

اثربخشی درمان شناختی - رفتاری فراتشخیصی بر شدت وسواس و بهبود سازگاری شغلی - اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری همبود با دیگر اختلال‌های هیجانی: مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی

جهانگیر محمدی بایتمر^۱

ساحل خاکپور^۲

امید ساعد^{۳*}

چکیده

هدف از این مطالعه بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری فراتشخیصی بر شدت وسواس و سازگاری شغلی - اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری همبود با دیگر اختلال‌های هیجانی است. این مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی بود. نمونه مورد بررسی از کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری همبود به صورت نمونه‌گیری خوشه‌ای از شش مرکز روان‌شناختی و روان‌پزشکی در شهر زنجان انتخاب شدند. از ۵۶ بیمار ارجاع شده برای مداخله، بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، ۲۴ بیمار انتخاب و بر روش تصادفی به دو گروه مداخله و لیست انتظار گمارده شدند. گروه مداخله ۲۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای هفتگی درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی بر اساس پروتکل یکپارچه دریافت کردند و گروه لیست انتظار در این مدت درمانی نگرفتند. آزمودنی‌های هر دو گروه در سه مقطع زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه مقیاس سنجش پیامد را تکمیل کردند. برای تحلیل یافته‌ها از آزمون تحلیل واریانس آمیخته یا ترکیبی استفاده شد. نتایج نشان داد که اثر زمان در هر سه دوره ارزیابی برای هر دو متغیر شدت وسواس و سازگاری شغلی اجتماعی معنادار است. مقایسه درون - گروهی نشان از برتری درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی نسبت به لیست انتظار داشت. ضرایب اِتا از ۰/۶۷ تا ۰/۷۲ و اندازه اثر هجز هم برای هر دو متغیر پیامد از ۱/۷۴ تا ۲/۳۵ متغیر بود. درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی می‌تواند علاوه بر کاهش شدت وسواس، سازگاری شغلی - اجتماعی بیماران را بهبود ببخشد و اثرات آن در دوره سه ماهه همچنان پایدار می‌ماند.

کلمات کلیدی: درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی، اختلال وسواسی جبری، شدت وسواس، سازگاری شغلی - اجتماعی، همبودی

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز آموزشی و درمانی حضرت ولی عصر (عج)، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۲. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، مرکز آموزشی و درمانی شهید دکتر بهشتی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی زنجان، زنجان، ایران (نویسنده مسئول: تلفن ثابت:

۰۰۲۴-۳۳۵۳۴۵۰۰ o.saed@zums.ac.ir)

مقدمه

شیوع اختلال وسواسی-جبری به طور میانگین در سطح دنیا ۳٪ گزارش شده است، هرچند تجربه برخی از نشانه‌های شایع آن در جمعیت عمومی رایج است و در حدود ۲۵٪ از افراد چنین نشانه‌هایی را در طول عمر خود گزارش می‌کنند (روسیو، اشتاین، چيو و کسلر^۱، ۲۰۱۰؛ سابرامانیان، عبدین، وینگانکار و چونگ^۲، ۲۰۱۲). اختلال وسواسی-جبری با افکار یا تصاویر ذهنی مزاحم و تکرارشونده مشخص می‌شود. مبتلایان به این اختلال اغلب تلاش می‌کنند آشفتگی و ناراحتی ناشی از این افکار را از طریق رفتارهای اجباری (مانند شستشو یا واریسی) کاهش دهند (گلایزر، سوینگ و مک‌گین^۳، ۲۰۱۵). پدیدارشناسی اختلال وسواسی-جبری ناهمگون است و مطالعات نشان می‌دهند که بدون درمان، سیر این اختلال مزمن است (هال، گردون، کولز، وودرهلزر، هوهاگن و زوروسکی^۴، ۲۰۱۰).

اختلال وسواسی جبری می‌تواند به مشکلات جدی فردی منتهی شود و با وظایف شغلی، روابط و فعالیت‌های زندگی روزمره تداخل کند. بیماران مبتلا به وضعیت شدید این اختلال مشکلاتی را در منزل (۱۰۰٪)، محیط کار (۸۰٪)، روابط (۸۷٪) و زندگی اجتماعی (۸۷٪) نشان می‌دهند (روسیو و همکاران، ۲۰۱۰). هم چنین مطالعات نشان می‌دهند که ۲۲٪ از افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری در جستجو درمان، بیکار هستند که بیشتر از میزان آن در جمعیت عمومی است (کوران، تاینمان و داوینپورت^۵، ۱۹۹۶). مطالعات مختلف نشان می‌دهند که ۹۰٪ بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری ملاک‌های تشخیصی حداقل یک اختلال دیگر را در محور یک دارند (روسیو و همکاران، ۲۰۱۰). اختلال‌های اضطرابی و بعد از آن اختلال‌های خلقی بیشترین همبودی و هم‌بندی را با این اختلال دارند. در مطالعه پالانتی^۶ (۲۰۰۸) همبودی کلی اختلال‌های اضطرابی با اختلال وسواسی جبری ۷۵/۸٪ و برای اختلال‌های خلقی را ۶۳/۳٪ گزارش شده است (پالانتی، ۲۰۰۸).

-
1. Ruscio, Stein, Chiu, & Kessler
 2. Subramaniam, Abdin, Vaingankar, & Chong
 3. Glazier, Swing, & McGinn
 4. Wahl, Kordon, Kuelz, Voderholzer, Hohagen, & Zurowski
 5. Koran, Thienemann, & Davenport
 6. Pallanti

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

اگرچه درمان مؤثر به طورمعناداری سازگاری افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری را بهبود می‌بخشد اما فقط افراد کمی (۲۹٪) درمان مناسب را دریافت می‌کنند و برخی نیز قبل از دریافت درمان شواهد محور سال‌ها از پیامدهای این بیماری رنج می‌برند. به طور میانگین ۸ تا ۱۰ سال بیماران از این اختلال رنج می‌برند تا زمانی که بتوانند تحت درمان قرارگیرند (پالاتی، ۲۰۰۸؛ مارکوس، لی‌بلنس، و اینگاردن، تیمپانو، جنیک و ویلهلم، ۲۰۱۰). فراتحلیل‌ها همانند دیگر اختلال‌های اضطرابی دو درمان شواهد محور را برای اختلال معرفی کرده‌اند: درمان شناختی رفتاری و درمان دارویی (روزا-آلکازر، سانچز، میکا، گومز-کونسا و مارین-مارتینز^۲، ۲۰۰۸؛ آبرامویتز^۳، ۱۹۹۶).
درمان دارویی در مورد این اختلال نیز مانند دیگر اختلال‌های اضطرابی با چالش‌های جدی روبه‌رو است (فوا^۴ و همکاران، ۲۰۰۵).

ادبیات پژوهش در حوزه درمان شناختی رفتاری برای وسواس از چند دهه اخیر روند رو به رشدی داشته است و مرورهای سیستماتیک و فراتحلیل‌ها حاکی از اثربخشی این نوع از درمان‌ها در بهبودی اختلال اضطرابی هستند (آبرامویتز، ۱۹۹۶). در درمان‌های خاص هر اختلال، پروتکل‌های درمانی زیادی که هر کدام مبتنی بر تئوریک مختص به خود هستند، طراحی شده‌اند. مثلاً شواهد نشان می‌دهد که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ مؤثرترین درمان برای این اختلال است و اثربخشی کلی آن در حدود ۵۰٪ است (روزا-آلکازر و همکاران، ۲۰۰۸). هرچند مطالعات مختلف اکثراً نشان از برتری این روش درمانی دارند، فوا و همکاران به چند محدودیت عمده این درمان اشاره کرده‌اند (فوا و همکاران، ۲۰۰۵). یکی از این محدودیت‌ها، همبودی زیاد این اختلال با دیگر اختلال‌ها است. محققانی مانند آبرامویتز اشاره داشته‌اند که حداکثر یک سال بعد از درمان اختلال اصلی، علائم اختلال همبود و همایند باعث عود وسواس می‌شود (آبرامویتز، ۱۹۹۶).

دومین مسأله عدم امکان دسترسی حجم وسیعی از این بیماران به این درمان است. اگر محدودیت‌های آموزش، نشر و تسلط بر پروتکل‌های مختلف را به این محدودیت‌ها اضافه کنیم لزوم توجه به درمان‌های دیگر بیش از پیش ضرورت پیدا می‌کند. به مانند دیگر اختلال‌های اضطرابی، درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی بر این مدعا است که می‌تواند چالش‌های پیش روی درمان‌های شواهدمحور شناختی رفتاری را برطرف ساخته و مشکلات اشاره شده در بالا را مرتفع نماید. این درمان ادعا دارد که فرایندهای مشترک آسیب‌شناسی هیجانی را کانون مداخله قرار می‌دهد و درمانی متمرکز بر نظم‌بخشی

1. Marques, LeBlanc, Weingarden, Timpano, Jenike, & Wilhelm
2. Rosa-Alcázar, Sánchez-Meca, Gómez-Conesa, & Marín-Martínez
3. Abramowitz
4. Foa

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

هیجانی است (بارلو، آلن و کوآت، ۲۰۰۴)، اما در آخرین فراتحلیل اثربخشی این درمان، اختلال وسواسی جبری به عنوان زیرگروه مداخلاتی کمتر مورد توجه قرار گرفته است (رینهولت و کرو، ۲۰۱۴). مثلاً از ۱۱ مطالعه مرور شده تا سال ۲۰۱۴ فقط سه مطالعه گروه وسواس داشته‌اند و حجم نمونه آن در بهترین حالت ۲۰٪ نمونه کلی بوده است. در نتیجه این مطالعه در صدد بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی بر شدت نشانه‌های اختلال وسواس و سازگاری شغلی - اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری همراه با دیگر اختلال‌های اضطرابی و خلقی همبود است.

روش

شرکت‌کنندگان

مطالعه حاضر کارآزمایی بالینی تصادفی بود. جامعه آماری این مطالعه را کلیه بیماران مبتلا به اختلال‌های اضطرابی و خلقی مراجعه کننده به شش مرکز خدمات روان‌شناختی شهر زنجان تشکیل می‌دادند. ملاک‌های ورود مطالعه شامل تشخیص اصلی اختلال وسواسی جبری همبود با یک اختلال اضطرابی و خلقی تک قطبی، تسلط به زبان فارسی، سن بالای ۱۸ سال، موافقت کتبی برای شرکت در مطالعه بود. ملاک‌های خروج نیز شامل داشتن دیگر تشخیص‌های روانپزشکی که احتیاج به مداخله سریع داشته باشد مانند اختلال دوقطبی، اسکیزوفرنی، اسکیزوافکتیو، سابقه اخیر اقدام به خودکشی و سابقه مصرف مواد بود.

از ۵۶ آزمودنی ارجاع شده برای مداخله، نهایتاً بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، ۲۸ آزمودنی به طور تصادفی و بر اساس نرم‌افزار Random Number Generator V1.3 در دو گروه درمان فراتشخیصی و لیست انتظار گمارده شدند. گروه درمان فراتشخیصی شامل ۹ نفر زن (۷۵٪) و ۳ نفر مرد (۲۵٪) بود و گروه لیست انتظار را نیز ۱۱ نفر زن (۹۱/۷٪) و ۱ نفر مرد (۸/۳٪) تشکیل می‌دادند. به ترتیب میانگین سنی بیماران گروه درمان فراتشخیصی و گروه لیست انتظار ۲۵/۳۳ (۳۹/۷۷) سال و ۳۰/۸۲ (۶/۵۷) سال بود؛ تفاوت معناداری در دو گروه بر اساس جنسیت ($p=0/07$) و سن ($p=0/13$) وجود نداشت. در مراحل پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه ۴ آزمودنی (از هر گروه ۲ نفر) از مطالعه خارج شدند و در نهایت اطلاعات ۲۴ نفر تحلیل شد. تشخیص‌های همبود در بیماران شامل اختلال اضطراب تعمیم یافته (۸ نفر؛ ۳۳/۳٪)، اختلال اضطراب اجتماعی (۷ نفر؛ ۲۹/۲٪)، اختلال افسردگی عمده (۷ نفر؛ ۲۹/۲٪) و اختلال اضطرابی NOS (۲ نفر؛ ۸/۳٪) بودند.

1. Barlow, Allen, & Choate
2. Reinholt & Krogh

ابزارها

برنامه مصاحبه اختلالات اضطرابی برای DSM-IV نسخه طول عمر^۱: این برنامه یک مصاحبه تشخیصی نیمه ساختاریافته است که برای ارزیابی وجود، ماهیت و شدت اختلال‌های اضطرابی، خلقی، شبه‌جسمی و نیز تاریخچه سلامت روانی قبلی طراحی شده است. هر تشخیص بر اساس مقیاس شدت بالینی بروی پیوستار از ۰ (بدون علامت) تا ۸ (خیلی شدید) درجه‌بندی می‌شود، نمره ۴ در این پیوستار آستانه شدت بالینی برای تشخیص بر اساس DSM-IV به حساب می‌آید (برون^۲ و بارلو، ۲۰۱۳). نورتن و باررا توافق بین ارزیابی‌ها و توافق تشخیص ADIS-IV-L را برابر با کاپای ۰/۷۵۹ گزارش کردند (نورتن و باررا^۳، ۲۰۱۲).

پرسشنامه وسواسی جبری^۴: این ابزار، با هدف ارزیابی فراوانی علائم وسواس‌ها و اجبارهای مربوط به اختلال وسواسی جبری طراحی شده است. این پرسشنامه ۴۲ گزاره دارد که بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج درجه ای نمره گذاری می‌شود. پایایی از طریق آزمون-بازآزمون برای نمره کلی ۰/۷۶ و برای خرده مقیاس از دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ متغیر گزارش شده است (فوا و همکاران، ۲۰۰۲).

مقیاس سازگاری شغلی و اجتماعی^۵: این مقیاس یک ابزار خود گزارش‌دهی دارای پنج آیتم است که میزان تاثیر اختلال را بر ابعاد مختلف عملکرد بیمار نشان می‌دهد. پنج بعد از عملکرد در این مقیاس مورد توجه قرار گرفته شامل کار، مدیریت امور منزل، فعالیت‌های اجتماعی، فعالیت‌های شخصی، خانواده و روابط. پایایی این مقیاس از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای بیماران مبتلا به وسواس بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۸ گزارش شده است (ماندنت، مارکس، شیر و گرایست^۶، ۲۰۰۲).

درمان

مداخله مبتنی بر پروتکل یکپارچه مشتمل بر ۲۰ جلسه یک ساعته درمان بود که بر اساس پروتکل بارلو (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱) انجام گردید. پروتکل یکپارچه در پنج مودال درمانی طراحی شده است تا جنبه

1. Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV–Lifetime Version (ADIS-IV-L)

2. Brown

3. Norton and Barrera

4. Obsessive-Compulsive Inventory (OCI)

5. Work and Social Adjustment Scale (WSAS)

6. Mundt, Marks, Shear, and Greist

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

های کلیدی پردازش و تنظیم تجربیات هیجانی را کانون مداخله قرار دهد. این پنج مودال عبارتند از: (۱) افزایش آگاهی هیجانی متمرکز بر لحظه حال، (۲) افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، (۳) شناسایی و جلوگیری از الگوهای اجتناب هیجانی و رفتارهای ناسازگارانه ناشی از هیجان‌ها، (۴) افزایش آگاهی و تحمل احساس‌های بدنی مرتبط با هیجان‌ها، و (۵) مواجهه هیجانی درون‌زاد و متمرکز بر موقعیت. علاوه بر پنج مودال بالا، سه مودال دیگر به پروتکل اضافه شده است که هدف یکی از آنها بهبود انگیزش و بالا بردن آمادگی بیمار برای تغییر و مشارکت بیشتر در درمان است، مودال دیگر ماهیت روانی آموزشی دارد و هدفش آموزش به بیماران درباره ماهیت هیجان‌ها، و فراهم کردن چارچوبی برای درک تجارب هیجانی خود بیمار است و در نهایت مودال آخر را آموزش‌هایی برای پیشگیری از عود تشکیل می‌دهد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد شدت وسواس و سازگاری شغلی - اجتماعی در دو گروه درمان فراتشخیص و گروه لیست انتظار به تفکیک نمرات به‌دست‌آمده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه ماهه در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد شدت وسواس و سازگاری در دو گروه درمان فراتشخیص و لیست انتظار

متغیر	گروه درمان فراتشخیص (n=۱۲)		گروه لیست انتظار (n=۱۲)	
	پیش‌آزمون M ± SD	پس‌آزمون M ± SD	پیش‌آزمون M ± SD	پس‌آزمون M ± SD
شدت وسواس	۸۱/۱۶ ± ۳۶/۵۵	۲۷/۰۰ ± ۲۴/۱۳	۶۹/۴۱ ± ۱۵/۰۴	۲۶/۶۶ ± ۲۳/۳۴
کیفیت زندگی	۲۳/۲۵ ± ۳/۰۷	۹/۱۶ ± ۷/۸۸	۲۳/۵۰ ± ۲/۱۱	۹/۰۸ ± ۷/۹۲

Note. M= Mean, SD= Std. Deviation.

به‌منظور مقایسه میانگین نمرات شدت وسواس و سازگاری شغلی - اجتماعی در دو گروه درمان فراتشخیص و گروه لیست انتظار در سه مرحله زمانی از آزمون تحلیل واریانس مختلط ۲ (گروه: مداخله و لیست انتظار) × ۳ (زمان: پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) استفاده شد (جدول ۲). نتایج آزمون کرویت ماشلی، به‌عنوان مفروضه اصلی نشان داد که مفروضه کرویت برای سه مرحله اندازه‌گیری متغیر شدت وسواس و سازگاری شغلی - اجتماعی در گروه‌های مورد مطالعه رعایت شده است (به ترتیب با سطح معناداری ۰/۰۶۲ و ۰/۰۷۵).

جدول ۲. بررسی اثر درون آزمودنی‌ها در سه مرحله اندازه‌گیری شدت وسواس و سازگاری در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر وابسته	منبع	SS	df	MS	F	p.value	Eta
شدت وسواس	درون گروهی	۱۱۱۱۶/۱۹	۲	۵۵۵۸/۰۹	۴۶/۴۱	۰/۰۰۰	۰/۶۷۸
	زمان × گروه	۱۲۵۳۴/۵۲	۲	۶۲۶۷/۲۶	۵۲/۳۳	۰/۰۰۰	۰/۷۰۴
	خطا	۵۲۶۹/۲۷	۴۴	۱۱۹/۷۵			

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

۰/۶۷۱	۰/۰۰۰	۴۴/۸۰	۸۱۶۴/۰۸	۱	۸۱۶۴/۰۸	گروه	بین گروهی
			۱۸۲/۲۲	۲۲	۴۰۰۸/۸۳	خطا	
۰/۷۲۰	۰/۰۰۰	۵۶/۴۸	۴۳۲/۷۶	۲	۸۶۵/۵۲	زمان	درون گروهی
۰/۶۸۵	۰/۰۰۰	۴۷/۹۰	۳۶۷/۰۱	۲	۷۳۴/۰۲	زمان × گروه	
			۷/۶۶	۴۴	۳۳۷/۱۱	خطا	سازگاری
۰/۷۱۳	۰/۰۰۰	۵۴/۵۵	۶۳۸/۰۲	۱	۶۳۸/۰۲	گروه	بین گروهی
			۱۱/۶۹	۲۲	۲۵۷/۲۹	خطا	

SS= Sum of Squares, MS=Mean Square, Eta=Partial Eta Squared

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد اثر اصلی زمان در سه مرحله ارزیابی در هر دو متغیر شدت وسواس و سازگاری شغلی- اجتماعی معنادار بود ($p=0/000$). به عبارت دیگر درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی توانسته است شدت وسواس را کاهش داده و سازگاری شغلی- اجتماعی بیماران را بهبود بخشد. اثر اصلی گروه در هر دو متغیر معنادار بود ($p=0/000$) که بیانگر وجود اختلاف معنادار بین گروه‌های مورد مطالعه در میزان شدت وسواس و سازگاری شغلی- اجتماعی است. اثر تعاملی زمان با گروه نیز معنادار است ($p<0/001$) که بیانگر تفاوت معنادار بین گروه‌های مورد مطالعه در تغییرات شدت وسواس و سازگاری بیماران در طی زمان است. به منظور مقایسه دوجه‌دوی مراحل زمانی اندازه‌گیری متغیر شدت وسواس و سازگاری شغلی- اجتماعی در هر یک از گروه‌های مورد مطالعه از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد (جدول ۳). همان‌طور که مشاهده می‌گردد در هر دو متغیر، اثرات درون گروهی و بین گروهی بزرگ هستند (ضریب اتا)؛ به این معنا که درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی نه تنها توانسته است اثر معناداری بگذارد بلکه در مقایسه با گروه لیست انتظار، تغییرات قابل توجهی ایجاد کرده است. وقتی اثر تعامل معنادار می‌شود این نتیجه را می‌رساند که تغییرات در هر دو متغیر وابسته تابعی از اثرات زمان و گروه هستند؛ اندازه اثر تعامل نیز بزرگ است به ترتیب برای شدت وسواس و سازگاری شغلی- اجتماعی $0/704$ و $0/713$.

با توجه به محدودیت‌های ضریب اتا در تخمین اثرات درمانی در سه مرحله زمانی مختلف و مقایسه دوجه‌دوی آن‌ها، در گروه درمان فراتشخیصی به منظور برآورد دقیق‌تر اندازه اثر، از اندازه اثر هجز که برای نمونه‌های کوچک مناسب‌تر است، استفاده شد. با توجه به نتایج اندازه اثر هجز، اندازه اثر درمان فراتشخیصی از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون برای متغیر شدت وسواس ($hedges'g = 1/74$) و از مرحله پیش‌آزمون به پیگیری ($1/77 = hedges'g$) و برای سازگاری شغلی- اجتماعی به ترتیب از پیش‌آزمون به پس‌آزمون ($hedges'g = 2/35$) و از پیش‌آزمون به پیگیری ($hedges'g = 2/31$) بدست آمد که این یافته نشان می‌دهد در مرحله پیگیری یعنی ۳ ماه بعد از مداخله تأثیرات درمانی به قوت خویش باقی‌مانده‌اند.

جدول ۳. مقایسه‌های دوجه‌دوی سه مرحله ارزیابی در متغیرهای شدت وسواس و سازگاری در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر وابسته	گروه	دوره زمانی I	دوره زمانی J	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	خطای استاندارد	p.value
شدت وسواس	مداخله	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵۴/۱۶	۷/۶۴	۰/۰۰۰

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

-/۰۰۰	۷/۷۵	۵۴/۵۰	پیگیری	پیش‌آزمون	
-/۳۶۸	-/۳۵	۰/۳۳	پیگیری	پس‌آزمون	
-/۱۷	-/۶۲	-۰/۹۱	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
-/۰۰۹	۰/۷۳	-۲/۳۳	پیگیری	پیش‌آزمون	کنترل
-/۰۰۱	-/۳۱	-۱/۴۱	پیگیری	پس‌آزمون	
-/۰۰۰	۱/۹۱	۱۴/۰۸	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
-/۰۰۰	۱/۹۵	۱۴/۱۶	پیگیری	پیش‌آزمون	مداخله
-/۶۷۴	-/۱۹	۰/۰۸	پیگیری	پس‌آزمون	
-/۰۰۲	-/۱۷	۰/۷۵	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	سازگاری
-/۱۳۷	-/۲۶	۰/۴۱	پیگیری	پیش‌آزمون	کنترل
-/۱۰۴	۰/۱۸	-۰/۳۳	پیگیری	پس‌آزمون	

نتایج آزمون LSD با مقایسه دوهفته‌دو مراحل زمانی در متغیر شدت وسواس حاکی از بهبود معنادار میانگین نمرات بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و از مرحله پیش‌آزمون به پیگیری در گروه مداخله بود ($p < ۰/۰۰۰$). از مرحله پس‌آزمون به پیگیری تفاوت معناداری یافت نشد ($p = ۰/۳۶۸$); به این معنا که در مدت سه ماه از قطع درمان اثرات درمانی هنوز پایداری خود را حفظ کرده‌اند و کاهش معناداری در آنها دیده نمی‌شود. در گروه لیست انتظار در متغیر شدت وسواس از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون تفاوت معنادار نیست اما در دوره پیگیری نمرات شدت وسواس افزایش معناداری یافته است؛ به این معنا که وقتی بیماران این گروه درمانی دریافت نکرده‌اند شدت وسواس آنها افزایش یافته است. در متغیر سازگاری شغلی - اجتماعی نیز درمان شناختی - رفتاری فراتشخیصی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری معنادار بوده است و از پس‌آزمون تا پیگیری تغییرات معناداری نداشته است؛ به این معنا که اثرات درمانی پایدار باقی مانده‌اند. اما در لیست انتظار، بیماران از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون وضعیت بدتری در سازگاری شغلی - اجتماعی داشته‌اند اما در سه ماه بعد از پس‌آزمون وضعیت سازگاری‌شان شدیدتر نشده است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی می‌تواند شدت وسواس مبتلایان به اختلال وسواسی جبری همبود با دیگر اختلال‌های هیجانی را کاهش دهد و اثرات این درمان در پیگیری سه ماهه باثبات باقی ماندند. اندازه اثر این درمان در مورد شدت وسواس بزرگ بود و در دوره پیگیری نیز با تغییرات اندکی باقی ماند. در متغیر سازگاری شغلی اجتماعی نیز درمان فراتشخیصی اثربخشی معنادار و بزرگی داشت و در سه ماه بعد از اتمام مداخله این اثرات هنوز پایدار بودند. بزرگی اندازه اثر درمان فراتشخیصی در بهبود سازگاری شغلی اجتماعی از کاهش شدت وسواس بزرگتر بود. در مورد هر دو متغیر پیامد اثرات درمان فراتشخیصی از گروه لیست انتظار به طور معناداری بالاتر بود.

یافته‌های این مطالعه با نتایج مطالعات انجام شده در مورد اثربخشی درمان شناختی رفتاری فراتشخیصی همخوان است (الارد، فیرهولم، بیسیو، فارچیون و بارلو، ۲۰۱۰؛ ایتو^۱ و همکاران، ۲۰۱۶؛ بیسیو، فارچیون، فیرهولم، الارد و بارلو، ۲۰۱۰). مطالعه الارد و همکاران ضریب اتا بدست‌آمده را به ترتیب برای شدت نشانه‌ها (۰/۷۰)، افسردگی (۰/۴۴)، اضطراب (۰/۴۱) و عملکرد کلی (۰/۳۶) گزارش کردند. در مطالعه آنها به ترتیب ۷۳٪ و ۸۲٪ از آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون جزء گروه پاسخ‌دهنده به درمان و گروه دارای عملکرد سطح بالا قرار گرفتند. در آن مطالعه و بعد از ویرایش پروتکل درمانی، شدت اختلال وسواسی جبری (به عنوان یکی از طبقات تشخیصی) در مرحله پس‌آزمون از ۶ به ۲/۷۵ کاهش پیدا کرده بود و ضریب اتای تاثیرات درمانی ۰/۸۳ گزارش شد (الارد و همکاران، ۲۰۱۰) که با اندازه اثر مطالعه حاضر قابل قیاس است. در این مطالعه بیشترین اندازه اثر مداخله مبتنی بر پروتکل یکپارچه در متغیر شدت نشانه‌ها، در مورد گروه مبتلایان به اختلال وسواسی جبری گزارش شد.

نکته حائز اهمیت در عمده مطالعات مرتبط با درمان مبتنی بر پروتکل یکپارچه این است که بیشترین اندازه اثر مداخله، مربوط به متغیر وابسته یا پیامد شدت اختلال و عملکرد کلی بوده است. این یافته در مورد مطالعه حاضر نیز صادق است. شاید بتوان دلیل این موضوع را به سطوح مداخله نسبت داد؛ به این معنا که تاثیرات در فرایندهای درگیر در مداخله قبل از تغییر اساسی در فراوانی نشانه‌ها و ابعاد گاهاً ناهمگون آن، شدت ادراک شده را کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد آستانه‌ای برای کاهش شدت ادراک شده اختلال و به طبع آن عملکرد کلی وجود دارد که ارتباط آن با دیگر پارامترهای عمیق مداخله یعنی همان مکانیزم‌های اثر، همیشه کامل و مستقیم نیست. گاهاً می‌توان این موضوع را در تجربیات بالینی مشاهده کرد و آن زمانی است که ارزیابی‌ها تفاوت فاحشی را در فراوانی و ابعاد اختلال نشان نمی‌دهند اما شدت ادراک شده اختلال کاهش و عملکرد بیمار در ابعاد شغلی و اجتماعی بهبود پیدا کرده است. شاید همبستگی متقابل و بالای این دو متغیر اخیر یعنی شدت اختلال و عملکرد ناشی از همین استدلال باشد.

به نظر می‌رسد این یافته با مطالعات گالانگر و همکاران مبتنی بر تئوری آسیب‌پذیری سه‌گانه همخوان باشد (گالانگر^۲، بنتلی و بارلو، ۲۰۱۴). آنان معتقدند درمان فراتشخیصی از طریق مداخلاتی در متغیرهای میانجی مانند تنظیم هیجانات، اصلاح باورهای مرتبط با کنترل هیجانات و نهایتاً تغییر رفتارهای منتج از هیجان، می‌تواند کنترل ادراک شده بیمار را بر نشانه‌های اختلال افزایش دهد. به نظر می‌رسد شاید افزایش کنترل ادراک شده بعد از اعمال مودال‌های ۱ تا ۴ بتواند توجیه خوبی برای بهبود شدت نشانه‌ها باشد. از یک سو بهبود نشانه‌ها می‌تواند دلیلی منطقی برای افزایش سازگاری شغلی و اجتماعی بیماران باشد و از سوی دیگر با به کارگیری مودال‌های ۵ تا ۷ که عمدتاً در راستای کاهش اجتناب، راهبردهای مناسب تنظیم هیجانی و افزایش تحمل آشفتگی است، روبه‌رو شدن با مسئولیت‌های فردی، خانوادگی، شغلی - حرفه‌ای و ارتباطی بهبود پیدا می‌کند. افزایش سازگاری شغلی اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال وسواس می‌تواند عود بیماری را کاهش دهد، کیفیت زندگی بیماران را

1. Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione, & Barlow

2. Ito

3. Gallagher

فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی

ویژه‌نامه اولین کنفرانس دوسالانه تازه‌های روان‌شناسی و علوم رفتاری دانشگاه تبریز ۱۶ و ۱۷ مهرماه ۱۳۹۸

بهبود بخشد و نشانه‌های همبود را قابل تحمل‌تر کند. مطالعه حاضر دارای محدودیت‌هایی است از جمله حجم نمونه کم و دوره پیگیری کوتاه. پیشنهاد می‌شود مطالعات آینده در قالب طرح‌های آزمایشی قویتر بتوانند این محدودیت‌ها را کاهش دهند و شکاف پژوهشی در این زمینه را پر کنند.

منابع

- Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*(4), 583-600 .
- Barlow, D., Ellard, K., Fairholme, C., Farchione, T., Boisseau, C., Allen, L & ,Ehrenreich-May, J. (2011). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook. *New York: Oxford University Press. Accessed on April, 24, 2014 .*
- Barlow, D. H., Allen, L. B., & Choate, M. L. (2004). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders. *Behavior Therapy .*
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist guide* (D. H. Barlow Ed.). United States America: Oxford University Press, Inc.
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., & Barlow, D. H. (2010). The development of the unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: A case study. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*(1), 102-113 .
- Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2013). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Life time version and clinical manual* (Abolfasl Mohammadi & B. Birashk, Trans.). Tehran: Neevand Publication.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Unified Protocol for the Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Protocol Development and Initial Outcome Data. *Cognitive and Behavioral Practice, 17*, 88-101. doi:10.1016/j.cbpra.2009.06.002
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G., & Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological assessment, 14*(4), 485 .
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Huppert, J. D., Kjernisted, K., Rowan, V., & Schmidt, A. B. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of psychiatry, 162*(1), 151-161 .
- Gallagher, M. W., Bentley, K. H., & Barlow, D. H. (2014). Perceived control and vulnerability to anxiety disorders: A meta-analytic review. *Cognitive therapy and research, 38*(6), 571-584 .

- Glazier, K., Swing, M., & McGinn, L. K. (2015). Half of obsessive-compulsive disorder cases misdiagnosed: vignette-based survey of primary care physicians. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(6), e761-767 .
- Ito, M., Okumura, Y., Horikoshi, M., Kato, N., Oe, Y., Miyamae, M., Hirabayashi, N., Kanie, A., Nakagawa, A., & Ono, Y. (2016). Japan Unified Protocol Clinical Trial for Depressive and Anxiety Disorders (JUNP study): study protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 16(1), 71 .
- Koran, L. M., Thienemann, M. L., & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*, 153(6), 783-788. doi:10.1176.ajp.153.6.783
- Marques, L., LeBlanc, N. J., Weingarden, H. M., Timpano, K. R., Jenike, M., & Wilhelm, S. (2010). Barriers to treatment and service utilization in an internet sample of individuals with obsessive-compulsive symptoms. *Depression and anxiety*, 27(5), 470-475 .
- Mundt, J. C., Marks, I. M., Shear, M. K., & Greist, J. M. (2002). The Work and Social Adjustment Scale: a simple measure of impairment in functioning. *The British Journal of Psychiatry*, 180(5), 461-464. doi:10.1192/bjp.180.5.461
- Norton, P. J., & Barrera, T. L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific CBT for anxiety disorders: A preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and anxiety*, 29(10), 874-882 .
- Pallanti, S. (2008). Transcultural observations of obsessive-compulsive disorder: Am Psychiatric Assoc.
- Reinholt, N., & Krogh, J. (2014). Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis of published outcome studies. *Cognitive Behaviour Therapy*, 43(3), 171-184 .
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A., & Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 28(8), 1310-1325 .
- Ruscio, A. M., Stein, D. J., Chiu, W. T., & Kessler, R. C. (2010). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*, 15(1), 53 .
- Subramaniam, M., Abidin, E., Vaingankar, J. A., & Chong, S. A. (2012). Obsessive-compulsive disorder: prevalence, correlates, help-seeking and quality of life in a multiracial Asian population. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(12), 2035-2043 .
- Wahl, K., Kordon, A., Kuelz, K., Voderholzer, U., Hohagen, F., & Zurowski, B. (2010). Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is still an unrecognised disorder: A study on the recognition of OCD in psychiatric outpatients. *European Psychiatry*, 25(7), 374-377 .