مقاله پژوهشی
Original Article

مقایسهٔ اثربخشی روش‌های درمان شناختی و مواجهه‌ای بر اختلال وسواس فکری - عملی

حسین قمری‌گیوی[۱]، محمد نریمانی[۲]، *هیوا محمودی[۳]

Comparing the Efficacy of Cognitive and Exposure Therapy Methods in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder

*Ghamarigivi H.[1], Narimani M.[2], * Mahmoodi H.[3]*

مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۳، شماره ۳، زمستان ۱۳۹۲، ۹-۱

پذیرش: ۱۳۹۲/۱۰/۲۲

MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 1-9

Accepted: 12/1/2014

چکیده

هدف: پژوهش حاضر به مقایسهٔ اثربخشی روش‌های درمان‌شناختی و مواجهه‌ای بر اختلال وسواس فکری- عملی پرداخته است.

روش‌بررسی: این تحقیق آزمایشی و از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی مراجعه‌کننده به مراکز بالینی شهرستان‌های سقز و بوکان با دامنهٔ سنی ۴۰-۲۰ سال بودند. نمونهٔ آماری این تحقیق شامل ۴۵ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، با روش انتصاب تصادفی، انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامهٔ مادسلی و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA) و آزمون تعقیبی کمترین تفاوت معنادار (LSD) استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان شناختی و مواجهه‌ای به‌طور معناداری بر بهبود انواع وارسی‌کردن، شستشو، کندی و شک وسواسی در مقایسه با گروه کنترل اثربخش بوده‌اند ($p\leq$۰/۰۱).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی ویتال در مقایسه با درمان مواجهه‌ای در درمان انواع وسواس‌ها تأثیرات بیشتری دارد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی، مواجهه‌درمانی، وسواس فکری- عملی.

Abstract

Objective: The aim of this study was to compare the efficacy of Cognitive and Exposure therapies in the treatment of obsessive-compulsive disorder (OCD).

Methods: An experimental study was conducted through pre-test, post-test methods, using a control group. The statistical population of the study included all 20-40 year old OCD patients visiting clinical centers in Saghez and Boukan. Forty five patients with OCD were randomly selected from this population as samples. The experimental group underwent both cognitive and exposure therapies. The control group did not receive any kind of therapy. Data gathering was done with the Madsly questionnaire for OCD. Data analysis was done using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and the least significant difference (LSD) test to compare scores differences between pretest and posttest variables in the experimental and control groups.

Results: Findings showed that cognitive and exposure therapies had significant impacts on improving obsession, checking out, washing, slowness and obsessive doubts in comparison to the control group (p<0.01).

Conclusion: The results showed that Whittle's Cognitive therapy had greater impact on reducing obsessions as compared to Exposure therapy.

Keywords: Cognitive Therapy, Exposure Therapy, Obsessive-Compulsive Disorder

۱. دکترای تخصصی مشاوره، دانشیار گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، ایران؛ ۲. دکترای تخصصی روانشناسی، استاد گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، ایران؛ ۳. دانشجوی دکترای تخصصی روانشناسی، گروه روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، ایران؛ ***آدرس نویسندهٔ مسئول:** کردستان، سقز، خ دانشگاه، ساختمان مقابل دبیرستان شهید آوینی، طبقهٔ همکف. کدپستی: ۶۶۸۱۴۱۹۳۶۳. *تلفن: ۰۹۱۸۱۸۴۰۷۲۶، *رایانامه: hiva_6@yahoo.com

1. Associate Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardebili, Ardebil, Iran; 2. PhD, Professor of Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardebili, Ardebil, Iran; 3. PhD Student of Psychology, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardebili, Ardebil, Iran. ***Corresponding Author's Address:** Ground Floor, Opp High School Avini, University Avenue, Saghez, Kordestan, Iran. [Zip Code 6681419363]. *Tel: 09181840726 *Email: hiva_6@yahoo.com

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.7.3]

مقدمه

اختلال وسواسی[1] با وسواس‌ها[2] و اجبارهایی[3] مشخص می‌شود که ایجاد پریشانی کرده و اغلب در عملکرد روزانه ایجاد تداخل می‌کند. وسواس‌ها، افکار، تجسم‌ها یا تکانه‌هایی هستند که برای شخص بی‌معنی به‌نظر می‌رسند. اجبارها یا تشریفات، رفتارهای تکراری عمدی یا اعمال ذهنی هستند که در پاسخ به وسواس‌های فکری به‌وقوع می‌پیوندند. اغلب فعالیت‌های تشریفاتی (از قبیل شستشو جهت از بین‌بردن آلودگی و وارسی که ترس‌های مربوط به وقوع یک حادثهٔ ترسناک را پایان می‌دهند) به‌طور مستقیم به تشویش وسواسی مربوط می‌شوند (۱). جمع کردن یا نگهداری افراطی[4] اشیاء نیز نوعی از تشریفات است که جهت جلوگیری از فقدان احتمالی اشیاء یا اطلاعات مهم صورت می‌گیرد. اشیاء ذخیره شده اغلب شامل اطلاعات نوشتاری (روزنامه، مجله، اسناد و قبوض) است. نوع دیگر رفتار تشریفاتی، شمردن مکرر[5] است. سایر اشکال رفتارهای اجباری شامل درخواست مکرر برای اطمینان مجدد گرفتن از افراد یا اعضای خانواده، مثلاً کنترل بیش از اندازه جهت حصول اطمینان از سلامت کودک است (۲). شیوع اختلال وسواس در جمعیت کلی را ۰/۵ درصد اعلام کرده‌اند؛ اما مطالعات همه‌گیرشناسی شیوع آن را ۲/۵ درصد نشان داده است. وسواس، مردان و زنان را تقریباً به یک اندازه مبتلا می‌کند. به‌طور معمول سن شروع اختلال اواخر نوجوانی یا اوایل بیست سالگی است (۳). برای درمان این اختلال، روش‌های گوناگونی از جمله دارو درمانی، خانواده درمانی، گروه درمانی، درمان با شوک الکتریکی، رفتار درمانی و شناختی- رفتاری صورت گرفته است. اخیراً روش‌های شناختی نیز در درمان وسواس فکری-عملی مورد توجه قرار گرفته‌اند که دال بر دخالت اجزای شناختی در این اختلال است (۴). نظریه‌پردازان شناختی معتقدند که افراد وسواسی در توانایی برای سازمان‌دادن و یکپارچه‌ساختن اطلاعات مشکل دارند. آن‌ها در پاسخ به قراین هیجانی و پردازش آن‌ها دچار مشکلات و ناراحتی بیش از انتظار می‌شوند و افکار مزاحم را به گونه‌ای سوء تفسیر می‌کنند که به‌صورت وسواس‌های فکری در می‌آیند. یکی از تبیین‌های شناختی وسواس این است که علت دچارشدن افراد به وسواس، انتظار غیرمعمول و بیش از حد در مورد افکار منفی است (مثلاً فکر می‌کنند که بر اثر دست‌زدن به ظرف زباله، مریض می‌شوند و می‌میرند). به‌علاوه، پی‌آمدهای منفی اعمال مختلف را بیش‌انگاری می‌کنند (مثلاً اگر موقع رانندگی دست‌اندازی احساس کنند یا چرخ ماشین به چیزی برخورد نماید، فکر می‌کنند به کسی زده‌اند) (۵). عده‌ای از نظریه‌پردازان شناختی معتقدند افکار ناخواسته و مزاحم معمولی زمانی به افکار وسواسی تبدیل می‌شوند که فرد، این مزاحمت و ناخواستگی را آسیب‌زا و زیان‌بار ارزیابی کند و خود را مسئول این آسیب و زیان بداند. بر این اساس، درمان بر شناسایی و اصلاح منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس مسئولیت افراطی، افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز می‌شود (۶). همچنین پژوهشی با عنوان درمان شناختی افکار وسواسی نشان داد که ابعاد کلیدی روش شناختی، از قبیل مسئولیت‌پذیری، اهمیت بیش از حد به افکار و کنترل افکار در کاهش افکار وسواسی مؤثرند (۷). بلوچ و کابدو (۲۰۱۰) تحقیقی را با عنوان شناخت درمانی برای افکار وسواسی خودبه‌خودی بعد از یکسال پیگیری انجام دادند. نتایج نشان داد که درمان شناختی روی کاهش افکار خودبه‌خودی تأثیر قابل توجهی داشته است (۸). همچنین انجمن روانشناسی آمریکا (۲۰۰۰) نشان داد که درمان رفتاری «رویارویی و بازداری از پاسخ»[6] از درمان‌های تثبیت‌شده برای اختلال وسواسی- اجباری به‌شمار می‌رود. متغیرهای دخیل در درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ عبارتند از: ۱. مواجههٔ واقعی[7]: قراردادن بیمار درموقعیت‌های زندگی واقعی که در آن شرایط گرفتار اضطراب و تشویش می‌شد و رفتارهای وسواسی او را راه

1. Obsessive - compulsive disorder
2. Obsessive
3. Compulsive
4. Hoarding
5. Repeated counting

6. Exposoure and Response Prevention
7. In vivo exposure

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.7.3]

می‌انداخت؛ ۲. جلوگیری از پاسخ[1]: جلوگیری‌کردن از اجرای رفتارهای وسواسی؛ ۳. مواجههٔ خیالی: این روش بیشتر هنگامی به کار می‌رود که نتوان بیمار را در موقعیت واقعی زندگی قرار داد (۳) و بر اساس تجربهٔ بالینی فوا و همکارانش (۲۰۰۰) مواجههٔ خیالی برای بیماران وسواسی مفید است، چون فرصتی را برای بیمار به وجود می‌آورد که با ترس‌هایش مواجه شود، به‌علاوه اضافه‌کردن مواجههٔ خیالی به مواجههٔ زنده می‌تواند راهبردهای اجتنابی شناختی بیمار را پوشش دهد؛ ۴. مواجههٔ تدریجی[2] در برابر مواجههٔ شدید[3]: تفاوتی بین این دو روش دیده نشده است اما مواجههٔ تدریجی به‌دلیل حفظ انگیزه و همکاری بیمار بهتر است؛ ۵. مدت مواجهه[4]: مواجههٔ مستمر طولانی مؤثرتر از مواجههٔ منقطع کوتاه‌مدت است (۹). مطالعات نشان داده که مواجههٔ مستمر به‌مدت تقریباً ۹۰ دقیقه برای کاهش اضطراب لازم است، حتی گاهی بهتر است فراتر از ۹۰ دقیقه مواجهه طول بکشد اگر بیمار کاهش اضطراب را تجربه نکند؛ ۶. تعداد جلسات مواجهه: در درمان مواجههٔ فشرده که نتایج عالی نشان داده است جلسات روزانه یک ماه طول می‌کشد (۱۰). فرانکلین و فوا (۲۰۰۵) به این نتیجه رسیدند که درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، بهترین روش درمانی برای درمان اختلال وسواسی- اجباری است (۱۱). استورچ، گفکن و همکاران (۲۰۰۷) گزارش کردند که روش‌های شناختی اگر با روش‌های رفتاری ترکیب شوند، تأثیر بهتری روی درمان وسواس دارند (۱۲). ویتال، توردرسون و مک‌لین(۲۰۰۵) اثربخشی دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ را در بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی مقایسه کردند. بهبود در بیمارانی که تحت درمان شناختی رفتاری بودند ۶۷ درصد و در بیمارانی که تحت درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ بودند ۵۹ درصد به دست آمد (۱۳). همچنین با توجه به اینکه در تحقیقات مشخص شده است درمان‌های موجود برای درمان اختلال وسواس نمی‌توانند چندان در درمان این بیماران مؤثر باشند، این احتمال وجود دارد که منجر به ایجاد مشکلات روانی وخیم‌تر (مثل افسردگی اساسی) و در نتیجه صرف هزینه‌های اقتصادی و زمانی بیشتر شود (۱۴). از طرف دیگر این پژوهش به‌دنبال بررسی این فرضیه است که اثربخشی روش درمان شناختی ویتال در مقایسه با درمان مواجهه‌ای در علائم وسواس فکری- عملی متفاوت است.

روش‌بررسی

روش این پژوهش آزمایشی است و طرح آن از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعهٔ آماری این پژوهش شامل تمامی بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی مراجعه‌کننده به مراکز بالینی، بیمارستان‌ها و کلینیک‌های خصوصی و مراکز مشاورهٔ شهرستان‌های سقز و بوکان با دامنهٔ سنی ۴۰-۲۰ سال است. نمونهٔ آماری این تحقیق شامل ۴۵ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی هستند که به‌طور انتصاب تصادفی از میان افراد مراجعه‌کننده انتخاب شدند. بعد از اخذ مشخصات اولیه از بیماران به‌منظور تشخیص اختلال وسواسی- عملی از پرسشنامهٔ وسواسی اجباری مادسلی[5] برای تشخیص نوع وسواس استفاده شد. با استفاده از مصاحبهٔ بالینی از ورود سایر اختلال‌ها و متغیرهای مخدوش‌کننده در جریان کار جلوگیری به عمل آمد و موارد هم‌ابتلایی با افسردگی و اضطراب حذف شدند. بعد از ارزیابی، آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی ساده در سه گروه ۱۵ نفره (گروه درمان شناختی ویتال[6]، گروه مواجهه درمانی[7] و یک گروه کنترل) جایگزین شدند. بعد از اتمام جلسات درمان، مجدداً پرسشنامه‌های مادسلی برای علائم وسواس به‌عنوان پس‌آزمون برای هر یک از آزمودنی‌های سه گروه تکمیل شد. بر روی گروه‌های درمان شناختی ویتال، ۹ جلسهٔ ۶۰-۵۰ دقیقه‌ای و گروه مواجهه درمانی ۱۰ جلسهٔ ۶۰ دقیقه‌ای درمان ارائه شد و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد.

1. Response prevention
2. Gradual exposure
3. Severe exposure
4. Exposure time

5. Scale of Obsessive- Compulsive Madsly
6. Whittal Cognitive Therapy
7. Exposure Therapy

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.7.3]

ابزار گردآوری اطلاعات: ۱. مقیاس وسواسی- عملی مادسلی: این پرسشنامه توسط هاجسون و راچمن (۱۹۸۰) به‌منظور پژوهش در مورد نوع وسواس تهیه شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ پرسش به‌صورت صحیح- غلط است. دامنهٔ نمرات از صفر تا سی متغیر است. افزون بر نمرهٔ کل وسواس، پرسشنامهٔ مادسلی شامل ۴ خرده‌مقیاس وارسی‌کردن، شستشو، کندی- تکرار و شک وسواسی است. اندوز، صاحبی و طباطبایی (۱۳۸۳) اعتبار این پرسشنامه را ۰/۸۶ و پایایی آن را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند (۱۵). راچمن و هاجسون (۱۹۸۰) اعتبار همگرا و پایایی با روش آزمون- بازآزمون را ۰/۸۹ و ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند (۱۶).

روش‌های مداخله:

درمان شناختی (ویتال): جلسهٔ اول- شامل جمع‌آوری اطلاعات مربوط به افکار وسواسی، اعمال اجباری، تاریخچهٔ کلی بیمار، صحبت دربارهٔ خلق بیمار، احساس او برای انجام تشریفات وسواسی، طرح‌ریزی برنامهٔ درمان، ایجاد انگیزه جهت درمان بود؛ جلسهٔ دوم- در این جلسه به‌منظور خودبازنگری و جمع‌آوری و ثبت روزانهٔ افکار وسواسی و نگرانی‌ها، تکالیف خانگی منظم داده شد. بازنگری‌های متداول عبارت بودند از: یادداشت افکار وسواسی، یادداشت روزانهٔ رفتارهای اجباری، دیگر رفتارهای وسواسی و درجه‌بندی ناراحتی و میل به خنثی‌سازی و اضطراب؛ جلسهٔ سوم- بیمار با فهرستی از افکار مزاحمی که توسط دیگر افراد نرمال گزارش‌شده روبه‌رو شد، از بیمار خواسته شد یک فکر مزاحم که پریشانی ناچیزی را تولید می‌کند، مشخص کند (مثلاق اجبار به رانندگی در لبهٔ پل) و اگر تفکرات ناخواسته و ارزیابی‌ها بی‌معنی تشخیص داده شدند، پایه‌ای را برای درمان‌های بعدی فراهم می‌آوردند. رسیدن به مهارت در فرق‌گذاری بین افکار ناخواسته و ارزیابی، هدف این جلسهٔ درمانی بود. در این روش از شناسایی افکار مزاحم، اصلاح ارزیابی‌های منفی، افکار مداخله‌گر و احساس مسئولیت افراطی، به چالش طلبیدن احتمال ترکیب فکر- عمل، عدم مخفی‌کردن وسواس (مخصوصاً در میان گذاشتن آن با اشخاصی که افکارش را از آن‌ها مخفی می‌کرد) و تشویق بیمار برای بیان بیشتر افکار خود، استفاده شد؛ جلسهٔ چهارم تا هشتم- هر جلسه به سه قسمت تقسیم شد، قسمت اول آن به بررسی پیشرفت بیماری در طی هفتهٔ گذشته، مرور مطالب جلسهٔ قبلی و چگونگی انجام تکالیف خانگی پرداخته و در قسمت دوم اجرای درمان شناختی صورت گرفته و در قسمت سوم جمع‌بندی و خلاصه‌سازی مطالب جلسه، پاسخ‌دادن به سؤالات بیمار و ارائهٔ تکالیف خانگی انجام شد. جلسهٔ نهم- شامل جمع‌بندی کلی بود، در این جلسه روند درمان بیماری، پیشرفت بیمار و مشکلات در حین درمان بررسی شد. همچنین دربارهٔ پیشگیری از برگشت بیماری توضیحاتی ارائه شد (۱۷).

درمان مواجهه: جلسهٔ اول- شامل جمع‌آوری اطلاعات لازم برای طرح درمان، برقراری رابطه‌ای خوب با بیمار، بررسی و کاوش باورهای بیمار در مورد اختلال وسواس و پیامدهای ادراک شده بود. مرحلهٔ درمان: مرحلهٔ درمان شامل ۱۰ جلسهٔ ۶۰ دقیقه‌ای، در ۳ روز هفته برای مدت ۳ هفته اجرا شد. هر جلسه ۱۰ دقیقه صرف بررسی تکالیف خانگی و بررسی بازبینی رفتارهای آیینی روز قبل و ۱۵ دقیقه صرف مواجههٔ خیالی و ۲۵ دقیقه صرف مواجههٔ زنده و ۱۰ دقیقهٔ آخر صرف تکالیف خانگی روز بعد شد. ترتیب اقدامات در هرجلسه به‌شرح زیر بود:

۱. در شروع جلسه، طرح درمان با بیمار در میان گذاشته می‌شد ودرمانگر ضمن دقیق بودن در پاسخ باید از اطمینان‌دهی بی‌مورد به بیمار اجتناب می‌نمود. البته این پیام راکه تمرین مواجهه خطرناک است نیز نبایستی منتقل می‌کرد؛

۲. تمرین‌های مواجههٔ خیالی: قبل از مواجههٔ زنده در هر جلسه انجام می‌شدند و اغلب به‌عنوان مقدمه‌ای برای مواجههٔ زنده به‌کار می‌رفت. در طی مواجههٔ خیالی، بیمار در یک صندلی راحتی می‌نشست و دستورالعمل زیر به وی داده می‌شد: «امروز شما این صحنه را تصویرسازی خواهید کرد. می‌خواهم چشمتان را ببندید تا اینکه حواستان پرت نشود. لطفاً تلاش کنید تا این صحنه را به‌طور کامل و روشن تجسم کنید،

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.7.3]

طوری تجسم کنید که گویا الان آن را تجربه می‌کنید. هر چند دقیقه می‌خواهم میزان اضطرابتان را در یک مقیاس صفر تا صد درجه‌بندی کنید. لطفاً سریع پاسخ دهید و تجسم‌کردن را رها نکنید»؛
۳. مواجههٔ زنده (۱۸).

یافته‌ها

یافتهٔ اصلی پژوهش که بر اساس نمرات پرسشنامهٔ مادسلی و آزمون کوواریانس به دست آمده، حاکی از آن است که روش شناخت درمانی ویتال و مواجهه درمانی تأثیر معناداری روی کاهش علائم وسواس دارند ($p\leq ۰/۰۱$) (جدول ۲ و ۳).

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی در گروه‌های درمانی شناختی ویتال، مواجهه درمانی و کنترل

گروه‌های درمانی	جنسیت				میانگین		میانگین طول	
	زن		مرد		سن		مدت بیماری	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شناختی	۹	۶۰	۶	۴۰	۲۸/۶۰	۲/۳۳	۵/۹۳	۱/۰۲
مواجهه	۷	۴۶	۸	۵۴	۲۸/۵۳	۲/۳۹	۵/۶۶	۰/۹۹
کنترل	۸	۵۳	۷	۴۷	۳۰/۹۳	۳/۴۴	۴/۸۶	۰/۶۵

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌کنید از بیماران گروه شناخت درمانی ویتال ۹ نفر زن (۶۰ درصد زن) و ۶ نفر مرد (۴۰ درصد مرد)، از بیماران گروه مواجهه درمانی ۷ نفر زن (۴۶ درصد زن) و ۸ نفر مرد (۵۴ درصد مرد) و از بیماران گروه کنترل ۸ نفر زن (۵۳ درصد زن) و ۷ نفر مرد (۴۷ درصد مرد) هستند.

میانگین سن افراد در گروه شناخت درمانی ویتال ۲۸/۶۰، در گروه مواجهه ۲۸/۵۳ و در گروه کنترل ۳۰/۹۳ است. میانگین طول مدت بیماری در گروه شناخت درمانی ۵/۹۳، در گروه مواجهه ۵/۶۶ و در گروه کنترل ۴/۸۶ است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد خرده‌مقیاس‌های وسواس فکری- عملی

درمان	آزمون	وارسی میانگین (انحراف معیار)	شستشو میانگین (انحراف معیار)	کندی میانگین (انحراف معیار)	شک وسواسی میانگین (انحراف معیار)
شناختی	پیش‌آزمون	۷/۸۶ (۰/۹۱)	۹/۷۳ (۱/۰۳)	۶/۲۶ (۰/۷۹)	۵/۶۶ (۰/۹۷)
	پس‌آزمون	۲/۷۳ (۰/۷۹)	۴/۵۳ (۱/۵۹)	۲/۰۶ (۰/۹۶)	۲/۲۶ (۰/۸۸)
مواجهه	پیش‌آزمون	۷/۷۳ (۰/۸۸)	۹/۴۶ (۰/۹۱)	۶/۱۵ (۰/۷۵)	۶/۰۰ (۰/۹۲)
	پس‌آزمون	۵/۲۶ (۰/۷۰)	۷/۰۶ (۰/۹۶)	۴/۱۴ (۰/۷۷)	۳/۸۰ (۰/۸۶)
کنترل	پیش‌آزمون	۸/۰۰ (۰/۹۲)	۹/۶۶ (۰/۹۷)	۶/۱۳ (۰/۷۴)	۶/۰۶ (۰/۷۰)
	پس‌آزمون	۷/۷۳ (۰/۸۸)	۸/۷۳ (۰/۵۹)	۵/۸۰ (۰/۸۶)	۵/۱۳ (۰/۶۳)

جدول بالا میانگین و انحراف استاندارد خرده‌مقیاس‌های وسواس فکری- عملی یعنی وارسی، شستشو، کندی و شک وسواسی را در سه گروه شناخت درمانی ویتال، مواجهه‌درمانی و گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.
آزمون لون چهار متغیر وارسی‌کردن، شستشو، کندی و شک وسواسی معنادار نیست و این نشان‌دهندهٔ آن است که واریانس این متغیرها در بین اعضای شرکت‌کننده (گروه شناختی درمانی ویتال، گروه مواجهه‌درمانی و گروه کنترل) با هم برابرند. همچنین مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰/۰۶ است که معنادار است ($p\leq ۰/۰۱$). به این معنا که بین سه گروه شناخت درمانی ویتال، گروه مواجهه‌درمانی و گروه کنترل از لحاظ چهار متغیر وارسی‌کردن، شستشو، کندی و شک وسواسی تفاوت معنادار وجود دارد. برای تشخیص اینکه کدام روش درمانی روی مؤلفه‌های وسواس فکری- عملی تأثیر بیشتر داشته است، از جدول تحلیل کواریانس چندراهه استفاده شده که گزارش آن در جدول شمارهٔ ۳ ارائه شده است.

MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 1-9
مجله مطالعات ناتوانی، دوره ۳، شماره ۳، زمستان ۱۳۹۲، ۹-۱
[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.7.3]

جدول ۳. تحلیل کوورایانس چندمتغیرهٔ تأثیر شناخت درمانی ویتال، مواجهه درمانی بر روی خرده‌مقیاس‌های وسواس فکری- عملی

منبع تغییرات		مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار p
وارسی کردن	گروه پیش‌آزمون	۱۷۱/۷۸	۲	۸۹/۸۵	۱۴۳/۲۸	≤۰/۰۱
		۰/۱۴	۲	۰/۱۴	۰/۲۴	≥۰/۰۵
شستشو	گروه پیش‌آزمون	۱۲۴/۲۱	۲	۶۲/۱۰	۴۶/۲۵	≤۰/۰۱
		۰/۵۹	۲	۰/۵۹	۰/۹۹	≥۰/۰۵
کندی	گروه پیش‌آزمون	۱۰۳/۰۷	۲	۵۱/۵۳	۷۱/۹۷	≤۰/۰۱
		۳/۴۱	۲	۳/۴۱	۴/۷۶	≥۰/۰۵
شک وسواسی	گروه پیش‌آزمون	۵۸/۱۰	۲	۲۹/۰۵	۴۶/۴۸	≤۰/۰۱
		۰/۵۳	۲	۰/۵۳	۰/۸۵	≥۰/۰۵

همان‌طور که در جدول شمارهٔ ۳ مشاهده می‌شود با کنترل اثرات پیش‌آزمون، روش درمانی شناختی ویتال و مواجهه‌درمانی بر روی خرده‌مقیاس‌های وارسی، شستشو، کندی و شک وسواسی وسواس فکری- عملی تأثیر کاهشی دارند ($p\leq$۰/۰۱). بدین معنا که فرض صفر رد و فرض خلاف مورد قبول است. برای اثبات اینکه کدام روش بر روی کاهش خرده‌مقیاس‌های وارسی، شستشو، کندی و شک وسواسی تأثیر بیشتری دارند از آزمون تعقیبی کمترین تفاوت معنادار (LSD) که در واقع تفاوت تک‌به‌تک گروه‌های درمانی را روی خرده‌مقیاس‌ها نشان می‌دهد استفاده شد که در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی کمترین تفاوت معنادار بین سه گروه در خرده‌مقیاس‌های وسواس فکری- عملی

متغیر	گروه۱	گروه۲	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف استاندارد	مقدار p
وارسی‌کردن	درمان شناختی	مواجهه‌درمانی	-۲/۴۵	۰/۲۹	≤۰/۰۱
		کنترل	-۴/۸۹	۰/۲۸	≤۰/۰۱
	مواجهه‌درمانی	درمان شناختی	۲/۴۵	۰/۲۹	≤۰/۰۱
		کنترل	-۲/۴۴	۰/۲۸	≤۰/۰۱
	کنترل	درمان شناختی	۴/۸۹	۰/۲۸	≤۰/۰۱
		مواجهه‌درمانی	۲/۴۴	۰/۲۹	≤۰/۰۱
شستشو	درمان شناختی	مواجهه‌درمانی	-۲/۵۱	۰/۴۳	≤۰/۰۱
		کنترل	-۴/۱۴	۰/۴۳	≤۰/۰۱
	مواجهه‌درمانی	درمان شناختی	۲/۵۱	۰/۴۳	≤۰/۰۱
		کنترل	-۱/۶۳	۰/۴۲	≤۰/۰۱
	کنترل	درمان شناختی	۴/۱۴	۰/۴۳	≤۰/۰۱
		مواجهه‌درمانی	۱/۶۳	۰/۴۲	≤۰/۰۱
کندی	درمان شناختی	مواجهه‌درمانی	-۱/۱۳	۰/۳۱	≤۰/۰۱
		کنترل	-۳/۷۳	۰/۳۱	≤۰/۰۱
	مواجهه‌درمانی	درمان شناختی	۱/۱۳	۰/۳۱	≤۰/۰۱
		کنترل	-۲/۶۰	۰/۳۱	≤۰/۰۱
	کنترل	درمان شناختی	۳/۷۳	۰/۳۱	≤۰/۰۱
		مواجهه‌درمانی	۲/۶۰	۰/۳۱	≤۰/۰۱
شک وسواسی	درمان شناختی	مواجهه‌درمانی	-۱/۲۰	۰/۳۱	≤۰/۰۱
		کنترل	-۲/۸۶	۰/۳۱	≤۰/۰۱
	مواجهه‌درمانی	درمان شناختی	۱/۲۰	۰/۳۱	≤۰/۰۱
		کنترل	-۱/۶۶	۰/۳۱	≤۰/۰۱
	کنترل	درمان شناختی	۲/۸۶	۰/۳۱	≤۰/۰۱
		مواجهه‌درمانی	۱/۶۶	۰/۳۱	≤۰/۰۱

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.7.3]

همان‌طور که در جدول بالا مشاهده می‌شود درمان شناختی با مقدار تفاوت (۲/۴۵) در مقایسه با گروه مواجهه و با مقدار تفاوت (۴/۸۹) در مقایسه با گروه کنترل بر روی خرده‌مقیاس وارسی‌کردن تأثیر کاهشی بیشتر دارد ($p\leq ۰/۰۱$). همچنین درمان شناختی با مقدار تفاوت (۲/۵۱) در مقایسه با گروه مواجهه و با مقدار تفاوت (۴/۱۴) در مقایسه با گروه کنترل بر روی خرده‌مقیاس شستشو تأثیر کاهشی بیشتر دارد ($p\leq ۰/۰۱$). درمان شناختی با مقدار تفاوت (۱/۱۳) در مقایسه با گروه مواجهه و با مقدار تفاوت (۳/۷۳) در مقایسه با گروه کنترل بر روی خرده‌مقیاس کندی تأثیر کاهشی بیشتر دارد ($p\leq ۰/۰۱$)؛ و در نهایت درمان شناختی با مقدار تفاوت (۱/۲۰) در مقایسه با گروه مواجهه و با مقدار تفاوت (۱/۶۶) در مقایسه با گروه کنترل بر روی خرده‌مقیاس شک وسواسی تأثیر کاهشی بیشتر دارد ($p\leq ۰/۰۱$).

بحث

هدف از انجام این پژوهش اثربخشی روش‌های درمان شناختی و مواجهه‌ای بر اختلال وسواس فکری- عملی بود. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری و آزمون کمترین تفاوت معنادار نشان داد که درمان شناختی ویتال و مواجهه‌درمانی نسبت به گروه کنترل بر بهبود انواع وسواس مثل وارسی‌کردن، شستشو، کندی و شک وسواسی اثربخش بوده‌اند. این نتیجه با یافته‌های ویتال (۲۰۰۹)، ویتال و رابچاوود و وودی (۷)، بلوچ و کابدو (۸)، ویتال و شیلا (۲۰۱۰)، آبراموویتز (۱۰)، فرانکلین و فوا (۱۱)، همخوانی دارد. این تحقیقات نشان دادند درمان شناختی ویتال و مواجهه‌درمانی بر بهبود انواع وسواس وارسی‌کردن، شستشو، کندی و شک وسواسی اثربخش است. در توجیه می‌توان گفت که بیماران وسواسی انتظار غیرمعمول و بیش از حد در مورد نتایج منفی دارند (مثلاً در وسواس شستشو فکر می‌کنند بر اثر دست‌زدن به ظرف زباله مریض می‌شوند و می‌میرند)، به‌علاوه، پی‌آمدهای منفی اعمال مختلف را بیش‌انگاری می‌کنند (مثلاً اگر موقع رانندگی دست‌اندازی احساس کنند فکر می‌کنند به کسی زده‌اند)؛ بنابراین درمان شناختی در واقع روی این افکار منفی خودآیند کار می‌کند تا آن‌ها را تعدیل کند و اضطراب حاصل از این افکار را کاهش دهد. همچنین عده‌ای از نظریه‌پردازان شناختی معتقدند که افکار ناخواسته و مزاحم معمولی زمانی به افکار وسواسی تبدیل می‌شوند که بیمار این مزاحمت و افکار تحمیل‌شده را بالقوه آسیب‌زا تفسیر کند و خود را مسئول زیان بداند. این نوع ارزیابی بیماران به افزایش اضطراب و احساس گناه منجر می‌شود. عنصر کلیدی که درمان شناختی ویتال روی آن تمرکز می‌کند افکار خودآیند منفی یا تفسیرهایی است که همراه تجارب مزاحم و ناخواسته عمل می‌کنند. نمونه‌هایی از این افکار عبارتند از: ۱. فراموش کردم اجاق گاز را وارسی کنم؛ ۲. اگر دستم را یک بار بشویم ممکن است مریض شوم؛ ۳. یا نیم ساعت را برای مسواک‌زدن صرف می‌کنند.

در جلسات شناخت درمانی ویتال «جلسهٔ سوم تا هفتم» تأکید بر اصلاح این افکار منفی است. در واقع اصلاح افکار منفی خودآیند، اصلاح ارزیابی‌های منفی، اصلاح افکار مداخله‌گر و احساس مسئولیت افراطی باعث می‌شود که فرد افکار تحمیلی را آسیب‌زا تفسیر نکند (۱۷). این رویکرد برای بیماری که دچار وسواس شست‌وشو است، کمک می‌کند تا وی متوجه غیرمنطقی بودن افکاری از قبیل افکار زیر بشود: «اگر دستم ظرف زباله را لمس کند، مریض می‌شوم یا شاید بمیرم»؛ «برای اینکه دستم واقعاً تمیز شود، باید چندین بار بشویم». درمانگر در درمان شناختی ویتال به بیمار کمک می‌کند تا این نوع افکار غیر منطقی را تغییر دهد و ادراک درست‌تری از تهدید و خطر به دست آورد مانند: «دست‌زدن به ظرف زباله، آسیبی به من نمی‌رساند» یا «برای تمیزی دست‌هایم، یک بار شستن کافی است». وقتی بیمار توانست افکار منطقی را جانشین افکار منفی و غیرمنطقی کند، در واقع اضطرابش کاهش می‌یابد (۱۹). در توجیه تأثیر روش مواجهه‌درمانی می‌توان گفت که این روش باعث برانگیختن اضطراب مرتبط با وسواس می‌شود. هدف واجهه‌درمانی این است که بیمار با ترس‌های خود مواجه شود تا پاسخ‌های اضطرابی کاهش یابد. این مواجه‌سازی که به‌صورت سلسله مراتبی اجرا می‌شود، می‌تواند در سطح خیال و واقعیت باشد. پس از اینکه

MEJDS, Vol 3, No. 3, Winter 2013, 1-9
[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.7.3]

اضطراب بیمار توسط مواجهۀ تجسمی و مواجهۀ زنده بالا رفت، برای خودداری‌کردن از هر نوع رفتار تشریفاتی وسواس، تشویق می‌شود؛ بنابراین بالابردن اضطراب مریض به‌صورت تجسمی یا واقعی باعث می‌شود اضطراب مریض کاهش یافته و رفتارهای اجباری وسواس کاهش می‌یابد (۲۰). فوا و همکاران[1] (۱۹۸۰)، هجده پژوهش کنترل‌شده را تحلیل کرده و به این نتیجه دست یافتند که پس از اجرای روش مواجهه، نشانه‌های بیماری در ۵۱ درصد بیماران وسواس از بین رفته یا بهبود قابل ملاحظه‌ای یافته‌اند (۲۱).

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان داد که درمان شناختی ویتال در مقایسه با درمان مواجهه‌ای در درمان انواع وسواس‌ها مؤثرتر بوده است. در توجیه اینکه درمان شناختی ویتال مؤثرتر از درمان مواجهه است می‌توان گفت که درمان شناختی بیشتر روی شناخت‌واره‌های غیرمنطقی بیمار وسواسی کار می‌کند و می‌تواند این شناخت‌واره‌های غیرمنطقی را کاهش دهد یا از بین ببرد. در واقع کنترل بیشتری در اختیار بیمار می‌گذارد؛ اما در مقابل درمان مواجهه‌ای ممکن است نتواند در همۀ اوقات جلوی اضطراب افراد وسواسی را بگیرد.

در پایان از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به عدم همکاری کلینیک‌های بالینی سطح شهر در امر تشخیص و پیگیری درمان اشاره کرد.

پیشنهادات

از آنجایی که درمان شناختی می‌تواند بر روی درمان وسواس مؤثر باشد، پیشنهاد می‌شود که همراه با سایر درمان‌ها بر روی درمان سایر اختلالات اجرا شده و در تحقیقات آینده ارائه شود.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند که از تمامی مسئولین و کارکنان دانشگاه آزاد اسلامی واحد سقز که در اجرای این تحقیق صمیمانه همکاری کردند، تشکر و قدردانی نمایند.

۱. Foa, Steketee, Grayson, Turner & Latimer

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.7.3]
[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

References

1. Rachman SJ, Desilva RJ. Obsessive and Compulsions. Englewood cliffs, N.J.: Prentice-Hall., European Journal of Integrative Medicine. 2002; (3):120–33.
2. Oppen P Van, Emmelkamp PMG, Van Balkom AJLM, Van DR. The sensitivity to change of measures for obsessive-compulsive disorder. J Anxiety Disord. 1995;9(3):241–8.
3. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR®. 4th ed. Washington: American Psychiatric Pub; 2000.
4. Pinard G. The pharmacologic and psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. Can J Psychiatry Rev. 2006;51(7):405–6.
5. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. Clin Psychol Psychother. 2004;11(2):137–44.
6. Gunter RW, Whittal ML. Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. Clin Psychol Rev. 2010;30(2):194–202.
7. Whittal ML, Robichaud M, Woody SR. Cognitive Treatment of Obsessions: Enhancing Dissemination With Video Components. Cogn Behav Pract. 2010;17(1):1–8.
8. Belloch A, Cabedo E, Carrio C, Larsson C. Cognitive therapy for autogenous and reactive obsessions: clinical and cognitive outcomes at post-treatment and 1-year follow-up. J Anxiety Disord. 2010;24(6):573–80.
9. Foa EB, Kozak MJ, Steketee GS, McCarthy PR. Treatment of depressive and obsessive-compulsive symptoms in OCD by imipramine and behaviour therapy. Br J Clin Psychol Br Psychol Soc. 1992;31 (Pt 3):279–92.
10. Abramowitz JS. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: a quantitative review. J Consult Clin Psychol. 1997;65(1):44–52.
11. Foundation PE, Foa EB. A Guide to Treatments that Work. Oxford University Press; 2002. p. 231–3.
12. Storch EA, Geffken GR, Merlo LJ, Mann G, Duke D, Munson M, et al. Family-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Comparison of Intensive and Weekly Approaches. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007;46(4):469–78.
13. Whittal ML, Thordarson DS, McLean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. Behav Res Ther. 2005;43(12):1559–76.
14. Woody SR. Stress management training for obsessions: treatment manual. Unpublished. Archives of General Psychiatry, 2003; 33:1111–5.
15. Anduz Z, Sahebi A, Tabatabaee M. Comparison of efficiency and effectiveness. "Confront and Response Prevention" and "Treatment By reducing dangerous idea "compulsive washing. Journal of Tehran University, 2005;11(2):139-49. [Persian]
16. Rachman SJ, Hodgson RJ. Obsessive and Compulsions, Englewood cliffs, NJ, Prentice-Hall, 2002.
17. Whittal ML, Woody SR, McLean PD, Rachman SJ, Robichaud M. Treatment of obsessions: A randomized controlled trial. Behav Res Ther. 2010;48(4):295–303.
18. Leahy RL, Holland SJ, McGinn LK. Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders. Guilford Press; 2000, pp:14-28.
19. Stub T, Alræk T, Liu J. Acupuncture treatment for depression—A systematic review and meta-analysis. Eur J Integr Med. 2011;3(4):e259–e270.
20. Storch EA, Geffken GR, Merlo LJ, Mann G, Duke D, Munson M, et al. Family-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Comparison of Intensive and Weekly Approaches. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007; VOL 3(2), pp:231.
21. Foa EB, Steketee G, Milby JB. Differential effects of exposure and response prevention in obsessive-compulsive washers. J Consult Clin Psychol. 1980;48(1):71–9.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1392.3.3.7.3]