

تأثیر روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار

نویسندگان: مهدی اصفهانی^۱، دکتر حمید طاهر نشاط دوست^۲، دکتر حسین مولوی^۳ و دکتر محمدرضا عابدی^۴

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی
۲. دانشیار دانشگاه اصفهان
۳. استاد دانشگاه اصفهان
۴. استادیار دانشگاه اصفهان

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی بر میزان نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار در بیماران سرپایی مراجعه کننده به مراکز خدمات روانشناختی و روانپزشکی شهر اصفهان اجرا گردید. بدین منظور تعداد ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس - اجبار که بر اساس مصاحبه بالینی توسط روانشناس بالینی و روانپزشک عدم ابتلا آنها به اختلال افسردگی اساسی و اختلالات شخصیت تأیید شده بود، به روش تصادفی ساده از میان جامعه پژوهش انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری شامل یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه وسواس - اجبار مادزلی به عنوان پیش آزمون در مورد هر دو گروه اجرا گردید. گروه آزمایشی به مدت ۶ هفته با استفاده از کتابچه راهنمای درمانی که توسط پژوهشگر تدوین شده بود و شامل آموزش عملی و ارائه تکالیف خانگی 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 را ارائه می‌کردند. آزمودنی‌های گروه کنترل نیز در لیست انتظار قرار گرفتند. فرض بر این بود که روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی باعث کاهش نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون و پیگیری می‌شود. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی منجر به کاهش معنی‌دار نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است ($P < 0/001$). این بهبودی در پیگیری یک ماه بعد همچنان مشهود بود ($P < 0/001$). باتوجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان اینگونه نتیجه‌گیری کرد که روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی می‌تواند به عنوان روش موثری در درمان اختلال وسواس - اجبار به‌کار رود.

کلید واژه‌ها: اختلال وسواس - اجبار، مواجهه و جلوگیری از پاسخ، خوددرمانی

دوماهنامه علمی - پژوهشی
دانشگاه شاهد
سال چهاردهم - دوره جدید
شماره ۲۲
اردیبهشت ۱۳۸۶

مقدمه

اختلال وسواس - اجباری یک اختلال اضطرابی ناتوان کننده است که خصیصه اصلی آن وجود وسواس‌ها یا اجبارهایی مکرر و چنان شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه‌ای را برای فرد به بار می‌آورند. این وسواس‌ها یا اجبارها سبب اتلاف وقت می‌شوند و اختلال قابل ملاحظه‌ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیتهای معمول اجتماعی، یا روابط فرد ایجاد می‌کنند.

بیمار مبتلا به اختلال وسواس - اجبار ممکن است فقط وسواس فکری، فقط اجبار، و یا هر دوی آن‌ها را با هم داشته باشد.

وسواس دربرگیرنده فکر، احساس، اندیشه یا حسی عود کننده و مزاحم و اجبار رفتاری آگاهانه، معیارمند و عود کننده است، نظیر شمارش، وارسی، یا اجتناب. وسواس باعث افزایش اضطراب در فرد می‌شود، حال آن‌که هر چند انجام عمل اجباری در تلاش برای کاستن اضطراب همراه با وسواس فکری انجام می‌گیرد، همیشه به کم شدن این اضطراب منجر نمی‌گردد. ممکن است پس از کامل شدن انجام عمل اجباری، اضطراب فرقی نکرده باشد و یا حتی بیشتر شده باشد. وقتی فرد در مقابل انجام اجبار مقاومت به خرج می‌دهد نیز اضطراب افزایش می‌یابد [۱].

تا همین اواخر عقیده بر این بود که اختلال وسواس - اجبار یک بیماری نادر و با شیوع حدود ۰/۰۵ درصد است. ولی پژوهش‌های زیادی که در طی دو دهه گذشته انجام گرفته نشان می‌دهد شیوع این بیماری بسیار بیشتر از آن چیزی است که قبلاً تصور می‌شد، به نحوی که نتایج مطالعات همه گیر شناسی نشان می‌دهد این اختلال یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است و شیوع آن در جمعیت کلی حدود ۲ تا ۳ درصد تخمین زده می‌شود. بدین ترتیب، اختلال وسواس - اجبار چهارمین بیماری روانپزشکی پس از فوبی، اختلالات مرتبط با مواد و اختلال افسردگی اساسی می‌باشد [۲].

در دو دهه گذشته اطلاعات جدید با ارزشی در تشخیص و درمان اختلال وسواس - اجبار فراهم آمده است. تا کنون کارایی دو روش درمانی در اختلال وسواس - اجبار نشان داده شده است. این دو روش عبارتند از تجویز داروهای سرتونریژیک و درمان رفتاری که شامل مواجهه و جلوگیری از پاسخ می‌باشد. کارایی روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ در کاهش نشانه‌های این اختلال در بررسی‌های آزمایشی کنترل شده متعدد تأیید شده است. این شیوه اغلب بعنوان درمان انتخابی اختلال وسواس - اجبار مورد توجه قرار گرفته است [۳].

این روش شامل رویارو ساختن بیمار با محرک‌های ترسناک و در عین حال تشویق او برای ایجاد وقفه در هر نوع رفتاری است که مانع این رویارویی می‌شود و یا به آن پایان می‌بخشد. همزمان با آن، ارزیابی مجدد ترس‌ها مورد تشویق قرار می‌گیرد، به نحوی که بیمار در می‌یابد که چیزهای مورد ترس، در واقع اتفاق نمی‌افتند. با توجه به این که امروزه درمان‌های رفتاری جایگاه نخست را در درمان اختلال وسواس - اجبار احراز کرده است و نیز اهمیت نقش فعال درمانجو در طی فرایند این نوع درمان که عمدتاً بر اساس خودپاری و انجام تکالیف خانگی استوار است [۴]، به تازگی این بحث مطرح شده است که بخش عمده‌ای از درمان رفتاری اختلال وسواس - اجبار را خود بیمار با دخالت اندک درمانگر می‌تواند اجرا کند [۵].

اخیراً چندین شیوه روان درمانی با عنوان شیوه‌های جایگزین ارائه درمان، به جای روش‌های معمول روان درمانی چهره به چهره (حضوری) و یا گروه درمانی سنتی، مورد توجه قرار گرفته است. این درمان‌ها شامل واگذاری درمان برای گروه‌هایی از مراجعان، متن درمانی، استفاده از نرم‌افزارهای رایانه‌ای تعاملی قابل اجرا روی رایانه‌های شخصی و به کار بردن برنامه‌های رایانه‌ای کنترل شونده با تلفن می‌باشد.

این شیوه‌های جایگزین تحت عنوان خوددرمانی (Self-Treatment) در درمان اختلال

وسواس - اجبار نیز کاربرد فراوانی یافته‌اند. این شیوه‌ها از چندین مزیت برخوردار هستند؛ اول آن‌که این روش‌ها هزینه‌های درمانی فرد و نظام بهداشتی جامعه را کاهش می‌دهد. به ویژه اگر به یاد داشته باشیم که این هزینه‌ها احتمالاً در مواردی بیش از حد معمول نیز افزایش دارند. مثلاً اگر درمان‌گرها در زمینه ارائه درمان مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ به مبتلایان به اختلال وسواس - اجبار تخصص و مهارت لازم را نداشته باشند و به جلسات درمانی بیشتری نسبت به درمانگر متخصص برای دست یافتن به بهبود درمانی قابل پذیرش از لحاظ بالینی نیاز داشته باشند. دوم آنکه شیوه‌های جایگزین ارائه درمان، امکان بالقوه تدارک درمان تخصصی و اثربخش را برای تعداد بسیار بیشتری از افراد در یک محدوده جغرافیایی (و زمانی) گسترده‌تر فراهم می‌آورد. سوم آنکه بسیاری از مبتلایان به اختلال وسواس - اجبار از بابت نشانه‌های این اختلال دچار ناراحتی و آشفتگی هستند و در نتیجه تلاش می‌کنند که علائم اختلالشان را پنهان کنند. برای این چنین بیمارانی، درمان‌هایی که به ارتباط مستقیم با یک درمانگر نیاز نداشته باشند مناسب‌تر و اثربخش‌تر هستند [6]. گراهام (Graham) [7]، پژوهشی را اجرا کرد که در آن با ارسال پستی یک مقاله در مورد استفاده از شیوه‌های خود درمانی اختلال وسواس - اجبار و اختلال گذر هراسی، دیدگاه پرسش شوندگان را درباره این روش‌های جایگزین جویا می‌شد. پژوهش در واقع به بررسی شیوه‌های مرجح ارائه درمان و همچنین تعداد افرادی که مایل یا قادر به پرداخت هزینه این خدمات درمانی هستند می‌پرداخت. ۳۵ درصد از افرادی که با آن‌ها مکاتبه شده بود به پرسشنامه پاسخ دادند. از نظر این افراد مطلوب‌ترین و مرجح‌ترین روش ارائه درمان به ترتیب این موارد بودند: متن درمانی و استفاده از کتاب، درمان از طریق تلفن‌های مرتبط با یک رایانه، و مجموعه روش‌های درمانی مستلزم تعامل مستقیم رایانه‌ای. درصد اندکی از پاسخ دهندگان ارائه نوار ویدئو یا نوار صوتی را ترجیح می‌دادند و تنها ۹ درصد بیان داشتند که به هیچ

وجه به دسترسی به درمان از طریق یک شبکه رایانه‌ای تمایل ندارند. از آن‌جا که اعضای نمونه این پژوهش به شیوه تصادفی انتخاب نشده بودند کاربرد پذیر و تعمیم پذیر بودن یافته‌های آن برای تعداد بیشتری از مبتلایان احتمالاً با محدودیت‌هایی مواجه است. برای مثال، در این پژوهش از طریق ابزارهایی با پاسخ دهندگان تماس گرفته شده که مستلزم خواندن هستند و در نتیجه این امر ممکن است تلویحاً بدان معنا باشد که اعضای نمونه از توانایی خواندن درست و دقیق و همچنین از مهارت برقراری ارتباط به وسیله فن‌آوری‌های روز برخوردار بوده‌اند. با وجود این یافته‌های پژوهش تا حدی نشان دهنده آن هستند که انواع روش‌های جایگزین ارائه درمان که نیازمند تعامل مستقیم با درمانگر نیستند برای بسیاری از مبتلایان به اختلال وسواس - اجبار کاربردپذیر و اثربخش هستند. دو روش خوددرمانی که در متون مربوط به درمان اختلال وسواس - اجبار به آن اشاره شده است شامل متن درمانی و برنامه درمانی رایانه‌ای کنترل شونده با تلفن می‌باشند که بطور متخصص در ذیل توضیح داده می‌شوند.

متن درمانی: همان‌طور که مشخص شد پژوهش انجام گرفته توسط گراهام نشان داد که بسیاری از بیماران دچار اختلال وسواس - اجبار ترجیح می‌دهند که اطلاعات درمانی را به شکل کتاب (متن نوشتاری) دریافت کنند. امروزه مجموعه کتاب‌های راهنمای خودیاری زیادی که مبتنی بر رویکرد رفتاری هستند برای کودکان، نوجوانان و بزرگسالان دچار اختلال وسواس - اجبار موجود است.

برنامه درمانی رایانه‌ای کنترل شونده با تلفن: برنامه رایانه‌ای که بر اساس آن درمان رفتاری بصورت گام به گام ارائه می‌گردد و طی آن با استفاده از تماس تلفنی و استفاده از پاسخ‌های صوتی تعاملی که برای سنجش رفتاری و انجام درمان بکار برده می‌شود، فرایند درمان با کمترین دخالت درمانگر انجام می‌گیرد. در درمان‌های رفتاری مبتنی بر برنامه رایانه‌ای که قبلاً برای اختلال‌های هراس و گذر هراسی بکار برده شده بود، اطلاعات به

شکل چاپ شده به وسیله چاپگر رایانه شخصی ارائه می‌شد و پاسخ‌دهندگان از طریق صفحه کلید رایانه با برنامه ارتباط برقرار می‌کردند. در مقایسه با رایانه‌های شخصی، دستگاه‌های تلفنی بسیار فراوان‌تر و آسان‌تر در دسترس افراد قرار دارند و تعداد بیشتری از افراد با چگونگی به کار بردن آن‌ها آشنایی دارند. دستگاه‌های تلفن همچنین نسبت به رایانه‌های شخصی بهای بسیار کمتری دارند. مجموعه این عوامل نشان‌دهنده آن هستند که این برنامه می‌تواند وسیله مطلوب‌تر و مرجح‌تری برای ارائه خدمات درمان رایانه‌ای برای مبتلیان به اختلال وسواس- اجبار فراهم آورد. ارائه اطلاعات از طریق دستگاه تلفن سخنگو ممکن است محدودیت‌های دسترسی ناشی از توانایی اندک برخی افراد در سریع خواندن را نیز کاهش دهد. هر چند در اینجا هم شرکت کنندگان باید بتوانند یک متن راهنمای اولیه درمانی چاپ شده را بخوانند و در نتیجه باز هم تا حدی مهارت‌های خواندن مورد نیاز است. بچوفن و همکاران (Bachofen) [۸] در پژوهشی تحت عنوان "خود سنجی و خود درمانی خانگی اختلال وسواس- اجبار با استفاده از راهنمای آموزشی و مصاحبه تلفنی از طریق تعامل رایانه‌ای" دریافتند که استفاده از این سیستم خود درمانی که بر اساس روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ طرح‌ریزی شده است به طور معناداری به همان میزان استفاده از داروهای مهار کننده باز جذب سرتونین موجب بهبود یافتن نشانه‌های اختلال وسواس- اجبار، خلق و سازگاری اجتماعی و شغلی آزمودنی‌ها شده است. ناکاگاو و همکاران (Nakagava) [۹] نیز در پژوهشی تحت همین عنوان به بررسی میزان اثر بخشی این شیوه در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس- اجبار پرداختند. در این مطالعه در حالی که در یک گروه هم‌تاسازی شده که شامل ۲۰ بیمار وسواسی بود، توسط یک درمانگر با استفاده از فنون مواجهه و جلوگیری از پاسخ تحت درمان قرار گرفته بودند، گروه دیگر با استفاده از روش خود درمانی از طریق راهنمای آموزشی و استفاده از سیستم مصاحبه تلفنی به مدت حداقل ۳

هفته به انجام تمرین‌های مواجهه و جلوگیری از پاسخ پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که بیماران مبتلا به وسواس که به خود درمانی خانگی از طریق راهنمای آموزشی پرداخته‌اند در مقایسه با بیمارانی که توسط یک رفتار درمانگر درمان شده‌اند تقریباً به یک میزان بهبود یافته‌اند.

در پژوهش حاضر اثربخشی روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی با استفاده از یک روش تلفیقی شامل آموزش حضوری و استفاده از متن درمانی و کنترل روند درمان از طریق تماس تلفنی، مورد بررسی قرار گرفته است.

روش

جامعه آماری، حجم نمونه و روش اجرا

جامعه تحقیق شامل مراجعان به کلینیک‌ها و مراکز خدمات روانشناختی و روانپزشکی سطح شهر اصفهان در مهرماه ۱۳۸۳ بودند که در مصاحبه بالینی براساس DSM-IV تشخیص اختلال وسواس- اجبار دریافت کرده‌اند، و عدم ابتلاء آن‌ها به اختلال افسردگی اساسی و اختلالات شخصیت، تأیید شده بود و تاکنون هیچ نوع درمان دارویی دریافت نکرده بودند. نمونه نیز شامل ۲۰ نفر از این جامعه آماری بودند که به صورت تصادفی انتخاب شدند. در این پژوهش از لحاظ سن و جنس هیچگونه محدودیتی اعمال نشد. روش اجرا در این پژوهش به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی‌ها، آزمون وسواس - اجبار مادزلی به عنوان پیش آزمون در مورد آن‌ها اجرا گردید. سپس آزمودنی‌ها به شیوه تصادفی در دو گروه ۱۰ نفری، شامل یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایشی در معرض برنامه درمانی مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خود درمانی قرار گرفتند. این برنامه که شامل توضیح ماهیت اختلال وسواس - اجبار و مدل روانشناختی آن، آموزش و ارائه تکالیف خانگی استفاده از فنون مواجهه و جلوگیری از پاسخ و نیز آموزش روش‌های آرام‌سازی بود، از طریق یک کتابچه راهنمای آموزشی که توسط پژوهشگر تدوین شده بود

طرح پژوهش

این پژوهش یک پژوهش تجربی از نوع کاربردی است که در آن از طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل (Pretest-Post test randomized group design) استفاده گردید.

ابزار پژوهش

ابزار شامل آزمون وسواس - اجبار مادزلی (Maudsley Obsessive Compulsive Inventory (MOCI) (هاجسون و راجمن، ۱۹۷۷- Hodgson & Rachman) [۱۰] بود. این آزمون شامل ۳۰ سؤال صحیح و غلط است که شامل ۴ مقیاس فرعی واری، شستشو، کندی و تردید می‌باشد. البته مقیاس پنجمی هم تحت عنوان نشخوار فکری وجود دارد، ولی چون فقط شامل دو پرسش است به صورت جداگانه نمره‌گذاری نمی‌شود. نمره آزمون شامل یک نمره کل و ۴ نمره مربوط به مقیاس‌های فرعی می‌باشد که بصورت جداگانه نمره‌گذاری می‌شوند. پایایی و اعتبار آزمون وسواس مادزلی در مطالعات انجام شده بر روی نمونه‌های بالینی سایر کشورها تاکید شده است (امل‌کپ، کرایجکمپ و ون‌دن‌۱۹۹۹، Emmalkamp, Kraaijkamp & Van den Hout [۱۱]). به عنوان مثال ساناوو (Sanavio) [۱۲] همبستگی بین نمرات کل آزمون مادزلی و آزمون پادوا را ۰/۷۰ بدست آورده است. پایایی و اعتبار نسخه ترجمه شده آزمون وسواس مادزلی در ایران نیز مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار محتوایی آزمون توسط سه نفر از روانشناسان بالینی اعضای هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان مورد بررسی و تأیید قرار گرفت.

روش آماری

داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از برنامه آماری SPSS مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت. ابتدا با استفاده از روش‌های آمار توصیفی (محاسبه میانگین و انحراف معیار) داده‌ها توصیف شدند. سپس با استفاده از روش‌های آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) تفاوت‌های موجود بین دو گروه پژوهشی بررسی شد. در این تجزیه و تحلیل تاثیر متغیرهای کنترل پیش آزمون و میزان

به هر بیمار ارائه شد و بیماران پس از یک جلسه حضوری - جهت آشنایی با شیوه درمان - به مدت ۶ هفته با استفاده از این برنامه به انجام تکالیف خانگی و خود درمانی پرداختند.

کتابچه درمانی تدوین شده بر گرفته از روش‌های معمول ارائه درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و بر اساس متون بالینی و درمانی موجود در زمینه اختلال وسواس می‌باشد که از سوی متخصصین روانشناس بالینی مورد تأیید قرار گرفته است. اساس علمی به کار گرفته شده در تدوین این کتابچه درمانی بر پایه روش‌های درمانی ارائه شده در درمان اختلال وسواس - اجبار در کتاب "رفتار درمانی شناختی" تألیف هاوتون و همکاران، ترجمه دکتر حبیب‌اله قاسم زاده [۴] می‌باشد. در طول اجرای برنامه درمانی موردنظر، برای بررسی روند درمانی و رفع مشکلات احتمالی در اجرای تکالیف و ارائه راهنمایی‌های لازم، بیماران طبق یک برنامه زمان‌بندی شده هر هفته ۲ بار از طریق تماس تلفنی با پژوهشگر ارتباط داشتند.

در طول این مدت آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ نوع درمانی دریافت نکردند. نهایتاً جهت ارزیابی، از هر دو گروه در پایان ۶ هفته، پس آزمون (پرسشنامه وسواس - اجبار مادزلی) بعمل آمد. علاوه بر این یک ماه پس از درمان، به منظور پیگیری، مجدداً پرسشنامه وسواس - اجبار مادزلی در مورد هر دو گروه به اجرا درآمد و دو گروه از نظر میزان بهبودی و کاهش نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار بررسی شدند. لازم به ذکر است در طول این یک ماه دو گروه هیچ‌گونه درمانی دریافت نکردند.

متغیرها

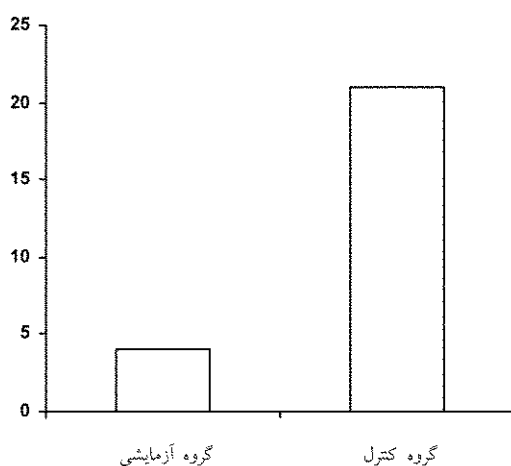
در این پژوهش متغیر مستقل عبارت بود از ارایه روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خود درمانی که در سطح گروه آزمایشی اجرا گردید و متغیر وابسته عبارت بود از:

میزان کاهش نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار آزمودنی‌های مورد مطالعه در پس آزمون و آزمون پیگیری بر اساس پرسشنامه وسواس - اجبار مادزلی.

همان‌طوری که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، پیش فرض لوین مبنی بر تساوی واریانس‌ها گروه‌ها در جامعه تأیید گردید ($P=0/078$ و $F=3/481$).

نتایج تحلیل کوواریانس نشانه‌های وسواس-اجبار در مرحله پس آزمون در جدول ۳ ارائه شده است.

همان‌طوری که نتایج در جدول ۳ نشان می‌دهد تفاوت بین میانگین نمرات باقیمانده نشانه‌های وسواس-اجبار پس از کنترل متغیرهای مداخله‌گر در دو گروه آزمایشی و کنترل معنادار است ($P<0/01$ و $F=428/383$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی باعث کاهش معنادار نمرات کل وسواس-اجبار آزمودنی‌های گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. میزان تأثیر این مداخله درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواس-اجبار ۰/۹۶ است، یعنی ۹۶ درصد از واریانس نمرات کل باقیمانده مربوط به عضویت گروهی یا تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری برابر ۱ بوده است یعنی میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار ۱۰۰ درصد بوده است. تفاوت میانگین نمرات باقیمانده کل اختلال وسواس اجبار در مرحله پس آزمون در شکل ۱ نشان داده شده است.



شکل ۱ میانگین نمرات باقیمانده کل اختلال وسواس-اجبار در دو گروه در مرحله پس آزمون

تحصیلات از روی نمرات پس آزمون و پیگیری برداشته شد و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقیمانده مقایسه شدند.

نتایج

داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از روش تحلیل کوواریانس (covariance) مورد تحلیل قرار گرفت. در این تحلیل، تأثیر متغیرهای کنترل پیش آزمون و میزان تحصیلات از روی نمرات پس آزمون و پیگیری برداشته شد و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقیمانده مقایسه شدند. میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به نشانه‌های اختلال وسواس-اجبار در مرحله پس آزمون در دو گروه آزمایشی و کنترل که بر اساس نمره کل آزمون وسواس-اجبار مادزلی اندازه‌گیری شده است، بعد از کنترل متغیرهای مداخله‌گر میزان تحصیلات و پیش آزمون، در جدول ۱ آمده است.

نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد نمرات کل نشانه‌های اختلال وسواس-اجبار بعد از کنترل متغیرهای مداخله‌گر در مرحله پس آزمون

شاخص گروه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایشی	۵/۱۸	۱/۲۲۹
کنترل	۲۱/۶۱	۲/۰۱۱

جدول ۲ نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها

متغیر وابسته	شاخص	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری (P)
نشانه‌های وسواس-اجبار		۳/۴۸۱	۱	۱۸	۰/۰۷۸

جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس دو گروه در نشانه‌های وسواس - اجبار بعد از کنترل متغیرهای مداخله‌گر در مرحله پس آزمون

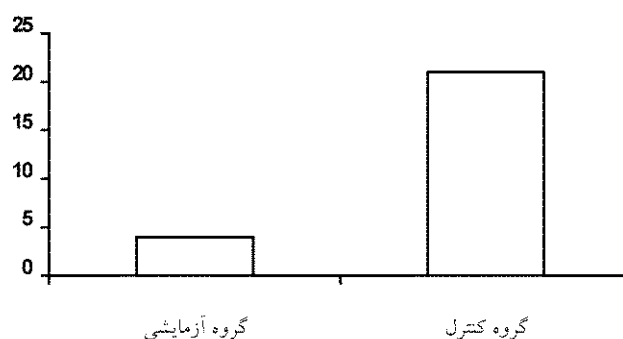
منبع	شاخص	درجه آزادی	میانگین مجدورات	ضریب F	معناداری (P)	مجدورات	توان آماری
پیش آزمون	۱	۲۹۶	۲۲/۷	۰/۰۰۲	۰/۸۵	۰/۹۵	
تحصیلات	۱	۰/۲۸۵	۰/۰۹۲	۰/۷۶۶	۰/۰۰۶	۰/۰۵۹	
گروه	۱	۱۳۳۰/۸۹۹	۴۲۸/۳۸۳	۰/۰۰	۰/۹۶۴	۱/۰۰	

جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد نمرات کل نشانه‌های وسواس - اجبار دو گروه بعد از کنترل متغیرها در مرحله پیگیری

گروه‌ها	شاخص	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایشی	۵/۵۱	۰/۸۴۹	
کنترل	۲۳/۱۸	۲/۲۹۹	

استاندارد بودن ابزار به کار رفته در این پژوهش، عدم رعایت این پیش فرض در تحلیل نهایی تأثیری ندارد و استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع است. همان‌طوری که جدول ۶ نشان می‌دهد روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی باعث کاهش معنادار نمرات کل وسواس - اجبار آزمودنی‌های گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پیگیری شده است.

میانگین و انحراف استاندارد نمرات مربوط به نشانه‌های وسواس - اجبار در مرحله پیگیری در دو گروه بعد از کنترل متغیرهای مداخله‌گر در جدول ۴ آمده است. نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش فرض تساوی واریانس‌ها در جدول ۵ آمده است. همان‌طوری که جدول ۵ نشان می‌دهد پیش فرض لوین مبنی بر تساوی واریانس‌ها در مرحله پیگیری تأیید نشده است ($P=0/002$ و $F=12/850$)، ولی به دلیل مساوی بودن حجم گروه‌ها در نمونه پژوهشی و نیز



شکل ۲ میانگین نمرات باقیمانده کل اختلال وسواس - اجبار دو گروه در مرحله پیگیری

جدول ۵ نتایج آزمون لوین مبنی به پیش فرض تساوی واریانس‌ها

متغیر وابسته	شاخص	ضریب F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری (P)
نشانه‌های وسواس - اجبار		۱۲/۸۵۰	۱	۱۸	۰/۰۰۲

میزان تأثیر این مداخله درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار ۰/۹۷ است، یعنی ۹۷ درصد از واریانس نمرات کل باقیمانده مربوط به عضویت گروهی یا تأثیر مداخله درمانی است. توان آماری برابر ۱ بوده است یعنی میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار ۱۰۰ درصد بوده است. تفاوت میانگین نمرات باقیمانده کل اختلال وسواس - اجبار در مرحله پیگیری در شکل ۲ نشان داده شده است. نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه در جدول ۶ آمده است.

بحث و نتیجه‌گیری

از نتایج بدست آمده این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی، میزان نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار را در مبتلایان به این اختلال کاهش می‌دهد. بنابراین به نظر می‌رسد که این شیوه می‌تواند یک جایگزین مؤثر در درمان اختلال وسواس - اجبار باشد.

اولین نکته‌ای که از یافته اول این پژوهش استنباط می‌شود کارایی و اثر بخشی روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ بعنوان درمان انتخابی اختلال وسواس - اجبار

می‌باشد. این موضوع در پژوهش‌های متعدد داخلی و خارجی تأیید شده است [۳]. اما نکته مهم و اساسی‌تری که در واقع هدف اصلی این پژوهش بوده است بررسی کارایی و تأثیر شیوه خوددرمانی در ارائه این روش یعنی روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به عنوان درمان انتخابی اختلال وسواس - اجبار می‌باشد. امروزه استفاده از امکانات ارتباطی و فن‌آوری روز در بسیاری از زمینه‌های علمی و پژوهشی گسترش بیش از پیش یافته است. شیوه خوددرمانی نیز بعنوان یکی از شیوه‌های جایگزین ارائه درمان به جای روش‌های معمول و سنتی حضوری و چهره به چهره (فردی)، نمونه‌ای از کاربرد این امکانات و فن‌آوری‌ها در زمینه درمان اختلال وسواس - اجبار می‌باشد، به‌طوری‌که امروزه استفاده از نرم‌افزارهای رایانه‌ای تعاملی قابل اجرا روی رایانه‌های شخصی، به کار بردن برنامه‌های رایانه‌ای کنترل شونده با تلفن، استفاده از امکانات تلفن سخنگو و نیز چاپ و انتشار کتب و متون خود درمانی متعدد که نیازمند تعامل مستقیم با درمانگر نیستند کاربرد بیش‌تری یافته‌اند و نتایج امیدوارکننده‌ای داشته‌اند. یافته اول این پژوهش نیز به نوعی تأیید کننده کارایی استفاده از این شیوه در درمان اختلال وسواس - اجبار است.

جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه در نشانه‌های وسواس - اجبار از کنترل متغیرهای مداخله‌گر در مرحله پیگیری

منبع	شاخص	درجه آزادی	میانگین مجدورات	ضریب F	معناداری (P)	مجدورات	توان آماری
پیش آزمون		۱	۳۷۶	۷۵	۰/۰۰۳	۰/۷۸	۰/۹۰
تحصیلات		۱	۰/۵۵	۰/۱۷۵	۰/۶۸۱	۰/۰۱	۰/۰۶۸
گروه		۱	۱۵۴۴/۹۵	۴۹۰/۴۶	۰/۰۰	۰/۹۶۶	۱/۰۰

یافته دیگر پژوهش حاکی از این است که شیوه خوددرمانی مواجهه و جلوگیری از پاسخ باعث کاهش نشانه‌های مبتلایان به اختلال وسواس-اجبار نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل در مرحله پیگیری می‌شود. یعنی در مقایسه با گروه کنترل، آزمودنی‌هایی که با شیوه خوددرمانی، درمان شده‌اند همچنان بهبود یافته باقی مانده‌اند و تفاوت بین دو گروه از لحاظ آماری معنادار است.

در نهایت، با در نظر گرفتن این مسئله که میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل در این پژوهش، در مرحله پس آزمون و پیگیری تفاوت چندانی ندارد می‌توان استنباط کرد که اختلال وسواس-اجبار 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.

مسئله اساسی که در زمینه کاربرد شیوه خود درمانی در درمان اختلال وسواس-اجبار بسیار حائز اهمیت است، این است که استفاده از این شیوه به دلیل محاسنی که دارد منجر به تسهیل فرایند درمان می‌گردد. مهمترین محاسن استفاده از شیوه خوددرمانی در درمان این اختلال در ذیل به اختصار توضیح داده می‌شود:

بسیاری از بیماران مبتلا به وسواس از بابت نشانه‌های بیماری‌شان دچار ناراحتی و آشفتگی زیادی هستند و به دلیل ماهیت وسواس‌ها و اجبارهایشان و افکار و خیالات غیرقابل قبول و شرم‌آوری که برایشان متصور است سعی در پنهان کردن علائم اختلالشان حتی در حضور درمان‌گر دارند. برای چنین بیمارانی، درمان‌هایی که مستلزم ارتباط مستقیم با یک درمان‌گر نیست مناسب‌تر و اثربخش‌تر است. یکی دیگر از محاسن استفاده از این شیوه این است که با استفاده از آن می‌توان در مدت محدودتری با تعداد بیشتری از بیماران کار کرد که این نشان دهنده مقرون به صرفه بودن این شیوه از لحاظ صرف وقت، انرژی، هزینه و امکانات هم برای بیمار و هم برای درمانگر می‌باشد.

منابع

۱. کاپلان، اج و سادوک، ب. (۱۳۸۳) خلاصه روانپزشکی - علوم رفتاری، روانپزشکی بالینی. جلد دوم. (ویراست نهم). ترجمه حسن رفیعی و خسرو سبحانیان. تهران: انتشارات ارجمند.
2. Montgomery, S.A., Zohar, Y. (1999) Obsessive-Compulsive Disorder. New York: Martin Dunitz Ltd.
3. Franklin, M.E., Abramowitz, J.S., Kozak, M., Levitt, I.T. and Foa, E.B. (2000) Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 594-602.
۴. هاوتون، ک.، کرک، ج.، سالکوسکیس، پ و کلارک، د. (۱۳۸۰). رفتار درمانی شناختی، جلد اول. ترجمه حبیب‌الله قاسم زاده. تهران: انتشارات ارجمند.
۵. لیندزی، ای. جی و پاول، جی. (۱۳۷۹). تشخیص و درمان اختلالات روانی بزرگسالان در روانشناسی بالینی. ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. تهران: انتشارات سخن.
6. Menzies, R.G., and De Silva, P. (2003) Obsessive-compulsive disorder: theory, research and treatment. London: John Wiley.
7. Graham, C., Kenwright, M. and Marks, I. (2000) Psychotherapy by computer: a postal survey of responders to teletext article. Psychiatry Bull, 24, 331-332.
8. M., Nnakagawa, A., Marks, I., Park, J., Baer, L., Wenzel, K., Parkin, J. and Dottl, S. (1999) Home self- assessment and self- treatment of obsessive- compulsive disorder using a manual and a computer- conducted. Replication of a UK- US study. Journal of Clinical Psychology, 60, 545- 549.
9. Nakagawa, A., Marks, I.M., Park, J.M., Bchofen, M., Baer, L., and Greist, J.H. (2000) Self- treatment of obsessive-compulsive disorder guided by manual and computer-conducted telephone interview. Journal of Telemed Telecare, 6, 22-26.
10. Hodgson, R.J., & Rachman, S. (1977) Obsessional-compulsive complaints. Behavior Research and Therapy, 15, 389- 395.

12. Sanavio, E. & Vidotto, G. (1985) The components of the moudsley obsessional- compulsive questionnaire. Behavior Research and Therapy, 23(6), 659-662.
11. Emmelkamp, P.M.G., Kraaijkamp, H.J.M., & van den Hout, M.A. (1999) Assessment of obsessive-compulsive disorder. Behavior Modification, 23, 269-279.