

A Comparison of the Effect of Exposure and Response Prevention Therapy and Narrative Therapy on Reduction Symptoms of Obsessive - Compulsive Disorder

Esfahani, Z., Ghorbani, *M., Esfahani, M.

Abstract

Introduction: Obsessive - Compulsive Disorder is the existence of repeated and very intense Obsessions or Compulsions that disrupts occupational, social and interpersonal activity. The purpose of this study was comparison of effectiveness of Exposure and Response Prevention by Self-Treatment Method and Narrative Therapy on reduction symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder.

Method: This study design was semi-experimental with pre-test, post-test and follow-up. Therefore, among all patients with Obsessive-Compulsive disorder in psychiatric and psychological centers of Esfahan in 2021, 30 patients were selected by purposeful sampling and randomly assigned in 2 experimental groups and 1 control group. An experimental group received Exposure and Response Prevention by Self-Treatment Method (6 weeks), and other experimental group received Narrative Therapy, in base on the White (1995) and Monk (1997). The results analyzed by MANCOVA in SPSS-26.

Results: The results showed the effect of Exposure and Response Prevention Therapy by Self-Treatment and Narrative Therapy on significant reduction symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder and so 4 sub-scales, especially doubting and slowness on the post-test and on the one-month follow-up ($P < 0.01$).

Conclusion: It seems that Exposure and Response Prevention Therapy and Narrative therapy can be used alongside other treatments in OCD treatment.

Keywords: Obsessive-Compulsive Disorder, Exposure and Response Prevention, Narrative Therapy.

مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و حکایت درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار

زهره اصفهانی^۱، مریم قربانی^۲، مهدی اصفهانی^۳

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۴/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۹/۰۸

چکیده

مقدمه: اختلال وسواس - اجبار، وجود وسواس‌ها یا اجبارهای مکرر و بسیار شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه‌ای در روند عادی زندگی، فعالیت‌های شغلی، اجتماعی و روابط بین‌فردی برای فرد ایجاد می‌کند. هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی و رویکرد حکایت‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار بود.

روش: این پژوهش، از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری انجام گرفت. بدین منظور از بین کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روانشناختی و روان‌پزشکی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰، تعداد ۳۰ نفر بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۰ نفری شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. یک گروه آزمایشی به مدت ۶ هفته، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی دریافت نمودند و گروه دیگر طی ۸ جلسه هفتگی بر اساس راهنمای درمانی وایت (۱۹۹۵) و مانک (۱۹۹۷)، تحت حکایت‌درمانی قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه کنترل نیز در لیست انتظار قرار گرفتند. داده‌های پژوهش به روش تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا)، با استفاده از نرم‌افزار SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها دال بر اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی و حکایت‌درمانی بر بهبود معنادار نشانه‌های وارسی، شستشو، کندی و تردید وسواسی، به‌ویژه کندی و تردید وسواسی در مرحله پس‌آزمون و تداوم این بهبودی پس از یک دوره یک ماهه پیگیری بود ($P < 0.01$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و حکایت‌درمانی در کنار سایر درمان‌ها می‌تواند در درمان وسواس مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواس - اجبار، مواجهه و جلوگیری از پاسخ، حکایت‌درمانی.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

۲. نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام‌نور، تهران، ایران

۳. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه غیرانتفاعی، اصفهان، ایران

مقدمه

اختلال وسواس - اجبار^۱، یک اختلال روانی مخرب و شایع است که به دلیل ماهیت ناتوان کننده خود منجر به رنج و ناراحتی قابل توجهی در عملکرد تحصیلی، شغلی، اجتماعی و مختل شدن روابط بین فردی می شود. بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۲ (DSM-5)، ویژگی اصلی این اختلال، وجود وسواس ها یا اجبارهای مکرر و بسیار شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه ای برای فرد به بار می آورند. وسواس^۳، فکر، کلمه یا تصویری است که به رغم اراده ای انسان، به هشیاری وی هجوم می آورد و سازمان روانی را تحت سیطره ی خود قرار می دهد و اضطراب گسترده ای را در فرد برمی انگیزد. این اختلال، اختلالی پیچیده است که با وسواس های فکری مکرر و تکرارهای جبری شناخته می شود. این حالات در فعالیت های روزانه اختلال ایجاد می کند (۱). این افکار معمولاً با اعمالی همراه هستند که فرد علی رغم میل باطنی، خود را مجبور به انجام دادن آنها می داند و تصور می کند که اگر آن اعمال را انجام ندهد حادثه ای وحشتناک که ماهیت آن نیز مشخص نیست به وقوع خواهد پیوست، این اعمال را اجبار^۴ می نامند (۲). شایع ترین اعمال اجباری توأم با وسواس، عبارتند از تکرار یک رفتار خاص مانند شستن و تمیز کردن، شمردن، منظم کردن چیزها، واریسی کردن یا درخواست خاطر جمعی (۳). این وسواس ها یا اجبارها سبب اتلاف وقت فرد می شوند و اختلال زیادی در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت های معمول اجتماعی یا روابط فردی ایجاد می کنند (۴). بیمار مبتلا به اختلال وسواس - اجبار ممکن است فقط وسواس یا اجبار صرف و یا هر دوی آنها را با هم داشته باشد (۵). آئین ها و راهکارهای اجتناب از اضطراب وسواس در کوتاه مدت تأثیرگذار است اما در بلندمدت اثر قبلی خود را از دست خواهد داد. این اختلال در صورت عدم درمان، دارای سیری مزمن است و عوارض قابل توجهی را به همراه دارد (۶).

درمان اختلال وسواس - اجبار به عنوان چهارمین اختلال روان پزشکی از نظر شیوع، هم چنان به عنوان چالشی در حوزه پژوهش های بالینی مطرح است. برای درمان این اختلال علاوه بر درمان های دارویی، اثربخشی درمان های روانشناختی متعدد نیز در طول سال های متوالی مورد بررسی قرار گرفته است (۷). یکی از راهبردهای انتخابی در درمان این اختلال، روش درمانی مواجهه و جلوگیری از پاسخ^۵ می باشد که در آن بیمار با محرک ها و موقعیت های برانگیزاننده ی وسواس روبرو شده و به ایجاد وقفه در هر نوع رفتاری که به این رویارویی خاتمه داده یا مانع آن شود تشویق می گردد، این فرآیند باعث افزایش اضطراب بیمار تا رسیدن به نقطه اوج می شود. هم زمان با آن بیمار به ارزیابی ترس ها تشویق می شود تا دریابد امور ترس آور در واقع اتفاق نمی افتند (۸).

علی رغم موفقیت این روش در درمان این اختلال، رویکرد رفتاری صرف به وسواس محدودیت هایی دارد. در پاسخ به این محدودیت ها و کاستی ها، موج دوم رفتاردرمانی تا دهه ۱۹۹۰، با تأکید بیشتر بر جنبه های شناختی، باورها، طرحواره ها و نظام پردازش اطلاعات، در مفهوم سازی ایجاد و تداوم وسواس پدید آمد، هر چند مواجهه و جلوگیری از پاسخ هم چنان بخش اصلی درمان وسواس را تشکیل می داد. بر این اساس، درمان بر شناسایی و اصلاح افکار مزاحم، اصلاح نگرش های مربوط به احساس مسئولیت افراطی و جلوگیری از خنثی سازی ناشی از این احساس و افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز می شود و به جای اینکه بیمار را به توقف رفتارهای اجباری ترغیب نماید، سوء تعبیرهایی را هدف قرار می دهد که وی را وادار به انجام این اجبارها می کند و بر بی خطر بودن این رفتارها تأکید می نماید. این کار از طریق چالش شناختی و آزمون های رفتاری صورت می گیرد و شامل مواجهه و جلوگیری از پاسخ است (۹).

گرچه این روش ها موفقیت های زیادی در درمان اختلال وسواس - اجبار داشته است، اما بررسی به منظور دستیابی به روش های مؤثرتر، هم چنان انگیزه پژوهش های گسترده و متنوع در این حوزه درمانی است (۱۰). از حدود دو دهه پیش رویکردهایی تحت عنوان درمان های موج سوم رفتاردرمانی

5. Exposur and Response Prevention (ERP)

1. Obsessive - Compulsive Disorder (OCD)
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM)
3. Obsession
4. Compulsion

باشند(۱۳). در حکایت‌درمانی مشکل به عنوان اختلال کارکرد افراد در نظر گرفته نمی‌شود، مشکل حکایتی است که نیازمند دوباره تألیف شدن از طریق گفتگوی درمانی است. فرآیند درمان شامل تغییر تفسیرها و عقاید مراجعان نسبت به وقایع گذشته است، تفسیرهایی که می‌تواند زندگی را محدود کرده و سبب اختلال شود(۱۲). بیرونی‌سازی^۶، پیامدهای یگانه^۷، مستندات درمانی^۸ و شاهدان بیرونی^۹ از جمله مؤلفه‌های درمانی در این شیوه می‌باشند.

با توجه به محدودیت پیشینه پژوهش در زمینه مقایسه اثربخشی پروتکل‌های درمانی مذکور در درمان اختلال وسواس - اجبار و همین‌طور به منظور بهبود هر چه بیشتر علائم بیماران، در واقع مسأله‌ی اساسی این است که آیا بررسی و مقایسه اثربخشی روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی و رویکرد حکایت‌درمانی می‌تواند بیانگر کارآمدی این روش‌ها در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار و کاهش نشانه‌های این اختلال باشد که به درمان‌های فعلی پاسخ‌گو نیستند.

پژوهش‌های مختلفی از اثربخشی این دو روش درمانی به طور مستقل، در کاهش نشانگان وسواسی - جبری حمایت می‌کنند. نتایج یافته‌های پوسینلی، گانگی، گاوریک، میلو سویک، ام‌سی‌کاب، سورنی، الکادو و رووا(۱۴)، به تأیید تأثیر مواجهه درمانی بر کاهش وسواس پرداخته است. در پژوهش مختاری‌فر(۱۵)، تأثیر آموزش مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ بر هوشیاری و نشانگان اختلال افراد مبتلا به اختلال وسواسی - جبری بررسی شده و نتایج حاکی از اثربخشی این روش در کاهش علائم وسواس - اجبار می‌باشد. در پژوهش اصفهانی(۱۶)، رویکرد حکایت‌درمانی به عنوان یک رویکرد درمانی جدید و مؤثر در کاهش نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار عنوان شده است. گریفین(۱۷)، با روش حکایت‌درمانی مطالعه‌ای بر روی دختر ۸ ساله مبتلا به اختلال وسواس - اجبار انجام داده است، نتایج حاکی از این بود که رویکرد حکایتی می‌تواند در بهبود علائم وسواس کودکان و نوجوانان مؤثر باشد. هم‌چنین اوکانر، کاسزگی، آردما، نیکرک و تابلون(۱۸)، در پژوهشی با استفاده از رویکرد

پدید آمدند که این مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و زمینه محور می‌باشند. در این درمان‌ها، به جای این رویکرد که ایجاد پیشرفت مستلزم تغییر مستقیم محتوای افکار، هیجانات یا علائم بدنی است و تغییر شکل، فراوانی یا حساسیت موقعیتی شناخت‌ها و هیجانات باید مورد توجه قرار گیرد، کارکرد آن‌ها را هدف قرار می‌دهند(۱۲).

این درمان‌ها عبارت‌اند از رفتار درمانی دیالکتیک^۱، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی^۲، درمان فراشناختی^۳ و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۴(۱۱). پژوهش‌ها در این شیوه‌های نظری جدید در زمینه فرآیندهای درمانی پیشنهاد می‌کنند که درمانگران باید از مطالعه جزء نگرانه مشکلات به سمت رویکردهای کل‌گرایانه در زمینه سبک‌های بیان و گفتار افراد تغییر جهت دهند زیرا افراد مشکلات خود را در قالب رویکردهای کل‌گرایانه به صورت حکایت‌ها و داستان‌هایی که برای زندگی خود بیان می‌کنند سازمان‌دهی می‌کنند. در میان این رویکردهای کل‌نگر، حکایت‌درمانی^۵ و درمان راه‌حل‌مدار دو رویکرد مهم و بسیار پرطرفدار در میان روانشناسان و درمانگران بوده‌اند(۱۲).

در حکایت‌درمانی از طریق حکایت‌های افراد می‌توان به احساسات، هیجانات و نگرش‌های آنان پی برد. انسان‌ها بر اساس حکایت‌هایی که ساخته‌اند دست به کنش و واکنش می‌زنند و این فرآیند سبب می‌شود احساس کنند از توانایی پیش‌بینی و کنترل زندگی خود برخوردار هستند. در واقع حکایت در پی ساخت دادن به تجارب افراد است. حکایت‌درمانی بر مبنای این درک قرار می‌گیرد که شکل زبانی که افراد از طریق آن زندگی‌شان را درک می‌کنند، شکل داستانی و روایت‌گونه است. در این شیوه به‌جای نگرش به افراد به عنوان چیزی نظیر مذکر، افسرده یا وسواسی، به افراد به عنوان تاریخچه‌های منحصر به فرد می‌نگرد و به مراجعان کمک می‌کند تا با تجدیدنظر و اصلاح این داستان‌ها و حکایت‌های درونی شده فرهنگی، آن‌ها را تبدیل به حکایت‌هایی می‌کنند که منحصر به فردتر بوده و تحسین‌کننده قدرت فردی و مسئولیت‌پذیری مراجعان

1. Dialectical Behavior Therapy (DBT)
2. Mindfulness - Based on Cognitive Therapy (MBCT)
3. Meta Cognition Therapy
4. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
5. Narrative Therapy

6. Externalizing
7. Unique Outcomes
8. Document Therapy
9. Outsider Witnesses

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار مراجعه‌کننده به کلیه مراکز خدمات روانشناختی و روان‌پزشکی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بود.

نمونه و روش نمونه‌گیری: از بین آن‌ها دو مرکز خدمات روانشناختی و روان‌پزشکی، به‌صورت در دسترس انتخاب شدند و تعداد ۳۰ بیمار (۱۵ زن و ۱۵ مرد، در هر گروه ۵ زن و ۵ مرد) که طی مصاحبه بالینی بر اساس DSM-5، توسط روانشناس بالینی و روان‌پزشک، مبتلا به اختلال وسواس - اجبار تشخیص داده شده بودند، با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه ۱۰ نفره گمارده شدند و دو گروه آزمایشی مداخلات درمانی مورد نظر را دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار درمان قرار گرفت.

ملاک‌های ورود و خروج: برای انتخاب آزمودنی‌ها جهت شرکت در گروه‌های درمانی ملاک‌های ورود و خروج خاصی اعمال شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: دریافت تشخیص اختلال وسواس - اجبار، سطح تحصیلات و هوش کافی برای درک و به‌کارگیری روش‌های درمانی مورد نظر (میزان تحصیلات در این پژوهش شامل ۹ نفر کارشناسی ارشد، ۹ نفر لیسانس، ۷ نفر کاردانی و ۵ نفر دیپلم بود)، عدم مصرف داروی روان‌پزشکی یا در صورت مصرف دارو عدم تغییر برنامه دارویی در شش ماه قبل از شروع دوره درمان. ملاک‌های خروج عبارت بودند از: ابتلا به اختلالات سایکوتیک و سایر اختلالات روانشناختی، هم‌چنین اختلالات مرتبط با سوء مصرف مواد، عدم تمایل و انگیزه درمان‌جو از شرکت در پژوهش، غیبت بیش از دو جلسه از جلسات درمانی.

ابزار

۱. مصاحبه بالینی: به منظور تشخیص اختلال وسواس - اجبار و بررسی ملاک‌های ورود و خروج نمونه پژوهش، مصاحبه بالینی مبتنی بر DSM-5 توسط متخصص روان‌پزشک و متخصص روانشناسی بالینی انجام گرفت.
۲. پرسشنامه: به منظور بررسی میزان نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار در بیماران مبتلا، از پرسشنامه وسواس -

استنباط‌گرایی حکایتی در درمان وسواس - اجبار و با هدف اصلاح دلایل و داستان‌های انعطاف‌ناپذیری که تولید شک و تردید وسواسی می‌کردند، به این نتیجه رسیدند که این رویکرد می‌تواند باعث کاهش علائم شک و تردید در بیماران مبتلا به وسواس - اجبار شود که تابلوی بالینی غالب آن‌ها تردید وسواسی است. بچوفن، ناکاگوا، مارکس، پارک، گریست، بایرش، ونزل، پارکین و دوتل (۱۹)، در پژوهشی تحت عنوان «خودسنجی و خوددرمانی خانگی اختلال وسواس - اجبار و با استفاده از راهنمای آموزشی و مصاحبه تلفنی از طریق تعامل رایانه‌ای» دریافتند که استفاده از سیستم خوددرمانی که بر اساس روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ طرح‌ریزی شده است، به‌طور معناداری به میزان استفاده از داروهای مهار کننده باز جذب سروتونین، موجب بهبود یافتن نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار، خلق و سازگاری اجتماعی و شغلی آزمودنی‌ها شده است. نتایج پژوهشی که توسط تورک، ام‌سی گویر و پیاسنتینی (۲۰)، انجام شد دال بر تأثیر درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ به صورت تکلیف خانگی بر کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال وسواس - اجبار بود. پژوهش ملچپور، وندرهدین، دین، مایر و فرانکن (۲۱)، نیز اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ را بر کاهش اختلال وسواس - اجبار تأیید نمود.

همان‌گونه که در ابتدا اشاره شد با توجه به موفقیت‌هایی که در اجرای درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ وجود دارد، لزوم انجام پژوهش‌های تجربی در زمینه مفهوم‌سازی و کاربرد نظریه‌ها و درمان‌های غیر مواجهه‌ای و جدید در زمینه اختلال وسواس - اجبار ضروری به نظر می‌رسد. آنچه پژوهشگر را به انتخاب و استفاده از دو شیوه درمان مبتنی بر مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی^۱ و حکایت‌درمانی ترغیب نمود، مقایسه اثربخشی یک رویکرد رفتار درمانی و یک درمان فرامدرن به عنوان روش‌های جدید و جایگزین در درمان اختلال وسواس - اجبار بود.

روش

طرح پژوهش: این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه، با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل انجام شد.

1. Self -Treatment

وسواس از دکتر مهدی اصفهانی (۲۶)، می‌باشد که به درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی در ۶ هفته پرداخته است. روایی محتوایی این پروتکل توسط سه متخصص روانشناسی بالینی مورد تأیید قرار گرفت. پس از تنظیم پروتکل برای بیماران وسواس - اجبار، جهت اطمینان از اثربخشی آن، ابتدا پروتکل مذکور به صورت موردی بر روی ۶ آزمودنی واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواس - اجبار اجرا و نتایج اثربخشی مشاهده شد.

۲. حکایت‌درمانی: اصفهانی (۱۶)، به دلیل نبود پروتکل حکایت‌درمانی در زمینه درمان اختلال وسواس - اجبار، با استفاده از پروتکل‌های مربوط به سایر اختلالات (وایت، ۱۹۹۵؛ مانک، ۱۹۹۷)، اقدام به تدوین پروتکل حکایت‌درمانی اختلال وسواس - اجبار نمود و سپس روایی محتوایی آن توسط سه متخصص روانشناسی بالینی مورد تأیید قرار گرفت. پس از تنظیم پروتکل حکایت‌درمانی برای بیماران وسواس - اجبار، برای اطمینان از اثربخشی این درمان، پروتکل مذکور ابتدا به صورت موردی بر روی ۳ آزمودنی واجد ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواس - اجبار بررسی شد. نمرات نشانه‌های وسواس - اجبار در طی دوره درمان در ابتدای هر جلسه مورد ارزیابی قرار گرفت. پس از اجرای کامل پروتکل درمانی، نمرات شدت وسواس - اجبار جلسات درمانی و پیگیری مورد مقایسه قرار گرفت و نتایج حاکی از کاهش نمرات شدت وسواس - اجبار در طول درمان بوده است. در طول اجرای درمان، اشکالات و نقاط ضعف پروتکل مشخص و برطرف گردید. پس از اعمال تغییرات و اصلاحات لازم، مرحله اصلی پژوهش اجرا شد.

سه فارغ التحصیل روانشناسی به منظور پیگیری تکالیف ارائه شده در جلسات درمان، برقراری رابطه حمایتی، مرور بر یادآوری مطالب مورد بحث در هر جلسه به منظور حفظ و تداوم انگیزه و تعهد درمانجویان، به مدت ۱۰ ساعت آموزش دیدند. به منظور ترغیب آزمودنی‌ها برای شرکت در مرحله پیگیری پس از اتمام جلسات مداخلات درمانی تا اجرای آزمون پیگیری، هر سه هفته یک جلسه جهت یادآوری و مرور مطالب ارائه شده در جلسات و رفع مشکلات بیماران در عملی نمودن و اجرا کردن تکنیک‌ها برگزار گردید.

اجبار مادزلی^۱ (MOCI)، استفاده گردید. این پرسشنامه در سال ۱۹۷۷ توسط هاجسون و راجمن به‌منظور پژوهش در مورد نوع و حیطة مشکلات وسواسی تهیه و تدوین شده است. این آزمون شامل ۳۰ سؤال صحیح و غلط است که شامل ۴ مقیاس فرعی واری، شستشو، کندی و تردید می‌باشد. البته مقیاس پنجمی هم تحت عنوان نشخوار فکری وجود دارد، ولی چون فقط شامل دو پرسش است به‌صورت جداگانه نمره‌گذاری نمی‌شود. نمره آزمون شامل یک نمره کل و ۴ نمره مربوط به مقیاس‌های فرعی می‌باشد که به‌صورت جداگانه نمره‌گذاری می‌شوند (۲۲).

نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که هنگامی که پاسخ با کلید نمره‌گذاری منطبق است نمره یک و در غیر این صورت نمره صفر داده می‌شود. بنابراین حداکثر نمره برای کل آزمون ۳۰، برای مقیاس فرعی واری ۹، مقیاس فرعی شستشو ۱۱، مقیاس فرعی کندی ۷ و مقیاس فرعی تردید ۷ می‌باشد (۲۳). مقیاس‌های فرعی این آزمون، آن را به ابزاری مفید جهت ارزیابی تغییرات در نشانه‌های ویژه تبدیل کرده است. از طرفی توجه اصلی در این مقیاس به نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار و تفکیک این نشانه‌ها از صفات شخصیتی، باعث شده است که این آزمون در ارزیابی روش‌های درمانی معطوف به نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار کارایی ویژه‌ای داشته باشد. بررسی‌های متعددی که در زمینه این آزمون صورت گرفته نشان می‌دهد این آزمون نسبت به اثرات درمان حساس است و پایایی و اعتبار آن در مطالعات انجام شده بر روی نمونه‌های بالینی کشورهای مختلف تأیید شده است (۲۲). پایایی و اعتبار نسخه ترجمه شده آزمون وسواس مادزلی در ایران نیز مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار محتوایی آن توسط سه نفر از روانشناسان بالینی اعضای هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان مورد بررسی و تأیید قرار گرفت (۲۴). دادفر (۲۵)، ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۵ و روایی همگرا آن با مقیاس وسواس اجباری بیل براون، ۰/۸۷ به‌دست آورد. در این مطالعات ضریب آلفا ۰/۸۷ برآورد شده است.

پروتکل‌های درمانی: ۱. مواجهه و جلوگیری از پاسخ: پروتکل اجرایی این درمان بر اساس کتاب راهنمای درمانی

1. Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI)

جدول ۱) پروتکل درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ

جلسات	درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ
جلسه ۱	برقراری ارتباط خوب با مراجع و بدست آوردن اطلاعات در مورد سابقه وسواس او، همچنین توضیح سبب شناسی اختلال وسواس، طراحی جلسات اول مواجهه و آموزش تکنیک‌های بازداری از پاسخ و بستن قرارداد درمانی.
جلسه ۲	تهیه سلسله مراتب از افکار وسواسی و موقعیت‌های مورد اجتناب و انجام تکلیف خانگی.
جلسه ۳	مواجهه تخیلی با ماده‌های اول سلسله مراتب و کمک به بیمار جهت قطع رفتارهای وسواسی و انجام تکلیف خانگی.
جلسه ۴	مواجهه با چند ماده بعدی سلسله مراتب، کمک به بیمار جهت توقف رفتارهای وسواسی، بررسی موانع موجود بر سر راه بازداری از پاسخ و انجام تکلیف خانگی.
جلسه ۵	مواجهه با ماده‌های پایانی سلسله مراتب و انجام تکلیف خانگی.
جلسه ۶	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.

جدول ۲) پروتکل حکایت‌درمانی

جلسات	حکایت درمانی
جلسات ۱ و ۲	شامل اتخاذ رویکردی مشارکتی توأم با تفاهم و همدلی و ایجاد یک اتحاد مثبت درمانی است. این جلسات با هدف قرار گرفتن مشاور و مراجع در یک موقعیت همکاری جهت نگارش و بازنویسی حکایت زندگی برگزار می‌شود.
جلسات ۳ و ۴	تمرکز بر بیرونی‌سازی و نامگذاری مشکل است. هدف از بیرونی‌سازی وسواس، جدا کردن روانشناختی فرد از مشکل وسواس است. با استفاده از این تکنیک به مراجع کمک می‌شود تا بتواند وسواس را جدا از هویت خود توصیف نماید.
جلسات ۵ و ۶	شامل بررسی نتایج منحصر به فرد یا تجربه ناب است. به مراجع کمک می‌شود زمان‌هایی را به یاد آورد که تحت تأثیر وسواس نبوده و تمرکز درمانگر بر پیامدهای منحصر به فرد یا همان استثناها است تا حکایت جدید جایگزین شود و سپس حکایت جدید را متمرکز بر آینده کند.
جلسه ۷	شامل استفاده از شاهد بیرونی است که هدف آن تقویت حکایت جدید است. طی این جلسه مراجع، فرد شنونده‌ای را به عنوان ناظر بیرونی انتخاب و پیشرفتش را در ساختن و ماندن در حکایت جدید بدون وسواس حمایت کند.
جلسه ۸	تمرینات یادآوری است که طی آن تمام مراحل گذشته با مراجع بررسی می‌شود و این که مراجع از کجا به کجا رسیده است. با رسیدن به این مرحله و تحکیم حکایت جدید جایگزین، درمان پایان می‌پذیرد.

روند اجرای پژوهش: پس از تصویب و تأیید نهایی طرح

پژوهش توسط کمیته تخصصی گروه و شورای پژوهشی دانشگاه پیام‌نور بهارستان اصفهان، این پژوهش در نیمه دوم سال ۱۴۰۰، در مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی شایستگان در اصفهان، توسط دو درمانگر در حوزه روانشناسی بالینی و آموزش دیده در زمینه پروتکل‌های درمانی مواجهه و جلوگیری از پاسخ و حکایت‌درمانی به صورت فردی بر روی هر کدام از گروه‌های آزمایش اجرا شد. آزمودنی‌ها ریزش نداشتند. جهت جمع‌آوری اطلاعات به دو مرکز خدمات روانشناختی و روان‌پزشکی در شهر اصفهان مراجعه شد و پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولین فنی مرکز و کسب رضایت از شرکت‌کنندگانی که با تشخیص روانشناس بالینی و متخصص روان‌پزشکی، مبتلا به اختلال وسواس - اجبار تشخیص داده شده بودند، همچنین در نظر گرفتن ملاحظات اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات، به

ارائه توضیحاتی در خصوص هدف پژوهش، چگونگی تکمیل پرسشنامه، روش کار، ملاک‌های ورود و خروج پرداخته شد و سپس اطلاعات جمعیت شناختی مثل سن، تحصیلات، شغل، وضعیت تأهل از آزمودنی‌ها پرسیده شد. بنابر رعایت ملاحظات و قوانین اخلاقی، کد اخلاق از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه پیام‌نور دریافت شد.

کد اخلاق: به منظور رعایت اخلاق، این پژوهش با کد اخلاق IR.PNU.REC.1401.129 از کمیته اخلاق زیستی دانشگاه پیام‌نور تصویب گردید.

یافته‌ها

داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از برنامه آماری SPSS-26 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای تحلیل توصیفی داده‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد استفاده شد که در جدول ۱ ارائه شده است

و برای تحلیل استنباطی داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس استفاده شد و تفاوت‌های موجود بین گروه‌ها بررسی شد.

جدول ۳) میانگین و انحراف استاندارد نمرات وسواس و ابعاد آن

زیرمقیاس‌ها	مرحله	کنترل		مواجهه و جلوگیری از پاسخ		حکایت درمانی	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
وسواس واریسی	پیش‌آزمون	۳/۹۰	۳/۷۵	۲/۹۰	۲/۶۸	۳/۶۰	۳/۴۳
	پس‌آزمون	۳/۸۰	۳/۶۵	۱/۰۰	۱/۲۴	۱/۳۰	۱/۵۶
	پیگیری	۳/۹۰	۳/۷۵	۱/۰۰	۱/۲۴	۱/۳۰	۱/۵۶
وسواس شستشو	پیش‌آزمون	۴/۲۰	۳/۳۳	۴/۳۰	۵/۱۴	۵/۳۰	۵/۱۰
	پس‌آزمون	۴/۳۵	۳/۴۰	۱/۰۰	۱/۳۳	۱/۵۰	۲/۱۷
	پیگیری	۴/۳۰	۴/۳۵	-۰/۹۰	۱/۱۹	۱/۵۰	۲/۱۷
کندی وسواسی	پیش‌آزمون	۵/۰۰	۱/۲۴	۵/۸۰	۱/۳۱	۵/۱۰	۲/۲۳
	پس‌آزمون	۵/۳۰	۱/۲۰	-۰/۸۰	۰/۶۳	۲/۷۰	۱/۰۵
	پیگیری	۴/۹۴	۱/۳۲	-۰/۸۰	۰/۶۳	۲/۷۰	۱/۰۵
تردید وسواسی	پیش‌آزمون	۴/۴۰	۱/۰۷	۵/۸۰	۱/۳۹	۵/۱۰	۱/۴۴
	پس‌آزمون	۴/۲۵	۱/۸۴	-۰/۷۰	۰/۴۸	۱/۱۰	۰/۵۶
	پیگیری	۴/۱۶	۱/۰۷	-۰/۷۰	۰/۴۸	۱/۱۰	۰/۵۶
وسواس	پیش‌آزمون	۱۷/۵۰	۱/۹۳	۱۹/۷۰	۲/۷۱	۱۹/۵۵	۲/۱۲
	پس‌آزمون	۱۷/۷۰	۱/۷۰	۳/۵۰	۰/۸۴	۶/۶۰	۱/۵۷
	پیگیری	۱۷/۳۰	۱/۶۴	۳/۴۰	۰/۸۴	۷/۰۰	۱/۴۹

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد در گروه آزمایشی روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی، میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری افراد در مؤلفه‌های واریسی، شستشو، کندی و تردید نسبت به میانگین نمره پیش‌آزمون آن‌ها کاهش یافته است. هم‌چنین نتایج آمار توصیفی در رابطه با گروه حکایت درمانی نیز نشان داد که میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری افراد در هر چهار مؤلفه واریسی، شستشو، کندی و تردید، نسبت به میانگین نمره پیش‌آزمون آنان کاهش یافته است. با توجه به اینکه آزمون مورد استفاده در این پژوهش آزمون تحلیل واریانس می‌باشد لذا قبل از انجام عملیات آماری، پیش فرض‌های آماری بررسی شد. آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها انجام شد و نرمال بودن داده‌ها را تأیید کرد ($P > 0/05$). آزمون لوین هم جهت بررسی مفروضه یکسانی واریانس‌ها استفاده شد و نتیجه این آزمون نیز حاکی از یکسانی واریانس‌ها می‌باشد. در ادامه آزمون کرویت موجلی به منظور بررسی اعتبار مدل در نمرات مؤلفه‌های وسواس در جدول ۴ ارائه شده است.

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد در گروه آزمایشی روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی، میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری افراد در مؤلفه‌های واریسی، شستشو، کندی و تردید نسبت به میانگین نمره پیش‌آزمون آن‌ها کاهش یافته است. هم‌چنین نتایج آمار توصیفی در رابطه با گروه حکایت درمانی نیز نشان داد که میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری افراد در هر چهار مؤلفه واریسی، شستشو، کندی و تردید، نسبت به میانگین نمره پیش‌آزمون آنان کاهش یافته است. با توجه به اینکه آزمون مورد استفاده در این پژوهش آزمون تحلیل واریانس می‌باشد لذا قبل از

جدول ۴) آزمون کرویت موجلی جهت بررسی اعتبار مدل در نمرات مؤلفه‌های وسواس

متغیر	موجلی W	تقریبی χ^2	df	سطح معناداری	اپسین گرین‌هاوس گیزر
وسواس واریسی	۰/۸۶۰	۶/۱۸	۲	۰/۰۵۲	۰/۸۷۷
وسواس شستشو	۰/۸۷۴	۵/۵۰۱	۲	۰/۰۶۴	۰/۸۷۴
کندی وسواسی	۰/۹۵۲	۲/۰۳۶	۲	۰/۳۶۱	۰/۹۵۴
تردید وسواسی	۰/۹۰۸	۳۰/۹۴۸	۲	۰/۱۳۹	۰/۹۱۶

با توجه به جدول ۴ مقدار موجلی برای مؤلفه‌های وسواس به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۷، ۰/۹۵ و ۰/۹۰ است که با درجه آزادی ۲ در سطح ۰/۰۵ معنادار نمی‌باشد. بنابراین دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش

با توجه به جدول ۴ مقدار موجلی برای مؤلفه‌های وسواس به ترتیب برابر با ۰/۸۶، ۰/۸۷، ۰/۹۵ و ۰/۹۰ است که با درجه آزادی ۲ در سطح ۰/۰۵ معنادار نمی‌باشد. بنابراین دلیلی برای رد فرض همگنی واریانس تکرارهای مختلف آزمایش

نمرات مؤلفه‌های وسواس، آزمون تحلیل واریانس عاملی در جدول ۵ ارائه شده است.

وجود ندارد و در نتیجه تخطی از الگوی آماری F صورت نگرفته و مفروضه کرویت برای این مؤلفه‌ها رعایت شده است. در ادامه جهت بررسی تفاوت میانگین گروه‌ها در

جدول ۵) نتایج آزمون تعقیبی بین گروه‌ها در متغیر بازداری و فعال‌ساز رفتاری

متغیر	اثر	مقادیر	F	df1	df2	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
وسواس واریسی	عامل	۰/۵۰۹	۲۶/۰۲	۱	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۴۹۱	۰/۹۹۸
	عامل*گروه	۰/۶۶۹	۶/۶۸	۲	۲۷	۰/۰۰۴	۰/۳۳۱	۰/۸۸۱
وسواس شستشو	عامل	۰/۵۹۰	۹/۰۳	۱	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱۰	۰/۹۵۷
	عامل*گروه	۰/۶۸۹	۲/۶۶	۲	۲۷	۰/۰۴۳	۰/۱۷۰	۰/۷۰۲
کندی وسواسی	عامل	۰/۲۳۰	۹۰/۵۹	۱	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۷۷۰	۱/۰۰
	عامل*گروه	۰/۳۰۳	۳۱/۰۳	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۶۹۷	۱/۰۰
تردید وسواسی	عامل	۰/۹۰۵	۲۵۷/۸۸	۱	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۹۰۵	۱/۰۰
	عامل*گروه	۰/۱۶۷	۶۷/۲۹	۲	۲۷	۰/۰۰۰	۰/۸۳۳	۱/۰۰
وسواس	عامل	۰/۰۲۶	۵۳/۴۷۰	۱	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۹۷۴	۱/۰۰۰
	عامل*گروه	۰/۰۴۱	۴۸/۹۴	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹۷	۱/۰۰۰

وجود دارد ($P < ۰/۰۱$). در ادامه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی دو شیوه درمانی بر مؤلفه‌های وسواس در جدول ۶ ارائه شده است.

همان‌طور که نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد بین نمره مؤلفه‌های واریسی، شستشو، کندی، تردید و نمره کل در سه مرحله اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و اثر تعاملی مراحل اندازه‌گیری با گروه کنترل تفاوت معناداری

جدول ۶) تحلیل واریانس اثربخشی دو شیوه درمانی بر مؤلفه‌های وسواس در سه مرحله اندازه‌گیری

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آماری
وسواس واریسی	درون گروهی	۳۹/۲۰۰	۱/۰۰۰	۳۹/۲۰۰	۲۶/۰۲۶	۰/۰۰۰	۰/۴۹	۰/۹۹
	اثر تعاملی	۲۰/۱۳۳	۲/۰۰۰	۱۰/۰۶۷	۶/۶۸۴	۰/۰۰۴	۰/۳۳	۰/۸۸
	خطا	۴۰/۶۶۷	۲۷/۰۰۰	۱/۵۰۶	-	-	-	-
وسواس شستشو	بین گروهی	۸۶/۸۶۷	۲	۴۳/۴۳۳	۲/۰۱۰	۰/۱۵	۰/۱۳	۰/۳۸
	خطا	۵۸۳/۵۳۳	۲۷	۲۱/۶۱۲	-	-	-	-
	درون گروهی	۱۱۳/۶۲۲	۲	۵۶/۸۱۱	۱۸/۴۵۸	۰/۰۰۰	۰/۴۰۶	۱/۰۰۰
کندی وسواسی	درون گروهی	۵۷/۵۱۱	۴	۱۴/۳۷۸	۴/۶۷۱	۰/۰۰۳	۰/۲۵۷	۰/۹۳۱
	خطا	۱۶۶/۲۰۰	۵۴	۳/۰۷۸	-	-	-	-
	بین گروهی	۷۰/۹۵۶	۲	۳۵/۴۷۸	۰/۷۸۷	۰/۴۶۵	۰/۰۵۵	۰/۱۷۰
تردید وسواسی	خطا	۱۲۱۶/۷۰۰	۲۷	۴۵/۰۶۳	-	-	-	-
	درون گروهی	۱۲۱/۶۸۹	۲	۶۰/۸۴۴	۹۰/۵۹۶	۰/۰۰۰	۰/۷۷۰	۱/۰۰۰
	اثر تعاملی	۸۳/۳۷۸	۴	۲۰/۸۴۴	۳۱/۰۳۷	۰/۰۰۰	۰/۶۹۷	۱/۰۰۰
وسواس	خطا	۳۶/۲۶۷	۵۴	۰/۶۷۲	-	-	-	-
	بین گروهی	۹۷/۳۵۶	۲	۴۸/۶۷۸	۱۴/۰۳۷	۰/۰۰۰	۰/۵۱۰	۰/۹۹۶
	خطا	۹۳/۶۲۳	۲۷	۳/۴۶۸	-	-	-	-
وسواس	درون گروهی	۱۸۴/۰۲۲	۲	۹۲/۰۱۱	۲۵۷/۸۸۶	۰/۰۰۰	۰/۹۰۵	۱/۰۰۰
	اثر تعاملی	۹۶/۰۴۴	۴	۲۴/۰۱۱	۶۷/۲۹۸	۰/۰۰۰	۰/۸۳۳	۱/۰۰۰
	خطا	۱۹/۲۶۷	۵۴	۰/۳۵۷	-	-	-	-

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اتا	توان آماری
بین گروهی	گروه	۷۸/۶۸۹	۲	۳۹/۳۴۴	۱۸/۱۸۰	۰/۰۰۰	۰/۵۷۴	۱/۰۰۰
	خطا	۵۸/۴۳۳	۲۷	۲/۱۶۴	-	-	-	-
درون گروهی	زمان	۱۸۱۵/۲۱	۲	۹۰۷/۶۴۵	۸۷۳/۰۷۱	۰/۰۰۰	۰/۹۷	۱/۰۰۰
	اثر تعاملی	۱۸۱۵/۲۹	۱/۲۳۵	۱۴۷۰/۲۸۲	۸۷۳/۰۷۱	۰/۰۰۰	۰/۹۷	۱/۰۰۰
	خطا	۹۲۵/۵۵	۲/۴۶۹	۳۷۴/۸۲۱	۲۲۲/۵۷۳	۰/۰۰۰	۰/۹۴	۱/۰۰۰
	گروه	۱۲۲۲/۱۷۹	۲	۶۱۱/۰۸۹	۸۷/۲۶۳	۰/۰۰۰	۰/۸۷	۱/۰۰۰
بین گروهی	خطا	۱۸۲/۰۷۴	۲۶	۷/۰۰۳	-	-	-	-

تردید و سواسی و نمره کل در گروه‌های آزمایش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی، حکایت‌درمانی و گروه کنترل وجود دارد ($P < ۰/۰۵$)، و در سایر خرده مقیاس‌ها (سواس واری و سواس شستشو) بین دو گروه درمانی و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > ۰/۰۵$). لذا، در ادامه جهت بررسی زوجی معناداری تفاوت میانگین گروه‌ها در کندی و سواسی، تردید و سواسی و نمره کل و سواس، آزمون تعقیبی بونفرونی ارائه شده است.

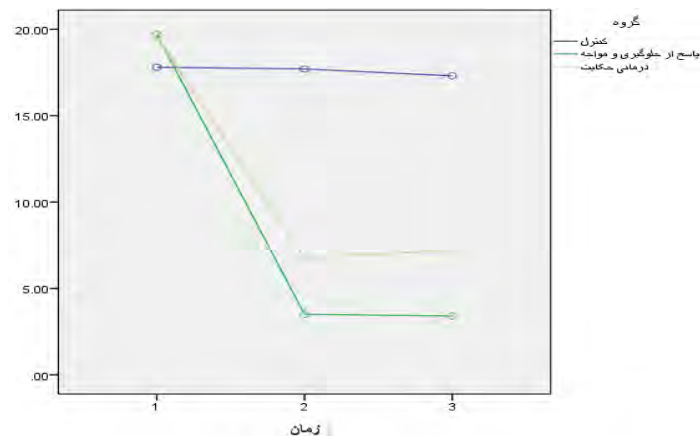
همان‌طور که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد، با معنادار بودن عامل زمان در درون گروه‌ها با F محاسبه شده برای سواس واری ($۲۶/۰۲$)، سواس شستشو ($۱۸/۴۵$)، کندی و سواسی ($۹۰/۵۹$) و تردید و سواسی ($۲۵۷/۸۸$) و نمره کل ($۸۷۳/۰۷۱$) وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ($P < ۰/۰۱$) را تأیید می‌نماید. همچنین با معناداری F محاسبه شده منبع گروه مؤلفه‌های کندی و سواسی ($۱۴/۰۳$)، تردید و سواسی ($۱۸/۱۸$) و نمره کل ($۸۷/۲۶۳$) در بین گروه‌های کنترل و آزمایش، می‌توان گفت تفاوت معناداری بین میانگین نمرات کندی و سواسی،

جدول ۷) نتایج آزمون بونفرونی جهت مقایسه گروه‌ها

متغیر	A	B	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
کندی و سواسی	کنترل	مواجهه جلوگیری پاسخ	۰/۵۳۳*	۰/۴۸۱	۰/۰۰۰
		حکایت درمانی	۰/۰۶۱*	۰/۴۸۱	۰/۰۱۰
	مواجهه جلوگیری پاسخ	کنترل	۰/۵۰۰*	۰/۴۸۱	۰/۰۱۳
		پس‌آزمون	۲/۴۶۷*	۰/۲۵۹	۰/۰۰۰
		پیش‌آزمون	۲/۵۱۶*	۰/۲۸۰	۰/۰۰۰
		پیگیری	۰/۰۱۹	۰/۱۲۴	۱/۰۰۰
تردید و سواسی	کنترل	مواجهه جلوگیری پاسخ	۲/۰۰۰*	۰/۳۸۰	۰/۰۰۰
		حکایت درمانی	۱/۹۶۷*	۰/۳۸۰	۰/۰۰۰
	مواجهه جلوگیری پاسخ	کنترل	۰/۰۳۳	۰/۳۸۰	۱/۰۰۰
		پس‌آزمون	۳/۰۳۳*	۰/۱۸۹	۰/۰۰۰
		پیش‌آزمون	۰/۰۳*	۰/۱۸۰	۰/۰۰۰
		پیگیری	۰/۱۳۳	۰/۶۷۹	۰/۸۵۹
سواس	کنترل	مواجهه جلوگیری پاسخ	۸/۷۳۳*	۰/۸۳	۰/۰۰۰
		حکایت درمانی	۶/۴۱۵*	۰/۷۰۲	۰/۰۰۰
	مواجهه جلوگیری پاسخ	کنترل	۲/۳۱۹*	۰/۷۰۲	۰/۰۰۸
		پس‌آزمون	۹/۶۹۳*	۰/۳۱۴	۰/۰۰۰
		پیش‌آزمون	۹/۷۱۱*	۰/۳۱۹	۰/۰۰۰
		پیگیری	۰/۰۱۹	۰/۱۲۴	۱/۰۰۰

اختلاف معناداری مشاهده شد ($P < 0/01$). با توجه به میانگین نمرات در جدول ۳ می‌توان گفت درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ باعث کاهش معنادار نمرات (کندی، تردید و نمره کل وسواس) نسبت به حکایت درمانی شده است.

نتایج جدول ۷ آزمون تعقیبی در میانگین گروه‌ها، نشان داد که در متغیر وسواس، بین میانگین نمرات کنترل با دو گروه مواجهه و جلوگیری از پاسخ و حکایت‌درمانی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین بین دو گروه آزمایشی مواجهه و جلوگیری از پاسخ و حکایت‌درمانی



نمودار (۱) نمودار تعاملی مقایسه سه مرحله در سه گروه

تأثیر درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کاهش نشانگان وسواس، با پژوهش‌های انجام شده توسط فرتیزلر، هکر و لوسی (۲۷)، ناکاگوا و همکاران (۲۸)، طیارانی‌راد (۲۹)، آبراموویتز (۳۰)، حسینی و همکاران (۳۱)، معصومیان و همکاران (۳۲) و پوسینلی و همکاران (۱۴)، همسو می‌باشد. با توجه به نتایج می‌توان اذعان نمود که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ به عنوان رویکردی از موج اول رفتاردرمانی، می‌تواند به عنوان درمان انتخابی اختلال وسواس - اجبار به کار رود و باعث کاهش قابل توجه علائم این اختلال شود. در این روش، معمولاً بیمار به‌طور جدی با محرک‌ها و افکار ترس‌آور روبه‌رو می‌شود و از انجام هر رفتار آئینی که منجر به عادت می‌شود ممانعت بعمل می‌آورد. مقاومت بیمار از طریق توضیح منطق دقیق چنین راهبردهایی کاهش می‌یابد. درمانگر برای بیمار تبیین می‌کند که چگونه رفتارهای فعلی او، اهمیتی غیرضروری به افکار می‌دهد و آن‌ها را سرشار از معنای خاص می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در این روش درمانی، بخش عمده درمان، خارج از جلسه درمان اتفاق می‌افتد و مشاور ابزارهای لازم برای مدیریت وسواس را به بیمار می‌دهد و به مرور هدایت جلسات درمانی از درمانگر به بیمار منتقل

با توجه به نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت که هر دو شیوه مداخله پژوهش به‌طور مؤثری سبب کاهش علائم و نشانگان وسواس در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده و به‌طور کلی اثر هر دو درمان در طول زمان پیگیری نیز ثابت باقی مانده است. همچنین مطابق نمودار می‌توان گفت که از بین دو شیوه مداخله، روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی تأثیر بیشتری بر کاهش علائم و نشانگان وسواس نسبت به رویکرد حکایت‌درمانی داشته است.

بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی و رویکرد حکایت‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواس - اجبار بود. با استناد به یافته اول پژوهش، می‌توان گفت که هر دو شیوه مداخله‌ی پژوهش به‌طور مؤثری سبب کاهش علائم و نشانگان وسواس (وارسی، شستشو، کندی و تردید) نسبت به گروه کنترل در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است. با توجه به محدودیت پیشینه پژوهش در زمینه مقایسه اثربخشی پروتکل‌های درمانی مذکور، به‌طور مجزا به پژوهش‌های انجام شده در مورد اثربخشی این درمان‌ها بر اختلال وسواس - اجبار پرداخته می‌شود. یافته مزبور در مورد

اصلی خود خارج شده و روان‌درمانی، تمرینی برای ترمیم و بازسازی این حکایت تلقی می‌شود. در تبیین اثربخشی حکایت درمانی می‌توان گفت، وقتی رفتارهای مشکل‌ساز (یعنی وسواس و اجبار) تعریف می‌شوند تأثیر آن‌ها بر خود فرد، ارتباطات و دیگران جستجو می‌شود. تشخیص فاصله‌ی بین اولویت‌ها و داستان‌های کنونی به ایجاد اهداف کمک می‌کند و انگیزه‌ای برای تغییر است، زیرا حکایت درمانی به فرد می‌آموزد که با بدست آوردن شناخت از خود و درون‌نگری، به سمت تغییر حرکت کند و احتمالاً این تغییر بینش نسبت به افکار و پیامدهای آن و انتخاب‌های آگاهانه، در مراجع انگیزه مناسبی جهت ایجاد تغییر در روند زندگی حال حاضرش، ایجاد کرده و در نتیجه باعث کاهش وسواس آن‌ها می‌شود. همچنین می‌توان گفت حکایت درمانی داستان‌های مراجع را به گونه‌ای شکل می‌دهد که اهداف، هویت‌ها و ارزش‌های مثبت را منعکس کند، در نتیجه از طریق همین هدفمندی، مراجع مقاومت خود را در برابر موقعیت‌های وسواسی افزایش می‌دهد و سرسختانه با آن مواجه می‌شود. در ادامه، نتایج یافته دوم، دال بر اثربخشی هر دو مداخله‌ی درمانی، بر بهبود معنادار نشانه‌های واری، شستشو، کندی و تردید وسواسی، به ویژه کندی و تردید وسواسی در مرحله پس‌آزمون و تداوم این بهبودی پس از یک دوره یک ماهه پیگیری می‌باشد. نتایج حاصل از این یافته در مورد اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ را می‌توان با نتایج حاصل از پژوهش حیدری (۳۷)، مکملی (۳۹)، هاشمی‌جشنی و همکاران (۳۸) و پوسینلی و همکاران (۱۴)، همسو دانست. همچنین در پژوهش اوکانر و همکاران (۳۵) نشان داده شده که رویکرد حکایت درمانی می‌تواند باعث کاهش علائم شک و تردید در بیماران مبتلا به وسواس - اجبار که تابلوی بالینی غالب آن‌ها تردید وسواسی است شود. به نظر می‌رسد که این مؤلفه‌ها شکل غیرشاخصی از اختلال وسواس - اجبار هستند. کندی وسواسی به معنای انجام فعالیت‌های ساده و روزمره به صورت بسیار کند، آهسته، یکنواخت و بسیار دقیق است که مستلزم صرف زمان زیادی می‌باشد، همچنین تردید وسواسی باعث بوجود آمدن شک و تردید در مورد اعمالی می‌شود که فرد تصور می‌کند به نحو کامل صورت نگرفته است. تردیدها ممکن است بر گذشته یا آینده متمرکز شوند و به صورت نشخوارهای فکری بروز نمایند و توانایی

می‌شود و با توجه به تکالیفی که درمانگر برای بیمار تعیین می‌کند به تدریج خود بیمار می‌تواند موقعیت‌های سخت و چالش برانگیز وسواس را شناسایی و به مبارزه با آن‌ها پردازد و این کار باعث توانمند شدن بیمار در مدیریت موقعیت‌های وسواسی و بالا رفتن مقاومت او از طریق یافتن منطق رفتارهای خود و کاهش عادات وسواسی خواهد شد. اما نکته مهم دیگر، بررسی کارایی و تأثیر شیوه خوددرمانی در درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ می‌باشد. این یافته با نتایج تولین (۳۳)، منزیس و دسیلوا (۲۲)، توهیگ و همکاران (۳۴)، هماهنگ است. شیوه خوددرمانی نیز به عنوان یکی از شیوه‌های جایگزین ارائه درمان به جای روش‌های معمول و سنتی حضوری و چهره به چهره (فردی)، در زمینه درمان اختلال وسواس - اجبار می‌باشد. این شیوه به دلیل محاسنی که دارد منجر به تسهیل فرآیند درمان می‌گردد. در تبیین این مورد می‌توان ذکر کرد که مهمترین محاسن استفاده از شیوه خوددرمانی در درمان این اختلال این است که بسیاری از بیماران مبتلا به وسواس از بابت نشانه‌های بیماری‌شان دچار ناراحتی و آشفتگی زیادی هستند و به دلیل ماهیت وسواس‌ها و اجبارهایشان و افکار و خیالات غیر قابل قبول و شرم‌آوری که برایشان متصور است سعی در پنهان کردن علائم اختلال‌شان حتی در حضور درمانگر دارند. برای چنین بیمارانی، درمان‌هایی که مستلزم ارتباط مستقیم با یک درمانگر نیست مناسب‌تر و اثربخش‌تر است.

همچنین نتایج یافته مزبور در مورد اثربخشی حکایت‌درمانی بر کاهش نشانگان اختلال وسواس - اجبار با پژوهش‌های انجام شده توسط اوکانر، میسکز، پیکرینگ و اسکومن (۳۵) و مکملی (۳۶)، همسو می‌باشد. در این رویکرد به عنوان یک رویکرد فرامردن و شکلی از سایکوتراپی، اعتقاد بر این است که تغییر در زبان و ادبیات حکایت‌هایی که فرد در مورد زندگی خود بیان می‌کند، منجر به تغییر در معانی زندگی فرد می‌شود و تغییر در حکایت زندگی، فرصت‌های جدیدی را برای رفتار و روابط با دیگران ایجاد می‌نماید. به علاوه، به اعتقاد طرفداران رویکرد حکایت‌درمانی، بافت خلاق و بدون محدودیت و چارچوبی که این مداخله فراهم می‌آورد، خلاقیت ذهنی مراجع را فعال کرده و به وی جرأت و شهامت تغییر می‌دهد (۱۲). در حکایت‌درمانی، اختلال وسواس - اجبار نمونه‌ای از حکایت زندگی است که از مسیر

بیشتری بر کاهش علائم و نشانگان وسواس نسبت به رویکرد حکایت درمانی داشته و میانگین نمرات وسواس را به طور معناداری کاهش داده است. در تبیین این یافته می‌توان اذعان نمود که درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ بیشتر بر نشانه‌ها متمرکز است، نشانه‌هایی که فرد هر روز با آن‌ها درگیر است و زندگی او را مختل می‌کند. درحالی‌که در حکایت‌درمانی تمرکز کمتری بر نشانه‌های وسواس وجود دارد و فرد به کلیت زندگی خود نگاهی دوباره می‌اندازد و وسواس را در قالب جدیدی در زندگی خود تبیین می‌کند. با توجه به ابزار سنجش که به بررسی نشانه‌ها می‌پردازد، همین امر می‌تواند دال بر تأثیر معنادارتر مداخله مواجهه و جلوگیری از پاسخ باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر نمونه‌گیری هدفمند و وجود ملاک‌های ورود و خروج می‌باشد که تعمیم نتایج به سایر بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار دارای اختلالات همبود را محدود می‌نماید، پیشنهاد می‌شود که پروتکل‌های درمانی بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواس - اجبار دارای سایر اختلالات همبود نیز اجرا و اثربخشی آن مورد بررسی قرار گیرد. پیش از شروع پژوهش، طبق نتایج حاصل از مطالعات قبلی، این اطلاع وجود داشت که هر دو روش درمانی به طور مستقل در کاهش اختلال وسواس - اجبار مؤثر هستند ولی مقایسه میزان اثربخشی دو روش درمانی و تأثیر اختصاصی آن‌ها بر مؤلفه‌های وسواس تاکنون انجام نشده بود. همچنین لازم به ذکر است که نشان دادن اثربخشی روش‌های جدید روان‌درمانی، می‌تواند در برنامه‌ریزی‌های کلان‌کشوری در حوزه نظام سلامت و بهداشت روان جامعه، قدم مؤثری در خصوص توجه به خدمات روانشناختی و مشاوره و همچنین تخصیص بودجه‌های لازم جهت فراهم کردن زمینه‌های ارائه این خدمات باشد.

تشکر و قدردانی: با احترام، از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش و همچنین مسئولین دو مرکز روانشناسی و روان‌پزشکی که در انجام این پژوهش یاری‌رسان ما بودند کمال تشکر و سپاس را داریم.

تعارض منافع: بر حسب مدارک، در این مقاله هیچ‌گونه تعارض منافع از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

تصمیم‌گیری را نیز از فرد سلب کنند. در تبیین این یافته می‌توان گفت هسته اصلی وسواس، شک و تردید بیمار به حافظه خود می‌باشد. ذهن فرد مبتلا به اختلال وسواس - اجبار، مسائل را دو مقوله‌ای می‌کند مثلاً تلاش برای یادآوری این که آیا اتفاقی افتاده است و یا اینکه کاری به درستی انجام شده است یا خیر، و این به سرعت تبدیل به یک وسواس می‌شود و فرد نسبت به چیزی که معمولی و نرمال است در حافظه‌اش شک و تردید ایجاد می‌کند و از پیامدهای آن می‌ترسد که این ترس منجر به اجبار می‌شود، طوری که شخص احساس می‌کند مجبور است کاری را برای تسکین موقت اضطراب، بررسی و تکرار کند (خشکی سازی). بنابراین شخص در یک چرخه معیوب قرار می‌گیرد که این منجر به کند شدن فرد حتی در انجام ساده‌ترین فعالیت‌ها می‌شود. همچنین این سطح از وسواس می‌تواند تمرکز بیمار را از بین ببرد و در زندگی او اختلال ایجاد کند. بنابراین می‌توان اذعان نمود که بیمار بر اساس مدیریت درمانی و بینشی که بر اساس انجام آگاهانه تکالیف در درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ به دست می‌آورد با کاهش تردیدها و کاهش تدریجی زمان برای انجام فعالیت‌های وسواسی روبرو می‌شود و در حکایت‌درمانی با اصلاح دلایل و داستان‌های انعطاف‌ناپذیر، انگیزه بیمار برای تلاش و مبارزه با وسواس افزایش می‌یابد زیرا به افراد می‌آموزد که کنترل و مسئولیت زندگی آن‌ها در دست خودشان است. بنابراین این دو روش درمانی اثربخشی مثبت در کاهش کندی و تردید وسواسی در بیمارانی که تابلوی بالینی آن‌ها کندی و تردید وسواسی بوده، شده است.

با در نظر گرفتن این مسأله که میانگین نمرات آزمودنی‌های گروه کنترل در این پژوهش، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت‌چندانی ندارد می‌توان استنباط کرد که اختلال وسواس - اجبار در صورت عدم درمان، یک مشکل ثابت و پایدار است که گذشت زمان منجر به تثبیت و حتی توسعه آن می‌شود. این مسأله تأکیدی است بر این موضوع که احتمال بهبودی در وسواس بدون دخالت عامل درمانی بسیار ناچیز و حداقل در بزرگسالی نامحتمل است.

در نهایت، بر اساس یافته آخر، نتایج نشان داد که علاوه بر اثربخشی هر دو شیوه مداخله بر کاهش نشانگان وسواس، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه خوددرمانی تأثیر

14. Puccinelli CH, Gagne JP, Gavric D, Milosevic I, McCabe RE, Soreni N, Alcolado GM & Rowa K. Falling into the OCD trap: Are clinicians hesitant to encourage exposure therapy for repugnant obsessions? *Journal Of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2023; 36, 100-119.

15. Mokhtarifar A. The effect of exposure training and response prevention on alertness and disorder symptoms of people with obsessive-compulsive disorder. Master's thesis in psychology. Shahrood Azad University. 1398 [Persian].

16. Esfahani M. Comparison of the effect of treatment based on the perspective of time, acceptance and commitment and narrative therapy on the severity of symptoms of obsessive-compulsive disorder. PhD dissertation in psychology. University of Esfahan. 1393 [Persian].

17. Griffin M. Specific cases, techniques and approaches; narrative behaviour therapy? *Integration in practice*. Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 2003; 24 (1): 33-37.

18. O'Connor K, Koszegi N, Ardma F, Niekerk J & Taillon A. An inference-based approach to treating obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2009; 16,420-429.

19. Bachofen M, Nakagawa A, Marks I, Park J, Greist J, Baer L, Wenzel K, Parkin J & Dotts S. Home self-assessment and self-treatment of obsessive-compulsive disorder using a manual and computer-conducted. Replication of a UK-US study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 1999; 60,545-549.

20. Tuerk P, McGuire J & Piacentini J. A randomized controlled trial of OC-Go for childhood obsessive compulsive disorder: Augmenting homework compliance in exposure with response prevention treatment. *Behavior Therapy*, 2023; 35, 105-111.

21. Melchior K, Vander Heiden C, Deen D, Mayer M & Franken I. The effectiveness of metacognitive therapy in comparison to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2023; 36, 75-88.

22. Menzies RG & De Silva P. (Eds.). *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment*. John Wiley & Sons: 2003.

23. Montgomery SA & Zohar Y. *Obsessive-compulsive disorder*. Martin Dunitz Ltd: 1999.

24. Esfahani M, Neshat Doost HT & Abedi MR. The effect of exposure and response prevention by self-treatment method on reduction symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Daneshvar Behavior*, 1386; 14, 22. [Persian].

25. Dadfar M. Investigating the coexistence of personality disorders in obsessive-compulsive patients and comparing them with normal people. Master's thesis in clinical psychology. Tehran Institute of Psychiatry: 1376 [Persian].

حامی مالی: این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول مقاله است.

منابع

1. Robbins W, Vaghi M & Banca P. Obsessive-compulsive disorder: Puzzles and Prospects. *Journal Home Page for Neuron*, 2019; 102 (1): 27-47.

2. Dadsatan P. *Developmental Psychology From Infancy Through Adulthood (vol 2)* Tehran: Samt: 1387. [Persian].

3. Yun Y & Boedhoe W. Brain structural covariance networks in obsessive-compulsive disorder: a graph analysis from the ENIGMA consortium. *Journal of Brain*. Article history, 2020; 143 (2): 684-700.

4. Gamoran A & Doron G. Effectiveness of brief daily training using a mobile app in reducing obsessive-compulsive disorder (OCD) symptoms: examining real world data of OCD app anxiety, mood & sleep. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2023; 36. 100-782.

5. Sadock V & Sadock B. *Kaplan & Sadock-Synopsis of psychiatry; behavioral sciences/ clinical psychiatry*. Philadelphia: Wolters Kluwer Health. 2021.

6. Reuman L, Buchholz J & Abramowitz JS. Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2018; 9, 15-20.

7. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (DSM-5®)*. American Psychiatric Publication, 2013.

8. Hawton K, Kerk J, Salkovskis P & Clark D. *Cognitive behavioral therapy, volume 1, 11th edition*. Translated by Habibolah Ghasemzadeh. Tehran: Arjmand Publications. 2014.

9. Clark, DA. *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York, Guilford Press: 2004.

10. Rees CS & van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2008; 39 (4): 451-458.

11. Evey KJ & Steinman SH. A systematic review of the use of acceptance and commitment therapy (ACT) to treat adult obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal Of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2023; 36, 150-169.

12. Alpert E, Hayes AM, Barnes JB & Sloan DM. Using client narratives to identify predictors of outcome in written exposure therapy and cognitive processing therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2023; 19 (93): 185-199.

13. Huang LT, Liu CY & Yang CY. Narrative enhancement and cognitive therapy for perceived stigma of chronic schizophrenia: A multicenter randomized controlled trial study. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2023; 44, 59-68.

37. Heydari A. Comparing the effectiveness of long-term visualization and exposure therapy with cognitive-behavioral therapy techniques in the treatment of obsessive-compulsive disorder patients. *Journal of Psychological Research*. 1386: No 3 and 4. [Persian].
38. Hashemi Jashni A, Roushan R & Ahadi H. Compare the efficacy of exposure therapy and prevention of response and group acceptance and commitment therapy in reducing the severity of symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Psychological Science*, 1399: 19 (93): 1141-1148. [Persian].
39. Mokameli Z. Investigating and comparing the effect of exposure method and inhibition of response in individual and group way on reducing the symptoms of obsessive-compulsive disorder. Master's thesis in clinical psychology (unpublished). Esfahan University: Faculty of Psychology and Educational Sciences: 1389 [Persian].
26. Esfahani M. *Practical Manual For Treatment Of Obsessive-Compulsive Disorder*. Esfahan: Farhang Pajooan Danesh. 1387 [Persian].
27. Fritzier BK, Hecker JE, & Losee MC. Self-directed treatment with minimal therapist contact: Preliminary findings for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior and Research*, 1997: 35,627-631.
28. Nakagaw A, Marks IM, Park JM, Bechofen M, Baer L & Greist JH. Self-treatment of obsessive-compulsive disorder guided by manual and computer-conducted telephon interview. *Journal of Telemed Telecare*, 1999: 6, 22-
29. Tayarani rad A, Farrokhi N, Keirjoo E & Sarihi N. Investigation the impact of psychological and medicinal treatment on obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Studies*, 1393: 5 (19): 63-79. [Persian].
30. Abramowitz JS. *Getting over obsessive-compulsive disorder (2nd)*. New York, Guilford Press: 2018.
31. Hosseini SM, Javidi H, Mehryar AH & Hosseini SE. Compare the efficacy of well's metacognitive therapy (MCT) and exposure and response prevention (ERP) for the treatment of thought fusion symptoms in women with obsessive-compulsive disorder (OCD). *Journal of Disability Studies*, 1400: 22 (11). [Persian].
32. Masoumian S, Gharraee B, Ramezani farani A, Shaeiri MA & Asgharnejadfarid AA. Comparing the effectiveness of schema therapy augmented exposure and response prevention with exposure and response prevention and pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 1401: 28 (2): 162-181. [Persian].
33. Tolin DF. Bobliotherapy and extinction treatment of obsessive-compulsive disorder in a 5-year-old. *Journal of American Academic Child. Adolescents Psychiatry*, 2001: 40, 1111-1114.
34. Twohig MP, Abramowitz JS, Smith BM & Fabricant LE. Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlledtrial. *Behaviour Research and Therapy*, 2018: 108, 1-9.
35. O'Connor TSJ, Measkes E, Pickering MR & Schuman M. On the right track: client experience of narrative therapy. *Journal of Contemporary Family*, 1997: 19 (4): 479-495.
36. Mokameli Z. Development of comprehensive psychological treatment with indigenous orientation and comparing its effectiveness with cognitive behavioral therapy on symptoms and indicators of recovery in obsessive-compulsive disorder sufferers. PhD thesis in psychology. University of Esfahan. Faculty of Psychology and Educational Sciences: 1392. [Persian].