

February-March 2021, Volume 10, Issue 1

Comparison the Effectiveness of Cognitive Behavioral Group Therapy” and Drug Therapy (Fluoxetine) on Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder

Hamid Mohyadini^{1,2}, Saeed Bakhtiarpoor^{3*}, Reza Pasha⁴, Parvin Ehteshamzadeh⁵

1- PhD Student of General Psychology, Department of psychology, Khuzestan Science and Research Branch Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2 -Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

3-Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. (Corresponding author).

Email: saeedb81@yahoo.com

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

5- Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Received: 14 April 2019

Accepted: 30 Aug 2021

Abstract

Introduction: Obsessive-compulsive disorder is one of the most common and debilitating psychological disorders that severely affects health. Due to the need for psychological therapies along with drug therapies, the present study was conducted to compare the effectiveness of “Cognitive-Behavioral Group Therapy” and pharmacotherapy (Fluoxetine) on the symptoms of obsessive-compulsive disorder.

Methods: This is a quasi-experimental study with pre-test and post-test design with control group. The study population was people with obsessive-compulsive disorder who referred to counseling centers and psychological services in Bandar Abbas in 2017. 45 people were selected by convenience sampling method and randomly assigned to three equal groups. The intervention groups received 12 sessions of 90 minutes of cognitive-behavioral training and three months of drug therapy (Fluoxetine), respectively, and the control group did not receive any intervention. Data were collected using the demographic questionnaire, and the “Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale”. The Qualitative content validity and Cronbach's alpha coefficient were calculated. Data were analyzed in SPSS. 22.

Results: Mean and standard deviation of post-test obsession in cognitive-behavioral group therapy ($6.57 \pm 1/41$), drug therapy (8.19 ± 1.83) and control ($12.05 \pm 2/59$) and mean and standard deviation of post-test compulsion in the groups were “Cognitive-Behavioral Group Therapy” ($5.84 \pm 0/96$), drug therapy ($7.38 \pm 1/15$) and control ($10.27 \pm 2/13$). Both Cognitive-Behavioral Group Therapy and drug therapy (Fluoxetine) significantly reduced obsession and compulsion. Also, “Cognitive-Behavioral Group Therapy” was more effective in reducing obsession and compulsion compared to drug therapy (Fluoxetine) ($P < 0.05$).

Conclusions: The two methods of “Cognitive-Behavioral Group Therapy” and drug therapy (Fluoxetine) reduced obsession and compulsion in people with obsessive-compulsive disorder. The effectiveness of “Cognitive-Behavioral Group Therapy” in reducing obsession and compulsion was higher than drug therapy (Fluoxetine). Therefore, counselors and therapists can use both methods, especially “Cognitive-Behavioral Group Therapy” for obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Cognitive Behavioral Group Therapy, Drug Therapy, Fluoxetine, Obsessive-Compulsive Disorder.

مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی (فلوکستین) بر علائم اختلال وسواس-اجبار

حمید محی‌الدینی^۱، سعید بختیارپور^{۲*}، رضا پاشا^۴، پروین احتشام‌زاده^۵

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران (نویسنده مسئول).

ایمیل: saedb81@yahoo.com

۴- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۵- استادیار، گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۶/۹

چکیده

مقدمه: اختلال وسواس-اجبار یکی از شایع‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های روانشناختی است که به شدت بر سلامت تاثیر منفی می‌گذارد. با توجه به لزوم درمان‌های روانشناختی در کنار درمان‌های دارویی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی (فلوکستین) بر علائم اختلال وسواس-اجبار انجام شد.

روش کار: این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه پژوهش افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۶ بودند. ۴۵ تن با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه مساوی جایگزین شدند. گروه‌های مداخله به ترتیب ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروه درمانی شناختی رفتاری و سه ماه دارو درمانی (فلوکستین) دریافت کردند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه جمعیت شناختی، "مقیاس وسواس-اجبار بیل-براون" (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) جمع‌آوری شد. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. داده‌ها در نرم‌افزار اس پی اس اس نسخه ۲۲ تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون وسواس در گروه درمانی شناختی رفتاری (۶/۵۷±۱/۴۱)، دارو درمانی (۸/۱۹±۱/۸۳) و کنترل (۱۲/۰۵±۲/۵۹) و میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون اجبار در گروه درمانی شناختی رفتاری (۵/۸۴±۰/۹۶)، دارو درمانی (۷/۳۸±۱/۱۵) و کنترل (۱۰/۲۷±۲/۱۳) بود. هر دو روش گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی (فلوکستین) باعث کاهش معنادار علائم وسواس و اجبار شدند. همچنین، روش گروه درمانی شناختی رفتاری در مقایسه با روش دارو درمانی (فلوکستین) در کاهش وسواس و اجبار موثرتر بود ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: دو روش گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی در کاهش وسواس و اجبار در افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار موثر بود. اثربخشی روش گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش وسواس و اجبار بیشتر از روش دارو درمانی (فلوکستین) بود. بنابراین، مشاوران و درمانگران می‌توانند از هر دو روش به ویژه روش گروه درمانی شناختی رفتاری برای مداخله در اختلال وسواس-اجباری استفاده کنند.

کلید واژه‌ها: گروه درمانی شناختی رفتاری، دارو درمانی، فلوکستین، اختلال وسواس-اجباری.

درمانی با ترکیب دو رویکرد رفتاری و شناختی در ایجاد و افزایش توانمندی‌های تصمیم‌گیری، ایجاد انگیزه، پذیرش مسئولیت، ارتباط مثبت با دیگران، شادکامی، حل مساله، خودنظم‌دهی، خودکفایی و سلامت روان موثر است (۱۲). درمان شناختی رفتاری از طریق کمک به افراد جهت اصلاح تفسیرهای غلط، تسهیل خودگویی‌های مثبت و سازنده، غلبه بر بازداری‌ها، احساس کنترل بر زندگی و آموزش مهارت‌های مقابله باعث ارتقای سلامت می‌شود (۱۳). یکی دیگر از روش‌های درمان علائم اختلال وسواس-اجبار، دارو درمانی است که پاسخ سریع این اختلال به درمان دارویی سبب شده است که برخی متخصصان دارو درمانی را به‌عنوان روش اول مقابله با این اختلال بیان کنند (۱۴). از دیرباز داروهای ضد اضطراب، نورولپتیک‌ها و ضدافسردگی‌ها (سه حلقه‌ای‌ها) که به طور کلی جزء داروهای مهار کننده بازجذب سروتونین هستند برای درمان اختلال وسواس-اجبار به کار گرفته می‌شدند (۱۵). مهم‌ترین داروی موثر بر کاهش علائم اختلال وسواس-اجبار داروی فلوکستین (Fluoxetine) است که از طریق افزایش سروتونین باعث کاهش علائم این اختلال می‌شود (۱۶). این دارو با دو تا سه روز نیمه عمر به راحتی از راه خوراکی جذب می‌شود و بیشترین غلظت خونی آن ۴ تا ۸ ساعت بعد از خوردن دارو است و عوارض کمتری در مقایسه با داروهای الانزیمین، کلومی‌پرامین، فلووکسامین، سرتالین و نالتراکسون دارد (۱۷). داروی انتخابی در درمان این اختلال، دسته دارویی SSRIها (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors) می‌باشد که پاسخ به درمان هر بیمار به هر یک از داروهای این دسته می‌تواند متفاوت باشد. انتخاب داروی بر اساس نظر روانپزشک می‌باشد (۱۸).

در این مطالعه بر اساس نظر روانپزشک داروی فلوکستین به عنوان درمان دارویی این اختلال انتخاب شده است. با اینکه درباره اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر اختلال وسواس-اجبار پژوهش‌های زیادی انجام شده، اما درباره اثربخشی دارو درمانی بر علائم این اختلال پژوهش‌های اندکی انجام شده است و همچنین، درباره مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی بر اختلال وسواس-اجبار، در مرور متون توسط پژوهشگر، مطالعه مشابهی به غیر از پژوهش Tozandehjani و همکاران یافت نشد که نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی (کلومی‌پرامین)

اختلال وسواس-اجبار (Obsessive-Compulsive Disorder: OCD) در ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM_IV) به‌عنوان یکی از اختلال‌های اضطرابی طبقه‌بندی شده بود، اما در ویرایش پنجم به عنوان یک طبقه جدا در نظر گرفته شده است (۱). این اختلال بعد از فوبیا، سوء مصرف مواد و افسردگی چهارمین اختلال روانشناختی شایع و یکی ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های روانشناختی است که میزان شیوع آن در طول عمر ۲/۶ درصد برآورد می‌شود (۲). اختلال وسواس-اجبار یک اختلال شایع و ناتوان‌کننده عصب‌شناختی است که با تجربه افکار ناخوانده و انجام رفتارهای تکراری همراه است که تنش و اضطراب را افزایش و بر زندگی فردی، خانوادگی و اجتماعی تاثیر منفی می‌گذارد (۳). دو علامت اصلی این اختلال شامل افکار تنش‌زا و پریشان‌زا (وسواس) و اعمال و رفتارهای تکراری ناخواسته (اجبار) است (۴). وسواس به افکار، تکان‌ها یا تصاویر ذهنی عودکننده، ناخواسته، مزاحم و دائمی اطلاق می‌شود که باعث ناراحتی شدید می‌شود و اجبار شامل رفتارها یا تشریفات ذهنی تکراری و زمان‌بر است که افراد برای کاهش ناراحتی ناشی از وسواس انجام می‌دهند (۵). این اختلال با افکار مزاحم همراه و تولیدکننده تشویق، دلهره، ترس و نگرانی و انجام رفتارهای تشریفاتی برای کاهش اضطراب می‌باشد و چنین افرادی تمایل شدیدی برای تأیید، سازماندهی و نشخوارفکری دارند (۶). به دلیل شیوع بالای اختلال وسواس-اجبار تاکنون روش‌های درمانی روانشناختی متعددی در کنار دارو درمانی مورد استفاده قرار گرفته است که از جمله می‌توان به روان‌تحلیل‌گری، رفتار درمانی، شناخت درمانی، درمان پذیرش و تعهد، خانواده درمانی و غیره اشاره کرد (۷). یکی از روش‌های درمانی روانشناختی که سابقه طولانی در درمان علائم اختلال وسواس-اجبار دارد، روش گروه درمانی شناختی رفتاری است (۸). گروه درمانی شناختی رفتاری بر افزایش سازگاری و کاهش مشکلات تاثیر می‌گذارد (۹) و به این دلایل که برای مراجعان تجربه یکسان بودن، الگوگیری از همسالان و حمایت آنان را فراهم می‌کند، اهمیت زیادی دارد (۱۰). درمان شناختی رفتاری نوعی رفتار درمانی بوجودآمده در بطن موقعیت‌های روان‌درمانی است که منعکس‌کننده علاقه فزاینده درمانگران به اصلاح شناخت به عنوان عامل موثر بر رفتارها و هیجان‌ها می‌باشد (۱۱). این شیوه

درمان‌های روانشناختی و دارویی توافق وجود ندارد و برخی پژوهش‌ها حاکی از موثرتر بودن درمان‌های روانشناختی و برخی دیگر حاکی از موثرتر بودن درمان‌هایی دارویی است. بنابراین، با توجه به شیوع بالای اختلال وسواس-اجبار، متفاوت بودن نتایج داروهای مختلف و متناقض بودن نتایج پژوهش‌هایی که به مقایسه درمان‌های روانشناختی و دارویی پرداختند، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی (فلوکستین) بر علائم اختلال وسواس-اجبار انجام شد.

روش کار

این مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های مداخله و کنترل بود. جامعه پژوهش افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۶ بودند. برای تعیین تعداد نمونه از فرمول زیر استفاده شد.

$$n = \frac{2\sigma^2(z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta})^2}{d^2} = \frac{2(1/59)^2(1/96 + 1/28)^2}{4/507} = \frac{5/0562 * 10/4976}{4/507} = 11/78$$

در این معادله بر اساس پژوهش ایزدی و همکاران (۲۲) $\alpha = 0/05$ و $\text{Power} = 0/90$ ، $d^2 = 4/507$ ، $a = 1/59$ شد. بر اساس فرمول فوق تعداد نمونه ۱۱/۷۸ تن محاسبه شد که با توجه به ریزش‌های احتمالی جهت اطمینان از تعداد نمونه، در هر گروه ۱۵ تن در نظر گرفته شد. بنابراین، از میان اعضای جامعه پس از هماهنگی با مسئولان مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی تعداد ۴۵ تن پس از بررسی ملاک‌های ورود به مطالعه با روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه مساوی (۱۵ تن گروه درمانی شناختی رفتاری، ۱۵ تن گروه دارو درمانی (فلوکستین) و ۱۵ تن گروه کنترل) جایگزین و گروه‌ها به روش تصادفی به کمک قرعه‌کشی از شماره پرونده‌ها به‌عنوان گروه‌های مداخله یا کنترل انتخاب شدند.

ملاک‌های ورود به مطالعه شامل بیماران جدید با کسب نمره ۱۶ تا ۳۰ در کل مقیاس اختلال وسواس-اجبار، داشتن سن ۲۰-۴۰ سال، داشتن سواد خواندن و نوشتن، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، عدم سابقه دریافت درمان شناختی رفتاری و دارو درمانی (فلوکستین)، عدم سابقه شرکت در دوره‌های درمانی برای اختلال وسواس-اجبار و

بر کاهش علائم وسواس-اجبار موثر بودند و در کل تأثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بیشتر از دارو درمانی بود (۱۹). سلطانی فر و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که فلوکستین در مقایسه با کلومی‌پرامین تأثیر بیشتری بر کاهش علائم اختلال وسواس-اجبار شامل وسواس و اجبار داشت (۲۰). نتایج پژوهش عبدالله زاده و همکاران نشان داد که دو روش گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی در کاهش وسواس-اجبار موثر بودند و تأثیر گروه درمانی بیشتر از درمان دارویی بود (۲۱). نتایج پژوهش ایزدی و همکاران نشان داد که هر دو روش درمانی پذیرش و تعهد و گروه درمانی شناختی رفتاری بر کاهش علائم وسواس و اجبار موثر بودند (۲۲). بعلاوه، نتایج پژوهش Uguz نشان داد که دارو درمانی بر بهبود علائم اختلال وسواس-اجبار در دوران بارداری موثر بود (۲۳). Fineberg و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که دارو درمانی (فلوکستین) باعث کاهش اختلال وسواس-اجبار شد (۲۴). همچنین، Moody و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری باعث کاهش شدت علائم اختلال وسواس-اجبار شد (۲۵). نتایج پژوهش Yang و همکاران ضمن پژوهشی نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری باعث کاهش علائم اختلال وسواس-اجبار شد (۲۶). اختلال وسواس-اجبار به‌عنوان یکی از ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های روانشناختی شیوع بالایی (چهارمین اختلال شایع) دارد (۲) و مبتلایان با مشکلات فراوان مواجه هستند و این مساله نشان‌دهنده استفاده از روش‌های درمانی برای آن‌ها است. اولین روش معمول برای این اختلال دارو درمانی است که دارای عوارضی است. بنابراین، نیاز است تا روش‌های دارویی با روش‌های روانشناختی مقایسه و بهترین و مناسب‌ترین روش انتخاب شود. در پژوهش Tozandehjani و همکاران (۱۹) به مقایسه گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی با داروی کلومی‌پرامین پرداخته شده است که مشخص شد گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی هر کدام به‌تنهایی می‌توانند اختلال وسواس-اجبار را کاهش دهند و همچنین اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری موثرتر از دارو درمانی می‌باشد.

نتایج پژوهش سلطانی فر و همکاران نشان داد که تأثیر فلوکستین در مقایسه کلومی‌پرامین بر کاهش علائم اختلال وسواس-اجبار بیشتر و ضمناً دارای عوارض کمتری است (۲۰). همان‌طور که در بالا اشاره شد درباره مقایسه

"مقیاس نشانه‌های اختلالات روانی-۹۰"
(Symptom Checklist-90-Revised-Obsessive-Compulsive Scale) همگرا شدند و ضریب همسانی درونی سه عامل وسواس فکری، وسواس عملی و نمره کل به ترتیب ۰/۴۷، ۰/۴۶، ۰/۴۸، به دست آمد. پایایی مقیاس نیز از روش محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۱۷۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس-اجبار شهر تهران، استفاده شد و نتایج آن برای خرده مقیاس وسواس-اجبار به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵ و با روش دو نیمه‌سازی ۰/۹۳ و ۰/۸۹ گزارش شد (۳۱).

در مطالعه حاضر، روایی محتوا به روش کیفی "مقیاس وسواس-اجبار بیل-براون" با نظر ۱۵ تن از متخصصان روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز بررسی و تایید شد. پایایی مقیاس با روش محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی جمعیت مورد مطالعه که ۴۵ تن از افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار شهر بندرعباس بودند، به ترتیب برای وسواس ۰/۸۶ و برای اجبار ۰/۷۸ محاسبه شد. نحوه اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ مجوز لازم از دانشگاه آزاد اسلامی بندرعباس دریافت کد اخلاق، هماهنگی با مسئولان مراکز و کلینیک‌های خدمات روانشناختی بندرعباس و انتخاب آزمودنی‌ها، برای آنان توضیح کوتاهی درباره درمان، نحوه برگزاری جلسات و حقوق آزمودنی‌ها ارائه و از آن‌ها رضایت‌نامه کتبی جهت شرکت در پژوهش گرفته شد. سپس گروه‌های مداخله به ترتیب ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای گروه درمانی شناختی رفتاری (هفته‌ای یک جلسه به مدت سه ماه) (۳۲) و سه ماه دارو درمانی (فلوکستین) دریافت کردند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکرد.

محتوای گروه درمانی شناختی رفتاری، توسط اصل علوی پایدار و همکاران (۳۳) بر اساس بسته درمان شناختی رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy) Leahy & Tirsch (۳۲) و بسته شناختی درمانی Wilhelm و همکاران (۳۴) طراحی شد. بسته گروه درمانی شناختی رفتاری توسط مشاوران، روانشناسان بالینی و درمانگران چهار شهر بندرعباس، کرمان، یزد و شیراز مورد بررسی و تحلیل قرار گرفت و روایی آن قابل قبول بود (۳۵). سپس بسته گروه درمانی شناختی رفتاری توسط یک متخصص بالینی دارای مدرک دوره درمان شناختی رفتاری به صورت گروهی با استفاده از روش‌های سخنرانی، بحث، پرسش و پاسخ

عدم استفاده از سایر روش‌های درمانی به طور همزمان و ملاک‌های خروج شامل انصراف از ادامه همکاری، تکمیل پرسشنامه‌ها به صورت ناقص و غیبت دو جلسه و یا بیشتر از آن بودند.

داده‌ها با پرسشنامه‌های زیر انجام شد. جمعیت شناختی شامل سن و جنس بود. "مقیاس وسواس-اجبار بیل-براون" (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) توسط Goodman و همکاران در سال ۱۹۸۹ ساخته شد (۲۷). این مقیاس دارای ۱۰ عبارت و ۲ خرده مقیاس است. که ۵ عبارت اول مربوط به خرده مقیاس وسواس (obsession) و ۵ عبارت بعدی مربوط به خرده مقیاس اجبار (compulsion) می‌باشد. گویه‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از صفر (بدون علامت) تا ۴ (خیلی شدید) نمره‌گذاری می‌شوند. لذا دامنه نمرات کل ایزار صفر تا ۴۰ و دامنه نمرات وسواس-اجبار بین صفر تا ۲۰ است. تفسیر نمره‌های کل مقیاس به این صورت است که کسب نمره کمتر از ۸ (وسواس بسیار خفیف)، نمره ۸ تا ۱۵ (وسواس خفیف)، نمره ۱۶ تا ۲۳ (وسواس متوسط) نمره ۲۴ تا ۳۱ (وسواس شدید) و نمره ۳۲ تا ۴۰ (وسواس خیلی شدید) است (۲۸). یا این بدین معنی است که هر چه فرد نمره بالاتری را دریافت کند، شدت اختلال وسواس او بیشتر خواهد بود.

در پژوهش Yang و همکاران روایی همگرای ایزار با "مقیاس وسواس-اجبار مادزلی" (Maudsley Obsessive-Compulsive Scale) از طریق همبستگی ۰/۷۲ بود. پایایی مقیاس با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۴۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس-اجبار شهر New Haven امریکا ۰/۹۲ گزارش شد (۲۶). Lopez-Pina و همکاران در یک مطالعه فراتحلیلی، پایایی میانگین برای ضریب آلفا کرونباخ برای مقیاس کل را ۰/۸۶، برای همبستگی بازآزمایی ۰/۸۸، بفاصله دو ماه و برای همبستگی درون طبقه ای ۰/۹۲ بدست آوردند (۲۹).

در پژوهش شاملی و همکاران به منظور سنجش پایایی "مقیاس وسواس-اجبار بیل-براون" از روش آلفا کرونباخ بر روی ۳۰ زن مبتلا به اختلال وسواس-اجبار شهر اهواز استفاده شد و نتایج آن برای خرده مقیاس وسواس ۰/۶۲، اجبار ۰/۶۱ و برای کل مقیاس، ضریب ۰/۷۱ گزارش شد (۳۰). همچنین، در پژوهش راجزی اصفهانی و همکاران (۳۱) روایی همگرایی، "مقیاس وسواس-اجباری بیل-براون" با

بررسی آن‌ها به افراد بازخورد سازنده داد. این روش مداخله به گروه درمانی شناختی رفتاری به تفکیک جلسات در (جدول ۱) ارائه شد.

و انجام فعالیت‌های تمرینی در یکی از کلینیک‌های شهر بندرعباس اجرا شد. پس از پایان هر جلسه درمانگر به شرکت‌کنندگان تمرین خانگی داد و در آغاز جلسه بعد ضمن

جدول ۱: هدف و محتوای مداخله گروه درمانی شناختی رفتاری به تفکیک جلسات

جلسات	اهداف	محتوی
اول	معرفی اعضا و گروه درمانی شناختی رفتاری	به آشنایی اعضا و درمانگر با یکدیگر، آشنایی کلی با علائم اختلال وسواس-اجبار، دادن فهرست تصاویر و افکار و اعمال مزاحم مردم عادی و تمرین آرمیدگی تاکید می‌کند
دوم و سوم	معرفی خطاهای شناختی و الگوی شناختی وسواس	به ترسیم الگوی شناختی وسواس، عادی سازی وسواس-اجبار، ترسیم مثلث شناختی، دادن فهرست انواع خطاهای شناختی، پر کردن فرم ثبت افکار روزانه ۵ ستونی، توضیح اهمیت افکار و اعمال و اجرای آزمایش‌های رفتاری تاکید می‌کند
چهارم	تمرین فردی و گروهی برای رفع خطاهای شناختی	به استفاده از تکالیف شناختی پرسشگری سقراطی و بررسی فرم ثبت افکار روزانه ۵ ستونی، پر کردن فرم ثبت افکار روزانه ۷ ستونی، نوشتن فهرست مزایا و معایب افکار مزاحم و اجرای آزمایش رفتاری برای اهمیت افکار تاکید می‌کند
پنجم و ششم	معرفی آزمایش‌های رفتاری برای وسواس-اجبار	به بررسی فرم ثبت افکار روزانه ۷ ستونی، اجرای آزمایش‌های رفتاری برای خنثی سازی افکار، استفاده از روش محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای باور برآورد بیش از حد، طرح آزمایش‌های رفتاری برای باور اطمینان خواهی تاکید می‌کند
هفتم	تمرین تکالیف مقابله با وسواس-اجبار	به اجرای پرسشگری سقراطی و انجام روش نمودار دایره‌ای و تکلیف استاندارد دوگانه برای باور مسئولیت پذیری افراطی تاکید می‌کند
هشتم تا یازدهم	معرفی روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین‌های فردی و گروهی	به آموزش و اجرای روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ، تمرین روش مواجهه در حضور درمانگر و اجرای طرح آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار و اعمال تاکید می‌کند
دوازدهم	معرفی نشانه‌های عود و مرور و جمع‌بندی روش‌ها	به توضیح نشانه‌های عود، آموزش گام‌های حل مساله و بحث و جمع‌بندی فنون گروه درمانی شناختی رفتاری تاکید می‌کند

پس از اتمام آموزش، از هر گروه، پس از موعود به عمل آمد. ضمناً بخاطر مسائل اخلاقی بعد از اتمام کار پژوهشی، از گروه کنترل برای شرکت در جلسات روان درمانی دعوت به عمل آمد. همچنین، بعد از اینکه افراد در سه گروه پژوهش قرار داده شدند از این نظر که افراد به هر دلیلی با گروه‌های دیگر در ارتباط نباشند مورد بررسی قرار گرفتند و این اطمینان حاصل شد و از افراد شرکت کننده خواسته شد که در طول درمان، از آموزش‌های درمانی دیگر مثل شرکت در جلسات مشاوره، مطالعه کتاب‌های درمانی و یا درمان از طریق رسانه‌ها استفاده نکنند.

رعایت نکات اخلاقی از جمله اصل رازداری، دریافت رضایت‌نامه امضا شده، محرمانه ماندن اطلاعات شخصی و دریافت کد اخلاق توسط دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز انجام شد. داده‌ها با روش‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی در نرم‌افزار اس پی اس نسخه ۲۲ تحلیل شد. لازم به ذکر است که سطح معناداری این پژوهش ($P \leq 0.05$) می‌باشد.

یافته‌ها

شرکت‌کنندگان ۴۵ فرد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار

در گروه مداخله دوم یعنی گروه دارو درمانی زیر نظر یک روان‌پزشک به آزمودنی‌ها به مدت ۳ ماه داروی فلوکستین با دوز ۸۰-۴۰ میلی‌گرم روزانه (با توجه به سطح تحمل بیماران) داده شد. ضمناً با توجه به اهمیت پژوهش، که می‌بایست روان‌پزشک از میزان دوز داروی افراد و زمان مناسب مصرف دارو اطمینان حاصل کند، از مراجعان خواسته شد در زمان‌های تعریف شده، روان‌پزشک را از خوردن دارو مطلع نمایند تا روان‌پزشک جدول زمانی دارویی افراد را تکمیل نماید و نیز هر هفته، یکبار به صورت حضوری با روان‌پزشک ملاقات می‌کردند تا هم مورد معاینه بالینی قرار گیرند و هم به سوالاتشان پاسخ داده شود. مداخله در هر دو گروه مداخله در فصل تابستان انجام شد.

نحوه مداخله به این صورت بود که بعد از اینکه گروه نمونه بصورت تصادفی در سه گروه قرار داده شدند، از هر گروه پیش از موعود به عمل آمد و بعد از آن درمان‌های لازم برای هر گروه (به استثنای گروه کنترل) طبق دستورالعمل درمانی که توضیح داده شده است، شروع شد. در این مواقع برای گروه کنترل هیچ گونه آموزش و درمانی مد نظر قرار نگرفت و تحت نظارت عادی و متداول تری قرار داشتند و

۸ تن ۳۲-۲۷ سال (۵۳/۳۳ درصد) و ۳ تن ۳۸-۳۳ سال (۲۰ درصد) داشتند. بررسی مقایسه گروه‌ها نشان داد که سه گروه از نظر جنسیت و دامنه سنی تفاوت معناداری نداشتند ($P > 0.05$).

نتایج میانگین و انحراف معیار وسواس-اجبار گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در (جدول ۲) ارائه شد. جدول ۲: نتایج میانگین و انحراف معیار وسواس-اجبار گروه‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها/گروه‌ها	گروه درمانی شناختی رفتاری		دارو درمانی (فلوکستین)		گروه کنترل	
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
وسواس	۱۲/۱۷±۲/۷۳	۶/۵۷±۱/۴۱	۱۲/۲۴±۲/۶۹	۸/۱۹±۱/۸۳	۱۱/۹۶±۲/۵۴	۱۲/۰۵±۲/۵۹
اجبار	۱۰/۲۸±۲/۱۷	۵/۸۴±۰/۹۶	۱۰/۱۶±۲/۲۰	۷/۳۸±۱/۱۵	۱۰/۳۲±۲/۲۷	۱۰/۲۷±۲/۱۳

وابسته است. بنابراین، شرایط استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری وجود دارد.

نتایج آزمون اثر پیلاهی در آزمون چندمتغیری معنادار بود ($F=47/215, P < 0.05$)، لذا روش‌های درمانی یعنی گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی (فلوکستین) حداقل باعث کاهش معنادار یکی از متغیرهای وسواس-اجبار شدند که با توجه به مجذور اتا ۷۶/۹ درصد از تغییرات ناشی از اثر روش‌های درمانی است.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی روش‌های درمانی بر هر یک از متغیرهای وسواس-اجبار در (جدول ۳) ارائه شد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای بررسی اثربخشی روش‌های درمانی بر هر یک از متغیرهای وسواس-اجبار

متغیرها	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	P-Value	مجذور اتا
وسواس	پیش‌آزمون	۱۵۷/۲۱۶	۱	۱۵۷/۲۱۶	۵۶/۷۱۵	۰/۰۰۱	۰/۸۸۳
	گروه	۲۷۴/۷۳۰	۲	۱۳۷/۳۶۵	۴۹/۵۴۱	۰/۰۰۱	۰/۷۹۵
اجبار	خطا	۱۱۰/۸۸۰	۴۰	۲/۷۷۲			
	پیش‌آزمون	۱۰۵/۳۸۲	۱	۱۰۵/۳۸۲	۴۰/۴۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲۶
	گروه	۲۴۳/۸۱۹	۲	۱۲۱/۹۰۹	۴۶/۷۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵۸
خطا		۱۰۴/۲۴۰	۴۰	۲/۶۰۶			

ناشی از اثر روش‌های درمانی است ($P < 0.05$). نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی بر متغیرهای وسواس و اجبار در (جدول ۴) ارائه شد.

بودند؛ به طوری که در گروه شناختی رفتاری ۹ مرد (۶۰ درصد) و ۶ زن (۴۰ درصد)، در گروه دارو درمانی ۸ مرد (۵۳/۳۳ درصد) و ۷ زن (۴۶/۶۷ درصد) و در گروه کنترل ۹ مرد (۶۰ درصد) و ۶ زن (۴۰ درصد) وجود داشت. همچنین، از نظر سن در گروه شناختی رفتاری ۳ تن ۲۶-۲۱ سال (۲۰ درصد)، ۷ تن ۳۲-۲۷ سال (۴۶/۶۷ درصد) و ۵ تن ۳۸-۳۳ سال (۳۳/۳۳ درصد)، در گروه دارو درمانی ۳ تن ۲۶-۲۱ سال (۲۰ درصد)، ۸ تن ۳۲-۲۷ سال (۵۳/۳۳ درصد) و ۴ تن ۳۸-۳۳ سال (۲۶/۶۷ درصد) و در گروه کنترل ۴ تن ۲۶-۲۱ سال (۲۶/۶۷ درصد)،

در (جدول ۲) نتایج میانگین و انحراف معیار وسواس-اجبار گروه‌های مداخله (گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی) و کنترل قابل مشاهده است. پیش از تحلیل داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس پیش‌فرض‌های آن بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ یک از متغیرها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون معنادار نبود که این یافته حاکی از برقراری فرض نرمال بودن است. همچنین، نتایج آزمون M باکس و آزمون لوین معنادار نبودند، که این یافته‌ها به ترتیب حاکی از برقراری فرض برابری ماتریس‌های کوواریانس و فرض برابری واریانس‌ها است. علاوه بر آن نتایج آزمون کرویت بارتلت معنادار بود که این یافته حاکی از وجود همبستگی کافی بین متغیرهای

طبق نتایج (جدول ۳) بین گروه‌ها شناختی رفتاری، دارو درمانی (فلوکستین) و کنترل از نظر هر دو متغیر وسواس-اجبار تفاوت معناداری وجود دارد که با توجه به مجذور اتا ۷۹/۵ درصد از تغییرات وسواس و ۷۵/۸ درصد از تغییرات اجبار

جدول ۴: نتایج آزمون تعقیبی برای مقایسه اثربخشی روش‌های درمانی بر متغیرهای وسواس-اجبار

متغیرها	گروه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	P-Value	
وسواس	شناختی رفتاری	دارو درمانی	-۱/۶۴	۰/۷۳۰	۰/۰۴۳
	شناختی رفتاری	کنترل	-۵/۴۸	۰/۸۱۵	۰/۰۰۱
	دارو درمانی	کنترل	-۳/۸۶	۱/۰۹۲	۰/۰۱۴
اجبار	شناختی رفتاری	دارو درمانی	-۱/۵۳	۰/۷۶۷	۰/۰۴۵
	شناختی رفتاری	کنترل	-۴/۴۳	۰/۹۶۴	۰/۰۰۱
	دارو درمانی	کنترل	-۲/۸۹	۰/۸۱۱	۰/۰۲۷

علائم و ارتقای سلامت یکدیگر کمک کنند. در نتیجه این عوامل باعث نقش موثر گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش وسواس-اجبار عملی می‌شوند. تبیین دیگر اینکه بسته طراحی شده گروه درمانی شناختی رفتاری برای افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار که در این پژوهش استفاده شد دارای نقاط قوت فراوانی است. از نقاط قوت این روش می‌توان به آشنایی بیماران با فهرست افکار و اعمال مزاحم، عادی سازی وسواس-اجبار، آشنایی با خطاهای شناختی، ثبت افکار روزانه، استفاده از پرسشگری سقراطی برای افزایش آگاهی، تمرین آرمیدگی، کاهش مسئولیت پذیری افراطی، آموزش روش مواجهه، حل مساله و اجرای آزمایش‌های رفتاری برای مشخص کردن میزان اهمیت افکار و اعمال و تعدیل آن‌ها اشاره کرد (۳۲). در نتیجه این نقاط قوت باعث می‌شوند که گروه درمانی شناختی رفتاری زمانی که به صورت گروهی اجرا می‌شود تاثیر بیشتری داشته باشد و باعث کاهش وسواس-اجبار شود.

همچنین، یافته‌های این پژوهش نشان داد که دارو درمانی (فلوکستین) باعث کاهش وسواس-اجبار در افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار شد که این یافته با یافته پژوهش‌های Tozandehjani و همکاران (۱۹)، سلطانی فر و همکاران (۲۰)، عبدالله زاده و همکاران (۲۱)، Uguz (۲۳) و Fineberg و همکاران (۲۴) همسو بود. برای مثال سلطانی فر و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که فلوکستین در مقایسه با کلومی پرامین تاثیر بیشتری بر کاهش علائم اختلال وسواس-اجبار شامل وسواس-اجبار داشت (۲۰). در پژوهشی دیگر Fineberg و همکاران گزارش کردند که داروی فلوکستین باعث کاهش وسواس و اجبار شد (۲۴). در تبیین اثربخشی دارو درمانی بر وسواس-اجبار بر مبنای نظر Pittenger & Bloch (۱۵) می‌توان گفت که دارو درمانی معمولاً اولین روش درمان بسیاری از بیماری‌ها و اختلال‌ها است و در اختلال وسواس-اجبار داروی فلوکستین

طبق نتایج (جدول ۴) هر دو روش درمانی یعنی گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی (فلوکستین) باعث کاهش معنادار هر دو متغیر وسواس-اجبار شدند. همچنین، با توجه به میانگین پاسخ‌ها و مقدار سطح معناداری روش گروه درمانی شناختی رفتاری در مقایسه با روش دارو درمانی (فلوکستین) در کاهش هر دو متغیر وسواس-اجبار موثرتر بود ($P < 0/05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی (فلوکستین) بر علائم اختلال وسواس-اجبار انجام شد. یافته‌های این مطالعه نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری باعث کاهش وسواس-اجبار در افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار شد که این یافته با یافته پژوهش‌های Tozandehjani و همکاران (۱۹)، ایزدی و همکاران (۲۲)، Moody و همکاران (۲۵)، Yang و همکاران (۲۶) و اصل علوی پایدار و همکاران (۳۳) همسو بود. برای مثال اصل علوی پایدار و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی رفتاری باعث کاهش علائم و نشانه‌های وسواس-اجبار شد (۳۳). در پژوهشی دیگر Moody و همکاران گزارش کردند که گروه درمانی شناختی رفتاری باعث کاهش شدت علائم اختلال وسواس-اجبار شد (۲۵). در تبیین اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری بر وسواس-اجبار بر مبنای نظر Handley و همکاران (۲۶) می‌توان گفت که آموزش شناختی رفتاری باعث تسلط بر نشانه‌های رفتاری، درک علت‌های رفتار و اولویت بندی آن‌ها، چگونگی فکر کردن، مهارت ثبت افکار، مبارزه با افکار منفی، یادگیری مهارت حل مساله، اصلاح باورهای نادرست و استفاده از راهبردهای مناسب می‌شود. همچنین، گروه درمانی شناختی رفتاری باعث می‌شود تا افراد علاوه بر یادگیری از هم، به کاهش

نتیجه‌گیری

نتایج حاکی از اثربخشی هر دو روش گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی (فلوکستین) در کاهش وسواس - اجبار بودند. علاوه بر آن، اثربخشی روش گروه درمانی شناختی رفتاری در کاهش وسواس - اجبار بیشتر از روش دارو درمانی (فلوکستین) بود. از آنجایی که دارو درمانی جز روش‌های اولیه درمان است و معمولاً در کوتاه‌مدت تاثیر دارد، اما روش‌های روانشناختی از جمله گروه درمانی شناختی رفتاری در بلندمدت تاثیر دارند. لذا پیشنهاد می‌شود درمانگران با توجه به شدت مشکل بیماران و مقدار فرصتی که دارند از شیوه درمانی مناسب استفاده کنند. بعلاوه، استفاده از هر دو روش درمانی به ویژه روش گروه درمانی شناختی رفتاری برای مداخله در زمینه اختلال وسواس-اجبار پیشنهاد می‌شود. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، عدم وجود مرحله پیگیری برای بررسی پایداری نتایج و محدود شدن جامعه پژوهش به مبتلایان به اختلال وسواس-اجبار شهر بندرعباس اشاره کرد. بعلاوه، استفاده از سایر روش‌های آموزش‌های درمانی دیگر مثل شرکت در جلسات مشاوره، مطالعه کتاب‌های درمانی و یا درمان از طریق رسانه‌ها از محدودیت‌های مطالعه است که قابل کنترل نبوده است.

سیاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری روانشناسی دانشجوی حمید محی‌الدینی و استاد راهنما آقای دکتر سعید بختیارپور در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با کد اخلاقی IR.IAUHVAVZ.REC.1396.66 می‌باشد. نویسندگان از مسئولان مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر بندرعباس و آزمودنی‌های شرکت‌کننده در پژوهش تشکر می‌کنند.

تضاد منافع

نویسندگان این مقاله هیچگونه تضاد منفعی گزارش نکردند.

به‌عنوان یکی از داروهای کم‌عارضه و مهارکننده بازجذب سروتونین می‌تواند از طریق افزایش سروتونین باعث کاهش علائم این بیماری شود. تاثیر داروهای مهارکننده بازجذب سروتونین منجر به پیدایش نظریه سروتونینی شده است که ناهنجاری سیستم سروتونینی را در پیدایش اختلال وسواس - اجبار دخیل می‌داند. احتمالاً ناهنجاری در قشر پیشانی، هسته‌های قاعده‌ای و تالاموس وجود دارد که سروتونین از تنظیم‌کننده‌های آن است و داروی فلوکستین از طریق تعدیل عملکرد این چرخه باعث کاهش وسواس - اجبار می‌شود. دیگر یافته‌های مطالعه حاضر نشان داد که گروه درمانی شناختی رفتاری در مقایسه با دارو درمانی (فلوکستین) باعث کاهش وسواس - اجبار در افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار شد که این یافته با یافته پژوهش‌های Tozandehjani و همکاران (۱۹) و عبدالله زاده و همکاران (۲۱) همسو بود. برای مثال Tozandehjani و همکاران ضمن پژوهشی به این نتیجه رسیدند که در کل تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بیشتر از دارو درمانی (کلومی‌پرامین) بود (۱۹). در پژوهشی دیگر عبدالله زاده و همکاران (۲۱) گزارش کردند که درمان فراشناختی بیشتر از درمان دارویی در کاهش وسواس موثر بود. در تبیین موثرتر بودن گروه درمانی شناختی رفتاری در مقایسه با دارو درمانی می‌توان گفت که دارو درمانی با استفاده از فلوکستین فقط از طریق مهارکننده‌های بازجذب سروتونین باعث افزایش سروتونین می‌شود که این امر در کوتاه‌مدت نقش موثری در کاهش علائم این اختلال دارد، اما باعث اصلاح فرایندهای شناختی مبتلایان به اختلال وسواس - اجبار نمی‌شود، در مقابل گروه درمانی شناختی رفتاری از یک سو به دلیل اجرای گروهی و اینکه بیماران خود را تنها نمی‌بینند باعث کاهش علائم اختلال وسواس-اجبار صرف‌نظر از اجرای درمان می‌شود و از سوی دیگر، علاوه بر رفتارهای آشکار و قابل مشاهده، باورهای شناختی افراد از جمله خطاهای شناختی آن‌ها را اصلاح می‌کند. در نتیجه گروه درمانی شناختی رفتاری در مقایسه با دارو درمانی (فلوکستین) از طریق اصلاح خطاهای شناختی اقدام به اصلاح ذهن و باور افراد می‌کند و این امر باعث تاثیر بیشتر آن در کاهش وسواس - اجبار می‌شود.

References

1. Tripathi A, Avasthi A, Grover S, Sharma E, Lakdawala BM, et al. Gender differences in obsessive-compulsive disorder: Findings from a multicentric study from India. *Asian Journal of Psychiatry*. 2018;11(37):3-9. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.07.022>
2. Melca IA, Yucel M, Mendlowicz MV, Oliveira-Souza R, Fontenelle LF. The correlates of obsessive-compulsive, schizotypal, and borderline personality disorders in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2015;29(33):15-24. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.04.004>
3. Hojgaard DRMA, Hybel KA, Mortensen EL, Ivarsson T, Nissen JB, et al. Obsessive-compulsive symptom dimensions: Association with comorbidity profiles and Cognitive-Behavioral Therapy outcome in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Research*. 2018;40(270):317-323. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.09.054>
4. Hansmeier J, Exner C, Rief W, Glombiewski JA. A test of the metacognitive model of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2016;5(10):42-48. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2016.05.002>
5. Perera MPN, Bailey NW, Herring SE, Fitzgerald PB. Electrophysiology of obsessive compulsive disorder: A systematic review of the electroencephalographic literature. *Journal of Anxiety Disorders*. 2019;33(62):1-14.
6. Delahoy R, Bartholomeusz CF, Pemberton H, Alonso P, Pujoi J, et al. An examination of orbitofrontal sulcogyral morphology in obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2019;30(286):18-23.
7. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, et al. Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2015;225(3):236-246.
8. Vander Straten A, Huyser C, Wolters L, Denys D, VanWingen G. Long-term effects of Cognitive Behavioral Therapy on planning and prefrontal cortex function in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*. 2018;3(4):320-328.
9. Habibi K, Alimohammadzadeh K, Hojjati H. [The effect of group reality therapy on the coping of spouses of veterans with post-traumatic stress disorder]. *Journal of Health Promotion Management*. 2018;6(6):1-7.
10. Hayes-Skelton SA, Lee CS. Changes in decentering across cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*. 2018;49(5):809-822.
11. Charmchi N, Asgari P, Hafezi F, Makvandi B, Bakhtiar Pour S. [The effect of cognitive behavior therapy in method group on anxiety and psychological resilience of menopausal women]. *Journal of Health Promotion Management*. 2016;5(5):15-22.
12. Haynes P. Application of cognitive behavioral therapies for comorbid insomnia and depression. *Sleep Medicine Clinics*. 2015;10(1):77-84. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2014.11.006>
13. Eidelman P, Talbot L, Ivers H, Belanger L, Morin CM, Harvey AG. Change in dysfunctional beliefs about sleep in Behavior Therapy, Cognitive Therapy, and Cognitive-Behavioral Therapy for insomnia. *Behavior Therapy*. 2016;47(1):102-115. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2015.10.002>
14. Kellner M. Drug treatment of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*. 2010;12(2):187-197. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2010.12.2/mkellner>
15. Pittenger C, Bloch M. Pharmacological treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2014;37(3):375-391. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.05.006>
16. Micheli L, Ceccarelli M D, Andrea G, Tirone F. Depression and adult neurogenesis: Positive effects of the antidepressant fluoxetine and of physical exercise. *Brain Research Bulletin*. 2018;43(143):181-193. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2018.09.002>
17. Golub MS, Hackett EP, Hogrefe CE, Leranath C, Elsworth JD, Roth RH. Cognitive performance of juvenile monkeys after chronic fluoxetine treatment. *Developmental Cognitive Neuroscience*. 2017;7(26):52-61. <https://doi.org/10.1016/j.dcn.2017.04.008>
18. The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Team. Cognitive-Behavior Therapy, sertraline, and their combination for children and adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: The Pediatric OCD Treatment Study (POTS) Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*. 2004; 292 (16): 1969-1976. <https://doi.org/10.1001/jama.292.16.1969>
19. Tozandehjani H, Ahadi H, Azad H, Delavar A. [Comparison the effectiveness of cognitive-behavioral techniques, drug therapy and their combination (drug therapy and cognitive-behavioral) in the treatment of obsessive-compulsive disorder]. *Scientific Journal of Education Research*. <http://edu.bojnourdiau.ac.ir>. 2005;1(2):1-19.
20. Soltanifar A, Abdollahian A, Nasirae A. [The comparison between fluoxetine and clomipramine in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder]. *Scientific*

- Journal of Kurdistan University of Medical Sciences. 2007;50(3):315-320.
21. Abdollahzadeh F, Javanbakht M, Abdollahzadeh H. [Comparing the metacognitive and pharmaceutical therapies of the obsessive compulsive disorder]. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences. 2011;18(2):110-117.
 22. Izadi R, Neshatdust HT, Asgari K, Abedi MR. [Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavior therapy on symptoms of treatment of patients with obsessive-compulsive disorder]. Journal of Research in Behavioral Sciences. 2014;12(1):19-33.
 23. Uguz F. Pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder during pregnancy: a clinical approach. Brazilian Journal of Psychiatry. 2015;37(4):334-342.
 24. Fineberg NA, Brown A, Reghunandan S, Pampaloni I. Evidence-based pharmacotherapy of obsessive-compulsive disorder. International Journal of Neuropsychopharmacology. 2012;15(8):1173-1191.
 25. Moody TD, Morfini F, Cheng G, Sheen C, Tadayonnejad R, Reggente N, et al. Mechanisms of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder involve robust and extensive increases in brain network connectivity. Translational Psychiatry. 2017;7(9):1230-1240.
 26. Yang X, Luo J, Liu J, Ma Y, Guo Zh, Yang Xj, Li Zj. Effects of Cognitive Behavioral Therapy on white matter fibers of patients with obsessive-compulsive disorder as assessed by diffusion tensor imaging: study protocol for a parallel group, controlled trial. Asia Pacific Journal of Clinical Trials: Nervous System Diseases. 2016;1(3):116-123.
 27. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Development, use and reliability. Archives of General Psychiatry. 1989; 46(11):1006-11.
 28. Dadfar M, Bolhari J, Malakooti K, Bayanzade SA. [Prevalence of the obsessive-compulsive disorder symptoms]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2001; 7(1,2):27-33.
 29. Lopez-Pina JA, Sanchez-Meca J, Lopez-Lopez JA, Marin-Martinez F, Ninez-Nunez RM, et al. The Yale-Brown obsessive compulsive scale: A reliability generalization meta-analysis. Assessment. 2015; 22(5):619-628. <https://doi.org/10.1177/1073191114551954>
 30. Shameli L, Mehrabizadeh Honarmand M, Naa'mi A, Davodi I. EFT in emotion regulation styles and severity of Obsessive-Compulsive symptoms in women with OCD]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019; 24(4):456-469.
 31. Rajezi Esfahani S, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahiredin A, Janbozorgi M. [Reliability and validity of the Persian version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2012;17(4):297-303.
 32. Leahy R L, Tirsch D. Emotion Regulation in Psychotherapy. New York: The Guilford Press. 2011.
 33. Asl Alavi Paidar SS, Khodabakhsh R, Mehrinejad SA. [Comparison of the effectiveness of behavioral-cognitive & metacognitive approaches on obsessive compulsive disorder]. Journal of Psychological Studies. 2017;13(1):93-100. https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_2832.html?lang=en
 34. Wilhelm S, Berman N C, Keshaviah A. Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: Role of maladaptive beliefs and schemas. Behavior Research and Therapy. 2015; 65, 5-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25544403/>
 35. Mohyadini H. [The effectiveness of behavioral-cognitive group treatment in improving the symptoms of compulsory-obsessive disorder and the promotion of mental health of those suffering from this disorder]. MS Dissertation. Birjand Islamic Azad University, Birjand. 2012.
 36. Handley AK, Egan SJ, Kane RT, Rees CS. A randomized controlled trial of group Cognitive Behavioral Therapy for perfectionism. Behavior Research and Therapy. 2015; 53 (68):37-47. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25795927/>