



## مقایسه اثر بخشی تکنیک‌های شناختی - رفتاری، کلومیپرامین و ترکیب آنها در بهبود مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی

شهناز صبوری<sup>†</sup>، دکتر امیر هوشنگ مهربار<sup>‡</sup>، دکتر عباس قریب<sup>‡‡‡</sup>

### چکیده

این پژوهش بر پایه نظریه‌های شناختی، رفتاری و زیست شیمیایی درمان اختلال‌های روانی و به منظور بررسی کارآمدی درمان شناختی - رفتاری، دارو درمانی و ترکیب آنها در درمان اختلال وسواس فکری - عملی اجرا شده است. برای این منظور ۱۶ بیمار مبتلا به اختلال وسواس شستشو (۱۳ زن، ۳ مرد) به طور تصادفی در سه گروه گمارده شدند: ۱- درمان با تکنیک‌های شناختی - رفتاری ۲- درمان با کلومیپرامین ۳- درمان ترکیبی (تکنیک‌های شناختی - رفتاری و کلومیپرامین). در این پژوهش کلیه بیماران پیش از آغاز درمان، پس از ۴ هفته و ۸ هفته درمان با کمک پرسشنامه افسردگی بک، پرسشنامه وسواسی - اجباری یل براون، پرسشنامه وسواسی - اجباری مادزلی و فهرست اعمال وسواسی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نمره‌های به دست آمده از ارزیابیها در سه مرحله به کمک طرح تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون t وابسته مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان ترکیبی و درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم وسواسی و اضطرابی، بهبود خلق افسرده و کاهش افکار و نگرشهای ناسالم بیماران تأثیر داشته‌ و از شدت آنها کاسته است، اما درمان با کلومیپرامین تنها سبب کاهش افسردگی بیماران شده است. درمان ترکیبی نسبت به درمان با کلومیپرامین مؤثرتر بوده اما تفاوت چشمگیری در مقایسه با درمان شناختی - رفتاری نداشته است.

### کلیدواژه: اختلال وسواس فکری - عملی، درمان رفتاری - شناختی، کلومیپرامین

اختلال وسواس فکری - عملی نخست توسط اسکیرول<sup>(۱)</sup> در ۱۸۳۸ تشریح شد و برای مدتها به عنوان

† کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، تهران، خیابان طالقانی، کوچه جهان، پلاک ۱، انستیتو روانپزشکی تهران.  
‡ روانشناس بالینی و عضو هیئت علمی مؤسسه عالی پژوهش در برنامه‌ریزی و توسعه، تهران، نیاوران، خیابان شهید مختار عسگری.  
‡‡‡ روانپزشک، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مشهد.

یکی از بیماریهای روانی کنترل نشدنی به شمار می‌آید. در سال ۱۹۶۶ اثرات اختصاصی کلومیپرامین یکی از انواع مهارکننده‌های بازگیری سروتونین در بهبود علائم و سواسی منتشر شد و از آن پس پژوهشهای بی‌شماری برای بررسی اثر بخشی این دارو انجام شد. این بررسیها نشان دادند که نزدیک به ۶۰ درصد از بیماران پس از ۴-۱۲ هفته مصرف کلومیپرامین به سطح متوسط بهبودی (۴۵٪-۲۰٪) دست می‌یابند (استکتی<sup>(۱)</sup>، ۱۹۹۳). زمان لازم برای دست یافتن به بالاترین میزان اثر کلومیپرامین ۱۰ تا ۱۸ هفته می‌باشد. بیماران با قطع کلومیپرامین اغلب بازگشت می‌نمایند و با شروع مجدد دارو، بهبود می‌یابند (مارکس و همکاران، ۱۹۸۸).

باگذشت زمان مفهوم نشانگان و سواس فکری - عملی تغییرات مشخصی داشته است. در چاپ اول راهنمای آماری و تشخیصی اختلالهای روانی (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۱۹۵۲) این سندرم به صورت کوتاه و نامشخص تعریف شد. در چاپ چهارم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی معیارهای تشخیصی برای این اختلال پیشنهاد شده است که مطابق آن تشخیص بر مبنای وجود افکار و سواسی یا رفتارهای و سواسی مطرح می‌شود، و تعریف مشخصی را برای افکار و رفتار و سواسی پیشنهاد می‌کند. میزان شیوع این اختلال در طول زندگی ۲/۵٪ و میزان شیوع در یک سال را ۱/۵٪ تا ۲/۱٪ برآورد کرده‌اند. نزدیک به ۱۵٪ از بیماران افت پیشرونده‌ای را در کارکرد شغلی و اجتماعی نشان می‌دهند و نزدیک به ۵٪ موارد سیر دوره‌ای دارند (انجمن روانپزشکان آمریکا، ۱۹۹۴).

تاکنون نظریه‌های گوناگون مانند نظریه‌های شناختی، رفتاری و زیست‌شناختی در صدد تبیین و ارائه الگوی درمانی این اختلال بوده‌اند. الگوی زیست‌شناختی نقش شاخصی را برای نوروترانسمیتر سروتونین در بروز نشانه‌های و سواسی در نظر گرفته است. این فرضیه از بررسیهایی که اثر بخشی داروهای سروتونرژیک نظیر کلومیپرامین را با داروهای غیر سروتونرژیک مقایسه

نموده‌اند، بدست آمده است. رفتار درمانگران تکنیکهای چندی نظیر حساسیت زدایی منظم<sup>(۲)</sup>، قصد متناقض<sup>(۳)</sup>، غرقه سازی تصویری<sup>(۴)</sup>، اشباع<sup>(۵)</sup>، بی‌زاری درمانی<sup>(۶)</sup>، حساسیت‌زایی پوشیده<sup>(۷)</sup>، توقف فکر<sup>(۸)</sup>، را به کار برده‌اند. در مجموع بررسیهای انجام شده بر روی این تکنیکها، اثرات درمانی قابل توجهی را نشان ندادند، تا اینکه روش مواجهه طولانی با جلوگیری از پاسخ<sup>(۹)</sup> توسط مه‌یر<sup>(۱۰)</sup> در سال ۱۹۶۶ برای اولین بار به عنوان درمان موفقیت آمیز و سواس گزارش شد. نتایج این بررسیها تا کنون نشانگر بهبود ۷۵٪-۶۵٪ از بیماران با استفاده از این شیوه می‌باشد (فوا<sup>(۱۱)</sup>، استکتی، ازارو<sup>(۱۲)</sup>، ۱۹۸۵؛ راکمن<sup>(۱۳)</sup> و هاجسن<sup>(۱۴)</sup>، ۱۹۸۰، به نقل از ریگز<sup>(۱۵)</sup> و فوا<sup>(۱۶)</sup>، ۱۹۹۳)، اما بیماران و سواسی با افسردگی شدید یا عقاید بیش بها داده شده و یا بیماران با و سواس فکری خالص از تمرینهای مواجهه سود کمتری می‌بردند. بسیاری از بیماران از پذیرش تمرینات مواجهه امتناع می‌ورزیدند و از طرفی مواجهه مستقیم با برخی از محرکهای و سواسی غیرعقلانه بود (نظیر سموم) و یا برخی دیگر عملاً در آن زمان در دسترس نبود (نظیر ترس از موادی که می‌تواند بالقوه سرطانزا باشد). از این رو ضرورت افزایش تکنیکهای شناختی به رفتار درمانی احساس می‌شد. الگوهای شناختی متفاوتی تا کنون برای اختلال و سواس فکری - عملی مطرح شده است. جامع‌ترین الگوی شناختی توسط سالکوسکیس<sup>(۱۶)</sup> (۱۹۸۹) بر مبنای الگوی شناختی افسردگی و اضطراب بک پیشنهاد شد. سالکوسکیس بر جداسازی افکار اتوماتیک از افکار مداخله گر تأکید داشت. افکار اتوماتیک منفی، خودبه

1-Stkete	2-systematic desentitization
3-paradoxical intention	4-imaginal flooding
5-satiation	6-aversion therapy
7-covert sensitization	8-thought stopping
9-response prevention	10-Meyer
11-Foa	12-Ozarow
13-Rachman	14-Hodgson
15-Riggs	16-Salkovskis



خودی، مخصوص فرد، معقول و همخوان با خود به نظر می‌رسند، بر خلاف افکار وسواسی افکار مزاحم و محرک افکار اتوماتیک منفی بوده که منجر به فرآیند خنثی سازی توسط رفتارهای وسواسی می‌شوند. بر پایه آن درمان بر شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مداخله‌گر، اصلاح نگرشهای مربوط به احساس مسئولیت، جلوگیری از خنثی سازی که در پی ارزیابی متأثر از احساس مسئولیت پدید می‌آید، و افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز می‌شود. وان اوپن<sup>(۱)</sup> و آرنتز<sup>(۲)</sup> (۱۹۹۳) ضمن ارائه خلاصه جامعی از دیدگاههای مختلف شناختی ارائه شده برای وسواس، فرآیند شناختی پاتولوژیک ارزیابی شامل ادراک خطر و ارزیابی مسئولیت شخصی را عامل ایجاد و بقای افکار مداخله‌گر و در نتیجه رفتار وسواسی خنثی کننده مطرح می‌نمایند و روشهای شناختی ویژه‌ای را برای اصلاح فرآیند آسیب‌شناختی ارزیابی خطر و مسئولیت شخص ارائه می‌دهند. پژوهش کنترل شده‌ای در سال ۱۹۹۵ اثر بخشی این روش را در بهبود بیماران وسواسی نشان داد. (وان اوپن و همکاران، ۱۹۹۵).

با توجه به دیدگاههای مختلف زیست شناختی، رفتاری و شناختی نسبت به این اختلال به نظر می‌رسد که ترکیب این شیوه‌های درمانی اثر تعاملی و یا دست کم تجمعی داشته و به بهبود بیشتر و پایاتر این بیماران نسبت به هر یک از این شیوه‌ها به تنهایی می‌انجامد. از این رو هدف اصلی این پژوهش ارائه رهنمودهایی برای درک، تبیین و درمان هر چه بهتر و جامع‌تر این اختلال می‌باشد و هدف دیگر این پژوهش بررسی کارآیی روشهای رفتاری، شناختی و کلومیپرامین در درمان بیماران وسواسی در جامعه ایران با توجه به ویژگیهای فرهنگی و باورهای مذهبی خاص خود می‌باشد.

## روش پژوهش

این پژوهش از نوع پژوهشهای آزمایشی است و کوشش دارد تأثیر جداگانه و ترکیبی کلومیپرامین و

شیوه‌های درمانی شناختی - رفتاری را در بهبود مبتلایان به اختلال وسواس شستشو مورد بررسی قرار دهد. آزمودنیهای پژوهش را ۱۶ بیمار، ۱۳ زن و ۳ مرد ۱۵ تا ۴۵ ساله با تحصیلات بیشتر از هشت کلاس، مبتلا به اختلال وسواس شستشو تشکیل داده‌اند. این افراد از میان مراجعین به مطب‌های خصوصی، درمانگاهها و بیمارستانهای مشهد انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه جای داده شدند:

گروه ۱- درمان با شیوه‌های شناختی - رفتاری

گروه ۲- درمان با کلومیپرامین

گروه ۳- درمان با ترکیب کلومیپرامین و تکنیکهای شناختی - رفتاری

ابزارهای پژوهش به شرح زیر بوده است:

۱- مصاحبه روانی، به منظور تشخیص بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی از یک مصاحبه نیمه سازمان یافته بر پایه ملاکهای راهنمای آماری و تشخیصی چاپ چهارم بهره گرفته شد.

۲- مقیاس وسواسی - اجباری یل براون<sup>(۳)</sup>: این مقیاس از دو بخش تشکیل شده است:

الف- فهرست علائم وسواسی - اجباری یل براون که شامل ۳۹ گونه فکر وسواسی و ۲۵ گونه رفتار وسواسی می‌باشد.

ب- مقیاس وسواسی - اجباری یل براون: ابزار هنجاریابی شده‌ای برای ارزیابی شدت علائم وسواس می‌باشد و در پژوهشهای درمانی، دارویی و رفتاری چندی به کار برده شده است. این مقیاس دارای ۱۰ ماده می‌باشد که ۵ ماده برای ارزیابی افکار وسواسی و ۵ ماده برای ارزیابی اعمال اجباری در نظر گرفته شده و هر ماده با یک مقیاس پنج نقطه‌ای از صفر (بدون علامت) تا چهار (خیلی شدید) درجه بندی شده است. پایایی بین ارزیابان در ۴۰

بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) ۰/۸۹ بوده است. اعتبار همگرا میان این آزمون و CGIICS<sup>(۱)</sup> در خط پایه ۰/۹۷ ( $\pi=20$ ) بود (گودمن<sup>(۲)</sup>) و همکاران، ۱۹۸۹ به نقل از فتی، ۱۳۷۰).

۳- پرسشنامه وسواسی - اجباری مادزلی<sup>(۳)</sup>: این پرسشنامه شامل ۳۰ پرسش صحیح - غلط می باشد که با ابعاد مختلف علائم وسواسی ارتباط دارد (هاجسن و راکمن، ۱۹۷۷). افزون بر نمره کل وسواس، پرسشنامه مادزلی ۵ خرده مقیاس شامل (وارسی، شستشو، کندی، تکرار، شک، تردید و نشخوارهای وسواسی) می باشد. بررسیها نشان داده اند که این ابزار نسبت به تغییرات درمانی حساس بوده و پایایی آن با روش بازآزمایی در حد خوبی بوده است. (راکمن و هاجسن، ۱۹۸۰؛ استرن برگر<sup>(۴)</sup> و برنز<sup>(۵)</sup>، ۱۹۹۰؛ به نقل از امل کامپ<sup>(۶)</sup> و همکاران، ۱۹۹۱).

۴- فهرست اعمال وسواسی: این پرسشنامه امکان شناسایی موقعیتهای ویژه مشکل سازی که احتمالاً در مصاحبه بالینی مشخص نمی شود را فراهم می سازد (فوا و همکاران، ۱۹۸۴؛ فروند<sup>(۷)</sup> و همکاران، ۱۹۸۷؛ به نقل از امل کامپ و همکاران، ۱۹۸۸).

۵- پرسشنامه افسردگی بک: از رایج ترین ابزارهای خودسنجی افسردگی است، شامل ۲۱ ماده است و در برگیرنده جنبه های مختلف افسردگی می باشد. هر ماده دارای چهار جمله است که شدت افسردگی را از کم به زیاد نشان می دهد. هدف این پرسشنامه آشکار ساختن علائم و شدت افسردگی می باشد، اما بر محتوای شناختی افسردگی بیشتر تأکید دارد.

بک (۱۹۷۲) پایایی کلی سؤالاها را ۰/۳۱ تا ۰/۶۸ و پایایی کلی سؤالاها با روش همبستگی اسپیرمن براون را ۰/۹۳ گزارش نموده است.

۶- پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیل برگر<sup>(۸)</sup>: این پرسشنامه خود سنجی برای ارزیابی اضطراب حالت و صفت به طور جداگانه می باشد.

## درمان ترکیبی نسبت به روش درمان با کلومیپرامین به تنهایی در کاهش علائم وسواسی، و افکار و نگرشهای ناسالم موفق تر بوده است.

اضطراب به عنوان صفت (اضطراب صفت)، به تفاوت های فردی نسبتاً ثابتی در مستعد بودن به ابتلاء به اضطراب اشاره می کند که از آن طریق، افراد را در آمادگی داشتن ادراک موقعیتهای پراضطراب مانند تجربه خطر یا موقعیت های تهدید کننده تمایز گذاشته و پاسخ به چنین موقعیت هایی با شدت بالای عکس عملهای اضطرابی همراه می باشد.

در این بررسی، پایایی مقیاس اضطراب حالت ۰/۹۱ و پایایی مقیاس اضطراب صفت ۰/۹۰ محاسبه شد و برای مجموع آزمون، پایایی مقیاس ۰/۹۴ به دست آمد.

۷- پرسشنامه باورها: با کمک این ابزار درمانگر می تواند تفکرات و فرآیندهای شناختی غلط بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی را ارزیابی نموده و استراتژی شناختی مناسب را برای درمان آنها انتخاب نماید. این پرسشنامه در بردارنده ۲۰ نگرش می باشد که درمانگر آنها را بر مبنای مقیاس ۶ نقطه ای از کاملاً درست تا کاملاً نادرست نمره گذاری می نماید. اعتبار و روایی خوبی برای این پرسشنامه در جمعیت غیر بیمار گزارش شده است (استکتی، ۱۹۹۳).

1-Clinical Global Imperssion of Obsessive - Compulsive Syndrom (CGIICS)

2-Goodman

3-Maudsely

4-Sternberger

5-Burns

6-Emmelkamp

7-Freund

8-Spiel Berger State-Trait Anxiety Inventory



۸- مقیاس نگرشهای ناسالم: این مقیاس دارای ۴۰ ماده می‌باشد که برای شناسایی نگرشها و اعتقاداتی که فرد را مستعد افسردگی می‌سازد، طراحی شده است. این پرسشنامه بر مبنای نظریه شناختی بک برای افسردگی ساخته شده است. اعتبار درونی آن ۰/۹ و پایایی آن در فاصله ۶ هفته ارزیابی ۰/۷۳ برآورد گردیده است (اولیور<sup>(۱)</sup>، بوم کارت<sup>(۲)</sup>، ۱۹۸۵).

در این پژوهش چهار شاخص برای بهبودی در نظر گرفته شد که عبارتند از:

۱- کاهش علائم وسواس

۲- کاهش سطح اضطراب

۳- بهبود خلق افسرده

۴- کاهش افکار و نگرشهای ناسالم

این شاخصها به کمک ابزارهای عینی پژوهش در سه مرحله پیش از درمان، پس از هشت جلسه درمان شناختی - رفتاری (چهار هفته) و پایان درمان پس از ۱۶ جلسه درمان شناختی - رفتاری (هشت هفته)، اندازه‌گیری شدند. داده‌های پژوهش در یک طرح تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. ارزیابی در مرحله پیش آزمون و میان آزمون توسط درمانگر انجام شد. اما در مرحله پس آزمون همکار روانشناسی که اطلاعی از روش درمانی بیماران نداشت، ارزیابی را انجام داد. میزان مصرف کلومیپرامین در گروههای درمان دارویی و ترکیبی ۱۵۰-۵۰ میلی‌گرم در روز برحسب شدت علائم و سن بیماران بود.

روش رفتاری، روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ بود. این روش متأثر از کار راکمن و همکاران به اضافه توصیه‌های استکتی (۱۹۹۳) در مورد این روش می‌باشد. روش درمان شناختی عبارتست از روش ارائه شده توسط سالکوسکیس و کیرک<sup>(۳)</sup> برای شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مداخله‌گر افزون بر فنون ویژه اصلاح فرایند ارزیابی احساس مسئولیت و ادراک خطر ارائه شده توسط وان‌اوپن و آرتنز (۱۹۹۴) شامل (محاسبه احتمال وقوع

فاجعه، روش مخلوط کردن، روش استاندارد دو گانه) می‌باشد.

روش درمان شناختی - رفتاری این پژوهش ترکیب دو تکنیک فوق در یک جلسه و به موازات یکدیگر به منظور ایجاد اثر تعاملی و یا تجمعی این دو روش بود.

### یافته‌ها

برای مشخص نمودن اثر زمان در هر یک از گروهها به طور جداگانه نمره‌های پس آزمون و پیش آزمون شاخص علائم وسواسی به کمک آزمون t وابسته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

در گروه درمان شناختی - رفتاری اندازه تابع t وابسته ( $P < 0/01$  و  $t = -7/02$ ) نشاندهنده تفاوت معنی دار در نمره‌های پس آزمون و پیش آزمون شاخص علائم وسواسی و اثر بخشی روش درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم وسواسی بیمار می‌باشد.

در گروه درمان با کلومیپرامین اندازه تابع t وابسته نشان داد، که کاهش نمرات بیماران این گروه در شاخص علائم وسواسی در حد معنی دار نمی‌باشد. به بیان دیگر درمان با کلومیپرامین روش مؤثری برای بهبود علائم وسواس بیماران نبوده است.

در گروه درمان ترکیبی اندازه تابع t وابسته  $P < 0/001$  و  $t = -11/43$  نشانگر تفاوت معنی دار نمرات پس آزمون و پیش آزمون شاخص علائم وسواس و اثر بخشی روش درمان ترکیبی در کاهش علائم وسواسی بیمار می‌باشد.

با توجه به معنی دار بودن اثر تعاملی زمان و گروه، برای تحلیل بیشتر نتایج، تحلیل واریانس یک طرفه برای نمرات میان آزمون و پس آزمون شاخص علائم وسواسی به طور جداگانه اجرا شد (جدول ۱). و با توجه به معنی دار بودن تفاوت میان سه گروه در مرحله پس آزمون، آزمون تعقیبی شفه اجرا گردید (جدول ۲).

1-Oliver

2-Boumgart

3-Kirk

جدول ۱- نتایج تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه گیریهای مکرر از نمره های پیش آزمون، میان آزمون و پس آزمون شاخص علائم وسواسی (مجموع نمرات کل پرسشنامه وسواسی - اجباری یل براون، پرسشنامه وسواسی - اجباری مادزلی، فهرست اعمال وسواسی)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
گروه	۷۰۸/۲۳	۲	۳۵۴/۱۱	۰/۳۶	N.S.
خطای گروه	۱۲۷۱۱/۴۳	۱۳	۹۷۷/۸۰		
زمان	۲۶۰۰۸/۶۶	۲	۱۳۰۰۴/۳۳	۶۹/۸۴	۰/۰۰۱
تعامل زمان و گروه	۶۰۳۸/۰۷	۴	۱۵۰۹/۵۱	۸/۱۱	۰/۰۰۱
خطای زمان	۴۸۴۱/۱۳	۲۶	۱۸۶/۱۹		

جدول ۲- نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه میانگین شاخص علائم وسواسی (مجموع نمرات کل پرسشنامه وسواسی - اجباری یل براون، پرسشنامه وسواسی - اجباری مادزلی، فهرست اعمال وسواسی) در مرحله پس آزمون سه گروه درمانی

گروه های مورد مقایسه	تفاوت میانگین ها	برآورد واریانس
۲-۱	۳۴/۸۰	۶۳/۳۴*
۲-۳	۳۸/۶۰	۶۷/۱۴*
۱-۲	-۳۴/۸۰	-۶/۲۵*
۳-۲	-۳۸/۶۰	۳۳/۶۱
۳-۲	-۳۸/۶۰	-۱۰/۰۵*
۳-۱	-۳/۸۰	۲۶/۰۱

مقایسه هایی که در سطح ۰/۰۵ آماری معنی دار هستند با علامت \* مشخص شده اند.

در گروه درمان با کلومیپرامین اندازه تابع t وابسته نشان می دهد که کاهش نمرات بیماران این گروه در شاخص اضطراب در حد معنی دار نمی باشد، به بیان دیگر درمان با کلومیپرامین روش مؤثری برای بهبود علائم اضطراب بیماران نبوده است.

در گروه درمان ترکیبی اندازه تابع t وابسته ( $P < 0/05$ ) و ( $t = 4/03$ ) نشانگر تفاوت معنی دار نمرات پس آزمون و

جدول ۲ نشان می دهد که میانگین نمره کل شاخص علائم وسواسی در گروه درمان شناختی - رفتاری کمتر از گروه درمان با کلومیپرامین می باشد. بنابراین درمان شناختی - رفتاری در بهبود علائم وسواس نسبت به درمان با کلومیپرامین مؤثرتر می باشد. در این جدول گروه ۱ عبارت از گروهی بوده است که به کمک روشهای شناختی - رفتاری مورد درمان قرار گرفته اند. گروه ۲ به کمک کلومیپرامین و گروه ۳ به کمک داروی کلومیپرامین و روشهای شناختی - رفتاری مورد درمان قرار گرفته اند.

همچنین میانگین نمره کل شاخص علائم وسواسی در گروه درمان ترکیبی (درمان شناختی - رفتاری و کلومیپرامین) پایین تر از گروه درمان با کلومیپرامین بوده است. از این رو درمان ترکیبی نیز در بهبود علائم وسواس نسبت به درمان با کلومیپرامین مؤثرتر برآورد گردیده است. با توجه به معنی دار بودن اثر زمان، برای مشخص نمودن اثر زمان در هر یک از گروهها به طور جداگانه آزمون t وابسته با استفاده از نمرات پس آزمون و پیش آزمون شاخص اضطراب اجرا شد.

در گروه درمان شناختی - رفتاری اندازه تابع t وابسته ( $P < 0/05$  و  $t = 3/40$ ) نشانگر تفاوت معنی دار نمرات پس آزمون و پیش آزمون شاخص اضطراب و اثر بخشی روش درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم اضطراب بیمار می باشد.



پیش آزمون شاخص اضطراب و اثر بخشی روش درمان ترکیبی در کاهش علائم اضطراب بیمار می باشد. با توجه به اینکه تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه گیریهای مکرر تفاوت معنی داری بین گروههای مختلف

در زمانهای متفاوت نشان نداد، می توان استنباط نمود که در میزان اثر روشهای درمانی پژوهش در بهبود اضطراب بیماران تفاوت معنی داری مشاهده نشده است (جدول ۳).

جدول ۳- تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه گیریهای مکرر نمره های پیش آزمون، میان آزمون، پس آزمون شاخص اضطراب (مجموع نمره مقیاس اضطراب حالت - صفت اشپیل برگر)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
گروه	۶۱۷/۷۰	۲	۳۰۸/۸۵	۰/۳۳	N.S
خطای گروه	۱۲۰۳۴/۲۷	۱۳	۹۲۵/۷۱		
زمان	۵۳۶۰/۸۵	۲	۲۶۸۰/۴۲	۱۷/۲۹	۰/۰۰۰۱
تعامل زمان و گروه	۱۵۲۷۴۰	۴	۳۸۱/۸۵	۲/۴۶	N.S
خطای زمان	۴۰۳۱/۵۵	۲۶	۱۵۵/۰۵		

با توجه به معنی دار بودن اثر زمان برای مشخص نمودن اثر آن در هر یک از گروهها به طور جداگانه آزمون t وابسته با استفاده از نمره های پس آزمون و پیش آزمون مقیاس افسردگی یک اجرا شد.

پس آزمون و پیش آزمون مقیاس افسردگی یک و اثربخشی روش درمان با کلومیپرامین در کاهش علائم افسردگی بیمار می باشد.

در گروه درمان شناختی - رفتاری اندازه تابع t وابسته ( $P < 0/05$  و  $t = 4/35$ ) نشانگر تفاوت معنی دار نمره های پس آزمون و پیش آزمون مقیاس افسردگی یک و اثربخشی روش درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم افسردگی بیمار می باشد.

در گروه درمان ترکیبی اندازه تابع t وابسته ( $P < 0/01$  و  $t = 4/68$ ) نشانگر تفاوت معنی دار نمرات پس آزمون و پیش آزمون مقیاس افسردگی یک و اثربخشی روش درمان ترکیبی در کاهش علائم افسردگی می باشد.

در گروه درمان با کلومیپرامین اندازه تابع t وابسته ( $P < 0/05$  و  $t = 2/61$ ) نشانگر تفاوت معنی دار نمرات

با توجه به معنی دار نبودن اثر تعامل زمان و گروه می توان استنباط نمود که تفاوتی در میزان اثر روشهای درمانی پژوهش در کاهش افسردگی بیماران مشاهده نشده است (جدول ۴).

جدول ۴ - نتایج تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه گیریهای مکرر نمره های پیش آزمون، میان آزمون و پس آزمون پرسشنامه افسردگی یک

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
گروه	۱۳۴/۴۰	۲	۶۷/۲۰	۰/۴۸	N.S
خطای گروه	۱۸۱۶/۹۳	۱۳	۱۳۹/۷۶		
زمان	۲۷۲۸/۳۱	۲	۱۳۶۴/۱۵	۲۸/۳۵	۰/۰۰۰۱
تعامل زمان و گروه	۱۶۳/۶۷	۴	۴۰/۹۱	۰/۸۵	N.S
خطای زمان	۱۲۵۰/۸۶	۲۶	۴۸/۱۱		

با توجه به معنی دار بودن اثر زمان، برای مشخص نمودن اثر آن در هر یک از گروهها به طور جداگانه آزمون t وابسته با استفاده از نمره‌های پس آزمون و پیش آزمون شاخص تغییرات شناختی اجرا شد.

در گروه درمان شناختی - رفتاری اندازه تابع t وابسته  $t = -6/36$  و  $P < 0/01$  نشانگر تفاوت معنی دار نمرات پس آزمون و پیش آزمون شاخص تغییرات شناختی و اثربخشی روش درمان شناختی - رفتاری در کاهش تحریفهای شناختی (افکار و نگرشهای ناسالم) بیمار می‌باشد.

در گروه درمان با کلومپیرامین اندازه تابع t وابسته نشان می‌دهد که کاهش نمرات بیماران این گروه در شاخص تغییرات شناختی در حد معنی دار نمی‌باشد. به بیان دیگر درمان با کلومپیرامین روش مؤثری برای بهبود تحریفهای شناختی (افکار و نگرشهای ناسالم) بیماران نبوده است.

در گروه درمان ترکیبی اندازه تابع t وابسته  $t = 5/80$  و  $P < 0/01$  نشانگر تفاوت معنی دار نمرات پس آزمون و پیش آزمون شاخص تغییرات و اثر بخشی روش درمان ترکیبی در کاهش تحریفهای شناختی (افکار و نگرشهای ناسالم) بیمار می‌باشد.

با توجه به معنی دار بودن اثر تعاملی زمان و گروه برای تحلیل بیشتر نتایج، تحلیل واریانس یک طرفه برای نمره‌های میان آزمون و پس آزمون به طور جداگانه اجرا شد (جدول ۵). با توجه به معنی دار بودن تفاوت میان سه

گروه در مرحله پس آزمون، آزمون تعقیبی شفه انجام گردید (جدول ۶).

جدول ۶ نشان می‌دهد که میانگین نمره شاخص تغییرات شناختی گروه درمان ترکیبی کمتر از گروه درمان با کلومپیرامین می‌باشد. به عبارتی درمان ترکیبی کاهش بیشتری در افکار و نگرشهای ناسالم این بیماران نسبت به کلومپیرامین ایجاد نموده است.

جدول ۶- نتایج آزمون تعقیبی شفه برای مقایسه میانگین شاخص تغییرات شناختی (مجموع نمرات پرسشنامه نگرشهای ناسالم و پرسشنامه باورها) در مرحله پس آزمون در سه گروه درمانی

مقایسه	تفاوت میانگینها	برآورد واریانس مقابله
۲-۱	۷۷/۱۳	۱۶۴/۴۰
۲-۳	۱۰۷/۳۳	* ۱۹۴/۶۰
۱-۲	-۷۷/۱۳	۱۰/۱۳
۱-۳	۳۰/۲۰	۱۲۱/۳۵
۳-۲	-۱۰۷/۳۳	* ۲۰/۰۷
۳-۱	-۳۰/۲۰	۶۰/۹۵

مقایسه‌هایی که در سطح  $0/05$  آماری معنی دار هستند با علامت \* مشخص شده‌اند.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس یک طرفه با اندازه‌گیریهای مکرر نمره‌های پیش آزمون، میان آزمون، پس آزمون شاخص تغییرات شناختی (مجموع نمرات پرسشنامه نگرشهای ناسالم و پرسشنامه باورها)

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
گروه	۷۸۰۲/۹۸	۲	۳۹۰۱/۴۹	۰/۵۳	N.S.
خطای گروه	۸/۶۷۰۹۶۴	۱۳	۷۴۱۶/۰۵		
زمان	۳۱۹۳۴/۹۹	۲	۱۵۹۶۷/۴۹	۲۵/۷۰	< ۰/۰۰۱
تعامل زمان و گروه	۳۱۸۲۸/۸۷	۴	۷۹۵۷/۱۹	۱۲/۸۱	< ۰/۰۰۱
خطای زمان	۱۶۱۵۴/۴۲	۲۶	۶۲۱/۳۲		



## بحث دریافته‌ها

درمان ترکیبی نسبت به روش درمان با کلومیپرامین به تنهایی در کاهش علائم وسواسی، و افکار و نگرشهای ناسالم موفق‌تر بوده است. در حالی که در کاهش سطح افسردگی تفاوتی بین این دو روش مشاهده نشد، درمان ترکیبی سبب کاهش سطح اضطراب بیماران گردیده است. همچنین روش درمان شناختی - رفتاری نسبت به درمان با کلومیپرامین به تنهایی در کاهش علائم وسواسی، افکار ناسالم موفق بوده است، اما در کاهش سطح افسردگی اضطراب و نگرشهای ناسالم بین این دو روش مشاهده نگردید. همچنین در زمینه روش درمان ترکیبی و روش درمان شناختی - رفتاری در بهبود علائم وسواس، اضطراب، افسردگی، افکار و نگرشهای ناسالم بیماران تفاوتی دیده نشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که افزودن کلومیپرامین به روش درمان شناختی - رفتاری افزایش اثر درمان شناختی - رفتاری طی هشت هفته را در پی داشته است.

نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهنده آن است که روش درمان ترکیبی بهبودی بیشتری در علائم وسواسی و تحریفهای شناختی بیماران به وجود آورده است تا درمان با کلومیپرامین به تنهایی. گرچه افزودن تکنیکهای شناختی - رفتاری به کلومیپرامین منجر به بهبودی بیشتری در عناصر شک - تردید و کندی - تکرار این بیماران نشده است؛ به نظر می‌رسد افزودن تکنیکهای شناختی و رفتاری دیگری به روش درمان ترکیبی به منظور تغییر بیشتر عناصر شک - تردید و کندی - تکرار، منجر به بهبودی بیشتری در علائم وسواسی بیماران خواهد شد. نتیجه این پژوهش در مورد اثربخشی روش درمان شناختی - رفتاری و روش درمان ترکیبی هماهنگ با بررسیهایی است که نشان می‌دهند، روشهای رفتاری مواجهه و بازداری از پاسخ و روشهای شناختی یاد شده در این پژوهش، مداخله‌های کارآمدی در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی می‌باشد.

در این پژوهش در گروه درمان با کلومیپرامین به تنهایی کاهش در علائم وسواسی مشاهده نشد. به نظر می‌رسد علت اختلاف نتیجه پژوهش اخیر با پژوهشهای پیشین مدت زمان مصرف کلومیپرامین باشد. از آنجا که پژوهش کنترل شده‌ای که در آن روش درمان ترکیبی شناختی - رفتاری و درمان با کلومیپرامین که با هر یک از روشها به تنهایی مقایسه شده باشد، انجام نشده، امکان مقایسه نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی شبیه به آن میسر نیست. اما پژوهشهایی که روش درمان ترکیبی (رفتاری و کلومیپرامین) را با هر یک از آنها به تنهایی مقایسه نموده‌اند، نتایج مشابهی را با این پژوهش ارائه داده‌اند.

گفتنی است که کمی تعداد نمونه، کوتاه بودن طول مدت درمان، عدم اجرای مرحله پیگیری، اثر پیش‌آزمون روی نمره‌ها، در دسترس نبودن ابزار معتبر و پایا که در جامعه ما هنجاریابی شده باشد، تفاوت سطح تحصیلات آزمودنیها، تفاوت سن و سطوح شدت علائم وسواسی از جمله محدودیتهای این پژوهش می‌باشد.

## منابع

- استکتی، گیل؛ فوآ، ادنا (۱۳۷۲). وسواس، ترجمه امیر هوشنگ مهریار. تهران: انتشارات رشد.
- انجمن روانپزشکی آمریکا (۱۹۹۴). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالهای روانی، ترجمه محمد رضا نیکخو و همکاران. تهران: انتشارات سخن.
- فتی، لادن (۱۳۷۰). مقایسه کارایی رویارویی توأم با جلوگیری از پاسخ، کلومیپرامین و ترکیب این دو روش در درمان اختلال وسواس. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، انستیتو روانپزشکی تهران.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnosis and statistical manual of mental disorder (DSM-IV)*, Washington, DC: APA.

- Blackburn, M., & Davidson, K. (1990). *Cognitive therapy for depression and anxiety*. London: Blackwell Scientific Publications.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (1989). Cognitive therapy. In R. J. Corsini, & D. Wedding (Eds.), *Psychotherapies* (4th edition). (pp. 258-319). U.S.A: Peacock Publishers.
- Emmelkamp, P., & Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 29, 293-306.
- Emmelkamp, P., Visser, S., & Hoekstra, R. (1988). Cognitive therapy VS exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive, *Cognitive Therapy and Research*, 12, 103-114.
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1994). *Synopsis of Psychiatry*, (7th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kaplan, H., Sadock, J. (1995). *Comprehensive textbook of psychiatry*, (6th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Marks, I., Katz, R., Landau, P., & Geiss, J. (1990). Drug versus behavioral treatment of obsessive compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 28, 1065-1080.
- Marks, I., Stern, R., Mawson, D., & Mcaonal, R. (1988). Clomipramine and exposure for obsessive compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, 136, 1-25.
- Riggs, D., & Foa, E. (1993). Obsessive compulsive disorder. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical Handbook of Psychotherapy: A step-by-step treatment manual* (pp. 189-239). New York: The Guilford Press.
- Salkovskis, P., & Jakes, I. (1989). *Cognitive behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems*. Behavioural Research and Therapy, 27, 677-684.
- Salkovskis, P. (1991). Obsessions and compulsions. In J. Scott, G. Williams, & A. T. Beck (Eds), *Cognitive therapy in clinical practice* (pp: 50-78). London: Routledge.
- Steketee, G. (1993). *Treatment of Obsessive Compulsive disorder*. New York: Guilford Press.
- Turner, S., & Beidel, D. (1988). *Treating obsessive - compulsive disorder*. New York: Pergamon.
- Van Oppen, P., Dehaan, E., Van Balkom, A., Spinhoven, P., Hoogduin, K., & Van dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 33, 379-390.
- Van Oppen, P., Arntz, A. (1993). Cognitive therapy for obsessive - compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 32, 79-87.