

## اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری

### The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Patients with Obsessive Compulsive Disorder

Sedigheh Salehi

MA in Psychology

Seyyed Ali Mohammad

Mousavi, PhD

Imam Khomeini International  
University

سیدعلی محمد موسوی

استادیار دانشگاه بین المللی  
امام خمینی

صدیقه صالحی

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

Mohammad Ibrahim

Sarichloo

PhD Candidate

Social Welfare and Rehabilitation  
Sciences University

Seyyed Hossein

Ghafelebashi, MD

Qazvin University of

Medical Sciences

سید حسین قافله‌باشی

استادیار دانشگاه علوم پزشکی قزوین

محمد ابراهیم ساریچلو

دانشجوی دکتری دانشگاه علوم

بهدارستی و توانبخشی

#### چکیده

این پژوهش به منظور تعیین میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری انجام شده است. روش پژوهش شبه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. از میان ۶۲ فرد مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری مراجعه‌کننده به کلینیک، ۱۰ نفر به گروه آزمایش و ۱۰ نفر به گروه گواه اختصاص یافتند. مداخله شناختی-رفتاری برای گروه آزمایش انجام و سپس بیماران توسط سیاهه وسواس بی‌اختیاری مادزلی (هاجسون و راجمن، ۱۹۷۷) مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج نشان دادند میانگین نمره‌های وسواس در گروه آزمایش به طور معناداری نسبت به گروه گواه کاهش یافته است و از نمره خرده مقیاس شدت نشانه‌ها در طول درمان کاسته شد ( $P < 0.01$ ). بدین ترتیب می‌توان دریافت درمان شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس بی‌اختیاری، درمان شناختی-رفتاری

#### Abstract

The aim of the study was to investigate the effect of cognitive-behavior therapy on patients with obsessive compulsive disorder (OCD). The study design was quasi-experimental with pretest-posttest control group. Twenty patients with obsessive compulsive disorder who were selected from 62 patients referring to a clinic were assigned into either experimental or control group. After intervention, the experimental group received cognitive-behavior therapy and completed the Maudsley Obsession-Compulsive Inventory (MOCI, Hadgson, Rachman, 1977). The results indicated that the average scores in the experimental group reduced significantly in comparison with the control group and the severity of symptoms subscale decreased during the treatment ( $P < 0.01$ ). The findings suggest that cognitive-behavioral therapy is effective in decreasing symptoms of patients with OCD.

**Keywords:** obsessive-compulsive disorder, cognitive-behavioral therapy

received: 15 February 2014

accepted: 12 May 2014

Contact information: Salehi.s1990@yahoo.com

دریافت: ۹۳/۱۱/۲۶

پذیرش: ۹۳/۵/۲۲

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی است

## مقدمه

اعمالی می‌زند که اصطلاحاً رفتارهای دفاعی و بی‌اثرکننده نامیده می‌شوند. رفتارهای وسواس بی‌اختیاری بدین نحو شکل می‌گیرند و تداوم می‌یابند. به همین دلیل، برخی از روان‌شناسان شکل رفتاری و آشکار وسواس را در نهایت محصول جنبه شناختی این اختلال می‌دانند. نظریه پردازان دیدگاه شناختی-رفتاری به اختلال شناخت و نقش عمده آن در ایجاد و تداوم وسواس تأکید ورزیده‌اند (هاوتون، سالکویسکی، کیرک و کلارک، ۱۹۸۹). در همین راستا، معین‌الغریبائی، شعیری، صنعتی و فدائی (۱۳۸۹) نشان دادند بیماران مبتلا به اختلال وسواس و اختلال اضطراب‌افسردگی مختلط بیشتر از راهبردهای نگرانی استفاده می‌کنند.

روش‌های درمانگری شناختی-رفتاری مبتنی بر فنون اصلاح رفتار<sup>۴</sup> و تغییر باورهای سازش‌نایافته است (اتکینسون<sup>۵</sup>، اتکینسون<sup>۶</sup>، اسمیت<sup>۷</sup>، بم<sup>۸</sup> و هوکسما<sup>۹</sup>، ۱۳۸۵/۲۰۰۰). دیدگاه شناختی-رفتاری بر الگوهای تفکر سازش‌نایافته‌ای تأکید می‌کند که در ایجاد و تداوم نشانه‌های اختلال وسواس بی‌اختیاری دخالت دارند (دابسون، ۲۰۱۰). درمانگر شناختی-رفتاری فرایندی را برای درمانگری اتخاذ می‌کند که در نهایت پاسخ به سوال‌ها و راه حل مسائل در ذهن خود بیمار شکل گیرد (موتابی و فتی، ۱۳۹۰). این فرایند که اساس درمانگری شناختی-رفتاری وسواس بی‌اختیاری را تشکیل می‌دهد، شامل تجربه مشترک، اکتشاف هدایت‌شده و پرسش‌های سقراطی است (رایت<sup>۱۰</sup>، بسکو<sup>۱۱</sup> و تیز<sup>۱۲</sup>، ۲۰۰۹/۱۳۹۲).

بررسی‌های متعددی نشان داده‌اند درمانگری شناختی-رفتاری، درمانی مؤثر برای افسردگی، اختلال‌های اضطرابی و بسیاری از اختلال‌های روانی دیگر است (رایت و دیگران، ۲۰۰۹/۱۳۹۲). نتایج پژوهش‌های وان‌اوپن و دیگران (۱۹۹۵) با بررسی دو نوع رفتاردرمانگری گروهی (شناختی-رفتاری و درمانگری گروهی چندخانوادگی<sup>۱۳</sup> به شیوه رفتاری)، میل<sup>۱۴</sup> (۱۹۹۸) نقل از مکملی، نشاط‌دوست و عابدی، (۱۳۸۴) و مک‌لین و دیگران (۲۰۰۱) با مقایسه تأثیر درمانگری شناختی-رفتاری و درمانگری رفتاری مواجهه و بازداری از پاسخ به شیوه گروهی و تینمن (۲۰۰۱) با

انجمن روان‌پزشکی آمریکا (۲۰۰۰) اختلال وسواس بی‌اختیاری را بیماری ناتوان‌کننده‌ای تعریف می‌کند که به وسیله افکار ناخواسته، غیرارادی و تکراری، برانگیختگی‌ها و تصاویر مشخص می‌شود و اغلب با رفتارهای تکرارشونده همراه است. این اعمال زمان‌بر، آیین‌مند و معمولاً کوششی برای اجتناب یا خنثی‌سازی<sup>۱</sup> افکار وسواسی است که با اضطراب همراه است. می‌توان وسواس را یکی از چالش‌های عمده قرن حاضر در سطح جهان قلمداد کرد که بیانگر ضرورت انجام مطالعات در ابعاد مختلف آسیب‌شناسی، پیگیری و درمان آن است. افزون بر آن، گسترش چشمگیر روش‌های درمانی این امکان را برای درمانگران ایجاد کرده که بهترین و مناسب‌ترین روش درمانگری را در نظر گیرند. روش مواجهه و بازداری از پاسخ<sup>۲</sup> به نتایج درمانی ارزشمندی منجر شده است، اما تا حد زیادی ترس ناشی از دشواری درمانگری مبتنی بر مواجهه موجب عدم مراجعه برای درمان می‌شود. افزون بر آن، این روش برای درمان اختلال وسواس همراه با افسردگی و وسواس فکری بدون نشانه‌های آشکار، روش دشواری محسوب می‌شود. این محدودیت‌ها، پژوهشگران را ترغیب کرده است که در پی روش‌های جایگزین باشند (موتابی و فتی، ۱۳۹۰).

روش درمانگری شناختی-رفتاری<sup>۳</sup> یک روش ترکیبی است که بسیاری از مفاهیم را در قالب یک دوره درمانگری کوتاه‌مدت میسر می‌سازد و در طیف وسیعی از اختلال‌ها به کار می‌رود. براساس دیدگاه‌های رفتاری و شناختی، ناپهنجاری از یادگیری و تفکر غلط ناشی می‌شود (دابسون و دابسون، ۲۰۰۹). بنابراین در این دیدگاه، وسواس در حالت کلی به عنوان یک اختلال فکر و شناخت انسان است که در اشکال گوناگون فکر، احساس، تجسم و تصور نمایان می‌شود. افکار وسواسی برای فرد غیر قابل قبول است زیرا با تمامیت شخصیت او هماهنگ نیست. ناهماهنگی این افکار با شخصیت فرد منجر به بروز اضطراب قابل توجهی در فرد می‌شود، به‌گونه‌ای که شخص برای این که افکار وسواسی را فراموش کند و سطح اضطراب خود را کاهش دهد، دست به

1. neutralization  
2. Exposure and Ritual Prevention (ERP)  
3. Cognitive-Behavioural Therapy (CBT)  
4. behavior modification  
5. Atkinson, R. A.  
6. Atkinson, R. S.  
7. Smith, A. A.  
8. Bam, D. J.  
9. Huksma, S. N.  
10. Wright, J. H.

11. Basco, M. R.  
12. Thase, M. A.  
13. multifamily behavioral treatment  
14. Millet, B.

دیگران، ۱۹۹۷؛ فیشر و ولز، ۲۰۰۵؛ کامپمن، کیجسریا، هاجین و وربریک، ۲۰۰۲) نشان می‌دهد این روش موجب تسریع پیامدهای فوری درمانگری، کاهش قابل توجه نشانه‌ها و نیز کاهش احتمال عود می‌شود (فوا، ۲۰۱۰). در همین راستا، آناندا، ساهیر، مٹ، تنارس و جانارهان‌ردی (۲۰۱۱) نشان دادند درمانگری شناختی-رفتاری برای افراد وسواس بی‌اختیاری که به مهارکننده‌های بازجذب سروتونین<sup>۱</sup> پاسخگو نبودند، در اکثر موارد اثربخش بوده است. آبرومویچ و ارچ (۲۰۱۴) برای حفظ و بهینه‌سازی نتایج درمانگری طولانی‌مدت و ممانعت از عود بیماری، از راهکارهای رفتاری و شناختی (در زمینه یادگیری و حافظه) استفاده کردند.

سانچز-میکا، روزاآلکارازا، اینیستا-سپالودب و روزاآلکارازا (۲۰۱۴) نشان دادند هر سه نوع درمانگری شناختی-رفتاری، دارودرمانگری و ترکیبی در کودکان مبتلا به وسواس مؤثر است. اما تأثیر درمان ترکیبی (شناختی-رفتاری و دارو) بیش از دو روش دیگر بوده است. توزنده‌جانی و کمال‌پور (۱۳۸۳) نیز نشان دادند اثربخشی نسبی درمانگری شناختی-رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری مؤثرتر از دارودرمانگری است. نتایج پژوهش‌های مکملی، نشاط‌دوست و عابدی (۱۳۸۴) و جان‌بزرگی و راجرز-اصفهان‌ی (۱۳۹۰) نشان دادند گروه درمانگری شناختی-رفتاری باعث کاهش معنادار نمره‌های وسواس شده است. فرنام، ایمانی، علیلو و بخشی‌پور (۱۳۸۷) نشان دادند اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های وسواس، از فلوکستین در کوتاه‌مدت و بلندمدت بیشتر است. در پژوهش اکرمی، کلانتری، عریضی، عابدی و معروفی (۱۳۸۹) اندازه اثر درمانگری شناختی-رفتاری و درمانگری رفتاری فراشناختی به ترتیب ۱/۶ و ۱/۴ به دست آمد که نشان‌دهنده میزان زیاد تأثیر هر دو روش درمانگری است.

به دلیل عدم توجه کافی به مرحله پیگیری در محدود بررسی‌های انجام‌شده براساس الگوی درمانگری شناختی-رفتاری در ایران، این پژوهش با هدف بررسی تجربی اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های کلی و جزیی اختلال وسواس بی‌اختیاری در دو مرحله (پس‌آزمون و پیگیری) صورت گرفته است.

اعمال درمانگری شناختی-رفتاری گروهی در نوجوانان، تأثیر قابل ملاحظه روش گروهی شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌ها را آشکار کردند. براساس گزارش فوا و کوزاک (۱۹۹۶) نیز درمانگری شناختی-رفتاری برای ۸۳ درصد و طبق نتایج کردیلی (۲۰۰۸) این نوع درمان برای ۷۰ درصد افرادی که دوره درمانی را کامل کرده‌اند، مؤثر بوده است. فرستون، لودور، گاکتون و باجلد (۱۹۹۷) از درمانگری شناختی-رفتاری برای ۲۹ بیمار دچار وسواس بی-اختیاری که منحصرأ دچار وسواس عملی پنهان بودند، استفاده کردند. گروه درمان‌شده در مقایسه با گروه در لیست انتظار، اظهار داشتند افزون بر کاهش معنادار افکار وسواسی و اضطراب، عملکردشان بهبود یافته است. این نتایج در دوره پیگیری شش‌ماهه نیز حفظ شده بود.

کوریدیولی و دیگران (۲۰۰۲) با بررسی کارآیی گروه درمانگری شناختی همراه با مواجهه و بازداری از پاسخ در درمان اختلال وسواس بی‌اختیاری دریافتند پس از درمان، ۷۸/۱ درصد بیماران بهبود یافته‌اند. برخی از پژوهشگران نیز نشان دادند اثربخشی رفتار درمانگری شناختی با دارو در کاهش نشانه‌های وسواس بیش از درمانگری شناختی-رفتاری یا دارودرمانگری به تنهایی است (اکانر، تادرو، رویلارد، بارگیتو و برالت، ۱۹۹۹). در مقابل مارتین و دیگران (۲۰۰۲) نشان دادند هر دو نوع درمانگری شناختی-رفتاری با یا بدون دارو در درمان بیماران وسواس بی‌اختیاری مؤثر است. در پژوهش ویتال، توردارسون و مک‌لین (۲۰۰۵) نیز بیش از ۵۰ درصد بیماران وسواس بی‌اختیاری با دریافت درمانگری شناختی-رفتاری بهبودی معناداری نشان دادند و میزان آن در دوره پیگیری سه‌ماهه افزایش یافته بود (نات، ۲۰۰۵). استورچ، لیزا و میرلو (۲۰۰۶) با بررسی درمانگری‌های رایج اختلال وسواس بی‌اختیاری به این نتیجه رسیدند که درمانگری شناختی-رفتاری یا ترکیب درمانگری شناختی-رفتاری با دارودرمانگری می‌تواند به عنوان خط اول در درمان این اختلال در نظر گرفته شود. بررسی اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری در درمان نشانه‌های اختلال وسواس بیمارانی که از ورود به درمان مواجهه و بازداری از پاسخ واهمه دارند یا نسبت به درمان مقاوم هستند (ترنر، ۲۰۰۶؛ دیفن‌باخ، آبرومویچ و نوربرگ، ۲۰۰۷؛ فریستون و

## روش

در این پژوهش از طرح پژوهشی شبه‌تجربی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با پیگیری استفاده شد. نمونه پژوهشی، ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری بودند که به شیوه نمونه‌برداری تصادفی (زمانی که توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی، بیمار تشخیص داده شدند و حائز شرایط ورود به پژوهش بودند) از میان مراجعان به کلینیک روان‌شناسی بیمارستان ۲۲ بهمن دانشگاه علوم پزشکی قزوین انتخاب شدند و سایر متغیرهای مداخله‌گر از طریق انتخاب تصادفی نمونه‌ها کنترل شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: تشخیص اختلال وسواس، داشتن نمره وسواس بالاتر از نقطه برش (نمره ۹) در سیاهه وسواس بی‌اختیاری مادزلی<sup>۱</sup>، نداشتن اختلال‌های همایند، رضایت به مشارکت در پژوهش و داشتن سواد حداقل دیپلم.

نمونه پژوهش به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۰ نفر؛ درمانگری شناختی-رفتاری همراه با دارو) و گواه (۱۰ نفر؛ دارودرمانگری) جای گرفتند. اعضای گروه نمونه از نظر تحصیلات، مصرف داروهای کنترل وسواس و نداشتن اختلال‌های همایند با یکدیگر هم‌تا شدند. پیش از اجرای درمانگری، تمامی آزمودنی‌های دو گروه به وسیله مصاحبه بالینی و سیاهه وسواس بی‌اختیاری مادزلی ارزیابی شدند.

**سیاهه وسواس بی‌اختیاری مادزلی** (هاجسون و راچمن، ۱۹۷۷). این سیاهه شدت نشانه‌های وسواس بی‌اختیاری را با ۳۰ ماده دوگزینه‌ای اندازه‌گیری می‌کند. هاجسون و راچمن (۱۹۷۷) توانستند با استفاده از تحلیل عاملی به پنج زیرمقیاس واری<sup>۲</sup>، شست‌وشو<sup>۳</sup>، کندی-تکرار<sup>۴</sup>، وظیفه‌شناسی-تردید<sup>۵</sup> و نشخوار فکری<sup>۶</sup> دست یابند. تعداد ماده‌های مربوط به زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۹، ۱۱، ۷، ۷ و ۲ است. هاجسون و راچمن (۱۹۷۷) روایی همگرایی این سیاهه را رضایت‌بخش و اعتبار بازآزمایی آن را ۰/۸۹ برآورد کردند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۷ گزارش شد. قاسم‌زاده (۱۳۸۰) نقل از شمس و دیگران، (۱۳۸۶) روایی محتوایی این سیاهه را بررسی و تأیید کرده است. به دلیل

حساسیت سیاهه وسواس بی‌اختیاری مادزلی نسبت به اثرات درمانی، این سیاهه در ارزیابی درمان‌های معطوف به نشانه‌های وسواس بی‌اختیاری سودمندی ویژه‌ای دارد (استکتی<sup>۷</sup> و پیگت<sup>۸</sup>، ۱۳۸۹/۲۰۰۶).

پس از انتخاب گروه نمونه و تعیین خط پایه، جلسه‌های مشاوره فردی در قالب درمانگری شناختی-رفتاری به صورت ۱۲ تا ۱۴ جلسه هفتگی فقط برای گروه آزمایش ارائه شد. مدت زمان هر جلسه درمانی ۴۵ تا ۶۰ دقیقه بود و جلسه‌های بازنگری و پیگیری<sup>۹</sup> نیز در برنامه گنجانده شد. پس از طی مراحل درمانی، هر دو گروه به وسیله سیاهه وسواس بی‌اختیاری مادزلی ارزیابی شدند. برای تحلیل داده نیز از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. در جدول ۱ محتوای هر جلسه به اختصار تشریح شده است.

برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد.

## یافته‌ها

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بیانگر تفاوت معنادار درمانگری شناختی-رفتاری به شیوه فردی در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس بی‌اختیاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بود. به عبارت دیگر، مداخله شناختی-رفتاری به تفاوت بین دو گروه منجر شد و این تفاوت هم در پس‌آزمون و هم در پیگیری قابل تأیید است.

نتایج به دست آمده نشان می‌دهد میانگین پیش‌آزمون در متغیر وسواس برای گروه آزمایش و گواه به ترتیب عبارت است از ۱۹/۱۰ و ۱۸/۶۰ (با انحراف استاندارد ۴/۵۵ و ۵/۵۴)، در پس‌آزمون برابر با ۸/۵۰ و ۱۷/۸۰ (با انحراف استاندارد ۴/۵۵ و ۴/۸۷) و در مطالعه پیگیری نیز برابر با ۵/۹۰ و ۱۷/۵۰ (با انحراف استاندارد ۲/۹۹ و ۴/۴۰) است. به عبارت دیگر، میانگین نمره‌های وسواس گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه تفاوت قابل ملاحظه‌ای دارد.

پس از بررسی مفروضه‌های تحلیل کوواریانس مبنی بر همگنی ماتریس کوواریانس در بین گروه‌ها، آماره باکس با F

1. Moudsley Obsessional Compulsive Inventory (MOCI)  
2. revision  
3. washing

4. repetition  
5. suspicion  
6. rumination  
7. Stektee, G.  
8. Pigott, T.  
9. follow-up meeting

مشاهده شده ۱/۴۳۷ و برای زیرمقیاس‌های بازبینی، شست‌وشو،  
کندی، تردید و نشخوار فکری به ترتیب ۰/۹۷۴، ۰/۳۰۶، ۱/۰۱۴،  
۲/۲۵۹ و ۱/۹۱۴ نشان دادند که ماتریس کوواریانس‌ها در دو  
گروه برای سطوح مختلف متغیر وابسته همسان است.

جدول ۱

پروتکل درمانگری فردی شناختی-رفتاری اختلال وسواس بی‌اختیاری (برگرفته از هاوتون و دیگران، ۱۹۸۹)

#### جلسه اول

تعیین اهداف

آموزش وسواس بی‌اختیاری

الگوی بازنگری درمانگری رفتاری-شناختی و منطق درمان

سنجش درک بیمار از افکار خودآیند در مقایسه با ارزیابی‌ها

بررسی تاریخچه و شرح حال مراجع

دادن اطلاعات لازم به مراجع از مراحل درمان به منظور ایجاد درک مناسب از فرایند درمانگری شناختی-رفتاری

اجرای سیاهه وسواس بی‌اختیاری مادزلی و ثبت اطلاعات جمعیت‌شناختی

تکلیف: نظارت شخصی بر افکار خودآیند و ارزیابی‌ها

#### جلسه دوم

بازنگری الگو و تکالیف منزل

معرفی خطاهای شناختی عام و ارتباط آنها با ارزیابی‌ها

تعیین ترس‌های بنیادین با بهره‌گیری از تکنیک ارزیابی نزولی

تکلیف: نظارت شخصی بر افکار خودآیند و ارزیابی‌ها و تکمیل فن ارزیابی نزولی برای هر یک از ارزیابی‌های وسواس بی‌اختیاری

#### جلسه‌های سوم تا هفتم

بازنگری الگو و تکالیف منزل

معرفی و گفت‌وگو درباره یکی از زمینه‌های اعتقادی فرد (اهمیت بیش از حد به تفکرات، مسئولیت‌پذیری بیش از حد) و راهکارهای مقابله‌ای بالقوه

تعیین ارزیابی‌های جایگزین که عموماً به اندازه برآوردهای اصلی وسواس بی‌اختیاری تهدیدآمیز نیستند.

مشارکت در ارزیابی تکلیف منزل که معمولاً با سنجش‌های رفتاری و سایر راهکارها که به ارزیابی مجدد کمک می‌کند، ارتباط دارد.

#### جلسه‌های هشتم تا دهم

بازنگری الگو و تکالیف منزل

بازنگری ارزیابی‌های وسواس بی‌اختیاری و راهبردهای مقابله‌ای جلسه‌های پیشین

تشخیص و گفت‌وگو درباره مفروضه‌های باورهای وسواس بی‌اختیاری

به چالش کشیدن این مفروضه‌ها و باورها و ایجاد مفروضه‌ها و باورهای جایگزین تکلیف منزل

سنجش‌های رفتاری برای گردآوری شواهد برای تایید یا رد مفروضه‌ها یا باورهای جایگزین

#### جلسه‌های یازدهم و دوازدهم

بازنگری الگو و تکالیف

بازنگری درمانگری تا این جلسه

تعبیر به خود درمانگری (برای مثال، هنگام تجربه تفکرات خودآیند چه باید کرد)

پیشگیری از بازگشت بیماری

مشارکت در ارزیابی تکالیف (فقط جلسه یازدهم)

#### جلسه چهاردهم

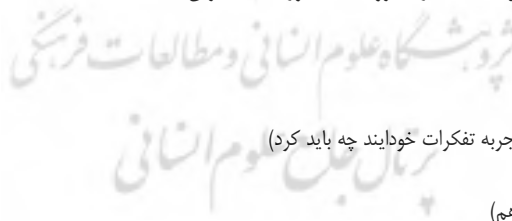
بررسی تغییر و سنجش نشانه‌های وسواس

اجرای سیاهه وسواس بی‌اختیاری مادزلی

در بررسی اثر گروه‌بندی و پیش‌آزمون در مقادیر متغیر  
وابسته، آزمون‌های مختلف شامل اثر پیلائی، لامبدای ویلکز، t  
هتلینگ و تحلیل حداکثری ریشه روی (با مقدار F مشاهده شده  
پیش‌آزمون ۷/۹۸۵ و درمان ۵۵/۸۷۰،  $P < ۰/۰۱$ ) نشان می‌دهد  
گروه‌بندی در کل، اثر معنادار بر کلیه متغیرهای وابسته داشته  
است و اثر مشاهده شده در کلیه موارد با اطمینان ۹۹ درصد

معنادار است.

از آنجا که در این پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس  
چندمتغیری برای تجزیه و تحلیل داده‌ها استفاده شده است،  
پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها (آزمون لوین) بررسی شد. نتایج  
نشان داد که واریانس خطا در دو گروه در کلیه ابعاد همسان  
است و هیچ تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود.



جدول ۲

بررسی اثر مداخله شناختی-رفتاری بر بهبود نشانه‌های وسواس

| منبع اثر  | متغیرهای وابسته | SS      | df | MS      | F       |
|-----------|-----------------|---------|----|---------|---------|
| پیش‌آزمون | پس‌آزمون وسواس  | ۱۷۳/۷۲۳ | ۱  | ۱۷۳/۷۲۳ | ۱۳/۰۴۶* |
|           | پیگیری وسواس    | ۱۲۷/۵۵۸ | ۱  | ۱۲۷/۵۵۸ | ۱۶/۹۶۲* |
| درمان     | پس‌آزمون وسواس  | ۴۶۰/۱۵۱ | ۱  | ۴۶۰/۱۵۱ | ۳۴/۵۵۵* |
|           | پیگیری وسواس    | ۷۰۱/۶۸۴ | ۱  | ۷۰۱/۶۸۴ | ۹۳/۳۰۸* |
| خطا       | پس‌آزمون وسواس  | ۲۲۶/۳۷۷ | ۱۷ | ۱۳/۳۱۶  |         |
|           | پیگیری وسواس    | ۱۲۷/۸۴۲ | ۱۷ | ۷/۵۲۰   |         |

\* $P < 0.01$

پس‌آزمون و چه در مطالعه پیگیری، با اطمینان ۹۹ درصد، در متغیر تردید پس‌آزمون با اطمینان ۹۵ درصد و مطالعه پیگیری با اطمینان ۹۹ درصد معنادار است. البته به دلیل عدم معناداری اثر پیش‌آزمون بر متغیرهای وابسته در دو مؤلفه شست‌وشو و کندی یکی از مفروضه‌های تحلیل کوواریانس نقض می‌شود، اما به دلیل مساوی بودن حجم گروه‌ها در نمونه پژوهشی و نیز معیار بودن ابزار پژوهش استفاده از آزمون‌های پارامتریک بلامانع است. در جدول ۶ گروه‌ها به صورت زوجی مورد مقایسه قرار داده شده‌اند.

جدول ۳

مقایسه گروه‌های درمانی به صورت زوجی در متغیرهای وابسته

| مرحله          | گروه          | $\Delta M$ |
|----------------|---------------|------------|
| پس‌آزمون وسواس | آزمایش و گواه | -۹/۶۰۶*    |
| پیگیری وسواس   | آزمایش و گواه | -۱۱/۸۶۲*   |

\* $P < 0.05$

نتایج جدول ۲ نشان دادند اثر گروه‌بندی در پس‌آزمون ۳۴/۵۵۵ و در مطالعه پیگیری ۹۳/۳۰۸ است که دو مقادیر با اطمینان ۹۹ درصد از نظر آماری معنادار است. بنابراین، مداخله شناختی-رفتاری به تفاوت بین دو گروه منجر شده و این تفاوت هم در پس‌آزمون و هم در مطالعه پیگیری قابل تأیید است.

مقایسه میانگین‌ها به صورت زوجی نیز نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها در دو متغیر نیز معنادار است (جدول ۳).

در جدول ۴ میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایشی و گواه در هر یک از متغیرها به تفکیک پیش‌آزمون، پس‌آزمون و مطالعه پیگیری منعکس شده است.

با رعایت پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شده است. نتایج در جدول ۵ منعکس شده است.

با توجه به نتایج جدول ۵ می‌توان نتیجه گرفت اثر مداخله

در متغیرها بازبینی، شست‌وشو، کندی و نشخوار فکری چه در

جدول ۴

میانگین مؤلفه‌های وسواس به تفکیک گروه بندی

| متغیرها     | گروه   | پیش‌آزمون |      | پس‌آزمون |      |
|-------------|--------|-----------|------|----------|------|
|             |        | SD        | M    | SD       | M    |
| بازبینی     | آزمایش | ۱/۷۷      | ۶/۵۰ | ۲/۱۳     | ۳/۱۰ |
|             | گواه   | ۲/۸۳      | ۶/۷۰ | ۲/۴۰     | ۵/۷۰ |
| شست‌وشو     | آزمایش | ۲/۳۹      | ۵/۸۰ | ۱/۵۷     | ۲/۴۰ |
|             | گواه   | ۱/۹۵      | ۶/۵۰ | ۱/۶۹     | ۵/۰۰ |
| کندی        | آزمایش | ۱/۳۴      | ۲/۶۰ | ۰/۹۴     | ۱/۳۰ |
|             | گواه   | ۰/۹۹      | ۳/۱۰ | ۱/۱۵     | ۳/۰۰ |
| تردید       | آزمایش | ۱/۳۹      | ۵/۸۰ | ۱/۷۹     | ۳/۱۰ |
|             | گواه   | ۱/۳۴      | ۴/۶۰ | ۱/۱۵     | ۴/۳۰ |
| نشخوار فکری | آزمایش | ۰/۸۴      | ۱/۵۰ | ۰/۴۲     | ۰/۵۰ |
|             | گواه   | ۰/۸۴      | ۱/۴۰ | ۰/۸۷     | ۱/۸۰ |

جدول ۵

بررسی اثر مداخله شناختی-رفتاری بر بهبود مؤلفه‌های وسواس

| متغیرها     | منبع اثر  | متغیرهای وابسته | SS     | df     | MS     | F        |          |
|-------------|-----------|-----------------|--------|--------|--------|----------|----------|
| بازبینی     | پیش‌آزمون | پس‌آزمون        | ۴۶/۷۷۹ | ۱      | ۴۶/۷۷۹ | ۱۷/۲۰۵** |          |
|             | درمان     | پیگیری          | ۲۸/۳۴۶ | ۱      | ۲۸/۳۴۶ | ۲۵/۰۲۷** |          |
|             |           | پس‌آزمون        | پیگیری | ۳۰/۲۸۷ | ۱      | ۳۰/۲۸۷   | ۱۱/۱۳۹** |
|             | خطا       | پس‌آزمون        | پیگیری | ۶۸/۰۸۷ | ۱      | ۶۸/۰۸۷   | ۶۰/۱۱۵** |
|             |           | پیگیری          | خطا    | ۴۶/۲۲۱ | ۱۷     | ۲/۷۱۹    |          |
|             |           | پیگیری          | خطا    | ۱۹/۲۵۴ | ۱۷     | ۲/۱۳۳    |          |
| شست‌وشو     | پیش‌آزمون | پس‌آزمون        | ۳/۶۸۰  | ۱      | ۳/۶۸۰  | ۱/۳۹۹    |          |
|             | درمان     | پیگیری          | ۴/۳۷۱  | ۱      | ۴/۳۷۱  | ۲/۸۸۸    |          |
|             |           | پس‌آزمون        | پیگیری | ۲۹/۳۰۸ | ۱      | ۲۹/۳۰۸   | ۱۱/۱۴۱** |
|             | خطا       | پس‌آزمون        | پیگیری | ۴۸/۰۰۴ | ۱      | ۴۸/۰۰۴   | ۳۱/۷۱۸** |
|             |           | پیگیری          | خطا    | ۴۴/۷۲۰ | ۱۷     | ۲/۶۳۱    |          |
|             |           | پیگیری          | خطا    | ۲۵/۷۲۹ | ۱۷     | ۱/۵۱۳    |          |
| کندی        | پیش‌آزمون | پس‌آزمون        | ۱/۰۶۹  | ۱      | ۱/۰۶۹  | ۰/۹۵۵    |          |
|             | درمان     | پیگیری          | ۰/۵۴۱  | ۱      | ۰/۵۴۱  | ۰/۶۳۶    |          |
|             |           | پس‌آزمون        | پیگیری | ۱۲/۱۵۵ | ۱      | ۱۲/۱۵۵   | ۱۰/۸۵۸** |
|             | خطا       | پس‌آزمون        | پیگیری | ۱۱/۱۰۸ | ۱      | ۱۱/۱۰۸   | ۱۳/۰۶۰** |
|             |           | پیگیری          | خطا    | ۱۹/۰۳۱ | ۱۷     | ۱/۱۱۹    |          |
|             |           | پیگیری          | خطا    | ۱۴/۴۵۹ | ۱۷     | ۰/۸۵۱    |          |
| تردید       | پیش‌آزمون | پس‌آزمون        | ۸/۹۰۵  | ۱      | ۸/۹۰۵  | ۴/۷۱۷*   |          |
|             | درمان     | پیگیری          | ۶/۹۷۵  | ۱      | ۶/۹۷۵  | ۵/۱۲۸*   |          |
|             |           | پس‌آزمون        | پیگیری | ۱۳/۵۷۹ | ۱      | ۱۳/۵۷۹   | ۷/۱۹۳*   |
|             | خطا       | پس‌آزمون        | پیگیری | ۳۳/۳۶۳ | ۱      | ۳۳/۳۶۳   | ۲۴/۵۲۷** |
|             |           | پیگیری          | خطا    | ۳۲/۰۹۵ | ۱۷     | ۱/۸۸۸    |          |
|             |           | پیگیری          | خطا    | ۲۳/۱۲۵ | ۱۷     | ۱/۳۶۰    |          |
| نشخوار فکری | پیش‌آزمون | پس‌آزمون        | ۱/۴۳۳  | ۱      | ۱/۴۳۳  | ۵/۲۲۱*   |          |
|             | درمان     | پیگیری          | ۰/۶۰۸  | ۱      | ۰/۶۰۸  | ۳/۰۴۶    |          |
|             |           | پس‌آزمون        | پیگیری | ۸/۸۵۵  | ۱      | ۸/۸۵۵    | ۳۲/۲۵۶** |
|             | خطا       | پس‌آزمون        | پیگیری | ۱۰/۰۶۷ | ۱      | ۱۰/۰۶۷   | ۵۰/۴۵۱** |
|             |           | پیگیری          | خطا    | ۴/۶۶۷  | ۱۷     | ۰/۲۷۵    |          |
|             |           | پیگیری          | خطا    | ۳/۳۹۲  | ۱۷     | ۰/۲۰۰    |          |

\*\*P<./۰۰۱ \*P<./۰۰۵

جدول ۶

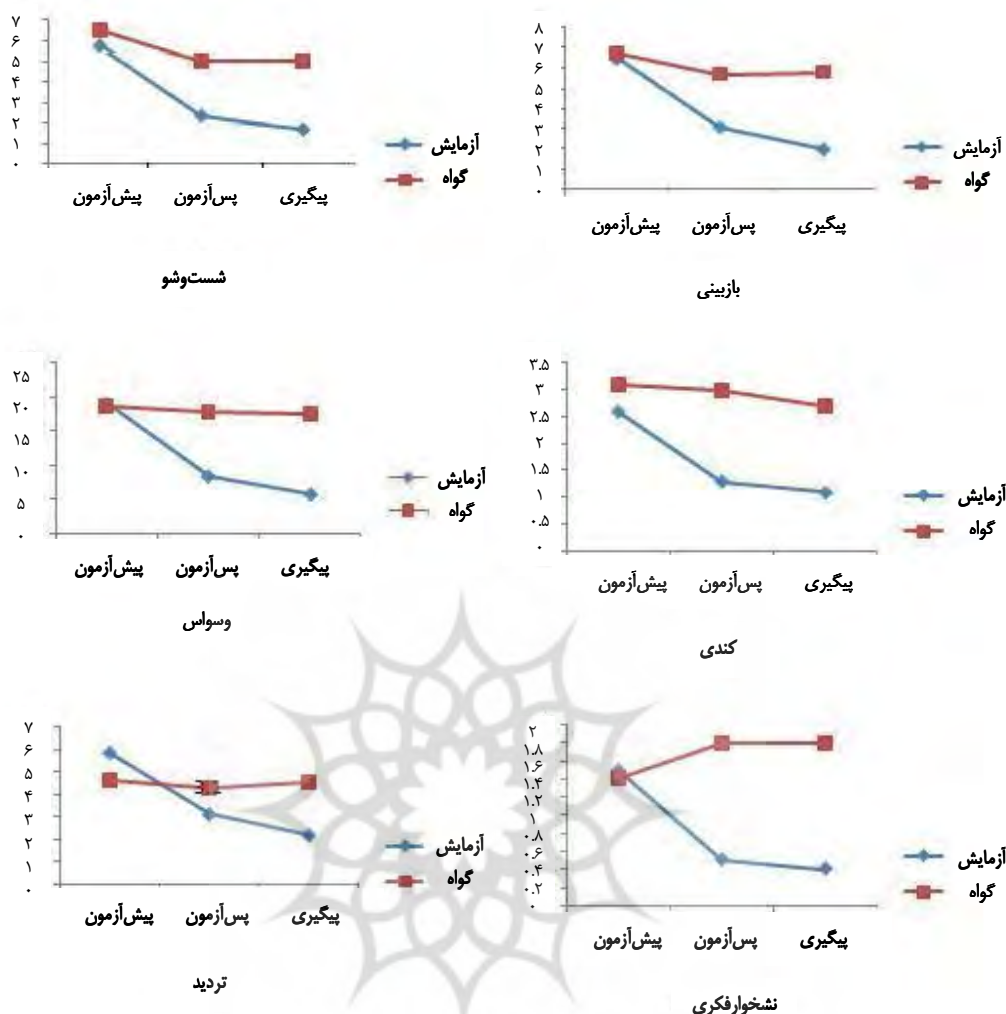
مقایسه گروه‌های درمانی به صورت زوجی در متغیرهای وابسته

| متغیر       | گروه     | AM            |
|-------------|----------|---------------|
| بازبینی     | پس‌آزمون | آزمایش و گواه |
|             | پیگیری   | آزمایش و گواه |
| شست‌وشو     | پس‌آزمون | آزمایش و گواه |
|             | پیگیری   | آزمایش و گواه |
| کندی        | پس‌آزمون | آزمایش و گواه |
|             | پیگیری   | آزمایش و گواه |
| تردید       | پس‌آزمون | آزمایش و گواه |
|             | پیگیری   | آزمایش و گواه |
| نشخوار فکری | پس‌آزمون | آزمایش و گواه |
|             | پیگیری   | آزمایش و گواه |

\*P<./۰۰۵

مؤلفه‌های وسواس در پس‌آزمون و در مطالعه پیگیری تفاوت معنادار با اطمینان آماری ۹۵ درصد را نشان می‌دهد.

همان‌طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود آزمون مقایسه‌های زوجی گروه‌ها، بین گروه‌های آزمایش و گواه از نظر کلیه



شکل ۱. تغییرات وسواس و مؤلفه‌های آن به تفکیک گروه و مراحل اجرا

## بحث

درمانی بر اساس درک نقش شناخت در کنترل هیجان و رفتار قرار دارد و بیان می‌کند این رویدادها نیستند که موجب مشکلات روان‌شناختی می‌شوند، بلکه شیوه تفسیر آنها باعث بروز مشکلات می‌شود. بر همین مبنا، درمانگری شناختی-رفتاری با معنایی که افراد به تجربه‌های خود می‌دهند، سروکار دارد و مبتنی بر فنون شکل‌دهی رفتار و تغییر باورهای سازش‌نا یافته است. برای ایجاد تغییرهای پایدار رفتاری لازم است در باورهای شخص نیز تغییر ایجاد شود. با تغییر باورهای خودایند، چرخه معیوب شکسته می‌شود و این فرایند با تغییرات شناختی، رفتاری و بهبودی همراه است.

تأثیرات بیشتر و کاربردی درمانگری شناختی-رفتاری همراه با دارو در مرحله بعد از درمان (پیگیری) صورت می‌گیرد؛ و

با توجه به اثربخشی درمانگری شناختی-رفتاری، این درمان برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری در نظر گرفته شده است. یافته‌های این پژوهش نشان دادند درمانگری شناختی-رفتاری به شیوه فردی باعث کاهش نشانه‌های کلی اختلال وسواس بی‌اختیاری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه شد. این یافته با نتایج پژوهش آناندا و دیگران (۲۰۱۱)، ترنر (۲۰۰۶)، جان‌بزرگی و راجرز اصفهانی (۱۳۹۰)، سانز-میکا و دیگران (۲۰۱۴)، فیشر و ولز (۲۰۰۵)، فوآ (۲۰۱۰)، کردیلی (۲۰۰۸)، کردیلی و دیگران (۲۰۰۲)، مکملی و دیگران (۱۳۸۴)، نات (۲۰۰۵) و ویتال و دیگران (۲۰۰۵) همسو است. این روی‌آورد



اساس درمانگری شناختی-رفتاری می‌تواند سودمندی‌های بسیاری برای بیماران داشته باشد و به کاهش نشانه‌های کلی بیانجامد. یکی از نتیجه‌گیری‌های مهم پژوهش حاضر این است که علاوه بر نقش درمانی بر نشانه‌های وسواس و کاهش احتمال عود، در زمینه‌های دیگر نیز مؤثر می‌تواند باشد. با توجه به تأثیرات دارو (عوارض جانبی، تداخل دارویی و برگشت نشانه‌ها پس از قطع دارو) و محدودیت استفاده از آنها (در زنان حامله و شیرده، افراد سالخورده و بیماران قلبی)، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، گروهی منحصراً تحت درمانگری شناختی-رفتاری قرار داده شوند و سپس در کنار دو گروه مذکور مورد بررسی قرار گیرند.

#### منابع

- اتکینسون، ر. ا.، اتکینسون، ر. س.، اسمیت، ا. ا.، بم، د. ج. و هوکسما، س. ن. (۱۳۸۵). *زمینه روان‌شناسی هیلگارد*. ترجمه م. براهنی و دیگران. تهران: رشد (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۰).
- استکتی، گ. و پیگت، ت. (۱۳۸۹). *اختلال وسواس: جدیدترین راهبردهای ارزیابی و درمانی*. ترجمه ح. قاسمزاده. تهران: ارجمند (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۶).
- اکرمی، ن.، کلانتری، م.، عریضی، ح. ر.، س.، عابدی، م. ر. و معروفی، م. (۱۳۸۹). *مقایسه تأثیر روش‌های درمان رفتاری شناختی و رفتاری‌فراشناختی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار*. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۲(۶)، ۷۱-۵۹.
- توزنده‌جانی، ح. و کمال‌پور، ن. (۱۳۸۳). *چگونه با افکار و اعمال وسواسی مقابله کنیم*. *فصلنامه اصول بهداشت روانی*، ۶(۲۱ و ۲۲)، ۱-۱۱.
- جان‌بزرگی، م. و راجرز اصفهانی، س. (۱۳۹۰). *گروه‌درمانی چندبعدی اختلال وسواس-اجباری*. *مجله روان‌پزشکی بالینی ایران*، ۱۷(۴)، ۲۹۶-۲۸۹.
- رایت، ج. ۵، بسکو، م. ر. و تیز، م. ا. (۱۳۹۲). *آموزش درمان شناختی-رفتاری*. ترجمه ح. قاسمزاده و ح. حمیدپور. تهران: ارجمند (تاریخ انتشار اثر اصلی، ۲۰۰۹).
- شمس، گ.، کرم‌قدری، ن.، اسماعیلی‌ترکانپوری، ی.، امینی، ه.، ابراهیم‌خانی، ن.، ناصری‌بفرونی، ع. و پایه‌داراردکانی،

درمانگری شناختی-رفتاری همراه با دارو، در مقایسه با دارودرمانی صرف، در دوره پیگیری، تفاوت قابل ملاحظه‌ای دارد. این یافته با نتایج پژوهش ویتال و دیگران (۲۰۰۵)، نات (۲۰۰۵) و فرنام و دیگران (۱۳۸۷) همسو است. درمانگری شناختی-رفتاری باعث بهبود نشانه‌های اختلال وسواس بی‌اختیاری، کاهش احتمال عود و افزایش اثر بهبودی در دوره پیگیری می‌شود. زمانی که بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری داروهای ضد وسواس مصرف می‌کنند، وسواس‌های فکری از بین می‌روند و با سهولت بیشتری می‌توانند در مقابل وسواس‌های عملی مقاومت کنند. مصرف دارو در این بیماران موجب کاهش اضطراب می‌شود که به نوبه خود به انجام بهتر راهبردهای درمانگری شناختی-رفتاری از سوی بیماران می‌انجامد. از آنجا که این بیماران علاوه بر دارودرمانی، درمانگری شناختی-رفتاری را نیز دریافت می‌کنند، پس از قطع درمان به دلیل فراگیری راهبردها، نه تنها کاهش عود را تجربه نمی‌کنند، بلکه اثربخشی بیشتری در کاهش نشانه‌ها نشان می‌دهند. با توجه به جدول ۵، مداخله در همه متغیرها (بازبینی، شست‌وشو، کندی، تردید و نشخوار فکری) معنادار است و بین گروه‌های آزمایش و گواه از نظر کلیه مؤلفه‌های وسواس در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، تفاوت معنادار مشاهده می‌شود. در این خصوص به پژوهشی در منابع داخلی و خارجی برخورد نشد. با اتکا به پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت درمانگری فردی شناختی-رفتاری، نشانه‌های اختلال وسواس بی‌اختیاری را کاهش می‌دهد و با توجه به اینکه به مؤلفه‌های رفتاری افراد وسواسی تحت این درمان، تکنیک‌های شناختی افزوده شده است، درمانگر خویش شده‌اند، به گونه‌ای که این بهبودی با افزایش اثر درمان در گذر زمان همراه است. از مجموع نتایج به‌دست آمده می‌توان استنباط کرد که درمانگری فردی شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های وسواس مؤثر است و از این نظر که اثرات درمانی خود را پس از قطع درمان همچنان حفظ می‌کند و احتمال عود در این روش نسبت به درمان دارویی بسیار کمتر است، درمان بهتری برای اختلال وسواس بی‌اختیاری محسوب می‌شود و می‌تواند از درمان‌های پیشین اثربخش‌تر باشد و درمان کارآمدتر تلقی شود. بر این

- Cordioli, A. V., Heldt, E., Bochi, D.B., Margis, R., de Sousa, M. B., Tonello, J. F., & et al. (2002).** Cognitive-behavioral group therapy in obsessive-compulsive disorder: A clinical trial. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 113-120.
- Diefenbach, G., Abramowitz, J., & Norberg, M. (2007).** Changes in quality of life following cognitive-behavioural therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 45 (32), 30-60.
- Dobson, K. S. (2010).** *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. New York: Guilford Press.
- Dobson, D. & Dobson, K. S. (2009).** *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford Press.
- Fisher, P. L., & Wells, A. (2005).** How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 43 (12), 1543-1558.
- Foa, E. (2010).** Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 12 (2), 199-207.
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1996).** Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder. In M. R. Mavissakalian & R. F. Prien (Eds.), *Long-term treatment of anxiety disorders* (pp. 285-309). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Freeston, M. H., Ludoucrur, R., Gagnon, F., & Bujold, A. (1997).** Cognitive behavioral treatment of obsessive thought: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-413.
- Hadgson, R., & Rachman, S. (1977).** Obsessional compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15, 389-395.
- ح. (۱۳۸۶).** شیوع علایم وسواس فکری عملی در نوجوانان و میزان هم‌ابتلائی آن با سایر علائم روان‌پزشکی. *تازه‌های علوم شناختی*، ۹(۴)، ۵۰-۵۹.
- فرنام، ع. ر.، ایمانی، م.، علیلو، م. م. و بخش‌ی‌پور، ع. (۱۳۸۷).** مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی شناختی و فلوکستین در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی فردوسی*، ۱۰(۱)، ۶۳-۷۷.
- معین‌الغربائی، ف.، شعیری، م.، صنعتی، م. و فدائی، م. (۱۳۸۹).** راهبردهای شناختی در بیماران مبتلا به اضطراب-افسردگی مختلط و وسواس بی‌اختیاری روان‌شناسان تحولی: *روان‌شناسان ایرانی*، ۷(۲۵)، ۶۵-۷۴.
- مکملی، ز.، نشاط‌دوست، ح. ط. و عابدی، م. ر. (۱۳۸۴).** اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی در اختلال وسواسی اجباری. *فصلنامه تازه‌های علوم شناختی*، ۷(۴)، ۸-۱۳.
- موتابی، ف. و فتی، ل. (۱۳۹۰).** راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری، چاپ اول، تهران: دانژه.
- Abramowitz, J. S., & Arch, J. J. (2014).** Strategies for improving long-term outcomes in cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: Insights from learning theory. *Cognitive and Behavioral Practice*, 21 (1), 20-31.
- American Psychiatric Association (2000).** *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed. Text Revision)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Anand, N., Sudhir, P. M., Math, S. B., Thennarasu, K., & Janardhan Reddy, Y. C. (2011).** Cognitive behavior therapy in medication non-responders with obsessive-compulsive disorder: A prospective one-year follow-up study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (7), 939-945.
- Cordioli, A. V. (2008).** Cognitive-behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira De Psiquiatr*, 30 (2), 65-72.

- Sánchez-Mecaa, J., Rosa-Alcázara, A. I., Iniesta-Sepúlveda, M., & Rosa-Alcázara, A. (2014).** Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders, 28* (1), 31-44.
- Storch, E. A., Lisa, J., & Merlo, L. J. (2006).** Obsessive-compulsive disorder: Strategies for using CBT and pharmacotherapy. *Gainesville, 55*, 329-333.
- Thienemann, M. (2001).** Manual-driven group cognitive-behavior for adolescents with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 11*, 128-141.
- Turner, C. M. (2006).** Cognitive-behavioral theory and therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents: Current status and future directions. *Clinical Psychology Review, 26* (7), 912-938.
- Van Oppen, P., de Haan, E., Van Balkom, A. J. L. M., Spinhoven, P., Hoogduin, K., & Van Dyck, R. (1995).** Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy, 33*, 379-390.
- Whittal, M. L., Thordarson, D. S., & McLean, P. D. (2005).** Treatment of obsessive-compulsive disorder: Cognitive-behavioral therapy vs. exposure and response prevention. *Behavior Research and Therapy, 43* (12), 1559-1576.
- Hawton, K., Salkovskis, P., Kirk, J., & Clark, D. (1989).** *Cognitive behavioral therapy for psychiatric problems*. New York: Oxford University Press.
- Kampman, M., Keijsers, G. P. J., Hoogduin, C. A. L., & Verbraak, M. J. P. M. (2002).** Addition of cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder patients non-responding to fluoxetine. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 106*, 314-319.
- Martin, E. F., Jonathan, S., Abramowitz, J. S., Donald, A., Bux, Jr., Lori, A., Zoellner, & Norah, C. F. (2002).** Cognitive-behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Professional Psychology: Research and Practice, 33* (2), 162-168.
- McLean, P. D., Whittal, M. L., Sochting, I., Joch, W. J., Paterson, R., Thordarson, D. S., & et al. (2001).** Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 205-214.
- Nutt, D. J. (2005).** Overview of diagnosis and drug treatment of anxiety disorders. *Clinical Neurological Spectrums, 10*, 49-56.
- O'Connor, K., Todorov, C., Robillard, S., Borgeat, F., & Brault, M. (1999).** Cognitive-behavioral therapy and mediation in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A controlled study. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*, 64-71.