

## اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی بر سلامت روان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری

تاریخ دریافت: ۹۲/۵/۲

تاریخ پذیرش: ۹۲/۹/۵

آزیتا یوسفی\*، اسحق رحیمیان بوگر\*، علی محمد رضایی\*\*\*

### چکیده

**مقدمه:** اختلال وسواسی - اجباری دارای سیری مزمن است که با تداوم و افزایش علائم، ابعاد مختلف سلامت روان را کاهش می‌دهد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی بر سلامت روان بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری اجرا شد.

**روش:** در یک طرح پژوهش شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون همراه با پیگیری با استفاده از دو گروه آزمایش و کنترل، از میان بیماران مراجعه کننده به مرکز درمان و توانبخشی روان سبز، ۲۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل گماشته شدند. در ابتدا، همه شرکت کنندگان پرسشنامه جمعیت شناختی را تکمیل و توسط مصاحبه بالینی ساختاریافته مورد مصاحبه قرار گرفتند. سپس، در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری توسط پرسشنامه سلامت روان مورد ارزیابی قرار گرفتند. گروه آزمایش طی ۱۶ جلسه هفتگی تحت درمان شناختی - تحلیلی قرار گرفتند. داده‌ها به کمک تحلیل واریانس آمیخته تحلیل گردید.

**یافته‌ها:** بعد از اجرای درمان شناختی - تحلیلی، بین گروه آزمایش و کنترل در بهبود سلامت روان و زیر مقیاس‌های آن در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت آماری معناداری وجود داشت.

**نتیجه‌گیری:** درمان شناختی - تحلیلی به شیوه گروهی راهبرد مؤثری برای بهبود سلامت روان مبتلایان به اختلال وسواسی - اجباری است. این یافته‌ها دارای دستاوردهای کاربردی برای مسیرهای پژوهش در آینده و نیز کار بالینی در این اختلال است.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال وسواسی - اجباری، سلامت روان، درمان شناختی - تحلیلی

azitayusefi@yahoo.com

\* دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات سمنان، سمنان، ایران

i\_rahimian@semnan.ac.ir

\*\* نویسنده مسئول: استادیار، گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

rezaei\_am@yahoo.com

\*\*\* استادیار، گروه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه سمنان، سمنان، ایران

## مقدمه

مبتنی بر شواهد، برای مدیریت بهتر این بیماری را برجسته می‌سازد [۹]. به همین دلیل، استفاده از روان‌درمانی‌های مبتنی بر بینش با تأکید بر تغییر در سبک زندگی می‌تواند نتایج باثبات تری در بهبود علائم و عملکرد روانی-اجتماعی بیماران مبتلا به OCD داشته باشد [۱۰، ۱۱]. درمان شناختی-تحلیلی<sup>۴</sup> (CAT) به عنوان یکی از درمان‌های کوتاه مدت روان‌شناختی رویکردی ماهرانه، فعال و مبتنی بر بینش افزایشی دارد و در موقعیت‌های گروهی به طور ماهرانه در حل مسائل و تقویت انگیزش برای تغییر عمل می‌کند [۱۲، ۱۳]. درمان شناختی تحلیلی، درمانی فعال است که بر اساس فرمول بندی مبتنی بر ادغام عناصر مفید و مؤثر نظریه روان‌پویشی روابط موضوعی<sup>۵</sup> و روان‌شناسی شناختی به خصوص نظریه سازه‌های فردی کالین<sup>۶</sup> استوار است و با همکاری درمانگر و بیمار، مشارکت کامل بیمار را می‌طلبد [۱۳، ۱۴]. بیشترین تأثیر این درمان بر کاهش سردرگمی و اشتغالات ذهنی بیماران، حل تعارضات گذشته و شناخت روش‌های کارآمدتر در زندگی افراد می‌باشد که در نهایت منجر به کاهش علائم و در نتیجه افزایش سلامت روان خواهد شد [۱۴]. پژوهش‌های بسیاری اثربخشی این درمان را در کاهش شدت علائم و بهبود شاخص‌های سلامت در طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی از جمله اختلالات شخصیت، افسردگی، وحشتزدگی، اختلالات روان‌پریشی و اختلالات روان تنی نشان داده است [۱۵، ۱۶، ۱۷]. بر اساس بررسی نمونه‌های بالینی تک موردی نیز، درمان شناختی تحلیلی از قابلیت تأثیر گذاری بالایی در کاهش علائم و بهبود وضعیت سلامت روان بیماران مبتلا به OCD برخوردار است [۱۸]. با وجود این، در بررسی شواهد پژوهشی، نزدیک‌ترین پژوهش به این مطالعه، مربوط به بررسی تأثیر درمان شناختی-تحلیلی بر شخصیت وسواسی-اجباری و کاهش شدت علائم آن می‌باشد [۱۹]. در دیگر مطالعات مشابه نیز نشان داده شد که CAT، به طور بارزی بر کاهش علائم و بهبود سلامت روان در اختلالات اضطرابی و اختلالات شخصیت از جمله اختلال شخصیت مرزی اثر بخش است [۲۰]. تأثیر مداخله‌های

اختلال وسواسی-اجباری<sup>۱</sup> (OCD) نوعی اختلال اضطرابی است که به دلیل هجوم افکار وسواسی و اجبارهای رفتاری تأثیر عمده و گسترده‌ای بر ابعاد سلامت روان<sup>۲</sup> مبتلایان بر جای می‌گذارد [۱، ۲]. اختلال وسواسی-اجباری از شایع‌ترین اختلالات روانی و دهمین علت عمده ناتوانی در جمعیت عمومی است که با پیامدهای منفی متعددی در ابعاد روانی-اجتماعی همراه است [۳]. طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت<sup>۳</sup> (WHO)، سلامت روان به قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، تغییر و اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به طور عادلانه و مناسب اشاره دارد و شامل رفاه ذهنی، احساس خود توانمندی، کفایت درک همبستگی بین نسلی و توانایی تشخیص استعدادهای بالقوه هوشی و عاطفی خود است [۴]. در اختلال OCD به دلیل سیر مزمن بیماری و همبودی بالای این اختلال با دیگر اختلالات، حیطه‌های سلامت روان سیری نزولی پیدا می‌کند [۱، ۴]. طبق نتایج کارآزمایی بالینی ارتقای سلامت روان جزئی مهم از برنامه درمان اختلال وسواسی-اجباری شناخته شده است و در صورت عدم توجه و دریافت درمان مناسب، حیطه‌های گسترده‌تری از معیارهای سلامت روان افت می‌کند که خود سبب شکل گیری و تقویت حلقه معیوب تشدید علائم، نگرانی و اشتغالات ذهنی مستمر بیمار است [۵، ۶]. اغلب مطالعات درمانی در مورد بررسی اثرات ترکیبی دارودرمانی با انواع روان‌درمانی‌ها بویژه درمان‌های شناختی-رفتاری در کنترل علائم و آثار جانبی این اختلال بوده است [۷، ۸]. اگرچه ترکیب درمان‌های مذکور، موفق به کسب پیشرفت‌هایی در زمینه درمان اختلال وسواسی-اجباری و بهبود سلامت روان این بیماران شده است، اما همچنان انگیزه بالایی برای پژوهش به منظور دستیابی به روش‌های درمانی مؤثرتر برای این اختلال وجود دارد [۸]. از طرفی، مقاومت بالا و عدم تمایل بیمار مبتلا به OCD در مواجهه با افکار و رفتارهای وسواسی طی درمان‌های شناختی-رفتاری، عدم بینش یابی عمیق نسبت به ماهیت علائم و عود دوباره علائم نیاز به دستورالعمل‌های درمانی موثر و

4- cognitive-analytic therapy(CAT)  
5- psychoanalytic object relations theory  
6- Kellyian personal construct theory

1- Obsessive compulsive disorder(OCD)  
2- Mental health  
3- World health organization

## روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی شبه آزمایشی از نوع با پیش آزمون و پس آزمون همراه با پیگیری سه ماهه با استفاده از گروه آزمایش و کنترل بود.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری شامل مردان و زنان مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری شهر سمنان طی آذر ۹۱ تا خرداد ۹۲ بودند که بر اساس تشخیص روان‌پزشک معتمد کمیسیون پزشکی سازمان بهزیستی در مرکز درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمین استان سمنان و با انجام مصاحبه بالینی ساختار یافته<sup>۱</sup> توسط روان‌شناس بالینی، مبتلا به OCD تشخیص داده شدند و در مرکز درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمین سبز شهر سمنان تحت درمان دارویی بودند. از این جامعه آماری، ۲۴ نفر (۱۲ زن و ۱۲ مرد) از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و کنترل (۱۲ نفر) گماشته شدند. طی، مراحل درمان در گروه آزمایش، ۲ مرد و ۱ زن قبل از خاتمه پژوهش، درمان را ترک کردند. در گروه کنترل نیز یک مرد در پس آزمون و پیگیری شرکت نکردند که تعداد شرکت‌کنندگان نهایی در مطالعه در گروه آزمایش ۹ نفر (۵ زن و ۴ مرد) و در گروه کنترل ۱۱ نفر (۶ زن و ۴ مرد) نفر (در مجموع ۲۰ نفر) بودند. معیارهای ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال وسواسی-اجباری توسط روان‌پزشک کمیسیون پزشکی سازمان بهزیستی و مصاحبه بالینی ساختار یافته (SCID-I) و گذشت بیش از ۲ سال از شروع بیماری، برخوردار بودن از سواد خواندن و نوشتن، داشتن پرونده پزشکی و دریافت درمان دارویی با تجویز یک روان‌پزشک واحد، و نیز دارا بودن حداقل ۳۰ سال و حداکثر ۴۵ سال سن بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از ابتلا به دیگر اختلالات روان‌پزشکی و عصب شناختی، وابستگی دارویی و سوء مصرف مواد، وجود اختلالات همبود، معلولیت حسی-حرکتی، برخوردار بودن از بیماری‌های جسمی، و استفاده از هر نوع خدمات روان‌شناختی و توانبخشی طی ۳ ماه گذشته. تمامی شرکت‌کنندگان در این مطالعه قبل از شروع مداخله، تحت درمان دارویی توسط روان‌پزشک قرار گرفتند که نوع

شناختی-رفتاری مشابه با پروتکل CAT بر پاسخ‌های مقابله‌ای و راهبردهای تنظیم هیجان و تداوم آن در دوره پیگیری [۲۱] و نیز تأثیر گروه درمانی شناختی تحلیلی در کسب نتایج بالینی معنادار در زمینه کاهش بی‌ثباتی هیجانی، تکانشگری و بی‌ثباتی اجتماعی بیماران مبتلا به اختلال دو قطبی نشان داده شد. در مطالعه‌ای دیگر در ایران [۲۲] بر استفاده بیشتر و نیز طراحی دستورالعمل‌های متناسب شده این درمان برای دیگر اختلالات تأکید شده است. همچنین، درمان شناختی-تحلیلی در مقایسه با تلفیق شناخت درمانی با دارودرمانی و نیز دارودرمانی به تنهایی تأثیر بیشتری بر اصلاح الگوهای ناسازگار، سردرگمی، تردیدها و در نهایت کاهش بی‌ثباتی هیجانی-اجتماعی دارد و در نهایت سبب کاهش هزینه‌های اضافی درمانی گردیده است [۲۲]. بر این اساس، CAT به عنوان یک درمان مبتنی بر شواهد، روشی مناسب و مقرون به صرفه برای درمان اختلالات روان‌شناختی و کاهش علائم اختصاصی وسواس نظیر اشتغالات ذهنی و تردیدها و نیز ارتقای شاخص‌های سلامت روان در این اختلال است [۲۹]. به دلیل اهمیت مداخله مؤثر برای اختلال پیچیده و چند بعدی وسواسی-اجباری بررسی تأثیر CAT بر سلامت روان مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری، ضروری می‌باشد. وجود شواهد قوی از اثربخشی این مداخله روان‌شناختی، پیشنهاد مطالعات قبلی به انجام بررسی بیشتر و معضلات روان‌درمانی‌های موجود در درمان اختلال وسواسی-اجباری بر ضرورت انجام این مطالعه می‌افزاید. همچنین عدم بررسی این مدل درمانی در بیماران مبتلا به اختلالات اضطرابی از جمله اختلال وسواسی-اجباری در ایران، خلاء دیگری است که با این مطالعه پر خواهد شد و نتیجه چنین مطالعه‌ای به عنوان مبنایی مقدماتی برای بررسی‌های بیشتر و نیز طراحی مداخلات متناسب جهت بهبود سلامت روان این بیماران خواهد بود. بنابراین هدف مطالعه حاضر، بررسی تأثیر درمان شناختی-تحلیلی بر افزایش سلامت روان مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری، همراه با پیگیری سه ماهه است. مسأله پژوهش حاضر این است، آیا درمان شناختی-تحلیلی بر ارتقای سلامت روان مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری در مراحل پس از مداخله و پیگیری مؤثر است؟

1- Structured Clinical Interview for DSM-IV disorders (SCID-I)

بیماران از روش یادآوری از طریق سیستم پیام کوتاه استفاده گردید. همچنین، دو گروه از لحاظ تحصیلات، خصوصیات بیماری شناختی از جمله شدت علائم و سواس، سن و جنسیت نیز همگن شدند و اثرات احتمالی این متغیرها بر متغیر وابسته حذف شد.

دارو، میزان مصرف، مدت مصرف و شرایط مصرف دارویی شرکت کنندگان در دو گروه کنترل شد. به دلیل مسائل پژوهش بالینی و درمانی و نیز عدم قطع مصرف دارو، با نظر و پیشنهاد روان‌پزشک در برنامه دارودرمانی هر دو گروه فلوکستین ۲۰ میلی گرم و کلومی پرامین به صورت مشترک گنجانده شد. جهت کنترل مصرف دارو در کلیه

جدول (۱) خلاصه محتوای راهنمای درمان شناختی-تحلیلی بر اساس ترتیب جلسات

جلسه	محتوی درمان
اول	سنجش آغازین، بازنگری فرمول بندی <sup>۱</sup> ، تدوین فهرست مشکلات آماجی بیمار و ترغیب وی به کسب بینش و آگاهی نسبت به منبع اصلی مشکلات با همکاری متقابل بین درمانگر و بیمار
دوم	بازنگری فرمول بندی بر اساس جمع آوری سابقه شخصی، تدوین تاریخچه فردی و تاریخچه بیماری
سوم	بازنگری فرمول بندی بر اساس چگونگی بروز و پیدایش مشکلات و نشانه‌های بیماری
چهارم	بازنگری فرمول بندی بر اساس افکار ناکارآمد، نظام‌های باورها و رفتارهای بیمار با تمرکز بر انگاره‌های مزاحم و سواسی و شناسایی تله یا چرخه تکراری رفتار و در نهایت نوشتن نامه فرمول بندی بازنگری شده به بیمار
پنجم	تعیین اهداف درمانی و تدوین فرمول بندی نهایی بر اساس فرمول بندی‌های اولیه مربوط به مشکلات، علائم، و نشانگان بالینی
ششم	بازشناسی رخدادها، آشکارسازی مشکلات، نقاط قوت و توانمندی‌های بیمار، شناسایی روند آسیب شناسی و در نهایت ارائه فرمول بندی ترسیمی یا هندسی
هفتم	بازشناسی مشکلات و اشتغالات ذهنی و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه‌ها و افکار ناکارآمد با همکاری بیمار و بازبینی در پیامد و شدت نشانه‌های بیماری
هشتم	بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیرگذار در زندگی از طریق روابط بین فردی و آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح این روابط، نشانه‌ها و روش زندگی
نهم	بازشناسی در رویه ارزیابی علائم و نشانه‌ها و اصلاح بازبینی‌های انجام گرفته توسط بیمار
دهم	تجدیدنظر رویه‌ای <sup>۲</sup> بر اساس شناخت تأثیر هیجان و رفتارهای بیمار بر علائم و نشخوارهای ذهنی و آگاهی از نحوه استمرار طرحواره‌های قدیمی مرتبط با سواس نظیر کنترل و احساس گناه
یازدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناسایی و ترسیم نمودار رویه‌ای در مورد ارزش گذاری اجتناب‌های بیمار و ارزیابی افکار خودآیند منفی
دوازدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح روند ارزشیابی وضعیت فعلی درمانجو، بینش نسبت به مسائل و چگونگی تأیید و تثبیت نقش‌های واقع گرایانه
سیزدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس اصلاح نقش‌های بین فردی و حمایت‌های اجتماعی
چهاردهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس کمک به بیمار در دستیابی به منبع طرحواره‌های واقع بینانه و دستیابی به تله و موانع رشد
پانزدهم	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس بینش افزایی و آگاه سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش اشتغالات ذهنی، مدیریت زندگی، تعریف مجدد از زندگی
شانزدهم	نوشتن نامه‌های خداحافظی و اختتام درمان توسط درمانگر و بیمار به هم و نیز خلاصه سازی روند درمان بر اساس آنچه کسب شده و هر آنچه که هنوز نیازمند تغییر است

1- reformulation

2- procedural revision

## ابزار

در این مطالعه از پرسشنامه جمعیت شناختی، مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات DSM-IV (SCID) و پرسشنامه سلامت روان<sup>۱</sup> (MHI) استفاده شد.

۱- پرسشنامه جمعیت شناختی توسط پژوهشگران به منظور جمع آوری اطلاعات فردی نظیر سن، تحصیلات، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، سابقه بیماری و معلولیت‌ها، سابقه درمان، و مدت زمان ابتلا به اختلال وسواسی- اجباری تهیه و مورد استفاده قرار گرفت.

۲- مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات (SCID) DSM-IV یک مصاحبه بالینی توسط متخصص بالینی مجرب است که برای تشخیص اختلال‌های محور یک بر اساس DSM-IV به کار می‌رود [۲۴]. در این مطالعه برای تشخیص قطعی OCD و رد کردن سایر تشخیص‌های بالینی محور یک از نسخه بالینی (SCID-CV) استفاده شد. نسخه بالینی دارای کتابچه راهنما و برنامه نمره گذاری مشخص است [۲۴]. ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID، ۶۰٪ گزارش شده است [۲۴]. توافق تشخیصی این ابزار به زبان فارسی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی با پایایی بالاتر از ۶۰٪ مطلوب بوده است [۲۵].

ضرایب کاپا برای کل تشخیص‌های فعلی و تشخیص‌های طول عمر به ترتیب ۵۲٪ و ۵۵٪ به دست آمده است [۲۵].

۳- پرسشنامه سلامت روان توسط ویت و ویر<sup>۲</sup> ساخته شد که دارای ۳۸ سؤال و شامل ۲ بعد بهزیستی روان‌شناختی<sup>۳</sup> و درماندگی روان‌شناختی<sup>۴</sup> است [۲۶] که ۱۴ سؤال آن بهزیستی روان‌شناختی و ۲۴ سؤال آن درماندگی روان‌شناختی است که در مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۶ به کار می‌رود [۲۷]. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ و برای نمره آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹ است که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس فوق است [۲۸].

**روند اجرای پژوهش:** مطالعه حاضر در مرکز درمان و توانبخشی بیماران روانی مزمن روان سبز شهر سمنان توسط روان‌شناس بالینی انجام گرفت. در جلسات آخر جهت کاهش نگرانی بیماران از اتمام جلسات درمان، فهرستی از مداخلات و فنون بازسازی شناختی با موارد خود یاری رسان برای بیماران تدوین و همراه با نامه اختتام درمان در اختیار آنان قرار گرفت. رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان در مطالعه اخذ شد. معیارهای اخلاقی پژوهش نظیر حفظ اسرار شرکت کنندگان، حمایت از رفاه و راحتی آنان، اخذ رضایت آگاهانه به صورت کتبی از شرکت در جلسات درمان و امکان ترک پژوهش در هر مقطعی از مطالعه برای کلیه شرکت کنندگان برقرار بود. گروه کنترل به جز دریافت دارو درمانی و تکمیل ابزارهای پژوهش همزمان و مشابه با گروه آزمایش طی زمان پژوهش هیچ مداخله روان‌شناختی دیگری دریافت نکرد. شرکت کنندگان گروه کنترل در طی ۱۶ جلسه‌ای که گروه آزمایش مداخله دریافت می‌کرده، با حضور در مرکز درمان و توانبخشی فقط مورد معاینه طبی و بررسی روند مصرف دارو قرار می‌گرفتند. گروه آزمایش علاوه بر دریافت دارودرمانی و تکمیل ابزارها، تحت درمان با روش CAT به مدت ۱۶ جلسه ۵۰ دقیقه‌ای قرار گرفت. پس از اتمام جلسات درمان طی دوره‌ای ۳ ماهه، مجدداً کلیه شرکت کنندگان دو گروه توسط مقیاس‌های پژوهش مورد ارزیابی قرار گرفتند، سپس، در دوره پیگیری ۳ ماه بعد از ارزیابی دوم، ارزیابی نهایی (پیگیری) توسط ابزارها در هر دو گروه صورت پذیرفت. محتوای راهنمای درمان شناختی- تحلیلی به ترتیب جلسات به طور خلاصه ارائه شده است.

## یافته‌ها

دامنه سنی شرکت کنندگان ۳۰ تا ۴۵ سال با میانگین ۳۷/۶۵ (انحراف معیار ۴/۷۲) بود. از لحاظ عوامل درون گروهی، سه نمره سنجنش در زمان قبل از مداخله، بعد از مداخله و سنجنش ۳ ماه بعد از مداخله (پیگیری) وجود داشت. از عوامل بین گروهی، گروه آزمایش شامل ۹ نفر (۴ مرد و ۵ زن) و گروه کنترل شامل ۱۱ نفر (۵ مرد و ۶ زن) بود. میانگین و انحراف معیار سه بار اندازه گیری نمره سلامت روان و زیرمقیاس‌های آن در گروه‌های کنترل و آزمایش ارائه شده است (جدول ۲).

1- mental health inventory(MHI)

2- Veit &amp; Ware

3- psychological well- being

4- Psychological distress

جدول ۲) میانگین و انحراف معیار سه بار اندازه‌گیری نمره سلامت روان و زیر مقیاس‌های آن در گروه‌های کنترل و آزمایش

متغیر	گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
			انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
سلامت روان	آزمایش	۹	۱۶۸/۴۴	۲۰/۰۴	۱۰۵/۲۲	۱۴/۰۹	۹۹/۲۲
	کنترل	۱۱	۱۵۳/۰۹	۲۳/۹۹	۱۵۱/۷۳	۲۰/۸۰	۱۵۵/۳۶
	کل	۲۰	۱۶۰	۲۳/۱۰	۱۳۰/۸۰	۲۹/۵۸	۱۳۰/۱۰
بهبودی روان‌شناختی	آزمایش	۹	۷۱/۳۳	۷/۷۶	۴۰/۸۸	۸/۷۳	۳۷/۸۸
	کنترل	۱۱	۶۴/۱۸	۸/۵۳	۶۲/۴۵	۷/۱۷	۶۴/۰۰
	کل	۲۰	۶۷/۴۰	۹/۳۰	۵۲/۷۵	۸/۴۳	۵۲/۲۵
درماندگی روان‌شناختی	آزمایش	۹	۹۴/۳۳	۱۲/۸۱	۵۹/۶۶	۹/۷۸	۵۶/۵۵
	کنترل	۱۱	۸۶/۴۵	۱۳/۸۰	۸۶/۹۰	۱۰/۸۵	۸۸/۵۴
	کل	۲۰	۹۰/۰۰	۱۴/۰۹	۷۴/۶۵	۱۱/۱۳	۷۴/۱۵

به منظور تحلیل داده‌های حاصله به دلیل وجود یک عامل بین گروهی (مداخله) و یک عامل درون گروهی (اندازه‌گیری سلامت روان در سه مرحله از زمان) از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. بررسی نتایج آزمون  $M$  با کس (۱۳/۳۸) در مورد تساوی ماتریس‌های کواریانس حاکی از آن بود که مفروضه همگنی ماتریس واریانس - کواریانس برقرار است ( $F_{6,2068}=1/95, p=0/078$ ). همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد که واریانس خطای متغیر وابسته در گروه‌ها مساوی است (برای سنجش پیش از مداخله  $F_{1,299}=1/146, p=0/299$ ؛ پس از مداخله  $F_{1,299}=7/762, p=0/012$ ؛ پیگیری  $F_{1,299}=1/118, p=0/304$  و  $F_{1,299}=1/555, p=0/007$ ) و برقراری شرط کرویت را رد می‌کند و لذا با عدم فرض کرویت، از تصحیح آزمون گرین هاوس - گایزر برای انجام آزمون عامل سلامت روان در ۳ بار اندازه‌گیری و در مورد اثرات درون آزمودنی‌ها استفاده شد. بنابراین، مفروضه‌های استفاده از تحلیل واریانس مختلط رعایت شده است. در ابتدا، برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری از آزمون  $F$  اثرات بین گروهی استفاده شد. نتایج نشان داد که بین گروه‌ها تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p=0/005$ ). نتایج  $t$  بونفرونی نیز نشان داد که بین گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون تفاوت معنی داری وجود ندارد ( $p>0/05$ ). در حالی که در پس آزمون و پیگیری تفاوت‌ها معنی دار بود. میانگین پس آزمون برای گروه آزمایش

(۱۰۵/۲۲) به طور معنی داری از میانگین پس آزمون برای گروه کنترل (۱۵۱/۷۳) کوچکتر بود ( $p<0/05$ ). علاوه بر آن میانگین پیگیری برای گروه آزمایش (۹۹/۲۲) به طور معنی داری از میانگین پیگیری برای گروه کنترل (۱۵۵/۳۶) کوچکتر بود ( $p<0/05$ ). بنابراین می‌توان گفت که سلامت روان گروه تحت آموزش با درمان شناختی تحلیلی پس از مداخله و پیگیری در مقایسه با گروه کنترل به طور معنادار بهبود یافته است. نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها با ۳ بار اندازه‌گیری نمره سلامت روان در گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است (جدول ۳). برای مقایسه سلامت روان در ۳ بار اندازه‌گیری (اثرات درون گروهی) از آزمون  $F$  اثرات درون گروهی استفاده شد. نتایج این آزمون (جدول ۳) وجود تفاوت معنادار آماری بین سه بار اندازه‌گیری سلامت روان و زیرمقیاس‌های آن را تأیید می‌کند ( $p=0/005$ ). نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تأثیر گروه بر نمرات سلامت روان معنادار است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که اثر گروه با توجه به سطوح زمان اندازه‌گیری متفاوت است. بنابراین، مداخله اثربخش بوده است. میزان تأثیر مداخله ۰/۳۶ بود، توان آماری ۰/۹۷ نیز حاکی از دقت آماری بالای این آزمون و کفایت حجم نمونه برای تأیید این فرضیه بوده است. به منظور بررسی نحوه تعامل بین گروه و زمان اندازه‌گیری بر نمرات سلامت روان با ثابت نگهداشتن عامل زمان، میانگیت سلامت روان دو گروه در هر یک از مراحل اندازه‌گیری با استفاده از آزمون تعقیبی بن فرنی مورد مقایسه قرار گرفت. نتایج مقایسه‌های

ایجاد شده از پس آزمون به پیگیری در هیچ کدام از گروه‌ها معنی دار نبود. بنابراین، آزمون t بونفرونی نشان داد که میانگین سلامت روانی در گروه آزمایش پس از مداخله و پیگیری نسبت به سنجش در خط پایه (پیش از مداخله) به طور معنادار تغییر کرده است، در حالی که میانگین‌های گروه کنترل در سه مرحله تغییر معناداری ندارد (جدول ۳).

چندگانه به وسیله t بونفرونی نشان داد که کاهش میانگین پس آزمون (۱۰۵/۲۲) و پیگیری (۹۹/۲۲) نسبت به پیش از مداخله (۱۶۸/۴۴) برای گروه آزمایش معنی دار بود ( $p < 0.05$ )؛ اما برای گروه کنترل (میانگین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به ترتیب شامل ۱۵۳/۰۹؛ ۱۵۱/۷۳ و ۱۵۵/۳۶) معنی دار نبود ( $p > 0.05$ ). علاوه بر آن تغییرات

جدول ۳) نتایج تحلیل واریانس بین آزمودنی‌ها و درون آزمودنی‌ها با ۳ بار اندازه‌گیری نمره سلامت روان و زیر مقیاس‌های آن در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	شاخص	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معنی داری	حجم اثر
بین آزمودنی‌ها							
گروه		۵۰۵۹/۳۷	۱	۵۰۵۹/۳۷	۱۰/۴۸	۰/۰۰۵	۰/۳۶۸
خطا		۸۶۸۶/۲۹	۱۸	۴۸۲/۵۷			
درون آزمودنی‌ها							
عامل (سلامت روان)		۱۴۲۸۷/۶۱	۱/۳۸۴	۱۰۳۲۰/۷۶	۳۸/۸۸	۰/۰۰۰۵	۰/۶۸۴
عامل و گروه		۱۴۹۰۰/۹۴	۱/۳۸۴	۱۰۷۶۳/۸۰	۴۰/۵۴	۰/۰۰۰۵	۰/۶۹۳
خطا (عامل)		۶۶۱۵/۴۶	۲۹/۹۱۸	۲۶۵/۴۹			
عامل (بهزیستی روان‌شناختی)		۳۵۷۶/۹۷	۱/۳۰۷	۲۷۳۶/۲۹	۴۳/۲۹	۰/۰۰۰۵	۰/۷۰
عامل و گروه		۳۲۲۰/۳۷	۱/۳۰۷	۲۴۶۳/۵۰	۳۸/۹۸	۰/۰۰۰۵	۰/۶۸
خطا (عامل)		۱۴۸۶/۹۹	۲۳/۵۳	۶۳/۱۹			
عامل (درماندگی روان‌شناختی)		۴۰۳۶/۲۲	۱/۵۳۵	۲۰۱۸/۱۱	۳۰/۰۶	۰/۰۰۰۵	۰/۶۲
عامل و گروه		۴۶۹۵/۱۵	۱/۵۳۵	۳۰۵۷/۹۰	۳۴/۹۶	۰/۰۰۰۵	۰/۶۶
خطا (عامل)		۲۴۱۶/۸۷	۲۷/۶۳۷	۸۷/۴۴			

مرحله (سنجش قبل از مداخله، سنجش بعد از مداخله و سنجش در مرحله پیگیری) را نشان می‌دهد.

این نتایج حاکی از اثربخشی درمان شناختی- تحلیلی است. نمودار ۱ نیز میانگین سلامت روان در دو گروه طی سه



نمودار ۱) میانگین سلامت روان در دو گروه طی سه مرحله سنجش (قبل از مداخله، بعد از مداخله پیگیری)

## بحث

خود تسهیل کننده فرایند و تداوم بهتر درمان و در نتیجه اثربخشی آن باشد [۳۳، ۳۴]. در این مطالعه، تأثیر CAT در کنار درمان دارویی بررسی شده است و همسو با نتایج مطالعه دیفن بیچ<sup>۴</sup> و همکاران نتایج نشان داد که CAT در بهبود شاخص‌های سلامت روان در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل که تنها دارو مصرف می‌کردند، دارای اثربخشی معنادار بود [۳۵]. همان گونه که لیویلن<sup>۵</sup> [۳۶] و چنن<sup>۶</sup> [۳۷] معتقدند می‌توان گفت درمان شناختی-تحلیلی و تحلیلی و موادر به واسطه تغییر در صفات هسته شخصیت و اصلاح رفتارهای آسیب‌زا به بهبود عملکرد روانی-اجتماعی و سلامت روان منجر می‌گردد. همچنین، مطالعات قبلی در درمان OCD نشان دادند که درمان دارویی به تنهایی از لحاظ بالینی به بهبودی معناداری در کاهش علائم و در نتیجه ارتقای سلامت روان بیماران منجر نمی‌شود، اگرچه در کوتاه مدت علائم حاد بیماران را به خوبی کنترل می‌نماید [۸]. در این زمینه همسو با نظر فرانکلین و فوا<sup>۷</sup> می‌توان گفت دارو در تنظیم شاخص‌های زیستی مؤثر است، اما آنچه باعث تغییر پایدار می‌گردد مداخلات روان‌شناختی است که از قدرت بالایی در تغییر افکار و سواسی و رفتارهای اجباری برخوردارند [۷]. با وجود این، با توجه به ساختار شبه آزمایشی این مطالعه نمی‌توان با اطمینان کامل استنباط نمود که عناصر خاص مربوط به CAT عناصر سببی اصلی در تغییرات مشاهده شده بودند و نیز نمی‌توان به یقین استنباط کرد که درمان CAT بدون درمان دارویی به عنوان زمینه ساز مداخله روان‌شناختی می‌تواند یک درمان مؤثر باشد، زیرا این درمان در این مطالعه در کنار درمان دارویی بررسی شده است، اگرچه اثر درمان دارویی در گروه‌ها کنترل شده است. در واقع، آنچه در این مطالعه به دست آمد، تکمیل موفقیت آمیز درمان دارویی به کمک CAT بود، زیرا سلامت روان گروه آزمایش به طور موفقیت آمیزی افزایش یافت. بنابراین به طور کلی و به طور خاص در این مطالعه، می‌توان استنباط کرد که درمان اصلی دارویی با تعدیل شاخص‌های زیستی، زمینه اثربخشی مداخله روان‌شناختی در OCD را فراهم

بر اساس هدف مطالعه حاضر مبنی بر اثر بخشی درمان شناختی تحلیلی بر ارتقای سطح سلامت روان مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری، یافته‌های این مطالعه نشان داد که مداخله مورد نظر باعث بهبود معنادار سلامت روان و زیرمقیاس‌های آن در بیماران OCD پس از مداخله و پیگیری سه ماهه شده است. این یافته‌ها همسو با بررسی‌ها قبلی نشان داده است که درمان شناختی-تحلیلی یک مداخله روان‌شناختی مؤثر برای اختلالات روان‌شناختی و عوارض آنها است [۱۵، ۲۹، ۳۱]. در مطالعه‌ای فزونی<sup>۱</sup> نشان داد که فرمول بندی مستحکم، ارائه آگاهی و بینش افزایشی نسبت به منشاء تحولی مشکلات بیمار طی درمان شناختی-تحلیلی در بهبود مبتلایان به انواع اختلالات روان‌شناختی اثر بخش است [۳۲]. در مطالعه‌ای دیگر که توسط کلارک<sup>۲</sup> صورت پذیرفته بود، نشان داد که ترغیب به یادآوری و بازگشایی تجربیات آسیب‌زای اولیه و حل و فصل آنها در درمان شناختی-تحلیلی نقش مؤثری در کاهش علائم بیمارگونه، کاهش درماندگی روان‌شناختی و در نهایت بهبود سلامت روان دارد [۱۵]. همچنین درمان شناختی-تحلیلی با تأثیر بر ساختارهای شخصیتی و تغییر در سبک زندگی مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری، در کاهش اشتغالات ذهنی و سردرگمی‌های این بیماران نقش مؤثری دارد و به واسطه این تغییرات سطح سلامت روان این بیماران نیز بهبود می‌یابد [۱۸، ۲۰]. در واقع، همان گونه که هرتینستین<sup>۳</sup> و همکاران معتقدند شناسایی تله یا چرخه تکراری در رفتارهای مزاحم و افکار وسواسی و نیز کشف ریشه تعارض‌ها و در به کارگیری بازسازی شناختی طرحواره‌های محدود و معیوب در کنار درمان دارویی از دلایل عمده اثربخشی مداخلات جهت ارتقای سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری است [۳۰]. در دستیابی به این نتیجه مبنی بر اثربخشی CAT در ارتقای سلامت روان مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری، بیماران مورد مطالعه ۱۶ جلسه گروهی را با یک درمانگر خاص دریافت نمودند که می‌توان استنباط کرد، اتحاد درمانی بین بیماران و درمانگر،

4- Diefenbach  
5- Llewelyn  
6- Chanen & Mulder  
7- Foa & Franklin

1- Fozooni  
2- Clarke  
3- Hertenstein



اعصاب و روان روان سبز که انجام مطالعه را میسر کردند و نیز از شرکت کنندگان گرامی در اجرای این مطالعه که بدون دریغ با ما همکاری نمودند، تقدیر و تشکر می‌گردد.

#### منابع

- 1- Torres AR, Fontenelle LF, Ferrão YA, do Rosário MC, Torresan RC, Miguel EC, et al. Clinical features of obsessive-compulsive disorder with hoarding symptoms: a multicenter study. *J Psychiatr Res.* 2012;46:724-32.
- 2- Abramowitz JS, Taylor S, McKay D. Obsessive-compulsive disorder. *Lancet.* 2009; 374: 491-499.
- 3- Skapinakis P, Bellos S, Koupidis S, Grammatikopoulos I, Theodorakis PN, Mavreas V. Prevalence and sociodemographic associations of common mental disorders in a nationally representative sample of the general population of Greece. *BMC Psychiatry.* 2013; 13: 163.
- 4- Breslow L. A quantitative approach to the World Health Organization definition of health: physical, mental and social well-being. *Int J Epidemiol.* 1972;1:347-55.
- 5- Levy HC, McLean CP, Yadin E, Foa EB. Characteristics of individuals seeking treatment for obsessive-compulsive disorder. *Behav Ther.* 2013;44: 408-16.
- 6- Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JA. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *J Psychiatr Res.* 2013; 47: 33-41.
- 7- Franklin ME, Foa EB. Treatment of obsessive compulsive disorder. *Annu Rev Clin Psychol.* 2011;7: 229-43.
- 8- Maher MJ, Huppert JD, Chen H, Duan N, Foa EB, Liebowitz MR, et al. Moderators and predictors of response to cognitive-behavioral therapy augmentation of pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Psychol Med.* 2010; 40: 2013-23.
- 9- Raffin AL, Guimarães Fachel JM, Ferrão YA, Pasquoto de Souza F, Cordioli AV. Predictors of response to group cognitive-behavioral therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry.* 2009; 24: 297-306.
- 10- Rayner K, Thompson AR, Walsh S. Clients' experience of the process of change in cognitive analytic therapy. *Psychol Psychother.* 2011; 84: 299-313.
- 11- Boschen MJ, Drummond LM. Community treatment of severe, refractory obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2012; 50: 203-9.
- 12- Marriott M, Kellett S. Evaluating a cognitive analytic therapy service; practice-based outcomes and comparisons with person-centred and cognitive-behavioural therapies. *Psychol Psychother.* 2009; 82: 57-72.

می‌سازد. در نهایت، نتیجه گرفته می‌شود که درمان شناختی- تحلیلی به بهبود سلامت روان و زیرمقیاس‌های آن در این نمونه از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری که تحت درمان دارویی مشابهی بودند منجر شد. در این پژوهش، عدم کنترل کامل درمان دارویی و برخی از متغیرهای مداخله‌گر، نظیر میزان رعایت و تبعیت از درمان‌های دارویی و غیر دارویی، عدم بررسی نتایج درمان‌های قبلی، انتخاب یک جامعه محدود پژوهشی و نیز عدم بررسی تأثیر مدت بیماری بر سطوح بهزیستی و درماندگی روان‌شناختی بیماران، مهمترین محدودیت‌هایی هستند که در هنگام استنباط از یافته‌های این مطالعه و تعمیم نتایج توجه به آنها اهمیت دارد. پژوهش‌های بیشتری مورد نیاز است تا چنین مطالعاتی را در نمونه‌های دیگر تکرار نماید و برخی از سؤالات برخاسته از این مطالعه و پیشینه پژوهش را مورد بررسی علمی بیشتری قرار دهد. به طور مختصر، یکی از مسائلی که بایستی مورد بررسی جدی قرار بگیرد، مقایسه اثربخشی درمان شناختی- تحلیلی با مداخلات روان‌درمانی رایج اختلال وسواسی- اجباری است. همچنین در مطالعات بعدی لازم است، حمایت تجربی بیشتری برای عوامل اثربخشی درمانی در این مطالعه نظیر کشف ریشه تعارض‌ها و الگوهای مخرب رفتارهای وسواسی، کاهش اشتغالات ذهنی، تنظیم فرایند احساسی- عاطفی و در نهایت آموزش راهبردهای جایگزین در CAT برای موفقیت یک مداخله روان‌شناختی در بیماران OCD در نمونه‌های ایرانی جمع‌آوری شوند. انجام مطالعاتی با محور مداخلات CAT بدون تجویز دارودرمانی و طولانی‌تر کردن دوره پیگیری جهت تعیین اثر بخشی درمان مبتلایان به OCD و در نهایت بهبود سلامت روان آنان ضروری به نظر می‌رسد. به علاوه، بررسی این مداخله در اختلالات روان‌پزشکی شایع در جامعه آماری کودکان و نوجوانان نیز اهمیت فراوانی دارد.

#### تشکر و قدردانی

این پژوهش مستخرج از پایان نامه کارشناسی ارشد بالینی نویسنده اول در واحد علوم و تحقیقات دانشگاه سمنان می‌باشد که با شماره IRCT2013030612721N1 در مرکز ثبت کارآزمایی‌های بالینی ایران به ثبت رسیده است. بدینوسیله از مدیریت محترم مرکز درمان و توانبخشی

- Disorders, Fourth Edition: psychometric properties. *Comprehensive Psychiatry* 2009; 50: 86-91. [Persian].
- 26- Veit CT, Ware JE. The structure of psychological distress and well-being in general population. *J Consult Clin Psychol.* 1983; 51, 730-742.
- 27- Manne S, Schnoll R. Measuring cancer patients' psychological distress and well-being: a factor analytic assessment of the Mental Health Inventory. *Psychol Assess.* 2001; 13: 99-109.
- 28- Besharat M. Reliability and validity mental health inventory. *Journal of Shahed University* 2006;13(12) [Persian].
- 29- Thompson AR, Donnison J, Warnock-Parkes E, Turpin G, Turner J, Kerr IB. Multidisciplinary community mental health team staff's experience of a 'skills level' training course in cognitive analytic therapy. *Int J Ment Health Nurs.* 2008; 17:131-7.
- 30- Matsunaga H, Kirriike N, Matsui T, Miyata A, Iwasaki Y, Fujimoto K, et al. Gender differences in social and interpersonal features and personality disorders among Japanese patients with obsessive-compulsive disorder. *Compr Psychiatry.* 2000; 41: 266-72.
- 31- Shine L, Westacott M. Reformulation in cognitive analytic therapy: effects on the working alliance and the client's perspective on change. *Psychol Psychother.* 2010; 83: 161-77.
- 32- Fozooni B. Cognitive analytic therapy: a sympathetic critique. *Psychotherapy and Politics International.* 2010; 8: 128-145.
- 33- Bennett D, Parry G, Ryle A. Resolving threats to the therapeutic alliance in cognitive analytic therapy of borderline personality disorder: a task analysis. *Psychol Psychother.* 2006 ; 79: 395-418.
- 34- Kellett S, Bennett D, Ryle T, Thake A. Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clin Psychol Psychother.* 2013; 20: 216-25.
- 35- Derisley J, Libby S, Clark S, Reynolds S. Mental health, coping and family-functioning in parents of young people with obsessive-compulsive disorder and with anxiety disorders. *Br J Clin Psychol.* 2005;44: 439-44.
- 36- Llewelyn S. Cognitive Analytic Therapy: Time and Process. *Psychodynamic Practice.* 2003; 9: 501-520.
- 37- Mulder R, Chanen AM. Effectiveness of cognitive analytic therapy for personality disorders. *Br J Psychiatry.* 2013; 202:89-90.
- 13- Hepple J. Cognitive Analytic Therapy in a Group: Reflections on a Dialogic Approach. *British Journal of Psychotherapy.* 2012; 28: 474-495.
- 14- Kellett S. Cognitive Analytic Therapy. In Feltham C. & Horton I. 2012 the SAGE Handbook of Counselling and Psychotherapy. Sage. Ch. 2012: pp.343-350.
- 15- Clarke S, Thomas P, James K. Cognitive analytic therapy for personality disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2013; 202: 129-34.
- 16- Kerr IB, Birkett PB, Chanen A. Clinical and service implications of a cognitive analytic therapy model of psychosis. *Aust N Z J Psychiatry.* 2003; 37: 515-23.
- 17- Tzouramanis P, Adamopoulou A, Bozikas V, Voikli M, Zagora C, Lombtzianidou M, et al. Evaluation of cognitive-analytic therapy (CAT) outcome in patients with panic disorder. *Psychiatrike.* 2010; 21: 287-93.
- 18- Ryle A, Kerr LB. *Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice*, New York, NY: John Wiley & Sons Ltd, 2002.
- 19- Protogerou C, Garyfallos G, Katsigiannopoulos K, Bozikas V, Voikli M, Georgiadou O. Evaluation of Cognitive-Analytic Therapy (CAT) outcome in patients with Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Ann Gen Psychiatry.* 2008, 7:109.
- 20- Kellett S, Bennett D, Ryle T, Thake A. Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clin Psychol Psychother.* 2013; 20: 216-25.
- 21- Ghasemzade NS, Peivastegar M, Hoseinian S, Motabi F, Banihashemi S. Effectiveness of cognitive behavioral intervention on coping responses and cognitive emotion regulation strategies. *J Behav Sci.* 2010; 4: 35-43. [Persian].
- 22- Kazemi H, Rasoulzade-Tabatabaei SK, Dezhkam M, Azad-Fallah P, Momeni Kh. Comparison of cognitive analytic therapy, cognitive therapy and medication on emotional instability, impulsivity and social instability in bipolar II disorder. *Journal of Behavioral Sciences.* 2011; 5: 91-99. [Persian].
- 23- Diefenbach GJ, Abramowitz JS, Norberg MM, Tolin DF. Changes in quality of life following cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 2007; 45(12): 3060-8.
- 24- First MB, Spitzer RL, Gibbon, M, Williams JBW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P).* Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute: New York; 2002.
- 25- Sharifi V, Assadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. A Persian translation of the Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual of mental

## The Effectiveness of Cognitive Analytic Therapy on Mental Health of Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Yousefi, A. Master Student., Rahimian-Boogar, I. \*Ph.D., Rezaei, A.M. Ph.D.

### Abstract

**Introduction:** Obsessive-compulsive disorder has a chronic course that accompanied with diminished mental health because of continuation and increased clinical symptoms. This study was performed with aim to examine the effectiveness of cognitive-analytic therapy on mental health in patients with obsessive-compulsive disorder.

**Method:** In two-group quasi-experimental design with pre-test, post-test and follow-up, among patients who were attended to Ravan-Sabz Psychiatric Clinic, twenty patients with obsessive compulsive disorder selected by inconvenience sampling and randomly assigned to both experimental and control group. All participants initially completed the Socio-Demographic questionnaire and interviewed by Structured Clinical Interview. Then, they were evaluated by mental health questionnaires in three phases of pre-test, post-test and follow-up. Treatment group only received group cognitive-analytic therapy in 16 sessions (once weekly). Data were analyzed via mixed analysis of variance by SPSS software.

**Results:** After the implementation of cognitive-analytic therapy, there is statistically significant difference in promotion of mental health and related subscales between treatment group and control group in post-test and follow-up phases.

**Conclusion:** Group cognitive-analytic therapy is an effective therapy for mental health promotion in patients with obsessive compulsive disorder. These results have applied implications for future research lines and clinical practice in this disorder.

**Keywords:** Obsessive-Compulsive Disorder, Mental Health, Cognitive Analytic Therapy

---

\*Correspondence E-mail:  
i\_rahimian@semnan.ac.ir