

مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی و درمان تلفیقی با مصاحبه انگیزشی بر علائم بیماران وسواسی-جبری

علی نویدیان^۱، لیلا حق شناس^۲، محمدرضا عابدی^۳، ایران باغبان^۴، مریم فاتحی زاده^۴

چکیده

زمینه و هدف: افزایش پاسخ‌دهی به درمان‌های فعلی از جمله درمان‌های شناختی رفتاری، اولویت مهم تحقیق بالینی است. این مطالعه به منظور تعیین اثربخشی مصاحبه انگیزشی بر شدت علائم مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری انجام گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه یک پژوهش کارآزمایی بالینی یک سوکور است که با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه شاهد و در زمان‌های مختلف بر روی ۴۰ نفر مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در سال ۸۸ اجرا شد. افراد از طریق نمونه‌گیری در دسترس با رعایت معیارهای ورود انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه جایگزین شدند. مداخله ده جلسه درمان شناختی رفتاری گروهی بود که با اصول مصاحبه انگیزشی تلفیقی و به گروه مورد آزمایش ارایه شد. داده‌های به دست آمده از طریق پرسش‌نامه‌های Yale-Brown و مقیاس ناتوانی Sheehan، با استفاده از آزمون‌های آماری آنالیز اندازه‌های تکراری و t تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین نمره Yale-Brown در مورد شدت علائم وسواسی-جبری گروه شاهد در مرحله قبل، بعد و پی‌گیری به ترتیب ۲۹/۶۴، ۱۹/۹۲ و ۲۰ و در گروه آزمایش ۳۴/۵۸، ۱۷/۲۳ و ۱۹/۳۵ به دست آمد. آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد که اگر چه اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ($P = ۰/۰۶$)، ولی پس از مداخله، میزان کاهش شدت علائم وسواسی-جبری در گروه دریافت‌کننده مصاحبه انگیزشی بیش از گروه شاهد بود ($P = ۰/۰۰۱$). این کاهش تا مرحله پی‌گیری نیز ادامه داشت.

نتیجه‌گیری: تلفیق اصول مصاحبه انگیزشی گروهی با درمان شناختی رفتاری معمول، روشی مؤثر برای کاهش شدت علائم اختلال وسواسی-جبری و در نهایت کاهش میزان ناتوانی ناشی از علائم بود.

واژه‌های کلیدی: مصاحبه انگیزشی، اختلال وسواسی-جبری، ناتوانی عملکردی، درمان شناختی رفتاری.

نوع مقاله: پژوهشی

پذیرش مقاله: ۸۹/۷/۱

دریافت مقاله: ۸۸/۱۲/۱۵

مقدمه

هستند که تغییر مانند پازل از چندین قطعه تشکیل شده است. یکی از راه‌هایی که می‌توان قطعات را کنار هم چید، این است که انگیزه را به عنوان اساس فرایند تغییر تصور نمود (۱). ایجاد

موضوع انگیزه یکی از نکات بسیار مهم در درمان انواع اختلالات روانی و جسمانی است. Rollnick و Miller معتقد

۱- استادیار، مرکز تحقیقات ارتقای سلامت، گروه مشاوره، دانشگاه علوم پزشکی زاهدان، زاهدان، ایران. (نویسنده مسؤول)

Email: alinavidian@gmail.com

۲- کارشناس ارشد، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۴- استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

بالینی، از معیاری دقیق استفاده شود، تعداد قابل توجهی از افراد به درمان‌های معمول از جمله درمان شناختی رفتاری پاسخ درمانی خوبی نمی‌دهند (۳).

در مطالعه فراتحلیل درمان‌های افسردگی و اختلالات اضطرابی که توسط Morrison و Westen انجام گردید، مشخص شد که ۳۷ تا ۴۸ درصد نمونه‌ای که درمان را کامل کرده بودند و ۴۶ تا ۵۶ درصد آن‌هایی که قصد درمان داشتند، در بررسی‌های پس از مداخله، بهبودی نشان نداده بودند (۶). درمان شناختی توأم با مواجهه‌سازی و پیش‌گیری از پاسخ، درمان انتخابی برای اختلال‌های اضطرابی از جمله اختلال وسواسی-جبری است (۷) و در بیش از ۷۰ درصد از افرادی که آن را دریافت می‌کنند، مؤثر است (۸). با وجود شواهد و قراین شفاف و روشن در خصوص تأثیر و کارآمدی مواجهه‌سازی و ممانعت از پاسخ، تعداد قابل توجهی از بیماران از این روش درمانی به دلیل عواملی مانند ترس، تهدید و سطح بالای ناراحتی ناشی از رویارویی با محرک‌های اضطراب‌آور (۷)، عدم آمادگی برای تغییر (۸)، تردید و دوسوگرایی نسبت به روش مواجهه‌سازی (۹)، انتظار موفقیت پایین (۱۰)، عدم ایجاد اتحاد درمانی (۱۱)، انگیزه پایین (۱۲)، بینش و آگاهی بسیار اندک نسبت به بیماری (۱۳) خودداری می‌کنند. به همین جهت تعداد زیادی از مراجعان نیازمند این رویکرد درمانی وارد فرایند درمان نشده (۷)، تکالیف درمانی را انجام نداده‌اند (۸) و دوره درمان را خیلی زود ترک می‌کنند؛ به طوری که نیمی از مراجعان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری از این روش درمانی سودی دریافت نمی‌کنند (۱۲). بنابراین رویکرد مبتنی بر حمایت‌های تجربی لازم است تا مشارکت بیماران در برنامه درمان شناختی توأم با مواجهه‌سازی را افزایش دهد.

فقدان مشارکت مراجعان و عدم آمادگی آنان برای تغییر (۱)، برگشت مجدد مشکل یا اختلال (۳)، عدم حضور مرتب در جلسات درمانی و انگیزه و تعهد پایین برای استمرار تغییر (۷)، سطح بالای دوسوگرایی و مقاومت (۱۳)، ترس و نگرانی از فزون درمانی (۱۴)، عدم انجام تکالیف درمانی (۱۵)، سطح پایین انتظار موفقیت (۱۶) در برنامه‌های درمانی معمول، اغلب

انگیزه در بیماران به منظور تغییرات رفتاری، یکی از مهم‌ترین وظایف کارکنان بهداشتی درمانی است، همچنین کار نو و نویدبخشی است که در توسعه و ارزیابی روش‌های بهبود پایبندی به درمان انجام شده است. مصاحبه انگیزشی Miller (به نقل از Levensky) روش مشاوره‌ای خوبی برای بهبود تغییر است (۲).

بهترین شیوه برای مقابله با مراجعان بی‌انگیزه برای تغییرات رفتاری، مشاوره انگیزشی است. روش بالینی مصاحبه انگیزشی اولین بار در سال ۱۹۸۳ به عنوان مداخله و نوعی درمان کوتاه مدت برای درمان معتادان به مشروبات الکلی که در آن انگیزه بیمار، مانع رایجی محسوب می‌گردد، طراحی گردید. در آغاز سال ۱۹۹۰ در سایر اختلالات مربوط به سلامتی به ویژه بیماری‌های مزمن که در آن‌ها تغییر رفتار عامل مهم و انگیزه بیمار چالشی معمول است، مورد آزمایش قرار گرفت (۳).

مشاوره انگیزشی، روشی مراجع محور، رهنمودی به منظور تقویت و افزایش انگیزه درونی برای تغییر، از طریق کشف، شناسایی و حل تردیدها و دوسوگرایی است. استفاده از مصاحبه انگیزشی در دنیا به سرعت پیشرفت می‌کند؛ به طوری که در طی سه سال، تعداد انتشارات در این زمینه به طور تقریبی دو برابر شده است (۴).

در مبحث مصاحبه انگیزشی و اختلالات روانی، انگیزه و تعهد در خصوص رعایت رژیم‌های درمانی، موضوع مهم کار روان‌پزشکی امروز است. این دو، سنگ بنای نتایج درمانی بیمار را تشکیل می‌دهند، زیرا اگر بیمار آمادگی پذیرش نداشته باشد، قوی‌ترین درمان هم مؤثر نخواهد بود. به کارگیری رویکردی ساختار یافته، انعطاف‌پذیر و گام به گام که با ترجیحات بیمار قابل انطباق باشد، می‌تواند مؤثر واقع شود. به نظر می‌رسد که مصاحبه انگیزشی برای برآوردن این نیازها به خوبی به کار برده می‌شود (۵).

افزایش و تقویت میزان پاسخ‌دهی به درمان‌های مؤثر فعلی، به عنوان اولویت مهم تحقیق بالینی مطرح می‌باشد. امروزه این مطلب روشن است که وقتی برای میزان پاسخ

و دارو نداشتند.

به منظور دسترسی و انتخاب مراجعان با مشکل اختلال وسواسی-جبری، به مرکز مشاوره‌ای مراجعه شدند که به طور تخصصی بر روی این اختلال در سطح شهر اصفهان کار می‌کرد. بر اساس روند معمول این مرکز، از مراجعان با مشکل وسواسی جبری ارجاع شده از سوی روان‌پزشکان، روان‌شناسان و مشاوران و یا از طریق فراخوان‌های تبلیغاتی، ثبت نام به عمل آمد. وقتی تعداد افراد ثبت نامی به طور متوسط به ۲۰ نفر می‌رسید، زمان آغاز درمان شناختی رفتاری که در محل مرکز تشکیل می‌گردید، به اطلاع آنان می‌رسید. لیست‌های ۲۰ نفری فوق که در این نوبت بر اساس ویژگی‌های مطالعه طراحی و تشکیل شده بود (دامنه سنی معین، ترکیب جنسیتی، تحصیلی، وضعیت تأهل مشابه)، مبنای کار پژوهش حاضر قرار گرفت و به طور تصادفی لیست ثبت نامی اول به گروه شاهد و لیست دوم به گروه آزمایش اختصاص یافت.

ابزار سنجش

۱- مقیاس وسواس و اجبار Yale-Brown: این مقیاس توسط Goodman و همکاران به منظور تعیین نشانه‌ها و شدت آن و میزان پاسخ به درمان در بیماران وسواسی-جبری ساخته شده است. پرسش‌نامه در قالب مصاحبه نیمه ساختار یافته، متخصص محور اجرا می‌شود و شامل ده گزینه است که پنج گزینه برای ارزیابی افکار وسواسی و پنج گزینه دیگر برای ارزیابی اعمال اجباری در نظر گرفته شده است. گزینه‌ها بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت در قالب پاسخ‌های خیلی شدید (نمره ۴)، شدید (نمره ۳)، متوسط (نمره ۲)، خفیف (نمره ۱) و تحت بالینی (نمره ۰) طراحی شده‌اند. جمع نمرات کسب شده از گزینه‌های فوق با دامنه بین حداقل ۰ تا حداکثر ۴۰ شدت وسواس و اجبار فرد را نشان می‌دهد. نمرات بالاتر نشان دهنده شدت وسواس بیشتر است. نقطه برش آن ۱۷ و بالاتر و پایایی همسانی درونی در سطح قابل قبول تا خوب و در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ و پایایی بین مصاحبه‌گران آن ۰/۹۷، گزارش شده است (۱۸).

بالا است. بنابراین به استناد تحقیقات انجام شده در جهان، استفاده از مصاحبه انگیزشی بدین منظور گزینه مناسبی خواهد بود.

در جهان روش‌ها و فنونی مانند القای نقش، جلسات آمادگی، انگیزه‌افزایی و مصاحبه انگیزشی به عنوان پیش‌درمان برای افزایش اثربخشی درمان‌های رایج غیر دارویی وجود دارد (۱۳)؛ در صورتی که در ایران درمان‌های مقدماتی چندان معمول نیست. با توجه به تفاوت در وسعت تحقیقات انجام شده و نظر به نو بودن کاربرد مصاحبه انگیزشی در ایران، در واقع مطالعه حاضر سعی دارد تا فرضیه درمان شناختی رفتاری گروهی توأم با مصاحبه انگیزشی، که باعث کاهش بیشتر شدت علائم وسواسی-جبری نسبت به درمان شناختی رفتاری گروهی معمول می‌شود، را در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری به عنوان اختلالی از گروه اختلال‌های اضطرابی مزمن و ناتوان کننده که بیشترین میزان مقاومت در برابر درمان مواجهه‌سازی توأم با پیش‌گیری از پاسخ را دارد (۱۷)، مورد بررسی و آزمون قرار دهد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر کارآزمایی بالینی یک سوکوری بود که مصاحبه کننده بیماران از شاهد یا آزمایشی بودن گروه‌ها اطلاعی نداشت. کلیه مراجعان با تشخیص اختلال وسواسی-جبری توسط روان‌پزشکان، روان‌شناسان و یا مشاوران، به منظور شرکت در برنامه درمان گروهی وسواس، که به طور متمرکز و تخصصی در اصفهان برگزار می‌شود، ارجاع شدند و داوطلب شرکت در طرح پژوهشی بودند، جامعه پژوهش این مطالعه را تشکیل دادند. شرایط لازم برای ورود به مطالعه شامل تشخیص اختلال وسواسی-جبری آنان توسط پزشک یا روان‌شناس بالینی بر اساس کتابچه تشخیصی و آماری اختلالات روانی شماره چهار تجدید نظر شده DSM-IV-TR، کسب نمره Yale-Brown حداقل ۱۶ بود. این افراد حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۶۰ سال داشتند. به بیماری روانی نافذتری مانند اسکیزوفرنی و سایر اختلالات سایکوتیک مبتلا نبوده، یا اختلال سوء استفاده از مواد

اعتبار و پایایی مقیاس Sheehan را در اختلال دوقطبی مورد مطالعه و تأیید قرار دادند (۲۴). در برنامه مقدماتی استفاده از مقیاس Yale-Brown توسط پژوهشگر، مقیاس ناتوانی Sheehan نیز برای ۳۰ بیمار به طور همزمان، تکمیل گردید و پایایی آن به شیوه باز آزمایی برای هریک از حیطه‌های تحصیلی- شغلی، زندگی اجتماعی، خانوادگی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۷۹، ۰/۹۰ و ۰/۹۳ به دست آمد.

پس از انتخاب گروه‌های ثبت نامی و گمارش تصادفی آنان به گروه آزمایش و شاهد، برنامه درمان شناختی رفتاری شروع شد. قبل از شروع جلسه اول اعضای هر گروه به طور انفرادی برای سنجش شدت اختلال بر اساس پرسش‌نامه Yale-Brown توسط همکار پژوهشگر دوم که از گروه‌های مورد مطالعه اطلاعی نداشت، مصاحبه و مقیاس ناتوانی Sheehan برای آنان تکمیل گردید (سنجش پیش از مومن). به گروه آزمایش ده جلسه درمان شناختی رفتاری محتوی روش مواجهه‌سازی به همراه پیش‌گیری از پاسخ توأم با مصاحبه انگیزشی ارائه گردید، تا عامل تعداد جلسات کنترل گردد. به این صورت که از جلسه دوم تا ششم (پنج جلسه، پنج موضوع انگیزشی شامل ۱- تمرین ابعاد تأثیر رفتار، تمرین چرخه تغییر ۲- تمرین شناسایی احساسات، تمرین و تکمیل تمرین ابعاد تأثیر ۳- تمرین سود و زیان‌های کوتاه و بلند مدت، تمرین تکمیل جدول ابعاد مثبت و منفی، توصیف و تمرین گزینه‌های اصلاحی ۴- ارزش‌ها، تمرین شناسایی و اولویت‌بندی ارزش‌های درجه یک و تمرین تطابق ارزش و رفتار ۵- شناسایی موقعیت‌های وسوسه برانگیز و مقابله با آن، تمرین چشم‌انداز و آمادگی شروع برنامه مواجهه‌سازی)، شد. بخشی از زمان جلسات به طرح موضوعات انگیزشی توسط پژوهشگر و بقیه زمان جلسه به ارائه درمان شناختی رفتاری توسط همکار پژوهشگر سوم اختصاص یافت. گروه شاهد فقط ده جلسه درمان شناختی رفتاری محتوی روش مواجهه‌سازی به همراه پیش‌گیری از پاسخ دریافت داشتند. در مرحله دوم اجرا، هفته پس از اتمام مداخله دوباره مصاحبه نیمه ساختار یافته بر اساس پرسش‌نامه Yale-Brown انجام و مقیاس ناتوانی Sheehan برای شرکت‌کنندگان به عنوان

روایی و پایایی آن در مطالعات متعدد داخلی مورد تأیید قرار گرفته است. برای نمونه دادفر و همکاران، روایی همگرایی آن را با پرسش‌نامه وسواسی- جبری مادزلی را ۰/۷۸، روایی افتراقی آن با پرسش‌نامه افسردگی Beck و مقیاس درجه‌بندی اضطراب Hamilton به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ و ضریب همبستگی آن به روش بازآزمایی به فاصله دو هفته را ۰/۸۴ گزارش کرده اند (۱۹). صبوری و همکاران، پایایی بین مصاحبه‌کنندگان در ۴۰ بیمار را ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی را ۰/۸۹ تعیین کرده‌اند (۲۰). نتیجه مطالعات روایی و پایایی و کاربردهای متعدد آن در تحقیقات، نشان داده است که ابزاری مفید به ویژه برای ارزیابی تأثیر روش‌های درمانی (دارویی و شناختی رفتاری) بر بیماران در داخل کشور است (۲۲، ۲۱). استفاده مقدماتی از این ابزار توسط پژوهشگر بر روی ۳۰ بیمار مراجعه کننده به کلینیک فوق تخصصی روان‌پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان که در لیست انتظار درمان قرار داشتند و دارویی استفاده نمی‌کردند، به کمک همکاران هیأت علمی این دانشگاه، پایایی بین مصاحبه‌گران را ۰/۹۱ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی در فاصله بین ۱۲ تا ۱۴ روز را ۰/۸۷ نشان داد.

۲- مقیاس ناتوانی Sheehan (Sheehan Disability Scale): مقیاس ناتوانی Sheehan معمول‌ترین ابزار سنجش کیفیت زندگی در اختلالات اضطرابی است و توسط محققان و متخصصان بالینی مورد استفاده قرار گرفته است. Diefenbach و همکاران، مقیاس را در مورد مراجعان وسواسی- جبری به کار گرفته‌اند. این مقیاس ده گزینه‌ای دیداری هم زمان از شاخص‌های توصیف عددی، فضایی بینایی و کلامی برای سنجش ناتوانی استفاده می‌کند برای نمونه ۰ (هرگز)، ۱ تا ۳ (خفیف)، ۴ تا ۶ (متوسط)، ۷ تا ۹ (شدید) و ۱۰ (خیلی شدید) نام‌گذاری شده است (۱۱). حساسیت نسبت به تغییر ناشی از درمان، از آن ابزاری مناسب و مورد علاقه برای متخصصان بالینی در پایش و کنترل میزان پاسخ به درمان در اختلالات اضطرابی و خلقی ساخته است (۲۳).

همسانی درونی آن در نمونه‌های بالینی مختلف در دامنه‌ای بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۶ برآورد شده است. Arbuckle و همکاران،

گروه آزمایش به ترتیب ۱۷/۸۲، ۹/۱۷ و ۱۰ گزارش گردید. بر اساس نتایج آزمون‌های Kolmogrov-Smirnov (Statistic = ۰/۱۴۷ و P = ۰/۰۹) و لوین (F = ۰/۶۱، P = ۰/۴۳)، Box (F = ۰/۵۴، P = ۰/۷۷) و Krovite Mauchly (P = ۰/۸)، مبنی بر برقراری پیش فرض‌های مربوط به نرمال بودن و همسانی واریانس‌ها و کوواریانس‌ها، شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری وجود داشت. نتیجه آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری طبق جدول ۱ نشان می‌دهد که در هر گروه بین میانگین نمره شدت افکار وسواسی قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود دارد (P = ۰/۰۰۰۱)، ولی بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود ندارد (P = ۰/۶۳). همچنین نتیجه آزمون آماری فوق نشان می‌دهد که تعامل عضویت گروهی و شدت افکار وسواسی در سه نوبت اندازه‌گیری معنی‌دار است (P = ۰/۰۰۰۱). این مطلب نشان می‌دهد که رفتار یا متغیر وابسته در دو گروه آزمایش و شاهد یکسان نیست. به عبارتی طبق یافته‌های توصیفی کاهش شدت افکار وسواسی در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد معنی‌دار بوده، درمان شناختی رفتاری گروهی توأم با مصاحبه انگیزشی توانسته است باعث کاهش شدت افکار وسواسی در گروه آزمایش گردد.

سنجش پس‌آزمون تکمیل گردید. در مرحله سوم اجرا، پس از اتمام مداخله‌ها سنجش نوبت سوم به همین شکل در ماه دوم (حد فاصل هفته هشتم تا نهم) در هر دو گروه به عنوان سنجش پی‌گیری انجام شد.

برای تجزیه و تحلیل نتایج از نرم‌افزار SPSS^{۱۶} استفاده شد. در این مطالعه شاخص‌های آمار توصیفی برای توصیف متغیرهای جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان به کار گرفته شد. به منظور آزمون فرضیه پژوهش از روش‌های آماری تحلیل اندازه‌های تکراری و آزمون t استفاده شد.

یافته‌ها

توزیع برخی متغیرهای جمعیت شناختی افراد گروه شاهد و آزمایش نشان داد که بین دو گروه از نظر متغیرهای فوق تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. میانگین سنی گروه شاهد $33/78 \pm 1/26$ با دامنه سنی ۶۲-۱۷ سال و گروه آزمایش میانگین سنی $28/48 \pm 7/73$ با دامنه سنی ۴۱-۱۸ سال بود. آزمون آماری t تفاوت معنی‌داری را بین دو گروه از نظر متغیر سنی نشان نداد (P = ۰/۱۶، df = ۲۹ و t = ۱/۴۶). نتایج در رابطه با افکار وسواسی نشان داد که میانگین وسواس فکری گروه شاهد در مرحله پیش آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری به ترتیب ۱۵، ۱۰/۴۲ و ۱۰/۳۵ و این مقادیر برای

جدول ۱. خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری در مورد تأثیر مصاحبه انگیزشی گروهی بر شدت افکار

وسواسی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری

عامل	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	P	مجزوراتا	توان آماری
سه نوبت سنجش (قبل، بعد و پی‌گیری)	۸۴۶/۳۲	۲	۴۲۳/۱۶	۱۲۲/۲۲	۰/۰۰۰۱	۰/۸۰	۱
گروه (مداخله و شاهد)	۳/۷۷	۱	۳/۷۷	۰/۲۲	۰/۶۳	۰/۰۸	۰/۰۷
تعامل گروه و سه نوبت سنجش	۷۰/۴۴	۲	۳۵/۲۲	۱۰/۱۷	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶	۰/۹۸

پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری به ترتیب ۲۹/۶۴، ۱۹/۹۲ و ۲۰ بود؛ در صورتی که این مقادیر برای گروه آزمایش به ترتیب ۳۴/۵۸، ۱۷/۲۳ و ۱۹/۳۵ به دست آمد. نتایج حاصل از آزمون های Kolmogrov-Smirnov ($P = ۰/۲$ و $Statistic = ۰/۰۸۹$)، Levene ($P = ۰/۶۹$ ، $F = ۰/۱۶$)، Box ($P = ۰/۵۳$ ، $F = ۰/۸۴$)، Krovite Mauchly ($P = ۰/۵۳$)، مبنی بر برقراری پیش فرض های مربوط به نرمال بودن و همسانی واریانس ها و کوواریانس ها، شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه های تکراری وجود داشت. نتیجه آزمون تحلیل واریانس با اندازه های تکراری طبق جدول ۳ نشان می دهد که در هر دو گروه بین میانگین نمره شدت علائم وسواسی- جبری قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری وجود دارد ($P = ۰/۰۰۰۱$)، ولی بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود ندارد ($P = ۰/۷۴$). همچنین نتیجه آزمون آماری فوق نشان می دهد که تعامل عضویت گروهی و شدت علائم وسواسی- جبری در سه نوبت اندازه گیری معنی دار است ($P = ۰/۰۰۰۱$). این مطلب نشان می دهد که رفتار یا وضعیت متغیر وابسته در دو گروه آزمایش و شاهد یکسان نیست. به عبارتی طبق یافته های توصیفی کاهش شدت علائم وسواسی- جبری در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد معنی دار بوده، درمان شناختی رفتاری توأم با مصاحبه انگیزشی توانسته است باعث کاهش شدت علائم وسواسی- جبری در گروه آزمایش گردد.

میانگین وسواس عملی گروه شاهد در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری به ترتیب ۱۴/۶۴، ۹/۵۰ و ۹/۶۴ است؛ در حالی که این مقادیر برای گروه آزمایش به ترتیب ۱۶/۷۶، ۸/۰۵ و ۹/۴۴ گزارش گردید. بر اساس نتایج آزمون های Kolmogrov-Smirnov ($P = ۰/۰۹$ و $Statistic = ۰/۱۴۶$)، Levene ($P = ۰/۸۱$ ، $F = ۰/۴۸$)، Box ($P = ۰/۶۷$ ، $F = ۰/۱۷$)، Krovite Mauchly ($P = ۰/۱۴$)، مبنی بر برقراری پیش فرض های مربوط به نرمال بودن و همسانی واریانس ها و کوواریانس ها، شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه های تکراری وجود داشت. نتیجه آزمون تحلیل واریانس با اندازه های تکراری طبق جدول ۲ نشان می دهد که در هر دو گروه بین میانگین نمره شدت اعمال وسواسی قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی داری وجود دارد ($P = ۰/۰۰۰۱$)، ولی بین دو گروه اختلاف معنی داری وجود ندارد ($P = ۰/۷۹$). همچنین نتیجه آزمون آماری فوق نشان می دهد که تعامل عضویت گروهی و شدت اعمال وسواسی در سه نوبت اندازه گیری معنی دار است ($P = ۰/۰۰۵$). این مطلب نشان می دهد که رفتار یا وضعیت متغیر وابسته در دو گروه آزمایش و شاهد یکسان نیست. به عبارتی طبق یافته های توصیفی کاهش شدت اعمال وسواسی در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد معنی دار بوده، درمان شناختی رفتاری گروهی توأم با مصاحبه انگیزشی توانسته است باعث کاهش شدت اعمال وسواسی در گروه آزمایش گردد. میانگین نمره کلی وسواس و اجبار گروه شاهد در مرحله

جدول ۲. خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه های تکراری در مورد تأثیر مصاحبه انگیزشی گروهی بر شدت

وسواس عملی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری

عامل	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	P	مجذور اتا	توان آماری
سه نوبت سنجش (قبل، بعد و پی گیری)	۸۷۴/۲۵	۲	۴۳۷/۱۲	۱۰۱/۸۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۸	۱
گروه (مداخله و شاهد)	۱/۲۰	۱	۱/۲۰	۰/۰۶	۰/۷۹	۰/۰۲	۰/۰۵
تعامل گروه و سه نوبت سنجش	۴۹/۳۱	۲	۲۴/۶۵	۵/۷۴	۰/۰۰۵	۰/۱۶	۰/۸۵

جدول ۳. خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری در مورد تأثیر مصاحبه انگیزشی گروهی بر شدت علائم وسواسی-جبری بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری

عامل	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	P	مجذورات	توان آماری
سه نوبت سنجش (قبل، بعد و پی‌گیری)	۳۴۷۱/۰۸	۲	۱۷۳۵/۵۴	۱۳۸/۴۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۲	۱
گروه (مداخله و شاهد)	۶/۵۹	۱	۶/۵۹	۰/۱	۰/۷۴	۰/۰۰۴	۰/۰۶
تعامل گروه و سه نوبت سنجش	۲۴۰/۰۷	۲	۱۲۰/۰۳	۹/۵۷	۰/۰۰۰۱	۰/۲۴	۰/۹۷

بحث و نتیجه‌گیری

افزودن درمان‌های کوتاه مدت به درمان‌های معمول به منظور افزایش اثربخشی آن‌ها در دهه‌های اخیر رواج یافته است. با توجه به هدف اصلی مطالعه یعنی اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی توأم با مصاحبه انگیزشی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری گروهی به تنهایی، یافته‌ها نشان داد که مشاوره انگیزشی گروهی، موجب کاهش شدت افکار وسواسی، اعمال اجباری و به طور کلی شدت علائم وسواسی و جبری، در مراجعان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری می‌گردد.

نتیجه پژوهش در مورد شدت کلی وسواس و اجبار بیانگر این مطلب بود که گروه دریافت کننده رویکرد انگیزشی و درمان شناختی رفتاری نسبت به گروه شاهد، کاهش بیشتری را در نمره کلی وسواس و اجبار مراجعان باعث می‌گردد و این بدان معنی است که افزودن مصاحبه انگیزشی به همراه درمان شناختی رفتاری معمول در کاهش شدت علائم اختلال وسواسی-جبری، در مقایسه با درمان سنتی و رایج شناختی رفتاری، مؤثرتر است. به طور کلی مصاحبه انگیزشی تخفیف طولانی مدت و ماندگار در شدت علائم این اختلال ایجاد کرد.

در خصوص به کارگیری مصاحبه انگیزشی در درمان اختلال‌های اضطرابی به عنوان طبقه‌ای از اختلال‌های روانی که اختلال وسواسی-جبری جزء آن است. مطالعات متعددی از جمله مطالعه Buckner و Schmidt با عنوان کارآمدی درمان انگیزه‌افزایی در افزایش استفاده از درمان شناختی

یافته‌ها در مورد عملکرد کلی مراجعان با اختلال وسواسی جبری نشان داد که میانگین نمره ناتوانی گروه شاهد در مرحله پیش آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری به ترتیب ۱۸/۲۱، ۱۳/۶۴ و ۱۲/۹۲ است، حال آن که این مقادیر برای گروه آزمایش به ترتیب ۱۹/۷۶، ۱۰/۲۳ و ۱۱/۴۷ گزارش گردید. نتایج حاصل از آزمون‌های Kolmogorov-Smirnov ($F = ۱/۵۳$)، Box ($Sig = ۰/۳۴$)، Levene ($P = ۰/۶۵$)، Krovite Mauchly ($Sig = ۰/۱۱$) و ($Sig = ۰/۱۶$)، و ($P = ۰/۲۱$)، مبنی بر برقراری پیش فرض‌های مربوط به نرمال بودن و همسانی واریانس‌ها و کوواریانس‌ها، شرایط لازم برای استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری وجود داشت. نتیجه آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد که در هر دو گروه بین میانگین نمره عملکرد کلی قبل و بعد از مداخله اختلاف معنی‌داری وجود دارد ($P = ۰/۰۰۰۱$)، ولی بین دو گروه اختلاف معنی‌داری وجود ندارد ($P = ۰/۶۸$). همچنین نتیجه آزمون آماری فوق نشان می‌دهد که تعامل عضویت گروهی و میزان عملکرد کلی در سه نوبت اندازه‌گیری معنی‌دار است ($P = ۰/۰۰۱$). این مطلب نشان می‌دهد که رفتار یا وضعیت متغیر وابسته در دو گروه آزمایش و شاهد یکسان نیست. به عبارتی طبق یافته‌های توصیفی، بهبود وضعیت عملکرد کلی بیماران در گروه آزمایش نسبت به گروه شاهد معنی‌دار بوده است؛ به طوری که درمان شناختی رفتاری گروهی توأم با مصاحبه انگیزشی توانسته است باعث ارتقای سطح عملکرد کلی بیماران در گروه آزمایش گردد.

نتیجه مطالعه حاضر با نتایج مطالعات صورت گرفته بر روی اختلال‌های اضطرابی به طور عام و مطالعات انجام شده بر روی اختلال وسواسی جبری به طور خاص یکسان و مشابه است و به نظر می‌رسد که بهبود علائم اختلال وسواسی جبری در قالب کاهش معنی‌دار نمره Yale-Brown در این مطالعه شاید از طریق عواملی مانند افزایش انگیزه، افزایش مشارکت در درمان، پایبندی و حضور فیزیکی در جلسات درمانی باشد که در مطالعات خارجی مورد بررسی قرار گرفته است. همچنین مصاحبه انگیزشی دو سوگرایی، تردید و ترس بیمار از مواجه شدن با موقعیت‌های اضطراب‌انگیز را کاهش می‌دهد و این امر به بهبود بیشتر و کاهش سریع‌تر علائم منجر می‌شود. تشابه یافته تحقیق با مطالعات دیگر بیانگر این مطلب است که ترکیب مصاحبه انگیزشی با درمان شناختی رفتاری گروهی ضمن این که کاری عملی و امکان‌پذیر در جامعه ایران است، می‌تواند به نتایج حاصل از درمان شناختی رفتاری معمول در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری کمک کند.

یافته‌های پژوهش در مورد عملکرد کلی مراجعان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری حاکی از آن است که شیوه مصاحبه انگیزشی و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با درمان شناختی رفتاری معمول به تنهایی، میانگین نمره ناتوانی ناشی از اختلال وسواسی-جبری را به طور معنی‌داری کاهش می‌دهد.

در راستای نتایج این تحقیق، مطالعه Diefenbach و همکاران با فرض ارتباط بین تغییر در نمره پرسش‌نامه Yale-Brown و مقیاس ناتوانی Sheehan نشان داد که بهبود معنی‌داری در کیفیت زندگی بیماران پس از درمان نسبت به قبل از درمان در ابعاد عملکرد شغلی، اجتماعی و خانوادگی وجود دارد (۱۱). همچنین مطالعه Simpson و همکاران نشان داد که افزودن مصاحبه انگیزشی به روش مواجهه‌سازی در اختلال وسواسی-جبری باعث افزایش رضایت از کیفیت زندگی در ابعاد مختلف عملکردی می‌گردد (۱۲). با توجه به حمایت تحقیقی از نتایج بخش اول یافته‌های

رفتاری در اختلال اضطراب اجتماعی (۹)، مطالعه Westra و Dozois در مورد اختلال وحشت‌زدگی، فوبی اجتماعی و اختلال اضطراب فراگیر (۲۵) و مطالعه Murphy و همکاران در خصوص اختلال فشار روانی پس آسیبی (۲۶) انجام شده است. نتیجه این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که مصاحبه انگیزشی به عنوان درمان مقدماتی و تلفیق با درمان‌های معمول، میزان شرکت در درمان شناختی رفتاری، انجام تکالیف درمانی، تکمیل دوره درمان و پایبندی به درمان و حضور فیزیکی در جلسات درمانی را افزایش می‌دهد.

از طرفی مطالعات اختصاصی صورت گرفته در مورد اختلال وسواسی-جبری از جمله مطالعه Simpson و همکاران، در خصوص افزودن مصاحبه انگیزشی به روش مواجهه‌سازی به همراه پیش‌گیری از پاسخ و تشریفات در اختلال وسواسی-جبری، نشان داد که ۵ نفر از ۶ نفر بیمار درمان شده توسط درمان مواجهه‌سازی و پیش‌گیری از تشریفات به همراه مصاحبه انگیزشی با توجه به کاهش نمره پرسش‌نامه Yale-Brown پاسخ درمانی خوبی نشان دادند و نتیجه‌گیری کردند که مصاحبه انگیزشی کوتاه مدت، می‌تواند پایبندی به مواجهه‌سازی و نتایج درمانی را افزایش دهد (۱۲). مطالعه Maltby و Tolin در خصوص به کارگیری برنامه آماده‌سازی چهار جلسه‌ای مبتنی بر مصاحبه انگیزشی، بر روی ۱۲ بیمار امتناع‌کننده از روش مواجهه‌سازی نشان دادند که ۸۶ درصد از گروه دریافت‌کننده مصاحبه انگیزشی در مقایسه با ۲۰ درصد از لیست انتظار، آمادگی خود برای آغاز درمان مواجهه‌سازی را اعلام کردند. مواجهه‌سازی به دنبال اعلام آمادگی در مقایسه با لیست انتظار، با کاهش معنی‌دار علائم اختلال رابطه داشت (۱۰). همچنین مطالعه Maltby و Tolin در خصوص به کارگیری برنامه آماده‌سازی چهار جلسه‌ای مبتنی بر مصاحبه انگیزشی، بر روی ۱۲ بیمار امتناع‌کننده از روش مواجهه‌سازی، نیز نشان دادند که ۸۶ درصد از گروه دریافت‌کننده مصاحبه انگیزشی در مقایسه با ۲۰ درصد از لیست انتظار، آمادگی خود برای آغاز درمان مواجهه‌سازی را اعلام کردند (۱۰).

مشارکت، انجام تکالیف، تکمیل دوره درمان و میزان و مدت زمان مواجهه‌سازی بپردازد، تا سهم هر یک از عوامل درمانی فوق در اثربخشی مصاحبه انگیزشی مشخص شود. عدم امکان همسان‌سازی انفرادی از نظر متغیرهایی مانند سن، جنس، نوع افکار وسواسی و نیز همبودی افسردگی و اختلال وسواسی جبری از محدودیت‌های مربوط به پژوهش ناشی از دشواری در جداسازی این اختلال از افسردگی و عدم دسترسی به نمونه‌های واجد شرایط بود که امید می‌رود در طراحی مطالعات آینده مورد توجه محققان قرار گیرد.

سپاسگزاری

نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از همکاری مسؤول مرکز مشاوره پارسه اصفهان، همکاران روان‌شناس و مشاوره شاغل در این مرکز و به خصوص از مسؤول پذیرش مرکز مشاوره سرکار خانم مولایی و نیز استاد محترم سرکار خانم دکتر شهلا آکوچکیان تشکر و قدردانی نمایند.

تحقیق در خصوص اثربخشی مصاحبه انگیزشی در کاهش شدت علائم وسواسی-جبری، طبیعی است که به دنبال کاهش شدت علائم، کیفیت زندگی بیماران در ابعاد عملکردهای شغلی، خانوادگی و اجتماعی بهبود می‌یابد که کامل منطبق با یافته‌های مطالعه Simpson و همکاران (۱۲) است.

به طور کلی مصاحبه انگیزشی از طریق حل دو سوگرایی، افزایش آمادگی و انگیزه تغییر، افزایش انتظار موفقیت، تقویت حس خودکارآمدی و اتحاد درمانی باعث افزایش مشارکت و پذیرش و انجام تکالیف در جلسات و در حد فاصل آن شده، بدین طریق مطابق با نتیجه پژوهش حاضر، منجر به افزایش نتایج درمانی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری به تنهایی می‌شود.

مطالعه حاضر تنها به تأثیر مصاحبه انگیزشی بر شدت علائم اختلال پرداخت که از محدودیت‌های پژوهش به حساب می‌آید و توصیه می‌گردد مطالعات آتی به تأثیر آن بر عوامل درمانی روش شناختی رفتاری به تفکیک میزان

References

1. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2002. p. 20-5.
2. Levensky ER, Forcehimes A, O'Donohue WT, Beitz K. Motivational interviewing: an evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. *Am J Nurs* 2007; 107(10): 50-8.
3. Rollnick S, Miller WR, Butler CH. Motivational interviewing in health care: helping patients change behavior. New York: Guilford Press; 2007. p. 37-40.
4. Cox WM, Klinger E. Handbook of motivational counseling: concepts, approaches, and assessment. New York: John Wiley & Sons; 2004. p. 265-80.
5. Chanut F, Brown TG, Dongier M. Motivational interviewing and clinical psychiatry. *Can J Psychiatry* 2005; 50(9): 548-54.
6. Westen D, Morrison K. A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: an empirical examination of the status of empirically supported therapies. *J Consult Clin Psychol* 2001; 69(6): 875-99.
7. Vogel PA, Hansen B, Stiles TC, Gotestam KG. Treatment motivation, treatment expectancy, and helping alliance as predictors of outcome in cognitive behavioral treatment of OCD. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2006; 37(3): 247-55.
8. Racine E, Frick K, Carpenter L, Strobino D, Milligan R, Pugh L. How motivation influences breastfeeding duration among low-income women. *Journal of Human Lactation* 2010; 25: 173-81
9. Buckner JD, Schmidt NB. A randomized pilot study of motivation enhancement therapy to increase utilization of cognitive-behavioral therapy for social anxiety. *Behav Res Ther* 2009; 47(8): 710-5.
10. Maltby N, Tolin DF. A brief motivational intervention for treatment-refusing OCD patients. *Cogn Behav Ther* 2005; 34(3): 176-84.
11. 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.

12. Simpson HB, Zuckoff A, Page JR, Franklin ME, Foa EB. Adding motivational interviewing to exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: an open pilot trial. *Cognitive Behaviour Therapy* 2008; 37(1): 38-49.
13. Arkowitz H, Westra HA, Miller WR. *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*. New York: Guilford Press; 2007. p. 7-9.
14. Turner SL, Thomas AM, Wagner PJ, Moseley GC. A collaborative approach to wellness: diet, exercise, and education to impact behavior change. *J Am Acad Nurse Pract* 2008; 20(6): 339-44.
15. Jones N, Furlanetto DLC, Jackson JA, Kinn S. An investigation of obese adults' views of the outcomes of dietary treatment. *Journal of Human Nutrition and Dietetics* 2007; 20(5): 486-94.
16. Slagle DM, Gray MJ. The utility of motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy in the treatment of anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice* 2007; 38(4): 329-37.
17. DuPont RL, Rice DP, Shiraki S, Rowland CR. Economic costs of obsessive-compulsive disorder. *Med Interface* 1995; 8(4): 102-9.
18. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The yale-brown obsessive compulsive scale. I. development, use, and reliability. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46(11): 1006-11.
19. Dadfar M, Bolhary J, Malakoti K, Bayanzadeh S. The survey of obsessive-compulsive symptoms. *Andeesheh va Raftar* 2001; 7(1-2): 27-32.
20. Sabori Sh, Mehryar H, Gharib A. Comparative effectiveness of cognitive-behavioral therapy, clomepiramine and combination of them in improvement of obsessive-compulsive patients. *Andeesheh va Raftar* 1998; 4(1): 25-34.
21. Hamidi A, Dadfar M, Jahangiri B, Nasesfahani M, Dadfar F. Naltrexon effect on reducing symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Kurdistan University of Medical Sciences* 2006; 11(2): 78-85.
22. Omranifard V, Kheirabadi GhR, Abtahi SMM, Kamali M. Obsessive-compulsive disorder among outpatient referrals to dermatological clinics of Isfahan. *Ofogh-e-Danesh* 2007; 13(2): 52-7.
23. Storch EA, Abramowitz JS, Keeley M. Correlates and mediators of functional disability in obsessive-compulsive disorder. *Depress Anxiety* 2009; 26(9): 806-13.
24. Arbuckle R, Frye MA, Brecher M, Paulsson B, Rajagopalan K, Palmer S, et al. The psychometric validation of the sheehan disability scale (SDS) in patients with bipolar disorder. *Psychiatry Res* 2009; 165(1-2): 163-74.
25. Westra HA, Dozois DJA. Preparing clients for cognitive behavioral therapy: a randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research* 2006; 30(4): 481-98.
26. Murphy RT, Cameron RP, Sharp L, Ramirez G, Rosen C, Drescher K, et al. Readiness to change PTSD symptoms and related behaviors among veterans participating in a motivation enhancement group. *The Behavior Therapist* 2004; 27(4): 33-6.
27. Swartz HA, Zuckoff A, Frank E, Spielvogel HN, Shear MK, Fleming MA, et al. An open-label trial of enhanced brief interpersonal psychotherapy in depressed mothers whose children are receiving psychiatric treatment. *Depress Anxiety* 2006; 23(7): 398-404.

Comparing the effectiveness of group cognitive behavior therapy and its integration with motivational interviewing on symptoms of patients with obsessive-compulsive disorder

Navidian Ali¹, Haghshenas Leila², Abedi Mohammad Reza³, Baghban Iran⁴,
Fatehizadeh Maryam⁴

Abstract

Aim and Background: Increasing responsiveness to current treatments including cognitive-behavioral therapy is an important priority of clinical research and motivational interviewing is considered as a hopeful intervention. The aim of this study was to determine the effectiveness of motivational interviewing on the severity of symptoms of patients with obsessive-compulsive disorder (OCD).

Methods and Materials: In this clinical trial study 40 people diagnosed with OCD in 2009, in Isfahan, Iran were enrolled. Research population was selected by convenience sampling and randomly classified into the experimental and control groups. The intervention was ten sessions of group Cognitive-Behavioral Therapy and motivational interviewing. The data obtained by Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale and Sheehan Disability Scale and analyzed by statistical tests of repeated measures analysis and t-test.

Findings: Mean Yale-Brown score of the intensity of obsessive-compulsive symptoms in pre-intervention, post-intervention and follow-up stages was 29.64, 19.92, 20 in the control group and 34.58, 17.23, 19.35 in the experimental group, respectively. The variance analysis test repeated measures showed that after the intervention also there was no significant difference between the two groups ($P = 0.06$) but the decrease in the intensity of OCD symptoms in the experimental group was more than the control group ($P = 0.0001$) and this decrease continued until the follow-up.

Conclusions: Integration of the principles of group motivational interviewing with routine cognitive-behavioral therapy is an effective technique for reducing the symptoms of OCD and ultimately reducing the disability caused by symptoms.

Keywords: Motivational interviewing, obsessive-compulsive disorder, cognitive-behavioral therapy, functional disability.

Type of article: Original

Received: 06.03.2010

Accepted: 23.09.2010

1. Assistant Professor, Health Promotion Research Center, Department of Counseling, Zahedan University of Medical Sciences, Zahedan, Iran. (Corresponding Author) Email: alinavidian@gmail.com
2. MSc, Department of Counseling, School of Educational Sciences and Psychology, The University of Isfahan, Isfahan, Iran.
3. Associate Professor, Department of Counseling, School of Educational Sciences and Psychology, The University of Isfahan, Isfahan, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Counseling, School of Educational Sciences and Psychology, The University of Isfahan, Isfahan, Iran.