

اثربخشی درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری مذهبی و آلودگی

فرزاد فرهودی^۱، جواد صالحی فدردی^{۲*}، علی غنایی چمن آباد^۳، سیدحمید میرحسینی^۴

مقاله پژوهشی

مقدمه: هدف پژوهش حاضر مقایسه تاثیر درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری از نوع مذهبی و آلودگی بود.

روش بررسی: روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. ۶۰ نفر از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری با وسواس مذهبی و وسواس آلودگی با استفاده از مصاحبه تشخیصی و پرسش‌نامه‌های ییل‌براون و مقیاس وسواس مذهبی پن، به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ در قالب نه جلسه چهل و پنج دقیقه‌ای به صورت فردی برای دو گروه آزمایش اجرا شد. داده‌های حاصله از طریق نرم‌افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 16 و مدل آماری تحلیل کوواریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

نتایج: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بن‌فرونی بیانگر تاثیر درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در کاهش وسواس فکری، عملی و نمره کل اختلال وسواسی جبری گروه‌های آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل بود ($P \leq 0/001$). با توجه به آزمون تعقیبی بن‌فرونی بین گروه وسواس مذهبی و گروه‌های وسواس آلودگی و گروه کنترل در متغیر وسواس فکری ($p < 0/05$) تفاوت معناداری وجود دارد، بین گروه وسواس مذهبی و گروه وسواس آلودگی در متغیر وسواس عملی ($p < 0/15$) تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ با کاهش علائم فکری و عملی اختلال وسواسی جبری در هر دو گروه بیماران مبتلا به وسواس آلودگی و وسواس مذهبی همراه بوده است ولی پاسخ‌دهی گروه مبتلا به اختلال وسواسی جبری از نوع مذهبی در مقایسه با گروه مبتلا به وسواس آلودگی کمتر بوده است.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی جبری آلودگی، اختلال وسواسی جبری مذهبی، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ

IRCT ID: IRCT20190514043591N1

ارجاع فرهودی: فرزاد، صالحی فدردی جواد، غنایی چمن آبادی علی، میرحسینی سیدحمید. اثربخشی درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری مذهبی و آلودگی. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد ۱۳۹۸؛ ۲۷ (۱۱): ۲۰۹۹-۲۱۱۱

۱- کاندیدای دکتری روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

۲- استاد روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

۳- دانشیار علوم اعصاب شناختی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی، مشهد، ایران

۴- استادیار علوم اعصاب شناختی، گروه روانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی، یزد، ایران

* (نویسنده مسئول): تلفن: ۰۵۱۳۸۸۰۵۸۶۷، پست الکترونیکی: s.fadardi@um.ac.ir، صندوق پستی: ۳۳۱۹۱۱۸۶۵۱

مقدمه

به‌طور کلی، اختلال وسواس-اجبار را می‌توان به این شکل تعریف کرد؛ وسواس‌های فکری شامل افکار، تکانه‌ها و تصاویر ذهنی بازآیند و مقاوم هستند که اضطراب و ناراحتی بارزی را به‌وجود می‌آورند و وسواس‌های عملی در قالب رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی است که فرد برای انجام دادن آن‌ها احساس اجبار می‌کند. این وسواس‌های فکری و عملی ناراحتی زیادی را باعث می‌شوند و زندگی فردی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی فرد را مختل می‌کند (۱). فراوان‌ترین شکل اختلال وسواس را به‌ترتیب می‌توان نگرانی در مورد آلودگی، شک مرضی، نیاز به تقارن و وسواس‌های پرخاشگرانه، جنسی و غیره دانست. در مورد اجبارها می‌توان به ترتیب شستشو، چک کردن، محاسبه کردن را نام برد (۲). هرچند به نظر می‌رسد در کشور ایران بیشترین فراوانی را وسواس‌های نجس و پاکی شامل می‌شود که این پدیده با توجه به دیدگاه مذهبی افراد توجیه‌پذیر است (۳). از منظر علت شناختی در زمینه اختلال وسواسی جبری می‌توان به وراثت اشاره کرد. این اختلال در بین ۵ تا ۱۱ درصد بستگان درجه اول مبتلایان دیده شده است (۴). فرضیه سروتونین همانند بسیاری از اختلالات دیگر در مورد اختلال وسواسی اجباری نیز مطرح است. نقص در عملکرد سروتونرژیک در اختلال وسواس از طریق اثربخشی داروهای ضدافسردگی که در مهار بازجذب سروتونین نقش دارند به وضوح به تأیید رسیده است (۵). به‌علاوه، نظام دوپامین نیز به‌عنوان کاندید دیگری در علت‌شناسی اختلال وسواسی-جبری مطرح است (۶). در سال‌های اخیر، در بین بسیاری از نظراتی که در زمینه علت‌شناسی وسواس مطرح شده است کمبودها و نقائص عصب-روانشناختی در مغز مورد توجه زیادی قرار گرفته است (۷). یکی از انواع وسواس، وسواس مذهبی scrupulosity است. اصطلاح وسواس مذهبی زمانی به‌کار می‌رود که ترس‌های وسواسی و تشریفات اجباری دارای محتوای مذهبی یا اخلاقی باشند. وسواس‌های مذهبی گاهی به‌عنوان یک زیرمجموعه مجزا از اختلال وسواس و گاهی به شکل وسواس‌های جنسی یا پرخاشگرانه دسته‌بندی می‌شوند (۸).

اسکروپلاسیتی (اختلال وسواسی-جبری مذهبی)، زیرمجموعه شایعی از اختلال وسواسی-جبری است که با ترس‌های مذهبی و اخلاقی مشخص می‌شود (۹). در بعضی از فرهنگ‌ها ۴۰ تا ۶۰ درصد از افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، وسواس‌های مذهبی را تجربه می‌کنند (۱۰). در مورد کشور ایران، هنوز گزارشی از آمار افراد مبتلا به وسواس‌های مذهبی و به‌خصوص وسواس با زمینه نجس و پاکی در دسترس نیست. ارتباط موجود بین اسکروپلاسیتی و ملاحظات مذهبی پیچیده است. از یک طرف، بیماران ممکن است اجبارهای خود را به‌عنوان موفقیت یا تلاش‌های ستودنی در اجتناب از گناه ببینند. از طرف دیگر، اجبارها باعث آشفتگی می‌شوند و توسط ترس‌ها و نگرانی‌های فرد مبتلا برانگیخته می‌گردند و ممکن است نهایتاً با اعمال یا ملاحظات مذهبی تداخل منفی داشته باشند. متخصصان بالینی، معتقدند که یکی از راه‌های ایجاد انگیزه برای درمان در مبتلایان به اختلال وسواس مذهبی تأکید بر تداخلی است که این وسواس‌ها در انجام درست اعمال مذهبی و ارتباط عمیق با خدا دارند (۱۱-۱۳). یکی دیگر از انواع اختلال وسواسی جبری بر اساس پنجمین چاپ دستنامه تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، نوع فرعی وسواس آلودگی contamination است. اختلال وسواسی-جبری آلودگی شامل افکار، تصاویر و تکانه‌های مربوط به آلودگی، میکروب‌ها، عفونت و انتقال بیماری است، که نوعاً آزاردهنده، تکراری و از نظر تصور احتمال آلودگی، وسعت وجود میکروب و احتمال بیماری‌زایی افراطی و مبالغه‌آمیز است. این وسواس‌های مرتبط با آلودگی موجب ترس، نفرت (چندش disgust)، ناراحتی و یا آشفتگی می‌شوند و غالباً باید به رفتارها، عادات یا تشریفات rituals (اجبارها) التیام‌بخش منجر شوند تا نگرانی را کاهش دهند (۱۴). شیوع در طول عمر اختلال وسواسی جبری بین ۲ تا ۳ درصد گزارش شده است (۱۵) و در حدود نیمی از این بیماران علائم مرتبط با آلودگی را گزارش کرده‌اند (۱۶). هرچند در مورد کشور ایران به‌نظر می‌رسد آمار تا اندازه‌ای متفاوت باشد و نسبت وسواس‌های مرتبط با آلودگی که به شکل وسواس‌های مذهبی (نجس و پاکی) نمایان می‌شود

از تحقیقات با تجربیات کلینیکی و اولویت‌های (ارزش‌های) بیماران در رابطه با ارزیابی، وضعیت درمانی، ترغیب بیمار، چالش با عقاید وسواسی و کمک گرفتن از یک روحانی مورد تاکید بسیار قرار گرفته است (۱۲،۱۳).

با توجه به مسائل طرح شده و فراوانی چشمگیر اختلال وسواسی جبری با ماهیت مذهبی در کشور ما بررسی میزان اثربخشی درمان‌های رایج اختلال وسواس در ارتباط با وسواس‌های مذهبی ضروری به نظر می‌رسد. چراکه تاکنون نه تنها پژوهش مستقلی برای بررسی کارآمدی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای درمان اختلال وسواس با ماهیت مذهبی در کشور ما انجام نشده بلکه مقایسه‌ای هم مبنی بر اثربخشی این درمان در دو گروه وسواس‌های رایج یا غیرمذهبی با اختلال وسواس مذهبی صورت نگرفته است. با توجه به این نکته و توجه به نارسایی و شکاف‌های پژوهشی در زمینه تاثیرگذاری رویکرد مواجهه و جلوگیری از پاسخ هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه تاثیر رفتار درمانی شناختی با رویکرد مواجهه و جلوگیری از پاسخ در کاهش علائم وسواس در افراد مبتلا به اختلال وسواسی جبری از نوع آلودگی و مذهبی بوده است.

روش بررسی

طرح پژوهش شبه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل است که دو گروه آزمایش مبتلا به دو نوع اختلال وسواسی جبری آلودگی و اختلال وسواس مذهبی (اسکروپولاسیتی) و یک گروه گواه متشکل از هر دو نوع وسواس آلودگی و مذهبی را شامل می‌شود. جامعه این مطالعه افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ساکن شهر یزد هستند. نمونه این پژوهش بر اساس اندازه اثر ۰/۴۰ و با استفاده از نرم‌افزار G Power برآورد شد. گرچه در پژوهش‌های مذکور غالباً اندازه‌های اثر بیشتر از عدد یک در نظر گرفته شده، با توجه به جدید بودن این کار در ایران اندازه اثر در حد ۰/۴۰ در نظر گرفته شد. در ابتدا حجم نمونه بر اساس G Power برابر با ۶۶ نفر به دست آمد که با احتساب احتمال ریزش با افزایش ۲۰ درصدی برابر با ۷۵ نفر در نظر گرفته شد ولی در نهایت برای هر گروه تعداد ۲۲ نفر محقق شد. این افراد از بین افراد مراجعه

تا اندازه‌ای متفاوت باشد. البته پژوهش معتبری در این مورد وجود ندارد. تنها درمان روانشناختی که به شکل تجربی برای اختلال وسواس اجباری حمایت شده است، رفتار درمانی شناختی است که شامل مواجهه و جلوگیری از پاسخ بوده است (۱۷). مواجهه دربرگیرنده رویارویی‌های منظم، مکرر و طولانی با محرک است که اضطراب و تمایل به انجام تشریفات اجباری را بر می‌انگیزد. بازداری از پاسخ به معنای ممانعت از انجام تشریفات اجباری است. هدف مواجهه و جلوگیری از تشریفات برای بیمار مبتلا به اختلال وسواس اجباری این است که بداند که اضطراب وسواسی ادامه نمی‌یابد و رفتار اجتنابی یا تشریفات اجباری برای دفع صدمه غیرضروری است (۱۸). در مطالعاتی که در مورد اثربخشی درمان‌های رفتاری یا دارو درمانی بر روی اختلال وسواسی جبری با ماهیت مذهبی صورت گرفته است نتایج متفاوتی به دست آمده است. برخی پژوهش‌ها پیامدهای ضعیفی برای درمان این اختلال گزارش کرده‌اند (۱۹،۲۰) و برخی این گونه درمان‌ها را اثربخش دانسته‌اند (۲۱).

برخی محققین بر این عقیده‌اند که درمان‌های رایج برای درمان اختلال وسواسی جبری می‌تواند در درمان اختلال وسواسی جبری با علائم مذهبی نیز موثر باشد مشروط به اینکه ارزش‌های مذهبی فرد نیز در ارائه تمرینات مواجهه‌ای مورد نظر قرار گیرد (۱۳). در این زمینه پژوهشگران چنین بیان می‌کنند که اختلال وسواس مذهبی یا اسکروپولاسیتی چه از طریق دارودرمانی تلفیق شده با مواجهه و کاهش اجبارها، چه رفتاردرمانی شناختی نظام‌دار شامل رویارویی و جلوگیری از پاسخ باشد در مقایسه با درمان اختلال وسواسی-جبری غیرمذهبی نیازمند توجه ویژه و متفاوت است. با توجه به جنبه‌های خاص وسواس مذهبی و تعامل بالقوه این جنبه‌ها با عقاید مذهبی فرد، پیوند دادن نیازهای درمانی بیماران مذهبی با حساسیتی که در مورد باورها و عقاید مذهبی آن‌ها هست باید مورد اهمیت قرار گیرد. بهترین نمونه از نیاز به توجه به این حساسیت‌ها در پژوهش سکت و همکاران (۲۰۰۰)، در مورد درمان‌های مبتنی بر شواهد برای اختلال وسواس مذهبی به چشم می‌خورد. به عبارتی، تلفیق بهترین یافته‌های تجربی اخیر

کننده به کلینیک‌های روانپزشکی و روانشناسی شهر یزد انتخاب شدند. در گروه گواه به تعداد مساوی از بیماران با وسواس مذهبی و آلودگی جای‌گماری شدند. برای تشخیص دقیق‌تر اختلال وسواسی جبری در بیماران پرسش‌نامه ییل‌براون بوسیله افراد تکمیل شد و مصاحبه تشخیصی با در نظر گرفتن علائم پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی نیز انجام گرفت. باید یادآوری کرد که در انتخاب نمونه مناسب برای پژوهش از میان بیماران که نمره اختلال وسواسی جبری آن‌ها بالاتر از نمره برش پرسش‌نامه ییل‌براون بود انتخاب شدند. در ادامه برای شناسایی افراد با وسواس‌های مذهبی از پرسش‌نامه پن استفاده شد. در این قسمت بیمارانی که دارای نمره بالاتری در پرسش‌نامه وسواس مذهبی پن بودند به‌عنوان گروه بیماران با وسواس مذهبی جای‌گماری شدند و برای شناسایی بیماران با وسواس آلودگی به شرح حال و مصاحبه تشخیصی بیماران استناد شد. در نهایت تعداد ۶۶ نفر از بیماران انتخاب شدند و پس از همگن‌سازی آن‌ها از نظر متغیرهایی چون میزان تحصیلات، جنس، شدت علائم اختلال، و پس از اعلام رضایت برای شرکت در مطالعه به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و گروه کنترل (هر گروه ۲۲ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود برای شرکت‌کنندگان در این پژوهش شامل مواد ذیل است: تشخیص اختلال وسواسی جبری از طریق مصاحبه بالینی ساختار یافته بر اساس معیارهای DSM-IV، کسب حداقل نمره برای تشخیص اختلال وسواسی جبری در مقیاس وسواس فکری عملی ییل-براون و سیاهه وسواس مذهبی پن، سطح تحصیلات حداقل سیکل، دامنه سنی ۶۰-۱۸ سال. معیارهای خروج هم، وجود همزمان اختلال سایکوتیک، اختلالات اضطرابی، اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی، اختلال چشمگیر عصب شناختی مثل صرع، سابقه ضربه شدید به سر، ضعف در بینایی و شنوایی، اختلال شخصیت و مصرف مواد یا مصرف همزمان دارو به‌مدت کمتر از دو سال و غیبت بیش از ۲ جلسه در نظر گرفته شد. لازم به‌ذکر است که گروه‌ها با ریزش مواجه شدند و داده‌های حاصل از ۶۰ نفر از شرکت‌کنندگان مورد تحلیل آماری قرار

گرفت. مقیاس وسواس فکری عملی ییل-براون، یک مصاحبه نیمه‌ساخت یافته بالینی است که شامل ۱۰ گویه برای سنجش شدت علائم وسواس است. وسواس‌ها و اجبارها به‌طور جداگانه اندازه‌گیری می‌شود. برای هر بخش دامنه نمرات بین صفر تا ۲۰ است و یک نمره مجموع نیز در دامنه صفر تا ۴۰ به دست می‌دهد. علائم بر روی یک مقیاس لیکرت پنج‌گزینه‌ای در دامنه صفر (بدون علامت) تا چهار (علائم شدید) نمره‌گذاری می‌شود (۲۲). داده‌های مربوطه اعتبار و روایی این آزمون را مطلوب توصیف کرده‌اند. برای مثال، اصفهانی و همکاران (۱۳۹۰)، ثبات درونی این آزمون را ۰/۹۵ و اعتبار دونیمه‌سازی و بازآزمایی آن را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۹ گزارش کرده‌اند (۲۳). پرسش‌نامه وسواس مذهبی پن، یک مقیاس خود گزارش‌دهی شامل ۱۹ گویه هست که برای ارزیابی وسواس‌های مذهبی شکل گرفته است. گویه‌ها در یک مقیاس ۵ نمره‌ای از صفر (هرگز) تا ۴ (غالباً) نمره‌گذاری شده‌اند. این پرسش‌نامه از دو زیر مقیاس تشکیل شده است؛ یک اندازه از وجود ترس‌هایی در ارتکاب گناه (ترس از گناه؛ به‌عنوان مثال، من می‌ترسم که افکار جنسی داشته باشم)، و دیگری اندازه‌ای از ترس از مجازات شدن توسط خداوند (ترس از خدا؛ به‌عنوان مثال، نگران این هستم که خدا از دست من ناراحت باشد) (۲۴).

روش اجرای پژوهش: در ابتدا از بین مراجعانی که با شکایت وسواس به کلینیک مغز و اعصاب و روان بهمن یزد مراجعه کرده بودند و افرادی که از طریق فراخوان در شبکه‌های اجتماعی داوطلب شده بودند با استفاده از مصاحبه بالینی و سپس مقیاس وسواس فکری عملی ییل-براون مواردی که واجد تشخیص اختلال وسواسی-جبری بودند انتخاب شدند. سپس بر روی تمامی افراد پرسش‌نامه وسواس مذهبی پن اجرا شد تا بر اساس نمرات این ابزار و همچنین مصاحبه تشخیصی انجام شده مراجعین مبتلا به وسواس مذهبی شناسایی شوند. سپس افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری از نوع آلودگی و افراد مبتلا به اختلال وسواس مذهبی پس از همتاسازی از نظر متغیرهایی مثل سن و جنس در دو گروه آزمایش ۲۲ نفری جایگذاری شدند و تعداد ۲۲ نفر از مبتلایان به وسواس که

نیمی از آن‌ها را اختلال وسواس مذهبی تشکیل می‌داد در گروه گواه قرار گرفتند. با توجه به تصمیم پژوهش‌گر و ریزش درصد کمی از مراجعین در نهایت در هر گروه تعداد ۲۰ نفر منحصراً جنس مونث مورد تحلیل آماری قرار گرفتند. محتوای طرح درمانی روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ بود که از دستورالعمل آبراموویتز (۲۰۰۶) اقتباس شده بود (۱۷).

جدول ۱: محتوای درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ

جلسه اول: برقراری ارتباط درمانی. کسب شرح حال و به دست آوردن اطلاعات در مورد سابقه اختلال وسواس مراجع و همچنین توضیح سبب شناسی اختلال وسواس و آموزش در مورد روش درمانی و بستن قرارداد درمانی - ارائه تکلیف منزل در رابطه با ثبت موقعیت‌ها و رفتارهای وسواسی - گرفتن بازخورد - ختم جلسه

جلسه دوم: پل زدن از جلسه قبل - مرور تکالیف منزل - تهیه سلسله مراتب از رفتارها و موقعیت‌های وسواسی و مورد اجتناب و طراحی جلسات اول مواجهه و آموزش تکنیک‌های بازداری از پاسخ - توضیح منطق روش درمانی - ارائه تکلیف منزل - گرفتن بازخورد - ختم جلسه

جلسه سوم: مرور تکالیف - بررسی عملکرد بیمار در موقعیت‌های مواجهه‌ای مشخص شده - دادن بازخورد - ارائه تکلیف منزل با توجه به سلسله مراتب تعیین شده - گرفتن بازخورد - ختم جلسه

جلسه چهارم به بعد: مرور تکالیف - بررسی عملکرد بیمار در موقعیت‌های مواجهه‌ای مشخص شده - ارائه بازخورد - مواجهه با چند ماده بعدی سلسله مراتب، بررسی موانع موجود بر سر راه بازداری از پاسخ - گرفتن بازخورد - ختم جلسه

جلسات انتهایی (رسیدن به بالاترین نمرات در سلسله مراتب مواجهه): مرور تکالیف - بررسی عملکرد بیمار در موقعیت‌های مواجهه‌ای مشخص شده - ارائه بازخورد - مواجهه کامل با تمام موارد سلسله مراتب افکار وسواسی و موقعیت‌های مورد اجتناب، کمک به بیمار جهت قطع رفتارهای وسواسی - آماده کردن مراجع برای اتمام دوره درمانی و پیشنهاد راهکارهایی برای حفظ نتایج درمان

جلسات تقویتی: بررسی حفظ بهبودی مراجع پس از اتمام درمان - بررسی رفتارهای احتمالی وسواسی عود کرده - ادامه مواجهه و جلوگیری از پاسخ در صورت نیاز

نتایج

در جدول ۲ شاخص‌های آماری نمرات دو گروه در زیرمقیاس وسواس فکری و عملی و علائم اختلال وسواسی جبری در مقیاس ییل براون ارائه شده است. به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون در تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس چند متغیری و در ادامه از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شد. تحلیل کوواریانس دارای مفروضه‌هایی از جمله همگنی شیب‌های رگرسیونی میان متغیر تصادفی (پیش‌آزمون) و متغیرهای وابسته است که در این پژوهش شیب‌های خط رگرسیون در تمامی متغیرهای مورد مطالعه موازی بودند. در این مطالعه تعامل گروه و پیش‌آزمون برای متغیرهای وسواس عملی ($F=1/54$ و $p > 0/05$) و علائم وسواس فکری ($F > 0/05$) و $p > 1/68$ و علائم اختلال وسواسی جبری ($F > 0/05$) و $p > 1/87$) معنادار نبود، از این رو می‌توان گفت که این پیش‌فرض رعایت شده است. از دیگر مفروضه‌های تحلیل

تجزیه و تحلیل آماری

با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و در ادامه از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS Inc., Chicago, IL; Version 16 تجزیه و تحلیل شد.

ملاحظات اخلاقی

تمام مراحل درمان براساس کنوانسیون هلسینکی اجرا شد و از آزمودنی‌ها رضایت‌نامه کتبی گرفته شد. به منظور رعایت موازین اخلاقی، آزمودنی‌های گروه کنترل پس از پایان پژوهش، ۸ جلسه درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ را دریافت کردند. پروپوزال این پژوهش توسط دانشگاه فردوسی مشهد تایید شده است (کد اخلاق: 1398.049 IR.UM.REC).

تفاوت گروه‌ها در متغیرهای علایم وسواس فکری، عملی و نمره کل اختلال وسواسی جبری از تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای آزمودن اثر گروه یا مداخله (درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ) بر متغیر وابسته (وسواس‌های عملی) باید اثر پیش‌آزمون به‌عنوان عامل همپراش زوده شود. نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله با حذف یا زدودن متغیر همپراش نیز از لحاظ آماری ($F=0/51$ ؛ $p < 0/001$ و $F(1 و 56) = 29/41$) معنادار بوده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی مواجهه و جلوگیری از پاسخ باعث تغییر در گروه‌ها شده است. از طرف دیگر نتایج نشان داد که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کاهش علایم وسواس‌های فکری تاثیرگذار بوده است ($F=0/56$ ؛ $p < 0/001$ و $F(1 و 56) = 36/57$) و این درمان توانسته است میزان علایم وسواس‌های فکری را کاهش دهد.

کواریانس همگنی واریانس‌هاست که در این مطالعه برای بررسی همگنی واریانس‌های دو گروه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. آزمون لوین محاسبه شده در مورد هیچ یک از متغیرهای مورد بررسی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود، وسواس عملی ($p > 0/052$) و $F=2/457$ ، وسواس فکری ($p > 0/061$) و $F=1/325$ علایم اختلال وسواسی جبری ($p > 0/063$ و $F=2/69$)، بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها نیز تایید شد. از این‌رو، با توجه به برقراری مفروضه‌های اصلی این آزمون، مجاز به استفاده از این آزمون آماری هستیم. نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد عضویت گروهی اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون داشته است ($F=0/42$ ؛ $p = 0/001$)، لذا این فرض که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر علایم وسواس فکری، عملی و نمره کل اختلال تاثیر دارد تایید گردید. در ادامه برای مشخص شدن

جدول ۲: آماره‌های توصیفی وسواس فکری، عملی و نمره کل مقیاس بیل براون بین سه گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	گروه	میانگین \pm انحراف معیار
پیش‌آزمون وسواس فکری	آزمایشی با وسواس مذهبی	15/30 \pm 1/93
	آزمایشی با وسواس الودگی	15/25 \pm 2/02
	کنترل	15/10 \pm 1/95
پس‌آزمون وسواس فکری	آزمایشی با وسواس مذهبی	12/70 \pm 2/50
	آزمایشی با وسواس الودگی	9/25 \pm 2/11
	کنترل	15/10 \pm 1/81
پیش‌آزمون وسواس عملی	آزمایشی با وسواس مذهبی	15/25 \pm 1/83
	آزمایشی با وسواس الودگی	15/20 \pm 2/10
	کنترل	15/05 \pm 1/87
پس‌آزمون وسواس عملی	آزمایشی با وسواس مذهبی	11/15 \pm 2/05
	آزمایشی با وسواس الودگی	9/50 \pm 2/33
	کنترل	15/40 \pm 2/15
پیش‌آزمون مقیاس بیل براون	آزمایشی با وسواس مذهبی	30/55 \pm 2/48
	آزمایشی با وسواس الودگی	30/45 \pm 2/56
	کنترل	30/15 \pm 2/30
پس‌آزمون مقیاس بیل براون	آزمایشی با وسواس مذهبی	23/85 \pm 3/51
	آزمایشی با وسواس الودگی	18/75 \pm 2/82
	کنترل	30/25 \pm 3/17

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری علایم و سواس فکری، عملی و علایم کلی اختلال و سواسی جبری سه گروه آزمایش و کنترل

شاخص	مقدار	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
لامبدای ویلکز	۰/۳۳۲	۱۹/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس متغیر علایم و سواس عملی مقیاس بیبل براون سه گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری	مجذور اتا
وسواس عملی	پیش‌آزمون	۱۰۶/۳۳	۱	۱۰۶/۳۳	۱۶/۱۸	۰/۰۰۱	۰/۲۲
	گروه	۳۸۶/۶۰	۲	۱۹۳/۳۰	۲۹/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۵۱
	خطا	۳۸۶/۰۱	۵۶	۶/۵۷	-	-	-
	کل	۹۵۰۹	۶۰	-	-	-	-

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس متغیر علایم و سواس های فکری دو گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
علایم و سواس های فکری	پیش‌آزمون	۱۵۴/۰۱	۱	۱۵۴/۰۱	۳۳/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷
	گروه	۳۳۲/۳۸	۲	۱۶۶/۱۹	۳۶/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۶
	خطا	۲۵۴/۴۸	۵۶	۴/۵۴	-	-	-
	کل	۹۷۵۶	۶۰	-	-	-	-

جدول ۶: نتایج تحلیل کوواریانس متغیر علایم اختلال و سواس های فکری عملی کل سه گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنا داری	مجذور اتا
علایم و سواس های فکری و عملی کل	پیش‌آزمون	۴۲۲/۵۸	۱	۴۲۲/۵۸	۲۶/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲
	گروه	۱۳۹۶/۹۴	۲	۶۹۸/۴۷	۴۴/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	خطا	۸۷۷/۴۷	۵۶	۱۵/۶۶	-	-	-
	کل	۳۸۰۰۹	۶۰	-	-	-	-

نتایج نشان داد که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کاهش علایم اختلال و سواسی جبری تاثیرگذار بوده است ($F(1, 56) = 44/57$ و $p < 0/001$ ؛ $\eta^2 = 0/61$) نتایج نشان داد که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کاهش علایم اختلال و سواسی جبری را کاهش دهد. به منظور مقایسه های گروهی در پس‌آزمون از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. بر اساس این آزمون بین گروه وسواس مذهبی و گروه های وسواس آلودگی و گروه کنترل در متغیر وسواس فکری ($p < 0/05$) تفاوت معناداری وجود دارد، به این معنا که در پس‌آزمون، میانگین وسواس فکری

گروه وسواس مذهبی بیشتر از گروه وسواس الودگی و کمتر از گروه کنترل بوده است. در این باره می‌توان چنین نتیجه گرفت که نمره وسواس فکری در گروه با وسواس مذهبی در مقایسه با گروه وسواس آلودگی کاهش کمتری را بعد از مداخله نشان می‌دهد. بین گروه وسواس مذهبی و گروه وسواس آلودگی در متغیر وسواس عملی ($p < 0/15$) تفاوت معناداری وجود ندارد. به این معنا که در پس‌آزمون میانگین نمرات وسواس عملی این دو گروه تفاوتی با یکدیگر دارند و مداخله توانسته است به یک میزان وسواس عملی هر دو گروه را کاهش دهد. بین گروه

وسواس مذهبی، گروه وسواس آلودگی و گروه کنترل در متغیر وسواس فکری ($p < 0/05$) تفاوت معناداری وجود دارد به این معنا که گروه وسواس مذهبی و گروه وسواس آلودگی میانگین نمرات کمتری را در مقایسه با گروه کنترل بدست آورده‌اند. بر اساس آزمون تعقیبی بن‌فرونی بین‌گروه وسواس مذهبی و گروه‌های وسواس آلودگی و کنترل در متغیر نمره کل اختلال وسواسی جبری ($p < 0/05$) تفاوت معناداری وجود دارد، به این معنا که در پس‌آزمون، میانگین اختلال وسواسی جبری گروه آزمایشی با وسواس مذهبی بیشتر از گروه آزمایشی با وسواس آلودگی و کمتر از گروه کنترل بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بیماران مبتلا به وسواس مذهبی و وسواس آلودگی انجام شده است. بر اساس یافته‌های پژوهش، بین میانگین گروه‌های آزمایش و کنترل در هر دو مولفه وسواس فکری و وسواس عملی تفاوت معنادار به لحاظ آماری در پس‌آزمون مشاهده شد که بیانگر موثر بودن درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بیماران مبتلا به وسواس مذهبی و وسواس آلودگی است. به‌طور دقیق‌تر، یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ با کاهش علائم فکری و عملی اختلال وسواسی جبری در هر دو گروه بیماران مبتلا به وسواس آلودگی و وسواس مذهبی همراه بوده است ولی پاسخ‌دهی گروه مبتلا به اختلال وسواسی جبری از نوع مذهبی در مقایسه به گروه مبتلا به وسواس آلودگی کمتر بوده است. با وجود ماهیت مزمن و در بسیاری از موارد مقاوم به درمان اختلال وسواسی-جبری در طی سه دهه گذشته تلاش‌های ارزشمندی در جهت تدوین یک درمان اثربخش برای اختلال وسواسی-جبری صورت گرفته است. پژوهش‌های مختلفی اثربخشی درمان شناختی رفتاری و به‌طور ویژه فنون مبتنی بر روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ را تایید کرده‌اند (۲۵). نتایج پژوهش حاضر در راستای یافته‌های غالب پژوهش‌هایی است که در زمینه اثربخشی روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ در درمان اختلال وسواسی-جبری انجام

شده است. از جمله این پژوهش‌ها مطالعه استورچ، ماریاسکین و مورفی است که در سال ۲۰۰۹ انجام شد. پژوهشگران در این مطالعه، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ را در مقایسه با دارونما، و توجه‌برگردانی مفیدتر یافتند و اثربخشی آن را مساوی و بالاتر از تجویز سرتونین اعلام کردند (۲۶). یافته‌های هزل و سیمپسون (۲۰۱۹)، نیز در راستای نتایج پژوهش حاضر است. آن‌ها در مطالعه‌ای مروری دریافتند که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در مقایسه با دیگر روان‌درمانی‌ها اثربخشی بالاتری در درمان اختلال وسواسی-جبری دارد. بر اساس این مطالعه، دو سوم از بیمارانی که این درمان را دریافت کرده‌اند در علائم خود بهبودی را تجربه کرده و حدود یک سوم از افراد تحت درمان بهبودی کامل یافته‌اند (۲۷). اوست، هون، هسن و کاویل (۲۰۱۵)، در یک فراتحلیل و مرور نظام‌مند از مطالعاتی که مابین سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۱۴ انجام شده بود دریافتند که تنها درمان روانشناختی که در جهت درمان اختلال وسواسی-جبری موثر واقع می‌شود رفتار درمانی شناختی است. این فراتحلیل شامل تمامی مطالعات کنترل شده تصادفی (۳۷ مورد) بر روی اثربخشی رفتاردرمانی شناختی در درمان اختلال وسواسی-جبری با استفاده از مقیاس وسواس فکری-عملی ییل براون بود. اندازه اثر برای مقایسه رفتاردرمانی شناختی (مواجهه و جلوگیری از پاسخ) با لیست انتظار برابر با ۱/۳۱ و در مقایسه با شرایط دارونما برابر با ۱/۳۳ بود که اندازه‌های بزرگی را نشان می‌دهد. رفتاردرمانی شناختی به‌طور چشمگیری بهتر از درمان به واسطه داروهای ضدافسردگی (۰/۵۵) بود. ولی درمان ترکیبی رفتار درمانی شناختی و دارودرمانی به‌طور چشمگیری بهتر از رفتاردرمانی شناختی همراه با دارونما نبود (۰/۲۵). یافته‌های مطالعه حاضر با فراتحلیل ذکر شده همسوست. مطالعاتی که در بین سال‌های ۱۹۸۷ تا ۲۰۱۰ مورد بررسی قرار گرفتند حاکی از اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با اندازه اثر متوسط به بالا بودند (۲۸). در این پژوهش نیز مجدد این یافته‌ها تایید شد. در مطالعه کریستنسن و همکاران (۱۹۸۷)، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با استفاده از گروه آزمایش و لیست انتظار اثربخش نشان داد. آبراموویتز (۱۹۹۷)، در فراتحلیل خود درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ را در مقایسه

وسواسی را معادل ارتکاب گناه خواهند دانست. از سوی دیگر برخی پژوهش‌ها همبستگی‌هایی را بین علائم وسواس مذهبی و ویژگی‌های باثبات و پایدار شخصیتی یافته‌اند. به‌عنوان مثال شدت صفات اختلال شخصیت وسواسی- جبری در مبتلایان به نوع مذهبی اختلال وسواسی- جبری در مقایسه با دیگران بالاتر است (۳۴). یا به‌عنوان مثال شدت میزان روان‌رنجورخویی به‌عنوان یکی از پنج عامل بزرگ و پایدار شخصیت در مبتلایان به اختلال وسواس مذهبی بالاتر است (۳۵). بالطبع مداخله در علائمی که احتمالاً برخاسته از صفات پایدار شخصیتی است از طریق رویکرد رفتاری و با تاکید صرف بر علائم رفتاری اختلال وسواس می‌تواند دشوارتر باشد.

نتیجه‌گیری

یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ با کاهش علائم فکری و عملی اختلال وسواسی جبری در هر دو گروه بیماران مبتلا به وسواس آلودگی و وسواس مذهبی (اسکروپولاسیتی) همراه بوده است. هرچند درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در این پژوهش اثربخشی خود را بر هر دو گونه از اختلال وسواسی- جبری نشان داده است اما مشخصاً اثربخشی این نوع درمان بر کاهش علائم وسواسی- جبری در اختلال وسواس از نوع غیر مذهبی چشمگیرتر بوده است. به معنای دیگر، این مطالعه اثربخشی ضعیف‌تر درمان شناختی رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر اختلال وسواس مذهبی را نشان می‌دهد. که این می‌تواند در نتیجه‌ی محتوای خاص وسواس‌های مذهبی و مقاومت بیشتر در جهت درمان و فروکش کردن علائم باشد.

سپاس‌گزاری

این مقاله حاصل رساله دکتری دانشگاه فردوسی مشهد می‌باشد که با حمایت معنوی و مالی دانشگاه فردوسی مشهد به انجام رسیده است. از تمامی شرکت‌کنندگان و همه کسانی که در جمع‌آوری داده‌ها همکاری نموده اند تشکر و قدردانی می‌کنیم.

تعارض منافع: وجود ندارد.

با گروه‌های کنترل فعال مورد بررسی قرار داد و نشان داد که رفتاردرمانی با اندازه اثر قابل قبول ۱/۱۸ موثرتر از آموزش تن-آرامی است. تحلیل‌های اخیر (روزا آلکلزار و دیگران، ۲۰۰۸)، نیز از اثربخشی مواجهه تجسمی و زنده در مقایسه با گروه گواه با مداخله کنترل توجه حمایت کرده‌اند(به نقل از مک‌کی و دیگران، ۲۰۱۵) (۱۸). هرچند در این پژوهش اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر هر دو نوع اختلال وسواس آلودگی و وسواس مذهبی مورد تایید قرار گرفت اما این یافته که این روش درمان اثربخشی ضعیف‌تری بر اختلال وسواسی- جبری از نوع مذهبی دارد می‌تواند مورد بحث و تبیین قرار گیرد. در زمینه بررسی اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ تحقیقات بسیار اندکی صورت گرفته که این موضوع در میان جمعیت مسلمان و خصوصاً در ایران تقریباً به صفر می‌رسد. معدود پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته نتایج متناقضی را گزارش کرده‌اند (۱۳،۲۹). یکی از دلایل اثربخشی ضعیف‌تر این روش درمانی می‌تواند ریشه در باورهای عمیق مراجع داشته باشد. فرهنگ‌های مذهبی در برخی موارد می‌تواند تقویت‌کننده و تشویق‌کننده حساسیت‌های افراطی مذهبی در افراد مبتلا هستند و در بسیاری مواقع علائم اختلال وسواسی - جبری مذهبی تعبیر به انجام درست مناسک مذهبی می‌شوند (۳۰،۳۱). این پدیده می‌تواند در شکل‌دهی اتحاد درمانی با بیمار ایجاد مشکل کند. به این معنا که امکان دارد تمارین مواجهه‌ای ارائه شده توسط درمانگر برای مراجع به معنای حمله به باورهای عمیق مذهبی وی تفسیر شود. بیماران ممکن است علائم وسواسی خود را به‌عنوان باورهای مذهبی معمولی در نظر بگیرند نه نشانه‌هایی از یک بیماری که باید مورد مداخله قرار گیرد. از این‌رو متقاعد شدن بیماران مبتلا به اختلال وسواس مذهبی برای پذیرش درمان و تعهد به راهبردهای درمانی دشوارتر به نظر می‌رسد (۳۲). با این وجود، طبق یافته‌ها میزان مذهبی بودن پیش‌بینی‌کننده ابتلا به اختلال وسواسی- جبری یا اسکروپولاسیتی نیست (۳۳). ولی به‌نظر می‌رسد تشابه زیاد علائم وسواسی- جبری مذهبی با آیین‌های مذهبی می‌تواند در کاهش رفتارهای وسواسی در بیماران خلل وارد کند چراکه دست کشیدن از تشریفات

References:

- 1- American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. 5th ed. American: American Psychiatric Pub; 2013: 173-75
- 2- Rasmussen SA, Eisen JL. *The Epidemiology and Differential Diagnosis of Obsessive-Compulsive Disorder*. J Clin Psychiatry 1994; 11-4.
- 3- Dadfar M, Bolhari J, Dadfar K, Bayanzadeh Sa. *Prevalence of the Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms*. Iranian J Psychiatry and Clinical Psychology 2001; 7(1): 27-33.
- 4- Taylor S. *Disorder-Specific Genetic Factors in Obsessive-Compulsive Disorder: A Comprehensive Meta-Analysis*. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet 2016; 171(3): 325-32.
- 5- Flament MF, Bisslerbe JC. *Pharmacologic Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Comparative Studies*. J Clin Psychiatry 1997; 58: 18-22.
- 6- Weinberg A, Kotov R, Proudfit GH. *Neural Indicators of Error Processing in Generalized Anxiety Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, And Major Depressive Disorder*. J Abnormal Psychol 2015; 124(1): 172-85.
- 7- Aouizerate B, Pujol H, Grabot D, Faytout M, Suire K, Braud C, et al. *Body Dysmorphic Disorder in a Sample of Cosmetic Surgery Applicants*. Eur Psychiatry 2003; 18(7): 365-8.
- 8- Abramowitz JS, McKay D, Storch EA, editors. *The Wiley handbook of obsessive compulsive disorders*. Wiley Blackwell 2017: 24-43
- 9- Mataix-Cols D, de la Cruz LF, Nordsletten AE, Lenhard F, Isomura K, Simpson HB. *Towards an International Expert Consensus for Defining Treatment Response, Remission, Recovery and Relapse in Obsessive-Compulsive Disorder*. World Psychiatry 2016; 15(1): 80-1.
- 10- Pirutinsky S, Siev J, Rosmarin DH. *Scrupulosity and Implicit and Explicit Beliefs about God*. J Obsessive-Compulsive and Related Disorders 2015; 6: 33-8.
- 11- Abramowitz JS. *Treatment of Scrupulous Obsessions And Compulsions Using Exposure and Response Prevention: A Case Report*. Cognitive and Behavioral Practice 2001; 8(1): 79-85.
- 12- Huppert JD, Siev J. *Treating Scrupulosity in Religious Individuals Using Cognitive-Behavioral Therapy*. Cognitive and Behavioral Practice 2010; 17(4): 382-92.
- 13- Huppert JD, Siev J, Kushner ES. *When Religion and Obsessive-Compulsive Disorder Collide: Treating Scrupulosity in Ultra-Orthodox Jews*. J Clin Psychol 2007; 63(10): 925-41.
- 14- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. 5th ed. American: American Psychiatric Pub; 2013: 178-80
- 15- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. *Lifetime Prevalence and Age-Of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication*. Arch Gen Psychiatry 2005; 62(6): 593-602.
- 16- Ball SG, Baer L, Otto MW. *Symptom Subtypes of Obsessive-Compulsive Disorder in Behavioral*

- Treatment Studies: A Quantitative Review*. Behav Res Ther 1996; 34(1): 47-51.
- 17- Abramowitz JS. *The Psychological Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder*. The Canadian J Psychiatry 2006; 51(7): 407-16.
- 18- McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, Matthews K, Veale D. *Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder*. Psychiatry Research 2015; 227: 104-13.
- 19- Ferrão YA, Shavitt RG, Bedin NR, De Mathis ME, Lopes AC, Fontenelle LF, et al. *Clinical Features Associated to Refractory Obsessive-Compulsive Disorder*. J Affect Disord 2006; 94(1-3): 199-209.
- 20- Rufer M, Grothusen A, Mass R, Peter H, Hand I. *Temporal Stability Of Symptom Dimensions in Adult Patients with Obsessive-Compulsive Disorder*. J Affect Disord 2005; 88(1): 99-102.
- 21- Abramowitz JS, Franklin ME, Schwartz SA, Furr JM. *Symptom Presentation and Outcome of Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder*. J Consult Clin Psychol 2003; 71(6): 1049-57.
- 22- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. *The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity*. Arch Gen Psychiatry 1989; 46(11): 1012-6.
- 23- Rajezi Esfahani S, Motaghipour Y, Kamkari K, Zhiredin A, Janbozorgi M. *Reliability And Validity of the Persian Version of The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-Bocs)*. Iran J Psychiatry And Clinical Psychology 2012; 17(4): 297-303.
- 24- Abramowitz JS, Huppert JD, Cohen AB, Tolin DF, Cahill SP. *Religious Obsessions and Compulsions in A Non-Clinical Sample: The Penn Inventory of Scrupulosity (PIOS)*. Behav Res Ther 2002; 40(7): 825-38.
- 25- Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JA. *Cognitive-Behavioral Therapy fFor Obsessive-Compulsive Disorder: A Meta-Analysis of Treatment Outcome and Moderators*. J Psychiatr Res 2013; 47(1): 33-41.
- 26- Storch EA, Mariaskin A, Murphy TK. *Psychotherapy for Obsessive-Compulsive Disorder*. Current Psychiatry Rep 2009;11(4): 296-301.
- 27- Hezel DM, Simpson HB. *Exposure And Response Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder: A Review and New Directions*. Indian J Psychiatry 2019; 61(Suppl 1): S85-92.
- 28- Öst LG, Havnen A, Hansen B, Kvale G. *Cognitive Behavioral Treatments of Obsessive-Compulsive Disorder. A Systematic Review and Meta-Analysis of Studies Published 1993-2014*. Clin Psychol Rev 2015; 40: 156-69.
- 29- Inozu M, Clark DA, Karanci AN. *Scrupulosity in Islam: A comparison of highly religious Turkish and Canadian samples*. Behav Ther 2012;43(1):190-202.
- 30- Deacon BJ, Vincent AM, Zhang AR. *Lutheran Clergy Members' Responses to Scrupulosity: The Effects of Moral Thought-Action Fusion and Liberal vs. Conservative Denomination*. J Obsessive-Compulsive and Related Disorders 2013; 2(2): 71-7.
- 31- Buchholz JL, Abramowitz JS, Riemann BC, Reuman L, Blakey SM, Leonard RC, Thompson KA. *Scrupulosity, Religious Affiliation and Symptom*

- Presentation in Obsessive Compulsive Disorder.* Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2019; 47(4): 478-92.
- 32- Horwitz B, Littman R, Greenberg D, Huppert JD. *A Qualitative Analysis of Contemporary Ultra-Orthodox Rabbinical Perspectives on Scrupulosity.* Mental Health, Religion & Culture 2019; 22(1): 82-98.
- 33- Greenberg D, Huppert JD. *Scrupulosity: A Unique Subtype of Obsessive-Compulsive Disorder.* Current Psychiatry Reports 2010; 12(4): 282-9.
- 34- Fang A, Siev J, Minichiello WE, Baer L. *Association between Scrupulosity and Personality Characteristics in Individuals with Obsessive-Compulsive Symptoms.* International J Cognitive Therapy 2016; 9(3): 245-59.
- 35- Inozu M, Kahya Y, Yorulmaz O. *Neuroticism and Religiosity: The Role of Obsessive Beliefs, Thought-Control Strategies and Guilt in Scrupulosity and Obsessive-Compulsive Symptoms among Muslim Undergraduates.* J Relig Health 2018: 1-7.

Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy based on Exposure and Response Prevention on Patients with Contamination Obsessive-Compulsive disorder and Scrupulosity

Farzad Farhoodi¹, Javad Salehi Fadardi², Ali Ghanaie Chamanabad³, Seyed Hamid Mirhoseini⁴

Original Article

Introduction: The aim of the present study was to compare the effectiveness of cognitive behavior therapy based on exposure and response prevention on the patients with contamination obsessive-compulsive disorder (OCD) and scrupulosity.

Methods: The method was semi-experimental pretest-posttest design by control group. Sixty OCD participants who were suffering from scrupulosity and contamination OCD were diagnosed by means of diagnostic interviewing, Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale and Penn inventory of scrupulosity. They were selected through convenience sampling method and were assigned in two experimental groups and one control group (each group 20). The cognitive behavioral therapy based on exposure and response prevention was performed on the subjects in nine individual sessions for 45 minutes for each experimental group. The data were analyzed using SPSS Inc., Chicago, IL; Version 16 by the multivariate analysis of covariance.

Results: The results of multivariate analysis of covariance and Bonferroni *post hoc* tests showed that cognitive behavioral therapy based on exposure and response prevention were effective in decreasing OCD in the experimental groups compared to the control group ($0.001 \geq P$). Bonferroni *post hoc* test showed that there was a significant difference between the scrupulosity group and the contamination group and control group on the obsession variable ($0.05 < P$). There was no significant difference between the contamination group and the scrupulosity group on the compulsion variable ($0.15 < p$).

Conclusion: The findings suggest that cognitive behavioral therapy based on exposure and response prevention could help alleviate symptoms of obsessive-compulsive disorder in both religious and contamination OCD.

Keywords: Scrupulosity, Contamination obsessive-compulsive disorder, Exposure and response prevention

Citation: Farhoodi F., Fadardi J S, Ghanaie Chamanabad A, Mirhoseini S.H. **Compare the effects of Cognitive Behavioral Therapy based on Exposure and Response Prevention on patients with Contamination Obsessive-Compulsive disorder and Scrupulosity.** J Shahid Sadoughi Uni Med Sci 2020; 27(11): 2099-2111.

¹Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Iran

²Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Iran

³Department of Education, Ferdowsi University of Mashhad, Iran

⁴Research Center of Addiction and Behavioral Sciences, Shahid Sadoughi University of Medical sciences, Yazd, Iran

*Corresponding author: Tel: 05138805867, email: j.s.fadardi@um.ac.ir