

گروه‌درمانی چندبعدی اختلال وسواسی - اجباری

دکتر مسعود جان بزرگی¹، سپیده راجزی اصفهانی²

Multi-dimensional Group Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder

Masuod Janbozorgi^{*}, Sepideh Rajezi Esfahani^a

Abstract

Objectives: The purpose of the current study was to assess the effectiveness of multi-dimensional group therapy for symptoms of obsessive-compulsive disorder (OCD).

Method: Among 53 patients with OCD referred to a hospital in Tehran, 12 patients to experimental group and 12 patients to control group were assigned. Not being affected to major depression, bipolar disorder and personality disorder was approved. The data was gathered using clinical interview based on Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision (DSM-IV-TR), Cattell Personality Test and Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). For evaluating the symptoms severity, Y-BOCS were executed before, during and after intervention. Multi-dimensional group therapy was performed in thirty 2-hour sessions based on Clark Therapeutic Program in accordance with Lazarus multi-dimensional treatment and Islamic-Iranian culture. **Results:** The severity of symptoms subscale decreased during treatment ($p < 0.001$). **Conclusion:** Designed multi-dimensional group therapy based on Islamic culture was effective for treatment of OCD symptoms.

Key words: obsessive-compulsive disorder; multi-dimensional group therapy; islamic culture; Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale

[Received: 13 December 2009; Accepted: 12 October 2010]

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر گروه‌درمانی چندبعدی بر شدت نشانه‌های اختلال وسواسی - اجباری (OCD) بود. **روش:** از میان 53 فرد مبتلا به OCD مراجعه‌کننده به بیمارستان امام حسین (ع) تهران، 12 نفر به گروه آزمایش و 12 نفر به گروه کنترل اختصاص یافتند. مبتلابودن آزمودنی‌ها به اختلال افسردگی اساسی، اختلال دوقطبی و اختلال شخصیت تأیید شد. برای گردآوری داده‌ها مصاحبه بالینی بر مبنای ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR، آزمون بالینی شخصیت کتل و مقیاس وسواسی - اجباری ییل-براون (Y-BOCS) به کار رفت. Y-BOCS پیش، میان و پس از درمان برای سنجش شدت نشانه‌ها به کار رفت. گروه‌درمانی چندبعدی در 30 جلسه دوساعته، هماهنگ با برنامه درمانی کلارک و در چارچوب درمان چندبعدی لازاروس متناسب با فرهنگ اسلامی ایرانی اجرا شد. **یافته‌ها:** از نمره خردده مقیاس شدت نشانه‌ها در طول درمان کاسته شد ($p < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** گروه‌درمانی چندبعدی طراحی شده هماهنگ با فرهنگ اسلامی توانست در درمان نشانه‌های OCD مؤثر باشد.

کلیدواژه: اختلال وسواسی - اجباری؛ گروه‌درمانی چندبعدی؛ فرهنگ اسلامی؛ مقیاس وسواسی - اجباری ییل - براون

[دریافت مقاله: 1388/9/22؛ پذیرش مقاله: 1389/7/20]

¹ دکترای تخصصی روانشناسی بالینی، استادیار پژوهشگاه حوزه و دانشگاه. تهران، نبش خیابان اسکو، مرکز تحقیقات علوم رفتاری. دورنگار: 021-77553034 (نویسنده مسئول) E-mail: psychjan@gmail.com؛ ² دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی.

Corresponding author: PhD. in Clinical Psychology, Assistant Prof. of Research Institute of Hawzah & University, Behavioral Sciences Research Center, Tehran, Iran, IR. Fax: +98 21-77553034, E-mail: psychjan@gmail.com; ^a PhD. Student in Clinical Psychology, Behavioral Sciences Research Center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences.

مقدمه

درمان OCD، به زمان بسیار طولانی انتظار می‌انجامد، در غیر این صورت آنان باید از خدمات درمانی نیمه‌بهینه²⁹ سود جویند. بنابراین گروه‌درمانی یک جایگزین مناسب برای درمان انفرادی است: (1) گروهی از بیماران در یک زمان درمان می‌شوند و بنابراین انتظارهای طولانی‌مدت در فهرست انتظار از بین می‌رود، (2) بهره‌گیری از زمان درمان گر بهینه می‌شود، (3) امکان بهره‌مندی بیشتر از درمان‌گران برخوردار از مهارت‌های درمانی بالا فراهم می‌آید، (4) در هزینه‌های درمانی بیماران، صرفه‌جویی می‌شود (هیمله³⁰ و همکاران، 2001)، (5) امکان بهره‌مندی بیماران از فواید درمان‌گری گروهی (تجربه عمومیت³¹، همانندسازی با هم‌سالان و حمایت هم‌سالان) فراهم می‌آید (یالوم³² و لسز³³، 2005). با وجود این که گروه‌درمانی شناختی - رفتاری (CBGT)³⁴ نسبت به درمان انفرادی OCD مؤثرتر است، درمان همه‌جانبه‌ای برای این اختلال در دسترس نیست (باتلر³⁵ و همکاران، 2006، نقل از جان‌بزرگی، 2009). در حال حاضر تصویر روشنی از اثربخشی CBGT، به‌ویژه در جامعه ایران در دست نداریم. در عین حال درمان‌گری چندبعدی لازاروس³⁶ (1997؛ پالم³⁷ و درایدن³⁸، 1995؛ جان‌بزرگی، 1999؛ جان‌بزرگی و نوری، 2009) نوعی درمان‌گری شناختی - رفتاری پیشرفته است، که به نظر می‌رسد برای درمان اختلال‌هایی که از پیچیدگی بالایی برخوردارند و با فرهنگ ما سازگاری بیشتری دارند، مناسب باشد. این شیوه درمان، به‌ویژه وقتی با تمرین‌های متناسب با فرهنگ اسلامی اجرا می‌شود، برای مهار اضطراب و تیدگی، از اثربخشی مناسبی برخوردار است (جان‌بزرگی، 1999). بنابراین با توجه به نبود

اختلال وسواسی - اجباری¹ (OCD)، اختلالی ناتوان‌کننده است که آشفتگی و تداخل معناداری در عملکرد افراد ایجاد می‌کند. دو درمان رفتاری² (BT) و شناختی - رفتاری³ (CBT) از درمان‌های شناخته‌شده این اختلال هستند (کیلی⁴، استورچ⁵، مرلو⁶ و جفکنا⁷، 2008). از دیدگاه رفتاری، اضطراب از یک سو و اجتناب از موضوع اضطراب‌زا از سوی دیگر، نقش اصلی را در تداوم اختلال بازی می‌کند (تیزدیل⁸، 1974، به نقل از دادستان، 1998). بنابراین درمان‌گری به صورت مستقیم این دو مؤلفه اصلی را هدف قرار می‌دهد. امروزه درمان‌های شناختی - رفتاری همراه با مواجهه و پیش‌گیری از پاسخ⁹ (E/RP) به عنوان درمان خط اول OCD در کودکان و بزرگسالان شناخته شده است (آبرامویتز¹⁰، 1997؛ پوتر¹¹، 2004؛ فوا¹² و همکاران، 2005؛ کاتز - وایز¹³، 2006). پژوهش‌های مبتنی بر فراتحلیل اثربخشی یا میزان اثر¹⁴ بالایی برای CBT گزارش کرده‌اند (املکامپ¹⁵، 1994؛ املکامپ و بینز¹⁶، 1991؛ مک‌لین¹⁷ و همکاران، 2008؛ ون‌اوپن¹⁸ و همکاران، 1995). ولی به هر حال درمان مبتنی بر E/RP برای تمامی بیماران سودمند نیست، به‌ویژه بیمارانی که نمی‌توانند فشار و اضطراب ناشی از مواجهه و پیش‌گیری از پاسخ را تحمل کنند و بیمارانی که به وسواس فکری نخستین مبتلا هستند؛ چراکه وسواس‌های فکری نمی‌توانند به‌طور مستقیم دیده و بنابراین بر پایه الگوی کاهش اضطراب تبیین شوند (دادستان، 1998). بر پایه این موارد، درمان شناختی¹⁹ (CT) OCD شروع به رشد کرد. در این درمان، باورهای انحرافی²⁰، به‌عنوان عامل نگهدارنده بیماری، هدف برنامه درمانی قرار می‌گیرند. CT نسبت به BT اضطراب کمتری در بیمار ایجاد می‌کند، میزان ریزش کمتری دارد (سالکووسکی²¹، ریچاردز²² و فارستر²³، 1996؛ سالکووسکی، 2007) و کیفیت زندگی بیماران را به‌طور معنادار بالا می‌برد (دیفنباخ²⁴، آبرامویتز²⁵، نوربرگ²⁶ و تولین²⁷، 2007).

شاید یکی از بزرگ‌ترین موانع سر راه درمان‌های انفرادی این باشد که درمان‌گران نسبتاً کمی وجود دارند که دوره آموزش CBT را در ارتباط با بیماران مبتلا به OCD گذرانده باشند و راهکارهای لازم برای این درمان را بشناسند. یافته‌های پژوهشی، کیفیت کار درمان‌گر و کوشش‌های درمانی²⁸ را از مهم‌ترین عوامل تأثیرگذار در درمان می‌داند. در درمان‌های انفرادی، دسترسی بیماران به درمان‌گران با تخصص بالا در

- | | |
|--|-----------------------|
| 1- Obsessive-Compulsive Disorder | 2- Behavioral Therapy |
| 3- Cognitive-Behavioral Therapy | 4- Keeley |
| 5- Storch | 6- Merlo |
| 7- Geffkena | 8- Teasdall |
| 9- Exposure Response Prevention | 10- Abramowitz |
| 11- Pediatric OCD Treatment Study (POTS) | 13- Katz-Wize |
| 12- Foa | 15- Emellkamp |
| 14- effect size | 17- McLean |
| 16- Beens | 19- Cognitive Therapy |
| 18- Van Oppan | 21- Salkovskis |
| 20- distorted beliefs | 23- Forrester |
| 22- Richards | 25- Abramowitz |
| 24- Diefenbach | 27- Tolin |
| 26- Norberg | 29- sub-optimal |
| 28- treatment trails | 31- universality |
| 30- Himle | 33- Leszcz |
| 32- Yalom | |
| 34- Cognitive Behavioral Group Therapy | |
| 35- Buttler | |
| 36- Lazarus multimodal therapy | 37- Palmer |
| 38- Dryden | |

پزشک حفظ کنند، تا پس از آن در جریان درمان قرار گیرند. به دلیل طولانی بودن دوره بررسی، برای حفظ انگیزه گروه کنترل، هم‌زمان با معاینه دوره‌ای، جلسه‌های یک‌ساعته با موضوع «یافته‌های جدید درباره درمان‌های غیردارویی» برای آنها تشکیل شد.

برنامه گروه درمانی چندجانبه با تأکید بر روش چندبعدی لازاروس، برنامه‌ای ساختاریافته برای درمان OCD است، که بر مبنای برنامه CBT (کلارک، 2004)، درمان چندبعدی لازاروس (1997، 2008)، پالمر و درایدن (1995) و جان بزرگی و نوری (2009) و با توجه به فرهنگ اسلامی ایرانی (جان بزرگی، 1999)، به صورت گروهی تدوین شده است. جان بزرگی (1999) این برنامه را نخستین بار برای اختلال اضطراب تعمیم یافته⁷ (GAD)، با و بدون جهت‌گیری مذهبی به کار برد. برنامه درمان‌گری گروهی چندجانبه با جهت‌گیری مذهبی اسلامی، برای مهار GAD در 12 جلسه و برای مهار OCD در 30 جلسه تنظیم شده است. دلیل این افزایش جلسه‌ها، تجربه بالینی و نظر مشورتی استادان همکار بود. ساختار اصلی درمان به صورت چندجانبه و یا درمان چندبعدی لازاروس باقی ماند. برای اعمال مداخله‌های مربوط به بعد معنویت و مذهب، تغییراتی در برنامه نخستین صورت گرفت (جان بزرگی، 1999)، که توانست در پژوهش‌های گوناگون (جان بزرگی، ظهورالدین، نوری، غفارثمر و شمس، 2009؛ نظری، جان بزرگی و علی‌پور، 2010) اضطراب را به‌طور معنادار مهار کند. در پژوهش حاضر هفت جلسه به هشیاری‌افزایی و شکستن مقاومت بیمار، به‌ویژه با مضمون مذهبی، اختصاص یافت. هم‌چنین برای هماهنگی با برنامه کلارک⁸ (2004)، درمان به دو نیمه (1) کنترل رفتاری بی‌اختیاری‌ها (وسواس‌های عملی) و (2) بازسازی چندبعدی (شامل مداخله‌های شناختی، تجسمی، ارتباطی، معنوی، عاطفی، زیستی و سبک زندگی) - بر پایه نیم‌رخ ساختاری هدف و نیم‌رخ ابعادی - برای مهار وسواس‌های فکری و درونی‌سازی تغییرهای ایجادشده تقسیم شد و 10 جلسه به آن اختصاص یافت. در نهایت یک برنامه 30 جلسه‌ای تنظیم شد، که بر پایه پیشرفت و میزان تمرین فردی اعضا، گاهی تا 35 جلسه نیز افزایش می‌یافت (جدول 1).

شیوه‌های درمان‌گری غیردارویی برای درمان وسواس، و از آن‌جا که این شیوه درمانی، جنبه‌های گوناگون انسان (رفتاری، شناختی، عاطفی، روابط میان‌فردی، تجسمی، حسی، زیست‌شناختی، سبک زندگی و معنوی) را در نظر می‌گیرد، هدف پژوهش حاضر این است که اثربخشی این شیوه درمانی چندجانبه را با تغییراتی برای درمان وسواس مورد آزمون قرار دهد.

روش

پژوهش شبه‌آزمایشی حاضر از نوع اندازه‌گیری‌های مکرر بود. جامعه موردبررسی پژوهش حاضر عبارت بود از بیماران مبتلا به OCD که در بازه زمانی اردیبهشت تا شهریور 1387 برای درمان به بیمارستان امام حسین (ع) تهران مراجعه کرده بودند. در این بازه زمانی، 53 نفر برای درمان OCD به بیمارستان امام حسین (ع) مراجعه کردند که پس از اجرای پرسش‌نامه وسواسی - اجباری ییل براون (Y-BOCS) و مصاحبه بالینی بر پایه ملاک‌های تشخیصی DSM-IV¹ (انجمن روانپزشکی آمریکا²، 1994)، به‌وسیله کارشناس ارشد روانشناس بالینی، 24 نفر که برای درمان غیردارویی مناسب بودند، به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی - اجباری³، هم‌پوشی وسواس با افسردگی اساسی⁴، نشانه‌های روان‌پریشی⁵، اختلال دوقطبی⁶، وابستگی به مواد و هم‌چنین بیمارانی که مداخله غیردارویی دیگری داشته و یا به تشخیص روانپزشک، مداخله غیردارویی برای آنها برتری نداشت، به پژوهش وارد نشدند). افراد گروه نمونه به‌وسیله روانپزشکان بیمارستان ارجاع شده بودند، بنابراین با صلاح‌دید روانپزشک، داروی آنها قطع شد یا به کمینه مقدار ممکن کاهش یافت. چهار نفر (دو نفر در هر گروه) از افراد گروه نمونه دارو مصرف می‌کردند. به دلیل کم‌بودن شمار گروه نمونه، امکان هم‌تاسازی وجود نداشت. درمان‌گر و دو دستیار او در تمامی جلسه‌ها ثابت بودند. جلسات درمان در 30 جلسه و هر جلسه دو ساعت اجرا شد. میانگین غیبت آزمودنی‌ها 1/5 جلسه بود و هیچ‌یک از آزمودنی‌ها بیش از سه جلسه غیبت نکردند (هماهنگ با قوانین گروه، پس از سه جلسه غیبت، پذیرش آنها دچار تعلیق می‌شد). دستیاران درمانگر برای اعضای غایب، جلسه جبرانی انفرادی می‌گذاشتند. برای رعایت مسایل اخلاقی، همه بیماران در یک جلسه توجیهی، به‌صورت گروهی، از مراحل، انتظارات و مسئولیت‌ها آگاه شدند. این جلسه برای گروه کنترل جداگانه تشکیل و برای آنها توضیح داده شد که تا پایان مدت انتظار، ارتباط خود را با

1- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4thed.)
2- American Psychiatric Association
3- obsessive-compulsive personality
4- major depressive
5- psychosis
6- bipolar
7- Generalized Anxiety Disorder
8- Clark

جدول 1- برنامه گروه‌درمانی چندجانبه به کاررفته در پژوهش حاضر

مراحل	جلسات	محتوا
شروع: انگیزش و هشیاری‌افزایی	نخست تا هفتم	1- استفاده از راهبردهای گروه درمانگری برای بالابردن اعتماد و انسجام گروهی 2- آشنایی با الگوهای وسواس 3- مفهوم‌سازی و فرمول‌بندی گروهی با تهیه نیم‌رخ ساختاری و ابعادی (در چارچوب فرهنگی) 4- هماهنگ‌سازی گروه با منطق درمان و ابعاد مداخله 5- بررسی گروهی تعامل ابعاد، تهیه نیم‌رخ‌ها و آماده‌سازی گروه برای مداخله 6- شروع آموزش آرام‌سازی 7- اصلاح افکار سطحی در باره وسواس خود (به ویژه بازخوردهای مذهبی)
انتقال: تنش‌زدایی، مدیریت مقاومت‌ها، آمادگی برای درمان	هشتم تا دهم / دوازدهم	1- بررسی مقاومت‌ها 2- انحلال مقاومت‌ها 3- شروع درمان با محوریت مواجهه و پیش‌گیری از پاسخ و تنش‌زدایی 4- تعریف و طبقه‌بندی اهداف
کار: فعالیت روی اهداف با راهبردهای چندبعدی با هدف کنترل وسواس‌های عملی	یازدهم / دوازدهم تا بیست و پنجم / بیست و ششم	با توجه به نیم‌رخ ساختاری و فرمول‌بندی هر جلسه، ضمن پی‌گیری راهبردهای محوری، در ابعاد گوناگون، از مداخله‌های متنوع برای کمک به پیشرفت کار بهره گرفته می‌شود. این مرحله تا زمانی که همه افراد کمینه موفقیت 80% را به دست آورند، ادامه می‌یابد.
پیش‌پایان: توقف افکار وسواسی، تغییر شناخت‌های روان‌بنه‌ای، جایگزینی رفتارهای کارآمد، تعمیم	بیست و پنجم تا سی‌ام	1- شروع کار روی وسواس‌های فکری 2- تغییر شناخت‌های هسته‌ای 3- جایگزینی رفتارهای کارآمد 4- تعمیم‌دهی
پایان: استحکام	سی‌ام به بعد	1- تعمیم‌دهی 2- پیش‌گیری از بازگشت
پی‌گیری: پیش‌گیری از بازگشت	ماه‌یانه، شش ماهه، یک‌ساله	1- پی‌گیری تمرین‌ها 2- درونی‌سازی روان‌بنه‌ها و رفتارهای سالم

و بوگارت⁹، 1996). Y-BOCS سه بخش دارد: در بخش نخست، مصاحبه گر OCD را برای مراجع تعریف کرده، چند مثال می‌زند. در بخش دوم، سیاهه نشانه‌ها¹⁰ مورد ارزیابی قرار می‌گیرد و در بخش سوم، شدت¹¹ نشانه‌ها درجه‌بندی می‌شود

- | | |
|--|--------------------|
| 1- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale | 2- Price |
| 2- Goodman | 4- semi-structured |
| 3- Rasmussen | 6- Steketee |
| 5- sensitivity | 8- Bogart |
| 7- Frost | 10- severity |
| 9- symptom checklist | |
| 11- internal consistency | |

برای گردآوری داده‌ها، مقیاس وسواسی اجباری ییل براون¹ (Y-BOCS) (گودمن²، پرایس³ و راسموسن⁴، 1989) (a) پیش، میان و پس از اجرای گروه‌درمانی روی آزمودنی‌ها اجرا شد. Y-BOCS یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته⁵ است که برای ارزیابی اثربخشی درمان‌های دارویی و روان‌شناختی OCD به کار می‌رود. برخلاف سایر پرسش‌نامه‌های این حوزه، Y-BOCS حساسیت⁶ بالایی نسبت به تغییرات درمانی دارد، به گونه‌ای که به عنوان «معیار طلایی» ارزیابی شدت نشانه‌های OCD در پایان درمان، شهرت یافته است (استکتی⁷، فراست⁸

پیش‌آزمون - پس‌آزمون و میان‌آزمون - پس‌آزمون) تفاوت معنادار وجود داشت ($p < 0/001$).

یافته‌های تحلیل واریانس دوراهه در اندازه‌گیری‌های مکرر، نشان‌گر تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در هر سه سطح بود ($p < 0/001$) (جدول 3)، به گونه‌ای که میانگین شدت وسواس، شدت اجبار و نمره کلی شدت در سه بار اندازه‌گیری در گروه آزمایش کاهش یافته بود، ولی در گروه کنترل تغییری نداشت (شکل 1).

جدول 2- یافته‌های آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه در اندازه‌گیری‌های مکرر در سه سطح پیش‌آزمون، میان‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آزمایش با فرض کرویت¹⁷

سطح معناداری	df	F	
0/001	2	43	شدت وسواس
0/001	2	25/28	شدت اجبار
0/001	2	35/21	نمره کل شدت

جدول 3- یافته‌های آزمون تحلیل واریانس دوراهه در اندازه‌گیری‌های مکرر برای مقایسه دو گروه کنترل و آزمایش در سه سطح پیش‌آزمون، میان‌آزمون و پس‌آزمون

سطح معناداری	df	F	
0/01	2	7/02	شدت وسواس
0/001	2	19/32	شدت اجبار
0/002	2	13/024	نمره کل شدت

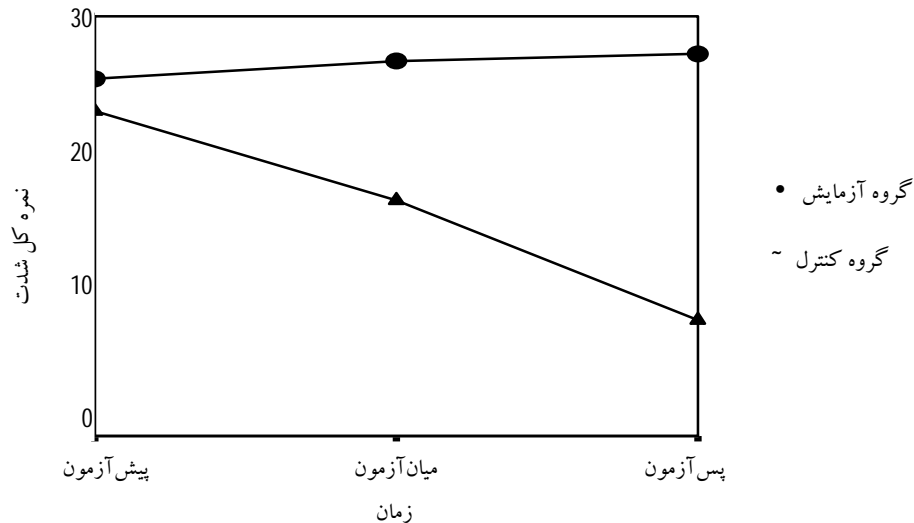
- 1- internal consistency 2- split half
 3- test-retest
 4- Symptom ChekList-90- Revised, Obsessive-Compulsive Scale
 5- Structured Clinical Interview for DSM Disorders-I axis
 6- explorative factor analysis 7- norm
 8- cut-off point
 9- Statistical Package for the Social Science-version 16
 10- Kolmogrov-smirnov
 11- repeated measure analysis of variance
 12- covariance 13- Mouchly
 14- Greenhouse-Geisser 15- effect size
 16- Tukey 17- sphericity assumed

(گودمن و همکاران، 1989 a و b). در مورد سیاهه نشانه‌ها و شدت نشانه‌ها، هم‌سانی درونی¹، به ترتیب 0/97 و 0/95، پایایی دونیمه‌سازی² به ترتیب 0/93 و 0/89 و پایایی بازآزمایی³ 0/99 (راجزی، 2009) گزارش شده است. میان نمره مقیاس وسواسی-اجباری سیاهه 90 گویه‌ای تجدیدنظرشده نشانه‌ها⁴ (SCL-90-R-OCS) با نمره کل سیاهه نشانه‌ها و میان نمره مصاحبه بالینی ساختاریافته برای اختلال‌های محور I از DSM⁵ (SCID-I) با نمره کل شدت نشانه‌ها همبستگی مثبت و معنادار ($p < 0/001$) وجود دارد. تحلیل عاملی اکتشافی⁶، سه عامل برای سیاهه نشانه‌ها و دو عامل برای شدت نشانه‌ها به دست داده است. هم‌چنین هنجار⁷ کمی و کیفی برای سیاهه و شدت نشانه‌ها و نقطه برش⁸ نه برای تمایز افراد بیمار از سالم پیشنهاد شده است (گودمن و همکاران، 1989 a و b).

پس از ریزش گروه نمونه، داده‌های 11 آزمودنی با کمک SPSS-16⁹ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت: آزمون کولموگروف-اسمیرنوف¹⁰ برای ارزیابی تقارن و نرمال بودن داده‌ها و آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر¹¹ برای تحلیل داده‌ها به کار رفت.

یافته‌ها

دامنه سنی آزمودنی‌ها 51-26 سال بود. از 12 آزمودنی گروه آزمایش، یک مورد ریزش داشت. جنسیت با توجه به یکسان بودن جنسیت آزمودنی‌ها (زن) کنترل شد. تأثیر متغیرهای مداخله‌گر تحصیلات و سن با روش کوواریانس¹² حذف شد. کاربرد تحلیل واریانس یک‌راهه در اندازه‌گیری‌های مکرر برای یافته‌های به دست آمده از گروه آزمایش در سه سطح پیش‌آزمون، میان‌آزمون و پس‌آزمون نشان داد میان نمره‌های سه سطح همبستگی وجود دارد ($p \leq 0/001$). با توجه به میزان W موشلی¹³ ($p < 0/05$)، مفروضه گرینهاوس-گیسر¹⁴ مدل آماری اندازه‌گیری‌های مکرر به کار رفت، که نشان‌گر تفاوت آماری نمره‌های شدت وسواس، شدت اجبار و نمره کلی شدت در سه سطح آزمون بود ($p < 0/001$) (جدول 2). اندازه اثر¹⁵ درمان در گروه آزمایش 0/81 بود. آزمون تعقیبی توکی¹⁶ نشان داد در هر سه مورد میان هر دو سطح (پیش‌آزمون - میان‌آزمون،



شکل 1- میزان نمره کل شدت در ابتدا، میان و انتهای درمان در دو گروه آزمایش و کنترل

بحث

نخستین بار در ایران بود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر نیز می‌توان به روش نمونه‌گیری در دسترس و محدودیت قدرت تعمیم یافته‌ها به بیماران سرپایی بیمارستان امام حسین (ع) اشاره نمود. هم‌چنین اجرای درمان در محیط بیمارستان و انگیزه بالای دستیاران و درمانگر در پی‌گیری مداخله‌ها را نباید از نظر دور داشت. این امر تعمیم یافته‌های پژوهش حاضر را به مواردی که این شیوه‌ها در محیط‌های بالینی و بدون کمک درمانگر یا در محیط‌های غیر رسمی انجام می‌شود، با احتیاط مواجه می‌سازد. پیشنهاد کاربرد این روش برای مراجعان مراکز غیر بیمارستانی و بیماران سرپایی، هم‌چنین درمان انفرادی و وسواس می‌تواند راهگشای پژوهشگران علاقه‌مند به پی‌گیری این روش درمانی باشد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از دست‌اندرکاران مرکز مطالعات علوم رفتاری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی جهت حمایت مالی از طرح و رییس محترم آن، جناب آقای دکتر علیرضا ظهیرالدین، برای حمایت‌های بی‌دریغ در به‌ثمر رسیدن این پژوهش، صمیمانه قدردانی می‌شود. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

هدف پژوهش حاضر، بررسی میزان کارایی گروه‌درمانی جامع چندبعدی بود. یافته‌ها نشان‌گر کاهش شدت نشانه‌های بیماران در طول درمان (پس از هفته‌های پانزدهم و سی‌ام) بود ($p < 0/001$). هم‌چنین میان شدت نشانه‌های دو گروه نیز تفاوت معنادار وجود داشت؛ درحالی‌که میانگین شدت نشانه‌ها در گروه آزمایش کاهش یافته بود، میانگین شدت نشانه‌ها در گروه کنترل تغییری نداشت و حتی افزایش کوچکی هم نشان داد.

جان‌بزرگی (1999) اثربخشی گروه‌درمانی چندبعدی کوتاه‌مدت را بر اضطراب بررسی کرده، نشان داد درمان چندبعدی لازاروس با جهت‌گیری مذهبی می‌تواند نشانه‌های اضطراب فرد را کاهش دهد. هم‌چنین جان‌بزرگی و همکاران (2009) نشان دادند مداخله‌های چندبعدی با محوریت تنش‌زدایی و آرامش سبک زندگی با جهت‌گیری مذهبی می‌تواند اضطراب را کاهش داده، ثبات هیجانی ایجاد کند. در زمینه کارایی گروه‌درمانی شناختی- رفتاری در درمان OCD پژوهش‌های زیادی انجام شده است (ون‌نوپن و همکاران، 1997؛ هیمله و همکاران، 2001؛ مک‌لین و همکاران، 2008؛ کوردیولی¹، هلدت² و باچی³، 2003؛ فاینبرگ⁴، هاگس⁵، گال⁶ و رابرتز⁷، 2005؛ سوزا⁸، آیسولان⁹، آلیورا¹⁰، منفرو¹¹ و کوردیولی¹²، 2006؛ اندرسون¹³ و ریس¹⁴، 2007) که همگی هم‌سو با یافته‌های پژوهش حاضر است.

اصلی‌ترین نقطه قوت پژوهش حاضر، کاربرد روش درمانی جامع بر پایه روش چندبعدی لازاروس برای

- | | |
|--------------|--------------|
| 1- Cordioli | 2- Heldt |
| 3- Bochi | 4- Fineberg |
| 5- Hughes | 6- Gale |
| 7- Roberts | 8- Sousa |
| 9- Isolan | 10- Oliveira |
| 11- Manfro | 12- Cordioli |
| 13- Anderson | 14- Rees |

منابع

- Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*, 44-52.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, R. A., & Rees, C. S. (2007). Group versus individual cognitive behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *Behavior Research Therapy, 45*, 123-137.
- Clark, D. (2004). *Cognitive behavior therapy for OCD*. New York: The Guilford Press.
- Cordioli, A. V., Heldt, E., & Bochi, D. B. (2003). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive compulsive disorder: A randomized clinical trial. *Psychotherapy Psychosomatic, 72*, 211-216.
- Dadsetan, P. (1998). Developmental psychopathology, from children to adulthood (Vol. 1), Tehran: SAMT Press. (Persian)
- Diefenbach, G. J., Abramowitz, S. J., Norberg, M., & Tolin, D. F. (2007). Changes in quality of life following cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 45*, 3060-3068.
- Emmelkamp, P. M. G., & Beens, H. (1991). Cognitive therapy with obsessive compulsive disorder: A comparative evaluation. *Behaviour Research and Therapy, 29*, 293-300.
- Emmelkamp, P. M., G. (1994). Behavior therapy with adults. In A. E., Bergin, & S. L., Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.). New York: Wiley.
- Fineberg, N. A., Hughes, A., Gale, T. M., & Roberts, A. (2005). Group cognitive behaviour therapy in obsessive-compulsive disorder (OCD): A controlled study. *International Journal of Psychiatric Clinical Practice, 9*, 257-263.
- Foa, E. B., Liebowitz, M. R., Kozak, M. J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M. E., Huppert, J. D., Kjernisted, K., Rowan, V., Schmidt, A. B., Simpson, H. B., & Tu, X. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry, 162* (1), 151-161.
- Goodman, W. K., Price, L. H., & Rasmussen, S. A. (1989 a). The Yale-Brown obsessive-compulsive scale (Y-BOCS), Part I: Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1006-1011.
- Goodman, W. K., Price, L. H., & Rasmussen, S. A. (1989 b). The Yale-Brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS), Part II: Validity. *Archives of General Psychiatry, 46*, 1012-1016.
- Himle, J. A., Rassi, S., Haghighatgou, H., Krone, K. P., Nesse, R. M., & Abelson, J. (2001). Group behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder: Seven versus twelve week outcomes. *Journal of Depression and Anxiety, 30*(5), 661-666.
- Janbozorgi, M. (1999). *Efficacy of short-term psychotherapy "Self-control training" with and without Islamic religious orientation on anxiety and stress Management*. Ph.D. Thesis, clinical psychology, Tarbiat Modares university, Tehran, Iran. (Persian)
- Janbozorgi, M., & Nouri, N. (2009). *Anxiety and stress psychotherapy*. Tehran, Iran: SAMT Publisher. (Persian)
- Janbozorgi, M., Zahirodin, A., Norri, N., Ghafarsamar, R., & Shams, J. (2009) Providing emotional stability through relaxation training. *Eastern Mediterranean Health Journal, 15*(3), 629-638.
- Janbozorgy, M. (2009). The empirical status of cognitive behavioral therapy: A retrospective study on meta-analysis. *Journal of Islamic and Psychological Studies, 3*, 45-47. (Persian)
- Katz-Wize, L. S. (2006). Obsessive-compulsive disorder, treatment overview. *Depress and Anxiety Journal, 13*, 161-165.
- Keeley, M. L., Storch, E. A., Merlo, L. J., & Geffkena, G. R. (2008) Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review, 28*, 118-130
- Lazarus, A. A. (1997). *Brief but comprehensive psychotherapy: The multimodal way*. New York: Springer Inc.
- lazarus, A. A. (2008). Multimodal therapy. In: J. Raymond, D. Corsini, & Wedding, F. (Eds.). *Current psychotherapies* (8th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole.

- McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Sochting, I., Koch, W. J., Paterson, R., & Anderson, K. W. (2008). Cognitive versus behaviour therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 205-214.
- Nazari, M. (2010). *The effectiveness of multimodal approach psychotherapy with Islamic religious orientation on mental health & identity on student*. MA thesis, psychology, Payame Noor university, Tehran, Iran. (Persian)
- Palmer, S., & Dryden, W. (1995). *Counseling for stress problems*. London: SAGE Publication.
- Pediatric OCD Treatment Study Team (POTS). (2004). Cognitive behavior therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Medical Association, 292*, 1969-1976.
- Rajezi, S. (2009). *Reliability and validity of the translated form of Yale-Brown obsessive-compulsive scale*, MA thesis, clinical psychology, Shahid Beheshti medical university, Tehran, Iran. (Persian)
- Salkovskis, P. M. (2007). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry, 6*(6), 229-233.
- Salkovskis, P. M., Richards, H. C., & Forrester, E. (1996). The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behavioral Cognitive Psychotherapy, 23*, 281-299.
- Sousa, M. B., Isolan, L. R., Oliveira, R. R., Manfro, G. G., & Cordioli, A. V. (2006). A randomized clinical trial of cognitive-behavioral group therapy and sertraline in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychiatry, 67*, 1133-1139.
- Steketee, G., Frost, R., & Bogart, K. (1996). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: Interview versus self-report. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 675-684.
- Van Noppen, B. L., Steketee, G., McCorkle, B. H., & Pato, M. (1997). Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorder, 11*, 431-446.
- Van Oppen, P., deHaan, E., vanBalkom, A., Spinhoven, P., Hoogduin, K., & vanDyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy, 33*, 379-390.
- Yalom, I. D., & Leszcz, M. (2005). *The theory and practice of group psychotherapy* (5thed.). New York: Basic Books.