

اثربخشی مواجهه درمانی با هیپنوتراپی بر نشانگان بالینی و عاطفه مثبت و منفی بیماران وسواس شستشو افسانه قندهاری زاده^۱، حمیدرضا آقامحمدیان شعرباغ^۲، فریبرز باقری^۳

چکیده

مقدمه: اختلال وسواس فکری- عملی یک اختلال اضطرابی بسیار ناتوان ساز است که معمولاً به مثابه یک بیماری بد علاج که نیازمند درمان مادام العمر است، در نظر گرفته می شود. شدت و استمرار این اختلال گاه به حدی می رسد که نیرو و کارایی را کاملاً پایین می برد و اثری فلج کننده در زندگی شخصی و اجتماعی بیمار بر جا می گذارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان هیپنوتراپی با ERP بر نشانگان بالینی عاطفه مثبت و منفی بیماران وسواس شستشو بود.

روش پژوهش: پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، از نوع پیش آزمون و پس آزمون بود. از جامعه آماری یک نمونه تصادفی ۳۰ نفره انتخاب گردید. این ۳۰ نفر به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش گمارده شدند. پس از پرسشنامه های پیش تست، درمان هیپنوتراپی با ERP در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت یک بار در هفته بر روی گروه آزمایش به عمل آمد و داده های پژوهش با استفاده از مقیاس شدت وسواس فکری- عملی ییل- براون و پرسشنامه عاطفه مثبت و عاطفه منفی گردآوری و با استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیره (مانکوا) و نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل گردید.

یافته ها: یافته ها نشان داد که درمان هیپنوتراپی با ERP بر نشانگان بالینی در مؤلفه وسواس فکری و وسواس عملی اثر مثبت معناداری داشته ($P < 0/01$) که در پیگیری سه ماهه پس از مداخله نیز پایدار باقی مانده است. همچنین تحلیل داده ها نشان دهنده آن بود که درمان هیپنوتراپی با ERP بر افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی بیماران وسواس شستشو تأثیر معنی داری دارد. و نیز در پیگیری سه ماهه پس از مداخله نتایج باقی مانده بود.

بحث و نتیجه گیری: درمان تلفیقی هیپنوتراپی با ERP شاخه ای نوین از درمانهای شناختی رفتاری می باشد که ضمن تاکید بر تکنیک های اصلی درمان شناختی رفتاری با هدایت کردن به تخیل و تسهیل اتصال ذهن و بدن، منجر به تغییر مثبت جسمی، احساسی و رفتاری می شود. ترکیب هیپنوتراپی با ERP می تواند روش سودمندی برای اختلال وسواس بوده و اثربخشی درمان ERP را افزایش دهد. درمان های مبتنی بر هیپنوتیزم، قدرت مضاعف را در روش های درمان شناختی رفتاری ارائه می کنند. تعلیق تفکر انتقادی در حالت هیپنوتیزمی بیمار را تلقین پذیرتر می کند تا گفتگوهای متقاعدکننده درمان شناختی- رفتاری را بپذیرد.

واژگان کلیدی: درمان هیپنوتراپی با ERP، نشانگان بالینی، عاطفه مثبت و منفی، وسواس شستشو

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۸/۲۰ **تاریخ پذیرش:** ۱۳۹۶/۱۰/۱۲

^۱ - دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

^۲ - استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

Email: aghamohammadian@um.ac.ir

^۳ - دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران

مقدمه:

اختلال وسواسی - جبری (OCD) یک بیماری عصبی-روانپزشکی است. این اختلال طی تاریخ بشر همواره وجود داشته است و امروزه نسبت قابل ملاحظه ای از روانزندها را به خود اختصاص داده است. مشخصه اصلی این اختلال افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم (افکار وسواسی) و نیز رفتارهای تکراری زاردهنده، آیین مند (اعمال وسواسی) می باشد، که بیمار به منظور اجتناب از اضطراب رفتار وسواسی انجام می دهد (۱). اختلال وسواس شستشو، شایع ترین تابلوی بالینی اختلال وسواسی اجباری است (۲). بر اساس پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-5)، ملاک های تشخیصی برای اختلال وسواس فکری - عملی به شرح زیر است: الف- وجود وسواس های فکری یا عملی یا هر دوی آن ها وسواس های فکری:

۱. افکار، تمایلات یا تصاویر بازگشتی و پایداری که در دوره ای از اختلال، به شکل مزاحم و ناخواسته تجربه شده و در اکثر افراد موجب اضطراب یا ناراحتی عمده گردند.

۲. فرد تلاش می کند این افکار، تمایلات یا تصاویر ذهنی را نادیده گرفته یا آن را سرکوب نماید و یا اینکه با پرداختن به افکار یا فعالیت های دیگر (مثل انجام یک وسواس عملی)، خنثی کند.

وسواس های عملی: ۱. رفتارهای تکراری (نظیر شستن دست، رعایت نظم و ترتیب، واریسی کردن) یا فعالیت های ذهنی (نظیر دعا کردن، شمردن، تکرار آهسته کلمات در سکوت) که فرد احساس می کند مجبور به اجرای آن ها در پاسخ به یک وسواس فکری و یا بر طبق قوانینی که باید دقیقاً انجام شوند.

۲. این اعمال یا فعالیت های ذهنی با هدف پیشگیری یا کاهش اضطراب یا ناراحتی و یا جلوگیری از بعضی از رویدادها و وضعیت های هراس آور صورت می پذیرند؛ با این وجود اعمال و فعالیت های ذهنی مذکور رابطه وافع گرایانه ای با آنچه که قرار بوده خنثی یا جلوگیری شوند ندارد یا به وضوح افراطی اند.

ب- وسواس های فکری یا عملی وقت گیرند (بیش از یک ساعت در روز) یا موجب ناراحتی قابل توجه یا اختلال در کارکردهای اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه های مهم کارکردی می شوند (۳).

با اینکه ملاک های تشخیصی این اختلال در DSM-5 به طور گسترده در مداخلات جدید مورد استفاده قرار گرفته است با این حال هنوز در رابطه با جداسدن این اختلالات از اختلال اضطرابی و قرار گرفتن در یک دسته جداگانه هنوز تفاوت آراء وجود دارد. به طوریکه برخی از پژوهشگران به انتقاد از این طبقه بندی پرداخته اند. در همین راستا به اعتقاد آبرامیتز^۱ اگرچه این دسته بندی جدید وعده داده است که آگاهی از مشکلات ناشناخته اختلال وسواس را افزایش دهد لیکن اعتبار تجربی و کاربرد عملی این دسته جدید تشخیصی و آماری نیازمند مطالعات بیشتری است (۴).

ارقام گزارش شده در مورد میزان شیوع اختلال وسواس فکری- عملی بسیار متفاوتند. از علل این ناهمگونی می توان به جمعیت های مورد مطالعه با ویژگی های متفاوت و روش های پژوهش و ابزارهای سنجش ناهمسان اشاره کرد. از نظر تاریخی، اختلال وسواس فکری- عملی به منزله یک اختلال روانپزشکی نادر با شیوعی کمتر از ۰/۰۱ توصیف شده است. این رقم مبتنی

¹ - Abramowitz

بر آمارهایی است که از تعداد افراد بستری در بیمارستان اخذ شده است (۵). در DSM-5 نیز نرخ شیوع ۱۲ ماهه برای اختلال وسواسی اجباری در آمریکا ۱/۲ درصد و در سطح بین المللی ۱/۱ درصد تا ۸/۱ است. در DSM-5 گزارش شده است که تعداد زنانی که دچار این اختلال می‌شوند از مردان بیشتر است. همچنین بر اساس گزارش DSM-5 زنان بیشتر در زمینه‌ی تمیزی وسواس دارند و مردان بیشتر افکار ممنوعه و وسواس تقارن (۶).

این اختلال شیوع پنهان دارد. در حالیکه بحث برسر شیوع این اختلال ادامه دارد، مطالعات کمی نشان داده اند که تجربه پدیده وسواس- اجبار تقریباً در بین همه افراد عمومیت دارد. بیشتر افراد عادی حداقل مقداری از علائم موجود در اختلال وسواس فکری- عملی را بدون هیچ گونه ناراحتی قابل ملاحظه‌ای تجربه می‌کنند (۷).

بیماری به طور ویژه در اثنای اوایل کودکی یا نوجوانی شروع می‌شود و مردان و زنان را به طور یکسان تحت تاثیر قرار می‌دهد. میانگین سن شروع این اختلال حدود ۲۰ سالگی و البته در مردها مختصری زودتر (حدود ۱۹ سالگی) و در زنها کمی دیرتر (حدود ۲۲ سالگی) است. بزرگسالان جوان بین ۱۸ تا ۲۴ سال در بالاترین خطر ابتلا به اختلال وسواس فکری- عملی اند. در ۶۵٪ موارد اختلال وسواس فکری- عملی، قبل از ۲۵ سالگی شروع می‌شود و کمتر از ۵٪ بیماران آغاز بیماری را بعد از ۴۰ سالگی گزارش می‌کنند. افراد مجرد بیشتر از متأهل به اختلال وسواس فکری- عملی مبتلا می‌شوند که البته این یافته می‌تواند نشانه مشکلی باشد که بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در حفظ روابط خود دارند (۸). در میان اختلالات وسواسی اختلال وسواس شستشو، شایع‌ترین تابلوی بالینی اختلال وسواسی اجباری است (۹). وسواس شستشو احساسی آزاردهنده مبنی بر این است که آلودگی‌ها علی‌رغم بارها شستشو هنوز از بین نرفته‌اند. بسیاری از مبتلایان به این بیماری بر این باورند که هرگونه تماس اتفاقی یا قرارگیری در معرض آلودگی‌ها منجر به آلودگی کامل و آسیب جدی می‌گردد. بیماری که به موجب این طرز تفکر دائماً نگران حفظ خود از آلودگی‌هاست، به نظافت و شستشوی افراطی روی می‌آورد، اما باز هم به سختی احساس تمیزی می‌نماید. وسواس فکری آلودگی با میزان ۵۰ درصد شایع‌ترین وسواس فکری است و رفتار جبری شستشو و پاکیزه سازی با میزان ۵۰ درصد بعد از واری کردن (با میزان ۶۱ درصد) در درجه دوم قرار دارد (۱۰). علائم بالینی در وسواس شستشو به گونه‌ای است که مشکلات عدیده‌ای را برای فرد ایجاد نموده و به طور کلی بیمار با اعمال شدید وسواسی خود آسیب رسان در پی کاهش اضطراب خود می‌باشد (۱۱). بنابراین مشکل یاد شده باعث ارجاع اکثر این افراد به مراکز درمانی جهت مداخلات بهنگام برای کاهش این علائم است. علاوه بر علائم بالینی اصلی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی نشانه‌های جانبی دیگری نیز وجود دارد که می‌تواند روند درمان در این افراد را تحت تاثیر قرار داده و همچنین باعث تشدید نشانه‌های دیگر در آنها شود. از جنبه‌های بسیاری مهمی که باعث می‌شود افراد مبتلا به وسواس فکری عملی پاسخدهی شان به درمان کند شده و واکنش‌های منفی را به درمان‌های مواجهه سازی و روش‌های رفتاری بدهند، درگیری عاطفه آن‌ها به محرک‌های اضطراب‌انگیز و وسواس هستند که سلامت روانی را تحت تاثیر قرار می‌دهند (۱۲). عواطف مثبت نشان دهنده میزان شور و اشتیاق به زندگی و احساس فاعلیت و هشیاری افراد هست. در مقابل، عواطف منفی، یک بعد عام ناراحتی درونی و اشتغال ناخوشایند را نشان می‌دهد و حالاتی مانند خشم، نفرت، بی‌زاری، گناه، ترس و عصبانی را شامل می‌شود (۱۳). کورت^۱ در مطالعه‌ای نشان داد که عواطف و هیجانات منفی همچون خشم، غم و نفرت به صورت منفی و معکوس و عواطف و هیجانات مثبت همچون خوش بینی به صورت مثبت و مستقیم، سلامت روانی و ذهنی را پیش بینی می‌کنند (۱۴).

¹ -Kortte

با توجه به آنچه گفته شد علائم اصلی در بیماران وسواس فکری عملی و ویژگی‌های جانبی از جمله ترس از ارزیابی و عواطف منفی از جمله عواملی هستند که در این بیماران باعث می‌شوند که فرد به شدت تحت تأثیر اختلال منفعل شده و واکنش‌های شدیدی را از خود نشان دهد. درگیری‌های شدید این بیماران به علت فشار بیماری و مشکلات عدیده همراهان آن‌ها از جمله خانواده باعث می‌گردد تا این افراد بخش زیادی از مراجعان به مراکز مشاوره را به خود اختصاص دهند (۱۵). با توجه به شیوع بالای این اختلال و نیاز جامعه برای مداخله و چالش درمانگران با این بیماران در مراکز مشاوره، مطالعات و پژوهش‌ها را به این سمت هدایت کرده است که همواره به دنبال بررسی روش‌های درمانی باشند که بتواند به عنوان پیشنهاد به روان درمانگران ارائه نمود (۱۶). بررسی‌ها نشان می‌دهد جهت درمان وسواس و اختلالات همراه آن، رویکردها و درمان‌های مختلفی ارائه شده است. خط اول درمان برای وسواس مواجهه سازی و ERP می‌باشد (۱۷). پونیا^۱ و همکاران نشان دادند که ERP بیشتر از سایر مداخلات مورد استفاده قرار گرفته است (۱۸). در همین راستا بررسی فراتحلیل مک کی^۲ و همکاران نشان می‌دهد که درمان ERP اولین گزینه مداخله برای درمان وسواس فکری و عملی می‌باشد (۱۹). یکی از رویکردهای جدید در زمینه درمان رویکرد تلفیقی هیپنوتراپی با ERP می‌باشد که در برخی از اختلالات استفاده شده ولی تا به حال برای درمان وسواس از آن استفاده نشده که در این مطالعه برای اولین بار از این روش درمان تلفیقی در خصوص درمان بیماران وسواس شستشو استفاده گردید در یک نگاه ساده‌انگارانه، هیپنوتیزم شامل دو مرحله‌ی اصلی است: مرحله‌ی ورود، که به تغییر در حالت آگاهانه می‌پردازد و مرحله‌ی تلقین. تلقینات ممکن است در سطح شناخت، ادراک، انفعال یا رفتار عمل کنند و بسته به نوع مشکل می‌توانند شامل تلقیناتی برای بی‌هوشی، آرمیدگی، افزایش اعتماد به نفس، کاهش استرس و القای خواب باشند (۲۰). تلقیناتی که برای بی‌خوابی آماده شده‌اند معمولاً با مفاهیم وابسته به خواب (اتاق خواب، خواب‌آلودگی، بستن چشم‌ها، خواب رفتن و خواب عمیق) مرتبط هستند (۲۱) به این ترتیب، هیپنوتیزم می‌تواند به عنوان هر دو روش القای خواب یا خود القایی استفاده شود، به علاوه‌ی یک روش دستیابی به مسائلی که می‌توانند برای (روند درمان) اضطراب تعیین‌کننده باشند، فراتر از درمان علائم محض که برای دیگر انواع هیپنوتیزم درمانی استفاده می‌شوند (۲۲). هیپنوتراپی شناختی-رفتاری فرض می‌کند که علت بیشتر آشفتگی‌های روانشناختی اشکال منفی خود هیپنوتیزم هستند که در آن افکار منفی بی‌آنکه نقد شوند و حتی بدون آگاهی هشیار، پذیرفته می‌شوند (۲۳). برای مثال، فردی تصاویر ذهنی یا افکار تکراری پیرامون اشتباه کردن در انجام ماموریت مهمی در محل کار یا فراموش کردن ملاقاتی مهم داشته باشد، اما به سختی از حضور نافذشان آگاه باشد. برای علاج این افکار نخست باید مراجع را از حضور و نفوذ آنها آگاه کرد و بعد به آنها آموزش داد تا به کمک بازسازی شناختی هیپنوتیسمی، خودگویی‌های مثبت‌تر و سازگارانه تری بسازند (۲۴).

هیپنوتراپی شناختی-رفتاری در کل شبیه درمان شناختی-رفتاری است. اصولاً هر کاری که بتوان با هیپنوتیزم انجام داد، بدون آن هم می‌توان انجام داد و برعکس. اگر احساسات مراجع درباره هیپنوتیزم مثبت است یا مشکلاتی جلو استفاده از شیوه‌های غیرهیپنوتیسمی را گرفته‌اند، یا مراجع غیر فعال است، هیپنوتیزم می‌تواند سودمند واقع شود. می‌توان به مراجعان مهارت‌های هیپنوتیسمی را آموزش داد به طوری که بتوانند این مهارتها را در شرایط جدید بکار گیرند (۲۵).

هیپنوتراپی شناختی-رفتاری در مقایسه با درمان شناختی-رفتاری بدون هیپنوتیزم اثر درمانی موثرتری در حد ۰/۸۷ دارد. معنی آن این است که میانگین مراجعانی که در رویکرد اولی درمان شده‌اند ۸۰٪ بیشتر از مراجعانی است که در رویکرد دوم

¹ - Ponia

² - McKay

درمان شده اند (۲۵). کیرچ و همکاران پدر یک فراتحلیل از هیجده تحقیق که درمان شناختی-رفتاری را با و بدون هیپنوتیسم مقایسه کرده بودند، دریافتند بهبودی مراجعانی که CBT با هیپنوتیسم دریافت کرده بودند ۷۰٪ بیشتر از مراجعانی بود که فقط CBT دریافت کرده اند. هیپنوتراپی شناختی _ رفتاری شامل چند تکنیک اساسی است این تکنیک را می توان به عنوان یکی از مهارت های کنار آمدن آموزش داد که در کاهش استرس و اضطراب سودمند است و می تواند آغازگر تکنیک های القای هیپنوتیسمی باشد که با القای آرامش، آسودگی و رهایی از تنیدگی عضلات دنبال می شود. دوم، اغلب از تصویرسازی هدایت شده استفاده می شود. در این تکنیک از افراد می خواهند تصور کنند که با موقعیتی استرس زا یا مشکل آفرین روبه کمک آرمیدگی یا استفاده از راهبردهای کنار آمدن سازگارانه تری که قبلاً آموخته اند استرس را اداره می نمایند. درمانگر اغلب می تواند با مراجع در آن موقعیت استرس زا صحبت کند و از او بخواهد تصور کند که به شیوه معینی رفتار یا فکر می کند. سوم، می توان از بازسازی شناختی استفاده کرد. هنگامی که افراد در جلسه هستند خودگویی های کارآمدتر جایگزین شناخت ها و خودگویی های ناکارآمد می شوند. چهارم، می توان از نزدیک سازی پیشرونده استفاده کرد. در این تکنیک زمان ارایه تصویر استراس زاتری قرار می گیرد. به این شیوه می توان مراجعان را تشویق کرد و به آنها امید داد که توانایی شان برای مقابله با مشکلات رفته رفته افزایش می یابد و انتظار نداشته باشند که بلافاصله بر مشکل خود غلبه کنند. پنجم، می توان مهارت های هیپنوتیسمی را آموزش داد (۲۶). به افراد آموزش داده می شود که رفتار جلسه را تمرین کنند تا بهتر به تلقین های هیپنوتیسمی پاسخ دهند. این رویکرد فرض می کند که هیپنوتیسم مهارتی آموختنی است. قبلاً نیز ذکر شد که این فرض قدری مجادله انگیز است. با این وجود، به نظر می رسد که بیشتر مردم وقتی با هیپنوتیسم و هیپنوتراپیست احساس راحتی بیشتری می کنند، می توانند استعداد جلسه خود را دست کم تا حدی بهبود بخشند یا به طور کامل تری از استعداد جلسه ای که دارند استفاده کنند. بافت عامل تعیین کننده با اهمیتی برای رفتار هیپنوتیسمی آشکار است. به علاوه، می توان بیشتر کار هیپنوتیسمی را در جلسه ای سبک انجام داد، به طوری که استفاده از جلسه عمیق لازم نباشد. اغلب، آرمیدگی و جلسه سبک تمام آن چیزی است که نیاز است (۲۷).

لازم به ذکر است در پژوهش حاضر، بررسی منابع اطلاعاتی در دسترس نشان داد که تا کنون پژوهش منشر شده در زمینه اثر بخشی درمان هیپنوتراپی با ERP بر روی بیماران وسواس وجود ندارد، لذا پژوهش حاضر به عنوان یک نوآوری و ابتکار در استفاده از این مداخله درمانی بر روی بیماران وسواس شستشو بشمار می رود.

روش پژوهش:

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به وسواس شستشو مراجعه کننده به کلینیک‌های حرم مطهر و کلینیک خانه مهر در شهر مشهد در بهار ۱۳۹۶ بود. از این جامعه یک نمونه تصادفی ۳۰ نفره انتخاب گردید. البته قبل از انتخاب نهایی ورود این افراد به آزمایش از یک تست غربالگری نیز استفاده شد تا آزمودنی ها دارای ملاک ملاک‌های ورود (شامل: دارابودن اختلال وسواس شستشو، عدم شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی، عدم دریافت مشاوره فردی یا دارو درمانی (به جز مسکن) و تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش) و ملاک های خروج باشند. وبعد از پرسشنامه های پیش تست ،درمان مبتنی برهیپنوتراپی با ERP در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک بار در هفته بر روی گروه آزمایش به عمل آمد و در این مدت گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. بعد از پایان جلسات برای هر دو گروه پس آزمون اجرا شد. به منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس شدت وسواس فکری عملی بیبل براون و سیاهه عاطفه مثبت و منفی استفاده شد.

مقیاس شدت وسواس فکری- عملی ییل- براون (YBOCS): این مقیاس در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و ۱۰ ماه دارد که پنج ماده آن متمرکز بر وسواس‌های فکری و ۵ ماده متمرکز بر وسواس‌های عملی است (۲۸). روش نمره گذاری در این پرسشنامه به این صورت است که اعدادی را که در کنار پاسخ‌های سؤالات یک تا ده نوشته شده‌اند و برای پاسخ دادن به سؤالات یکی از آنها را علامت زده شده با هم جمع می‌گردد. در ایران پایایی بین مصاحبه‌کنندگان برای این مقیاس (۲=۰/۹۸)، ضریب همسانی درونی آن (۲=۰/۸۹) و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته (۲=۰/۸۴) گزارش شده است. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون به ترتیب $r=0/64$ و $r=0/59$ به دست آمد. امانی و همکاران در پژوهشی ضمن بررسی روایی صوری این ابزار به بررسی ضریب آلفای کرونباخ پرداختند که بالاتر از ۰/۷ حاصل شد (۲۹).

در این تحقیق ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه برابر با ۰/۷۳ مشاهده گردید که حاکی از قابل قبول بودن پایایی ابزار تحقیق در جامعه مورد مطالعه می باشد.

سیاهه عاطفه مثبت و منفی: این پرسشنامه ۲۰ گویه دارد و برای سنجش دو بعد خلقی مثبت و منفی طراحی شده است. گویه‌ها روی مقیاس ۵ درجه‌ای پاسخ داده می‌شوند. این ابزار به صورت خودسنجی تکمیل می‌شود و با تغییر دستورالعمل آن می‌توان بعد حالتی یا صفتی عاطفه را سنجید. ضریب آلفای کرونباخ خرده مقیاس عاطفه مثبت و منفی، به ترتیب ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ و ۰/۸۷ تا ۰/۸۴ و ضریب پایایی بازآزمون در بازه‌های زمانی طی هشت هفته، برای عاطفه مثبت و منفی به ترتیب ۰/۶۸ تا ۰/۴۷ و ۰/۷۱ تا ۰/۳۹ گزارش شده است (۲۹). در ایران پایایی سیاهه عاطفه مثبت و منفی از طریق آماره‌های همسانی درونی (ضریب آلفا) و همبستگی آزمون آزمون مجدد محاسبه شدند. همسانی درونی (ضریب آلفا) برای سیاهه عاطفه مثبت و سیاهه عاطفه منفی به ترتیب عبارت بودند از ۰/۸۵ و ۰/۸۰ و ضرایب آزمون- آزمون مجدد برای خرده مقیاس‌ها عبارت بودند از ۰/۸۲ و ۰/۸۰ (۳۰). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای سیاهه عاطفه مثبت و منفی ۰/۸۲ مشاهده گردید که حاکی از قابل قبول بودن پایایی ابزار تحقیق در جامعه مورد مطالعه می باشد.

داده‌های بدست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و به کمک برنامه SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که در بخش توصیفی به ارائه میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده گردید.

یافته‌ها:

در این مطالعه، اطلاعات مربوط به ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به وسواس شست و شو که در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داشتند مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که تعداد آزمودنی‌های متأهل (۸۰/۰ درصد) بیشتر از تعداد آزمودنی‌های مجرد (۱۳/۲ درصد) و مطلقه (۶/۸ درصد) بوده و میانگین سنی در گروه آزمایش ۳۱/۴۰ سال و در دامنه ۲۱ سال تا ۵۰ سال متغیر می‌باشد. در گروه کنترل نیز میانگین سن (۳۱/۶۶ سال) بود و از ۲۱ سال تا ۴۵ سال متغیر می‌باشد. همچنین تعداد آزمودنی‌های دارای تحصیلات دیپلم (۵۵/۶ درصد) بیشتر از سایر تحصیلات بوده کمترین فراوانی مربوط به تحصیلات لیسانس به بالا (۶/۷ درصد) می‌باشد. به طور کلی از نظر مشخصات عمومی یا ملاک‌های ورودی نظیر سن، میزان تحصیلات و وضعیت تاهل تفاوت معنی داری بین دو گروه کنترل و آزمایش وجود نداشت. در جدول شماره ۱، شاخص‌های توصیفی بدست آمده از آزمون وسواس فکری و عملی و عاطفه مثبت و منفی در سه مرحله پیش

آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داده شده است. همانطور که از داده‌های جدول نیز ملاحظه می‌شود وسواس فکری و وسواس عملی در پس آزمون گروه آزمایش کاهش یافته است. همچنین در مرحله پیگیری این کاهش حفظ شده است. این در حالی است که در گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری نمرات تقریباً ثابت است. نتایج توصیفی حاصل از عاطفه مثبت نیز نشان‌دهنده آن بود که در پس آزمون گروه آزمایش نمرات افزایش یافته و در مرحله پیگیری این افزایش حفظ شده است. این در حالی است که در گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری نمرات مثبت عاطفه مثبت تقریباً ثابت است. این در حالی است که در گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری نمرات منفی عاطفه منفی تقریباً ثابت است. اما این یافته‌ها در سطح توصیفی است و برای بررسی معنی‌داری تفاوت‌های ملاحظه شده نیاز به تحلیل‌های استنباطی می‌باشد. با استفاده از آزمون باکس فرض همگنی ماتریس‌های واریانس- کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. با توجه به اینکه مقدار احتمال به‌دست آمده در آزمون‌های باکس از سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۵ بیشتر می‌باشد، لذا شرط همگنی ماتریس‌های واریانس- کواریانس برقرار بوده و مجاز به استفاده از روش تحلیل کواریانس چند متغیره برای سنجش اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر نشانگان بالینی و عاطفه مثبت و منفی بیماران وسواس شستشو هستیم.

یکی دیگر از پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چند متغیره برابری واریانس‌های خطا می‌باشد که برای سنجش آن از آزمون لون استفاده گردید. نتایج بررسی برابری واریانس‌های خطا نشان داد که مقادیر احتمال در آزمون‌های لون برای متغیرهای مورد بررسی بیشتر از ۰/۰۱ می‌باشد، لذا در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا در گروه‌های مورد مطالعه محقق شده است. بررسی همگنی شیب رگرسیون نیز از معنی‌دار نبودن تعامل شرایط و پیش آزمون حمایت می‌کند، لذا پیش فرض‌های تحلیل کواریانس برقرار بوده و می‌توان از تحلیل کواریانس چند متغیره برای تحلیل نمرات آزمون‌ها استفاده نمود. نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره در مراحل پس آزمون و پیگیری پس از کنترل پیش آزمون در جداول شماره ۳ الی ۷ ارائه شده است.

گروه	وسواس عملی		وسواس فکری		عاطفه مثبت		عاطفه منفی		
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
آزمایش	پیش آزمون	۱۰.۹	۴.۰۳	۱۳.۹	۳.۸۰	۲۹.۹	۷.۳۷	۳۱.۳	۹.۰۹
	پس آزمون	۷.۹	۲.۸۷	۱۰.۱	۳.۲۹	۳۶.۳	۶.۱۸	۲۷.۸	۷.۹۶
	پیگیری	۷.۹	۲.۶۹	۱۰.۷	۳.۵۱	۳۵.۵	۵.۹۴	۲۸.۱	۸.۰۸
کنترل	پیش آزمون	۱۴.۳	۳.۶۴	۱۳.۰	۴.۰۹	۲۸.۹	۸.۶۴	۳۳.۶	۹.۹۱
	پس آزمون	۱۴.۵	۳.۷۶	۱۳.۳	۴.۰۳	۲۸.۹	۸.۴۹	۳۳.۵	۹.۶۶
	پیگیری	۱۵.۱	۳.۵۰	۱۴.۱	۴.۱۵	۲۸.۲	۸.۴۰	۳۳.۷	۹.۵۹

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد وسواس فکری و عملی در مراحل پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش که مداخله درمان هیپنوتراپی با ERP دریافت نموده‌اند، کاهش یافته است مولفه‌ی عاطفه مثبت در گروه آزمایش پس از

دریافت مداخله افزایش و عاطفه منفی کاهش یافته است. معنی‌داری این کاهش و افزایش‌ها در جداول ذیل مورد آزمون و تحلیل قرار گرفته است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره به منظور بررسی اثربخشی درمان هیپنوتراپی با ERP بر نشانگان بالینی					
متغیر	مقدار لاندای ویلک	مقدار آماره	درجات آزادی	معنی‌داری	اندازه اثر
	Wilks' Lambda	F	df	sig	Eta squared
وسواس عملی (پس آزمون)					
وسواس عملی (پیگیری)	۰.۱۴۰	۳۲.۲۹۷	۴ و ۲۳	۰.۰۰۰	۰.۸۶۰
وسواس فکری (پس آزمون)					
وسواس فکری (پیگیری)					

نتایج آزمون مندرج در جدول فوق نشان می‌دهد که مقدار معنی‌داری آزمون (۰/۰۰۰) از خطای ۵ درصد کمتر است. لذا درمان هیپنوتراپی با ERP بر نشانگان بالینی با اندازه اثر ۸۶ درصد اثربخش است. (لازم به ذکر است که بنابر طبقه‌بندی کوهن، اندازه اثر بین ۰ تا ۰/۲ اندازه اثر ناچیز، اندازه اثر بین ۰/۲ تا ۰/۵ اندازه اثر کوچک، اندازه اثر بین ۰/۵ تا ۰/۸ اندازه اثر متوسط و اندازه اثر بالای ۰/۸ اندازه اثر زیاد تلقی می‌شود).

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره به منظور بررسی اثربخشی درمان هیپنوتراپی با ERP بر وسواس فکری و عملی					
متغیر	مقدار لاندای ویلک	مقدار آماره	درجات آزادی	معنی‌داری	اندازه اثر
	Wilks' Lambda	F	df	sig	Eta squared
وسواس عملی (پس آزمون)					
وسواس عملی (پیگیری)	۰.۲۸۵	۳۲.۵۵۱	۲ و ۲۶	۰.۰۰۰	۰.۷۱۵
وسواس فکری (پس آزمون)					
وسواس فکری (پیگیری)	۰.۱۴۶	۷۶.۲۸۸	۲ و ۲۶	۰.۰۰۰	۰.۸۵۴

همچنین نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره که برای سنجش اثربخشی درمان هیپنوتراپی با ERP بر وسواس فکری و عملی به طور جداگانه انجام شده است، نشان می‌دهد که تأثیر درمان هیپنوتراپی با ERP بر وسواس عملی (اندازه ۷۱ درصد) کمتر از وسواس فکری (۸۵ درصد) می‌باشد. در ادامه به بررسی اثربخشی درمان هیپنوتراپی با ERP بر عواطف مثبت و منفی بیماران وسواس شستشو پرداخته می‌شود.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره به منظور بررسی اثربخشی درمان هیپنوتراپی با EPR بر عواطف مثبت و منفی					
متغیر	مقدار لاندای ویلک	مقدار آماره	درجات آزادی	معنی داری	اندازه اثر
	Wilks' Lambda	F	df	sig	Eta squared
عاطفه مثبت (پس آزمون)					
عاطفه مثبت (پیگیری)	۰.۱۸۳	۲۵.۶۶۷	۴ و ۲۳	۰.۰۰۰۰	۰.۸۱۷
عاطفه منفی (پس آزمون)					
عاطفه منفی (پیگیری)					

نتایج آزمون اثربخشی درمان هیپنوتراپی با ERPI بر عواطف مثبت و منفی نشان می دهد که مقدار معنی داری آزمون (۰/۰۰۰) از خطای ۵ درصد کمتر است. لذا درمان هیپنوتراپی برعاطفه مثبت و منفی با اندازه اثر ۸۱ درصد اثربخش است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره به منظور بررسی اثربخشی درمان هیپنوتراپی با EPR بر عاطفه مثبت و منفی					
متغیر	مقدار لاندای ویلک	مقدار آماره	درجات آزادی	معنی داری	اندازه اثر
	Wilks' Lambda	F	df	sig	Eta squared
عاطفه مثبت (پس آزمون)					
عاطفه مثبت (پیگیری)	۰.۴۰۷	۱۸.۹۵۷	۲ و ۲۶	۰.۰۰۰۰	۰.۵۹۳
عاطفه منفی (پس آزمون)					
عاطفه منفی (پیگیری)	۰.۳۱۶	۲۸.۱۶۸	۲ و ۲۶	۰.۰۰۰۰	۰.۶۸۴

همچنین نتایج دو آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره فوق نشان می دهند که مقادیر معنی دار متناظر با تأثیر درمان هیپنوتراپی با ERP بر عاطفه مثبت و منفی برابر ۰/۰۰۰ می باشند که از خطای ۰/۰۵ کمتر هستند. لذا درمان هیپنوتراپی با ERPI بر عاطفه مثبت با اندازه اثر ۵۹ درصد و بر عاطفه منفی با اندازه اثر ۶۸ درصد تاثیر گذار می باشد

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره به منظور بررسی اثربخشی درمان هیپنوتراپی با EPR بر نشانگان بالینی در مراحل پس آزمون و پیگیری						
شاخص منابع تغییرات	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
وسواس عملی (پس آزمون)	۹۵.۵۰۲	۱.۰۰۰	۹۵.۵۰۲	۴۴.۷۵۴	۰.۰۰۰۰	۰.۶۲۴
وسواس عملی (پیگیری)	۱۳۸.۷۵۳	۱.۰۰۰	۱۳۸.۷۵۳	۶۷.۵۹۰	۰.۰۰۰۰	۰.۷۱۵
وسواس فکری (پس آزمون)	۱۱۷.۶۵۱	۱.۰۰۰	۱۱۷.۶۵۱	۱۵۴.۸۹۱	۰.۰۰۰۰	۰.۸۵۲
وسواس فکری (پیگیری)	۱۲۷.۱۳۸	۱.۰۰۰	۱۲۷.۱۳۸	۱۰۴.۵۵۱	۰.۰۰۰۰	۰.۷۹۵

جدول ۷: نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره به منظور بررسی اثربخشی درمان هیپنوتراپی با ERP بر عاطفه مثبت و منفی در مراحل پس آزمون و پیگیری						
شاخص منابع تغییرات	مجموع مجزورات	درجات آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
عاطفه مثبت (پس آزمون)	۳۲۰.۵۷۶	۱.۰۰۰	۳۲۰.۵۷۶	۳۹.۲۹۰	۰.۰۰۰	۰.۵۹۳
عاطفه مثبت (پیگیری)	۳۰۳.۵۶۳	۱.۰۰۰	۳۰۳.۵۶۳	۳۶.۳۷۶	۰.۰۰۰	۰.۵۷۴
عاطفه منفی (پس آزمون)	۹۱.۲۷۸	۱.۰۰۰	۹۱.۲۷۸	۵۶.۲۱۶	۰.۰۰۰	۰.۶۷۶
عاطفه منفی (پیگیری)	۸۴.۴۰۲	۱.۰۰۰	۸۴.۴۰۲	۴۸.۱۴۶	۰.۰۰۰	۰.۶۴۱

مقادیر معنی داری و مقادیر اتا به دست آمده در جداول شماره ۶ و ۷ نشان می‌دهد که نه تنها درمان صورت گرفته بر وسواس فکری، وسواس عملی، عاطفه مثبت و عاطفه منفی بیماران مورد بررسی تأثیرگذار بوده است، بلکه تأثیر درمان هیپنوتراپی با ERP بر نشانگان بالینی و عواطف مثبت و منفی بیماران وسواس شستشو بعد از گذشت مدت سه ماه از مداخله، هنوز پایدار مانده است.

بحث و نتیجه گیری:

در این مطالعه نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان تلفیقی هیپنوتراپی با ERP به طور معناداری منجر به کاهش افکار وسواسی و نیز وسواس عملی شد و نیز این درمان منجر به افزایش معنی دار عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی شد. همچنین در مطالعه پیگیری به عمل آمده نیز نشان دهنده این بود که نتایج اثرات درمان به کار گرفته شده بعد از مداخله و پیگیری ۳ ماهه کماکان باقی مانده بود. با توجه به اینکه در بحث حاضر، بررسی منابع اطلاعاتی در دسترس نشان می‌دهد که تاکنون پژوهش منتشرشده مشابهی در زمینه اثربخشی درمان هیپنوتراپی بر کاهش نشانگان بالینی وجود ندارد. لذا پژوهش حاضر به عنوان یک نوآوری و ابتکار در استفاده این مداخله درمانی بر روی بیماران وسواس شستشو به شمار می‌رود. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مربوط به متغیرهای مشابه مقایسه و در نهایت تبیین می‌گردد. این تحقیق هم سو با نتایج پژوهش برینانت^۱ و همکاران (۲۰۰۸) درباره تأثیر درمان تلفیقی هیپنوتیزم و شناختی رفتاری بر علائم اختلال استرس حاد با پیگیری سه ساله حاکی از اثربخشی این درمان بر کاهش علائم اختلال استرس حاد در مرحله پس آزمون و پیگیری بود (۳۱). و نیز همسو با نتایج پژوهش تیلور^۲ (۲۰۱۰) درباره تأثیر هیپنودرمانی شناختی رفتاری بر افسردگی بود. این مطالعه که مطالعه‌ی موردی بود، نشان داد که هیپنودرمانی شناختی رفتاری بطور معناداری منجر به کاهش نشانه‌های افسردگی می‌شود (۳۲). آلا دین و علیب‌های^۳ (۲۰۱۰) در تحقیقی که به منظور مقایسه تأثیر هیپنوتراپی با درمان شناختی- رفتاری داشتند از ۸۴ بیماری که دچار اختلال اضطرابی بودند بصورت تصادفی در طی ۱۶ هفته بر اساس پرسشنامه اضطراب بک به درمان بیماران پرداختن. نتایج و تجزیه و تحلیل داده‌ها که به مدت یکسال نیز پیگیری و پایدار بود نشان داد هیپنوتراپی در مقایسه با درمان شناختی- رفتاری، بیماران درصد اثر بخشی بهتری در درمان داشته است. شده، ۵۶ درصد با

1- Bryant

2- Taylor

3- Alladin A, Alibhai

کاهش اضطراب همراه بوده است، در حالی که گروه دیگر به ترتیب ۱۰ و ۴۷ درصد افزایش اضطراب را تجربه کرده اند، یعنی علاوه بر اینکه سطح اضطراب آن ها کاهش نیافته بود بلکه با رشد اضطراب نیز همراه بود (۳۳).

اولاتونجی^۱ و همکاران (۲۰۱۳) در یک مطالعه مبتنی بر فراتحلیل به بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری برای اختلال وسواس پرداختند. آن ها پس از بررسی شانزده کارازمایی بالینی با حجم نمونه ۷۵۶ شرکت کننده نشان دادند که درمان شناختی رفتاری می تواند باعث کاهش علائم افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی پس از درمان گردد. همچنین آن ها نشان دادند که در مرحله پیگیری نیز این درمان موثر بوده است (۳۴). با این حال آن ها اعتقاد دارند که تحقیقات بیشتری برای شناسایی فرایندهایی که ممکن است پاسخ به درمان را تسهیل نماید مورد نیاز است. در تبیین اثر بخشی درمان هیپنوتراپی با ERP می توان گفت که کاربرد شیوه های درمانی معمول طی هیپنوتراپی می تواند به پذیرش عمیق تر اصول و شیوه های مورد بحث از جانب مراجع گردد که می تواند ناشی از القاپذیری بیشتر وی در حالت هیپنوتیزم باشد. در این راستا با کاهش فشار ذهنی ناشی از مواجهه در پی ارائه القائات مربوطه و نیز با پردازش شناختی موقعیت های ترس آور طی هیپنوتیزم (مواجهه خیالی طی هیپنوتیزم) مواجه با موقعیت های راه انداز وسواس و در نتیجه نادیده گرفتن فشار ذهنی ناشی از این موقعیت ها برای وی آسان تر شده و می تواند با موفقیت بیشتری این فشار را تحمل کند و در نهایت این کاهش فشار به مراجع کمک می کند که در مواجهه بتواند از فوائد درمانی بهتر سود ببرد.

از آنجایی که بیماری وسواس با سوزده های متفاوت وابسته به فرهنگ است. در کشور ما اکثر بیماران وسواس با موضوعات مربوط به مذهب درگیر می باشند. بیماران وسواس شستشو دارای اعتقادات مذهبی هستند، باورهای درمانگر برای مراجعین بسیار مهم است و شاید بخشی از موفقیت پژوهشگر مرتبط با این مسأله بود مراجعین باور داشتند که تحت تأثیر درمان و انجام راهکارهای درمانی، اعتقادات آنها زیر سؤال نمی رود. بنابراین همکاری خوبی در جهت درمان داشتند. یک اقدام جالب و می شود گفت مبتکرانه که در این پژوهش اتفاق افتاد، این بود که از مراجعین گروه آزمایش خواسته شد برای گزارش روزانه که یکی از آیتم های درمان می باشد، گروه تلگرامی به اتفاق درمانگر تشکیل دهند و گزارش هر روزه خود را در گروه بگذارند. به نظر می آید این اقدام تأثیر بسیار مطلوبی در روند درمان گذاشت. به طوریکه ضمن ایجاد انگیزه و حس رقابت و تقویت باور در جهت درمان، احساسات همدلی، دریافت حمایت، احساس دسترسی به درمانگر می توانست از عوامل موفقیت درمان به شمار آید. به نظر می رسد که بیماران وسواس با توجه به اینکه به رفتارها و عادات شرطی شده اند بی شباهت به افراد معتاد نیستند، با این وصف قرارگرفتن افراد وسواس در گروهایی مشابه NA احتمالاً بتواند همان تأثیرات درمانی را به دنبال داشته باشد. از طرفی طبق مصاحبه های بالینی به عمل آمده بیماران وسواسی که در این پژوهش شرکت داشته اند قبل از درمان هر کدام حداقل ۵ و حداکثر ۲۰ سال بود که وسواس داشته اند و گروهی از آنها برای اولین بار برای درمان مراجعه کرده بودند و گروهی هم درمان های متعددی را تجربه کرده بودند و با شکست درمان مواجه شده بودند و به عبارتی مقاوم به درمان بودند و از آنجایی که از شرایط ورود به درمان، عدم مصرف دارو بود با این حال موفقیت روش درمانی در چنین شرایطی حائز اهمیت است و در نهایت با مصاحبه های به عمل آمده و نیز گزارشات مراجعین، این درمان نه تنها منجر به کاهش وسواس شده بود بلکه در هدفمندی و آشتی با زندگی و رضایت از زندگی و ارتباط بهتر با اطرافیان و به طور کلی بهزیستی روان شناختی نیز تأثیر مطلوبی گذاشته بود. نتیجه گیری در پژوهش حاضر با هدف آرایه ی درمانی جدید و تکمیل و برطرف کردن نقایص درمانهای شناختی رفتاری، درمان تلفیقی هیپنوتراپی با ERP که تا به حال بر روی بیماران وسواس شستشو انجام نشده بود به منظور کاهش نشانگان بالینی افزایش عاطفه مثبت و کاهش عاطفه منفی انجام شد.

¹ - Olatunji

بدون شک هر پژوهشی هر چند کامل، دارای کاستی‌ها و محدودیت‌هایی می‌باشد و پژوهش حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی به این شرح می‌باشد؛ این پژوهش با هدف به‌کارگیری از روش‌های تلفیقی جهت تکمیل نقائص درمان‌های شناختی-رفتاری صورت گرفت ولی از آنجایی که در تحقیقات مداخله‌ای نوعاً به دلیل نداشتن امکانات نمی‌توان حجمی که معرف جامعه مبتلایان است مورد مطالعه قرار داد لذا تعمیم آن به سایر مبتلایان با احتیاط خواهد بود. نمونه در این پژوهش فقط شامل افراد مؤنث بود که تعمیم نتایج آن به سایرین با احتیاط خواهد بود. در خصوص بیماران وسواس شستشو، به نظر می‌رسد که برای مراجعین بسیار مهم است که درمانگر خود رویکرد مذهبی داشته باشد تا به درمانگر اعتماد کنند و این به نوبه‌ی خود می‌تواند محدودیتی را در اثربخشی درمان ایجاد کند. با توجه این محدودیت‌ها پیشنهادات این پژوهش مواردی همچون موارد زیر را در بر می‌گیرد. از آنجایی که وسواس شستشو، بیماری ناتوان‌کننده‌ای برای فرد وسواس است و اطرافیان را نیز درگیر می‌کند؛ به نوعی به جامعه هم با مصرف بیش از حد آب در این شرایط بحرانی ضرر می‌رساند. لذا پیشنهاد می‌گردد که دولت با قرار دادن امکانات بهتر و تشکیل انجمن حمایت از بیماران وسواس این قشر آسیب‌دیده را در جهت درمان مورد حمایت قرار دهد. همچنین از آنجایی که سوژه وسواس وابسته به فرهنگ است و اکثر افراد وسواس در ایران، سوژه‌ی وسواس‌شان نجس و پاکی است همچنین از آنجایی که سوژه وسواس وابسته به فرهنگ است و اکثر افراد وسواس در ایران، سوژه‌ی وسواس‌شان نجس و پاکی است لذا پیشنهاد می‌گردد که محققین به دنبال ساخت پروتکل درمانی با رویکرد اسلامی به منظور اثربخشی بیشتر درمان باشند. با توجه به موثر بودن این مداخله، پیشنهاد می‌گردد که از این رویکرد درمانی برای سایر اختلالات نیز استفاده گردد.

سپاسگزاری

این مقاله حاصل بخشی از پایان نامه دکتری نویسنده اول مقاله می‌باشد که با راهنمای جناب آقای دکتر حمید رضا آقامحمدیان شعراباف و مشاوره جناب آقای دکتر فریبرز باقری و در دانشکده علوم انسانی و اجتماعی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران انجام گردیده است. بدین وسیله از کلیه افراد شرکت کننده در پژوهش و مسئولان گرامی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، سپاسگزاری می‌گردد.

منابع:

1. Clark, D. A, & Purdon, C. (2007). Cognitive theory and therapy of obsessions and compulsions. In: Reinecke MA, Clark DA, editors. Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and practice. Cambridge: Cambridge University Press.
2. De siliva, P, & Rachman, S. (2008). Obsessive-compulsive Disorder: The Facts. London: Oxford University Press.
3. Sadock, B.J., Sadock, V.A., Ruiz, P. (2015). Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry (Eleventh edition). Philadelphia: Wolters Kluwer
4. Abramowitz, J. (2017). Presidential Address: Are the Obsessive-Compulsive Related Disorders Related to Obsessive-Compulsive Disorder? A Critical Look at DSM-5's New Category. Behavior Therapy, In Press, Accepted Manuscript

5. Mac Donald, A. M., & De Silva, D. (1999). The assessment of obsessionality using the Inventory: Its In A British Non- Clinical sample. *Personality and Individual Differences* 27, 1027- 1046.
6. American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Text Revision, 4th ed.)* Washington, DC: Author.
7. Jenike MA. Obsessive-compulsive disorder. *New England Journal of Medicine*. ۲۰۰۴;۳۵۰(۳):۶۵-۲۵۹
8. Ckark, D. A. (2004). *Cognitive- Behavioral Therapy for OCD*. New York, NY 10012. The Guilford Press. 3- 23.
9. De siliva, P, & Rachman, S. (2008). *Obsessive-compulsive Disorder: The Facts*. London: Oxford University Press.
10. Jenike, M. A., Bear, L, & Minichiello, W. E. (2002). *Handbook of Obsessive compulsive disorder practical management*. New York: Mosby Inc.
11. Wilhelm, S., Berman, N., Keshaviah, A., Schwartz, R., Steketee, G. (2015). Mechanisms of Change in Cognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder: Role of Maladaptive Beliefs and Schemas. *Behav Res Ther*, 1, 65: 5-10.
12. Moore KA, Howell J. Yes: The Symptoms of OCD and Depression Are Discrete and Not Exclusively Negative Affectivity. *Frontiers in Psychology*. ۲۰۱۷;۸
13. Abramowitz JS, Jacoby RJ. Obsessive-compulsive and related disorders: a critical review of the new diagnostic class. *Annual review of clinical psychology*. ۲۰۱۵;-۱۱:۱۶۵-۸۶
14. Lebowitz ER, Panza KE, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. *Expert review of neurotherapeutics*. ۲۰۱۶;۱۶(۱):۴۵
15. Wheaton, M.G., Galfalvy, H., Steinman, S.A., Wall, M.M., Foa, E.B., Simpson, H.B. (2016). Patient adherence and treatment outcome with exposure and response prevention for OCD: Which components of adherence matter and who becomes well. *Journal of Behavior Research and Therapy*. 85, 6-12.
16. Mazzoni G., Rotriquenz E., Carvalho C., Vannucci M., Roberts K., Kirsch I. (2009). Suggested visual hallucinations in and out of hypnosis. *Conscious Cogn*. 18, 494-9.
17. Morin, C.M. (1999). Empirically supported psychological treatments: a natural extension. *Canadian Psychology*. 40, 312315.
17. Batty, M.J. Bonnington, S., Tang, B.K., Hawken, M.B., and J.H. Gruzelier (2006). Relaxation strategies and enhancement of hypnotic susceptibility: EEG neurofeedback, progressive muscle relaxation and self-hypnosis. *Brain Res Bull*. 71, 83-90
18. Ponnah, K., Clin. D., Psy., Magaiti, Clin, D., Hollon, S.D. (2013). An update on the efficacy of psychological therapies in the treatment of obsessive-compulsive disorder in adults. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2(2), 207-218.

19. McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm. S., Stein, D.J., Kyrios, M., Matthews, K., Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 225(3), 236-46.
20. Batty, M.J. Bonnington, S., Tang, B.K., Hawken, M.B., and J.H. Gruzelier (2006). Relaxation strategies and enhancement of hypnotic susceptibility: EEG neurofeedback, progressive muscle relaxation and self-hypnosis. *Brain Res Bull*. 71, 83-90
21. Assen, A. (2007). *Hypnotherapy Explained*. Radcliffe Publishing, Oxon UK
22. Ramírez-Carrasco, A., Butrón-Téllez, C., Sanchez-Armass, O., Pierdant-Pérez, M. (2017). Effectiveness of Hypnosis in Combination with Conventional Techniques of Behavior Management in Anxiety/Pain Reduction during Dental Anesthetic Infiltration. *Pain Res Manag.*, 1, 1, 14-34.
23. Araoz, D. L. (1985). *The new hypnosis*. New York: Brunner
24. Golden, W. L., Dowd, E. T., & Friedberg, F. (1987). *Hypnotherapy: A modern approach*. New York: Pergamon.
25. Kirsch, I. (1993). Clinical hypnosis as a nondeceptive placebo: Empirically derived techniques. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 37(2), 95-106
26. Kirsch, I., & Lynn, S.J. (1997). Hypnotic involuntariness and the automaticity of everyday life. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 40(1), 329-348.
27. Dowd, E. (2005). Cognitive Hypnotherapy in the Management of Pain. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15 (2), 87-97.
28. 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. *Archives of general psychiatry*. ۱۹۸۹;۴۶(۱۱):۱۱-۱۰۰۶
29. Amani MAAABN, M. The effectiveness of inferential treatment on the reduction of obsessive-compulsive and practical symptoms. *Clinical Psychology Research & Consultation* ۲۰۱۳;۵(۱۲):۶۸-۵۵
30. Watson D, Clark LA, Tellegen A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*. ۱۹۸۸;۵۴(۶):۱۰۶۳
31. Bryant, R. A., Moulds, M. L., Nixon, R. D.V., Mastrodomenico, J., Felmingham, K, & Hopwood, S. (2008). Hypnotherapy and cognitive behaviour therapy of acute stress disorder: A 3-year follow-up, *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 44 (9), 1331- 1335.
32. Taylor, F. G. (2010). Cognitive Hypnotherapy for Depression: An Empirical Investigation. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 55 (2), 147-66.
33. Alladin A, Alibhai A. (2010). Cognitive hypnotherapy for depression: an empirical investigation. *Int J Clin Experiment Hypnosis*; 55:147-66.
34. Olatunji, B. O., Berg, H., Cox, R. C, Billingsley, A. (2017). The effects of cognitive reappraisal on conditioned disgust in contamination-based OCD: An analogue study. *Journal Anxiety Disorder*, 17, 4-9

