

مقایسه کارایی روش‌های شناخت - رفتار درمانگری و شناخت - رفتار درمانگری

توأم با دارو درمانی، در مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی

محمد خدایاری فرد

استادیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

یاسمین عابدینی

کارشناس ارشد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

چکیده

اختلال وسواس فکری - عملی، اختلالی مزمن، نوروتیک و ناتوان کننده است که از دیرباز مورد توجه روان‌پزشکان و روان‌شناسان بوده است. این اختلال در صورت عدم درمان به موقع اغلب به صورت مزمن درآمده و سالیان دراز همراه فرد خواهد بود و در موارد جدی، روابط خانوادگی و اجتماعی فرد را مختل می‌کند. مبتلایان به این اختلال علائم اضطراب و یا افسردگی را نیز از خود نشان می‌دهند. بنابراین، جداسازی وسواس فکری - عملی از افسردگی اساسی و اضطراب فراگیر بسیار مهم تلقی می‌شود و یافتن راه‌حل‌های درمانی مناسب با آن از اهمیتی ویژه برخوردار است. مهم‌ترین علائم تشخیص این بیماری عبارتند از: افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی بیهوده و مزاحم، رفتارها و یا اعمال ذهنی تکراری که با هدف جلوگیری و یا کاهش ناراحتی طرح‌ریزی می‌شوند. در این پژوهش آزمودنی‌های مبتلا به وسواس فکری - عملی به شیوه‌های شناختی - رفتاری و شناختی - رفتاری توأم با درمان دارویی مورد مطالعه و درمان قرار گرفتند. نتایج نشان می‌دهند که روش پیشین بسیار مؤثرتر از روش اخیر است.

واژگان کلیدی: اختلال وسواس فکری - عملی، رفتار درمانگری، شناخت - رفتار درمانگری،
دارو درمانی، مطالعه موردی.

قبلاً تصور می‌شد اختلال وسواس فکری - عملی (OCD) (وسواس بی‌اختیاری) نسبتاً نادر است، اما مطالعات همه‌گیرشناسی اخیر نشان داده است که میزان شیوع این اختلال در گستره زندگی ۲۵ درصد است و در خلال یک سال بین ۱/۵ تا ۲/۱ درصد در نوسان است (DSMIV ، ۱۹۹۴، ص ۴۲۰). تاکنون به دلایلی مانند خودداری بیمار از پذیرش علایم خود یا در دسترس نبودن ابزار پژوهشی جامع در زمینه ارزیابی روان پزشکی، میزان شیوع این اختلال از میزان واقعی کمتر برآورد شده است. هم‌چنین بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی چه بسا هیچ‌گاه به درمانگر (روان پزشک یا روان شناس) مراجعه نکنند و بسیاری از آن‌ها می‌کوشند بیماری خود را از دیگران پنهان دارند، به طوری که گاه حتی افراد خانواده نیز از وجود بیماری وسواس در نزدیکان خود آگاهی ندارند (راسموسن و آیزن، ۱۹۹۲).

باتوجه به یافته‌های نوین در زمینه شیوع این اختلال و بر اساس پیشرفت‌های قابل ملاحظه در درمان‌های رفتاری و دارویی، به تازگی متخصصان و پژوهشگران بالینی علاقه‌مند به پژوهش در مورد این بیماری آزاردهنده شده‌اند. از آن‌جا که سن شروع این اختلال در اکثر بیماران، اوایل سنین نوجوانی است (مینیکیلو و همکاران، ۱۹۹۰) و در صورت عدم درمان به موقع غالباً بیماری مزمن شده و سال‌ها همراه بیمار خواهد بود و در مواردی اختلال جدی، در عملکرد شغلی، روابط خانوادگی و اجتماعی شخص اختلال ایجاد خواهد کرد و نیز چون افکار مزاحم ممکن است در بسیاری از اختلال‌های روانی به چشم بخورد و مبتلایان به این اختلال علایم سایر اختلال‌ها از جمله اضطراب و افسردگی را از خود نشان دهند؛ جداسازی OCD از افسردگی اساسی یا اضطراب فراگیر بسیار مهم برشمرده می‌شود و یافتن راه حل‌های درمانی برای آن واجد اهمیت خاصی است.

اختلال OCD با عناوین مختلفی از قبیل حالت وسواسی ، نوروز یا بیماری وسواس، جنون شک و تردید و اختلال وسواس فکری - عملی معرفی شده است. چاپ چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM,IV, 1994) ملاک‌های زیر را برای تشخیص این اختلال وضع کرده است:

الف) افکار و سواسی

۱. افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی که گاه در حین اختلال تجربه می‌شوند. این افکار و تکانه‌ها بیهوده و مزاحم‌اند و در عین حال علل مشخصی برای اضطراب، افسردگی و ناراحتی فرد به شمار می‌آیند.

۲. این افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی صرفاً ناشی از نگرانی‌های مفرط درباره مسائل واقعی زندگی نیستند.

۳. شخص تلاش می‌کند تا چنین افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی را فراموش کرده یا کنار بزند و آن‌ها را از طریق اعمال و افکار دیگری بی‌اثر سازد.

۴. شخص می‌داند که افکار و سواسی، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی محصول ذهن او هستند و از خارج به او تحمیل نمی‌شوند.

ب) اعمال و سواسی یا رفتارهای بی‌اختیار

۱. رفتارهای تکراری (مثل شستن دست‌ها، واری کردن) یا اعمال ذهنی (مثل دعا کردن و شمردن) که شخص احساس می‌کند برای پاسخ به وسواس خود به طرف آن‌ها کشیده می‌شود و مطابق با قواعد و آداب کلیشه‌ای و آئینی آن رفتارها را انجام می‌دهد.

۲. این رفتارهای تکراری و یا اعمال ذهنی، با هدف جلوگیری یا کاهش ناراحتی و یا پیشگیری از رخ دادن اتفاقات و موقعیت‌های ترسناک طرح ریزی می‌شوند و در عین حال ارتباطی واقع‌گرایانه با آن چیزی ندارد که قرار است آن را خنثی و یا از آن پیشگیری کنند.

نارسایی تبیین‌های نه‌چندان علمی رویکرد روان‌تحلیل‌گری از اختلال و سواسی و شیوه‌های درمان آن، که سال‌ها بر پیکره روان‌پزشکی غربی سیطره داشت، باعث شد تا تلاش‌های نوین مبتنی بر راهبردهای علمی جهت فهم و تغییر پدیده‌های وسواسی صورت پذیرد (سالکوسکیس ،

۱۹۸۹). استفاده از روش‌های رفتاری که مبتنی بر اصول علمی و پشتوانه‌های آزمایشگاهی است، طی ۲۵ سال اخیر، در مقایسه با روش‌های درمانی دیگر، به موفقیت‌های قابل توجهی در شناخت و تغییر رفتار بیماران وسواسی دست یافته است (فوا ، ۱۹۸۵، به نقل از ترنر و بیدل ، ۱۹۸۸). نرخ بهبودی بالای درمان رفتاری این اختلال سبب شده تا در اکثر نوشته‌های دهه اخیر برچسب «اختلال مقاوم به درمان» به آن اطلاق نشود (وبر و میلیبی ، ۱۹۹۱).

پژوهش‌های نشان می‌دهند نزدیک به ۵۵ تا ۶۰ درصد بیماران به داروهای رایج پاسخ می‌دهند (ترنر و همکاران، ۱۹۸۸، به نقل از استکتی ، ۱۹۹۳). برای رفتار درمانی نرخ موفقیت بین ۷۵ تا ۸۰ درصد گزارش شده است (استکتی و مک کارتی ، ۱۹۹۲). اما باید توجه داشت که نرخ عود بیماری پس از قطع درمان بالاست (مارکس و همکاران، ۱۹۸۰) و بسیاری نیز به دلیل پیامدهای ناخواسته داروها یا فشار درمان رفتاری، درمان را نیمه‌کاره رها می‌کنند و نزدیک به ۲۵ درصد بیماران نیز به هیچ یک از درمان‌های یاد شده پاسخ نمی‌دهند. همچنین، به نظر می‌رسد پیشرفت شو برانگیز درمان اعمال وسواسی قابل تعمیم به افکار وسواسی نیست. بعضی شواهد حاکی است درمان افکار وسواسی به مراتب دشوارتر از درمان اعمال وسواسی است (سالکوسکیس، ۱۹۸۹). در چنین مواردی شناخت درمانی احتمالاً می‌تواند نرخ بهبودی را ارتقا بخشد. شناخت درمانی بر نقش پردازش شناختی در هیجان و رفتار تأکید دارد. پاسخ‌های هیجانی و رفتاری فرد به یک موقعیت تا حد زیادی حاصل نحوه ادراک، تفسیر و معانی است که او برای آن رویدادها قایل می‌باشد. برخلاف رویکردهای رفتاری مبتنی بر شرطی شدن ساده، شناخت درمانی افراد را شرکت‌کنندگانی فعال در محیط‌های خودشان قلمداد می‌کند که محرک را مورد قضاوت و ارزیابی قرار می‌دهند، وقایع و احساس‌های خود را تفسیر می‌کنند و پاسخ‌های خودشان را می‌سنجند و داوری می‌کنند (بک و ویشار ، ۱۹۸۹). مقایسه شناخت درمانگری با دارو درمانگری نشان داده است که شناخت درمانگری در کاهش افسردگی مؤثرتر است (شوشتاک ، ۱۹۹۱، استوارت ، ۱۹۹۳).

بنابر شواهد، درمان شناختی ممکن است به ایجاد مهارت‌های پایداری در مراجع منجر شود و احتمال عود بیماری را پس از پایان درمان تقلیل دهد (هولون و تسون ، ۱۹۸۳). ترکیب شناخت درمانی و دارو درمانی بر کاربرد درمان شناختی به تنهایی برتری دارد (بک و ویشار، ۱۹۸۹). گروه دیگری از بررسی‌های موردی، کاربرد شناخت - رفتار درمانگری را در عمل آزموده‌اند که البته

شمار آن‌ها محدود است. از جمله می‌توان به پژوهش‌های زیر اشاره کرد: کیرنی و سیلورمن (۱۹۹۰، به نقل از استکتی، ۱۹۹۳) سودمندی شناخت - رفتار درمانگری را در نوجوانان مبتلا به وسواس و در معرض خطر خودکشی نشان دادند. بررسی موردی سالکوسکیس و وارویک (۱۹۸۶) با بهره‌گیری از رویکرد شناخت - رفتار درمانگری برای تغییر شناخت غیر واقع‌گرایانه مراجعی که به سبب بیم از ابتلا به سرطان پوست از آلودگی پرهیز می‌کرد نیز مؤثر بودن این روش را نشان داد. هم‌چنین به تازگی بسیاری از پژوهشگران دیگر متوجه کارایی برتر تکنیک درمان شناختی - رفتاری در بهبود افکار وسواسی شده‌اند (دیمال و همکاران، ۱۹۹۶؛ دریسن و همکاران، ۱۹۹۷).

از آنجا که درمان شناختی - رفتاری بر شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مداخله‌گر و اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس مسئولیت، جلوگیری از خنثی‌سازی، که در پی ارزیابی متأثر از احساس مسئولیت پدید می‌آید، و افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز است (دیمال و همکاران، ۱۹۹۶) و اگر نظر پیشنهادی برخی از پژوهشگران مبنی بر این‌که افراد وسواسی از حیث قواعد مورد استفاده در تجزیه و تحلیل اطلاعات دچار کاستی‌اند، درست باشد، آن‌گاه می‌توان انتظار داشت روش‌های درمان شناختی - رفتاری با اصلاح کنش‌های ذهنی پیش‌گفته باعث کاهش و بهبود اعمال و افکار وسواسی می‌شوند (گرایسن و همکاران، ۱۹۸۵؛ به نقل از دریسن و همکاران، ۱۹۹۷).

پژوهش حاضر در پی آن است که با استفاده از طرح مطالعه موردی، با مقایسه درمان‌های شناختی - رفتاری و دارویی، برتری درمان‌های شناختی - رفتاری را در کاهش و بهبود افکار و اعمال وسواسی بررسی کند. استفاده از طرح مطالعه موردی به این دلیل است که اطلاعات دقیق و اساسی در مورد سطح تدبیر را به دست می‌دهد. لذا، کاربرد آن در شرایط کلینیکی از اهمیت بسیاری برخوردار است. با کاربرد چنین طرحی، درمانگر میانگین اثر سطح تدبیر را در گروه جستجو نمی‌کند، بلکه یک مورد را تحت بررسی دقیق قرار می‌دهد تا اثر آن سطح تدبیر را روی او ارزیابی کند (آیزنک، ۱۹۷۴، به نقل از گیوی، ۱۳۷۰).

بررسی پژوهش‌های انجام شده

به رغم آن که درمان‌های رفتاری برای بسیاری از مبتلایان اختلالات اضطرابی از سال‌های ۱۹۷۰ به بعد به طور گسترده‌ای رواج یافته است، هنوز در درمان اکثر این بیماران از داروهای روانگردان استفاده می‌شود و رغبت به دارو درمانی در درمان این گروه از بیماران همچنان رو به تزاید است. این در حالی است که پژوهش‌ها بیانگر کارایی بیشتر روش‌های شناخت - رفتار درمانگری به تنهایی و یا به صورت ترکیبی با دارو درمانی است (دراموند ، ۱۹۹۳؛ مول ، ۱۹۹۹، مارش ، ۱۹۹۵). برای مثال، کارایی برتر شناخت - رفتار درمانگری در درمان بیخوابی (مورین و همکاران، ۱۹۹۹)، توهم و هذیان (هادوک و همکاران، ۱۹۹۹)، نشانگان خستگی مزمن (شارپ و آم جی ، ۱۹۹۸) و اختلالات شخصیتی (دریسن و همکاران، ۱۹۹۷) نشان داده شده است.

علاوه بر مطالعاتی که کارایی رویکرد شناخت - رفتاردرمانگری را در بهبود مبتلایان به OCD نشان دادند، بخشی از پژوهش‌ها بر پایداری درمان‌های مبتنی بر این رویکرد متمرکز است. به عنوان نمونه، در پژوهشی دیمال و همکاران (۱۹۹۶) به بررسی اختلال وسواس فکری - عملی توأم با افسردگی اولیه پرداختند. آن‌ها دریافتند بیماران که از شناخت - رفتار درمانی استفاده کرده بودند پس از درمان، بهبودی خود را بیشتر از بیماران که فقط دارو درمانی شده بودند حفظ کردند.

مارش (۱۹۹۵) در پژوهشی به مطالعه نقش درمان شناختی - رفتاری در درمان وسواس فکری - عملی در کودکان و نوجوانان پرداخت. او نشان داد که از میان ۳۲ مورد مطالعه موردی که در اکثر آن‌ها درمانگران درمان‌هایی با چارچوب‌های نظری متفاوت ارائه کرده بودند، اغلب آن‌ها بر سودمندی درمان‌های شناختی - رفتاری در درمان کودکان و نوجوانان دارای اختلال وسواس فکری-عملی تأکید کرده بودند.

مارش و لئونارد (۱۹۹۶) در پژوهش خود ذکر کردند اختلال وسواس فکری - عملی اختلال عصبی - روان‌پزشکی رایج در کودکان و نوجوانان است. عموماً این اختلال به همراه تیک، نارسایی توجه ، اضطراب و اختلالات عاطفی است و درمان‌های شناختی - رفتاری توأم با دارو درمانی (استفاده از بازدارنده سرتونین) بیشترین کارایی را در درمان این اختلال داراست.

مارش، مول و هربل (۱۹۹۴) گزارش کردند درمانگری مبتنی بر شناختی - رفتاری به تنهایی و یا به صورت ترکیبی با درمان دارویی، درمانی قابل قبول، مؤثر و سالم برای اختلال وسواس فکری - عملی در نوجوانان محسوب می‌شود.

مول (۱۹۹۹) به ارزیابی عوامل درمان اختلال وسواس فکری - عملی پرداخت. او دریافت که شناخت - رفتار درمانگری (مواجهه اولیه، پیشگیری از پاسخ) و دارو درمانی از طریق بازدارنده سرتونین دارای کارایی بالایی جهت درمان این اختلال هستند.

اوکانور و همکاران (۱۹۹۹) در مطالعه‌ای، ۲۶ نفر آزمودنی دارای اختلال وسواس فکری - عملی را مورد مطالعه و درمان قرار دادند، آن‌ها با استفاده از مقیاس وسواس فکری - عملی ییل براون این آزمودنی‌ها را قبل و بعد از درمان مورد ارزیابی قرار دادند و آن‌ها را در ۴ گروه درمانی قرار دادند، گروه اول، آزمودنی‌هایی بودند که با استفاده از درمان ترکیبی، شناخت - رفتار درمانگری توأم با دارودرمانی مورد درمان قرار گرفتند. گروه دوم شامل آزمودنی‌هایی بود که با استفاده از شناخت - رفتار درمانگری به تنهایی مورد درمان قرار گرفتند. گروه سوم شامل آزمودنی‌هایی بود که فقط تحت درمان دارویی قرار گرفتند و گروه چهارم شامل آزمودنی‌هایی بود که هیچ نوع تدبیر درمانی دریافت نکردند (گروه کنترل). نتایج نشان دادند که هر سه گروه اول، یعنی گروه درمانی ترکیبی، گروه شناخت-رفتار درمانگری و گروه دارودرمانی نسبت به گروه کنترل از نظر بهبودی میزان وسواس فکری - عملی در سطح بالاتری قرار داشتند. هم‌چنین نتایج نشان دهنده کارایی بیشتر شیوه‌های شناخت - درمانگری به تنهایی نسبت به درمان ترکیبی و دارو درمانی به تنهایی جهت درمان اختلال وسواس فکری - عملی بود.

کوزاک، لایبوییتز و فوا (۲۰۰۰) در پژوهشی برای مطالعه ۶۱ بیمار دارای اختلال وسواس فکری - عملی، آن‌ها را در ۴ گروه درمانی قرار دادند: گروه اول فقط با استفاده از شناخت - رفتاردرمانگری مورد درمان قرار گرفتند. گروه دوم فقط دارو درمانی دریافت کردند. گروه سوم با استفاده از شناخت رفتار درمانگری توأم با دارو درمانی مورد درمان قرار گرفتند و گروه چهارم فقط دارونما دریافت کردند (گروه کنترل). نتایج نشان دادند اگر چه آزمودنی‌ها هر سه گروه اول نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل بهبودی پیدا کردند، گروه آزمودنی‌هایی که فقط با استفاده از

شناخت- رفتار درمانگری، مورد درمان قرار گرفتند، نه تنها سریعتر بهبودی یافتند، بلکه طی پیگیری سه ماهه پس از درمان نیز در تعداد کمتری از آنها عودت بیماری مشاهده شد.

سالکوسکیس، ریکارد و فارستر (۲۰۰۰) نیز معتقدند اختلال وسواس - فکری عملی، اختلالی روان‌شناختی و روان‌پزشکی است که با استفاده از یک الگوی دوگانه شناختی - اجتماعی قابل تبیین می‌باشد و اختلالی نیست که فقط ناشی از اختلالات مغزی و یا عدم تعادل بیوشیمیایی باشد، بنابراین، برای درمان این اختلال باید علاوه بر دارودرمانی بر تدابیر و فنون شناخت - رفتار درمانگری متکی بود.

پیاستینی (۲۰۰۰) نیز در مطالعه‌ای دریافت شناخت - رفتار درمانگری به تنهایی بر دارو درمانی و خانواده درمانی، کودکان مبتلا به وسواس فکری - عملی برتری دارد.

کامپمن و همکاران (۱۹۹۹) در پژوهشی ۹ بیمار دارای اختلال وسواس فکری-عملی را مورد مطالعه و درمان قرار دادند. آن‌ها بدین منظور این ۹ بیمار را در سه مرحله مورد درمان قرار دادند. در نوبت اول به مدت ۱۲ هفته به میزان ۶۰ میلی گرم فلوکستین دریافت کردند. در نوبت دوم نیز این بیماران برای مدت ۱۲ هفته با استفاده از شناخت - رفتاردرمانگری توأم با فلوکستین مورد درمان قرار گرفتند. در نوبت سوم تمام بیماران، پس از قطع فلوکستین، برای مدت ۱۲ هفته با استفاده از شناخت-رفتاردرمانگری مورد درمان قرار گرفتند. کامپمن و همکاران (۱۹۹۹) دریافتند که استفاده از فنون شناخت - رفتار درمانگری پس از قطع دارودرمانی به میزان زیادی از عود بیماری جلوگیری می‌کند، به طوری که ۷ نفر از ۹ نفر بیمار مورد مطالعه، پس از قطع دارودرمانی بهبود کامل یافتند.

فتی (۱۳۷۶) در پژوهشی موردی تحت عنوان کاربرد شناخت - رفتار درمانی در درمان مراجعان مبتلا به وسواس فکری - عملی مقاوم به درمان نشان داد شناخت-رفتار درمانگری در مورد این افراد مؤثرتر از رفتار درمانی به تنهایی است.

بخشایی (۱۳۷۲) جهت بررسی اثربخشی روش رفتاری - شناختی در درمان حالات اضطرابی، ۲۱ نفر بیمار دارای اضطراب و حملات وحشت زدگی توأم با اضطراب را مورد مطالعه قرار داد.

نتایج نشان دهنده تفاوت معنادار بین درمان دارویی و درمان شناختی - رفتاری بود. به این معنا که در شش ملاک بهبودی، تأثیر درمان شناختی - رفتاری در مقایسه با دارو درمانی بیشتر بود.

حیدری پهلویان (۱۳۷۲) به مقایسه کارایی درمان مواجهه تجسمی طولانی مدت و تکنیک‌های شناختی - رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی پرداخت. او نشان داد استفاده از تکنیک‌های شناخت - رفتار درمانگری در کاهش نگرش‌های ناسالم مراجع دارای کارایی بیشتری از تکنیک مواجهه تجسمی است. هم‌چنین در همه موارد، زمانی که درمان شناختی - رفتاری ارابه می‌شود، افت قابل ملاحظه‌ای در شدت افسردگی و اضطراب مراجعان مشاهده می‌شود؛ در حالی که در مورد روش مواجهه تجسمی چنین نیست.

روش پژوهش

در پژوهش حاضر ۴ آزمودنی بزرگسال که همگی براساس نتایج مصاحبه بالینی، آزمون MMPI و نظر روان‌پزشک، مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی توأم با اضطراب و افسردگی بودند، مورد مطالعه و درمان قرار گرفتند. طی جلسات درمانی برای هر آزمودنی ۲ مرتبه آزمون MMPI اجرا و تفسیر شد: یک بار قبل و یک بار پس از درمان. پس از اجرای آزمون MMPI اولیه و تشخیص OCD در آزمودنی‌ها، ۲ نفر از آن‌ها با استفاده از تکنیک‌های شناخت - رفتاردرمانگری، و ۲ نفر دیگر با استفاده از تکنیک ترکیبی شناخت - رفتاردرمانگری توأم با دارودرمانی مورد درمان قرار گرفتند. هم‌چنین آزمودنی‌ها تا شش ماه پس از درمان، مورد پیگیری پس از درمان قرار گرفتند.

شناخت - رفتار درمانگری شامل روش‌های مختلفی است که وجه اشتراک همه آن‌ها، توافق بر اهمیت نقش هم‌فرآیندهای شناختی و هم‌رفتاری در شکل‌گیری و تداوم اختلالات روان‌شناختی و کاربرد روش‌های تجربی مبتنی بر رفتارگرایی و شناخت‌گرایی، برای درمان و تحت تأثیر قرار دادن الگوهای پاسخی نادرست می‌باشد. هم‌چنین تأکید شناخت - رفتار درمانگری بر مداخله درمانی از طریق کاهش فراوانی و شدت پاسخ‌های سازش‌نا یافته درمانجویان و آموزش مهارت‌های

جدید شناختی و رفتاری برای ایجاد کاهش معنادار در رفتارهای ناخواسته و افزایش معنادار در رفتارهای سازش یافته‌تر است (زارب ، ۱۹۹۲).

پس از تشخیص نوع اختلال در آزمودنی‌ها، طی مصاحبه‌های بالینی از تکنیک‌های زیر استفاده شد:

۱. خودبازبینی با استفاده از تهیه جدول خودگزارش دهی افکار و اعمال و سواسی توسط آزمودنی. این جدول شامل دو قسمت بود: جدول خودگزارشی افکار و سواسی و دیگری جدول خودگزارشی اعمال و سواسی.

الف. جدول خودگزارش دهی افکار و سواسی. درمانجو برای تهیه این جدول باید ابتدا ایام هفته و تاریخ مربوط را یادداشت و سپس موضوع فکر غیرمنطقی (وسواس) و ساعت و مدت پرداختن به آن را ثبت می‌کرد. به تدریج و طی پیشرفت در درمانگری از درمانجو خواسته می‌شد تا فکر منطقی را جانشین فکر غیرمنطقی سازد و موضوع فکر منطقی و ساعت و مدت پرداختن به آن را نیز ثبت کند.

ب. جدول خودگزارش دهی اعمال و سواسی. مراجع برای تهیه این جدول ابتدا باید ایام هفته و تاریخ مربوط را یادداشت و سپس تعداد، ساعت و مدت اعمال و سواسی نظیر حمام رفتن، دست شستن، دستشویی رفتن، آب کشیدن پا، آب کشیدن ظرف، لباس، دیوار و غیره را ثبت می‌کرد.

لازم به ذکر است که هدف از تهیه این جداول توسط مراجع، این است که درمانگر بتواند از طریق مصاحبه‌های بالینی در جلسات درمان به مراجع یاری دهد تا به تدریج افکار منطقی و اعمال غیروسواسی را جانشین افکار غیرمنطقی و اعمال و سواسی سازد تا در نهایت بتواند فکر خود را بر افکار مثبت و منطقی متمرکز و با مقایسه جداول تهیه شده، روند پیشرفت در درمان را ملاحظه کند و مورد تشویق قرار دهد.

۲. مثبت‌نگری یا شناخت نقاط قوت افراد، به منزله یک روش درمانی، مراجع را تشویق می‌کند تا تجربه‌های مثبت و خوب خود را بازشناسی کند و نقش آن‌ها را در افزایش احترام به خود و

ارتقای عزت نفس بازیابی کند. این تکنیک می‌تواند به دو صورت فردی و خانوادگی اجرا شود و شامل مراحل زیر است:

الف. در مرحله اول از مراجع خواسته می‌شود تا نقاط قوت خود را نام ببرد.

ب. در مرحله دوم و در طی چندین جلسه از مراجع خواسته می‌شود حداقل ۱۰ تا ۱۵ تجربه خوب را که از آن احساس شادی و غرور می‌کند نام ببرد.

ج. در مرحله سوم از مراجع خواسته می‌شود که به نقاط قوت قابل اتکایی اشاره کند که در این تجارب خوشایند از آن‌ها استفاده کرده است.

د. در مرحله چهارم از مراجع خواسته می‌شود تا نقاط قوت مشخص شده خود را به ترتیب اولویت معین کند و پنج تا هشت توانمندی را که نقاط قوت قابل اتکا خوانده می‌شود برگزیند.

هـ. در آخرین مرحله از مراجع خواسته می‌شود شواهد و معیارهایی را دال بر این که با ارزش‌ترین و معتبرترین نقاط قوت او قابل اتکا هستند، ارائه دهد (خدایاری فرد، ۱۳۷۹).

۳. تنش زدایی. تنش زدایی مهارتی است که می‌توان آن را به سهولت آموخت. این مهارت می‌تواند باعث کاهش میزان استرس، تنش و اضطراب در افراد شود و به آن‌ها یاری دهد تا فشارها و ناراحتی‌های خود را بیرون ریزند و در زندگی روزانه شان به تعادلی دست یابند. در این پژوهش درمانگر طی جلسات درمانی، با آموزش روش تنش زدایی، از آزمودنی‌ها می‌خواست که روزانه به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به تمرین تنش زدایی بپردازند. چگونگی تنش زدایی به شرح زیر است:

روی یک صندلی راحت بنشینید یا این که به راحتی روی زمین به پشت دراز بکشید و زیر زانوهایتان بالش‌های کوچکی قرار دهید. لباس‌های تنگ و کمربند خود را شل کنید. چند لحظه به آرامی و منظم نفس بکشید و در عین حال هرگاه که نفس خود را بیرون می‌دهید و بازدم می‌کنید، کلمه «آرام» را به زبان آورید. حالا فکر خود را بر قسمت‌های مختلف بدن متمرکز کنید و در حین نفس کشیدن عضلات آن قسمت را سست کنید. از انگشت شست پا شروع کنید و به تدریج به طرف بالا بیایید و بر روی قسمت‌های بعدی بدن به نوبت تمرکز کنید تا به عضلات صورت

برسید. به هر قسمت توجه کنید، با کشیدن نفس عمیق آن را ابتدا منقبض و سپس آرام و رها سازید (بنسون ، ۱۹۸۵).

۴. درمان انزجاری . نظریه رفتارگرایی اختلال وسواس فکری - عملی بر این فرض مبتنی است که افکار وسواسی از طریق شرطی شدن با اضطراب مرتبط می شوند. سپس مبتلایان رفتارهای اجتنابی و فرار (از قبیل واری و شستشوی وسواسی) را کسب می کنند تا اضطراب را مهار کنند (سالکوسکیس و کریک، ۱۹۹۷). در رفتار درمانی از شرطی شدن انزجاری، که نوعی شرطی شدن است که در آن رفتار ناخواستی از طریق همبندی با تنبیه خاموش می شود، جهت درمان وسواس فکری استفاده می شود (اتکینسون و همکاران، ۱۹۸۳). براین اساس از مراجع خواسته می شود تا قطعه کشی را به مچ دست خود ببندد و هر موقع که دچار افکار وسواسی می شود آن کش را محکم بکشد، به طوری که به عصب دست ضربه وارد شود و فکر وسواسی قطع شود و بدین وسیله افکار وسواسی خود را کنترل کند. اگر دستگاه الکتروشوک کوچکی نیز همراه مراجع باشد شاید تأثیرش از زدن کش بیشتر باشد.

یافته های پژوهش

مشخصات آزمودنی اول : آقای ب. ک. ۴۱ ساله، متأهل، میزان تحصیلات فوق لیسانس، از اعضای هیئت علمی یکی از دانشگاه های دولتی؛ همسر ۳۹ ساله دانشجوی و خانه دار؛ دارای دودختر یکی ۱۲ ساله و دانش آموز سال اول راهنمایی و دیگری ۷ ساله و دانش آموز سال اول ابتدایی.

روش درمانی: شناخت - رفتاردرمانگری

طول درمان: ۴۰ جلسه با مراجعه هر هفته یک بار

مراجع در اولین جلسه به درمانگر اظهار کرد: «همیشه یک حالت غمگینانه ای دارم و احساس می کنم شخصیت مرا برداشته اند و یکی دیگر را به جای من گذاشته اند، به طوری که در مکالمات و

رفتارهایم حالت مصنوعی پیدا کرده‌ام. همیشه وقتی به گذشته فکر می‌کنم دچار ترس می‌شوم. این ترس از ۲۳ سال قبل، زمانی که کلاس یازدهم بودم، در من شروع شد؛ ناگهانی حالت لرزش پیدا کردم و باوجود این که درسم خوب بود، دیکته‌ام را ۵ گرفتم. پس از ۷ سال، زمانی که در انگلیس بودم یک بار دیدم که سایه‌ام حرکت خاصی دارد. به روان‌پزشک مراجعه کردم، داروهایی تجویز کرد که آن‌ها را مصرف نکردم. پس از آن به جبهه رفتم. در جبهه جنازه‌ها را می‌دیدم و حتی دیدم که یک نفر جلوی چشمم سرش قطع شد. این حالت‌های غمگینانه و ترس‌ها را هم چنان داشتم تا این که سه سال قبل زمانی که می‌خواستم فرزندم را به دکتر ببرم در جاده با یک جنازه روبه‌رو شدم که با یک موتورسوار تصادف کرده بود. در همان لحظه دچار ترس شدیدی شدم و برای یک لحظه احساس کردم که شاید خودم با او تصادف کرده‌ام و باعث مرگ او شده‌ام. این ترس همیشه با من است و هر گاه می‌بینم که جنازه‌ای را می‌برند شدیدتر می‌شود. در سال گذشته در هنگام تدریس در کلاس یکباره به گذشته رفتم و نتوانستم واقعیت‌های زمانی و مکانی را درست تشخیص دهم و از آن زمان تاکنون همیشه نگرانم که مبادا دیوانه شده باشم. احساس می‌کنم که مغزم سفت شده است و هیچ کاری از من ساخته نیست و در یک ماه گذشته حالات و سواسی من افزایش یافته است، به طوری که شب قبل وقتی برادرم در اتا را باز کرد، برای یک لحظه فکر کردم که برادرم کجاست».

تدابیر تشخیصی. جهت تشخیص نوع اختلال همراه با OCD آزمودنی پس از مصاحبه بالینی آزمون MMPI اجرا شد. چنانچه در نمودار ۱ دیده می‌شود، نتایج نشان دهنده وجود سوءظن و بدبینی نسبت به دیگران، و سواس توأم با اضطراب، تمایل به گوشه‌گیری و افسردگی، تنش و بیقراری و ضعف در قدرت تصمیم‌گیری در آزمودنی است. سپس به منظور بررسی بیشتر، مراجع به روان‌پزشک ارجاع داده شد و نظر روان‌پزشک نیز وجود و سواس فکری عملی توأم با اضطراب و افسردگی را تأیید کرد.

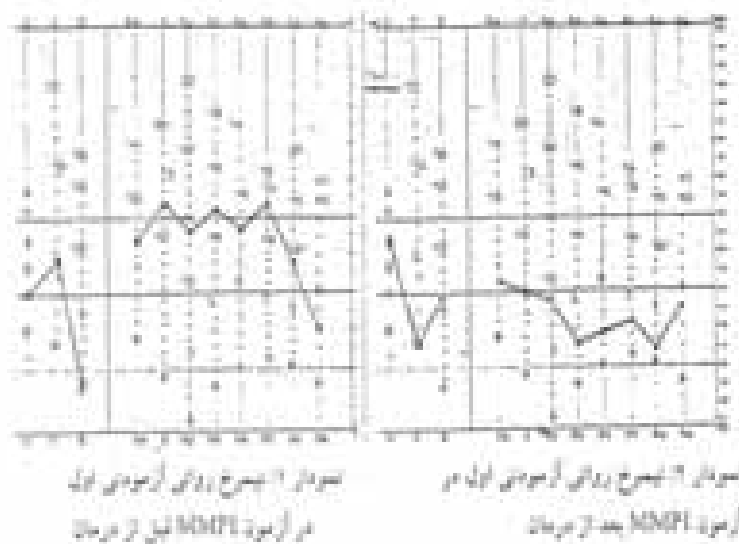
تدابیر درمانی. طی جلسات درمانی، ابتدا نتایج آزمون‌های انجام شده برای مراجع تفسیر شد و مراجع خود نیز صحت آن نتایج را تأیید کرد. او اظهار کرد هم اکنون نیز همان حالات گذشته را دارد و آگاه است که این افکار واقعیت ندارند. سپس با مراجع در مورد نقش مثبت نگری در کاهش افسردگی و اضطراب صحبت و از او خواسته شد تا به نقاط قوت خود فکر و آن‌ها را ثبت کند و به درمانگر ارایه دهد.

مراجع پس از اجرای تکنیک فو اظهار کرد که تا حدودی بهتر شده است، اما هنوز افکار وسواسی را داراست؛ به طوری که به هنگام تدریس در کلاس درس ابتدا یک فکر مثل آهن ربا به ذهنش رسیده، بعد عر کرده و دچار ترس شده و مجدداً همان فکر که احساس می‌کرده است جنازه‌ای را که در جاده دیده است و به دست خود او کشته شده است، به ذهنش آمده و پاهایش سست شده است. پس از این اظهارات، درمانگر شیوه آرام سازی یا تنش زدایی را به آزمودنی آموزش داد و از او خواست که هر روز به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به تمرین این تکنیک بپردازد و مثبت نگری نیز ادامه یافت. در جلسه بعدی، مراجع بیان کرد که حالش از هفته گذشته بهتر است و تا حدودی از میزان اضطراب و افسردگی او کاسته شده است، اما همچنان افکار وسواسی او را آزار می‌دهند. لذا، درمانگر از مراجع خواست تا جهت کنترل افکار وسواسی خود، قطعه کشی را به میچ دست خود ببندد و هر گاه دچار افکار وسواسی می‌شود، آن کش را محکم بکشد و رها کند. بدین وسیله فکر وسواسی کنترل می‌شود. به او گفته شد به همراه تکنیک‌های درمانی ذکر شده، سعی کند به ورزش روی آورد و روزانه به پیاده روی و شنا بپردازد. طی جلسات بعدی، مراجع گفت از رفتن به پیاده روی وحشت دارد، زیرا هنگام پیاده روی دچار ترس می‌شود و همان فکر که جنازه را خودش کشته است به سراغش می‌آید. در این جلسه درمانگر با توضیح جدول خودگزارش‌دهی اعمال و افکار وسواسی و هدف از انجام آن، از مراجع خواست تا به صورت روزانه به تهیه این جدول بپردازد و تمرین‌های قبلی را نیز به طور مرتب انجام دهد.

در دو جلسه بعد، مراجع اظهار داشت از تعداد دفعاتی که فکر وسواسی به سراغش آمده کاسته شده است و به جدول اعمال و افکار وسواسی اشاره کرد و گفت: «دیروز با مقایسه این جدول‌ها، متوجه شدم که از میزان افکار وسواسی ام کاسته شده است ضمناً کمتر دچار ترس و اضطراب هستم.» در این جلسه درمانگر با برنامه ریزی قبلی، به انجام مثبت نگری در جمع خانواده مراجع پرداخت و از مراجع و خانواده او خواست تا فهرستی از ویژگی‌های مثبت یکدیگر را تهیه کنند. در جلسات بعدی هم روش مثبت نگری اعمال شد و هم تکنیک‌های درمانی دیگر به کار گرفته شد تا این که در یکی از جلسات مراجع بیان کرد «دیگر دچار یأس و ناامیدی نیستم و از این که به پیاده روی بروم وحشتی ندارم و طی هفته گذشته توانسته‌ام بر ترس خود غلبه کنم و به این نتیجه رسیده‌ام که این افکار غیرواقعی بوده و فقط فکر هستند و واقعیت ندارند.» مراجع مورد تأیید

و تشویق واقع شد و در جلسات بعدی که آثار بهبودی نسبی حاصل شد درمانگر از مراجع خواست که کش را از دست خود بردارد ولی سایر تمرینات را به طور مرتب انجام دهد. در یکی دیگر از جلسات درمانی مراجع اظهار داشت که می‌تواند افکار منفی و غیرمنطقی را کنترل کند و به جنبه‌های مثبت و نقاط قوت خود بیندیشد و از این موضوع بسیار خوشحال است. درمانگر زمانی که متوجه شد افکار و اعمال وسواسی در مراجع کاهش چشمگیری یافته است، به او گفت که دیگر نیازی به تهیه جدول خودگزارش دهی اعمال و افکار وسواسی نیست، اما انجام تمرینات تنش زدایی لازم و ضروری است. در یکی از جلسات مصاحبه بالینی، مراجع گفت: «به این نتیجه رسیده‌ام که این موضوعاتی که تا این حد مرا ناراحت می‌کرده‌اند فقط فکر بوده و جزیی از وجود من نبوده است و از این که می‌توانم این افکار را کنترل کنم بسیار خوشنود هستم و احساس می‌کنم پس از سال‌ها، حالم واقعاً خوب شده است؛ به طوری که در چندسال گذشته هیچگاه چنین احساس آرامشی را نداشته‌ام».

بالاخره دو جلسه پایانی درمان (جلسه سی و هشتم) مجدداً آزمون MMPI اجرا شد.



چنانچه در نمودار ۲ دیده می‌شود، پس از درمان نمره آزمودنی در میزان F بسیار پایین آمده است. این نتیجه نشان دهنده آرامی، صمیمیت، سادگی و قابل اعتماد بودن آزمودنی است. همچنین نمره آزمودنی در میزان D یا افسردگی پایین و در سطح میانگین است که نشانگر عدم افسردگی در اوست. با مقایسه نمودار ۱ و ۲ می‌بینیم که نمره آزمودنی در میزان PT پس از درمان در زیر میانگین و بسیار پایین است که نشان دهنده عدم وسواس، تنش، اضطراب و ترس‌های بیجا می‌باشد. به طور کلی، می‌توان نتیجه گرفت که نیمرخ روانی آزمودنی اول پس از درمان کاملاً بهنجار و نرمال است که این امر نشان دهنده کارایی و تأثیر تدابیر درمانی به کار گرفته شده برای این آزمودنی می‌باشد.

در جلسه پایانی درمان، نتایج آزمون برای مراجع تفسیر شد و وی اظهار کرد که «بعد از مدت‌ها احساس می‌کنم که دیگر تحت فشار نیستم و واقعاً زندگی می‌کنم و از زندگی راضی هستم». در این جلسه، هم درمانگر و هم مراجع به این نتیجه رسیدند که نیازی به ادامه جلسات درمانی نمی‌باشد و درمانگر از مراجع خواست که در صورت احساس نیاز، از طریق تلفن تماس گرفته و وقت ملاقات بگیرد. آزمودنی هر دو یا سه ماه یک بار، با درمانگر تماس تلفنی می‌گیرد و ضمن تشکر از درمانگر، اظهار می‌دارد که هیچ‌گونه مشکلی ندارد.

مشخصات آزمودنی دوم: خانم م. ش، ۱۹ ساله، دانشجوی و مجرد؛ پدر ۴۵ ساله و فرهنگی، مادر ۴۵ ساله، فرهنگی و دانشجو؛ دارای یک برادر ۲۱ ساله دانشجوی و دو خواهر که به ترتیب ۱۲ ساله و کلاس دوم دبیرستان و ۷ ساله کلاس اول دبستان می‌باشند.

روش درمانی: شناخت - رفتار درمانگری

طول درمان: ۲۳ جلسه با مراجعه هر هفته یکبار

مراجع در جلسه اول مصاحبه بالینی اظهار کرد: «با این که هم اکنون در دانشگاه مشغول تحصیل هستم، اما اصلاً رشته تحصیلی‌ام را دوست ندارم و می‌خواهم خودم را برای کنکور مجدد آماده کنم؛ اما دچار شک و تردیدم و نمی‌توانم تصمیم بگیرم. دارای وسواس شدید هستم و همیشه فکر می‌کنم که شیر آب حمام و دستشویی کثیف و نجس است و به همین دلیل مرتباً دست‌ها، پاها و صورتم را می‌شویم. همیشه فکر می‌کنم لباس‌های زیرم خیس، کثیف و نجس است و زیاد به حمام می‌روم و حمام‌های طولانی می‌شود؛ به طوری که گاهی ۳ ساعت در حمام هستم و موقع بیرون آمدن از حمام مرتباً باید دیوارها، کف و شیر آب را آب‌کشی کنم. دائماً مجبورم لباس‌های زیرم را عوض کنم و شستشو دهم، از طرفی تعداد دفعاتی که به توالی می‌روم زیاد و طولانی شده و برایم عذاب‌آور است. همیشه دچار شک می‌شوم، در جمع نمی‌توانم تمرکز خودم را حفظ کنم و گاهی احساس می‌کنم فکرم گرفته است. موقع وضو گرفتن، نماز خواندن و درس خواندن دچار شک می‌شوم و مردد هستم آیا دست‌ها و صورتم را تمیز شسته‌ام یا نه؟ به همین دلیل برای هر وضو چندین بار دست و صورتم را با صابون شستشو می‌دهم، موقع جدا شدن از دیگران شک می‌کنم که آیا با آن‌ها خداحافظی کرده‌ام یا نه؟ اگرچه از زمان کودکی که به یک مدرسه ابتدایی مذهبی می‌رفتم، زیاد به نجس بودن لباس، وسایل و یا بدنم حساس بودم و درباره این موضوعات زیاد از مادرم سؤال می‌کردم، اما از یک سال قبل که برای کنکور آماده می‌شدم این حالات در من شدت پیدا کرده است به طوری که احساس افسردگی، ناامیدی و بی‌ارزشی می‌کنم و از این که مرتباً باید همه چیز را تمیز کنم دچار فشار عصبی هستم».

تدابیر تشخیصی. ابتدا جهت تشخیص نوع اختلال همراه با وسواس مراجع همزمان با مصاحبه بالینی آزمون MMPI نیز اجرا شد. نمودار ۳ نشان‌دهنده وجود اختلال وسواس توأم با افسردگی شدید، تنش و اضطراب، احساس بی‌ارزشی و حقارت و ضعف در قدرت تمرکز و تصمیم‌گیری در آزمودنی است. سپس برای تشخیص دقیق‌تر، مراجع به روان‌پزشک ارجاع داده شد و روان‌پزشک نیز وجود OCD را تأیید کرد.

تدابیر درمانی. ابتدا درمانگر نتایج آزمون را برای مراجع شرح داد و آن را تفسیر کرد. مراجع نیز صحت آن ها را تأیید و اظهار کرد «دائماً در اضطراب هستم که مبادا لباس ها و بدنم نجس و کثیف باشد و هر وقت که به توالت می‌روم، بعد از آن مجبورم که لباس ها و بدنم را شستشو داده و مرتباً به حمام بروم. این اعمال تمام زندگی مرا تحت تأثیر قرار داده است. ضمناً نمی‌توانم فکرم را روی درس هایم متمرکز کنم. دائم افکار نادرستی به ذهنم می‌آید و تمام اوقات زندگی‌م صرف امور بیهوده می‌شود.» درمانگر ضمن تشریح اعمال و افکار وسواسی و غیرمنطقی و امکان جانشینی آن با افکار منطقی از مراجع خواست تا به تهیه جدول خودگزارش دهی اعمال و افکار وسواسی به صورت روزانه اقدام ورزد. ضمناً مراجع تصمیم گرفت با تمرکز بیشتر بر درس‌هایش و تهیه یک برنامه‌ریزی درسی از بی‌تمرکزی و ضعف در تصمیم‌گیری خود بکاهد. در جلسات بعدی درمانجو اظهار کرد که از احساس افسردگی و بی‌ارزشی بسیار رنج می‌برد و دائماً در تنش و اضطراب به سر می‌برد. هم‌چنین افکار مزاحم او را رها نکرده‌اند.

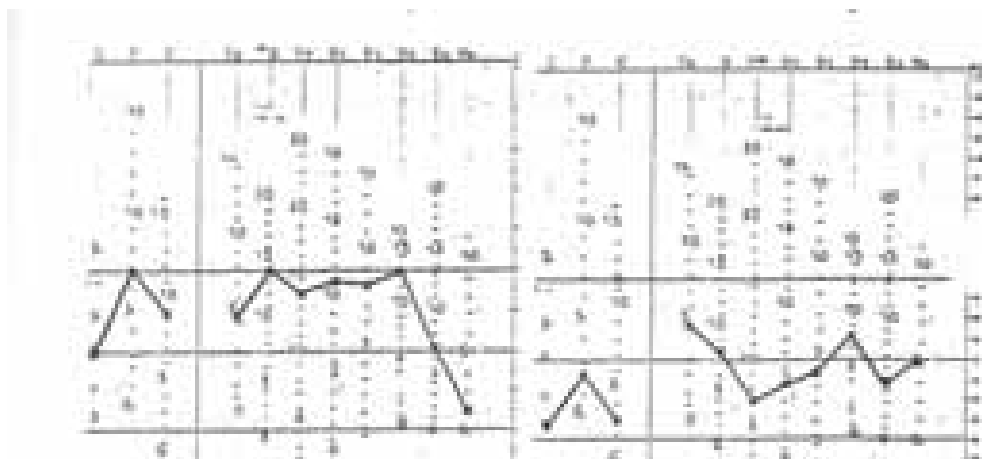
درمانگر ضمن شرح کامل شیوه تنش‌زدایی و نقش آن در کاهش تنش، اضطراب و بی‌قراری آموزش تنش‌زدایی را شروع کرد و از مراجع خواست تا علاوه بر تهیه جدول خودگزارش دهی روزانه، هر روز به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به تمرین تنش‌زدایی بپردازد. ضمناً قرار شد سعی کند که یک روز در میان به حمام برود و از طول مدت حمام‌های خود بکاهد و به‌جای این که هر بار لیف بزند، هفته‌ای یک مرتبه لیف بزند و همزمان سعی کند که از تعداد دفعات شستشوی دست‌ها و پاهایش نیز بکاهد. ضمناً به موازات رفتارهای فو شیوه مثبت‌نگری نیز اعمال شد و مراجع به کشف نقاط قوت خود پرداخت و در برنامه درسی نیز موفق شد.

پس از چندین جلسه تمرینات فو در یکی از جلسات، مراجع بیان کرد از میزان وسواس‌های او کاسته شده است؛ به طوری که یک روز در میان به حمام می‌رود و طول مدت هر حمام به یک ساعت تا یک‌ساعت و نیم کاهش یافته است؛ اما همچنان دچار افکار وسواسی است و پس از هر توالت رفتن احساس می‌کند که لباس زیرش نم زده است و لباس‌ها و بدنش نجس و کثیف شده است و دائماً شک می‌کند که آیا موقع جدا شدن از دیگران با آن‌ها خداحافظی می‌کند یا نه؟ درمانگر ضمن تشریح نقش درمان انزجاری در کنترل افکار وسواسی از مراجع خواست تا قطعه‌کشی را به دست خود ببندد و هرگاه دچار فکر وسواسی شد آن کش را محکم بکشد؛ به طوری که

به عصب دست ضربه وارد شود. هم‌چنین در زمینه نقش ورزش‌هایی چون شنا و پیاده‌روی در حفظ سلامتی جسمی و روانی نیز بحث و گفتگو شد. در جلسات بعد، مراجع اظهار داشت که میزان اضطراب و وسواس‌های او کاهش یافته است، به خصوص از نظر دفعات حمام رفتن و مدت زمان آن، کاملاً به وضع عادی رسیده است و هر سه روز یکبار به حمام می‌رود و هر بار حمام او مدت ۴۵ دقیقه تا یکساعت به طول انجامد. وسواس آب‌کشی دست، صورت، پا و وسایل حمام کاملاً کنترل شده است، اما هنوز گاه دچار افکار وسواسی می‌شود و احساس بی‌ارزشی و حقارت می‌کند. درمانگر ضمن توضیح نقش مثبت‌نگری در کاهش احساس حقارت و افسردگی از مراجع خواست تا بیشتر بر نقاط قوت خود بیندیشد و نقاط قوت خود را ثبت کند و آن را به درمانگر ارایه دهد. طی جلسات بعدی، درمانگر به اجرای مثبت‌نگری خانوادگی پرداخت. درمانگر با توجه به بهبودی مراجع از نظر اعمال و افکار وسواسی، به تهیه جدول خودگزارشی مراجع نیازی ندید، اما ادامه سایر تمرینات را ضروری دانست. در یکی از جلسات مصاحبه‌های بالینی مراجع اظهار کرد بسیار راحت و خوب است و از این‌که دچار وسواس‌هایی بی‌موردی چون شستشوی دائم نمی‌باشد بسیار خوشحال است و می‌تواند با خیال راحت و طبق برنامه‌ریزی درس بخواند و برای کنکور آماده شود و از میزان شک‌های او کاسته شده است. در این جلسه درمانگر با توجه به میزان پیشرفت بهبودی مراجع، به او گفت می‌تواند کش را باز کند، اما انجام تمرینات تنش‌زدایی ضروری است. بالاخره مراجع طی یکی از جلسات درمانی اظهار کرد: «به این نتیجه رسیده‌ام که توانایی‌های زیادی دارم، به خصوص برای کنترل رفتار و افکارم. تصمیم دارم که با برنامه‌ریزی دقیق‌تر، خود را برای کنکور کاملاً آماده سازم و به جای پرداختن به افکار نادرست و اعمال بیهوده و قتم را صرف کارهای مثبتی چون ورزش و مطالعه کنم و از روان‌شناس بسیار تشکر کرد.»

ضمناً اطلاع داد که طول مدت هر بار که به حمام می‌رود به حدود ۲۰ دقیقه رسیده است.

دو جلسه قبل از پایان درمان، مجدداً آزمون MMPI اجرا شد.



نمودار ۴: نیمرخ روانی آزمودنی دوم در

نمودار ۳: نیمرخ روانی آزمودنی دوم

در آزمون MMPI بعد از درمان

آزمون MMPI قبل از درمان

نمودار ۴، نیمرخ روانی آزمودنی دوم را پس از درمان نشان می‌دهد. مقایسه نمودارهای ۳ و ۴ نشان می‌دهند که آزمودنی پس از درمان، دارای نیمرخ روانی کاملاً نرمال و عادی است. کاهش نمره آزمودنی در میزان F و K نشان دهنده آرامی، صمیمیت، سادگی و قابل اعتماد بودن آزمودنی است. همچنین کاهش قابل ملاحظه نمره آزمودنی در میزان D پس از درمان نشانگر نبود افسردگی، ناامیدی و احساس حقارت در آزمودنی است. از طرفی، کاهش نمره آزمودنی در میزان PT نشان دهنده کاهش وسواس، تنش، بیقراری، اضطراب، ضعف در تصمیم‌گیری و تمرکز در آزمودنی است. با مقایسه کلی نمودارهایی ۳ و ۴ می‌توان دریافت که تدابیر درمانی به کار گرفته شده برای آزمودنی دوم، در طول جلسات درمانی از کارایی و تأثیر لازم برخوردار بوده است؛ چنانچه نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون MMPI پس از درمان کاملاً نرمال و بهنجار است.

در جلسه پایانی ضمن مروری بر جلسات درمانی، درمانگر و مراجع به این نتیجه رسیدند که نیازی به ادامه جلسات نیست و مراجع ضمن ابراز خوشحالی از بهبود خود از درمانگر خواست تا به هنگام نیاز بتواند یا تماس تلفنی داشته باشد و یا مراجعه کند. این موضوع مورد موافقت درمانگر قرار گرفت و تاکنون نیز مراجع چندین بار تماس گرفته و سلامتی خود را اعلام کرده است.

مشخصات آزمودنی سوم: خانم الف. ف، ۳۵ ساله، میزان تحصیلات دیپلم و خانه دار؛ همسر ۳۹ ساله فو دیپلم و مدیر یکی از ارگان‌های دولتی؛ دارای دو فرزند، اولی پسر، ۱۵ ساله و دانش‌آموز اول دبیرستان و دومی دختر، ۱۲ ساله و دانش‌آموز اول راهنمایی.

روش درمان: شناخت - رفتاردرمانگری توأم با دارودرمانی

طول درمان: پنجاه و پنج جلسه با مراجعه هر هفته یک بار

مراجع در اولین جلسه مصاحبه بالینی اظهار کرد: «حدود ۱۸ سال است ازدواج کرده‌ام، اگرچه همسرم دارای روابط اجتماعی خوبی با دیگران است، اما با من بسیار خشن است، تا جایی که برخلاف میل من، اجازه این که در بیرون کار کنم را به من نداده است. در اثر همین فشارها دچار افسردگی شدید هستم. این افسردگی ۱۰ سال است که با من است. اوایل همسرم برای درمان من هر کاری می‌کرد، اما الان نسبت به بیماری من بی توجه است و معتقد است که من هرگز خوب نخواهم شد. با همسرم روابط خوبی ندارم اما شدیداً به او وابسته هستم. حالت وسواسی شدید دارم، به خصوص وقتی که جایی می‌روم و یا زمانی که کسی به منزل ما می‌آید. این وسواس روز به روز شدیدتر می‌شود، به طوری که ۱۵ کیلو وزن کم کرده‌ام. همیشه ضعف دارم و دچار اضطراب هستم، به خصوص که همسرم همیشه می‌گوید که تصمیم به ازدواج دارد و شب‌ها دیروقت به خانه می‌آید. اکثر اوقات با هم درگیری کلامی و جسمی داریم. او مرا کتک می‌زند و به من توهین می‌کند. با این حال اگر همسرم با من همکاری کند، و به موقع به خانه بیاید حالم خوب می‌شود. علاوه بر این، دارای وسواس شستشو نیز هستم ضمناً همیشه فکر می‌کنم که زن در دوران عادت ماهانه نجس و کثیف است، حتی نسبت به روابط زناشویی هم همین احساس را دارم. این وسواس در من از زمانی شروع شد که احساس کردم برفی که می‌بارد نجس و کثیف است و حالا آن قدر شدید شده است که از عادت ماهانه نفرت دارم و وقتی که خون می‌بینم دچار ترس و اضطراب شدید می‌شوم و با خوردن قرص‌های ضدحاملگی از عادت ماهانه‌ام جلوگیری می‌کنم. الان نیز حالت افسردگی، اضطراب و ناامیدی شدید دارم؛ به طوری که شب قبل تصمیم گرفتم با چاقو خودکشی کنم و یا این که به حمام بروم و با سیم بر خودم را خلاص کنم».

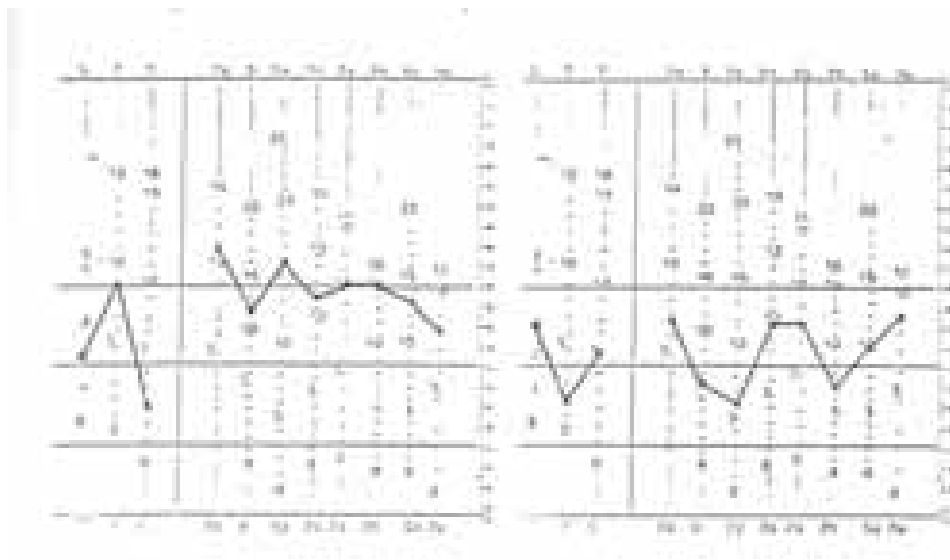
تدابیر تشخیصی. جهت تشخیص اختلال آزمودنی به همراه مصاحبه‌های بالینی، آزمون MMPI نیز برای آزمودنی اجرا شد. نتایج آزمون در نمودار ۵ بیانگر، وجود اختلال وسواس توأم با گرایش‌های هیستریک و هیپوکندریایی، وجود تمارض و شکایت جسمانی، گوشه‌گیری و افسردگی توأم با احساس حقارت و بی‌ارزشی، تنش، اضطراب و بی‌قراری و سوءظن و بدبینی نسبت به دیگران بوده است. سپس برای تشخیص دقیق‌تر آزمودنی به روان‌پزشک ارجاع داده شده و ایشان نیز اختلال OCD را تأیید کردند.

تدابیر درمانی. پس از تفسیر نتایج آزمون MMPI برای مراجع، توضیح داده شد که هم روان‌درمان‌گری و هم دارو درمان‌گری باید هر دو همزمان اجرا شوند. بنابراین، همزمان با شروع درمان شناختی - رفتاری، مراجع به روان‌پزشک رجوع و دارو دریافت کرد. در یکی از جلسات درمانی از مراجع خواسته شد قطعه‌کشی را به مچ دست خود ببندد و زمانی که دچار فکر وسواسی شد، آن‌کس را محکم بکشد و رها کند تا ضربه‌ای به دست او وارد شود. هم‌چنین درمانگر با تشریح کامل شیوه مثبت‌نگری و نقش آن در کاهش افسردگی، اضطراب و احساس حقارت، از مراجع خواست تا نقاط قوت خود را بیان کند و بیشتر درباره آن‌ها بیاندهد و سعی کند افکار مثبت را جانشین افکار غیرمنطقی و منفی کند. در یکی از جلسات مراجع اظهار داشت حالات وسواسی‌اش، به ویژه وسواس شستشوی او تا حدودی کاهش یافته است و کمتر احساس افسردگی و ناامیدی می‌کند؛ اما وسواس او زمانی که در منزل خودش است شدیدتر است.

درمانگر ضمن تشریح جدول زمان‌بندی اعمال و افکار وسواسی و نقش آن در درمان وسواس، از مراجع خواست تا به همراه تدابیر درمانی قبلی، به تهیه جدول خود گزارش‌دهی اعمال و افکار وسواسی به صورت روزانه پردازد، و به طور مرتب داروهایش را استفاده کند. در جلسات بعدی مراجع گفت که نسبت به دیدن خون، به خصوص در مورد عادت ماهانه‌اش بسیار حساس است و وقتی خون می‌بیند دچار بی‌قراری و اضطراب می‌شود و اگرچه از میزان افسردگی‌اش کاسته شده است و کمتر احساس بی‌ارزشی می‌کند، اما هنوز هم درگیر اعمال وسواسی است. در یکی از جلسات پس از آموزش تنش‌زدایی، از مراجع خواسته شد که هر روز به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به تمرین تنش‌زدایی پردازد و در صورت امکان به پیاده‌روی و شنا روی آورد و از مصرف قرص‌های ضدحاملگی جهت جلوگیری از عادت ماهیانه خودداری کند. مراجع به این نتیجه رسید

که عادت ماهانه بخشی از عملکرد فیزیولوژی بدن است و باید آن را به صورت یک امر طبیعی بپذیرد. در جلسات بعدی، مراجع گفت که حالش بسیار بهتر است و اعمال و سواسی‌اش خیلی کاهش یافته است و نگرشش نسبت به عادت ماهانه تغییر کرده و خود را در این دوران کثیف و نجس نمی‌داند و مطلقاً از قرص‌های ضدحاملگی استفاده نمی‌کند. اما دائماً نگران است که مبادا در زمان بلوغ دخترش نتواند به خوبی با موضوع برخورد کند و مجدداً نسبت به خون حساس بشود. پس از این‌که بهبودی نسبی در وضعیت مراجع از جمیع جهات به وجود آمد، روان‌پزشک با هماهنگی با روان‌شناس تصمیم به کاهش دادن داروهای تجویز شده گرفت. هم‌چنین از مراجع خواسته شد تا کش را از دست خود بردارد، اما همچنان به تمرینات تنش‌زدایی و جدول خود گزارش‌دهی اعمال و افکار و سواسی ادامه دهد و سعی کند بیشتر در منزل خودش باشد و نسبت به تمیزی بیش از حد زیاد حساس نباشد. طی جلسات درمانی بعدی، مراجع اظهار داشت که حالش بسیار خوب است و به جای این‌که هر روز دوش بگیرد، دو روز یک مرتبه دوش می‌گیرد و به حمام می‌رود و حساسیت خود را نسبت به دیدن خون از دست داده است و حتی وقتی در منزل خودش است نیز سواس ندارد؛ به طوری که دو روز قبل یکی از آشنایان با کفش وارد منزل شده و او اصلاً احساس ناراحتی نکرده است. هم‌زمان با کاهش تدریجی و در نهایت با قطع کامل دارو جلسات روان‌درمانی افزایش پیدا کرد. در یکی از جلسات برای مراجع توضیح داده شد که نیازی به تهیه جدول خود گزارش‌دهی اعمال و افکار و سواسی نمی‌باشد، اما انجام تمرینات تنش‌زدایی ضروری است. در جلسه بعد، مراجع بیان کرد که از لحاظ روحی در شرایط بسیار خوبی به سر می‌برد؛ اصلاً احساس افسردگی، اضطراب و بی‌ارزشی ندارد و احساس می‌کند که زندگی او به روال عادی بازگشته است. هم‌چنین مراجع اظهار خوشحالی کرد که توانسته است با عادت ماهانه دخترش خوب برخورد کند و به عنوان یک مادر او را در این دوران مورد حمایت قرار دهد و تصمیم دارد که در برنامه هفتگی زندگی‌اش پیاده روی و ورزش را برای همیشه داشته باشد، چون برای حفظ سلامت جسمی و روانی ضروری هستند.

دو جلسه قبل از پایان درمان (جلسه پنجاه و دوم) مجدداً آزمون MMPI اجرا شد.



نمودار ۵: نیمرخ روانی آزمودنی سوم

نمودار ۶: نیمرخ روانی آزمودنی سوم

در آزمون MMPI قبل از درمان

در آزمون MMPI بعد از درمان

نمودار ۶، نیمرخ روانی آزمودنی سوم را پس از درمان نشان می‌دهد. با مقایسه نمودارهای ۵ و ۶ می‌توان دریافت که آزمودنی پس از درمان کاملاً بهبود یافته و دارای نیمرخ روانی عادی می‌باشد. کاهش نمره آزمودنی در میزان‌های F، D و PT، نشان دهنده کاهش اضطراب، تنش، افسردگی، احساس حقارت و بی‌ارزشی، وسواس و ضعف در تصمیم‌گیری و تمرکز در آزمودنی است، که نشان دهنده تأثیر و کارایی تدابیر درمانی به کار برده شده در مورد آزمودنی در طول جلسات درمانی می‌باشد. با مقایسه کلی نمودارهای ۵ و ۶ می‌توان نتیجه گرفت که نیمرخ روانی آزمودنی در آزمون MMPI پس از درمان به حالت عادی و نرمال در آمده است.

در جلسه پایانی، هم مراجع و هم درمانگر به این نتیجه رسیدند که ادامه درمانی ضرورتی ندارد و درمانگر از مراجع خواست که هر موقع احتیاج بود با او تماس گیرد و در صورت نیاز با

تعیین وقت قبلی مراجعه کند. تاکنون نیز مراجع چندین مرتبه با درمانگر تماس گرفته و اظهار کرده است که هیچ مشکلی ندارد.

مشخصات آزمودنی چهارم: آقای ک. ص، ۲۵ ساله، مجرد، میزان تحصیلات سوم نظری، شغل آزاد؛ مادر ۶۰ ساله و خانه دار؛ پدر فوت شده؛ دارای یک خواهر ۳۲ ساله و یک برادر ۴۰ ساله که هر دو متأهل هستند.

روش درمان. شناخت - رفتاردرمانگری توأم با دارودرمانی

طول درمان. ۴۷ جلسه با مراجعه هر هفته یک بار

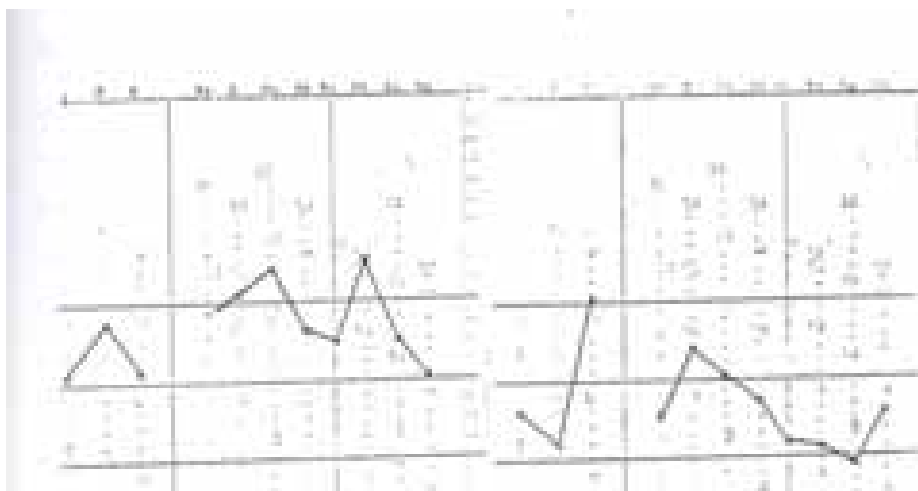
مراجع در اولین جلسه مراجعه به درمانگر اظهار کرد: «پدر ندارم، ولی مادری ۶۰ ساله دارم که با او در منزل برادرم زندگی می‌کنیم. خانواده سخت گیری داشتم. همیشه دست زور بالای سرم بود و از بزرگترها به غیر از مادرم کتک می‌خوردم. مادرم بسیار طرفدار من بود و تا حدودی مرا لوس بار آورده بود. در مدرسه نمرات خوبی داشتم، ولی با دوستانم زیاد خوب نبودم و روابط خوبی نداشتم. از ۸-۹ سالگی دوست داشتم با دخترها رابطه داشته باشم. روابطی مثل بغل کردن، بوسیدن و حتی نزدیکی کردن، تا این که بعدها شروع به استمناء کردم. در کلاس سوم نظری بودم که پدرم فوت کرد ولی اوضاع تغییری نکرد و تنبیهات بدنی توسط برادر بزرگترم اعمال می‌شد. دیگر دوست نداشتم ادامه تحصیل بدهم. در سال ۶۸ تمایل به همجنس بازی پیدا کردم و توسط یکی از دوستانم مورد تجاوز جنسی واقع شدم. او در طی یک ماه، چهار الی پنج بار به من تجاوز کرد. بعدها دچار بیماری سفلیس و سوزاک شدم و مجبور به درمان آن‌ها شدم. از سال ۷۲ تا ۷۴ افکار خودکشی داشتم. گاهی تصمیم می‌گرفتم که به سراغ آن شخصی که با من رابطه جنسی برقرار کرده بود بروم، او را پیدا کنم و بکشم. چون تمام مشکلات من مربوط به همین تجاوز جنسی بود. از سال ۷۴ تاکنون دچار ترس، وحشت، اضطراب، وسواس فکری و وسواس عملی هستم، همیشه از زندگی وحشت دارم و احساس حقارت، غمگینی، و افسردگی می‌کنم و از ازدواج هم ترس دارم».

تدابیر تشخیصی. جهت تشخیص نوع اختلال آزمودنی علاوه بر مصاحبه‌های بالینی، آزمون MMPI نیز انجام شد. نتایج در نمودار ۷ بیانگر وجود اختلال وسواس، اضطراب فو العاده، بیقراری، افسردگی شدید، تنفر از خود و احساس بی ارزشی و حقارت، و ضعف در قدرت تصمیم‌گیری در آزمودنی است. سپس برای تشخیص دقیق‌تر، مراجع به روان‌پزشک ارجاع داده شد و ایشان نیز اختلال OCD را تایید کردند.

تدابیر درمانی. طی جلسات درمانی ابتدا نتیجه آزمون MMPI برای مراجع تفسیر شد. سپس با او درباره تفکر منطقی و غیرمنطقی در افکار و سواسی صحبت شد. هم‌چنین در مورد نقش مثبت‌نگری در کاهش افسردگی، احساس حقارت و بی ارزشی، اضطراب و تنش و بیقراری گفتگو شد. درمانگر از مراجع خواست که نقاط قوت خود را ثبت کند و به درمانگر ارایه دهد. در جلسات بعد، از مراجع خواسته شد تا قطعه‌کشی را به دست خود ببندد و هر گاه دچار افکار و سواسی شد، آن‌کس را محکم بکشد و رها کند تا ضربه‌ای به دست او وارد شود. مراجع به همراه به کارگیری این تکنیک‌ها، به روان‌پزشک نیز ارجاع داده شد تا علاوه بر روان‌درمانی تحت درمان دارویی نیز قرار گیرد. بعد از چند جلسه، مراجع بیان کرد حالش بهتر شده است و می‌تواند افکار مثبت و منطقی را جانشین افکار منفی و غیرمنطقی کند و حتی می‌تواند در مورد نقاط مثبت و قوت خودش بیندیشد. اما هنوز هم دچار افکار و اعمال و سواسی است و فکر تجاوز مرتباً آزارش می‌دهد. در یکی از جلسات آموزش تنش‌زدایی ارایه و از مراجع خواسته شد تا روزانه به مدت ۲۰ تا ۳۰ دقیقه به تمرین تنش‌زدایی بپردازد. در جلسات بعد، مراجع کرد دچار تردیدهای بسیار می‌شود، از جمله این‌که قبل از حضور در جلسه درمان به قرآن کریم شک کرده است. به مراجع گفته شد جدول خود گزارش‌دهی اعمال و افکار و سواسی را به صورت روزانه تهیه و سعی کند افزون بر تمرینات فو، در برنامه خود پیاده‌روی و شنا را بگنجانند. در جلسه بعد مراجع اظهار داشت که همچنان دچار افکار و سواسی است و فکر این‌که در یک ماه، ۵ بار مورد تجاوز جنسی واقع شده است آزارش می‌دهد. ضمناً در جمع و در حضور دیگران گاه دچار خنده‌های بیجا می‌شود و گاه نسبت به همه چیز و همه کس شک می‌کند. در جلسه‌های بعدی درمانگر با برنامه ریزی قبلی، تکنیک مثبت‌نگری خانوادگی را در مورد مراجع اجرا کرد و از خانواده مراجع خواست تا بر نقاط مثبت او تأکید ورزند و نکات منفی وجود او را مورد توجه قرار ندهند و او را در حضور جمع سرزنش نکنند.

طی جلسات درمانی بعدی، مراجع اظهار کرد که داروهایش را مصرف می‌کند و حالش بهتر است و کمتر دچار افسردگی و بیقراری است و دیگر احساس بی‌ارزشی نمی‌کند. حتی توانسته است طول مدت افکار وسواسی را از چند دقیقه به ۳ یا ۴ ثانیه و بعد به یک ثانیه برساند و از دفعات تکرار آن نیز بکاهد. هم‌چنین مراجع اشاره داشت انجام ورزش‌هایی چون پیاده‌روی و شنا و تمرینات تنش‌زدایی را حتی پس از درمان کامل ادامه خواهد داد. با مذاکره و هماهنگی به عمل آمده بین روان‌شناس و روان‌پزشک تصمیم به کاهش داروهای تجویز شده گرفته شد. در جلسه بعد، مراجع اظهار کرد مشغول به کار شده است و از این که می‌تواند در کارش خلاقیت داشته باشد خوشحال است و فکر می‌کند باید به دلیل کارهای نادرستی که در گذشته انجام داده است توبه و از خداوند برای بخشیدن خودش و فرد متجاوز طلب استغفار کند. به دلیل بهبود نسبی آزمودنی دیگر نیازی به تهیه جدول گزارش‌دهی اعمال و افکار وسواسی نبود و هم‌چنین قرار شد که او کش را از دست خود باز کند. طی جلسات بعدی مراجع گفت "پس از چندین سال احساس می‌کنم که بی‌ارزش نیستم و از زندگی و ازدواج وحشتی ندارم و احساس می‌کنم که به یک زندگی واقعی و نرمال رسیده‌ام". بنا به تشخیص روان‌پزشک و درمانگر، دارو درمانی مراجع قطع شد، اما کماکان روان‌درمانگری ادامه یافت. در یکی از جلسات بعدی درمان مراجع گفت: «به این نتیجه رسیده‌ام که می‌توانم فردی مفید و منطقی باشم و نباید به کارهای بدی که در گذشته انجام داده‌ام فکر کنم و فرد متجاوز را بخشیده‌ام. حالا احساس می‌کنم شاد هستم و از افکار مزاحمی که سال‌ها فکر مرا به خود مشغول کرده بود رهایی یافته‌ام و با آسودگی خاطر می‌خواهم درباره آینده‌ام، به خصوص در مورد ازدواجم با شما صحبت کنم.

دو جلسه قبل از پایان درمان (جلسه چهارم و پنجم)، مجدداً آزمون MMPI اجرا شد. نتیجه آزمون در نمودار ۸ نشان‌دهنده حالات نرمال آزمودنی از نظر افسردگی، اضطراب، وسواس و ضعف در قدرت تصمیم‌گیری است.



نمودار ۸: نیمرخ روانی آزمودنی چهارم نمودار ۷: نیمرخ روانی آزمودنی چهارم

در آزمون MMPI بعد از درمان در آزمون MMPI قبل از درمان

در جلسه پایانی و پس از تفسیر آزمون برای مراجع، درمانگر و مراجع به این نتیجه رسیدند که فعلاً نیازی به ادامه جلسات درمانی نمی‌باشد. و در پایان به مراجع گفته شد که هر زمان نیاز بود با روان‌شناس تماس بگیرد و حتی بدون قرار قبلی می‌تواند مراجعه کند. تاکنون که شش ماه از آخرین جلسه درمان گذشته است مراجع چندین مرتبه جهت اظهار تشکر با درمانگر تماس گرفته و هیچ‌گونه آثار برگشت به بیماری در او دیده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهند اگرچه شناخت - رفتاردرمانگری و درمان ترکیبی شناختی - رفتاری توأم با دارو درمانی هر دو در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری - عملی مؤثر بوده‌اند، به نظر می‌رسد که شناخت - رفتار درمانگری به تنهایی و بدون استفاده از دارو تأثیر بیشتری داشته است. چنانچه پیشتر آمد، آزمودنی‌های اول و دوم با استفاده از روش درمان شناختی - رفتاری و آزمودنی‌های سوم و چهارم با استفاده از روش درمان ترکیبی مورد درمان قرار

گرفته‌اند. به عبارت دیگر، دو آزمودنی اول فقط توسط روان‌شناس بالینی مورد درمان قرار گرفته‌اند، در حالی که دو آزمودنی بعدی، هم توسط روان‌شناس بالینی و هم توسط روان‌پزشک و با استفاده از دارو درمانی مورد درمان قرار گرفته‌اند. بدین ترتیب بین دو گروه از این نظر تفاوت وجود داشته است. با توجه به نمودارهای ارایه شده در بخش نتایج و با مقایسه نیمرخ‌های روانی این آزمودنی‌ها در آزمون MMPI، قبل و بعد از درمان می‌توان ملاحظه کرد هرچند که در این پژوهش هر چهار آزمودنی مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی توأم با اضطراب، تنش، بیقراری، افسردگی، احساس حقارت و بی‌ارزشی و ضعف در تمرکز و تصمیم‌گیری بوده‌اند، طول جلسات درمانی برای آزمودنی‌های اول و دوم که با روش درمانی شناختی - رفتاری مورد درمان قرار گرفته‌اند، بسیار کمتر از آزمودنی‌های سوم و چهارم می‌باشد که با روش درمان ترکیبی مورد درمان قرار گرفته‌اند. این در حالی است که به غیر از تکنیک‌ها و تدابیر درمانی مورد استفاده برای این دو گروه آزمودنی، سایر شرایط یکسان بوده است، به این معنا که همه این آزمودنی‌ها هر هفته یک بار از جلسات درمانی استفاده می‌کرده‌اند و طول مدت هر جلسه درمانی چهل و پنج دقیقه بوده است. از طرفی، با رجوع به سابقه وجود بیماری در آزمودنی‌ها، در می‌یابیم که آزمودنی‌های اول و دوم به مدت طولانی‌تری از این اختلال رنج می‌برده‌اند و اختلال آن‌ها مربوط به چندین سال قبل بوده است. چنانچه آزمودنی اول، که مردی چهل ساله بوده است، اظهار کرده است که این وسواس و ترس او به دوران نوجوانی‌اش باز می‌گردد، یعنی زمانی که کلاس یازدهم بوده است و حدوداً ۲۳ سال از آن زمان می‌گذرد. هم‌چنین آزمودنی دوم نیز که دختری ۱۹ ساله بوده است اظهار داشت که وسواس او مربوط به دوران کودکی‌اش است، یعنی زمانی که کلاس دوم ابتدایی بوده و فقط ۸ سال داشته است و ۱۱ سال از آن زمان سپری شده است. در حالی که آزمودنی سوم که خانمی ۳۵ ساله است گفته بود که اگرچه از ۱۰ سال قبل و پس از آخرین زایمانش دچار افسردگی بوده است، اما وسواس او مربوط به ۳ یا ۴ سال قبل است. هم‌چنین آزمودنی چهارم که پسری ۲۵ ساله است، گفته بود که وسواس و اضطراب او مربوط می‌شود به سال ۱۳۷۲، یعنی ۷ سال قبل که مورد تجاوز جنسی قرار گرفته است. بنابراین، با مقایسه طول مدت ابتلا به اختلال نیز می‌توان نتیجه گرفت که اگرچه شدت اختلال در آزمودنی‌های اول و دوم بیشتر از آزمودنی‌های سوم و چهارم بوده است، طول دوره درمان آن‌ها کوتاهتر بوده است و احتمالاً این خود دلیلی بر تأثیر و کارایی بیشتر روش درمانی شناختی - رفتاری در مقایسه با روش درمان ترکیبی است. نتیجه این پژوهش با نتایج

پژوهش دیمال و همکاران (۱۹۹۶) همسو و مشابه است. آن‌ها نیز به بررسی و مطالعه اختلال وسواس فکری - عملی پرداختند و دریافتند مراجعانی که از شناخت-رفتار درمانگری استفاده کرده بودند، پس از درمان، بهبودی خود را بیشتر از افرادی که فقط دارو درمانی شده بودند حفظ کردند. همچنین نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش مارش (۱۹۹۵) همخوان است. وی به مطالعه وسواس فکری - عملی در کودکان و نوجوانان پرداخت و نشان داد که در بین ۳۲ مورد مطالعه موردی که اکثراً چارچوب‌های نظری متفاوتی داشتند، اکثریت آن‌ها بر سودمندی درمان‌های شناختی - رفتاری در درمان کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال OCD تأکید کرده بودند. نتایج پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های اوکانور و همکاران (۱۹۹۹)؛ کوزاک، لایسوویتز و فوآ (۲۰۰۰)؛ سالکوسکیس، ریکاردز و فاستر (۲۰۰۰)؛ پیاستینی (۲۰۰۰) و کامپمن و همکاران (۱۹۹۹) نیز همخوان می‌باشد. در این رابطه پیاستینی (۲۰۰۰) با مطالعه کودکان دارای اختلال OCD دریافت که شناخت - رفتار درمانگری به تنهایی کارایی بیشتری در درمان این اختلال دارد. همچنین کوزاک، لایسوویتز و فوآ (۲۰۰۰) با مطالعه ۶۱ بیمار دارای اختلال وسواس فکری - عملی دریافتند که شناخت - رفتار درمانگری نسبت به درمان ترکیبی شناخت - رفتار درمانگری توأم با دارو درمانی، باعث بهبودی سریع‌تر و عودت بیماری کمتر در مبتلایان به این بیماری می‌شود. با این حال نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش مارش و لئونارد (۱۹۹۶) ناهمسو می‌باشد. آن‌ها معتقدند که اختلال OCD اختلالی عصبی - روان‌پزشکی رایج در کودکان و نوجوانان است و اکثراً توأم با تیک، نارسایی توجه و اضطراب است و درمان‌های شناختی رفتاری توأم با دارو درمانی (درمان ترکیبی) بیشترین کارایی را در درمان این اختلال دارا است. احتمالاً یکی از دلایل این ناهمسویی در نتایج این پژوهش و پژوهش مارش و لئونارد (۱۹۹۶) به تفاوت اختلالات توأم با وسواس فکری - عملی در آزمودنی‌های شرکت‌کننده در این دو پژوهش مربوط است. چنانچه قبلاً ذکر شد آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش حاضر دارای اختلال وسواس فکری - عملی توأم با اضطراب، افسردگی و احساس حقارت بوده‌اند؛ در حالی که آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش مارش و لئونارد (۱۹۹۶) علاوه بر اختلال OCD دارای اختلالاتی نظیر تیک، و نارسایی توجه بوده‌اند و هیچ‌یک اختلال افسردگی نداشته‌اند.

احتمالاً احساس وابستگی به دارو نیز یکی از دلایل دیگری است که باعث می‌شود این دسته از مراجعان دیرتر بهبود یابند. زیرا در فرهنگ ما، نوعی تفکر منفی نسبت به دارو وجود دارد و فردی که از دارو استفاده می‌کند به نوعی خود را بیمار می‌پندارد و همین احساس بیمار بودن ممکن است باعث طولانی‌تر شدن دوره درمان شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش، نداشتن گروه کنترل بوده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، جهت مقایسه بهتر و دست‌یابی به نتایج بهتر از گروه کنترل نیز استفاده شود. هم‌چنین پژوهشگران علاقه‌مند به درمان اختلال وسواس فکری - عملی می‌توانند در پژوهش‌های آتی به مقایسه کارایی روش‌های شناخت - رفتار درمانگری، دارودرمانگری و رفتار درمانگری به تنهایی بپردازند.

از جناب آقای دکتر جعفر بوالهروی که به عنوان روان‌پزشک در دارودرمانی مراجعان، این پژوهش را یاری کردند صمیمانه تشکر می‌کنیم.

مآخذ

اتکینسون، ریتا. ل؛ اتکینسون، ریچارد. س و هیلگارد، ارنست. (۱۹۸۳) *زمینه روان‌شناسی*. ترجمه براهنی و همکاران، انتشارات رشد، ۱۳۷۱، تهران.

بخشایی، نورمحمد. (۱۳۷۲) *بررسی اثربخشی روش رفتاری - شناختی در درمان حالات اضطرابی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علوم پزشکی ایران: انستیتو روانپزشکی تهران.

حیدری پهلویان، احمد. (۱۳۷۲) *مقایسه کارایی درمان مواجهه تجسم طولانی مدت با تکنیک درمان شناختی - رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وسواس فکری*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی ایران، انستیتو روان پزشکی تهران.

خدایاری فرد، محمد. (۱۳۷۹). کاربرد مثبت‌نگری در روان‌درمانگری با تأکید بر دیدگاه اسلامی.

مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی. شماره ۱، ص ۲۵-۱.

فتی، لادن. (۱۳۷۶). کاربرد شناخت - رفتار درمانی در درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی مقاوم به درمان (گزارش موردی)، مجله اندیشه و رفتار، سال سوم، شماره ۱ و ۲، ص ۵۲ - ۵۹.

گیوی، حسین. (۱۳۷۱). کاربرد گفتار درمانی در کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه. پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی: انستیتو روان پزشکی تهران.

Reference

- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (1989). *Cognitive therapy*. In R. J. Corisni, & D. Wedding (Eds) *Current Psychotherapies*. Itasca: Peacock Publisher Inc.
- Benson, H. (1985). *Beyond the Relaxation Response*. New York: Berkley Books.
- Demal, V., Zitherl, W. ; Lenz, G.; Zapotoczky, H. G.; & Zitterl, Eglseer. K. (1996). Obsessive-Compulsive Disorder and Depression-first result of a prospective study on 74 patient. *Proy-Neuro psychopharmacol-Biol- psychiatry*, 20(5) , 801-813.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* , fourth Edition, 1994, P. 420-421.
- Dreessen, L.; Hoekstra, R.; Arntz, A., & Gaissman, M. (1997). Personality disorders do not influence the result of cognitive and behavior therapy for Obsessive - Compulsive disorder. *Anxiety Disorder*, 11 (5), 503 - 521 .
- Drummond, L. M. (1993). Behavioral approaches to anxiety disorders. *Postgrad Med J*, 69 (809), 222 - 226 .
- Haddock, G.; Tarrie, N.; Spaulding, W.; Yusupoff, L.; Kinney, C.; & Mccarthy, E. (1999). Individual cognitive - behavior therapy in the treatment of hallucinations and delusions: a review. *Clin - Psychol - Rev*, 18 (7), 821 - 838 .
- Hollon, S. D. & Tauson, W. B.(1983). The Cognitive Pharmacotherapy Project: study design, outcome, and clinical follow-up. *paper presented at the world congress of Behavior therapy*. Washington, D. C .
- Kamp Man, M.; Hoogduin, C. A. L.; Keijsers, C. P. J.; Stoffelen, P. E. W., & Verbraak, M. J. (1999). Fluoxetine en Cognitieve gedrags therapie bij dwangstoornissen. *Tijdschrift Voor Psychiatrie*, 41(10) , 603-611.

Kozak, M.J.; Licbowitz, M. R., & Foa, E. B. (2000). Cognitive - behavior therapy and pharmacotherapy for obsessive-Compulsive disorder. Goodmen, Wayne K., Rudorfer, Matt hew v. (Eds). obsessive Compulsive disorders: *Contemporary issues in Treatment. Personality and clinical Psychology Series* . (PP. 501-530). Mahwah, Nj, US: Lawrece Erlbaum Associates, Inc.

March, J. S. (1995). Cognitive-Behavioral Psychotherapy for children and adolescehts with OCD: review and recommendation for treatment. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry (AACAP)*, 34 (1), 7-18 .

March, J. S. , & Leonard, H. L. (1996). Obsessive-Compulsive disorder in children and adolescents: a review of the past 10 years. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry (AACAP)*, 35 (10), 1265-1273 .

March, J. S.; Mulle, K., & Herbel, B. (1994). Behavioral Psychotherapy for children and adolescents with Obsessive - Compulsive disorder: an open trial of a new protocol - driven treatment package. *Am Acak Child Adolesc Psychiatry*, 33 (3), 333 - 341 .

Marks, I., Stern, R. S., Mawson, D., Cobb, J., & Mcdonal, R. (1980). Clomimpramine and exposure for Obsessive-Compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, 136, 1-25 .

Minichelio, Williame., Bear, Lee., Jenike, Michael and Holland, Amy.(1990). Age of Onset of Major sub types of Obsessive - Compulsive Disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 4, 147 - 150 .

Morin, C. M.; Cikeccgu, C.; Stone, J.; Sood, R., & Brink, D. (1999). Behavioral and pharmacological therapies fo Late - Life insomnia: a randomized controlled trial. *Am Acad child Adolesc*, 281 (111 , 991 - 999) .

Mulle, K.(1999). Practice Parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with Obsessive-Compulsive disorder. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry (AACAP)*, 38 (5), 499-502 .

O'Conner, K.; Todorov, C.; Robillard, S.; Borgeat, F. & Brault, M. (1999). Cognitive-behavior therapy and medication in the Treatment of obsessive-compulsive disorder: A Controlled Study. *Conadian Journal of Psychiatry* , 44(1), 64-72.

Piacentini, J . (1999). Cognitive behavioral therapy of childhood OCD. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 8(3) , 599-616.

Rasmussen, A, & Eisen, J. L. (1992). The Epidemiology and Differential diagnosis of Obsessive - Compulsive Disorder, *Journal of Clinical Psychiatry*. 53, 3-10 .

Salkovskis, P. M. & Kirk, J. (1997). Obsessive - Compulsive Disorder. In. D. M. Clark and Fairburn (Eds), *The Science and Practice of Cognitive - behavior therapy* .Oxford. Oxford university Press.

Salkovskis, P. M. (1989). Obsessions and Compulsions In Scott, J., Marsk, I., Williams, G., & Beck, A. T. (Eds.). *Cognitive therapy in Clinical Practice: an Illastrative Case book* .London: Routledge.

Salkovskis, P. M.; Richards, C. & Forrester, E . (2000). Psychological Treatment of refractory obsessive-compulsive disorder and related problems . Goodman, Wayne k.; Rudor fer, Matthew, V. (Eds). (2000). Obsessive-Compulsive disorder: Contemporary issues in Treatment. Personality and Clinical Psychology Series . (PP. 201-221). Mahwah, Nj, US: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Salkovskis, P. M., & Warwick, H. M. C. (1986). Morbid Preoccupation, health, anxiety and reassurance: A Cognitive behavioral approach to hypochondriasis. *Behavior Research and Therapy*, 24, 597-602 .

Sharp, M., & Am, J. (1998). Cognitive behavior therapy for chronic fatigue Syndrome: efficacy and implications. *Am - J - Med*. 105 (3A), 104 - 109 .

Shoshtak, M. (1991). Debating Cognitive therapy and Pharmaco therapy for Depression. *Psychiatric Annuals:21 (11)* .

Steketee,Gail; & Maccarthy , J. (1992). Obsessive - Compulsive. In "Harlow", David H. *Clinical handbook of Psychological Disorder* , New York, Guilford Press.

Steketee, G. S.(1993). *Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder* . London: Guilford Press.

Stewart, J. W. (1993). Imipramine in effective after successful Cognitive therapy: Sequential use of Cognitive therapy and Imipramine in Depression and out - patients. *Journal of Clinical Psycho Pharmacology* , 13 (2).

Turner, S. M. & Beidel, D. C. (1988). *Treating Obsessive-Compulsive Disorder* . New York: Pergamon Press.

Weber, A., & Milby, J.(1991). In T. R. Kratochwill, & R. J. Moruis (Eds). The practice of child therapy . Project: Study design, out come, and Clinical follow - up . *paper presented at the world congress of Behavior therapy.*
Washington, D. C.U . S. A: Pergamon Press.

Zarb, JM. (1992). *Cognitive-Behavioral Assessment and therapy with Adolescents* . New York, Brunner/ Mazel Publisher.