

اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ، بر شدت علائم اختلال وسواسی - جبری

تاریخ دریافت: ۹۱/۸/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۲/۵/۲

مهدی اصفهانی*، سعیده صفری**، محمدباقر کجباف***

چکیده

مقدمه: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کاهش علائم اختلال وسواسی - جبری، بوده است.

روش: بدین منظور تعداد ۲۰ نفر از مراجعان مبتلای داوطلب، به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس، انتخاب، و در دو گروه آزمایش (۱۰ نفر) و کنترل (۱۰ نفر) گمارش شدند. برای گروه آزمایش ۱۲ جلسه گروه درمانی مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ، به صورت هفتگی اجرا شد، اما گروه کنترل در معرض هیچ مداخله‌ای قرار نگرفتند. پرسشنامه‌ی وسواسی - جبری ییل براون در مرحله‌ی پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری مورد استفاده قرار گرفت. جهت تحلیل داده‌ها از روش‌های آماری توصیفی و تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد گروه درمانی مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ، منجر به کاهش معنی‌دار شدت نشانه‌های وسواسی - جبری گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. نتایج پیگیری سه ماهه نیز حاکی از تداوم معنادار اثربخشی مداخله بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان این گونه نتیجه‌گیری کرد که گروه درمانی مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ، می‌تواند به عنوان روش مؤثری در بهبود نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری به کار رود.
واژه‌های کلیدی: علائم وسواسی - جبری، گروه درمانی، مواجهه و جلوگیری از پاسخ

Esfahani.ma@yahoo.com

Bahar_s1368@yahoo.com

M.kajbaf@edu.ui.ac.ir

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

** نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

*** دانشیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

وسواس، فکر، کلمه یا تصویری است که به رغم اراده‌ی انسان، به هشیاری وی هجوم می‌آورد، سازمان روانی را تحت سیطره‌ی خود قرار می‌دهد و اضطراب گسترده‌ای را در فرد، بر می‌انگیزد. این افکار معمولاً با اعمالی همراه هستند که فرد علیرغم میل باطنی، خود را مجبور به انجام دادن آنها می‌داند و تصور می‌کند که اگر آن اعمال را انجام ندهد، حادثه‌ای وحشتناک که ماهیت آن نیز مشخص نیست، به وقوع خواهد پیوست [۱]. شایع‌ترین اعمال اجباری توأم با وسواس، عبارتند از تکرار یک رفتار خاص مانند شستن و تمیز کردن، شمردن، منظم کردن چیزها، وارسی کردن یا درخواست خاطر جمعی [۲]. اختلال وسواسی-جبری، اختلالی نسبتاً شایع است که به دلیل ماهیت ناتوان کننده‌ای که دارد، به طور بارزی بر توانایی‌های شخصی، کارایی شغلی، سازگاری اجتماعی و روابط بین فردی تأثیر می‌گذارد. مشخصه‌های ویژه‌ی این اختلال، مانند اضطراب و تشویش، ناتوانی در تصمیم‌گیری و اشتغال ذهنی مداوم، همه به گونه‌ای است که فرد را از داشتن یک زندگی سالم و طبیعی محروم می‌سازد [۲]. این اختلال، چهارمین اختلال روان‌پزشکی شایع در آمریکا محسوب می‌شود و شیوع آن بین ۱/۵ تا ۵ درصد برآورد می‌گردد [۳]. در ایران نیز شیوع اختلال وسواسی-جبری، برابر ۱/۸ درصد جمعیت عمومی برآورد شده است [۴]. در اختلال وسواسی-جبری، ذهن فرد از افکار پایدار و مهار نشدنی لبریز شده و مجبور به تکرار اعمال مشخصی می‌شود که سبب درماندگی و اختلال در کار و عملکرد روزانه‌ی اوست [۵، ۶]. در این اختلال، با وجود اینکه فرد، افکار و اعمال وسواسی را بیهوده و غیر منطقی می‌داند، قادر به متوقف کردن آنها نیست. در این شرایط بیمار در خود، نیازی برای مقابله با افکار و اعمال وسواسی، احساس می‌کند؛ اما می‌ترسد در صورت ارتکاب این عمل، اضطرابش افزایش یابد. شواهد فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد وسواس‌های فکری، تشویش را افزایش داده و حالات اجباری آن را کاهش می‌دهد [۷]. همین نقش رفتارهای اجباری در تسکین موقت اضطراب می‌تواند منجر به تداوم افکار و رفتاری‌های وسواسی در فرد شود. به همین دلیل در درمان‌های شناختی-رفتاری که از

پروکاربردترین درمان‌های روان‌شناختی وسواس، محسوب می‌شوند، سعی می‌گردد تا این چرخه‌ی معیوب، شکسته شود [۸]. از دیدگاه شناختی-رفتاری، هرکس می‌تواند دارای افکار ناخواسته، تکراری و ناخوشایندی مانند صدمه زدن به دیگران، مبادرت به اعمال جنسی منع شده و یا ترس از خطر سرایت یک بیماری باشد؛ اما در حالی که بسیاری از افراد، این افکار را بی‌معنا تلقی می‌کنند و آنها را به آسانی از قلمرو ذهنی خویش بیرون می‌رانند، کسانی که دچار اختلال وسواسی-جبری می‌شوند، خود را به خاطر چنین افکار وحشتناکی مسئول و قابل سرزنش می‌دانند، می‌ترسند که این افکار، به اعمال یا پیامدهای زیان بخشی منجر شوند و کوشش می‌کنند تا با استفاده از شیوه‌هایی مانند تجسس ایمنی نزد دیگران، القای ارادی افکار خوب به خویشان، بصری سازی تصاویر مثبت، شستن دست‌ها و یا وارسی منابع احتمالی خطر و جز آن، به خنثی سازی این افکار بپردازند. کاهش موقت ناراحتی بر اساس اتخاذ چنین راهبردهای خنثی کننده‌ای، موجب تقویت آنها شده و باعث می‌گردد که فرد در آینده نیز مجدداً به این راهبردها متوسل شود و بدین ترتیب، افکار وسواسی با اعمال اجباری، پیوند می‌یابند [۱]. شیوه‌ی مواجهه و جلوگیری از پاسخ، همواره جزئی اساسی از فرآیند درمان‌های شناختی-رفتاری وسواس محسوب می‌شود. در این شیوه، بیمار در مواجهه‌ی با موقعیت‌های برانگیزاننده‌ی افکار وسواسی قرار گرفته، اما از انجام رفتاری‌های اجباری جلوگیری می‌نماید. این شیوه اگرچه در ابتدا با افزایش اضطراب‌های بیمار، همراه است، اما در بلند مدت، حفظ این فرآیند در کنار انواع تکنیک‌های شناختی و رفتاری، می‌تواند به کاهش اضطراب‌های فرد و رفتارهای اجباری او در مواجهه با افکار وسواسی و موقعیت‌های برانگیزاننده‌ی این افکار گردد [۸]. در این شکل از درمان وسواس، معمولاً شش حوزه از باورهای مرتبط با اختلال وسواسی-جبری، مشخص و در طی درمان مورد ارزیابی قرار می‌گیرند که عبارتند از: ۱- احساس مسئولیت افراطی ۲- اهمیت دادن افراطی به افکار ۳- نگرانی شدید در زمینه‌ی میزان اهمیت کنترل کردن افکار ۴- برآورد افراطی از مورد تهدید واقع شدن ۵- ناتوانی در تحمل عدم قطعیت ۶- کمال گرایی [۹]. درمان شناختی-رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ، در بیش

برای فرد مبتلا راحت تر می شود و فرآیند درمان به این خاطر که احساس منحصر به فرد بودن در ماهیت و سواس ها از بین می رود تسهیل می شود [۲۰، ۲۱، ۲۲]. همچنین پژوهش های مختلفی از اثربخشی روش های مختلف شناختی- رفتاری در کاهش نشانگان و سواسی- جبری حمایت می کنند. در پژوهش تینمن، مارتین، کرگر، تومپسون و دیپرفریدمن^۱ [۲۳] ۱۴ کودک ۸ تا ۱۴ ساله ی مبتلا و والدین آنها در ۱۴ هفته درمان گروهی شناختی- رفتاری خاص کودکان را دریافت کردند. نتایج حاکی از کاهش معنی دار نشان و سواسی- جبری آزمودنی ها بود. کوردیولی، هدلت، باچی، مارگیس، سوسا، تونلو^۲ [۲۴] به بررسی کارایی گروه درمانی شناختی همراه با مواجهه سازی و پیشگیری از پاسخ در درمان اختلال و سواسی- جبری پرداختند. پس از انجام مداخله، ۷۸/۱ درصد بیماران گزارش کردند که بهبود یافته اند، و ۳۵ درصد نیز گزارش کردند که از شدت بیماری آنها کاسته شده است. پژوهش ون نوپن، استکتی، مک کوردل و پاتو^۳ [۲۵] و نیز پژوهش مک لین، ویتال، توردارسون، تیلور، ساچینگ، کاج، پیترسون، آندرسون^۴ [۲۶] نشانگر اثربخشی شیوهی مواجهه و جلوگیری از پاسخ بود. رویکرد گروهی در درمان و سواس، با وجود محاسن فراوانی همچون تسهیل و تسریع فرآیند درمان و صرفه جویی در وقت، هزینه، امکانات و انرژی برای بیمار و درمانگر، هنوز در ایران به طور جدی مورد توجه و استفاده قرار نگرفته است. این در حالی است که به لحاظ شیوع نسبی اختلال و سواسی- جبری در جمعیت عمومی و با توجه به تعدد جلسات لازم جهت درمان و نیز کمبود متخصصان مربوطه، استفاده از روش گروهی، بسیار حائز اهمیت به نظر می رسد. به همین جهت این پژوهش با هدف اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ، بر علائم و نشانگان و سواسی- جبری انجام گرفته است.

از ۷۰ درصد از افرادی که آن را دریافت می کنند، مؤثر است [۱۰] اما با وجود شواهد و قراین شفاف و روشن در خصوص تأثیر و کارآمدی این روش، تعداد قابل توجهی از بیماران از این روش درمانی خودداری می کنند. دلیل این اجتناب، به عواملی مانند ترس، تهدید و سطح بالای ناراحتی ناشی از رویارویی با محرک های اضطراب آور [۱۱]، طولانی بودن جریان درمان، عدم آمادگی برای تغییر [۱۰]، تردید و دوسوگرایی نسبت به روش مواجهه سازی [۱۲]، انتظار موفقیت پایین [۱۳]، عدم ایجاد اتحاد درمانی، انگیزه پایین، بیش و آگاهی بسیار اندک نسبت به بیماری [۱۴] مربوط می شود. به همین جهت، تعداد زیادی از مراجعان نیازمند این رویکرد درمانی، وارد فرایند درمان نشده [۱۵]، تکالیف درمانی را انجام نداده و دوره ی درمان را خیلی زود ترک می کنند [۱۶]. گرچه روش های رفتاری و شناختی موفق به کسب پیشرفت هایی در درمان اختلال و سواسی- جبری شده اند، اما پژوهش به منظور دستیابی به روش های مؤثرتر، همچنان انگیزه پژوهش های گسترده و متنوع در این حوزه درمانی است [۱۷] و شاید یکی از مهم ترین اقداماتی که می تواند تا حد زیادی بسیاری از مسائل فوق را حل نماید، ارائه ی این روش درمانی، در قالب شکل گروهی باشد. روش های درمان و سواس، معمولاً به صورت فردی اجرا می شود و استفاده از رویکرد گروهی در این زمینه رواج چندانی ندارد. به طور کلی، در مورد درمان اختلال و سواسی- جبری نیز همانند اختلالات دیگر روان پزشکی، تا چند دهه ی گذشته، رویکرد گروهی تنها به عنوان مکمل درمان فردی مطرح می شد و به عنوان یک درمان جایگزین محسوب نمی گردید [۱۸]. در حال حاضر، اگرچه بیشتر تحقیقات انجام شده در مورد درمان های روان شناختی موجود برای درمان اختلال و سواسی- جبری، مبتنی بر ساختار درمان فردی هستند، اما تحقیقاتی نیز نشان می دهند که این اختلال را می توان به صورت گروهی درمان کرد [۱۹]. در واقع نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که درمان گروهی و سواس نیز مانند روش فردی، منجر به کاهش قابل توجه علائم و سواسی- جبری می گردد و مهم ترین علت موفقیت آن به این دلیل بر می گردد که تحمل اضطراب ناشی از مواجهه با توجه به تشویق گروهی، همدلی و یادگیری مشاهده ای رخ داده شده

1- Thienemann, Martin, Cregger, Thompson, Dyper-Friedman

2- Cordioli, Heldt, Bochi, Margis, Sousa, Tonello,

3- Van Noppen, Steketee, McCorkle, Pato

4- McLean, Whittal, Thordarson, Taylor, Sochting, Koch, Paterson & Anderson

روش

طرح پژوهش: طرح پژوهش حاضر از نوع شبه تجربی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و از نوع کاربردی است. همچنین به منظور بررسی تداوم تأثیر مداخله، نمرات آزمودنی‌ها در مرحله‌ی پیگیری نیز مورد بررسی قرار گرفت. **آزمودنی‌ها:** جامعه آماری پژوهش حاضر، متشکل از مراجعان به کلینیک‌ها و مراکز خدمات روان‌شناختی شهر اصفهان در سال ۱۳۹۰ بود، که توسط متخصص روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی تشخیص اختلال وسواسی-جبری دریافت کرده بودند. روش نمونه‌گیری این پژوهش از نوع در دسترس بود؛ ۲۰ نفر از افراد مبتلا انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: کسب نمره ۱۷ یا بالاتر در پرسشنامه‌ی پژوهش، دامنه سنی ۲۰ - ۳۵ سال، تحصیلات بالاتر از دیپلم، عدم داشتن اختلالات شخصیت، افسردگی اساسی و اختلال جسمانی حاد و مزمن، علاقه و توانایی برقراری ارتباط با دیگران در گروه و متعهد شدن به حضور در جلسه‌های درمان گروهی.

ابزار:

۱- مصاحبه بالینی: برای اطمینان از انتخاب مناسب و بررسی ملاک‌های لازم برای ورود به گروه‌های آزمایش و گواه، هر یک از آزمودنی‌ها توسط متخصص روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی بر اساس معیارهای تشخیصی-DSM-IV-TR مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند [۲۷].

۲- پرسشنامه وسواسی-جبری ییل براون^۱: این مقیاس، توسط گودمن^۲ در سال ۱۹۸۹ به منظور تعیین نشانه‌های وسواسی-جبری و شدت آنها و میزان پاسخ به درمان در بیماران وسواسی-جبری، ساخته شده است [۴]. این پرسشنامه، در قالب مصاحبه‌ی نیمه ساختار یافته، اجرا می‌شود و شامل ده گزینه است که پنج گزینه برای ارزیابی افکار وسواسی و پنج گزینه‌ی دیگر برای ارزیابی اعمال اجباری در نظر گرفته شده است. گزینه‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت در قالب پاسخ‌های خیلی شدید (۴)، شدید (۳)، متوسط (۲)، خفیف (۱) و غیربالینی (۰) طراحی شده‌اند. جمع نمرات کسب شده از گزینه‌های فوق، با

دامنه‌ی بین حداقل صفر تا حداکثر ۴۰، شدت وسواس و اجبار فرد را نشان می‌دهد. به طوری که نمرات بالاتر نشان دهنده‌ی شدت وسواس بیشتر است. همچنین نقطه‌ی برش این پرسشنامه ۱۷ می‌باشد [۲۸]. روایی و پایایی پرسشنامه‌ی وسواسی-جبری ییل-براون در مطالعات متعدد داخلی مورد تأیید قرار گرفته است. روایی همگرایی آن را با پرسشنامه‌ی وسواسی-جبری مادزلی ۰/۷۸، و روایی افتراقی آن را با پرسشنامه‌ی افسردگی بک و مقیاس اضطراب همیلتون به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ گزارش شده است. همچنین، ضریب بازآزمایی ۰/۸۴ برای این پرسشنامه به دست آمده است [۲۹]. در مطالعه‌ی صبوری و همکاران [۳۰] نیز پایایی بین مصاحبه کنندگان ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: این پژوهش بر روی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری صورت گرفت؛ ابتدا ۲۴ نفر از ۵۷ مراجعی که برای شرکت در پژوهش، ثبت نام کرده بودند، با توجه به احتمال افت آزمودنی‌ها پس از بررسی‌های اولیه با شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و پیش از گزینش نهایی توسط روان‌شناس بالینی و روان‌پزشک بر اساس ملاک‌های چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۳، مورد ارزیابی قرار گرفتند تا از دارا بودن ملاک‌های ابتلا به اختلال وسواسی-جبری اطمینان حاصل شود. پس از انتخاب شرکت کنندگان جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به آنها، اطلاعات مختصری در مورد زمینه، موضوع و هدف انجام پژوهش ارائه و به آنها اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت نتیجه‌گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد شد و همچنین آنها اختیار کامل دارند در پژوهش شرکت نکنند و یا هر مرحله که بخواهند از ادامه پژوهش انصراف دهند و کسب رضایت کتبی شرکت کنندگان دریافت شد. سپس آزمودنی‌ها به شیوه تصادفی در دو گروه دوازده نفری شامل یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند و فرم اولیه پرسشنامه ییل براون به عنوان پیش‌آزمون توسط هر دو گروه تکمیل شد؛ سپس گروه درمانی مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ، به مدت ۱۲ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای برای

1- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

2- Goodman

3- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition

گروه آزمایش اجرا گردید و ترتیبی داده شد که در طول دوره اجرای متغیر مستقل به گروه آزمایش، گروه کنترل در معرض هیچ مداخله‌ای قرار نگیرد؛ ولی پس از اتمام دوره پیگیری می‌توانند به صورت رایگان تحت درمان گروهی مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ قرار بگیرند. پس از اتمام مداخله، اعضای هر دو گروه بلافاصله در قالب مرحله‌ی پس آزمون، مجدداً بر اساس پرسشنامه‌ی پژوهش، مورد سنجش قرار گرفتند و سه ماه پس از مرحله‌ی پس آزمون نیز مرحله‌ی پیگیری به اجرا درآمد. لازم به ذکر است که در طول جریان درمان، دو نفر از اعضای گروه آزمایش، از جریان مداخله کناره‌گیری نمودند و به منظور حفظ تساوی تعداد دو گروه، دو نفر از اعضای گروه کنترل نیز به تصادف از پژوهش حذف گردید. در نهایت پژوهش با دو گروه ده نفری انجام گرفت. گال، بورگ و گال [۳۱] حجم نمونه برای تحقیقات آزمایشی را (در شرایط کنترل شده) ۸ تا ۱۵ نفر در هر گروه پیشنهاد کرده‌اند. محتوای جلسات بر گرفته از اصول درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ هاوتون [۸] و فری، [۳۲] است که اعتبار محتوایی آن توسط ۵ نفر از متخصصین روان‌شناسی بالینی مورد تأیید قرار گرفت؛ این جلسات شامل به کارگیری راهبردهای ایحاد و تقویت انگیزه جهت آغاز درمان، توضیح در مورد ماهیت و علت وسواس، تشریح روش‌های درمانی، ارائه‌ی مدل روان‌شناختی وسواس همراه با ارائه‌ی منطق درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و چندین جلسه متوالی مواجهه و جلوگیری از پاسخ به همراه بازسازی شناختی از طریق شناسایی و ارزیابی تحریفات شناختی درگیر بویژه بیشینه‌سازی احتمال خطر و احساس مسئولیت افراطی و نقش آن در اجتناب و خنثی‌سازی، راهکارهای مقابله با شک و تردید و ناتوانی در تصمیم‌گیری، انعطاف‌پذیری و نگرش‌های کمال‌گرایانه، تأکید بر تفکیک افکار مزاحم وسواسی و افکار خودآیند منفی و نقش آنها در تداوم مشکل و ممانعت از مواجهه بود. در ادامه خلاصه‌ای از محتوای جلسات ارائه شده است:

جلسه‌ی اول) آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و با درمانگر؛ آموزش کلی و مقدماتی در زمینه‌ی قوانین و اصول درمان گروهی؛ اعضا در مورد تجاربی که در گذشته کسب کرده‌اند و عوامل راه انداز اختلال وسواسی - جبری برای گروه

توضیحاتی می‌دهند. تعریف اصطلاحات و مفاهیم کلیدی مورد استفاده در سراسر درمان؛ مانند فکر وسواسی، عمل وسواسی، اضطراب، رفتارهای خنثی ساز و اجتناب؛ آموزش در زمینه‌ی مدل روان‌شناختی وسواس با تأکید بر عوامل مؤثر در شکل‌گیری و تداوم وسواس. جلسه‌ی دوم) آموزش جامع و دقیق باورهای تأثیر گذار در وسواس؛ تبیین نقش خلق در تشدید علائم وسواس؛ آموزش فنون فعال‌سازی رفتاری و اصول اصلاح سبک زندگی (تنظیم خواب، تغذیه، فعالیت بدنی، روابط اجتماعی، تفریح، مشغول بودن) جهت افزایش خلق. جلسه‌ی سوم) آموزش عادی‌سازی افکار و نحوه‌ی ارزیابی افکار مزاحم؛ آموزش منطق درمان مواجهه و بازداري از پاسخ؛ آموزش راهبردهای برخورد با اضطراب مواجهه شده طی درمان، معرفی مواجهه و پیشگیری از رفتارهای آیینی. جلسه‌ی چهارم تا هشتم) آموزش و اجرای چالش با باور بیش برآورد تهدید با استفاده از تکنیک‌های فلش نزولی؛ برآورد احتمالات و بررسی شواهد؛ آموزش و راهنمایی در مورد یافتن باورهای جایگزین مناسب؛ اجرای تکنیک‌های زمینه‌یابی تهدید و مواجهه‌ی غیر عادی. آموزش و اجرای چالش با باور سوگیری آمیختگی فکر-عمل (احتمال و اخلاقی) با استفاده از تکنیک‌های پیوستار و پرسش‌های سقراطی؛ آموزش و راهنمایی جهت یافتن باورهای جایگزین مناسب؛ اجرای تکنیک‌های آزمایش حس‌های قبل از وقوع، زمینه‌یابی شناختارهای مزاحم، سنجش قدرت افکار و خطر شناختی. آموزش و اجرای چالش با باور مسئولیت‌پذیری افراطی با استفاده از تکنیک‌های نمودار دایره‌ای و انتقال مسئولیت؛ آموزش و راهنمایی جهت یافتن باورهای جایگزین مناسب؛ اجرای تکنیک‌های اهمیت مصنوعی، دستکاری اهمیت و معناداری افراطی. آموزش و اجرای چالش با باور عدم تحمل حالات غیر قطعی با استفاده از تکنیک سود و زیان؛ آموزش و راهنمایی جهت یافتن باورهای جایگزین مناسب؛ اجرای تکنیک‌های زمینه‌یابی قطعیت، دستکاری قطعیت و معناداری افراطی. آموزش و اجرای چالش با باور کمال‌گرایی افراطی با استفاده از

مرور مباحث ارائه شده در جلسات قبل در خلال بررسی تکلیف انجام شده توسط اعضا؛ ارزیابی دقیق وضعیت آزمودنی‌ها از لحاظ میزان بهبود و کاهش نشانه‌ها؛ تبیین مفهوم بازگشت نظام فکری ناکارآمد و نحوه‌ی مقابله با آنها؛ پیش‌بینی موانع و مشکلات احتمالی موجود.

یافته‌ها

داده‌های پژوهش، با استفاده از نرم افزار SPSS-19 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل توصیفی داده‌ها از شاخص‌های میانگین و انحراف معیار، و برای تحلیل استنباطی داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس، استفاده شد. در این تحلیل تأثیر متغیرهای کنترل پیش‌آزمون و میزان تحصیلات از روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری برداشته شد و سپس دو گروه با توجه به نمرات باقیمانده مقایسه شدند. میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های هر دو گروه در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۱ ارائه شده است.

تکنیک سود و زیان؛ آموزش و راهنمایی جهت یافتن باورهای جایگزین مناسب؛ اجرای تکنیک‌های مشاهده‌ی کمال‌گرایی، قدرت خطر کردن، شوخی با باورهای کمال‌گرایانه؛ آموزش و اجرای چالش با باور نیاز به کنترل فکر و خشی‌سازی با استفاده از تکنیک‌های خرس سفید و پرسش‌های سقراطی؛ آموزش و راهنمایی جهت یافتن باورهای جایگزین مناسب؛ اجرای تکنیک اثر بازداری فکر؛ آموزش و اجرای چالش با باور ترس از اضطراب؛ آموزش و راهنمایی جهت یافتن باورهای جایگزین مناسب؛ اجرای تکنیک‌های زمینه‌یابی اضطراب؛ بازبینی اضطراب دیگران و اثر آن در عملکرد؛ مقایسه اضطراب در تکالیف عادی و اعمال و سواسی؛ پیش‌بینی اضطراب؛ مواجهه در حین این جلسات و جلوگیری از وسواس‌های فکری و عملی. جلسه‌ی نهم و دهم: برنامه‌ریزی جهت مواجهه در حین این جلسات و جلوگیری از وسواس‌های فکری و عملی. جلسه‌ی یازدهم و دوازدهم) بحث و بررسی عوامل مؤثر در بازگشت نشانه‌ها و مطرح کردن راهبردهای پیشگیری از بازگشت بیماری؛

جدول ۱) میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

گروه	تعداد	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	سطح معنی داری	میانگین	انحراف معیار	پیگیری
آزمایش	۱۰	۱۶/۸۷	۱/۸۹	۰/۸۳	۵/۱۸	۱/۲۲	۵/۵۱
کنترل	۱۰	۱/۰۰	۵/۷۶		۲۱/۶۱	۲/۰۱	۲۳/۱۸

داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهند که از نظر نتایج پرسشنامه یل براون، دو گروه پیش از مداخله تفاوت معنی داری از جهت شدت نشانه‌های وسواسی-جبری نشان ندادند. همچنین میانگین نمرات وسواس گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل تفاوت قابل ملاحظه دارد. از آنجا که در این پژوهش از آزمون‌های پارامتریک برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است،

لذا نتایج پیش فرض تساوی واریانس‌ها (آزمون لون) در جدول ۲ آمده است. بر اساس نتایج جدول ۲ پیش فرض تساوی واریانس‌ها در هر دو مرحله تأیید شده است. نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه‌ی نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پس‌آزمون با کنترل نمرات پیش‌آزمون، در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲) نتایج آزمون لون جهت بررسی پیش فرض همسانی واریانس‌ها در مراحل پس‌آزمون و پیگیری

مرحله	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
پس‌آزمون	۳/۴۸۱	۱	۱۸	۰/۰۷۸
پیگیری	۱۲/۸۵۰	۱	۱۸	۰/۰۸۳

جدول ۳) نتایج تحلیل کواریانس نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پس آزمون

منبع	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری (P)	مجزور انا	توان آماری
پیش آزمون	۱	۲۹۶/۰۰	۲۲/۷۰	۰/۰۰۲	۰/۸۵	۰/۹۵
عضویت گروهی	۱	۱۳۳۰/۸۹	۴۲۸/۳۸	۰/۰۰	۰/۹۶	۱/۰۰

همان طور که نتایج در جدول ۳ ملاحظه می‌شوند، تفاوت بین میانگین نمرات باقیمانده نشانه‌های وسواسی-جبری پس از کنترل نمرات پیش آزمون، در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مداخله‌ی گروهی، منجر به کاهش معنادار نمرات کل وسواسی-جبری آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس آزمون شده است. میزان تأثیر این مداخله درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی-

جبری ۰/۹۶ است، یعنی ۹۶ درصد از واریانس نمرات کل باقیمانده، مربوط به عضویت گروهی یا تأثیر مداخله‌ی درمانی است. همچنین توان آماری برابر ۱ بوده است یعنی میزان دقت این تحلیل در تبیین تفاوت‌های معنادار بسیار زیاد می‌باشد. نتایج تحلیل کواریانس جهت مقایسه‌ی نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیگیری با کنترل نمرات پیش آزمون، در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴) نتایج تحلیل کواریانس نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیگیری

منبع	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معناداری (P)	مجزور انا	توان آماری
پیش آزمون	۱	۳۷۶/۰۰	۷۵/۰۰	۰/۰۰۳	۰/۷۸	۰/۹۰
عضویت گروهی	۱	۱۵۴۴/۹۵	۴۹۰/۴۶	۰/۰۰	۰/۹۶	۱/۰۰

همان طور که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، نتایج تحلیل کواریانس با کنترل نمرات پیش آزمون، نشان دهنده‌ی تداوم اثر مداخله، در پیگیری سه ماهه می‌باشد. یعنی روش درمان گروهی اختلال وسواسی-جبری به شیوه‌ی گروهی باعث کاهش معنادار نمرات کل وسواسی-جبری آزمودنی‌های گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پیگیری شده است.

بحث

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ، بر شدت علائم اختلال وسواسی-جبری بود. نتایج این پژوهش نشانگر اثربخشی این مداخله در کاهش معنادار نمرات شدت نشانگان وسواسی-جبری در هر دو مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری بود. این یافته با نتایج پژوهش کرون [۲۲]، میل و همکاران [۲۱]، ون نوپن و همکاران [۲۵]، تیمنمن و همکاران [۲۳]، اسبار و [۳۳]، و مک لین و همکاران [۱۸]، از لحاظ اثربخشی روش گروهی در درمان وسواس، همسو است. بر اساس این نتایج، می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که استفاده از رویکرد گروهی می‌تواند جایگزین مؤثری در

درمان فردی اختلال وسواسی-جبری باشد. نکته‌ی حائز اهمیت در کاربرد روش گروهی، این است که این روش، محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرآیند درمان می‌شود. بسیاری از بیماران مبتلا به وسواسی-جبری، با نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه‌ی مشکلات، افکار و خیالات غیر قابل قبول خود، برای درمان اقدام می‌کنند. این احساس منحصر به فرد بودن، باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می‌گردد و انزوای اجتماعی، نیز به نوبه‌ی خود می‌تواند در افزایش احساس منحصر به فرد بودن، نقش داشته باشد. درمان گروهی، به سهولت این امکان را فراهم می‌سازد که تعدادی از این بیماران در یک مکان جمع شده، با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابهشان به گفتگو بنشینند. از بین رفتن این احساس انحصار، نه تنها باعث آرامش و راحتی بیماران می‌شود؛ بلکه به توسعه روابط آنها در خارج از محیط درمانی کمک می‌کند. این امر می‌تواند با تأثیر مثبتی که بر خلق عمومی این افراد ایجاد می‌کند، نقش زیادی در تسهیل جریان درمان داشته باشد. زیرا یکی از مسائلی که معمولاً مانع پیگیری مستمر جریان درمان از

هرچه بیشتر، کاسته می‌شود. بنابراین در درمان شناختی-رفتاری وسواس، هدف اصلی درمان، قرار دادن فرد، در بالاترین سطح ممکن رویارویی، و در عین حال، حذف هر نوع رفتار اجتنابی است. در این صورت، پیوند شرطی بین افکار وسواسی و پاسخ اضطراب، گسسته خواهد شد و فرد قادر خواهد بود که با افکار وسواسی خود رو به رو شده بدون اینکه دچار درجات بالای اضطراب، گردد [۸]. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به انتخاب بیماران سرپایی، حجم کم نمونه و روش نمونه‌گیری در دسترس اشاره کرد، که این عوامل به نوبه خود می‌توانند نتایج پژوهش حاضر را تحت تأثیر قرار دهند. با توجه به مزیت‌های شکل گروهی مداخله‌ی درمانی اختلال وسواسی-جبری، پیشنهاد می‌شود از این روش در درمانجویان مقاوم به درمان یا مردد نسبت به نتیجه درمان استفاده شود. همچنین با توجه به نقش روابط و تعاملات اجتماعی بین اعضای گروه، در افزایش خلق افراد، پیشنهاد می‌شود از این روش در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری که از درجات خفیف و متوسط افسردگی رنج می‌برند، استفاده شود.

منابع

- 1- Dadsentan P, Developmental Psychopathology From Infancy Through Adulthood (vol 2) Tehran: Samt; 2009. [Persian].
- 2- Halgin RP, Whitbourne YS. Abnormal Psychology. Tehran: Ravan; 2009. [Persian].
- 3- Angst J, Gamma A, Endrass J, Goodwin R, Ajdacic V, Eich D, et al. Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2009; 254(3): 156-164
- 4- Mohammadi MR, Ghanizadeh A, Rahgozar M, Noorbala A, Davidian H, Malek Afzali H, et al. Prevalence of obsessive-compulsive disorder in Iran. BMC Psychiatry. 2004; 32(6): 20-36.
- 5- Olatunji B, Davis ML, Powers B, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. j psychiatr res. 2012; 26(1): 25-31.
- 6- Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry. Tehran: Arjmand; 2012. [Persian].
- 7- Steketee G, Frost R, Wincze J, Greene KAI, Douglass H. Group and individual treatment of compulsive hoarding: A pilot study. behav cogn Psychother. Psychotherapy. 2007; 28: 259-268.
- 8- Hawton K, Salkovskis K. Cognitive behavior therapy for psychiatric problems. Tehran: Arjmand; 2011. [Persian].

جانب افراد مبتلا به اختلال وسواس، می‌گردد، خلق پایین و افسرده‌ای است که در درجات مختلف می‌تواند فرد مبتلا به این اختلال را تحت تأثیر قرار دهد. در زمینه‌ی مزیت‌های درمان گروهی همچنین می‌توان به جنبه‌ی حمایتی آن اشاره کرد. معمولاً در جلسات گروهی، اعضا از یکدیگر حمایت می‌کنند؛ به هم اطمینان می‌دهند، پیشنهاد می‌کنند و بیش می‌دهند. در این جریان، اغلب بیماران در اثر تعامل با دیگر اعضای گروه، به شاخص‌هایی می‌رسند که مستقیماً از درمانگر دریافت نمی‌کنند. لذا موضوعی که قبولاندن آن در جلسات فردی به بیمار، بسیار مشکل به نظر می‌رسد، در جلسات گروهی به سهولت و با صرف انرژی کمتر، توسط بیمار پذیرفته می‌شود. همچنین در این پژوهش نشان داده شد که روش‌های شناختی-رفتاری، بویژه مواجهه و جلوگیری از پاسخ، می‌تواند تأثیر معنادار و بادوامی بر کاهش نشانگان وسواسی-جبری داشته باشد. این نتایج از این منظر، با پژوهش میل و همکاران [۲۱]، مک لین و همکاران [۲۶] و کرون و همکاران [۲۲] همسو می‌باشد. تأکید بر مواجهه با موقعیت‌های برانگیزاننده‌ی افکار وسواسی و جلوگیری از ارائه‌ی پاسخ‌های اجباری، ریشه در نخستین تلاش‌ها در جهت تدوین درمان رفتاری و شناختی-رفتاری وسواس دارد. این رویکردها معتقدند که افکار وسواسی در قالب فرآیند شرطی‌سازی، با پاسخ اضطراب، پیوند یافته‌اند. در چنین حالتی اگر این افکار، برای مدت زمان قابل توجهی، به طور مستمر مورد شرطی‌سازی قرار نگیرند، معمولاً پاسخ شرطی اضطراب، به تدریج کاهش یافته و سرانجام خاموش خواهد شد. اما به علت وقوع رفتارهای اجباری توسط فرد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری، این اضطراب، کاهش پیدا نمی‌کند و همچنان تداوم می‌یابد. در واقع رفتارهای اجباری (که لزوماً به اعمال عینی و قابل مشاهده محدود نمی‌شوند) رفتارهایی هستند ارادی که به رویارویی با افکار وسواسی، خاتمه می‌دهند و در نتیجه می‌توانند موجب تسکین اضطراب و یا ناراحتی ناشی از افکار وسواسی گردند. وقتی که رفتار اجباری از طریق کاهش اضطراب، تقویت می‌شود، احتمال وقوعش بیشتر می‌گردد. به علاوه بیماران یاد می‌گیرند که رفتارهای اجتنابی می‌توانند مانع افکار وسواسی (و در نتیجه اضطراب) شوند، به نحوی که از رویارویی با این افکار،

- outcomes. *J Behav Res and Ther.* 1991; 29: 627-631.
- 23- Thienemann M, Martin J, Cregger B, Thompson HB, Dyer-Friedman J. Manual-Driven group cognitivebehavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2001; 11: 128-141.
- 24- Cordioli AV, Heldt E, Bochi DB, Margis R, de Sousa MB, Tonello JF, et al. Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: A clinical trial. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009; 24: 113-120.
- 25- Van-Noppen B, Steketee G, McCorkle BH, Pato M. Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *J Anxiety Disord.* 1997; 11: 431-446.
- 26- McLean PD, Whittal ML, Thordarson DS, Taylor S, Sochting I, Koch WJ, et al. Cognitive versus behavioral therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Consul Clin Psychol.* 2001; 69: 205-214.
- 27- Othmer E, Othmer SC. The clinical interview using DSM-IV-TR. Nasr Isfahani M, Nohesara Sh, Khadem Alreza N, Ghahari Sh, editor. Tehran: Arjmand; 2012. [Persian].
- 28- 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. *Arch Gen Psychiatry.* 1989; 46(11): 1006-1011.
- 29- Dadfar M, Bolhari J, Malakuti K, Bayanzade A. Investigate the prevalence symptoms of OCD disorder. *Thought Behav Clin Psychol.* 2002; 8(24): 27-32. [Persian].
- 30- Sabori Sh, Mehryar H, Gharib A. Comparative effectiveness of cognitive-behavioral therapy, clomepiramine and combination of them in improvement of obsessive-compulsive patients. *Thought Behav Clin Psychol.* 1998; 4(1): 25-34. [Persian].
- 31- Gaal M, Boorg V, Gaal j. Qualitative and quantitative research methods in education and psychology. Tehran: Samt; 2012. [Persian].
- 32- Ferry M. Cognitive behavioral Therapy. Mashhad: Jahad Daneshgahi; 2009. [Persian].
- 33- Asbahr FR, Castillo AR, Ito LM, Latorre MR, Moreira MN, Lotufo-Neto F. Group cognitive behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2005; 44: 1128-1136.
- 9- Frost R, Steketee G. Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment. Oxford, UK: Elsevier; 2002.
- 10- Alizadeh M, Abdollahi K. Cognitive Behavior therapy (CBT): Selective Treatment for obsessive compulsive Disorder (OCD). *J Basic appl Sci res.* 2012; 2(2): 1368-1372. [Persian].
- 11- Racine E, Frick K, Carpenter L, Strobino D, Milligan R, Pugh L. How motivation influences breastfeeding duration among low-income women. *J Hum Lact.* 2010; 25: 173-181.
- 12- Buckner JD, Schmidt NB. A randomized pilot study of motivation enhancement therapy to increase utilization of cognitive-behavioral therapy for social anxiety. *Behav Res Ther.* 2009; 47(8): 710-715.
- 13- Diefenbach GJ, Abramowitz JS, Norberg MM, Tolin DF. Changes in quality of life following cognitivebehavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2007; 45(12): 3060-3068.
- 14- Simpson HB, Zuckoff A, Page JR, Franklin ME, Foa EB. Adding motivational interviewing to exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: an open pilot trial. *Cogn Behav Ther.* 2008; 37(1): 38-49.
- 15- Arkowitz H, Westra HA, Miller WR. Motivational interviewing in the treatment of psychological problems. New York: Guildf Press. 2007; 12(3): 33-46.
- 16- Turner SL, Thomas AM, Wagner PJ, Moseley GC. A collaborative approach to wellness: diet, exercise, and education to impact behavior change. *J Am Acad Nurse Pract.* 2008; 20(6): 339-344.
- 17- Rees CS, Van-Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive compulsive disorder. *J Behave Ther Exp Psychiatry.* 2008; (39): 451-458.
- 18- Pace SM, Thwaites R, Freeston MH. Behavioural group therapy for obsessive-compulsive disorder in Norway. An open community-based trial. *Behave Res Ther.* 2010; (48): 547-554.
- 19- Whittal ML, Rachman S, Mclean P. Psychological treatment for OCD. In G. Simons (Ed). *Cognitive behavior therapy.* London: Brunner-Routledge. 2002; 36: 123-149.
- 20- Fals-Stewart W, Marks AP, Schafer J. A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *J Neuropsychol Ment Disord.* 1993; 181: 189-193.
- 21- Millet B, Andre E, Hantouche C. Group behavioral therapy in obsessive compulsive disorder: Preliminary results in a group of 5 out-patients. *J Ther Comport Cogn.* 1998; 3: 91-98.
- 22- Krone KP, Himle JA, Nesse RM. A standardized behavioral group treatment program for obsessive-compulsive disorder: Preliminary