

مقایسه‌ی کارایی و اثربخشی "رویارویی و بازداری از پاسخ" با "درمان از طریق کاهش فکر خطرناک" در اختلال وسواس شستشو

زهرا اندوز*، دکتر علی صاحبی**، دکتر سید محمود طباطبایی***

چکیده

مقدمه: در پژوهش حاضر کارایی و اثربخشی روش درمانی کاهش فکر خطرناک (DIRT) در اختلال وسواس شستشو با روش رویارویی و بازداری از پاسخ (ERP) مقایسه شده است.

مواد و روش کار: شش آزمودنی زن مبتلا به وسواس شستشو انتخاب شده، در یک طرح تجربی تک‌موردی از نوع خط پایه‌ی چندگانه در دو گروه جداگانه بررسی شدند. آزمودنی‌های هر گروه در سه مرحله‌ی خط پایه، جلسه‌ی چهارم و جلسه‌ی آخر، پرسش‌نامه‌ی مادزلی (MOCI)، مقیاس بیل-براون، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) و مقیاس میزان ناراحتی کلی (SUD) را تکمیل نمودند. داده‌ها به کمک رسم نمودار ارائه گردید.

یافته‌ها: این پژوهش نشان‌دهنده‌ی کارایی و اثربخشی هر دو روش درمانی ERP و DIRT (به‌ویژه DIRT) در کاهش علائم وسواس شستشو می‌باشد.

نتیجه‌گیری: روش DIRT در درمان وسواس شستشو کارآتر و اثربخش‌تر از روش ERP است.

- :

اختلال وسواسی - اجباری^۲ (OCD) عبارت از وجود

وسواس‌ها یا اجبارهایی دانسته شده که وقت‌گیر باشند و موجب رنج بسیار یا مختل شدن چشم‌گیر

در چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری

اختلال‌های روانی^۱ (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۹۴)

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده. تهران، اوین، دانشگاه شهید بهشتی (نویسنده مسئول).

E-mail: andouz2005@yahoo.com

** دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، دانشگاه سیدنی، استرالیا، سیدنی، بیمارستان وستمد، دپارتمان خانواده درمانی.

*** روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی - درمانی مشهد. مشهد، بلوار حرّ عاملی، بیمارستان ابن سینا، گروه روانپزشکی.

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed.)

2- Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

کارکردهای فرد گردند. میزان شیوع این اختلال در جمعیت عمومی ۲٪ تا ۳٪ می‌باشد (کاپلان^۱ و سادوک^۲، ۱۹۹۸). اختلال وسواس شستشو شایع‌ترین تابلوی بالینی اختلال وسواسی- اجباری است (دی‌سیلیوا^۳ و راجمن^۴، ۱۹۹۹). وسواس فکری "آلودگی" با میزان ۵۰٪ شایع‌ترین وسواس فکری است و رفتار جبری شستشو^۵ و پاکیزه‌سازی^۶ با میزان ۵۰٪ پس از وارسی‌کردن^۷ (با میزان ۶۱٪) قرار دارد (جنیک^۸، بیر^۹ و مینی‌چیلو^{۱۰}، ۱۹۹۸). گفتنی است که در کشور ما با توجه به بافت مذهبی آن زیرگونه‌ای^{۱۱} از وسواس شستشو به نام "نجاست" نیز وجود دارد. این زیرگونه وسواس شستشو در کشور ما با آن که میزان شیوع بالایی دارد به‌طور جدی مورد بررسی قرار نگرفته است.

اختلال وسواسی- اجباری طی چندین دهه، یکی از مقاوم‌ترین بیماری‌های روانی نسبت به درمان به‌شمار می‌رفت (ریگز^{۱۲} و فوا^{۱۳}، ۱۹۹۳). پیشرفت‌های به‌دست آمده در درمان رفتاری و دارویی در سه دهه‌ی اخیر درمان این بیماران را بهبود بخشیده است. در سال ۱۹۹۵ انجمن روانشناسی آمریکا نشان داد که شیوه‌ی استاندارد درمان رفتاری "رویارویی و بازداری از پاسخ"^{۱۴} (ERP) از درمان‌های تثبیت شده برای اختلال وسواسی- اجباری به‌شمار می‌رود (بارلو^{۱۵} و هافمن^{۱۶}، ۱۹۹۷). در حال حاضر درمان‌های انتخابی این اختلال ERP و استفاده از داروهای بازدارنده‌ی بازجذب سروتونین می‌باشد. متأسفانه هر دو شیوه‌ی درمانی یادشده دارای نارسایی‌ها و کمبودهای جدی هستند (جونز^{۱۷}، منزیس^{۱۸} و کروک‌مالیک^{۱۹}، ۲۰۰۱). پیگوت^{۲۰} و سای^{۲۱} (به نقل از ویتال^{۲۲}، راجمن و مک‌لین^{۲۳}، ۲۰۰۲) گزارش کرده‌اند که در درمان‌های دارویی OCD، عود^{۲۴} زیاد است. افزون بر آن ۱۰٪ تا ۲۰٪ بیماران از دارو درمانی خودداری و یا مصرف دارو را به دلیل عوارض جانبی آن قطع می‌کنند (راسموسن^{۲۵} و آیزن^{۲۶}، ۱۹۹۷). از سوی دیگر نشان داده شده اگر مراجعانی را که از شروع یا ادامه‌ی درمان رفتاری

خودداری می‌کنند نیز به‌شمار آوریم، میزان موفقیت واقعی ERP ممکن است تا ۵۰٪ کاهش یابد (گرایسون^{۲۷} و استکتی^{۲۸}، ۱۹۸۵).

در سال‌های اخیر بسیاری از درمانگران، اصول و روش‌های شناختی را با چارچوب رفتار درمانی همراه نموده‌اند و برای مشخص نمودن این روش عبارت "رفتار درمانی شناختی"^{۲۹} را به‌کار می‌برند (ریگز و فوا، ۱۹۹۳). روش‌های شناختی در درمان اختلال وسواسی- اجباری در زمینه‌ی آماده نمودن بیمار برای انجام اقدامات درمانی و کمک به پیش‌گیری از بازگشت وی به وضعیت گذشته، پس از پایان دوره‌ی درمان کاربرد دارد (فوا و کوزاک^{۳۰}، استکتی و مک‌کارتی^{۳۱}، ۱۹۹۲).

امروزه درمان‌های شناختی (هاوتون، سالکوس کیس^{۳۲}، کرک^{۳۳} و کلارک^{۳۴}، ۱۳۷۶)، روش‌های درمانی نوینی را پیشنهاد می‌کنند که سوای رویارویی هستند. پژوهش‌های جونز و منزیس (۱۹۹۸، ۱۹۹۷) نشان دادند که از میان متغیرهای شناختی، "پیش‌بینی خطر" مهم‌ترین متغیر شناختی واسطه‌ای رفتار مرتبط با شستشو در اختلال وسواسی- اجباری می‌باشد. آنان با توجه به این یافته‌ها روش درمانی نوینی را طرح‌ریزی کردند. در این روش هدف اصلی درمانگر کاهش نگرش‌های مرتبط با خطر و پیامدهای ترس‌آور می‌باشد. این روش درمانی "درمان از طریق کاهش فکر خطرناک"^{۳۵} (DIRT) نام دارد.

- | | |
|---------------------------------------|-----------------|
| 1- Kaplan | 2- Sadock |
| 3- Desiliva | 4- Rachman |
| 5- washing | 6- cleaning |
| 7- checking | 8- Jenicke |
| 9- Bear | 10- Minichiello |
| 11- subtype | 12- Riggs |
| 13- Foa | |
| 14- Exposure and Response Prevention | |
| 15- Barlow | 16- Hofman |
| 17- Jones | 18- Menzies |
| 19- Krochmalik | 20- Pigott |
| 21- Saey | 22- Whittal |
| 23- McLean | 24- relapse |
| 25- Rasmussen | 26- Eisen |
| 27- Grayson | 28- Steketee |
| 29- cognitive behavior therapy | |
| 30- Kozak | 31- McCarthy |
| 32- Salkovskis | 33- Krik |
| 34- Danger Ideation Reduction Therapy | |

هدف این پژوهش بررسی کارایی^۱ و اثربخشی^۲ این روش درمان (DIRT) و مقایسه‌ی آن با روش استاندارد و رایج درمان رفتاری بوده است. جونز و منزس (همان‌جا) و جونز و همکاران (۲۰۰۱) دستاوردهای درمانی DIRT را مؤثرتر و کاراتر از دستاوردهای درمانی روش ERP گزارش نمودند. فرضیه‌ی پژوهش حاضر آن است که روش درمانی کاهش فکر خطرناک در کاهش علائم اختلال وسواس شستشو دارای کارایی و اثربخشی می‌باشد و پرسش پژوهش عبارت است از "کدام‌یک از روش‌های درمانی کاهش فکر خطرناک (DIRT) و رویارویی و بازداری از پاسخ (ERP) در کاهش علائم اختلال وسواس شستشو اثربخش‌تر می‌باشد؟"

در این پژوهش، طرح آزمایشی تک موردی^۳ نوع خط پایه‌ی چندگانه^۴ به کار برده شد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را مراجعه‌کنندگان به درمانگاه روانشناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد تشکیل دادند. از میان بیماران مبتلا به اختلال وسواس شستشوی مراجعه‌کننده به درمانگاه یادشده به کمک روش نمونه‌گیری در دسترس و انجام مصاحبه‌ی غربال اولیه، شش نفر انتخاب شده و به تصادف در دو گروه جای داده شدند. مراجعان گروه اول به‌طور انفرادی روش استاندارد درمان رفتاری، رویارویی و بازداری از پاسخ (ERP) را دریافت کردند و مراجعان گروه دوم شیوه درمان به روش کاهش فکر خطرناک (DIRT) را دریافت نمودند.

گردآوری داده‌های پژوهش به کمک پرسش‌نامه‌های

زیر انجام شد:

پرسش‌نامه‌ی وسواسی- اجباری مادزلی^۵ (MOCI)

این پرسش‌نامه در سال ۱۹۷۷ توسط هاگسون و راجمن برای بررسی ابعاد نشانه‌های وسواس تهیه شده است. MOCI افزون بر نمره‌ی کلی وسواس، پنج مقیاس فرعی نیز دارد (وارسی، شستشو، کندی، شک و

تردید و نشخوار فکری) و ابزار خوبی برای بررسی سبب‌شناسی، سیر و پیش‌آگهی انواع شکایت‌های وسواسی می‌باشد. برای این پرسش‌نامه ضریب پایایی محاسبه شده به روش بازآزمایی ۰/۸۹ بوده است (به نقل از ترنر^۶ و بیدل^۷، ۱۹۸۸).

مقیاس وسواسی- اجباری ییل- براون^۸

این مقیاس یک ابزار اندازه‌گیری شدت اختلال وسواسی- اجباری بدون توجه به نوع وسواس یا اجبار می‌باشد. پایایی بین نمره‌گذاران^۹ میان شش متخصص بالینی ۰/۷۰ به دست آمده است. یک بررسی مقدماتی از اعتبار همگرا^{۱۰} با ۲۶ بیمار، همبستگی ۰/۷۲ بین نمرات مقیاس‌های ییل- براون و مادزلی گزارش کرده است (به نقل از هالندر^{۱۱}، زهر^{۱۲} و مارازیتی^{۱۳}، ۱۹۹۴).

مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^{۱۴} (DASS)

این مقیاس توسط لوویباند^{۱۵} و لوویباند (۱۹۹۵) تهیه شده است. ارزش آلفا برای این مقیاس در یک نمونه‌ی هنجاری ۷۱۷ نفری به این شرح به دست آمد: افسردگی ۰/۸۱، اضطراب ۰/۷۳ و استرس ۰/۸۱ (لوویباند و لوویباند، ۱۹۹۵) ارزش آلفا برای این مقیاس در یک نمونه ۴۰۰ نفری از جمعیت عمومی شهر مشهد برای افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶ و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است (صاحبی، میرعبداللهی و سالاری، ۱۳۸۰). هم‌چنین ضریب همبستگی پرسش‌نامه‌ی افسردگی یک، مقیاس استرس ادراک شده و مقیاس اضطراب زونک با خرده‌مقیاس‌های این آزمون به ترتیب برای افسردگی ۰/۶۶، استرس ۰/۴۹ و اضطراب ۰/۶۷ به دست آمده است (همان‌جا). در پژوهش حاضر فرم ۲۱ سؤالی این مقیاس به کار برده شده است.

- | | |
|--|---------------------------|
| 1- efficacy | 2- effectiveness |
| 3- single-case | 4- multiple baseline |
| 5- Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory | |
| 6- Turner | 7- Beidel |
| 8- Yale-Brown | 9- interrater reliability |
| 10- convergent validity | 11- Hollender |
| 12- Zohar | 13- Marazziti |
| 14- Depression, Anxiety, Stress Scale | |
| 15- Lovibond | |

مقیاس واحد ناراحتی ذهنی^۱ (SUD)

در درمان‌های شناختی- رفتاری برای عملیاتی کردن سازه‌ها و مفاهیم، مقیاس‌های درجه‌بندی به کار برده می‌شود. یکی از این مقیاس‌ها، مقیاس واحد ناراحتی ذهنی (SUD) می‌باشد که از صفر تا ۱۰ درجه‌بندی شده و گونه‌ای مقیاس دیداری است که مراجع می‌تواند میزان شدت ناراحتی خود را بر روی آن رتبه‌بندی کند (ولپه^۲، ۱۹۹۰؛ فری^۳، ۱۹۹۹). در این مقیاس صفر به معنی نداشتن مشکل و نمره‌ی ۱۰ به معنی داشتن بالاترین میزان مشکل است.

برای روش درمانی رویارویی و بازداری از پاسخ (ERP) از کتاب "درمان اختلال‌های اضطرابی" اثر اندرو^۴ و همکاران (۱۹۹۹) و برای "روش درمانی از طریق کاهش فکر خطرناک" (DIRT) از کتابچه‌ی راهنمای ارابه شده توسط جونز و منزیس (۱۹۷۷، ۱۹۹۷، ۱۹۹۸؛ جونز، منزیس و کروج‌مالیک، ۲۰۰۱) بهره گرفته شد.

چارچوب اصلی جلسه‌های درمانی ERP عبارت بود از ارابه‌ی منطق درمان ERP، تهیه‌ی فهرستی از نشانه‌های برانگیزاننده‌ی افکار و سواسی (درونی- بیرونی)، رفتارهای تشریفاتی و اعمال آیین‌مند و موارد اجتنابی، مشخص ساختن قوانین کلی و ثابت جلسه‌های درمان و قوانین ویژه هر هفته و تنظیم قرارداد با مشارکت مراجع، تمرین و آمادگی برای رویارویی تجسمی، ارابه‌ی تکالیف خانگی، مرور تکالیف در آغاز هر جلسه درمان و در میان‌گذاردن دستور کار و هدف هر جلسه‌ی درمانی پیش از آغاز جلسه. هدف کلی ERP خوگیری مراجع در هنگام جلسه‌های درمان و میان جلسه‌ها به کمک رویارویی (واقعی- تجسمی) با محرک‌های اضطراب آور به همراه بازداری از پاسخ و در نهایت کاهش اضطراب و علائم و سواسی- اجباری بود.

چارچوب اصلی جلسه‌های درمانی DIRT عبارت بود از ارابه‌ی منطق درمان DIRT با تأکید بر مؤلفه‌های

شناختی اختلال و سواس شستشو، ارابه‌ی منطق شناخت‌درمانی و الگوی نظری شناختی هیجان‌ها (الگوی A-B-C)، آموزش شناسایی افکار مزاحم مرتبط با سواس شستشو و تهیه‌ی فهرستی از آنها، بازسازی شناختی و چالش با افکار مزاحم به کمک ارابه‌ی اطلاعات تصحیح‌کننده، نمایش مصاحبه‌های فیلمبرداری شده، آموزش شیوه‌ی کنترل توجه^۵ (ACT)، ارابه‌ی تکالیف خانگی و مرور آنها در آغاز هر جلسه‌ی درمانی و در میان‌گذاردن دستور کار و هدف هر جلسه درمانی پیش از آغاز جلسه. هدف کلی DIRT شناسایی افکار مزاحم، چالش در برابر آنها و بازسازی شناختی بود.

برای اجرای پژوهش اصلی شش نفر از مراجعه‌کنندگان به کلینیک روانشناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد که بر پایه‌ی ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (چاپ چهارم) تشخیص اختلال و سواس شستشو را گرفته بودند، انتخاب شدند.

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی پیشین، قطع دارو پیش از شروع فرآیند درمان، رد شدن هر گونه اختلال روانی همبود با OCD و شکایت عمده از سواس شستشو (نبود سایر تظاهرات OCD). سپس مراجعان به تصادف در دو گروه جای داده شدند و روش‌های درمانی ERP یا DIRT برای آنها به کار گرفته شد. به هنگام اجرای روش درمانی ERP برای مراجع "الف" دو هفته خط پایه تشکیل شد. در این مرحله پرسش‌نامه‌ی مادزلی، مقیاس DASS، ییل- براون و SUD تکمیل شد. سپس در جلسه‌ی چهارم مراجع "الف"، مراجع "ب" وارد طرح درمان شد و به همین ترتیب در جلسه‌ی هشتم مراجع "الف" و جلسه‌ی چهارم مراجع "ب"، مراجع "ج" وارد طرح درمان شد. درمان به مدت ۱۰ جلسه

1- Subjective United Distress

2- Wolpe

3- Free

4- Andrew

5- Attention Control Training

برای هر یک از مراجعان اجرا شد. افزون بر این، هنگام اجرای درمان در جلسه‌ی چهارم هر مراجع و جلسه‌ی آخر درمان (جلسه‌ی دهم)، پرسش‌نامه‌ی مادزلی، مقیاس ییل- براون، DASS و SUD را مراجعان دوباره تکمیل نمودند. برای اجرای روش درمانی DIRT نیز همین روش به کار گرفته شد. برای مراجع "د" دو هفته خط پایه تشکیل شد. در این مرحله پرسش‌نامه‌ی مادزلی، مقیاس ییل- براون، DASS و SUD تکمیل شدند. سپس در جلسه‌ی چهارم مراجع "د"، مراجع "ه" وارد طرح درمان شد و به همین ترتیب در جلسه‌ی هشتم مراجع "د" و جلسه‌ی چهارم مراجع "ه"، مراجع "و" وارد طرح درمان شد. درمان به مدت هشت جلسه برای هر یک از مراجعان اجرا شد. افزون بر این، در جلسه‌ی چهارم هر مراجع و جلسه‌ی آخر درمان (جلسه‌ی هشتم)، مراجعان پرسش‌نامه‌ی مادزلی، مقیاس DASS، ییل- براون و SUD را تکمیل نمودند. ارایه‌ی یافته‌های پژوهش به کمک رسم نمودار انجام شد.

در این پژوهش مقایسه‌ی یافته‌های بالینی (کندال^۱، فلانری- شرودر^۲ و فورد^۳، ۱۹۹۹) نیز برای مقایسه‌ی نتایج دو شیوه درمانی به کار برده شده است.

برای محاسبه‌ی درصد بهبودی مراجعان از فرمول زیر بهره گرفته شد:

$$\Delta A\% = \frac{AO - A1}{AO} \quad (\text{به نقل از اوگلز، لونر^۴ و بونستیل^۵، ۲۰۰۱}).$$

A0 مشکل آماجی در جلسه‌ی اول (وسواس شستشو، اضطراب، افسردگی، استرس و...)

A1 مشکل آماجی در جلسه‌ی آخر (وسواس شستشو، اضطراب، افسردگی، استرس و...)

$\Delta\%$ میزان تغییر بهبودی

نمره‌های به دست آمده از مقیاس ییل- براون، DASS و SUD در جدول ۲ ارایه شده است.

در نمره‌های مقیاس ییل- براون یافته‌های پژوهش نشان داد که مراجعان "د"، "ه" و "و" که با DIRT مورد درمان قرار گرفته‌اند نسبت به مراجعان "الف"، "ب" و "ج" که با ERP مورد درمان قرار گرفته‌اند، به بهبودی کلی بیشتری دست یافته‌اند (۶۵٪ در برابر ۶۳٪). مراجع الف که در مرحله‌ی خط پایه وسواس شدیدی داشت، در جلسه‌ی دهم به بهبودی خوبی دست یافت (۷۱٪ میزان بهبودی). مراجعان ب و ج نیز در مرحله‌ی خط پایه وسواس شدیدی داشتند که در جلسه‌ی دهم به بهبودی نسبتاً خوبی دست یافتند (به ترتیب ۵۸٪ و ۵۶٪ بهبودی). مراجعان "د"، "ه" و "و" در مرحله‌ی خط پایه وسواس شدیدی را نشان دادند که به جز مراجع "د" به بهبودی خوبی دست یافتند (به ترتیب ۷۲٪ برای مراجع "ه" و ۷۳٪ برای مراجع "و").

نمره‌های به دست آمده از مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) نشانگر اثربخشی بیشتر DIRT در کاهش اضطراب، افسردگی و استرس مراجعان نسبت به ERP بوده است (۴۳٪ در برابر ۳۷٪ بهبودی). جدول ۲ نشان می‌دهد که مراجعان "الف"، "ب" و "ج" در مرحله‌ی خط پایه اضطراب، افسردگی و استرس بسیار شدیدی داشته‌اند که در پایان جلسه‌ی دهم به بهبودی نسبتاً خوبی دست یافتند. مراجعان "ه" و "و" در مرحله‌ی خط پایه اضطراب، افسردگی و استرس بالایی داشتند که در جلسه‌ی آخر درمان (جلسه‌ی هشتم) به بهبودی خوبی دست یافتند (به ترتیب ۹۲٪ و ۴۷٪ بهبودی). گفتنی است که مراجع "د" در مرحله‌ی خط پایه اضطراب، استرس و افسردگی پایینی را گزارش کرد ولی در طول جلسه‌های درمان و آخرین جلسه این میزان افزایش یافت (۱۱٪ میزان بهبودی).

1- Kendall
3- Ford
5- Lunner

2- Flannery-Schroeder
4- Ogles
6- Bonesteel

در جدول ۱ ویژگی‌های جمعیت شناختی مراجعان نشان داده شده است.

جدول ۱- ویژگی‌های جمعیت شناختی آزمودنی‌ها

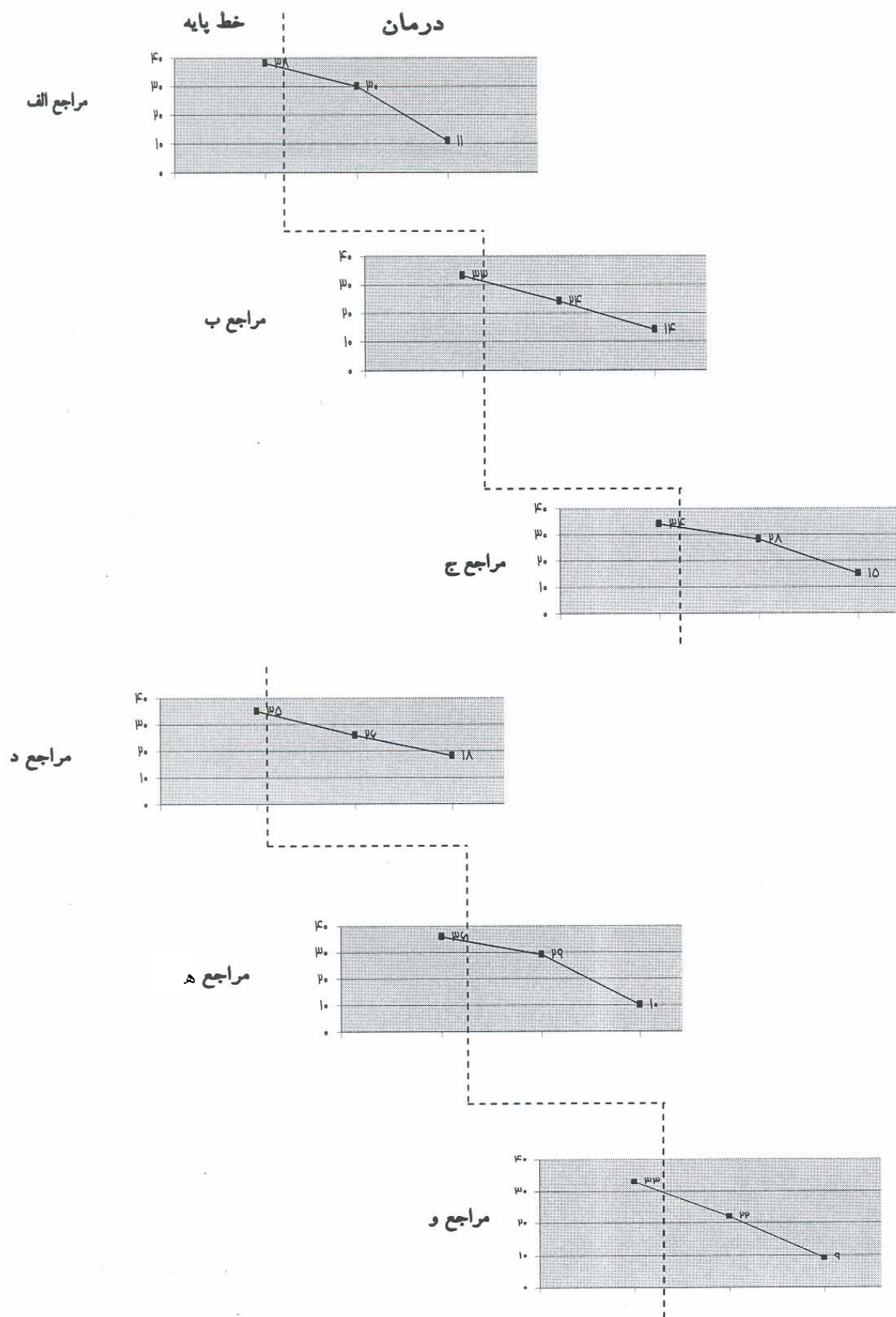
ویژگی‌ها	سن	جنسیت	میزان تحصیلات	وضعیت تأهل	مدت زمان بیماری	اقدامات درمانی قبلی	بیش	گروه درمانی
الف	۳۵ سال	زن	پنجم ابتدایی	متأهل	۱۱ سال	دارو درمانی	خوب	ERP
ب	۳۶ سال	زن	سوم راهنمایی	متأهل	۷ سال	دارو درمانی	خوب	ERP
ج	۲۰ سال	زن	دیپلم	مجرد	۲ سال	-----	متوسط	ERP
د	۳۴ سال	زن	فوق دیپلم	مطلقه	۳ سال	دارو درمانی	خوب	DIRT
ه	۱۸ سال	زن	دانش آموز	مجرد	۶ ماه	-----	خوب	DIRT
و	۱۷ سال	زن	دانش آموز	مجرد	۱ سال	-----	خوب	DIRT

جدول ۲- مقایسه‌ی آزمودنی‌های دو گروه در مقیاس ییل- براون، DASS و SUD (آماج‌های درمان)

مقیاس‌ها	DIRT			ERP		
	الف	ب	ج	د	ه	و
ییل- براون ۱	۳۸	۳۳	۳۴	۳۵	۳۶	۳۳
ییل- براون ۲	۳۰	۲۴	۲۸	۲۶	۲۹	۲۲
ییل- براون ۳	۱۱	۱۴	۱۵	۱۸	۱۰	۹
میزان بهبودی	٪۷۱	٪۵۸	٪۵۶	٪۴۹	٪۷۲	٪۷۳
بهبودی کلی	٪۶۲				٪۶۵	
DASS1	۵۸	۴۴	۷۴	۳۲	۷۸	۵۰
DASS2	۴۰	۵۰	۷۴	۴۸	۴۸	۵۲
DASS3	۳۲	۴۰	۴۴	۳۶	۸	۲۸
میزان بهبودی	٪۵۱	٪۱۸	٪۴۱	-%۱۱	٪۹۲	٪۴۷
بهبودی کلی	٪۳۷				٪۴۳	
SUDI	۹	۱۰	۹/۵	۱۰	۱۰	۹
SUD2	۷	۸	۶	۹	۶	۷
SUD3	۴	۵	۵	۵	۳	۳
میزان بهبودی	٪۵۵	٪۵۰	٪۴۷	٪۵۰	٪۷۰	٪۶۷
بهبودی کلی	٪۵۱				٪۶۲	

نمره‌های به‌دست آمده از SUD نشان می‌دهد که DIRT در کاهش میزان ناراحتی کلی مراجعان نسبت به ERP اثر بخش‌تر بوده است (۶۲٪ در برابر ۵۱٪ بهبودی). مراجعان "الف"، "ب" و "ج" در مرحله‌ی خط پایه میزان ناراحتی کلی خود را در سطح بسیار بالایی گزارش کردند که در پایان جلسه‌ی دهم این میزان در سطح متوسطی بهبود یافته بود (به ترتیب ۵۵٪، ۵۰٪ و ۴۷٪ میزان بهبودی). مراجعان "د"، "ه"، "و" نیز در مرحله‌ی خط پایه میزان ناراحتی کلی خود را در سطح بسیار بالایی گزارش کردند که در پایان جلسه‌ی هشتم این میزان بهبود چشم‌گیری یافته بود (به ترتیب ۵۰٪، ۷۰٪ و ۶۷٪ میزان بهبودی). میزان کاهش در علائم و سواسی در هر گروه از نظر بالینی معنی‌دار بود اما در DIRT با آن‌که طول مدت جلسه‌های درمان کوتاه‌تر و شمار آنها کمتر از ERP بود، کاهش بالینی چشم‌گیری پدید نیامد. افزون بر این، در DASS و SUD نیز آزمودنی‌هایی که با روش DIRT درمان شدند، میزان بهبودی بیشتری نشان دادند.

نمودار ۱ مقایسه‌ی شدت علائم و سواسی- اجباری آزمودنی‌های دو گروه را نشان می‌دهد.



نمودار ۱- مقایسه‌ی شدت علائم و سواسی- اجباری مراجعان گروه ERP با گروه DIRT



پایان رساندند. استتلی و ترنر (به نقل از ویتال و همکاران، ۲۰۰۲) گزارش کرده‌اند که ۲۰٪ تا ۳۰٪ از افراد مبتلا به OCD شیوهی درمانی ERP را نمی‌پذیرند. ۵- ایمنی^۷: در هیچ‌یک از مراجعان عوارض ناخوشایند دیده نشد.

۶- ثبات^۸ دستاوردهای درمانی: در پژوهش حاضر به دلیل دسترسی نداشتن به دو نفر از مراجعان در دوره‌ی پیگیری نمی‌توان مقایسه‌ای بین دو شیوهی درمانی در زمینه‌ی ثبات دستاوردهای درمانی انجام داد. در زمینه‌ی ارزیابی اثربخشی شیوهی درمانی DIRT و مقایسه‌ی اثربخشی این دو شیوهی درمانی، باید گفت که کاربرد روش‌های درمانی اثربخش، هدف نهایی تمام درمان‌های روان‌شناختی در محیط‌های اجتماعی و شرایط کنترل نشده است. میزان بهبودی ۵۰٪، ۷۰٪ و ۶۷٪ در مراجعان "د"، "ه" و "و" بر پایه‌ی نظریه‌ی فوا و اوزارو^۹ (به نقل از ویتال، راجمن و مک‌لین، ۲۰۰۲) به معنی کارایی روش درمانی به کار برده شده تلقی می‌شود. وی ۳۰٪ کاهش در شدت علائم را نسبت به پیش از درمان نشانه‌ی کارایی درمان می‌داند.

انجمن روانشناسی آمریکا (چامپلس^{۱۰} و هولون^{۱۱}، ۱۹۹۸) سه ملاک را به شرح زیر برای ارزیابی اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی ارائه نموده است:

۱- کاربردپذیری^{۱۲} (میزان پذیرش بیمار): مراجعان گروه ERP به دلیل داشتن انگیزه‌ی بالا برای درمان و هم‌چنین برخورداری از سطح متوسط بینش نسبت به مشکل خود، مشکل مهمی نشان ندادند و هر سه مراجع "الف"، "ب" و "ج" دوره‌ی درمان را به پایان رساندند. آزمودنی‌های گروه DIRT در زمینه‌ی رویارویی با برخی عوامل اضطراب‌برانگیز در سلسله مراتب تهیه شده، اضطراب انتظار بالایی را پیش‌بینی می‌کردند. تغییر منفی و میزان کم بهبود اضطراب مراجعان گروه

این بررسی نشان داد که DIRT در درمان اختلال وسواس شستشو کارایی داشته و این کارایی در مقایسه با روش ERP بیشتر بوده است. انگرام^۱، هیس^۲ و اسکات^۳ (۲۰۰۰) برای ارزیابی کارایی درمان‌های روان‌شناختی شش متغیر را به شرح زیر یادآوری کرده‌اند:

۱- اندازه‌ی تغییر^۴ (میزان کاهش در علائمی که آماج اصلی درمان به‌شمار می‌روند): این بررسی نشان داد که علائم وسواس شستشوی مراجعان هر دو گروه کاهش یافته است. هم‌چنین مراجعان گروه DIRT به غیر از مراجع "د" در مقایسه با مراجعان گروه ERP به کاهش بیشتری در علائم وسواس دست یافتند.

۲- کلیت تغییر^۵ (چند درصد افراد تغییر مثبت داشته‌اند و چند درصد افراد تغییر نکرده‌اند، تغییر منفی داشته‌اند و یا بدتر شده‌اند): این بررسی نشان داد غیر از مراجع "د" از گروه DIRT که در میزان افسردگی و استرس تغییر منفی داشته است، سایر مراجعان در همه‌ی موارد (شدت علائم وسواس شستشو، اضطراب، استرس، افسردگی و SUD) تغییر مثبت داشته‌اند. هم‌چنین میزان تغییر در همه‌ی موارد یادشده در مراجعان گروه DIRT (به جز مراجع "د") بیشتر از گروه ERP بوده است.

۳- عمومیت تغییر (چه مقدار تغییر طی درمان در علائم مختلف یا موقعیت‌های شغلی و میان‌فردی که آزمودنی با آن روبه‌رو بوده رخ داده است): نمره‌های مراجعان هر دو گروه در میزان ناراحتی کلی، نشان داد که هر دو گروه کاهش چشم‌گیری داشته‌اند. هم‌چنین این نمره‌ها در مراجعان گروه DIRT (به جز مراجع "د") کاهش نشان داده است. در نمره‌های افسردگی، اضطراب و استرس آنان غیر از مراجع "د" در گروه DIRT، تغییر بیشتری دیده شده تا مراجعان گروه ERP.

۴- میزان پذیرش^۶ (افراد تا چه اندازه فرآیند درمان را به پایان می‌رسانند): مراجعان هر دو گروه در طول درمان افت نداشتند و به طور کامل روند درمان را به

1- Engram	2- Hayes
3- Scott	4- magnitude of change
5- universality of change	6- acceptability
7- safety	8- stability
9- Ozarow	10- Chambless
11- Hollon	12- feasibility

ERP در جلسه‌ی چهارم و جلسه‌ی دهم نسبت به مرحله‌ی خط پایه به دلیل ماهیت روش درمانی ERP که هدف مهم آن خوگیری به اضطراب می‌باشد قابل تبیین است، اما تجربه‌ی این میزان اضطراب برای برخی از مراجعان تحمل‌ناپذیر است و ممکن است به افت بیانجامد (سلیگمن^۱، روزنهان^۲ و واکر^۳، ۲۰۰۱). هم‌چنین نمره‌های به‌دست آمده از مقیاس DASS نشان می‌دهد که گرچه میزان استرس مراجعان هر دو گروه در خط پایه نسبتاً بالا بوده، اما میزان استرس آنها به‌جز مراجع "د" کاهش یافته است. این کاهش در مراجعان گروه DIRT بیشتر از مراجعان گروه ERP بوده است. از این رو شاید بتوان گفت که به‌کار بردن روش DIRT، پیروی از دستورهای تکالیف خانگی را افزایش داده (به دلیل بالا بودن میزان اضطراب در تکالیف رویارویی ERP، از دستورهای درمانی کمتر پیروی می‌شود)، افت و ریزش مراجعان طی جلسه‌های درمانی را موجب می‌شود.

۲- تعمیم‌پذیری: از آن‌جا که پژوهشگران بررسی حاضر به پژوهشی در زمینه DIRT در آزمودنی‌های ایرانی برخورد نکرده‌اند، بهتر است در تفسیر نتایج جانب احتیاط به‌عمل آید.

۳- هزینه‌ها و منفعت‌ها: یک روش درمانی کارا تر بیشتر می‌تواند اثرات زیانبار اختلال و سواسی- اجباری را کاهش دهد. مقایسه‌ی میزان کارایی درمان به روش DIRT با دستاوردهای درمانی ERP در تأیید فرضیه‌ی پژوهش مبنی بر کارایی و اثربخشی روش درمانی DIRT در کاهش علائم اختلال و سواس شستشو بود. هم‌چنین مشاهده شد که شیوه‌ی درمانی DIRT در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس کارایی بیشتری دارد. این یافته‌ی پژوهش حاضر هم‌سو با یافته‌های پژوهش‌های جونز و منزیس (۱۹۹۷، ۱۹۹۸؛ جونز و همکاران، ۲۰۰۱) می‌باشد که روش DIRT را در درمان اختلال و سواس شستشو مؤثر می‌دانند. در بررسی‌های یادشده دستاوردهای درمانی روش DIRT با یافته‌های به‌دست آمده از

روش ERP مقایسه شده و دریافت‌اند که روش DIRT مؤثرتر و کارا تر می‌باشد.

گفتنی است که مراجع "د" گرچه به میل خود به درمانگاه مراجعه کرده بود، اما از سواس شستشو شکایت داشت و از اضطراب و افسردگی شدید خود در مصاحبه‌های اولیه سخنی نگفته بود.

بررسی‌های انجام شده در زمینه‌ی عوامل مؤثر بر درمان OCD نشان داده‌اند که افسردگی شدید و وجود عقاید بیش‌بها داده شده بر دستاوردهای درمان تأثیر منفی می‌گذارد (به نقل از سیلگمن و همکاران، ۲۰۰۱). از سوی دیگر، عواملی همچون سن بیمار به‌هنگام شروع علائم، شدت و طول مدت علائم و نوع تشریفات و سواسی بیماران مبتلا به OCD بر دستاوردهای درمانی مؤثر گزارش نشده‌اند (اندرو و همکاران، ۱۹۹۹).

با آن‌که پژوهشگران کوشیده‌اند شرایط را تا حد ممکن کنترل کنند، ولی وجود برخی محدودیت‌های خارج از کنترل، برای نمونه دسترسی نداشتن به پرسش‌نامه‌های مناسب‌تر برای ارزیابی دقیق شناخت‌واره‌های ویژه‌ی اختلال و سواس شستشو در شیوه‌ی درمانی DIRT، شمار اندک آزمودنی‌های پژوهش، یکسان نبودن ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مراجعان و نبود دوره‌ی پیگیری، سبب رعایت احتیاط در تعمیم یافته‌های پژوهش می‌شوند. با این حال، رعایت نکات یادشده می‌تواند راه‌گشا باشد و با افزایش شمار آزمودنی‌ها در پژوهش‌های آینده، بهتر می‌توان در این‌باره قضاوت کرد.

از مراجعینی که در این پژوهش شرکت و با صرف وقت خود همکاری نمودند قدردانی می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۲/۸/۷؛ دریافت نسخه‌ی نهایی: ۱۳۸۲/۱۰/۲۴؛

پذیرش مقاله: ۱۳۸۲/۱۱/۱

- Foa, E.B., Kozak, M.J., & McCarthy, P.R. (1988). Obsessive-compulsive disorder. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.). *Hand book of anxiety disorders*. New York: Plenum Press.
- Foa, E.B., Kozak, M.J., Steketee, G.S., & McCarthy, P.R. (1992). Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behavior therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 31, 279-292.
- Free, M. (1999). *Cognitive therapy in groups*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- Grayson, J.B., & Steketee, G. (1985). *Obsessive-compulsive disorder*. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.). *Handbook of clinical behavior therapy with adult*. New York: Plenum Press.
- Heiman, G.V. (1998). *Research methods in psychology (2ed)*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Hollender, E., Zohar, J., & Marazziti, D. (1994). *Current insights in obsessive-compulsive disorder*. New York: John Wiley and Sons Inc.
- Jenike, M.A., Bear, L., & Minichiello, W.E. (1998). *Handbook of obsessive-compulsive disorder practical management*. New York: Mosby Inc.
- Jones, M.K., Menzies, R.G., & Krochmalik, A. (2001). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for treatment resistant compulsive washing. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 897-912.
- Jones, M.K., & Menzies, R.G. (1977). The cognitive mediation of obsessive-compulsive hand washing. *Behavior Research and Therapy*, 35, 843-850.
- Jones, M.K., & Menzies, R.G. (1997). Danger ideation reduction. *Behavior Research and Therapy*, 35, 955-960.
- Jones, M.K., & Menzies, R.G. (1998). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for obsessive-compulsive disorder. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.). *Handbook of clinical behavior therapy with adult*. New York: Plenum Press.
- Krochmalik, A., Jones, M.K., & Menzies, R.G. (2001). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for treatment resistant compulsive washing. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 897-912.
- Minichiello, W.E., Bear, L., & Jenike, M.A. (1998). *Handbook of obsessive-compulsive disorder practical management*. New York: Mosby Inc.
- Menzies, R.G., & Jones, M.K. (1977). The cognitive mediation of obsessive-compulsive hand washing. *Behavior Research and Therapy*, 35, 843-850.
- Menzies, R.G., & Jones, M.K. (1997). Danger ideation reduction. *Behavior Research and Therapy*, 35, 955-960.
- Menzies, R.G., & Jones, M.K. (1998). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for obsessive-compulsive disorder. In M. Hersen & A. S. Bellack (Eds.). *Handbook of clinical behavior therapy with adult*. New York: Plenum Press.
- Salari, M., Mirzababaei, M., & Ghahramani, M. (1380). *هنجار یابی مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس در جمعیت عادی و دانشجویان دانشگاه فردوسی مشهد*. طرح پژوهشی دانشگاه فردوسی مشهد.
- هاتون، کیت؛ سالکووس کیس، پال. ام؛ کرک، جوان؛ کلارک، دیوید (1376). *رفتار درمانی شناختی: راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی*. ترجمه حبیب ... قاسم زاده. تهران: انتشارات ارجمند.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). APA: Washington, D.C.
- Andrew, G., Crino, R., Hunt, C., & Lampe, L. (1999). *Treatment of anxiety disorders clinicians guide and patients manual*. London: Cambridge University Press.
- Barlow, D.H., & Hersen, M. (1979). *Single case experimental designs strategies for studying behavior change*. New York: Pergamon Press.
- Barlow, D.H., & Hofman, S.G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatment. In D.M. Clark & C. Fairburn (Eds.). *Science and practice of cognitive behavior therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A.T. (1991). Cognitive therapy: A 30 year retrospective. *American Psychologist*, 46, 368-375.
- Chambless, D.L., & Hollon, S.D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 7-18.
- Desiliva, P., & Rachman, S. (1999). *Obsessive-compulsive disorder: The facts*. Oxford: Oxford University Press.
- Engram, A.E., Hayes, A., & Scott, W. (2000). Empirically supported treatments. In C. R. Snyder & R. E. Ingram (Eds.). *Handbook of psychological change*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

- sive washer. A controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 36, 959-970.
- Kaplan, H.I., & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry (8th ed.)*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E.C., & Ford, J. D. (1999). Therapy outcome research methods. In P.C.Kendall, J.N., Butcher, & G.N.Holmbeck (Eds.). *Handbook of research methods in clinical psychology*. New York: John Wiley and Sons Inc. (p.p.330-363).
- Lovibond, S.M., & Lovibond, P.F.M. (1995). *Manual of Depression- Anxiety-Stress Scale*. Australia: Psychology Foundation of Australia Inc.
- Ogles, B.M., Lunner, K.M., & Bonesteel, K. (2001). Clinical significance: History, application and current practice. *Clinical Psychology Review*, 21, 421-446.
- Persons, J.B., & Davidson, J. (2001). Cognitive behavioral case formulation. In K. S. Dobson (Ed.). *Handbook of cognitive behavioral therapy*. New York: Guilford Press.
- Rasmussen, S.A., & Eisen, J.L. (1997). Treatment strategies for chronic and refractory obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58, 9-13.
- Riggs, D., & Foa, E.B. (1993). Obsessive-compulsive disorders. In D.H. Barlow (Ed.). *Clinical handbook of psychological disorder*. New York: Guilford.
- Salkovskis, P.M., & Kirk, J. (1998). Obsessional disorder. In K. Howton, P.M.Salkovskis, J.Kirk & D.M. Clark (Eds.). *Cognitive behavioral treatment for psychiatric disorders: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Salkovskis, P.M., & Kirk, J. (1997). Obsessive-compulsive disorder. In D.M.Clark & G. Fairburn (Eds.). *Science and practice of cognitive-behavior therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Segal, D.L. (1997). Structured interviewing and PSM classification In S.M.Turner & M. Hersen (Eds.). *Adult psychopathology and diagnosis*. New York: John Wiley & Sons Inc. (p.p. 24-57).
- Seligman, M.P., Rosenhan, D.L., & Walker, E.F. (2001). *Abnormal psychology*. New York: Norton & Company, Inc.
- Turner, S.M., & Beidel, D.C. (1988). Treating obsessive-compulsive disorder. New York: Pergamon Press.
- Van oppen, P., & Arntz, A. (1994). Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 32, 79-87.
- Whittal, M.L., Rachman, S., & McLean, P.D. (2002). Psychological treatment for OCD. In G.Simons (Ed.). *Cognitive behavior therapy*. London: Brunner-Routledge (p.p. 123-149).
- Wolpe, J. (1990). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.