سمانه کاملی ۱

سمیرا حسین‌پورمقدم ۲

دکتر طیبه زندی‌پور ۳

عزیز رضا قاسم‌زاده ۴*

۱- کارشناس ارشد مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه الزهراء

۲- کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی

۳- دانشیار گروه روانشناسی دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه الزهراء

۴- مربی توانبخشی، دانشگاه علمی کاربردی سازمان بهزیستی تهران

* **نشانی نویسنده مسؤول:** تهران، میدان تجریش، مقصود بیگ، جنب مدرسه همت، مرکز آموزش سازمان بهزیستی تهران، صندوق پستی: ۱۹۶۱۹۱۵۳۱۱

تلفن: ۰۹۳۳۱۳۳۲۸۵۳

نشانی الکترونیکی:

A.ghasemzadeh@irimc.org

مجله علمی سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران، دوره ۳۱، شماره ۴، زمستان ۱۳۹۲: ۳۲۹-۳۳۸

- **مقاله تحقیقی کد مقاله: ۳۳**

بهبود سلامت روانی زنان مبتلا به وسواس- اجباری از طریق گروه درمانی شناختی- رفتاری

چکیده

زمینه: اختلال وسواس اجباری نیز یکی از اختلالات اضطرابی شدید و ناتوان‌کننده است که از هر ۴۰ بزرگسال یک نفر را مبتلا می‌کند. شیوع این اختلال در ایران در جمعیت بزرگسال (۱/۸ درصد) بر آورد شده است. پژوهشی با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری گروهی، بر اصلاح باورهای وسواسی و کاهش علائم اختلال وسواس- اجباری در زنان تهرانی مراجعه‌کننده به مراکز درمانی انجام شد.

روش کار: این پژوهش شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و بدون گروه کنترل بود. جامعه آماری، ۵۰ زن مراجعه‌کننده به دو بیمارستان عمومی واقع در مرکز شهر تهران که ۱۵ نفر از آنها طبق راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی TR-IV-DSM، اختلال وسواس- اجباری داشتند را در بر می گرفت. از ۱۵ نفر مبتلا به اختلال وسواس- اجباری فقط ۸ نفر از پرسشنامه Yale Brown- نمره ۲۰ تا ۲۵ گرفته بودند که به عنوان گروه نمونه تحقیق در نظر گرفته شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه‌های باورهای وسواسی (OBQ-۴۴) و مقیاس خودسنجی وسواس فکری- عملی ییل براون (BOCS-Y)، بود. افراد مراجعه‌کننده به مدت ده جلسه به صورت گروهی تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفتند. از آزمون t برای گروه‌های همبسته نیز به عنوان روش آماری استفاده شد.

یافته‌ها: نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی منجر به کاهش معنادار علائم اختلال وسواس- اجباری و اصلاح باورهای وسواسی داوطلبان درمان می شود و میانگین و انحراف استاندارد نمره کل پرسشنامه باورهای وسواسی در گروه از ۲۱۳/۳۸ و ۶۲/۳۲ در پیش آزمون به ۱۷۴/۶۲ و ۴۱/۳۹ در پس آزمون کاهش یافته است.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی- رفتاری گروهی می‌تواند به اصلاح باورهای وسواسی و بهبود علائم اختلال وسواس- اجباری کمک کند. کاربست این روش درمانی به درمانگران به ویژه به درمانگران ایرانی توصیه می‌شود.

واژگان کلیدی: سلامت روان، زنان، اختلال وسواس- اجباری، درمان شناختی- رفتاری

مقدمه

اختلال وسواس --- اجباری پدیده جدیدی نیست، در نوشته‌های قرن‌ها پیش نیز این اختلال کاملاً شناخته شده بود. اما این اختلال به صورت رسمی در قرن حاضر هویت یافته است. اختلال وسواس فکری- عملی یا اختلال وسواس- اجباری و یا اختلال وسواس- بی‌اختیاری (OCD) جزء اختلالات اضطرابی می باشد [۱].

اختلال وسواس- بی‌اختیاری یک بیماری بالقوه ویرانگر است که می‌تواند مشکلات بسیار زیادی را در شغل، تحصیل یا روابط شخصی و یا اجتماعی افراد ایجاد کرده و به طور کلی، منجر به ناتوانی اقتصادی و اجتماعی برای بیماران و اعضای خانواده آنها گردد [۲]. اختلالات اضطرابی, شایع‌ترین اختلالات روانی در جمعیت عمومی هستند و تقریباً از هر ۴ بزرگسال یک نفر را در ایالات متحده مبتلا می‌کنند. مطالعات انجام شده در ایران نیز این اختلالات را شایع‌ترین دسته اختلالات روانپزشکی یافته‌اند. اختلال وسواس- اجباری نیز یکی از اختلالات اضطرابی شدید و ناتوان‌کننده است که از هر ۴۰ بزرگسال یک نفر (بین ۰/۹ تا ۴/۴ درصد از کل جمعیت) را مبتلا می‌کند. شیوع این اختلال در ایران در جمعیت بزرگسال (۱/۸ درصد) برآورد شده است. به این ترتیب اختلال وسواس- بی‌اختیاری در برابر اسکیزوفرنی و اختلال دو قطبی شایع‌تر و چهارمین بیماری شایع روان پزشکی است [۳]. اختلال وسواس- بی‌اختیاری معمولاً در کودکی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود و غالباً با سیر مزمن خود تأثیر منفی شدیدی بر کارکرد روانی اجتماعی و شغلی بیمار دارد [۴]. میلر [۵] گزارش می‌دهد که نسبت ابتلا

مردان به زنان، یکسان است. او همچنین گزارش می‌دهد که مردان زودتر از زنان افکار و اعمال وسواسی را تجربه می‌کنند. مثلاً سن شروع در مردان را ۱۵-۶ سالگی گزارش می‌کند و این در حالی است که زنان در سنین نوجوانی و اوایل جوانی، علائم اختلال وسواس- اجباری را از خود نشان می‌دهند.

راچمن و دیگران [۶] گزارش داده‌اند که اختلال وسواس- بی‌اختیاری می‌تواند در هر سنی، از سنین پیش از دبستان تا دوران بزرگسالی (معمولاً تا ۴۰ سالگی) شروع شود. انجمن بین‌المللی سلامت روان گزارش می‌دهد که زنان و مردان هر دو به طور یکسان در معرض ابتلا به اختلال وسواس- بی‌اختیاری هستند و علائم بیماری در طول دوران نوجوانی یا اوان بزرگسالی بروز می‌کند. در گزارشی آمده است که ۳٪ جمعیت ایالات متحده آمریکا یا به عبارتی نزدیک به ۶ میلیون آمریکایی در مقطعی از زندگی‌شان اختلال وسواس- اجباری را تجربه می‌کنند. هر چند مردان نسبت به زنان در سنین پایین‌تری علائم اختلال وسواس- بی‌اختیاری را از خود نشان می‌دهند، اما اعمال وسواسی مربوط به تمیز کردن و شستشو در بین زنان رایج‌تر است و این در حالی است که مردان علاقه بیشتری دارند که وارسی‌کننده باشند. علاوه بر این، علائم موجود در دو نسل (والدین و فرزندان) اغلب متفاوت هستند (مثلاً شستشو در والدین و وارسی در کودک). مداخله وسواس در توانایی شخص جهت ایجاد روابط زناشوئی موفق از میزان کم ازدواج در بین این بیماران آشکار می‌شود: دامنه ۳۲ تا ۶۱ درصد برای مردان و ۵۸ تا ۷۵ درصد برای زنان. اما کیفیت زندگی زناشوئی بیمارانی که ازدواج کرده‌اند بدتر از کیفیت ازدواج جمعیت کلی نیست.

نکته جالب اینکه درمان جویان متأهل دیرتر از درمان جویان مجرد درصدد درمان برمی‌آیند، به نظر می‌رسد روابط زناشوئی، حمایت عاطفی لازم را برای بیماران فراهم کرده و نیاز به درمان را به تأخیر انداخته است. همچنین درمان جویانی که قادر به ازدواج هستند احتمالاً نشانه‌های شدید ندارند. نشانه‌های وسواس فکری- عملی در بین اعضای خانواده به صورت معمول اتفاق نمی‌افتد، یعنی ژنتیک و الگوسازی مستقیم نمی‌توانند موجب ظهور و بروز وسواس در کودکان شوند، اما والدین افراد وسواسی معمولاً (۴۰٪ در مادران) از صفات وسواسی برخوردار هستند، اما این صفات برای آن‌ها (آشنا به خود) بوده و بنابراین به عنوان مشکل تجربه نشده‌اند [۱]. گفته می‌شود که شیوع این اختلال در افراد با درآمد بالا و در طبقه روشنفکر بیشتر است [۷].

نشانه‌های اصلی وسواس، وجود وسواس‌های فکری و عملی مکرر و ناتوان‌کننده است. وسواس‌های فکری، افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم، تکراری و مداومی هستند که ناخواسته و غیرارادی ایجاد می‌شوند و باعث اضطراب یا آشفتگی قابل توجه فرد می‌گردند. محتوای وسواس‌ها اغلب ویژه فرد است و با رخدادها یا فعالیت‌هایی مرتبط است که برای بیمار کاملاً نامتناسب یا بیگانه با خود تلقی می‌شود. وسواس‌ها غالباً منجر به مقاومت ذهنی بیمار می‌شوند، اما کنترل آنها دشوار است. بیمار معمولاً وسواس‌ها را ساخته ذهن خود می‌داند و اغلب آنها را بی‌معنی یا غیرمنطقی می‌شناسد، اما سطح بصیرت بیماران نسبت به بی‌معنی بودن وسواس‌ها بسیار متفاوت است [۴] و [۸]. افراد وسواسی معمولاً دارای افکار و باورهای نادرستی هستند که در دوران کودکی آنها شکل گرفته و باعث بروز اختلالات شخصیت در آنها شده است. شیوه‌های ناکارآمد برخورد با این افکار باعث ایجاد خلق منفی و رفتارهای خنثی‌ساز می‌شود. قبل از دستیابی به درمان‌های دارویی جدید و درمان شناختی- رفتاری، اختلال وسواس- اجباری عموماً علاج ناپذیر تصور می‌شد. اما امروزه خوشبختانه درمان‌های جدید می‌توانند به اکثر افراد مبتلا کمک نمایند. هر چند اختلال وسواس- بی‌اختیاری فقط در برخی از افراد به طور کامل علاج ناپذیر است، اما در اکثر افراد از طریق درمان جامع یعنی استفاده توأم از درمان دارویی و روان درمانی، علائم دراز مدت کاهش می‌یابد. در دو دهه اخیر درمان‌هایی به وجود آمده‌اند که بر تغییر دریافت‌ها، باورها و ارزیابی های شناختی مبتلایان به اختلال وسواس- بی‌اختیاری متمرکزند. نظریه‌های وسواس فکری- عملی، باورهای غیر منطقی را عامل ایجاد شکل‌گیری این اختلال و نیز عامل مداخله‌کننده درمانی قلمداد می‌کنند. بسیاری از تحقیقات نشان داده‌اند که باورها و ارزیابی‌های ما، با اختلال وسواس- بی‌اختیاری رابطه مستقیمی دارند و با شناخت این حوزه‌ها، درک ما از اختلال وسواس- بی‌اختیاری وضوح بیشتری می‌یابد [۹].

«گروه کاری در زمینه دریافت‌های شناختی در اختلال وسواس فکری - عملی» (OCCWG)[1] که در واقع یک گروه بین‌المللی از محققان علاقه‌مند به شناسایی و درک بهتر از نقش عوامل شناختی در اختلال وسواس- بی‌اختیاری هستند، پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ-۴۴) را به عنوان ابزاری جهت ارزیابی نقش ساختارها در سبب شناسی و حفظ وسواس تدوین نموده‌اند [۱۰].

این گروه، پنج حیطه اعتقادی را برای افراد اختلال وسواس- بی‌اختیاری مطرح کردند که عبارتند از: ۱) احساس مسؤولیت بیش از حد، ۲) ارزیابی بیش از حد خطر تهدید، ۳) ناتوانی در تحمل شرایط گنگ و مبهم، ۴) اهمیت افکار، ۵) کنترل افکار. بعدها حیطه ششم، یعنی کمال‌گرایی هم به این پنج حیطه افزوده شد [۶].

نتایج پژوهش‌های اخیر نشان می‌دهد که میان باورهای وسواسی و علائم اختلال وسواس- اجباری رابطه وجود دارد و درمان شناختی- رفتاری منجر به اصلاح باورها و در نهایت بهبود علائم اختلال وسواس- اجباری می‌گردد.

مولدینگ، آنگلیم، دورونو همکاران [۱۱] به بررسی نسخه کوتاه پرسشنامه باورهای وسواسی (OBQ) در نمونه غیر بالینی با هدف بررسی ساختار عاملی پرسشنامه که برای اندازه‌گیری باورهای ناکارآمد در اختلال وسواس استفاده می‌شود در دو نمونه بزرگ غیربالینی در استرالیا و اسرائیل پرداختند. نتایج نشان داد که از ابعاد پرسشنامه OBQ ارزیابی بیش از حد خطر تهدید با علائم اختلال وسواس- بی‌اختیاری همبستگی بیشتری داشت. ویار، بیلسکی، آرمسترانگ و التونجی [۱۲] به بررسی ارتباط بین باورهای وسواسی و علائم اختلال وسواس- بی‌اختیاری در دو گروه بالینی و غیربالینی پرداختند. نتایج نشان داد که به طور معنا داری نشانگان اختلال وسواس- بی‌اختیاری با بعضی از باورها تداعی می‌شوند. بلوچ، ماریلو، لوسیانو و همکاران [۱۳] در وجود چندین خرده مقیاس برای باورهای ناکارآمد که باعث رشد و نگهداری علایم وسواس می‌شوند از طریق دو مطالعه متفاوت موفقیت کسب کردند. اولین مطالعه بر روی افراد غیر بالینی و مطالعه دوم بر روی بیماران اختلال وسواس- بی‌اختیاری، بیماران مبتلا به افسردگی و بیماران مضطرب غیر اختلال وسواس- بی‌اختیاری انجام شد و از پرسشنامه اصلاح شده باورهای اسپانیایی (R-OBSI) برای ارزیابی باورهای ناکارآمد مربوط به اختلال وسواس- بی‌اختیاری که هشت باور را می‌سنجد استفاده شد. نتایج نشان داد که، اگر چه بیماران مبتلا به اختلال وسواس- بی‌اختیاری از همتایان غیربالینی خود در همه خرده مقیاس‌ها متفاوت بودند ولی شواهدی از اختصاصی بودن خرده مقیاس‌ها برای افراد اختلال وسواس- بی‌اختیاری یافت نشد. جانسون و هوگارد [۱۴] به مطالعه اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی (GCBT)[2] و مواجهه و بازداری از پاسخ برای اختلال وسواس- بی‌اختیاری پرداختند. نتایج حاکی از آن بود که درمان گروهی شناختی رفتاری به همراه درمان عقلانی عاطفی GCBT/ERP[3] یک درمان مؤثر برای اختلال وسواس- بی‌اختیاری است، همچنین نشان دادند که نتایج درمانی شیوه گروهی شناختی درمانی بهتر از درمان دارویی بود. این مطالعه هیچگونه تفاوت معناداری میان درمان شناختی رفتاری انفرادی و گروهی مشاهده نکرد. تولین، برادی و هانان [۱۵] به بررسی روابط میان دامنه وسیعی از علائم اختلال وسواس- بی‌اختیاری و باورهای وسواسی در یک نمونه بالینی از بیماران اختلال وسواس- بی‌اختیاری پرداختند. تحلیل‌ها نشان داد که رفتار شست‌وشو به وسیله باورهای بیش برآورد مسؤولیت/ارزیابی خطر و تهدید پیش‌بینی شد و رفتار خنثی‌سازی به وسیله باورهای برآورد مسؤولیت و ارزیابی خطر و تهدید پیش‌بینی شد. جوریتا، مورسیا، گرانرو، سگالاس، لاباد، منچون [۱۶] هدف از این مطالعه را مقایسه اثر بخشی دو نوع درمان شناختی- رفتاری گروهی و انفرادی در نمونه‌ای از بیماران اختلال وسواس- بی‌اختیاری، مطرح کردند. نتایج نشان داد بهبودی بالینی در انتهای درمان

---

1 - Obsessive Compulsive Cognitions Working Group

2 - Group Cognitive Behavior Therapy

3 - Rational Emotive Program

در آزمودنی‌ها حاصل شد و طی ۶ ماه و ۱۲ ماه پس از اتمام درمان هم چنان تداوم یافت. همچنین نتایج درمان انفرادی و گروهی نیز یکسان بود و تعداد افرادی که درمان را ترک کردند در زنان به طور معناداری بیشتر از مردان بود. چوساک، مارکوس، فاما، رناد، ویلهلم [۱۷] به یک نمونه موردی درمان شناختی اختلال وسواس- بی‌اختیاری (خانمی ۵۱ ساله که دچار افکار وسواسی آلودگی بود) پرداختند. رویکرد شناختی مبتنی بر این فرض است که نظام‌های باور نقش مهمی در ایجاد و تداوم تمامی انواع اختلال وسواس- بی‌اختیاری دارند. درمان شناختی به وسیله شناسایی و به چالش گرفتن افکار غیرانطباقی و باورهای مرکزی بیماران اختلال وسواس- بی‌اختیاری بهبودی قابل توجهی را در آنها ایجاد کرده و این بهبودی برای مدت طولانی حفظ می‌شود.

سوکمن و استکتی [۱۸] در این مقاله رویکردی برای بیماران اختلال وسواس- بی‌اختیاری که به درمان معمول CBT مقاوم هستند، مطرح می‌کنند. درمان شناختی (CT) طراحی شد تا به حل و فصل باورهای غیر کارکردی بپردازد و نتایج درمانی نیز امیدوارکننده بود. درمان CT بر درک و اصلاح باورهای مرتبط با اختلال وسواس- بی‌اختیاری، تمرکز می‌کند (مانند باورهای احساس مسؤولیت بیش از حد، نیاز به یقین، کمال‌گرایی). به نظر می‌رسد که CT برای بسیاری از بیماران اختلال وسواس- بی‌اختیاری قابل قبول باشد و بسیاری از علائم آنها را بهبود می‌بخشد. فریستون، لگر و لادوسر [۱۹] ۶ نفر مبتلا به افکار وسواسی بدون رفتار وسواسی را انتخاب و درمان شناختی را بر روی آنها پیاده کردند. این مطالعه بر اساس یک طرح آزمایشی تک موردی با استفاده از پرسشنامه استاندارد خود گزارش‌دهی و ارزیابی‌های متخصصان بالینی مطالعه صورت گرفت. درمان کاملاً متمرکز بر باورهای بیماران بود. نتایج نشان داد که بهبود قابل توجهی صورت گرفته است و پیگیری‌ها نیز این بهبود را نشان داد. فاول، جوزف، میدن و لارنس [۲۰] در این تحقیق روابط میان نشانگان وسواس فکری- عملی و باورهای مرتبط با اختلال وسواس فکری - عملی در میان دانشجویان و یک نمونه بالینی را بررسی کردند. نتایج این مطالعه نشان داد که حیطه‌های باور، رابطه متقابل قوی با یکدیگر داشتند و به حد کافی این حیطه‌ها از یکدیگر مجزا نبودند تا بتوانند به صورت انفرادی مورد تحلیل‌های بیشتر قرار گیرند و نمره کل باورهای وسواسی به طور معناداری با تمامی نشانگان انواع فرعی وسواس، پس از کنترل متغیرهای اضطراب و افسردگی، مرتبط و همبسته بودند. تولین، وودز، آبراموویتز [۲۱] در پژوهشی با عنوان رابطه میان باورهای وسواسی و نشانگان اختلال وسواس فکری- عملی، این فرضیه را ارائه دادند که میان علائم اختلال وسواس- بی‌اختیاری و باورهای غیر کارکردی رابطه وجود دارد. نتایج نشان داد تمایل به ارزیابی احساس خطر و تهدید به طور معناداری حیطه‌های نشانگان اختلال وسواس- بی‌اختیاری در زمینه شست‌وشو، وارسی (چک کردن)/شک کردن، وسواس فکری، خنثی‌سازی ذهنی را پیش‌بینی نمودند. کنترل افکار، افکار وسواسی (وسواس فکری) را پیش‌بینی نمود. اهمیت افکار خنثی‌سازی و باورهای کمال گرایانه، نظم و ترتیب را پیش‌بینی نمودند. اکانر، تودورو، روبیلارد، بورگیت، برالت [۲۲] به ارزیابی اثر ترکیبی درمان شناختی- رفتاری و دارو درمانی در درمان اختلال وسواس- بی‌اختیاری پرداختند. آزمودنی‌ها تحت یکی از چهار درمان زیر قرار گرفتند: ۱- درمان دارویی و CBT به طور همزمان؛ ۲- فقط CBT؛ ۳- درمان دارویی و در لیست انتظار برای درمان CBT؛ ۴- بدون درمان در لیست انتظار برای دریافت درمان CBT. به نظر می‌رسد که ترکیب CBT و دارو درمانی بر اثر بخشی درمان می‌افزاید و مشاهده شد که از لحاظ بالینی ارائه CBT پس از اتمام یک دوره دارو درمانی مؤثرتر از زمانی است که هر دو درمان CBT و دارو درمانی به طور همزمان ارائه شود. توزنده جانی، احدی، دلاور، آزاد [۲۳] این مطالعه را به منظور ارزیابی کارآمدی نسبی تکنیک‌های شناختی- رفتاری، دارو درمانی و ترکیب آنها در درمان اختلال وسواس فکری- عملی انجام داده‌اند. بدین منظور از بین مراجعین زن و مرد (متأهل و مجرد ۱۵ تا ۴۵ ساله) مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانشناسی، ۴ گروه ۸ نفری به صورت تصادفی جایگزینی انتخاب شدند و از مقیاس‌های وسواس فکری- عملی مادسلی، ییل بروان و الگوشناختی سالکوسکیس، ون اوپن و آرنتز و دارو درمانی استفاده شده است. نتایج تحقیق نشان داد که از لحاظ سن، تحصیلات و مدت ابتلاء و جنسیت تفاوت معنی‌داری میان گروه‌ها وجود ندارد، اما از نظر وضعیت تأهل تفاوت معناداری میان گروه‌ها به چشم می‌خورد. همچنین نتایج نشان داد که به کارگیری ترکیب دارو درمانی و تکنیک شناختی- رفتاری در درمان اختلال وسواس فکری- عملی بیشترین تأثیر را دارد.

با توجه به نتایج مطالعات قبلی، این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر اصلاح باورهای وسواسی و کاهش علائم اختلال وسواس- اجباری داوطلبان درمان زنان شهر تهران اجرا گردید و درصدد پاسخگویی به این سؤال بود که آیا درمان شناختی- رفتاری بر اصلاح باورها و بهبود علائم اختلال وسواس- اجباری داوطلبان درمان مؤثر است؟

روش کار

این پژوهش از نوع شبه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و بدون گروه کنترل بود. نمونه‌گیری این پژوهش از طریق فراخوانی که به شکل آگهی در بخش پذیرش دو بیمارستان واقع در حوالی میدان انقلاب تهران در دسترس مراجعه‌کنندگان قرار گرفته بود، انجام شد. جامعه آماری این پژوهش طبق برآورد کارکنان بیمارستان در طی مدت نمونه‌گیری حدود ۵۰ نفر بود. ۱۵ نفر از ۵۰ مراجعه‌کننده با استفاده از مقیاس وسواس فکری- عملی ییل براون و بر اساس نشانه های TR-DSMIV، به عنوان افراد مبتلا به اختلال وسواس- بی‌اختیاری تشخیص داده شدند. از بین ۱۵ نفر، ۸ نفر از آن‌ها که نمره بین ۲۰ تا ۲۵ را در مقیاس ییل براون گرفته بودند به عنوان گروه نمونه تحت درمان شناختی- رفتاری گروهی قرار گرفتند. گروه نمونه در دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، دارای حداقل تحصیلات دیپلم وآگاهی نسبت به بیماری خود و آمادگی برای ورود به گروه درمانی را داشتند.

ابزار به کار گرفته شده در این تحقیق عبارت بودند از:

۱) مقیاس خود سنجی وسواس فکری- عملی ییل براون، (گودمن و همکاران، [۲۴]): این مقیاس ابزاری است که عموماً برای دستیابی به نشانه شناسی اختلال وسواس فکری- عملی و بررسی شدت نشانه‌ها به کار برده می‌شود و فرم خودسنجی آن در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. چک لیست نشانه ها برای شناسایی ۳۶ نوع وسواس فکری و ۲۳ نوع وسواس عملی به کار برده می‌شود که این لیست از تجارب بالینی مؤلفان BOCS-Y[۴] و از پرسشنامه های دیگر به دست آمده است [۲۴]. در این پژوهش پایایی مقیاس خود سنجی BOCS-Y با استفاده از روش باز آزمایی، بین ۰/۹۸ــ ۰/۷۲ و ضریب همسانی درونی برای این آزمون ۰/۸۹ بوده و اعتبار محتوایی آن از نظر سنجی متخصصان بالینی تأیید شده است [۲۵]. اعتبار همگرای آن نیز با پرسشنامه وسواسی- جبری مادزلی ۰/۷۸ گزارش شده است [۲۶]. کسانی که در این مقیاس نمره کلی ۱۶ یا بالاتر کسب کنند، مبتلا به اختلال در نظر گرفته می شوند. نمرات بیماران معمولاً پیش از درمان در دامنه ۲۲ تا ۲۶ است، زمانی که نمرات بیماران زیر ۱۵ می‌رسد درمان، موفقیت‌آمیز در نظر گرفته می‌شود. در این تحقیق نمره افراد قبل از اعمال روش درمانی عموماً بین ۲۰ تا ۲۵ بود.

۲) پرسشنامه باورهای وسواسی (OCCWG، [۲۷]): پرسش نامه (OBQ-۴۴)[۵] شامل ۴۴ سؤال می‌باشد که برگرفته از فرم اصلی OBQ-۷۷ است. تغییر تعداد پرسش‌ها و تدوین OBQ-۴۴ به وسیله OCCWG که همان ابداع‌کنندگان آزمون OBQ-۷۷ می‌باشند، انجام شد. آنها ابعاد بیماری‌زایی را در حیطه شناخت در بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی مورد ارزیابی قرار دادند. در این پرسشنامه از پاسخ‌دهنده درخواست می‌شود، میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر کدام از گزینه‌ها که روی مقیاس صفر تا هفت رتبه‌بندی شده است، اعلام کند. آزمون از شش زیر گروه افکار تشکیل شده است که دامنه‌های کلیدی حوزه‌های شناخت در اختلال وسواس- بی‌اختیاری می‌باشد. این شش گروه عبارتند از: احساس مسؤولیت برای صدمه و آسیب و ارزیابی

4- Yale Brawn Obsessive Compulsive Scale

5- Obsessional Beliefs Questionnaire

خطر و تهدید (RT)[۶] (۱۶ گزینه)، کمال طلبی و نیاز به برخورداری از اطمینان (PC)[۷] (۱۶ گزینه)، اهمیت دادن به افکار و کنترل افکار (ICT)[۸] (۱۲ گزینه). این پرسشنامه به فارسی ترجمه‌شده و از روایی و پایایی قابل قبولی در جمعیت ایرانی برخوردار است. شمس و همکاران [۲۸] در ایران به ارزیابی اعتبار و پایایی این پرسشنامه اقدام کردند. پایایی همزمان ثبات درونی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی به عنوان همبستگی اصلاح شده r=۰/۹۴ برآورد شد و برای محاسبه پایایی غیر همزمان از ضریب پایایی حاصل از روش باز آزمایی استفاده شد که مقدار آن ۰/۸۲ به دست آمد.

روش آماری:

در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و از آمار استنباطی (آزمون t همبسته) برای مقایسه میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش ۸ زن مبتلا به اختلال وسواس- اجباری تحت درمان شناختی- رفتاری گروهی قرار گرفتند. گروه نمونه شامل ۴ نفر دیپلم، ۴ نفر کارشناسی یا کارشناسی ارشد و بالاتر و به همین تعداد متأهل و مجرد بودند. همچنین دامنه سنی آن‌ها حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۵ سال و میانگین سنی زنان ۳۰/۲۵ سال بود. ۴ نفر علاوه بر درمان شناختی- رفتاری زیر نظر روانپزشک دارو مصرف کرده و ۴ نفر فقط از روان درمانی (درمان شناختی- رفتاری) بهره بردند.

چنانچه در جدول (۱) دیده می‌شود، اختلاف میانگین‌ها بین وسواس‌های فکری آزمون ییل براون پیش و پس از درمان برابر (μ=۴/۷۵)، بین وسواس عملی (μ=۵/۳۸) و بین وسواس فکری- عملی، (μ=۱۰/۱۲) می‌باشد. بنابراین با ملاحظه میزان‌های t (۵/۰۵، ۹/۵۱، ۹/۰۰) و سطح معناداری (α=۰/۰۰۱) فرضیه اول تحقیق مبنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر بهبود علائم اختلال وسواس- اجباری مورد قبول قرار گرفت.

همان گونه که در جدول (۲) مشاهده می‌گردد، میانگین کل نمرات OBQ پیش از درمان به طور معنی‌داری از میانگین نمرات پس از درمان بیشتر است و اختلاف میانگین‌ها بین نمرات کل OBQ پیش و پس از درمان برابر (μ= ۳۸/۷۵) می‌باشد. همچنین با استناد بر نمره t (۳/۵۷۹) و سطح معناداری (α=۰/۰۰۹)، فرضیه دوم تحقیق مبنی بر این که درمان شناختی- رفتاری گروهی بر اصلاح باورهای وسواسی داوطلبان درمان مؤثر است، تأیید می‌گردد.

فرضیه سوم به بررسی اثر بخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی بر خرده مقیاس‌های پرسشنامه OBQ-۴۴ می‌پردازد یافته‌ها نشان می‌دهد (۱۲/۸۸، ۱۲/۳۸، μ=۱۳/۵۰) که میانگین نمرات خرده مقیاس‌های پرسشنامه فوق پیش از درمان، به طور معنی‌داری از میانگین نمرات پس از درمان بیشتر است (جدول۳).

در فرضیه چهارم تأثیر اصلاح باورهای وسواسی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار به تفکیک دو گروه (یک گروه فقط از روان درمانی (درمان شناختی- رفتاری) و گروه دوم علاوه بر روان درمانی از دارو درمانی نیز استفاده کرده‌اند)، مورد بررسی قرار گرفت. همان طور که در جدول (۴) مشاهده می‌گردد میانگین

- [6] Responsibility/Threat overestimation

- [7] Perfectionism

- [8] Importance and Control of Thought

نمرات OBQ، ICT، PC، RT کل پیش از درمان از میانگین نمرات OBQ، ICT، PC، RT کل پس از درمان بیشتر است اما این تفاوت معنی‌دار نیست مگر در خرده مقیاس (کمال طلبی و نیاز به برخورداری از اطمینان) آن هم در گروهی که فقط از درمان شناختی- رفتاری) بهره جسته‌اند در سطح (α=۰/۰۱۳)، معنی‌دار است.

همان گونه که در جدول (۵) مشاهده می‌گردد میانگین نمرات OBQ کل، ICT، PC، RT پیش از درمان از میانگین نمراتOBQ کل، PC، RT، ICT پس از درمان بیشتر است اما این تفاوت معنی‌دار نیست مگر در خرده مقیاس PC آن هم درگروه افراد مجرد که تفاوت معنی‌دار است. بنابراین فرضیه پنجم مبنی بر تأثیر اصلاح باورهای وسواسی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار در دو گروه مجرد و متأهل تأیید نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی- رفتاری گروهی بر بهبود علائم اختلال وسواس- اجباری و اصلاح باورهای آن‌ها با ۹۹٪ اطمینان مؤثر است. ولی نتایج حاصل از درمان ترکیبی شناختی- رفتاری و دارو درمانی تأیید نشد مگر در یکی از خرده مقیاس‌ها (PC) آن هم در گروهی که فقط از درمان شناختی- رفتاری استفاده کردند. همچنین تصور می‌شد که افراد متأهل به علت دریافت حمایت، درمانشان دیرتر صورت می‌گیرد اما یافته‌های این پژوهش نشان داد که تفاوت معناداری بین افراد مجرد و متأهل وجود ندارد.

پژوهش‌های محققانی چون جانسون و هوگارد [۱۴]، جوریتا و همکاران [۱۶] که به مطالعه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی، برای اختلال وسواس- بی‌اختیاری پرداختند، نشان داد که درمان شناختی- رفتاری گروهی درمانی مؤثر برای اختلال وسواس- بی‌اختیاری است؛ یافته‌های تحقیقات چوساک و همکاران [۱۷] و سوکمن و استکتی [۱۸] که درمان شناختی (CT) را طراحی کردند تا به حل و فصل باورهای غیرکارکردی بپردازند، نشان داد که اصلاح باورها برای درمان اختلال وسواس- اجبار، درمانی امیدوارکننده است، تولین، برادن و هانان [۱۵]، فریستون و همکاران [۱۹]، فاول و همکاران [۲۰]، تولین، وودز، آبراموویتز [۲۱] به بررسی رابطه میان باورهای وسواسی و نشانگان اختلال وسواس فکری- عملی، پرداختند و این فرضیه را ارائه دادند که میان علائم اختلال وسواس- بی‌اختیاری و باورهای غیرکارکردی رابطه وجود دارد. نتایج نشان داد تمایل به ارزیابی احساس خطر و تهدید به طور معناداری حیطه‌های نشانگان اختلال وسواس- بی‌اختیاری در زمینه شست‌وشو، وارسی (چک کردن) / شک کردن، وسواس فکری، خنثی سازی ذهنی را پیش‌بینی نمودند. کنترل افکار، افکار وسواسی (وسواس فکری) را پیش‌بینی نمود. اهمیت افکار خنثی‌سازی و باورهای کمال گرایانه، نظم و ترتیب را پیش‌بینی نمودند؛ مقایسه یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های دیگر: فاول و همکاران [۲۰]، تولین، وودز، آبراموویتز [۲۱]، مولدینگ و همکاران [۱۱]، ویار و همکاران [۱۲] و بلوچ و همکاران [۱۳]، می‌توان نتیجه گرفت، همانطور که درمان شناختی- رفتاری گروهی بر بهبود علائم اختلال وسواس- اجبار مؤثر است بر اصلاح باورهای وسواسی و خرده مقیاس‌های آن نیز تأثیر دارد، با نتایج پژوهش حاضر مطابقت دارد.

یافته‌های تحقیق توزنده جانی، احدی، دلاور، آزاد [۲۳] که به خصوصیات جمعیت شناختی وسواس پرداختند، این گونه مطرح کردند که درمان، معمولاً در افراد متأهل به علت حمایتی که دریافت می‌کنند دیرتر صورت می‌گیرد، این فرضیه که درمان شناختی- رفتاری گروهی بر اصلاح باورهای وسواسی افرادی که متأهل هستند، مؤثرتر است را رد می‌کند؛ اکانر، تودورو، روبیلارد، بورگیت، برالت [۲۲] به ارزیابی اثر ترکیبی دو درمان شناختی- رفتاری و دارو درمانی در درمان اختلال وسواس- بی‌اختیاری پرداختند، مشاهده شد که از لحاظ بالینی ارائه روش درمان شناختی- رفتاری پس از اتمام یک دوره دارو درمانی مؤثرتر از زمانی است که هر دو درمان روش شناختی- رفتاری و دارو درمانی به طور همزمان ارائه شود؛ که نتایج این تحقیقات مغایر با این پژوهش بود.

از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به کوچک بودن حجم نمونه و عدم تعمیم‌پذیری آن اشاره کرد؛ همچنین با توجه به اینکه طرح این پژوهش، شبه آزمایشی است، امکان کنترل متغیرهای مداخله‌گری چون وضعیت اجتماعی، فرهنگی و هوش وجود نداشت. پیشنهاد می‌گردد محققان دیگر، افراد را از لحاظ ویژگی‌های

شخصی و جمعیت شناختی مثل: هوش، سن، شرایط اشتغال، وضعیت تأهل، نوع وسواس و درمان‌های قبلی همتا کنند تا نتایج حاصل از کاربرد روش‌های درمانی قابلیت تعمیم‌پذیری بیشتری داشته باشد.

جدول ۱- مشخصات توصیفی و تحلیل آماری مرتبط با پرسشنامه ییل براون

متغیرها	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی	اختلاف میانگین	اختلاف انحراف استاندارد	درجه آزادی	T قبل و بعد	سطح معناداری
علائم وسواس فکری	پیش از درمان	۱۲/۲۵	۲/۸۲	۸	۴/۷۵	۲/۶۵	۷	۵/۰۵	۰/۰۰۱
	پس از درمان	۷/۵	۲/۰۰						
علائم وسواس عملی	پیش ازدرمان	۱۲/۰۰	۲/۱۴	۸	۵/۳۸	۱/۶۰	۷	۹/۵۱	۰/۰۰۰
	پس از درمان	۶/ ۶۲	۱/۴۱						
علائم وسواس فکری-عملی	پیش از درمان	۲۴/۲۵	۴/۵۳	۸	۱۰/۱۲	۳/۱۸	۷	۹/۰۰	۰/۰۰۰
	پس از درمان	۱۴/۱۲	۱/۹۶						

جدول ۲- میانگین نمرات OBQ کل

متغیرها	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی	اختلاف میانگین	اختلاف انحراف استاندارد	درجه آزادی	T قبل و بعد	سطح معناداری
نمره کل باورهای وسواسی (OBQ)	پیش از درمان	۲۱۳/۳۸	۶۲/۳۲	۸	۳۸/۷۵	۳۰/۶۲	۷	۳/۵۷۹	۰/۰۰۹
	پس از درمان	۱۷۴/ ۶۲	۴۱/۳۹						

جدول ۳- میانگین نمراتRT، PC، ICT

متغیرها	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی	اختلاف میانگین	اختلاف انحراف استاندارد	درجه آزادی	T قبل و بعد	سطح معناداری
احساس مسئولیت بیش از حد و ارزیابی خطر و تهدید(RT)	پیش از درمان	۷۳/۵۰	۲۵/۹۸	۸	۱۲/۸۸	۱۴/۶۹	۷	۲/۴۸	۰/۰۴۲
	پس از درمان	۶۰/ ۶۲	۱۶/۱۳						
کمال طلبی و نیاز به	پیش ازدرمان	۸۴/۷۵	۲۱/۱۲	۸	۱۲/۳۸	۱۲/۲۲	۷	۲/۸۶	۰/۰۲۴

برخورداری از اطمینان(PC)	پس از درمان	۷۲/ ۳۷	۱۵/۳۵							
اهمیت و کنترل افکار ((ICT	پیش از درمان	۵۵/۱۲	۱۸/۰۶	۸	۱۳/۵۰	۱۱/۹۳	۷	۳/۸۰	۰/۰۱۵
	پس از درمان	۴۱/ ۶۲	۱۳/۷۸						

جدول ۴: تأثیر اصلاح باورهای وسواسی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس – اجبار به تفکیک دو گروه دارو درمانی+ درمان شناختی – رفتاری و درمان شناختی – رفتاری گروهی

متغیرها	گروه ها	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی	اختلاف میانگین	اختلاف انحراف استاندارد	درجه آزادی	T قبل و بعد	سطح معناداری
نمره کل باورهای وسواسی (OBQ)	روان درمانی	پیش از درمان	۲۱۷/۲۵	۶۴/۶۰	۴	۴۵/۷۵	۳۰/۱۰۴	۳	۰/۰۳۹	*۰/۰۵۶
		پس از درمان	۱۷۱/۵۰	۵۱/۸۶						
	دارو درمانی+ روان درمانی	پیش از درمان	۲۰۹/۵۰	۶۹/۶۳۱	۴	۳۱/۷۵	۳۳/۹۲	۳	۱/۸۷	۰/۱۵۸
		پس از درمان	۱۷۷/۷۵	۳۵/۸۱						
احساس مسئولیت بیش از حد و ارزیابی خطر و تهدید (RT)	روان درمانی	پیش از درمان	۷۲/۷۵	۲۸/۹۱	۴	۱۴/۵۰	۱۴/۱۵	۳	۰/۸۷	۰/۱۵۸
		پس از درمان	۵۸/۲۵	۱۷/۹۰						
	دارو درمانی+ روان درمانی	پیش از درمان	۷۴/۲۵	۲۷/۱۶	۴	۱۱/۲۵	۱۷/۲۱	۳	۲/۰۴۹	۰/۱۳۳
		پس از درمان	۶۳	۱۶/۴۹						
کمال طلبی و نیاز به برخورداری از اطمینان (PC)	روان درمانی	پیش از درمان	۸۹/۲۵	۱۸/۸۹	۴	۱۸	۶/۷۸	۳	۵/۳۰۸	*۰/۰۱۳
		پس از درمان	۷۱/۲۵	۹/۷۲						
	دارو درمانی+ روان درمانی	پیش از درمان	۸۰/۲۵	۱۲/۸۷	۴	۶/۷۵	۱۴/۷۷	۳	۰/۹۱۴	۰/۴۲۸
		پس از درمان	۷۳/۵۰	۱۸/۹۷						
اهمیت و کنترل افکار (ICT)	روان درمانی	پیش از درمان	۵۵/۲۵	۲۰/۰۲	۴	۱۳/۲۵	۱۴/۱۰۴	۳	۱/۸۷۹	۰/۱۵۷
		پس از درمان	۴۲	۱۴/۹۰						
	دارو درمانی+ روان درمانی	پیش از درمان	۵۵	۱۸/۹۷	۴	۱۳/۷۵	۱۱/۵۳	۳	۲/۳۸	۰/۰۹۷
		پس از درمان	۴۱/۲۵	۱۴/۸۶						

جدول ۵: تأثیر اصلاح باورهای وسواسی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس – اجبار به تفکیک افراد مجرد و

متأهل								
متغیرها	گروه ها	مرحله	میانگین	انحراف استاندارد	فراوانی	اختلاف میانگین	اختلاف درجه آزادی	T قبل و بعد	سطح معناداری
نمره کل باورهای وسواسی (OBQ)	مجرد	پیش از درمان	۲۵۸	۴۹/۲۰	۴	۳۵/۵	۳	۳/۱۸	*۰/۰۵
		پس از درمان	۲۰۴/۵	۱۷/۷۱					
	متأهل	پیش از درمان	۱۶۸/۷۵	۳۶/۴۷	۴	۲۴	۳	۲/۱۹۹	۰/۱۱۵
		پس از درمان	۱۴۴/۷۵	۳۶/۱۱					
احساس مسئولیت بیش از حد و ارزیابی خطر و تهدید (RT)	مجرد	پیش از درمان	۹۱	۲۰/۶۹	۴	۲۱/۵	۳	۲/۹۱	۰/۰۶۲
		پس از درمان	۶۹/۵	۶/۲۴					
	متأهل	پیش از درمان	۵۶	۱۸/۱۷	۴	۴/۲۵	۳	۰/۹۱۵	۰/۴۲۸
		پس از درمان	۵۱/۷۵	۱۸/۹۳					
کمال طلبی و نیاز به برخورداری از اطمینان (PC)	مجرد	پیش از درمان	۱۰۱/۵	۹/۹۸	۴	۱۸/۷۵	۳	۵/۰۹۱	*۰/۰۱۵
		پس از درمان	۸۲/۷۵	۳/۶۰					
	متأهل	پیش از درمان	۶۸	۱۳/۸۸	۴	۶	۳	۰/۸۸	۰/۴۴۴
		پس از درمان	۶۲	۱۵/۸۱					
اهمیت و کنترل افکار (ICT)	مجرد	پیش از درمان	۶۵/۵	۲۰/۱۱	۴	۱۳/۲۵	۳	۱/۸۷۹	۰/۱۵۷
		پس از درمان	۵۲/۲۵	۸/۲۶					
	متأهل	پیش از درمان	۴۴/۷۵	۸/۳۴	۴	۱۳/۷۵	۳	۲/۳۸۵	۰/۰۹۷
		پس از درمان	۳۱	۸/۶۰					

مراجع

1- Astkty,(1997), Treatment of compulsive behavior, translated by A. Bakhshipour Roodsari and M. Mahmoud Aliloo, First edition, Tabriz dynamic psychotherapy.

2- Jenike MA. Obsessive compulsive disorder. The Journal of Medicin 2004; 350: 256-259.

3- Mohammadi MR, Davidian H, Noorbala AA, Malekafzali H, Naghavi HR, Pouretemad HR, Yazdi SA, Rahgozar M, Alaghebandrad J, Amini H, Razzaghi EM, Mesgarpour B, Soori H, Mohammadi M, Ghanizadeh A: An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clin Pract Epidermal Ment Health 2005, 26(1): 16. [in Persian]

4- Clark, D. A. Cognitive behavior therapy for OCD. New York, the Guilford press. (2004).

5- Miller JL. Obsessive compulsive disorder. 2000; Available from: URL:http:// www.APA.com.
6- Rachman S, et al. Obsessive- compulsive foundation. 1998; Available from:
URL: http://www.APA.com.
7- Azad H. Psychopathology: Tehran, The Beesat Press, (1379). [in Persian]
8- Clark DA. Cognitive behavior therapy for obsessions and compulsions: New applications and emerging trends. Journal of Contemporary Psychotherapy 2000; 30:129-147.
9- Clark DA. Cognitive behavior therapy for Obsessive compulsive disorder: New York: the Guilford Press; 2003.
10- OCCWG(Obsessive Compulsive Cognitive Working Group).Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. Behavior Research and Therapy 2003; 41:863-878.
11- Moulding, Anglim ,Maja ,Doron , Kyrios, Ayalon.The Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ): examination in nonclinical samples and development of a short version. Assessment 2011; 18(3): 357-374.
12- Viar, Bilsky, Armstrong, Olatunji. Obsessive beliefs and dimensions of Obsessive-compulsive disorder: An examination of specific associations. Cognitive Therapy and Research 2011; 35: 108–117.
13- Belloch, Morillo, Luciano, Garcia-Soriano, Cabedo and Carrio. Dysfunctional belief domains related to Obsessive-Compulsive Disorder: A further examination of their dimensionality andspecificity.The Spanish Journal of Psychology 2010; 13(1): 376-388.
14- Jonsson H, Hougaard E. Group cognitive behavioral therapy for obsessive- compulsive disorder: A systematic review and meta- analysis. Acta Psychiatry Scand 2008; 119(2): 98-106.
15- Tolin D, Brady R, Honnan S. Obsession beliefs and symptoms of obsessive- compulsive disorder in a clinical sample. Journal Psychopathic Behav Assess 2008; 30: 31-42.
16- Jaurrieta N, Murcia S, Alonso P, Granero R, Segalas C, Labad J, Menchon JM. Individual versus group cognitive behavioral treatment for obsessive- compulsive disorder: follow up. Psychiatry Clin Neurosis 2008; 62(6):697-704.
17- Chosak A, Marques L, Fama J, Renaud S, Wilhelm S. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case example. Cognitive and Behavioral Practice 2008; 16(1): 7-17.
18- Sookman D, Steketee G. Directions in specialized cognitive behavior therapy for resistant Obsessive-Compulsive Disorder: theory and practice of two approaches. Journal of Anxiety Disorders 2007; 21(1): 153-159.
19- Freeston M, Leger E, Ladouceur R. Cognitive therapy of obsessive thoughts. Cognitive and Behavioral Practice 2006; 8(1): 61-78.
20- Faull M, Joseph S, Meaden A, Lawrence T. Obsessive belief and their relation to obsessive-compulsive symptoms. Clinical Psychology and Psychotherapy 2004; 11: 158-167.
21- Tolin D, Woods C, Abramowitz J. Relationship between obsessive beliefs and obsessive- compulsive symptoms. Cognitive Therapy and Research 2003; 27(6): 657-669.

22- O'Connor K, Todorov C, Robillard S, Borgeat F, Brault M. Cognitive- behavior therapy and medication in the treatment of obsessive- compulsive disorder: A controlled study. Canada: Canadian Journal Psychiatry, 1999; 44(1): 64-71.

23- Tozandeh Jani H, Ahadi H, Delavar A and Azad H. The relative effectiveness of techniques, cognitive - behavioral treatment of compulsive drug combination in thought and action. Sabzevar School of Medical Sciences 1383; 11(4): 33-39.[in Persian]

24- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill G, Charney DS.The Yale-brown obsessive compulsive scale. I. Development, use and reliability. Arch General Psychiatry 1989; 46(11):1006-1011.

25- Dadfar M, Boulhari J, Malakouti K and Bayanzadeh SK. Prevalence of symptoms of obsessive-compulsive. Journal of thought and behavior 1380; 7(1 and 2): 27-22. [in Persian]

26- Dadfar M. Co morbidity of personality disorders in patients with obsessive-compulsive in comparison with normal subjects. Master's thesis in clinical psychology. Tehran Psychiatric Institute, 1376. [in Persian]

27- OCCWG(Obsessive Compulsive Cognitive Working Group). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the interpretation of intrusions inventory. Behavior Research and Therapy 2001; 39: 987-1006.

28- Shams G, Karamghadiri N, Esmaili Torkanbouri Y and Rahiminejad F. Reliability and validity of the Persian version of the Obsessive Beliefs Questionnaire -44. New Cognitive Science1383;6 (1& 2): 36-21.[in Persian]