MEJDS. 2019; 9:63.
Published online 2019 Nov. **Research Article**

# Comparison of the effectiveness of Paradoxical Time Table Therapy, Exposure and Response Prevention and pharmacotherapy on Reducing Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Mohammadi Z[1], *Soleimani A[2], Fathi Ashtiani A[3], Ashrafi E[4], Mokhberi K[5]

Author Address
1. PhD Candidate, University of science and culture, Tehran, Iran;
2. Assistant professor, University of science and culture, Tehran, Iran;
3. Professo, Baghiatallah University, Tehran, Iran;
4. Assistant professor, University of science and culture, Tehran, Iran;
5. MD psychiatrist, Tehran, Iran.
***Corresponding Author Email:** alisoleimani42@yahoo.com

**Received:** 2019 July 8; **Accepted:** 2019 October 9

**Abstract**

**Background & Objective**: Obsessive-compulsive disorder is a common psychological disorder that causes severe disruption in personal life. Common treatments for obsessive-compulsive disorder include pharmacotherapy, cognitive therapy, and behavioral therapy. Much experimental evidence suggests that Exposure and Response Prevention (ERP) therapy is at the forefront of the treatments of patients with obsessive-compulsive disorder. Some researchers believe that exposure and Response Prevention therapy requires alternative or complementary approaches. One of the newest of these integrated approaches is the paradoxical time table therapy. An approach that incorporates systemic, behavioral, and analytical aspects into treatment can be an appropriate approach for all disorders, including anxiety and obsessive-compulsive disorder. This study aimed to compare the effectiveness of Paradoxical Time Table Therapy, Exposure and Response Prevention therapy and pharmacotherapy on Reducing Symptoms in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder.

**Methods**: In this research, the single-case experimental method used. The population of the present study was people with OCD who referred to the Aramesh Novin Clinic in Tehran, who had an active case in the spring of 2019. Among these, three patients received exposure and prevention of response therapy; three patients received pharmacotherapy with one of the serotonin reuptake inhibitors, and three patients received paradoxical time table therapy. The sample of this study selected among purposive sampling. Exposure and Response Prevention Therapy consists of 17 sessions presented by Foa, Yadin, and Lichner (2012) for patients with obsessive-compulsive disorder. The paradoxical time table therapy consists of six therapeutic sessions consisting of two basic paradoxical techniques and a time table. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale used for collecting data. Chart analysis, reliable change index, clinical significance and Improvement percentage of paradoxical time table used for data analysis.

**Results**: The results showed that in the paradoxical time table group, considering that the reliability index values were higher than the criterion value of 1. 96, it can be concluded that the results were not due to measurement error and unreliability of the test and they were the result of therapeutic intervention. Notably, a significant amount remained after the intervention, and it indicated that the paradoxical time table therapy maintained its consistency of reducing the symptoms in all three subjects at the follow-up phase. In the first, second, and third subject, the reliability index values were higher than the criterion value of 1. 96, so ERP therapy was effective in reducing OCD. The effectiveness of ERP therapy retained its significant effect on reducing obsessive-compulsive disorder in the follow-up phase for the first, second, and third subjects. In pharmacotherapy, reliability index values indicated that this method has not been effective in reducing the obsessive-compulsive disorder symptoms in these subjects. However, this intervention was effective for subject number 2 and reduced his obsessive-compulsive disorder symptoms initially, but lost its effectiveness in the follow-up phase. Regarding the reliability index and improvement percentage, the paradoxical time table therapy was significantly more effective than the exposure and response prevention therapy and pharmacotherapy in reducing symptoms of obsessive compulsive disorder.

**Conclusion**: Regarding the effectiveness of both paradoxical time table therapy and exposure and response prevention therapy in compare to pharmacotherapy, it can be said both of these approaches can be well target source of obsessive-compulsive disorder the communication between cue and anxiety. Paradoxical time table therapy can have a more significant impact because it increases the power of ego as well as disrupts communication between cue and anxiety, and it changes their meaning well. By the way, pharmacotherapy has a different mechanism of action and cannot target the underlying causes of obsessive-compulsive disorder. This intervention can eliminate the symptoms by the only effect at reducing anxiety. However, once the pharmacotherapy is discontinued, the link between cue and anxiety will return.

**Keywords**: Paradoxical time table therapy, Exposure and response prevention, Obsessive compulsive disorder.

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.123.5 ]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۶۳.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

# مقایسهٔ اثربخشی درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی، درمان مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ و دارودرمانی بر کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری

زهرا محمدی[۱]، *علی سلیمانی[۲]، علی فتحی آشتیانی[۳]، عماد اشرفی[۴]، کامران مخبری[۵]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران؛

۲. استادیار، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران؛

۳. استاد، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج)، تهران، ایران؛

۴. استادیار، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران؛

۵. متخصص اعصاب و روان، تهران، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** alisoleimani42@yahoo.com

**تاریخ دریافت:** ۱۷ تیر۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۷ مهر۱۳۹۸

**چکیده**

**زمینه و هدف:** اختلال وسواسی‌ـ‌اجباری یک اختلال روان‌شناختی رایج است که اختلال شدیدی در زندگی فردی ایجاد می‌کند. از جمله درمان‌های رایج برای اختلال وسواس می‌توان به دارو درمانی، درمان‌های شناختی و درمان‌های رفتاری اشاره نمود. هدف از این مطالعه، مقایسه اثربخشی درمان برنامه زمانی پارادوکسی و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و دارودرمانی بر کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی‌ـ‌اجباری بود.

**روش‌بررسی:** در این پژوهش، از طرح مطالعهٔ تجربی تک‌موردی استفاده شد. جامعهٔ پژوهش را، افراد با تشخیص اختلال وسواس مراجعه‌کننده به کلینیک آرامش نوین در شهر تهران تشکیل دادند که دارای پروندهٔ فعال در ماه‌های بهار ۹۷ بودند. از این افراد، ۳ بیمار درمان مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ، ۳ بیمار درمان با یکی از مهارکننده‌های بازجذب سروتونین و ۳ بیمار درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی دریافت کردند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس شدت وسواس فکری‌ـ عملی ییل‌ـ براون (۱۹۸۹)، استفاده شد. برای تجزیه‌وتحلیل داده، از روش‌های تحلیل نمودار، شاخص تغییر پایا، معناداری بالینی، درصد بهبودی استفاده شد ($\alpha$=۰/۰۵).

**یافته‌ها:** نتایج این مطالعه نشان داد که درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ مقادیر شاخص پایا بیشتر از مقدار ملاک (۱/۹۶) بود که نشان از معناداری این دو درمان داشت ($p<$۰/۰۵). شاخص پایا، معناداری بالینی و درصد بهبود برنامهٔ زمانی پارادوکسی از درمان مواجه و جلوگیری از پاسخ و دارودرمانی در هر سه آزمودنی و در مجموع، بهتر بود.

**نتیجه‌گیری:** براساس یافته‌های این پژوهش درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی، روش مناسب و زودبازدهی برای کاهش علائم وسواس است و می‌تواند به‌عنوان درمان پیشنهادی، استفاده شود.

**کلیدواژه‌ها:** برنامهٔ زمانی پارادوکسی، مواجهه و جلوگیری از پاسخ، وسواس فکری عملی.

**حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی.** این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار‌ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.123.5 ]

## ۱ مقدمه

شناخت آن دسته از اختلال های روانی که تحت عنوان اختلال وسواسی- اجباری[1] مشخص می‌شوند توجه بسیاری از روان‌شناسان و روان‌پزشکان را به خود جلب کرده است (۱). اختلال وسواسی- اجباری، یک اختلال روان‌شناختی رایج است که اختلال شدیدی در زندگی فرد ایجاد می‌کند (۲). در گذشته اختلال وسواسی- اجباری جزء اختلالات اضطرابی به شمار می‌آمد اما اکنون این اختلال در DSM-5 از اختلالات اضطرابی جدا شده است (۳). پیشرفت‌های پژوهشی دررابطه با اضطراب در دهۀ گذشته در اصلاح معیارهای تشخیصی در DSM-5 نقش داشته است. در نسخۀ جدید DSM، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال وسواسی- اجباری، در بخش‌های جداگانۀ «اختلالات مربوط به تروما و استرس» و «اختلالات وسواسی- اجباری» طبقه‌بندی شده‌اند (۴). شیوع بالای این اختلال و نیاز جامعه، مطالعات و پژوهش‌ها را به این سمت هدایت کرده است که همواره به دنبال بررسی روش‌های درمانی‌ای باشند که بتوانند به‌عنوان پیشنهاد به درمان‌گران ارائه نمایند (۵). ازجمله درمان‌های رایج برای اختلال وسواس می‌توان به دارودرمانی، درمان‌های شناختی و درمان‌های رفتاری اشاره نمود. دارودرمانی یکی از روش‌های مداخله ای برای بیماران با اختلال وسواسی- اجباری است که قدمتی چهل ساله دارد. از میان همۀ داروهای سه حلقه‌ای و چهار حلقه‌ای، انتخابی‌ترین دارو از نظر تأثیر بر بازجذب سروتونین در مقایسه با تأثیر بر بازجذب نوراپی‌نفرین، کلومیپرامین است که از این نظر فقط مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین بر آن غلبه دارند (۶). باتوجه به عوارض ناشی از دارو و احتمال عود مجدد پس از ترک دارو، بسیاری از پژوهشگران به سمت روان‌درمانی برای این افراد روی آورده‌اند. در گذشته روش‌های مختلفی توسط درمان‌گران شناختی رفتاری استفاده می‌شد که در مجموع برای افراد مبتلا به وسواس کمتر مدنظر بود. این مسئله تا زمانی بود که روش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ، توسط مهیر، در سال ۱۹۶۶ برای اولین بار به‌عنوان درمان موفقیت آمیز مطرح گردید (به نقل از ۷).

شواهد متعددی نشان می‌دهد که درمان مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ[2]، خط اول درمان افراد مبتلا به وسواس می‌باشد. فوا نشان داده است که ERP، به‌عنوان درمانی شناختی- رفتاری، بیشترین شواهد کاربردی را نشان می‌دهد (۸). مقالات پاب مد و سایک‌اینفو، برای مداخلات تصادفی کنترل‌شده که تا فوریه ۲۰۱۲ منتشر شده است، نشان می‌دهد که درمان ERP و CBT بیشتر از سایر مداخلات استفاده شده و بسیار کارآمد بوده‌اند (۸،۹). علیرغم اثربخشی درمان ERP به‌عنوان مهمترین درمان برای اختلال وسواسی- اجباری، بااین حال شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد باید تأمل بیشتری دررابطه بااستفاده از این روش درمانی نمود. به اعتقاد پژوهشگران، اگرچه ERP، بهترین درمان روان‌شناختی برای OCD می‌باشد، لیکن تحقیقات بیشتری لازم است تا معلوم شود برتری آن نسبت به سایر روش‌ها بیشتر است (۹). فراتحلیل ادی و همکاران بیانگر این است که در ERP، با باقی ماندن بعضی از علائم و رهاکردن درمان توسط بخش نسبتاً قابل‌توجهی از درمان‌جویان مواجه هستیم (۱۰). همچنین برخی شواهد نشان می‌دهد که تشویق بیماران به روبه‌روشدن با موقعیت‌های ترسناک، تشویق حواس‌پرتی در هنگام قرارگرفتن در معرض عوامل اضطراب‌انگیز، ناتوانی در رفع ترس‌های اصلی، عدم کارآیی مجدد ذهنی از جمله مشکلاتی هستند که استفاده از این روش را دشوار می‌سازند (۱۱). شوارتز و همکاران معتقدند که ERP، نیازمند رویکردهای جایگزین و یا مکمل است (۱۲).

یکی از جدیدترین این رویکردهای جایگزین تلفیقی، درمان برنامه زمانی پارادوکسی[3] است. این رویکرد که جنبه‌های سیستمی، رفتاری و تحلیلی را در درمان در نظر می‌گیرد، می‌تواند روش مناسبی برای تمامی اختلالات از جمله اختلالات اضطرابی و وسواس باشد. پارادوکس در فرهنگ روان شناسی، براساس آثار مکتوب، به نظریه‌ها و فعالیت‌های بالینی آدلر، دانلپ و فرانکل باز می‌گردد. دو عنصر اساسی در این درمان وجود دارد که سرعت درمان را تسریع می‌نماید. مؤلفۀ نخست یعنی پارادوکس، به‌معنای تجویز نشانۀ رفتاری یا نشانۀ بیماری است. بررسی هریک از جنبه‌های نظری این درمان، نشان می‌دهد که تأکید بر جنبه‌های سیستمی، رفتاری و تحلیلی می‌توانند به طور مجزا تأثیرات عمده‌ای داشته باشند (۱۳). با این حال ادله‌های استفاده‌شده مبنی‌بر استفاده از این درمان، در مقابل ERP و در مقایسه با دارودرمانی، بیشتر در سطح تئوری است؛ لیکن باتوجه به استدلال‌های یادشده براساس نقاط ضعف ERP و توصیه‌هایی که در مطالعات فراتحلیل و بررسی‌ها و پیشنهادات پژوهشی به‌منظور توسعۀ درمان وسواسی- اجباری صورت گرفته و همچنین با توجه به شواهد ارائه‌شده برای درمان پارادوکسی در بیماران اضطرابی و وسواسی به‌عنوان یک روش تلفیقی جایگزین، لازم است تا در این راستا و در جهت تبیین‌های نظری، شواهد پژوهشی بیشتری برای تعیین خط اول درمان وسواسی- اجباری انجام گیرد؛ بنابراین هدف از این مطالعه، مقایسۀ اثربخشی درمان برنامۀ زمانی پارادوکسی با درمان مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ و دارودرمانی بر کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی‌اجباری بود.

## ۲ روش بررسی

در این پژوهش از طرح مطالعۀ تجربی تک‌موردی[4] استفاده شد. از میان طرح‌های تک‌آزمودنی، در این پژوهش طرح خطوط پایه چندگانه[5] به‌کار رفت. جامعۀ آماری پژوهش حاضر را، افراد با تشخیص اختلال وسواس مراجعه‌کننده به کلینیک آرامش نوین در شهر تهران تشکیل دادند که دارای پروندۀ فعال در ماه‌های بهار ۹۷ بودند. با توجه به طرح پژوهش حاضر، از ۹ مُراجع استفاده شد. از این تعداد ۳ بیمار درمان مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ، ۳ بیمار درمان با یکی از مهارکننده‌های بازجذب سروتونین، ۳ بیمار با درمان برنامۀ زمانی

[1] Obsessive-Compulsive Disorder
[2] Exposure and Response Prevention
[3] Paradoxical Time Table Therapy
[4] Case Research
[5] Multiple Baseline Design



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18 ]
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.123.5 ]

پارادوکسی بودند. نمونهٔ این پژوهش به روش نمونه‌گیری مبتنی‌بر هدف بود. پس از انتخاب ۹ نفر نیز، افراد به‌طور تصادفی در سه گروه سه نفره قرار گرفتند. بیماران واجد شرایط که توسط روان‌پزشک تشخیص اختلال وسواسی‌ـ اجباری گرفته بودند به درمانگر ارجاع داده شدند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از ابزار زیر استفاده شد:

ـ مقیاس شدت وسواس فکری‌ـ عملی ییل‌ـ براون (YBOCS): این مقیاس در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و ۱۰ ماه دارد که پنج ماده آن متمرکز بر وسواس‌های فکری و ۵ ماده متمرکز بر وسواس‌های عملی است (۱۴). این پرسشنامه به صورت مقیاس ۰ تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود و کمترین نمره در آن ۰ و بالاترین نمره در این مقیاس ۴۰ می‌باشد. نتایج بررسی این ابزار روی ۴۰ بیمار نشان می‌دهد که آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۸۹ است. همچنین روایی این ابزار نشان می‌دهد که می‌تواند در ۹۵ درصد موارد بین افراد با اختلال وسواس و افراد عادی افتراق ایجاد نماید (۱۴). در ایران پایایی بین مصاحبه‌کنندگان برای این مقیاس (r=۰/۹۸)، ضریب همسانی درونی آن (r=۰/۸۹) و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته (r=۰/۸۴) گزارش شده است. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسشنامهٔ افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون به ترتیب r ۰/۶۴ = و r=۰/۵۹ به دست آمد (۱۴). در ایران راجزی و همکاران این ابزار را روی ۱۴۰ بیمار بررسی نموده و آلفای کرونباخ آن را ۰/۹۵ گزارش کردند. همچنین روایی این ابزار با پرسشنامه SCL-90 بررسی و همبستگی معناداری را نشان داد (۱۵).

ـ درمان مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ: این روش درمانی مشتمل بر ۱۷ جلسه است که توسط فوا و همکاران برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس‌ـ اجباری ارائه شده است (۸). در ادامه محتوای جلسات و همچنین تکالیف هر جلسه آورده شده است.

جدول ۱ ـ خلاصه جلسات درمانی

| جلسات | هدف و محتوای جلسات | تکلیف |
|---|---|---|
| اول | معرفی و آشنایی اولیه، جمع‌آوری اطلاعات، یادگیری منطق درمان، درک برنامهٔ درمانی و معرفی خودنظارت‌گری | کاربرگ‌های خودنظارت‌گری، مرور واقعیت‌های اختلال وسواسی‌ـ اجباری، آمادگی دردسترس بودن برای تماس تلفنی |
| دوم | مرور خودنظارت‌گری، مرور مدل اختلال وسواسی‌ـ اجباری و بحث دربارهٔ منطق درمان، تهیهٔ سلسله مراتب مواجهه‌ها | پر نمودن کاربرگ‌های خودنظارت‌گری، مرور درمان مواجهه و پاسخ برای اختلال وسواسی‌ـ اجباری، آمادگی دردسترس بودن برای تماس تلفنی |
| سوم | مرور خودنظارت‌گری، اجرای مواجههٔ واقعی، آموزش خودمواجهه‌ای | پر کردن کاربرگ‌های خودنظارت‌گری، مطالعهٔ قوانین بیمار برای جلوگیری از آیین، تمرین تکالیف مواجههٔ واقعی، یادداشت کاربرگ ثبت مواجهه |
| چهارم | مرور خودنظارت‌گری و تکلیف مواجهه، معرفی و اجرای مواجههٔ تصویری، اجرای مواجههٔ واقعی، آموزش‌هایی برای خودمواجهه‌ای | پر کردن کاربرگ‌های خودنظارت‌گری، گوش‌کردن به مواجههٔ تصوری، تمرین مواجههٔ واقعی تعیین‌شده طی جلسه |
| پنجم تا شانزدهم | مرور خودنظارت‌گری و تکلیف مواجهه، اجرای مواجههٔ واقعی یا تصوری، ملاقات خانگی، مرور پیشروی، پرداختن به جلوگیری از عود | پر کردن کاربرگ‌های خودنظارت‌گری، گوش‌دادن به مواجههٔ تصوری، انجام مواجهه‌های واقعی تعیین‌شده |
| جلسهٔ هفدهم | مرور پیشروی، آمادگی برای بازگشت به رفتار طبیعی، پرداختن به جلوگیری از عود، برنامه‌ریزی تماس‌های تلفنی پیگیری، اتمام مداخله | تأکید بر انجام دوره‌ای تکالیف و در صورت نیاز آمادگی جهت تماس‌های پیگیری |

ـ درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی‌ـ در این مطالعه پروتکل از مبنای نظری در چهارچوب مدل‌های نظری متفاوت، از تکنیک‌های تکرار انبوه، سیری محرکه، غرقه‌سازی تجسمی و عینی در رفتاردرمانی، تا باز چهارچوب‌دهی در شناخت درمانی، قصد پارادوکسی در معنادرمانی و تحمیل تغییر به خانواده در مشقت درمانی اقتباس شده است (۱۳). در ادامهٔ خلاصهٔ جلسات آموزشی در جدول ۲ گزارش شده است.

درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی شامل شش‌جلسهٔ درمانی است. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش‌های تحلیل نمودار، شاخص تغییر پایا، معناداری بالینی، درصد بهبودی در سطح معناداری α=۰/۰۵ استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS تحلیل شد. به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی فرم رضایت‌نامهٔ کتبی توسط تمامی افراد پر گردید. همچنین در ابتدا هدف از اجرای آزمون صادقانه و به دور از ابهام توسط درمانگر توضیح داده شد و افراد برای خروج از مطالعه در هر زمانی که مایل به کناره‌گیری بودند اختیار کامل داشتند. در نهایت برای افراد گروه دارودرمانی با تمایل شخصی روان‌درمانی برگزار شد.



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18 ]

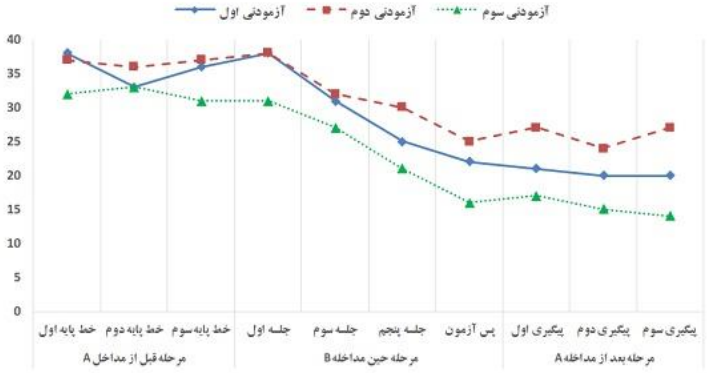
[ DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.123.5 ]

جدول ۲. خلاصهٔ جلسات درمانی برنامهٔ زمانی پارادوکسی

| جلسات | هدف و محتوای جلسات | تکلیف |
|---|---|---|
| اول | معارفه و برقراری ارتباط اولیه، بیان اهداف مداخله و تعداد جلسات، مرور مختصر چهارچوب کلی جلسات، مقدماتی دربارهٔ تاریخچه درمانِ برنامهٔ زمانی پارادوکسی و اصول اصلی آن. اجرای پیش‌آزمون | هدف‌های مورد نظر خود را از درمان، و اینکه چه می‌خواهید و برای به‌دست‌آوردن آن چه می‌کنید؟ را نوشته و بیاورید. پاسخ به پرسشنامه‌های پژوهش |
| دوم | طرح‌ریزی پلان درمان، استفاده از تکنیک مکانیسم اول، دستورسازی و مصنوعی‌سازی | انجام تمرین‌های دستوری، بازسازی و تجربه نشانه‌های بیماری در وقت‌های ازپیش‌تعیین‌شده |
| سوم | گسترش تمرین‌های پارداوکسی، پیگیری انجام تکالیف جلسهٔ قبل، بررسی میزان عملیاتی‌کردن بازسازی و تجربه‌کردن مشکلات | تعیین تعدادی وقت سه نوبت در روز برای انجام تمرین‌های برنامهٔ زمانی پارادوکسی در زمان‌های مشخص‌شده |
| چهارم | تمرکز بر مکانیسم دوم؛ قطع رابطهٔ نشانه و اضطراب تاایجاد مکانیسم سوم، تغییر نشانه‌ها برای شخص بیمار و سیستمی که او را در برگرفته است | ادامهٔ تکالیف و انجام برنامهٔ زمانی پارادوکسی در زمان‌های مشخص‌شده |
| پنجم | استفاده از مکانیسم چهارم؛ استحکام من، کمک به تعارضات با برنامهٔ پارادوکسی با تشخیص قطع رابطهٔ نشانه‌ها و اضطراب | ادامهٔ تکالیف و انجام برنامهٔ زمانی پارادوکسی در زمان‌های مشخص‌شده |
| ششم | پیگیری تکالیف، جمع‌بندی تمامی جلسات، پاسخ به پرسش‌ها و خاتمهٔ جلسات با اجرای آزمون‌ها (پس‌آزمون) | انجام پرسشنامه‌ها در قالب پس‌آزمون |

## ۳ یافته‌ها

سن شرکت‌کنندگان گروه درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی بین ۲۵ تا ۳۴ سال قرار داشته و میانگین سن آن‌ها ۳/۲۱±۳۰/۳۳ بود. سن مراجعین گروه مواجهه و جلوگیری از پاسخ بین ۲۷ تا ۳۶ سال قرار داشت و میانگین سن آن‌ها ۲/۸۹±۳۱/۳۳ سال بود. سن افراد گروه درمان دارویی نیز بین ۲۵ تا ۳۳ سال و میانگین سن آن‌ها ۳/۱۲±۳۰/۳۳ سال بود. در مجموع، سن شرکت‌کنندگان بین ۲۵ تا ۳۶ سال و میانگین و انحراف‌معیار سن آن‌ها ۴/۰۳±۳۰/۶۶ سال بود. در نمودار ۱ تا ۳ روند مربوط به نمرات وسواسی اجباری در مراحل قبل از مداخله، حین مداخله و بعد از مداخله برای سه گروه به تفکیک گزارش شده است.



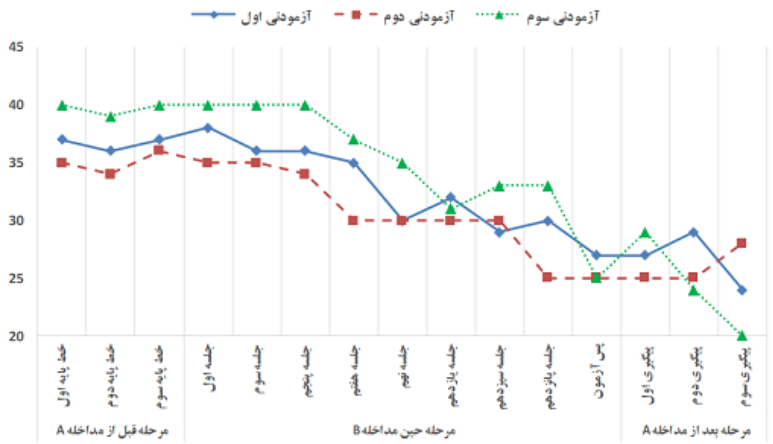

نمودار ۱. سیر نمرات علائم برای آزمودنی‌ها در گروه برنامهٔ زمانی پارادوکسی (PTC)

به‌منظور بررسی معناداری مداخلات با توجه به اینکه روش مطالعه از نوع مطالعهٔ موردی بوده و امکان استفاده از شاخص‌های پارامتریک برای تحلیل نبود؛ بهترین روش برای بررسی معناداری فرضیه و اثربخشی مداخلات روش جاکوبسن و تراکس به نظر می‌رسید. در این تحلیل ابتدا شاخص تغییر پایدار و سپس نقطه برش برای بررسی معناداری آن استفاده شد. نتایج به دست آمده در جدول ۳ گزارش شده است.

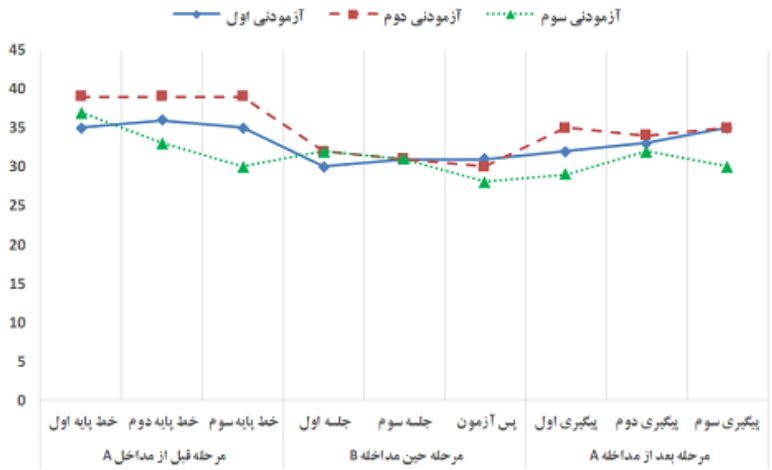


[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.123.5 ]




نمودار ۲. سیر نمرات علائم برای آزمودنی‌ها در گروه مواجهه و جلوگیری از پاسخ (ERP)




نمودار ۳. سیر نمرات علائم برای آزمودنی‌ها در گروه دارودرمانی

جدول۳. مقایسهٔ اثربخشی مداخلات در کاهش علائم بر حسب شاخص پایا و درصد بهبودی

| نوع درمان | مراحل ارزیابی | آزمودنی شماره ۱ | آزمودنی شماره ۲ | آزمودنی شماره ۳ |
|---|---|---|---|---|
| برنامه زمانی یارادوکسی | متوسط پیش‌آزمون | ۳۵/۶۷ | ۳۶/۶۷ | ۳۲ |
| | پس‌آزمون | ۲۲ | ۲۵ | ۱۶ |
| | خطای معیار اندازه‌گیری | ۲/۱۸ | ۲/۱۸ | ۲/۱۸ |
| | تفاوت پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون | ۱۳/۶۷ | ۱۱/۶۷ | ۱۶ |
| | شاخص تغییر پایا*پس‌آزمون | ـ۴/۴۲ | ـ۳/۷۸ | ـ۵/۱۸ |
| | درصد بهبودی پس از مداخله | ۳۸٪ | ۳۱٪ | ۵۰٪ |
| | متوسط پیگیری | ۲۰/۳۳ | ۲۶ | ۱۵/۳۳ |
| | تفاوت پیش‌آزمون ـ پیگیری | ۱۵/۳۴ | ۱۰/۶۷ | ۱۶/۶۷ |
| | شاخص تغییر پایا*پیگیری | ـ۴/۹۷ | ـ۳/۴۵ | ـ۵/۴۰ |
| | درصد بهبودی ۲ ماه پس از مداخله | ۴۳٪ | ۲۹٪ | ۵۲٪ |



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.123.5 ]

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ | متوسط پیش‌آزمون | ۳۶/۶۷ | ۳۵ | ۳۹/۶۷ |
| | پس‌آزمون | ۲۷ | ۲۵ | ۲۵ |
| | خطای معیار اندازه‌گیری | ۲/۸۸ | ۳/۲۴ | ۲/۸۸ |
| | تفاوت پیش‌آزمون- پس‌آزمون | ۹/۶۷ | ۱۰ | ۱۴/۶۷ |
| | شاخص تغییر پایا*پس‌آزمون | -۳/۱۳ | -۳/۲۴ | -۴/۷۵۳ |
| | درصد بهبودی پس از مداخله | ۲۶٪ | ۲۶٪ | ۳۶٪ |
| | متوسط پیگیری | ۲۶/۶۷ | ۲۶ | ۲۴/۳۳ |
| | تفاوت پیش‌آزمون- پیگیری | ۱۰ | ۹ | ۱۵/۳۴ |
| | شاخص تغییر پایا*پیگیری | -۳/۲۴ | -۲/۹۱ | -۴/۹۷ |
| | درصد بهبودی ۲ ماه پس از مداخله | ۲۷٪ | ۲۵٪ | ۳۸٪ |
| دارودرمانی | متوسط پیش‌آزمون | ۳۵/۳۳ | ۳۹ | ۳۳/۳۳ |
| | پس‌آزمون | ۳۱ | ۳۰ | ۲۸ |
| | خطای معیار اندازه‌گیری | ۲/۸۸ | ۲/۸۸ | ۲/۸۸ |
| | تفاوت پیش‌آزمون- پس‌آزمون | ۴/۳۳ | ۹ | ۵/۳۳ |
| | شاخص تغییر پایا*پس‌آزمون | -۱/۴۰ | -۲/۹۱ | -۱/۷۲ |
| | درصد بهبودی پس از مداخله | ۱۲٪ | ۲۳٪ | ۱۵٪ |
| | متوسط پیگیری | ۳۳/۳۳ | ۳۴/۶۷ | ۳۰/۳۳ |
| | تفاوت پیش‌آزمون- پیگیری | ۲ | ۴/۳۳ | ۸ |
| | شاخص تغییر پایا*پیگیری | -۰/۶۴۸ | -۱/۴۰ | -۰/۹۷۲ |
| | درصد بهبودی ۲ ماه پس از مداخله | ۳۵/۳۳ | ۳۹ | ۳۳/۳۳ |

همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود در گروه برنامهٔ زمانی پارادوکسی با توجه به اینکه مقادیر شاخص پایا از مقدار ملاک یعنی ۱/۹۶ بالاتر بود، می‌توان گفت نتایج به‌دست‌آمده ناشی از خطای اندازه‌گیری و عدم پایایی آزمون نبوده و حاصل مداخلهٔ درمانی است. قابل توجه است که مقدار معناداری پس از مداخله نیز باقی‌مانده و این بیانگر آن است که در مرحلهٔ پیگیری برنامهٔ زمانی پارادوکسی در هر سه آزمودنی ثبات تأثیر خود را بر کاهش علائم بیماران حفظ نمود. در آزمودنی اول، دوم و سوم از مقدار ملاک یعنی ۱/۹۶ بالاتر است؛ بنابراین درمان ERP برای کاهش وسواس فکری عملی اثربخش بوده است. اثربخشی درمان ERP برای آزمودنی اول، دوم و سوم در مرحلهٔ پیگیری معناداری خود را بر کاهش وسواس فکری عملی حفظ نمود. در دارودرمانی مقادیر شاخص پایا نشان می‌دهد که این روش برای کاهش وسواس فکری عملی این آزمودنی‌ها اثربخش نبود. البته این مداخله برای آزمودنی ۲ جهت کاهش وسواس فکری عملی در ابتدا اثربخش بوده اما در مرحلهٔ پیگیری اثر خود را از دست داد.

## ۴ بحث

هدف از مطالعهٔ حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و دارودرمانی بر کاهش علائم بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بود. نتایج به‌دست‌آمده نشان داد درمان‌های PTC و ERP در کاهش علایم اختلال وسواسی اجباری، با توجه به شاخص پایا، معنادارند. همچنین میزان اثربخشی درمان پارادوکسی، در مرحلهٔ پیگیری، برای آزمودنی‌ها، ۱ درصد افزایش داشته است این در حالی است که در درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، میزان وسواس فکری- عملی ثابت مانده است. دارودرمانی نیز به‌طورکلی در مرحلهٔ قبل از مداخله، اثربخش بوده است اما پس از درمان و در مرحلهٔ پیگیری، میزان اثربخشی غیرمعنادار است. در همین راستا، به اعتقاد خورشید (۱۷) درمان پارادوکسی، می‌تواند باعث بهبود بیماران سرپایی روان‌پزشکی شود. همچنین براساس این مطالعه، درمان پارادوکسیکال روش سودمندی برای افراد با اختلال اضطراب و افسردگی است. شاد و همکاران (۱۸) بر این باورند که درمان پارادوکسیکال هنگامی که با تمرین آرامش همراه می‌شود، در پایان جلسهٔ سوم می‌تواند علائم وسواس را کاهش دهد. هرچند در روش برنامهٔ زمانی چهار مکانیسم اثر وجود دارد که می‌تواند نسبت به سایر درمان‌های پاردوکسیکال که بیشتر مبتنی‌بر یک مکانیسم اثرند، سودمندتر باشد؛ با این حال مبانی



[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.123.5 ]

زیربنایی هر دو گروه درمانی نشان می‌دهد که این روش بسیار قدرتمند است، به‌طوری‌که بنابه گفته شاد و همکاران (۱۸)، در کوتاه‌ترین زمان، می‌تواند کاهش علائم را در بیماران وسواسی نشان دهد.

در رابطه با تأثیر درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، هرچند این روش نسبت به برنامهٔ زمانی پاردوکسی تأثیر کمتری داشته اما در هر سه آزمودنی توانسته است به‌طور معناداری باعث کاهش علائم‌شان گردد. گیلیهان و همکاران (۱۱) نشان داده‌اند که تشویق بیماران برای روبه‌رو شدن با موقعیت‌های ترسناک، قرارگرفتن در معرض تصور، تشویق حواس‌پرتی در هنگام قرارگرفتن در معرض تصورات وسواسی و سرآخر ناتوانی در پاسخ به ترس، در درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، می‌تواند نتایج سودمندی برای کاهش علائم بیماران وسواسی به همراه داشته باشد. مانسبو و همکاران (۱۹) نشان دادند مواجهه‌درمانی و جلوگیری از پاسخ باعث کاهش علائم در مقیاس وسواس ییل- براون شده است. همچنین درمان پیگیری سه‌ماهه نیز اثربخش بوده است. بااین‌حال برخی از پژوهشگران از جمله فیشر و والس (۱۰)، ادی و همکاران (۲۰) و شوارتز و همکاران (۱۲) معتقدند که این رویکرد درمانی نمی‌تواند پایا و ماندگاری لازم را داشته باشد. همچنین آن‌ها تأکید دارند که درمان‌های دیگری نیز وجود دارند که می‌توانند سودمندی بیشتری را نشان دهند. همسو با گفته‌های پژوهشگران اخیر یافته‌های این مطالعه نیز نشان می‌دهد که درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی ماندگاری بیشتر داشته و همچنین مقدار تأثیرگذاری آن بر آزمودنی‌ها بیشتر است.

در رابطه با اثربخش‌بودن درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی نسبت به ERP، به نظر می‌رسد در این قسمت بین درمان مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ با درمان پارادوکسی تفاوت‌هایی وجود دارد که این تفاوت‌ها می‌تواند تأثیرات مختلفی را داشته باشد. هرچند که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ باعث کاهش شده است اما به نظر می‌رسد معنای نشانه و اضطراب را به خوبی نمی‌تواند حل و فصل نماید (۱۱). در واقع در درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، اجباری وجود دارد که قدرت و توانایی فرد را برای حل و فصل موضوع کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد دستوری‌بودن مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ، فرد را وابسته به درمانگر نموده و وی احساس می‌کند در فرایند مداخلات این توانایی را ندارد، این امر نمی‌تواند به درستی ایگو فرد را پرورش دهد (۱۰). شاید به همین دلیل است که در برخی از آزمودنی‌ها در مرحلهٔ پیگیری، درمان، اثربخشی خود را به مرور کاهش داده است. به نظر می‌رسد در درمان پارادوکسیکال، عدم تحملی و تجویز نشانه و مصنوعی‌سازی باعث می‌شود بیمار همه‌چیز را به‌صورت عادی تجربه نموده بدون اینکه تلاشی نماید تا اضطراب خود را تحمل کند، آن‌را بپذیرد یا آن را کاهش دهد (۱۳). در واقع در درمان پارادوکسیکال، بیمار اضطراب را تجربه می‌کند و ممانعتی برای وی پس از انجام اعمال وسواسی وجود ندارد. بازی کردن و مصنوعی‌سازی، به او این امکان را می‌دهد تا درمان را، نشانه و علائم را، خیلی عجیب تلقی ننماید. فرض این نوع مداخله، این است که تلاش بیمار برای کاهش نشانه‌ها و حتی پذیرش و مقاومت برای آن نمی‌تواند درک عمیق برای معنای نشانهٔ اضطراب ایجاد کند. این عدم ایجاد درک عمیق باعث عود مجدد یا قطع موقتی آن می‌شود (۱۳). همچنین در درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، در هر سه بیمار این احساس وجود داشت که بدون درمانگر نمی‌توانند از پس مقابله با اضطراب و عدم انجام رفتار وسواسی بر بیایند؛ این در حالی است که در درمان پارادوکسیکال، به‌ویژه در آزمودنی دوم و سوم، فرد پس از مداخلهٔ احساس توانمندی بیشتری می‌نمود. همان‌طور که مشخص است تأکید درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی بر استحکام من، نقطهٔ قوتی است که باعث شده تا بیماران بهتر بتوانند با مشکل وسواس فکری عملی علائم وابسته آن، کنار بیایند.

## ۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی می‌تواند نتایج سودمندی نسبت به درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ داشته باشد. در رابطه با اثربخشی بیشتر، هردو درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی و همچنین مواجهه و جلوگیری از پاسخ درمقایسه با دارودرمانی، می‌توانند به نوعی مبدأ و منشأ شکل‌گیری اختلال وسواس فکری- اجباری، یعنی ارتباط بین نشانه و اضطراب را هدف قرار دهند. با توجه به اینکه درمان برنامهٔ زمانی پارادوکسی، باعث افزایش توانمندی ایگو و قطع ارتباط بیشتر نشانهٔ اضطراب می‌شود و معنای آن را به خوبی تغییر می‌دهد، می‌تواند اثر بیشتری نیز داشته باشد. همچنین دارودرمانی، مکانیسم اثر متفاوتی داشته و نمی‌تواند دلایل زیربنایی بروز اختلال وسواسی اجباری را، هدف گیرد. این روش مداخله تنها با تأثیر بر کاهش اضطراب است که می‌تواند علائم را حذف نماید. این در حالی است که با قطع دارو مجدداً پیوند بین نشانه و اضطراب بازمی‌گردد.

## ۶ تضاد منافع

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکترای روان‌شناسی بالینی است و هیچگونه تضاد منافعی با سازمان‌ها و اشخاص دیگری ندارد و همچنین پیش از انجام این پژوهش، فرم رضایت‌نامهٔ کتبی از افراد حاضر در طرح گرفته شد و با رضایت آنان، این پژوهش اجرا گردید.

## References


1. Fornés-Romero G, Belloch A. Induced not just right and incompleteness experiences in OCD patients and non-clinical individuals: An in vivo study. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2017;57:103-12. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2017.05.001
2. Meier SM, Mattheisen M, Mors O ,Schendel DE, Mortensen PB, Plessen KJ. Mortality among persons with obsessive-compulsive disorder in Denmark. JAMA psychiatry. 2016;73 (3) :268-74. doi:10.1001/jamapsychiatry.2015.3105




[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.123.5 ]

3. Humble MB. Obsessive-compulsive disorder, serotonin and oxytocin: treatment response and side effects [Doctoral thesis in Psychiatry]. Örebro: Örebro university; 2016.
4. Bystritsky A, Khalsa SS, Cameron ME, Schiffman J. Current diagnosis and treatment of anxiety disorders. Pharmacy and Therapeutics. 2013;38 (1):30.
5. Asnaani A, Kaczkurkin AN, Alpert E, McLean CP, Simpson HB, Foa EB. The effect of treatment on quality of life and functioning in OCD. Comprehensive psychiatry. 2017;73:7-14. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2016.10.004
6. Pittenger C, Bloch MH. Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. Psychiatric Clinics. 2014;37 (3) :375-91. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.006
7. Rodriguez-Romaguera J, Greenberg BD, Rasmussen SA, Quirk GJ. An avoidance-based rodent model of exposure with response prevention therapy for obsessive-compulsive disorder. Biological psychiatry. 2016;80 (7) : 534-40. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2016.02.012
8. Foa EB. Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. Dialogues in Clinical Neuroscience. 2010;12 (2):199-207.
9. Ponniah K, Magiati I, Hollon SD. An update on the efficacy of psychological treatments for obsessive–compulsive disorder in adults. Journal of obsessive-compulsive and related disorders. 2013;2 (2) :207-18. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2013.02.005
10. Fisher PL, Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive–compulsive disorder? A clinical significance analysis. Behaviour research and therapy. 2005;43 (12) :1543-58. https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.11.007
11. Gillihan SJ, Williams MT, Malcoun E, Yadin E, Foa EB. Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. Journal of obsessive-compulsive and related disorders. 2012;1 (4) :251-7. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2012.05.002
12. Schwartze D, Barkowski S, Burlingame G, Strauss B, Rosendahl J. Efficacy of group psychotherapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2016;10:49-61. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.05.001
13. Besharat MA. Evaluating the effectiveness of paradox therapy for the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case study. Psychological Studies. 2012; 14 (4): 7-36. [Persian]
14. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. Archives of general psychiatry. 1989;46 (11) :1006-11. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110048007
15. Rajezi Esfahani S, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahiredin A, Janbozorgi M. Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). IJPCP. 2012; 17 (4):297-303.[Persian] doi: 10.22051/PSY.2019.23631.1801
16. Jacobson NS, Truax P. Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. Journal of consulting and clinical psychology. 1991;59 (1):12-19. https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12
17. Khurshid KA. Paradoxical Therapy-The Use of Client Based Strengths to Alleviate Distress and Empower them. Journal of Psychology & Psychotherapy. 2014; 4 (4):1. [Persian]
18. Schad J, Lewis MW, Raisch S, Smith WK. Paradox research in management science: Looking back to move forward. The Academy of Management Annals. 2016;10 (1):5-64. https://doi.org/10.1080/19416520.2016.1162422
19. Mancebo MC, Steketee G, Muroff J, Rasmussen S, Zlotnick C. Behavioral therapy teams for adults with OCD in a community mental health center: An open trial. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2017;13:18-23. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2017.03.002
20. Eddy KT, Dutra L, Bradley R, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. Clinical psychology review. 2004 Dec 1;24(8):1011-30. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.08.004

[ Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-18 ]

[ DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.123.5 ]