این آزمون را در ایران قاسم‌زاده (۱۳۸۰)، به نقل از سجادیان، (۱۳۸۵) بررسی و تأیید کرده و پایایی بازآزمایی آن را علی‌لو (۱۳۸۵)، به نقل از همان‌جا) روی یک گروه ۲۵ نفره ۰/۸۲ برآورد نموده است.

در ادامه آزمودنی‌ها به شیوه تصادفی در دو گروه پنج نفره (شامل یک گروه آزمایشی و یک گروه شاهد) قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایشی به صورت فردی یک دوره فشرده (پنج جلسه طی دو هفته) آموزش خوددرمانی را منطبق با مراحل چهارگانه خوددرمانی شناختی - رفتاری شوارتر گذراندند. محتوای چهار جلسه اول عبارت بود از:

۱- تأکید بر نقش انگیزش در کنترل نشانه‌ها و ایجاد این بینش اساسی در بیمار که احساس وسواسی نوعی تمایل مربوط به بیماری است. این بینش باعث می‌شود تا بیمار با درک این موضوع که این تمایلات و احساسات واقعی نیستند و صرفاً احساس غیرمعتبر و ناشی از بیماری‌اند، تمایلات و افکار وسواسی شدید را با جرأت و جسارت در ذهن خود حالات وسواس و اجبار نام‌گذاری نماید. برای مثال به بیمار آموزش داده می‌شد که تمرین کند و به خود بگوید فکر نمی‌کنم یا احساس نمی‌کنم که دست‌هایم کثیف باشند، بلکه این یک فکر یا تمایل وسواسی است که به من می‌گوید دست‌هایم کثیف هستند و باید آنها را بشویم. این یک احساس بیمارگونه است و نباید به آن اهمیت بدهم.

۲- هدف گام دوم آشنا کردن بیمار با زیربنای بیولوژیکی اختلال و نقش بدکارکردی‌های نواحی خاص مغز و نیز عدم تعادل شیمیایی آن در بروز علائم و نشانه‌های وسواسی بود تا به وسواس به‌عنوان یک مانع مغزی نگاه کند که نتیجه آن ایجاد اشکال در فیلتر کردن مؤثر و سریع افکار و رفتارهای مبتنی بر آنها و آسیب و به‌هم‌ریختگی آنها بود. برای مثال، بیمار یاد می‌گرفت که در نتیجه این بدکارکردی، بخش جلویی مغز بسیار پرکار شده و انرژی بسیار زیادی صرف می‌کند؛ درست شبیه گیر افتادن چرخ‌های ماشین در یک گودال که چرخش چرخ‌های ماشین نه تنها به خارج شدن آنها کمکی نمی‌کند، بلکه باعث عمیق‌تر شدن گودال و گیر افتادن بیشتر در آن می‌شود. در وسواس نیز که انرژی بسیار زیادی در قسمت قدامی مغز مصرف می‌شود، در کورتکس نوعی مدار دایره‌وار

ایجاد می‌شود که به بازیابی دایره‌وار و اشتباه اطلاعات می‌انجامد. همین موضوع باعث می‌شود وسواس افراد را به انجام رفتارهای زاید و تکراری وادارد.

۳- بلافاصله پس از این مرحله با تأکید بر این مسأله که بیمار می‌تواند این وضعیت را با انجام رفتارهای خاص کنترل نماید، با توجه دادن بیمار به نقش منطقی این روش در برقراری تعادل بیوشیمیایی مغز روش مواجهه و بازداری از پاسخ به‌طور دقیق برای وی تشریح شد. با این کار بیمار به استفاده از این روش و کنترل رفتارهای زاید خود کاملاً ترغیب می‌شد. به بیمار آموزش داده می‌شد که در هنگام بروز تمایلات شدید وسواسی با استفاده از روش تمرکز مجدد برای چند دقیقه توجه خود را بر موضوع دیگری متمرکز نماید و به کار دیگری مشغول شود.

۴- در مرحله چهارم به بیمار نحوه ارزیابی افکار و تمایلات وسواسی آموزش داده می‌شد تا فرد با ارزیابی مجدد نظام فکری و تمایلات وسواسی فاقد ارزش و اهمیت واقعی هستند. مسأله مهم این روش تأکید بر نقش اساسی انجام تکالیف خانگی و اجرای روزانه گام‌های چهارگانه به‌عنوان مهم‌ترین عامل بهبوددهنده و تداوم آن در فرد بود. در کلیه مراحل نقش درمانگر محدود به آموزش روش و پاسخ به سؤال‌ها بود و نه اجرای عملی آنها. جلسه پنجم به ارزیابی دقیق وضعیت آزمودنی‌ها از لحاظ میزان بهبود و کاهش نشانه‌ها، موانع و مشکلات احتمالی موجود در اجرای روش پس از خاتمه جلسات و ارزیابی راهکارهای لازم اختصاص یافت. آزمودنی‌های گروه شاهد در مدت یک ماه هیچ نوع درمانی دریافت نکردند. در پایان دوره پس از ارزیابی هر دو گروه به‌وسیله آزمون مادزلی، نتایج به کمک برنامه آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در این پژوهش متغیر پیش‌آزمون به دلیل وجود رابطه معنادار با متغیر وابسته، با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل شد. یعنی تأثیر نمرات پیش‌آزمون بر متغیر وابسته با استفاده از روش

1- Sanavio

زهره مکملی و همکاران

نمرات وسواسی - اجباری آزمودنی‌های گروه آزمایشی در مقایسه با گروه شاهد در مرحله پس‌آزمون شده است.

بحث

خوددرمانی یکی از شیوه‌های جایگزین روش‌های معمول روان‌درمانی است که طی آن بخش عمده درمان رفتاری را شخص بیمار و بخش اندک آن را درمانگر بر عهده می‌گیرد. گرچه برای درمان اختلالات روانی این روش کاربرد بسیار یافته، اما در درمان اختلال وسواسی - اجباری رویکرد قابل بحثی است که معمولاً به عنوان مکمل درمان حضوری و چهره به چهره (و نه به‌طور کلی جانشین درمان) مطرح شده است (منزیس و همکاران، ۲۰۰۳). بر همین اساس هدف از اجرای این پژوهش، بررسی تأثیر این روش به شیوه شناختی - رفتاری شوارتز روی ۱۰ بیمار مبتلا بود، به نحوی که بتوان با حذف عوامل کاهنده تأثیر درمان در حد امکان - که مهم‌ترین آنها عدم حضور فیزیکی درمانگر است - بیشترین آثار درمانی را تأمین نمود.

این پژوهش در قالب دو گروه آزمایشی و شاهد با پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا شد و نتیجه پژوهش نشان داد که آموزش روش خوددرمانی شیوه شناختی - رفتاری منجر به کاهش معنادار علائم اختلال وسواسی - اجباری آزمودنی‌های مذکور (نسبت به آزمودنی‌های گروه شاهد) در مرحله پس‌آزمون می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش شوارتز (۲۰۰۲، ۲۰۰۶)، گوریس (۲۰۰۶)، تولین (۲۰۰۱)، ناکاگاوا و همکاران (۲۰۰۰)، بچوفن و همکاران (۱۹۹۹)، مارکس و همکاران (۱۹۹۸)، کلارک و همکاران (۱۹۹۸) و فریتز و همکاران (۱۹۹۷) هماهنگ است. پژوهش اصفهانی (۱۳۸۳) و خصوصاً پژوهش سجادیان (۱۳۸۵) که تقریباً با روش شوارتز مطابقت دارد نیز مؤید این نتایج است. این موضوع بیانگر تأثیر مثبت این روش در کاهش علائم اختلال وسواسی - اجباری است. در زمینه مزایای احتمالی این روش می‌توان به چند نکته اشاره کرد. از جمله این که استفاده از این روش هزینه‌های درمانی فرد و نظام بهداشتی جامعه را کاهش می‌دهد و امکان بالقوه استفاده از درمان تخصصی و مؤثر را برای تعداد بیشتری از افراد یک محدوده جغرافیایی و زمانی گسترده‌تر فراهم می‌سازد. لذا این

کوواریانس در دو گروه حذف شد تا از این جهت با هم تفاوتی نداشته باشند. به علاوه تعدادی از خصوصیات جمعیت شناختی از جمله سن، جنس، تحصیلات و طول مدت ابتلا در تحلیل اولیه کنترل شدند. چون اگر متغیری با متغیر مستقل رابطه معنادار نداشته باشد، ضرورتی برای کنترل آن وجود ندارد (مولوی، ۱۳۷۹). شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) بیانگر تأثیر معنادار روش آموزش خوددرمانی شناختی - رفتاری بر کاهش علائم اختلال وسواسی - اجباری در مبتلایان (نسبت به گروه شاهد) در مرحله پس‌آزمون بود.

میانگین و انحراف معیار نمرات کل وسواسی - اجباری گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون به ترتیب ۵/۴۰۵ و ۳/۵۷ و برای گروه شاهد ۱۵/۸ و ۵/۰۸ برآورد شد که نشان‌دهنده تفاوت قابل ملاحظه میانگین نمرات وسواس دو گروه در مرحله پس‌آزمون است.

از آنجا که در این پژوهش از آزمون‌های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است، با توجه به تعداد کم آزمودنی‌ها بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون پیش شرط ضروری بود. در این بررسی $df_1=1$ ، $df_2=8$ ، $F=1/325$ و $p=0/283$ محاسبه شد که $p>0/05$ پیش‌فرض تساوی واریانس دو گروه در مرحله پس‌آزمون را تأیید می‌کند. لذا استفاده از آزمون‌های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل داده‌ها مجاز بود.

نتیجه تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم اختلال وسواسی - اجباری در مرحله پس‌آزمون، بیانگر تفاوت معنادار میانگین نمره باقیمانده وسواس گروه آزمایشی و گروه شاهد است ($F=20/648$ ، $df=1$ ، $p<0/05$). ضریب تأثیر ۰/۷۵ و توان آماری ۰/۹۷ محاسبه شد. به عبارتی میزان تأثیر این روش مداخله‌ای بر کاهش علائم اختلال وسواسی - اجباری (نمره کل آزمون مادزلی) در مرحله پس‌آزمون ۰/۷۵ بوده است. یعنی ۷۵ درصد تفاوت موجود در میانگین نمرات وسواس دو گروه در مرحله پس‌آزمون ناشی از عامل عضویت گروهی است. توان آماری ۰/۹۷ حاکی از دقت آماری بالای این آزمون است. بنابراین با ۹۷ درصد اطمینان می‌توان نتیجه گرفت که آموزش روش خوددرمانی شناختی - رفتاری مؤثر بوده، باعث کاهش معنادار

روش از نظر صرفه‌جویی اقتصادی (کاهش هزینه‌های درمان)، زمانی و انرژی دارای اهمیت است. از طرفی روش‌های مدیریت شخصی یا خوددرمانی که کنترل بیشتر بیمار را بر روند درمان خود می‌طلبد، بر ایجاد و افزایش مهارت بیمار در استفاده از جلسات آموزشی تأکید دارد. این روش به دلیل تأکید بر ارائه اطلاعات و آموزش‌های مهم و مؤثر به بیمار در مورد ماهیت مشکل و آموزش روش کنترل آن و نیز نقش اساسی انجام تکالیف خانگی مستمر در کسب مهارت انجام درمان و کنترل موقعیت‌های وسواس برانگیز در مقایسه با روش‌هایی که با دخالت، کنترل و نظارت مستقیم درمانگر و طی جلسات درمان متعدد صورت می‌گیرد، در درازمدت احتمال عود مشکل را کمتر می‌کند. البته در این پژوهش به دلیل فقدان دوره پیگیری امکان ارزیابی این موضوع وجود نداشت، بنابراین انجام پژوهش‌های دقیق و کنترل‌شده که دارای دوره پیگیری طولانی‌تر باشند، ضروری به نظر می‌رسد.

نکته اساسی دیگر که موجب اقبال افراد به ویژه بیماران به این روش می‌شود، توجه به ماهیت غیرقابل قبول تکانه‌های وسواسی و نشانه‌های آزاردهنده و گاهی شرم‌آوری است که باعث ناراحتی و پریشانی فرد مبتلا می‌شود، به طوری که اساساً فرد به دلیل گریز از فشار این تکانه‌هاست که به رفتارهای وسواسی پناه می‌برد و برای پنهان کردن علائم خود از دیگران تلاش مضاعفی می‌کند. از آنجا که روش خوددرمانی به ارتباط کاملاً مستقیم و نزدیک بیمار و درمانگر نیاز ندارد، باعث می‌شود انرژی و استفاده مثبت از آن صرف کنترل علائم به وسیله شخص بیمار گردد، که این امر به نوبه خود می‌تواند فرآیند درمان را تسهیل نماید.

نتایج پژوهش فریتزلر و همکاران (۱۹۹۷) و کلارک و همکاران (۱۹۹۸) حکایت از کاهش میزان بهبود و ناپایداری نتایج این روش درمانی در طولانی‌مدت دارد. این در حالی است که تعدادی از پژوهش‌ها (مارکس و همکاران، ۱۹۹۸؛ ناکاگوا و همکاران، ۲۰۰۰؛ تولین، ۲۰۰۱) نتایج پژوهش‌های فوق را رد می‌کنند. پژوهش اصفهانی (۱۳۸۳) و سجادیان (۱۳۸۵) پس از پیگیری یک ماهه، تأثیر کوتاه‌مدت این روش درمانی را تأیید می‌کند.

در این پژوهش به دلیل کم بودن فاصله جلسات، دوره آموزش کوتاه شد که این خود می‌تواند کاهش سریع‌تر علائم آزمودنی‌ها را توجیه کند. گرچه این روش به خودی خود خوب است، اما با توجه

به این که پژوهش فاقد دوره پیگیری بوده، ارزیابی میزان تداوم آثار درمانی را امکان‌پذیر نمی‌گرداند. به عبارت دیگر، این احتمال وجود دارد که میزان تأثیر این روش در درازمدت کمتر شود و یا از بین برود. برای رفع این مشکل می‌توان تعداد جلسات آموزشی را بیشتر و فواصل زمانی را کمتر کرد و پیگیری‌های مستمر را به آن افزود. البته بررسی این مسأله تنها با اجرای پژوهش‌های دقیق و نظام‌مند ممکن است. ضمن این که استفاده از این روش در مورد بیماران دارای اختلالات همراه از جمله اختلالات شخصیت و افسردگی شدید دارای محدودیت است (مج و همکاران، ۲۰۰۲).

از محدودیت‌های دیگر این پژوهش حذف‌نشدن اثر تلقین از مداخله و کوچک‌بودن حجم نمونه است. به عبارتی چون آزمودنی‌های گروه شاهد هیچ نوع اقدام غیراختصاصی و غیردرمانی و یا مداخله دارونما دریافت نکرده و به دلیل ملاحظات اخلاقی فقط در فهرست انتظار قرار داده شده بودند، حذف اثر تلقین از تأثیرات درمانی ممکن نشد. به این دلیل و نیز به دلیل محدودشدن تعداد نمونه این پژوهش به دو گروه پنج نفره، نتایج این پژوهش باید با احتیاط تفسیر و تعمیم داده شود. لذا انتظار می‌رود در پژوهش‌های آتی با به کارگیری نمونه‌های بزرگتر، دوره‌های درمان طولانی‌تر و پیگیری‌های کوتاه‌مدت، میان‌مدت و طولانی‌مدت، نارسایی‌های پژوهش‌هایی از این نوع مرتفع شده، از کارآیی واقعی این شیوه نتایج دقیق و مطمئن‌تری حاصل شود. در مجموع می‌توان گفت استفاده از روش خوددرمانی از لحاظ عملی و نظری دارای محاسن و معایبی است و انتخاب آن به عنوان روش درمان جایگزین مستلزم ارزیابی دقیق این عوامل و در نظر گرفتن میزان تأثیر آنها بر روند درمان است. فقط در این صورت است که می‌توان از این روش، نتایج درمانی مطلوب و مناسب انتظار داشت.

سپاسگزاری

بدین وسیله از مسؤولان مراکز مشاوره ناجا، شهید اشرفی، آموزش و پرورش و مرکز درمانی امام جواد (ع) اصفهان که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.

منابع

اصفهانی، م. (۱۳۸۳). بررسی تاثیر روش خوددرمانی به شیوه مواجهه و بازداری از پاسخ بر کاهش علائم وسواس فکری- عملی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه اصفهان.

سجادیان، ا. (۱۳۸۵). بررسی تاثیر روش ذهن آگاهی بر کاهش علائم وسواس فکری- عملی. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. چاپ نشده.

کلارک، د. م. و فربورن، ک. ج. (۱۳۸۰). دانش و روش کاربردی رفتاردرمانی شناختی (ترجمه ح. کاویانی). تهران: انتشارات سنا.

مولوی، ح. (۱۳۷۹). راهنمای عملی SPSS 10 در علوم رفتاری: آمار توصیفی و استنباطی در پژوهش‌ها و پایان نامه‌های ارشد و دکترا. اصفهان: انتشارات مهر قائم.

هاوتون، ک.، کرک، ج.، سالکووسیکس، پ.، و کلارک، د. (۱۳۷۶). رفتاردرمانی شناختی (ترجمه ح. قاسم زاده). تهران: انتشارات ارجمند.

Bachofen, M., Nakagawa, A., Marks, I. M., Park, J. M., Greist, J. H., Baer, L., Wenzel, K. W., Parkin, J. R., & Dottl, S. L. (1999). Home self-assessment and self-treatment of obsessive-compulsive disorder using a manual and a computer-conducted telephone interview: Replication of a UK-US study. *Journal of clinical psychiatry*, 60, 545-549.

Clark, A., Kirkby, K. C., Daniels, B. A., & Marks, I. M. (1998). A pilot study or computer-aided vicarious exposure for obsessive-compulsive disorder. *Australian and New Zealand Journal of psychiatry*, 32, 268-275.

Hiss, H., Foa, E. B., Kozak, M. J., (1994). Relapse prevention program for treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Cilinical Psychology*, 62, 801-808.

Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Bux, D. A., Zoellner, L. A. & Feeny, N. C. (2002). Cognitive behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 162-168.

Fritzler, B. K., Hecker, J. E., & Losee, M. C. (1997). Self directed treatment with minimal therapist contact: Preliminary findings for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour and Research Therapy*, 35, 627-631.

Gorbis, E. (2006). *Intensive OCD Program: It Works. combines modern exposure treatment with self-analytical writing*. Westwood Institute for Anxiety Disorders.

Maj, M., Sartorius, N., Okasha, A., & Zohar, J. (2002). *Obsessive-compulsive disorder*. Chichester, UK: Wiley.

Marks, I. M., Bear, L., Greist, J. H., Park, J. M., Nakagawa, A., Wenzel, K. W., parkin, J. R., Manzo, P.

A., Bachofen, M., Dottl, S. L., & Mantle, J. M. (1998). Home self-assessment of obsessive-compulsive disorder. Use of manual and a computer-conducted telephone interview: Two UK-US studies. *British Journal of psychiatry: The Journal of Mental Sciences*, 172, 406-412.

Menzies, R. G., De Silva, P., & Menzies, R. (2003). *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment*. England: Wiley.

Nakagawa, A., Marks, I. M., Park, J. M., Bachofen, M., Bear, L., Dottle, S. L., & Greists, J. H. (2000). Self treatment of obsessive-compulsive disorder guided by manual and computer-conducted telephone interview. *Journal of telemedicine telecare*, 6, 22-26.

Randall, N., (2004). Cognitive behaviour therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 1, 14-19.

Schwartz, J., & Beyette, B. (1997). *Brainlock: Free yourself from obsessive-compulsive behavior*. New York: Regan Books.

Schwartz, J. (2002). *Brainlock: The four steps of cognitive behavioral self-treatment for OCD*. Los Angeles, California: Westwood Institute for Anxiety Disorders, Inc.

Schwartz, J. (2006). *The Use of Mindfulness in the Treatment of OCD*. Los Angeles, California: Westwood Institute for Anxiety Disorders, Inc.

Toline, D. F. (2001). Case Study: Bobilotherapy and extincthion treatment of obsessive-compulsive disorder in 5 year old boy. *Journal of the American Academic child and Adolescents psychiatry*, 40, 1111- 1114.