

اثربخشی درمان فراشناختی، نوروفیدبک و فلووکسامین بر میزان اضطراب، افسردگی و نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری

محبوبه پورابراهیمی^۱، رضا امیر تیموری^۲
و حسن بنی‌اسدی^۳

دریافت مقاله March 14, 2016
پذیرش مقاله Jan 14, 2016

اختلال وسواسی-جبری یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلالات اضطرابی با ماهیت چندبعدی و پیچیده‌ای است که بررسی و به کارگیری درمان‌های جدید را ایجاب می‌کند. هدف پژوهش حاضر، مقایسه ی اثربخشی درمان فراشناختی، نوروفیدبک و درمان با فلووکسامین بر میزان اضطراب، افسردگی و نشانه‌های افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بود. بدین منظور، طی یک پژوهش نیمه‌تجربی با پیش-آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل، ۴۰ بیمار مبتلا به OCD از بین مراجعه‌کنندگان دو مرکز روانپزشکی و روان‌شناسی در شهر کرمان، با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه آزمایشی و یک گروه کنترل، کاربندی شدند. هر یک از گروه‌های آزمایشی ۱۰ هفته درمان را تجربه کردند. آزمودنی‌ها قبل و بعد از اتمام درمان از نظر نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری اضطراب و افسردگی مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که اثربخشی هر سه مدل درمانی بر کاهش علائم وسواسی-جبری، اضطراب و افسردگی تایید شد. مقایسه ی نتایج نشان-داد که درمان فراشناختی نسبت به دو مدل درمانی دیگر موفق‌تر و نوروفیدبک در بهبود اضطراب موثرتر از دارودرمانی است. به نظر می‌رسد درمان فراشناختی و نوروفیدبک در بهبود اضطراب افسردگی و نشانه‌های وسواسی-جبری افراد مبتلا به OCD موثر است.

واژه‌های کلیدی: درمان فراشناختی، نوروفیدبک، فلووکسامین، اختلال وسواسی-جبری

مقدمه

درمان اختلال وسواس فکری-عملی (OCD)^۴ به عنوان اختلال پیچیده‌ای که دهمین علت برجسته ناتوانی بیماران شناخته شده (فیشر و ولز، ۲۰۰۸) و از شایعترین اختلالات روانی در ایران با تخمین ۱۱/۷٪ تا ۴۳/۲٪ است (هاشم‌لو، صفرعلیزاده، باقریه و متعارفی، ۲۰۱۳)، به عنوان یک چالش در حوزه

۱. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران (نویسنده ی مسوول) pourebrahimi_psy@yahoo.com

۲. مشاور آموزش و پرورش ناحیه ۲، کرمان، ایران

۳. دپارتمان روان‌شناسی، دانشگاه شهید باهنر، کرمان، ایران

درمان مطرح است. افراد مبتلا به OCD اغلب آسیب‌های روانی دیگری از جمله اختلالات اضطرابی (۷۶٪) یا اختلال افسردگی یا دوقطبی (۶۳٪) برای هر گونه افسردگی یا اختلال دوقطبی) را تجربه می‌کنند که شایع‌ترین آن اختلال افسردگی اساسی با ۴۱٪ است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این بیماری، اختلال ناهمگنی است که تاکنون مدل‌های درمانی متنوعی را به خود دیده است. این مدل‌ها مبتنی بر نظریه‌هایی هستند که بر خاستگاه نوروفیزیولوژیک و یا ریشه‌های روان‌شناختی و سواس تاکید دارند (ماتایکس-کولز، سانچز-تورت و والیجو، ۲۰۰۲).

در بررسی‌های مبتنی بر مدل‌های نوروفیزیولوژی، وجود وضعیت غیرطبیعی در سامانه ی پیام‌رسانی عصبی سروتونین در اختلال وسواسی-جبری و استفاده از درمان دارویی جهت بهبود این وضعیت تاریخچه‌ای طولانی دارد. از جمله این داروها می‌توان فلووکسامین را نام برد که یکی از مهارکننده‌های اختصاصی بازجذب سروتونین است و پژوهش‌های بسیاری تاثیر آن را بر درمان اختلال وسواسی-جبری نشان داده‌اند (ایرونز، ۲۰۰۵؛ دنیس، ۲۰۰۶). با توجه به مطالعات انجام شده، استفاده از درمان‌های دارویی در اختلال وسواسی-جبری با میزان عود بالایی همراه بوده است؛ همچنین ۱۰ تا ۲۰ درصد بیماران از پذیرش درمان دارویی خودداری نموده و حتی مصرف دارو را به دلیل عوارض جانبی آن قطع می‌کنند (عبداله‌زاده، جوانبخت و عبدالله‌زاده، ۲۰۱۱).

مدل‌های روانشناختی بر روش‌های رفتاری تحت عنوان مواجهه و بازداری از پاسخ (ERP)^۱ و درمان‌های رفتاری-شناختی (CBT)^۲ (ماتایکس-کولز و همکاران، ۲۰۰۲) یا درمان فراشناختی (MCT)^۳ (ولز و ماتپوز، ۱۹۹۴؛ ولز، ۱۹۹۷؛ ۲۰۰۰؛ ۲۰۰۹) تاکید داشته‌اند. بر خلاف رویکردهای شناختی درمان فراشناختی بدون توجه به محتوای وسواس‌ها، صرفاً بر باورهای فراشناختی تمرکز می‌کند. باورهای فراشناختی به فرآیندهایی اشاره دارد که برای ارزیابی، تنظیم و یا بررسی و بازبینی فکر استفاده می‌شود، مانند نیاز به کنترل افکار و نیز اهمیت افکار که به طور ویژه‌ای در گروه باورهای مربوط به تفکر دسته‌بندی می‌شوند. این رویکرد بر نشانه‌ها و معیارهای ناکارآمد درونی که فرد برای توقف اعمال وسواسی به کار می‌برد، تاکید می‌کند. در الگوهای درمانی پیشین این جنبه به عنوان یک عامل موثر در تداوم بیماری که نیازمند درمان است، مفهوم‌سازی نشده بود (ولز، ۲۰۰۹). اثربخشی این رویکرد درمانی در بهبود علائم OCD (فیشر و ولز، ۲۰۰۸؛ احمدی‌بجق، بخشی‌پور و فرامرزی، ۲۰۱۵)، بهبود اضطراب و افسردگی بیماران وسواسی (فیروزآبادی و شاره، ۲۰۰۹؛ علی‌زاده و محمدی،

1.Exposure and Ritual Prevention (ERP)
2.Cognitive Behavior Therapy (CBT)

3.MetaCognitive Therapy (MCT)

۲۰۱۴) و اثربخشی بیشتر آن در کاهش شدت علائم OCD، افسردگی و اضطراب نسبت به درمان با فلووکسامین (شاره، غرابی، عاطف و وحید و افتخار، ۲۰۱۰) مورد تایید قرار گرفته است. همچنین عبداله زاده، جوانبخت و عبداله زاده (۲۰۱۱) دریافتند که کاهش شدت وسواس های فکری با استفاده از روش درمانی فراشناختی، نتایج بهتری نسبت به درمان دارویی دارد اما ارتباط معناداری بین دو نوع درمان استفاده شده جهت متغیرهای افسردگی و اضطراب وجود نداشت.

از طرفی، درمانگران با استفاده از اطلاعاتی که از مغز با بهره گیری از توموگرافی نشر پوزیترون (PET) داشتند و همچنین با استفاده از تجهیزاتی چون الکتروانسفالوگرافی کمی^۱ (QEEG) که به طور غیرتهاجمی کمک می کند تصاویر مغز را در حال انجام کار نمایش دهد، به طور گسترده به سوی معالجات مغزی روی آوردند که در آن هر بیماری به شیوه ی مخصوص و بسته به چگونگی نقشه های مغزی خودش درمان می شود (دموس، ۲۰۰۵). این روش درمانی نسبت به سایر درمان های بیولوژیک دیگر از جمله دارودرمانی عوارض جانبی کمتری دارد (هاموند، ۲۰۰۵). در درمان با نوروفیدبک از الکتروانسفالوگرافی به عنوان مقدمه ای برای کار درمان استفاده می شود. بدین صورت که ابتدا الگوی امواج مغزی در اختلال مشخص می شود، سپس میزان انحراف امواج از الگوی طبیعی از طریق QEEG تعیین می شود. تاثیر نوروفیدبک مبتنی بر QEEG در بهبود علائم OCD، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری (هاموند، ۲۰۰۳؛ سورملی و ارم، ۲۰۱۱)، نوروفیدبک در کاهش اضطراب (فرخی، هاشمیان، میری فر، کیهانی و همکاران، ۲۰۱۳) و کاهش شدت علائم اختلال افسردگی اساسی (اسکندری، طارمیان، نظری، بختیاری و همکاران، ۲۰۱۴)، تاثیر برابر آن با درمان دارویی در کاهش علائم OCD (برزگری و یعقوبی، ۲۰۰۹) و تاثیر بیشتر آن نسبت به دارودرمانی در درمان اضطراب (نایینیان، باباپور، گروسی فرشی، شعیری و همکاران، ۲۰۱۳) نشان داده شده است.

با توجه به آنچه گفته شد، هدف پژوهش حاضر مقایسه ی اثربخشی روش های درمانی فراشناختی نوروفیدبک و فلووکسامین بر علائم وسواسی- جبری، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری بود.

روش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه پژوهش را تمام بیماران سرپایی مبتلا به اختلال وسواسی- جبری مراجعه کننده به کلینیک های

روانپزشکی و روان شناسی شهر کرمان در سال ۱۳۹۳-۹۴ تشکیل می دادند. با استفاده از نمونه گیری هدفمند ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال OCD از بین مراجعه کنندگان دو مرکز روانپزشکی و روان شناسی انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه آزمایشی (گروه اول (درمان فراشناختی)، گروه دوم (درمان نوروفیدبک) و گروه سوم (درمان با فلووکسامین)) و یک گروه کنترل، به طور مساوی (هر گروه ۱۰ نفر) جای داده شدند. معیارهای ورود شامل تشخیص اختلال OCD طبق مصاحبه ی بالینی ساختاریافته محور I در DSM-IV-TR^۱ توسط روانپزشک و تایید آن با نتایج مقیاس وسواسی- جبری یل- براون (نمرات در دامنه ی ۲۲ تا ۲۶)؛ عدم دریافت سایر درمانها (درمانهای روان شناختی دیگر و مصرف دارو) دست کم از یک ماه قبل از ورود به پژوهش؛ محدوده ی سنی ۱۸-۵۰ سال و دارا بودن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم، عدم وجود علایم روان پریشی، سو مصرف مواد، اختلالهای روان شناختی در محور I (به جز اضطراب فراگیر و افسردگی) و اختلال شخصیت در محور II (به تشخیص روانپزشک یا روان شناس بر اساس مصاحبه تشخیصی) بود. هر چهار گروه قبل و بعد از مداخله، به وسیله ی مقیاس وسواسی- جبری یل- براون (YBOCS)^۲، پرسشنامه ی اضطراب بک (BAI)^۳ و پرسشنامه ی افسردگی بک- ویرایش دوم (BDI-II)^۴ مورد ارزیابی قرار گرفتند.

مقیاس وسواسی- جبری یل- براون، توسط گودمن و همکاران (۱۹۸۶) جهت تعیین شدت اختلال وسواسی- جبری ساخته شده و دارای ۱۰ سوال (۵ سوال برای ارزیابی افکار وسواسی و ۵ سوال برای ارزیابی اعمال اجباری) است. دامنه ی نمرات در این پرسشنامه بین صفر تا ۴۰ است که نقطه ی برش ۱۷ و بالاتر به عنوان ابتلا به اختلال وسواسی- جبری در نظر گرفته شده است (عبدالهزاده، جوانبخت و عبدالهزاده، ۲۰۱۱). ضریب پایایی این مقیاس بین ارزیابان مختلف در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۸ گزارش شده است (از قمری گیوی، نادر و دهقانی، ۲۰۱۴). محمدخانی و فرجاد (۲۰۱۰)، اعتبار آن را از طریق اعتبار محتوا توسط روان شناسان تایید کرده اند.

پرسشنامه ی اضطراب بک، یک پرسشنامه ی خودگزارشی است که برای اندازه گیری شدت اضطراب نوجوانان و بزرگسالان تهیه شده (رفیعی و سیفی، ۲۰۱۳) و شامل ۲۱ ماده است. دامنه ی

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision

2. Yale-Brown Obsessive- Compulsive Scale (YBOCS)

3. Beck Anxiety Inventory (BAI)

4. Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

نمرات در این پرسشنامه بین ۰ تا ۶۳ است که نمرات بالاتر نشانه ی شدت اضطراب بیشتر فرد است. ویژگی های روان سنجی این آزمون با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۷ به دست آمد (کاویانی و موسوی، ۲۰۰۸). پژوهشگران ضریب اعتبار این پرسشنامه را ۰/۷۲ گزارش کردند (کاویانی، جواهری و بحیرایی، ۲۰۰۵).

پرسشنامه ی افسردگی بک نسخه ی شماره ی ۲، شکل بازنگری شده ی پرسشنامه ی افسردگی بک (۱۹۶۱) است که با ملاک های افسردگی در DSM-IV منطبق شده است. این پرسشنامه از ۲۱ ماده تشکیل شده است و قابل استفاده در جمعیت ۱۳ سال به بالاست. نتایج پژوهش بک و همکاران (۲۰۰۰) حاکی از ثبات درونی بالای این پرسشنامه با میانگین ۰/۸۶ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ درصد و پایایی بازآزمایی ۹۳ درصد در طی یک هفته بود (از اسکندری و همکاران، ۲۰۱۴). رحیمی (۲۰۱۴) نیز ثبات داخلی بالا ($\alpha=0/87$)، پایایی قابل قبول ($r=0/73$) و اعتبار همزمان خوبی را با پرسشنامه ی سلامت عمومی ۲۸ سوالی و مقیاس افسردگی اضطراب و استرس ۲۱ سوالی گزارش کرده است.

شیوه ی اجرا

مداخله در گروه درمان فراشناختی بر اساس راهنمای عملی درمان فراشناختی برای اضطراب و افسردگی (ولز، ۲۰۰۹) مجموعاً در ۱۰ جلسه ی یک ساعت و نیمه (۱۰ هفته و هفته ای یک جلسه)، در گروه نوروفیدبک بعد از گرفتن نقشه ی مغزی با استفاده از QEEG، بر اساس اطلاعات نقشه ی مغزی پروتکل نوروفیدبک برای هر فرد طراحی شد و سپس درمان نوروفیدبک به مدت ۳۰ جلسه ی ۴۵ دقیقه ای (۱۰ هفته و هفته ای سه جلسه) و در گروه درمان با فلوکسامین، بیشینه ی دوز معیار شده داروی فلوکسامین در روز (۵۰-۳۰۰ میلی گرم) برای هر مراجع (که لازم به ذکر است برای اولین بار دارو مصرف می کردند) طی ۱۰ جلسه مصاحبه با روان پزشک جهت تعیین پاتوفیزیولوژی بیماری چگونگی مصرف دارو، تاثیر و عوارض دارو و تعیین دوز مناسب به مدت ۱۰ هفته (هفته ای یک جلسه)، انجام گرفت. در پژوهش حاضر از دستگاه نوروفیدبک دو کاناله از کمپانی تات تکنولوژی^۲ کانادا، مدل پروکامپ^۳ و نرم افزار اینفینیتی بایوگراف^۴ استفاده شد. این دستگاه در انجام پژوهش محققینی چون نبوی آل آقا، نادری، حیدری، احدی و همکاران (۲۰۱۳) استفاده شده است.

برای تجزیه و تحلیل داده ها با توجه به وجود یک متغیر مستقل با سطوح سه گانه (درمان فراشناختی، نوروفیدبک و درمان با فلوکسامین) و سه متغیر وابسته (علایم اختلال وسواسی-جبری، اضطراب و

افسردگی) از آزمون آماری تحلیل کواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد و داده‌ها به وسیله‌ی نوزدهمین ویرایش نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

در جدول ۲، مولفه‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌های هر چهار گروه در مرحله ی پیش‌آزمون و پس-آزمون ارایه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرها به تفکیک گروه‌ها

افسردگی (sd) M	اضطراب (sd) M	علایم OCD (sd) M		
(۷/۸۷) ۴۱/۴	(۵/۱۲) ۳۳/۶	(۲/۷۶) ۳۲/۹	پیش‌آزمون	فراشناختی
(۴/۶۶) ۲۱/۸	(۲/۱۷) ۱۷/۴	(۲/۹۴) ۱۹/۷	پس‌آزمون	
(۷/۴۴) ۴۵/۹	(۵/۷۳) ۳۴/۸	(۳/۵۲) ۳۳	پیش‌آزمون	نوروفیدبک
(۴/۷۷) ۲۹/۱	(۳/۱۶) ۲۱/۴	(۲/۷۵) ۲۳/۵	پس‌آزمون	
(۶/۰۹) ۴۳/۷	(۴/۸۶) ۳۶/۱	(۳/۳۴) ۳۴/۵	پیش‌آزمون	فلووکسامین
(۴/۴۲) ۲۷/۴	(۴/۷) ۲۵/۲	(۱/۸۸) ۲۴/۳	پس‌آزمون	
(۹/۲۶) ۴۲/۳	(۳/۵۹) ۳۴/۳	(۲/۲۰) ۳۲/۲	پیش‌آزمون	کنترل
(۷/۲۷) ۴۲/۹	(۳/۶۸) ۳۴/۵	(۲/۳۳) ۳۱/۹	پس‌آزمون	

در رابطه با آزمودن معناداری این تفاوت‌ها، رابطه ی خطی و مفروضه یکسانی خطای واریانس برای ارزیابی هر یک از متغیرهای وابسته و همگنی شیب خط رگرسیون نشان داد که علی‌رغم حجم کم نمونه، پژوهشگر مجاز به استفاده از تحلیل کواریانس است. نتایج بدست آمده از تحلیل کواریانس نشان می‌دهد که بین میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون چهار گروه در هر سه متغیر علایم و سواسی-جبری ($F=41/3, p<0/01$)، اضطراب ($F=42/32, p<0/01$) و افسردگی ($F=27/42, p<0/01$) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ضرایب تاثیر نیز نشان‌دهنده ی اثربخشی مداخلات درمانی بر علایم و سواسی-جبری، اضطراب و افسردگی بود (جدول ۳).

همچنین مقایسه‌ی دو به دوی گروه‌های آزمایش در تحلیل متغیر علایم OCD، بیانگر وجود تفاوت معناداری بین اثربخشی درمان فراشناختی با نوروفیدبک ($p=0/009$) و فراشناختی با فلووکسامین ($p=0/01$) بود اما، بین نوروفیدبک با فلووکسامین تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p=0/89$). در

تحلیل متغیر اضطراب، درمان فراشناختی با نوروفیدبک ($p=0/04$)، فراشناختی با فلووکسامین ($p=0/001$) و نوروفیدبک با فلووکسامین ($p=0/02$)، تفاوت‌های معنی‌داری داشتند.

جدول ۳. خلاصه ی نتایج آزمون تحلیل کوواریانس بررسی تاثیر گروه‌ها بر علائم وسواسی-جبری، اضطراب و افسردگی بیماران مبتلا به OCD در مرحله پس آزمون

Eta	Sig	F	MS	df	SS	منبع تغییرات	
0/77	0/001	41/3	261/167	3	783/5	گروه	علائم OCD
			6/322	36	227/6	خطا	
0/77	0/001	42/32	534/825	3	1604/475	گروه	اضطراب
			12/636	36	454/9	خطا	
0/69	0/001	27/42	802/867	3	2408/6	گروه	افسردگی
			29/272	36	1053/8	خطا	

همچنین در تحلیل متغیر افسردگی، بین اثربخشی درمان فراشناختی با نوروفیدبک ($p=0/02$)، فراشناختی با فلووکسامین ($p=0/02$)، تفاوت معنی‌داری وجود داشت. اما بین نوروفیدبک با فلووکسامین تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p=0/89$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هر سه روش درمانی در کاهش علائم OCD تاثیرگذار بوده و در بین روش‌های درمانی، روش درمان فراشناختی بیشترین میزان تاثیر را اعمال کرده است و بین درمان نوروفیدبک و فلووکسامین از نظر میزان تاثیر تفاوت معناداری مشاهده نشد. در مطالعات قبلی نیز اثربخشی روش فراشناختی در کاهش شدت وسواس فکری-عملی بیماران (فیشر و ولز، ۲۰۰۸؛ علی-زاده و محمدی، ۲۰۱۴؛ احمدی‌بجق، بخشی‌پور و فرامرزی، ۲۰۱۵) و تاثیر بیشتر آن در مقایسه با دارودرمانی (شاره و همکاران، ۲۰۱۰؛ عبدالله‌زاده، جوانبخت و عبدالله‌زاده، ۲۰۱۱) گزارش شده است که با نتایج بدست آمده در این مطالعه همسو است. همچنین مطالعات پیشین حاکی از تاثیر درمان نوروفیدبک بر علائم OCD (هاموند، ۲۰۰۳؛ سورملی و ارتم، ۲۰۱۱) و تاثیر یکسان آن در مقایسه با درمان دارویی (برزگری و یعقوبی، ۲۰۰۹) و همچنین اثربخشی درمان فلووکسامین (ایرونز، ۲۰۰۵؛ دنیس، ۲۰۰۶) است که با نتایج مطالعه ی حاضر همخوانی دارد.

پژوهش حاضر نشان داد که نمره ی اضطراب در پایان درمان، در هر سه گروه درمانی به ویژه در درمان فراشناختی به میزان قابل توجهی کاهش یافته است. نتایج ذکر شده با یافته‌های پژوهش‌های پیشین از جمله پژوهش فیروزآبادی و شاره (۲۰۰۹) و علی‌زاده و محمدی (۲۰۱۴) در زمینه ی تاثیر درمان فراشناختی ولز و مطالعات ایرونز (۲۰۰۵)، هوری، یونو، کیتاهارا، میتانی و همکاران (۲۰۰۷) در زمینه تاثیر درمان فلووکسامین بر کاهش اضطراب بیماران همسویی دارد اما، در زمینه مقایسه ی درمان فراشناختی و دارودرمانی در کاهش اضطراب، نتایج این مطالعه با یافته‌های عبدالله‌زاده، جوانبخت و عبدالله‌زاده (۲۰۱۱) مبنی بر عدم وجود تفاوت معنادار بین دو نوع درمان در کاهش اضطراب، همخوان نبود. همچنین نتایج پژوهش حاضر همسو با مطالعات پیشین (هاموند، ۲۰۰۳؛ فرخی و همکاران، ۲۰۱۳) نشان داده‌است که درمان نوروفیدبک در کاهش اضطراب موثر است و نسبت به دارودرمانی به طور معناداری تاثیر بیشتری دارد (ناینیان و همکاران، ۲۰۱۳).

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که هر سه رویکرد درمانی در کاهش افسردگی آزمودنی‌های مبتلا به اختلال OCD موثر بوده‌اند. همسو با این نتیجه، نتایج سایر تحقیقات نشان‌دهنده ی اثربخشی رویکرد فراشناختی (فیشر و ولز، ۲۰۰۸؛ سالم، مایرز، فیشر، ووگل و همکاران، ۲۰۱۰؛ فیروزآبادی و شاره، ۲۰۰۹؛ علی‌زاده و محمدی، ۲۰۱۴)، درمان نوروفیدبک (هاموند، ۲۰۰۳؛ اسکندری و همکاران، ۲۰۱۴)، و درمان با فلووکسامین (هوری و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسمولویچ، ایلینا و چیتلووا، ۲۰۱۵؛ سپهرمنش، احمدوند، مروجی و قریشی، ۲۰۱۴) بر بهبود افسردگی است. از سوی دیگر نتایج مطالعه نشان داد که بین درمان فراشناختی با فلووکسامین در متغیر افسردگی، تفاوت معنی‌داری وجود داشته است به گونه‌ای که این تفاوت به نفع روش فراشناختی است. شاره و همکاران (۲۰۱۰) نیز نتایج مشابهی را گزارش دادند اما، مطالعه صورت گرفته توسط عبدالله‌زاده، جوانبخت و عبدالله‌زاده (۲۰۱۱)، در خصوص متغیر افسردگی، تفاوت معناداری بین دو مدل درمانی نشان نداد. در تبیین اثربخشی بیشتر درمان فراشناختی ولز در بهبود نشانه‌های وسواس فکری- عملی، اضطراب و افسردگی این بیماران نسبت به دو مدل درمانی دیگر می‌توان گفت، از آنجا که یکی از خصیصه‌های مهم این اختلال‌های روان‌شناختی، داشتن الگوهای تفکر و توجه منفی متمرکز بر خود شخص و موضوعات تهدیدکننده است؛ از جمله وجود باورهای فراشناختی منفی درباره ی معنی و قدرت افکار، باورهای منفی درباره ی کنترل‌ناپذیری افکار تکراری و خطر نگرانی، بنابراین این افکار کنترل‌ناپذیر موجب بدتر شدن و تدوام ناراحتی هیجانی بیمار می‌شود. درمان فراشناختی با تاکید بر تغییر این الگوهای تفکر و

استفاده از تکنیک‌هایی چون ذهن آگاهی (حضور ذهن و آگاهی لحظه به لحظه از رخداد‌های درونی بدون درگیر شدن در آن‌ها)، عناصری مانند فراآگاهی و فرا‌باور، موجب انفصال در درون فرد می‌شود باورهای فرد را درباره ی معنی و اهمیت افکار و احساساتش تغییر می‌دهد و در درمان وسواس با تغییر باور فرد درباره ی آیین‌مندی‌های وسواسی و راهبردها و ملاک‌های درونی نامناسبی که افراد مبتلا به اختلال وسواس برای تعیین سطح تهدید در موقعیت‌ها به کار می‌برند، تاکید می‌کند. بدین ترتیب به افراد کمک می‌کند تا در موقعیت‌های مختلف و به خصوص هنگامی که حملات وسواس به شکل مرور افکار یا اجبار در انجام عملی خاص فرد را تحت فشار قرار می‌دهد، با فاصله گرفتن از افکار منفی خود و اهمیت و پاسخ ندادن به آنها و درک صحیح واقعیت بر اساس بررسی شواهد در آزمایش‌های رفتاری، سدی در مقابل نشخوارها و اعمال تکرارشونده ایجاد نمایند (ولز، ۲۰۰۹).

References

- Abdollahzadeh, F., Javanbakht, M., & Abdollahzadeh, H. (2011). Comparing of effectiveness of Metacognitive therapy and pharmacotherapy in obsessions. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 18(2), 110-118. (Persian.)
- Ahmadi Bejgh, S., Bakhshpour, B., & Faramarzi, M. (2015). The effectiveness of group mindfulness- based cognitive therapy on obsessive- compulsive disorder, Metacognitive beliefs and rumination. *Clinical Psychology Studies*, 5(20), 79-105. (Persian.)
- Alizadeh, A., & Mohammadi, A. (2014). The effectiveness of mindfulness based exposure therapy in obsessive- compulsive disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 12(3), 342-350. (Persian.)
- America Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5rd ed)*. Washington, DC: America Psychiatric Association.
- Barzegari, L., & Yaghobi, H. (2009). The effectiveness of neurofeedback treatment based on quantitative electroencephalography (QEEG) compared with drug therapy in reducing symptoms of obsessive- compulsive disorder. *Journal of Psychology*, 4(15), 29-48. (Persian.)
- Bohne, A., Savage, C.R., Deckersbach, T., Keuthen, N.J., & et al. (2007). Motor inhibition in trichotillomania and obsessive- compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 112-122.
- Demos, J.M. (2005). *Getting started with neurofeedback (1rd ed.)*. Translated by: D, Azarangi & M, Rahmanian (2014). Tehran: Danjeh. (Persian.)
- Denys, D. (2006). Pharmacotherapy of obsessive- compulsive disorder and obsessive- compulsive spectrum disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(2), 553-548.
- Eskandari, Z., Tareman, F., Nazari, M.A., Bakhtiari, M., & et al. (2014). Effectiveness of neurofeedback treatment to decrease severity symptoms in major depression disorder. *The Scientific Journal of Zanjan University of Medical Sciences*, 22(92), 86-95. (Persian.)
- Farokhi, A., Hashemian, P., Mirifar, A., Keyhani, M., & et al. (2013). The effect of neurofeedback training on the trait- competitive anxiety of athletes. *Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 21(2), 21-27. (Persian.)
- Firouzabadi, A., & Shareh, H. (2009). Effectiveness of detached mindfulness techniques in treating a case of obsessive compulsive disorder. *Advances in Cognitive Science*, 11(2), 1-7. (Persian.)
- Fisher, P.L., & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for obsessive- compulsive disorder: a case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2), 117-132.
- Ghamarigivi, H., Nader, M., & Dehghani, F. (2014). Investigate the effectiveness of cognitive rehabilitation in reconstruction of executive functions of obsessive- compulsive patients. *Clinical Psychology Studies*, 4(16), 101-128. (Persian.)
- Hammond, D.C. (2005). Neurofeedback with anxiety and affective disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 14(1), 105-123.
- Hammond, D.C. (2003). QEEG- guided neurofeedback in the treatment of OCD. *Journal of Neurotherapy*, 7(2), 25-51.

- Hashemloo, L., Safaralizadeh, F., Bagheriyeh, F., & Motearefi, H. (2014). The prevalence obsessive-compulsive disorder in students in Khoy university in 2013. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 2(2), 13-21. (Persian.)
- Horii, A., Uno, A., Kitahara, T., Mitani, K., & et al. (2007). Effects of fluvoxamine on anxiety, depression, and subjective handicaps of chronic dizziness patients with or without neuro-otologic diseases. *Journal of Vestibular Research*, 17(1), 1-8.
- Irons, J. (2005). Fluvoxamine in the treatment of anxiety disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 1(4), 289-299.
- Kaviani, H., Javaheri, F., & Bahirani, H. (2005). The efficacy mindfulness based cognitive therapy on negative automatic thought reduction, deficiency attitude, depression, anxiety: 60 days follow up. *Advances in Cognitive Science*, 7(1), 49-59. (Persian.)
- Kaviani, H., & Mousavi, A.S. (2008). Psychometric properties of the Persian version of Beck anxiety inventory (BAI). *Tehran University Medical Journal*, 65(2), 136-140. (Persian.)
- Mataix-Cols, D., Sonchez-Turet, M., & Vallejo, J. (2002). Spanish version of the Padua Inventory: Factor structure and psychometric properties. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 30(1), 25-36.
- Mohammadkhani, Sh., & Farjad, M. (2010). The relationship of the metacognitive beliefs and thought control strategies with obsessive-compulsive symptoms in non-clinical population. *Journal of Clinical Psychology*, 1(3), 35-51. (Persian.)
- Nabavi al agha, F., Naderi, F., Heidari, A.R., Ahadi, H., & et al. (2013). The effectiveness of neurofeedback training on cognitive function. *Thought & Behavior in clinical Psychology*, 7(26), 27-36. (Persian.)
- Nainian, M., Babapour, J., Garoosi Farshi, T., Shaeeri, M., & et al. (2013). Comparing the influence of drug therapy and neurofeedback training on reduction of anxiety symptoms and Life quality of generalized anxiety disorder (GAD) patients. *Clinical Psychology & Personality*, 2(7), 1-14. (Persian.)
- Nakao, T., Nakagawa, A., Yoshiura, T., Nakatani, E., & et al. (2005). Brain activation of patients with obsessive-compulsive disorder during neuropsychological and symptom provocation tasks before and after symptom improvement: A functional Magnetic Resonance Imaging study. *Biological Psychiatr*, 57(8), 901-910.
- Nakatani, E., Nakagawa, A., Ohara, Y., Goto, S., & et al. (2003). Effects of behavior therapy on regional cerebral blood flow in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 124(2), 113-120.
- Rafiei, M., & Seifi, A. (2013). An investigation into the reliability and validity of Beck anxiety inventory among the university students. *Thought & Behavior in clinical Psychology*, 7(27), 43-50. (Persian.)
- Rahimi, Ch. (2014). Application of the Beck depression inventory- II in Iranian university students. *Clinical Psychology & Personality*, 2(10), 173-188. (Persian.)
- Sepehrmanesh, Z., Ahmadvand, A., Moravveji, S.A., & Ghoreishi, F.S. (2014). Comparing the effects of fluoxetine and fluvoxamine in the treatment of children and adolescents with depression. *Journal of Kashan University of Medical Sciences*, 18(3), 211-219. (Persian.)
- Shareh, H., Gharraee, B., Atef-Vahid, M.K., & Eftekhari, M. (2010). Metacognitive therapy (MCT), Fluvoxamine, and combined treatment in improving obsessive-compulsive, depressive and anxiety symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 4(2), 17-25. (Persian.)
- Smulevich, A.B., Ilyina, N.A., & Chitlova, V.V. (2015). Fluvoxamine in treatment of depression in Russian patients: An open-label, uncontrolled and randomized multicenter observational study. *Open Journal of Psychiatry*, 5, 320-329.
- Solem, S., Myers, S.G., Fisher, P.L., Vogel, P.A., & et al. (2010). An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: replication and extension. *Journal of Anxiety Disorders*, 24(1), 79-86.
- Surmeli, T., & Ertem, A. (2011). Obsessive compulsive disorder and the efficacy of QEEG-guided neurofeedback treatment: a case series. *Clinical EEG and Neuroscience*, 42(3), 195-201.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression* (2nd ed). Translated by: Sh. Mohammadkhani (2011). Tehran: Varayedanesh. (Persian).

Journal of
Thought & Behavior in Clinical Psychology
Vol. 9 (No. 38), pp. 37-46, 2016

The effectiveness of meta-cognitive therapy, neurofeedback and fluvoxamine on anxiety, depression and symptoms of Obsessive-compulsive disorder

Pourebrahimi, Mahboobeh

Amirteimuri, Reza

Bani-Asadi, Hassan

Received: March 14, 2016

Accepted: Jan 14, 2016

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is one of the most disabling anxiety disorders, with multi-dimensional and complex nature that requires ongoing investigations and treatments strategies. The aim of this study is to compare the efficacy of metacognitive therapy (MCT), neurofeedback and treatment with fluvoxamine on anxiety, depression and symptoms of obsessive-compulsive disorder in patients. Therefore, in a quasi-experimental study with pretest, posttest, and control group, 40 patients with OCD were selected through purposive sampling method from clients referred to Kerman's Center of Psychiatry and Psychology in Kerman, and randomly assigned into three experimental groups and one control group. Each experimental group experienced 10 weeks of treatment. The participants were evaluated for OCD symptoms, anxiety, and depression before and after treatment. Covariance analysis showed that the efficacy of three methods were effective on reducing symptoms of obsessive-compulsive disorder, anxiety and depression. Comparison of the results showed that MCT has greater effectiveness than two other treatments and that neurofeedback therapy is more effective than pharmacotherapy in decreasing anxiety. It seems that meta-cognitive therapy and neurofeedback are effective in improving anxiety, depression and obsessive-compulsive symptoms in patients with OCD.

Keywords: meta-cognitive therapy, neurofeedback, fluvoxamine, obsessive-compulsive disorder

Electronic mail may be sent to: talaeinejad_n@yahoo.com