

## اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی در اختلال وسواسی- اجباری

هدف:

زهرا مکملی<sup>۱</sup>

مرکز آموزش عالی غیرانتفاعی شهید اشرفی  
اصفهان

دکتر حمید طاهر نشاط دوست

دانشگاه اصفهان

دکتر محمدرضا عابدی

دانشگاه اصفهان

روش:

یافته‌ها:

نتیجه‌گیری:

### مقدمه

اختلال وسواسی - جبری<sup>۲</sup> (OCD) تا قبل از دهه ۱۹۷۰ یک اختلال مقاوم به درمان قلمداد می‌شد که نیازمند درمان مادام‌العمر بود، اما بررسی‌های تجربی انجام شده در چند دهه اخیر منجر به شناسایی و معرفی روش‌های رفتاری مؤثری تحت عنوان مواجهه و بازداری از پاسخ<sup>۳</sup> گردید. استفاده از این روش ترکیبی که کارآیی آن با پژوهش‌های باز و کنترل شده متعدد نشان داده شده (مارکس<sup>۴</sup> و همکاران، ۱۹۸۸؛ کوتراکس<sup>۵</sup>، مولارد<sup>۶</sup>، بووارد<sup>۷</sup> و

مارکس ۱۹۹۳؛ فوا<sup>۸</sup>، کوزاک<sup>۹</sup>، استکتی<sup>۱۰</sup> و مک کارتی<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۲؛ فرانکلین<sup>۱۲</sup>، آبراموتیز<sup>۱۳</sup>، کوزاک، لویست<sup>۱۴</sup> و فوا، ۲۰۰۰)، پیش‌آگهی این اختلال را تغییر داده است. اخیراً روش‌های شناختی نیز در درمان OCD مورد توجه قرار گرفته‌اند که دال بر دخالت اجزای شناختی در این اختلال است. نظریه شناختی اختلال

2- Obsessive - Compulsive Disorder

3- exposure & response prevention

4- Marks

6- Mollard

8- Foa

10- Steketee

12- Franklin

14- Levitt

5- Cottraux

7- Bouvard

9- Kozack

11- McCarty

13- Abramowitz

۱- نشانی تماس: اصفهان، خیابان چهار باغ خواجو، سکینه خواجو، کوچه اوحدی، پلاک ۱۰.

E-mail: vebmokmeli @Gmail.com

روش های درمان وسواس عموماً به صورت فردی اجرا می شود و استفاده از رویکرد گروهی در درمان وسواس رواج چندانی ندارد. تا یک دهه پیش، رویکرد گروهی تنها به عنوان مکملی برای درمان فردی افراد مبتلا به OCD مطرح بود، نه به عنوان جانشین درمان فردی (پاول و لیندزی، ترجمه فارسی، ۱۳۷۹). استفاده از این روش به عنوان یک روش جایگزین در درمان اختلال وسواسی - اجباری رویکرد کاملاً جدیدی است که از یک دهه پیش مورد توجه قرار گرفته است. در این روش بیمار تنها یک گیرنده منفعل درمان نیست و این شیوه در ایجاد فشار برای شکستن مقاومت بیماران به درمان مفید است.

نتایج پژوهش ها حاکی از آن است که درمان گروهی وسواس نیز مانند روش فردی منجر به کاهش قابل توجه علائم وسواسی - اجباری می گردد. (فالز - استورت<sup>۷</sup>، مارکس<sup>۱۸</sup> و اسپنجر<sup>۱۹</sup>، ۱۹۹۳؛ کرون<sup>۲۰</sup>، هیمل<sup>۲۱</sup> و نس<sup>۲۲</sup>، ۱۹۹۱؛ میلر<sup>۲۳</sup>، اندری<sup>۲۴</sup> و هانتوش<sup>۲۵</sup>، ۱۹۹۸). بررسی های انجام شده به شیوه شناختی - رفتاری نیز نتایج مشابهی دربرداشته است. در پژوهش تینمن<sup>۲۶</sup>، مارتین<sup>۲۷</sup>، کرگر<sup>۲۸</sup>، تامپسون<sup>۲۹</sup> و دایرفریدمن<sup>۳۰</sup> (۲۰۰۱) ۱۴ کودک ۸ تا ۱۴ ساله مبتلا و والدین آنها در ۱۴ هفته درمان گروهی شناختی - رفتاری خاص کودکان را دریافت کردند. نتایج آزمون ییل - براون کودکان و ارزیابی والدین از علائم وسواس کودکان کاهش معنی داری را در نمرات وسواس - اجبار آزمودنی ها نشان داد. پژوهش ون نوپن، استکتی، مک کوردل<sup>۳۱</sup> و پاتو<sup>۳۲</sup> (۱۹۹۷) که دو نوع رفتاردرمانی گروهی (شناختی - رفتاری و درمان گروهی چند خانوادگی<sup>۳۳</sup> به شیوه رفتاری) را مورد مطالعه قرار دادند و نیز پژوهش مک لین<sup>۳۴</sup> و

وسواسی - اجباری پیشنهاد می کند که تفسیر فاجعه آمیز در زمینه اهمیت افکار مزاحم باعث بروز و تداوم این افکار می گردد (به نقل از شفرن<sup>۱</sup> و سومرز<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸). جامع ترین تحلیل شناختی برای OCD (سالکوسکیس<sup>۳</sup>، ۱۹۸۵، ۱۹۸۹، به نقل از کلارک<sup>۴</sup> و فربورن<sup>۵</sup>، ۱۹۸۹) پیشنهاد می کند که افکار وسواسی مزاحم، محرک راه اندازی انواع مشخصی از افکار اتوماتیک هستند. بر پایه این نظریه، یک فکر مداخله گر در صورتی منجر به آشفتگی خلقی خواهد شد که سیستم باورهای شخصی، فکر مزاحم را غیر قابل قبول ارزیابی کرده و در نتیجه افکار اتوماتیک منفی را به راه اندازد (مثلاً فقط آدم های بد، افکار جنسی منع شده دارند). احساس مسئولیت بالا و خود شرمنده سازی، موضوع های اصلی سیستم فکری افراد وسواسی است. خنثی سازی به شکل تشریفات شناختی یا رفتاری، تلاشی جهت کاهش این احساس مسئولیت و جلوگیری از احساس شرمندگی است. بر این اساس، درمان بر شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش های مربوط به احساس مسئولیت افراطی و جلوگیری از خنثی سازی ناشی از این احساس، افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز می شود (ون نوپن<sup>۶</sup> و دیهان<sup>۷</sup>، ۱۹۹۵، به نقل از دادستان، ۱۳۸۰).

روش فوق به ویژه در بیمارانی مؤثر است که از ورود کامل به درمان «مواجهه و جلوگیری از پاسخ» واهمه دارند یا نسبت به درمان مقاوم هستند؛ زیرا به جای اینکه بیماران را به توقف رفتارهای اجباری ترغیب نماید، سوء تعبیرهایی را هدف قرار می دهد که فرد را وادار به انجام اعمال وسواسی می کند و بر بی خطر بودن توقف این رفتارها تأکید می نماید. بررسی های جدیدتر عموماً روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ را با رویکرد شناختی تلفیق کرده و تأثیر درمان شناختی - رفتاری را در درمان علائم این اختلال مورد توجه قرار داده اند. نتایج حاصل از این مطالعات (فریستون<sup>۸</sup>، لادا کورر<sup>۹</sup>، گاگونون<sup>۱۰</sup> و باجولد<sup>۱۱</sup>، ۱۹۹۷؛ ون بلکوم<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۱۹۹۸؛ اکانور<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۱۹۹۹؛ فرانکلین، آبراموویتز، باکس<sup>۱۴</sup>، زوالتر<sup>۱۵</sup> و فینی<sup>۱۶</sup>، ۲۰۰۲) نشان می دهد که این روش موجب تسریع پیامدهای فوری درمان، کاهش قابل توجه علائم و نیز کاهش احتمال عود می شود.

1- Shafan	2- Somers
3- Salkoviskis	4- Clark
5- Fairburn	6- Van Noppen
7- De Haan	8- Freeston
9- Lodoucurur	10- Gagnon
11- Bujold	12- Van-Balkom
13- Oconnor	14- Bux
15- Zoellner	16- Feeny
17- Fals-Stewart	18- Marks
19- Schafer	20- Krone
21- Himle	22- Nesse
23- Millet	24- Andre
25- Hantouche	26- Thienemann
27- Martin	28- Cregger
29- Thompson	30- Dyer-Friedman
31- McCorkle	32- Pato
33- multifamily behavioral treatment	34- McLean

زهرا مکملی و همکاران

DSM-IV-TR (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۰) توسط روانشناس بالینی و روانپزشک صورت گرفت، آزمودنی‌ها با استفاده از آزمون وسواسی - اجباری مادزلی<sup>۱</sup> (به عنوان پیش آزمون و به منظور ارزیابی عینی وضعیت آزمودنی‌ها) ارزیابی شدند. این آزمون یک پرسشنامه ۳۰ سؤالی درست - نادرست است و ویژگی‌های روانسنجی قابل قبولی دارد. هاجسون<sup>۲</sup> (۱۹۷۷)، ۱۹۸۰، به نقل از منزیس<sup>۴</sup> و دی سیلوا<sup>۵</sup> (۲۰۰۳) روایی همگرایی این پرسشنامه را رضایت‌بخش و پایایی بازآزمایی آن را در حدود ۰/۸۹ برآورد کرد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل ۰/۸۷ گزارش شد. ساناوو<sup>۶</sup> (۱۹۸۸)، به نقل از همان‌جا) بین نمرات کل آزمون مادزلی و مقیاس پادوا<sup>۷</sup> همبستگی ۰/۷۰ را به دست آورد. در ایران قاسم‌زاده (۱۳۸۰) روایی محتوایی این آزمون را بررسی و تأیید کرده است.

سپس آزمودنی‌ها به شیوه تصادفی در دو گروه چهار نفری شامل یک گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. آزمودنی‌های گروه آزمایشی به مدت یک ماه به صورت یک گروه چهار نفره با حضور درمانگر، مداخله شناختی - رفتاری را به شیوه گروهی در ده جلسه یک روز در میان دریافت کردند. محتوای جلسات شامل به کارگیری راهبردهای ایجاد و تقویت انگیزه جهت آغاز درمان، توضیح در مورد ماهیت و علت وسواس، تشریح روش‌های درمانی و توضیح در مورد روش درمان شناختی - رفتاری، ارائه منطق درمان و چندین جلسه متوالی مواجهه و جلوگیری از پاسخ به همراه بازسازی شناختی از طریق شناسایی و ارزیابی تحریفات شناختی درگیر به ویژه بیشینه سازی احتمال خطر و احساس مسئولیت افراطی و نقش آن در اجتناب و خنثی‌سازی، راهکارهای مقابله با شک و تردید و ناتوانی در تصمیم‌گیری، انعطاف‌پذیری و نگرش‌های کمال‌گرایانه، تأکید بر تفکیک افکار مزاحم وسواسی و افکار اتوماتیک منفی و نقش آنها در تداوم مشکل و ممانعت از مواجهه بود. جلسه آخر به بررسی موانع و مشکلات موجود در جریان درمان، پیشگیری از عود و حفظ نتایج درمان اختصاص یافت. آزمودنی‌های گروه کنترل در مدت یک

همکاران (۲۰۰۱) که تأثیر درمان شناختی - رفتاری را با درمان رفتاری مواجهه و جلوگیری از پاسخ به شیوه گروهی مقایسه کرده است نشان دهنده تأثیر این روش است. همچنین پژوهش‌های اسپار<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۰۵) دال بر تأثیر قابل توجه رویکرد گروهی در کاهش علائم اختلال است.

رویکرد گروهی درمان وسواس در ایران چندان شناخته شده نیست، به همین دلیل با وجود محاسن فراوانی که از لحاظ بالینی در تسهیل و تسریع فرآیند درمان دارد و نیز اهمیت این شیوه از نظر صرفه‌جویی در وقت، هزینه، امکانات و انرژی برای بیمار و درمانگر، مورد توجه و استفاده قرار نگرفته است. این پژوهش با هدف بررسی تجربی کارآیی این شیوه در درمان اختلال وسواسی - جبری در جامعه ما با استفاده از روش شناختی - رفتاری صورت گرفته است. در واقع این پژوهش با هدف پاسخ به این سؤال اساسی طراحی شده است که آیا منطبق با نتایج بررسی‌های انجام شده در خارج از کشور درمان شناختی - رفتاری به روش گروهی منجر به کاهش علائم اختلال وسواس می‌گردد یا در جامعه ما تأثیر کمتری دارد؟

## روش

در این پژوهش از طرح پژوهشی نیمه تجربی با گروه آزمایشی و گروه کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. نمونه پژوهش تعداد هشت بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - جبری بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی زمانی از میان مراجعان به مراکز خدمات روانشناختی و مشاوره سطح شهر اصفهان انتخاب شدند. در انتخاب نمونه هیچگونه محدودیتی از لحاظ سن، میزان تحصیلات، مدت بیماری، نوع و شدت وسواس اعمال نشد. هیچ‌یک از آزمودنی‌ها درمان دارویی دریافت نمی‌کردند. پس از انتخاب، موضوع پژوهش با آنها در میان گذاشته شد تا آگاهانه و با رضایت در پژوهش مشارکت نمایند. اجرای پژوهش در دو مرحله صورت گرفت. مرحله اول مرحله پیش‌تحقیق بود که با طرح مشابهی به منظور شناسایی کاستی‌های روش اجرایی پژوهش و تسلط در به کارگیری تکنیک درمانی به روش گروهی انجام شد. در مرحله دوم، پس از مصاحبه بالینی که بر اساس ملاک‌های

1- Asbahr  
3- Hadjson  
5- De Silva  
7- padua  
2- Maudsly obsessive compulsive inventory  
4- Menzies  
6- Sanavio

است. بر این اساس هدف این پژوهش بررسی تأثیر درمان گروهی به شیوه شناختی - رفتاری در کاهش علائم وسواس و اجبار بود که در مورد هشت بیمار مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری مراجعه کننده به مراکز خدمات روانشناختی شهر اصفهان در قالب گروه‌های آزمایش و کنترل با پیش‌آزمون و پس‌آزمون اجرا گردید. نتایج نشان داد که درمان شناختی - رفتاری به روش گروهی باعث کاهش معنی‌دار علائم وسواسی - اجباری آزمودنی‌های یاد شده نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های کرون (۱۹۹۱)، ون‌نوپن (۱۹۹۷)، تیسنمن و همکاران (۲۰۰۱) و اسپار و همکاران (۲۰۰۵) که با شیوه شناختی - رفتاری انجام شده و مطالعه مک‌لین و همکاران (۲۰۰۱) که تأثیر روش گروهی در درمان وسواس را با استفاده از تکنیک‌های شناختی - رفتاری و رفتاردرمانی سنتی (مواجهه و جلوگیری از پاسخ) بررسی کرده است هماهنگ می‌باشد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از رویکرد گروهی به شیوه شناختی - رفتاری می‌تواند جایگزین مؤثری در درمان اختلال وسواسی - اجباری باشد.

نکته حائز اهمیت در کاربرد این روش این است که روش گروهی محاسن فراوانی دارد که منجر به تسهیل و تسریع فرآیند درمان می‌شود. از جمله اینکه بسیاری از بیماران مبتلا به وسواس با نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار و خیالات غیر قابل قبول خود، برای درمان اقدام می‌کنند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی این بیماران می‌گردد و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آنها تقویت می‌کند. درمان گروهی به سهولت این امکان را فراهم می‌سازد که تعدادی از این بیماران در یک مکان جمع شده، با یکدیگر رابطه برقرار کنند و راجع به مشکلات مشابهشان به گفتگو بنشینند. از بین رفتن این احساس انحصار نه تنها باعث آرامش و راحتی بیماران می‌شود بلکه به توسعه روابط آنها در خارج از محیط درمانی کمک می‌کند. ضمن اینکه این بیماران عموماً در طول مدت بیماری خود، درجات متفاوتی از افسردگی و خلق پایین را تجربه می‌کنند و این موضوع از عوامل تعلل در امر درمان این افراد محسوب می‌شود. تأثیری که رابطه اجتماعی در بالا بردن خلق

ماه هیچ نوع درمانی دریافت نکردند. نهایتاً هر دو گروه در پایان دوره درمان به وسیله آزمون مادزلی ارزیابی شدند. نتایج به دست آمده از اجرای پژوهش به کمک برنامه آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

از آنجا که در انتخاب نمونه هیچگونه محدودیتی از لحاظ سن، میزان تحصیلات، مدت بیماری، نوع و شدت وسواس اعمال نشده بود، این متغیرها با استفاده از تحلیل کوواریانس کنترل شدند؛ یعنی میانگین نمره آزمودنی‌ها در آزمون مادزلی پس از حذف تأثیر احتمالی متغیرهای یاد شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس) بیانگر تأثیر معنی‌دار روش گروهی درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم وسواسی - اجباری در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل بود.

میانگین و انحراف معیار نمرات کل وسواس و اجبار گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون به ترتیب برابر ۹ و ۴/۸ و برای گروه کنترل ۱۶/۵ و ۲/۶ برآورد شد که نشان‌دهنده تفاوت قابل ملاحظه میانگین نمرات وسواس دو گروه در مرحله پس‌آزمون است.

نتیجه تحلیل کوواریانس تأثیر عضویت گروهی بر میزان علائم وسواسی - اجباری در مرحله پیش‌آزمون، بیانگر عدم تفاوت معنی‌دار بین دو گروه بود، در حالی که نتایج مرحله پس‌آزمون نشان دهنده این بود که تفاوت مشاهده شده بین میانگین نمره باقیمانده وسواس گروه آزمایشی و گروه کنترل معنی‌دار است ( $p < 0.05$ )،  $F=7/463$ ،  $df=1$ ). بنابراین با ۹۶٪ اطمینان آماری می‌توان نتیجه گرفت که مداخله درمانی به روش گروهی مؤثر بوده و باعث کاهش معنی‌دار نمرات وسواسی - اجباری آزمودنی‌های گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون شده است.

### بحث

به لحاظ شیوع نسبی اختلال وسواسی - اجباری در جمعیت عمومی و با توجه به تعدد جلسات لازم جهت درمان و نیز کمبود متخصصان مربوطه، استفاده از روش گروهی موضوع قابل تأملی

بیمار بسیار مشکل به نظر می‌رسد، در جلسات گروهی به سهولت و با صرف انرژی کمتر، توسط بیمار پذیرفته می‌شود. ترکیب رویکرد گروهی با شیوه شناختی- رفتاری نیز تسهیل و تسریع درمان را دو چندان می‌کند، زیرا هر دو روش در ایجاد فشار برای شکستن مقاومت بیمارانی که در جریان درمان مقاومت می‌کنند مفید است. نهایتاً از آنجا که با این روش می‌توان در مدت محدودی با تعداد بیشتری از بیماران کارکرد، به کارگیری آن به صرفه‌جویی در وقت، هزینه، امکانات و انرژی می‌انجامد. در مجموع به نظر می‌رسد کاربرد این روش به لحاظ بالینی سودمند و اثربخش و از لحاظ اقتصادی مقرون به صرفه و قابل توصیه است. با این وجود انتظار می‌رود در پژوهش‌های آتی با به کارگیری نمونه‌های بزرگتر، دوره‌های درمان طولانی‌تر، ارزیابی‌های حین درمان و پیگیری طولانی‌تر، نارسایی‌های این پژوهش مرتفع گردد.

### سپاسگزاری

بدینوسیله از مسئول مرکز مشاوره انیس، کلینیک مشاوره آموزش و پرورش اصفهان و مرکز جامع پزشکی اعصاب، روان و مشاوره اصفهان که امکان نمونه‌گیری و اجرای این پژوهش را فراهم کردند سپاسگزاری می‌شود.

دریافت مقاله: ۱۳۸۴/۱۰/۲۶؛ پذیرش مقاله: ۱۳۸۵/۵/۶

بیماران دارد - که با پژوهش‌های کنترل شده نیز نشان داده شده است - باعث کاهش شدت افسردگی و تسریع در امر درمان می‌گردد. حسن دیگر این روش این است که بیماران شرکت کننده در یک گروه درمانی، معمولاً دچار انواع متفاوتی از اختلال وسواسی - اجباری هستند و نیز در مراحل مختلفی از لحاظ شدت و ضعف علائم قرار دارند. وجود بیماران گوناگون در مراحل مختلف بیماری و مبتلا به انواع متفاوت، کمک بزرگی به سایر بیماران است زیرا برای آنها فرصتی فراهم می‌کند تا بهبودی سایرین را در گروه مشاهده کنند. این موضوع باعث افزایش انگیزه بیماران برای درمان می‌شود. اهمیت این مسأله زمانی بیشتر آشکار می‌گردد که بیماران مبتلا به وسواس به دلیل ماهیت مشکلشان همواره دچار نوعی تردید و دودلی نسبت به خود و امور پیرامونشان هستند و این به راحتی به موضوع تأثیرات و فواید درمان سرایت می‌کند و چالش با بیمار بی‌انگیزه در این مورد و به شکل فردی، بسیار فرساینده است. همچنین جزء لاینفک و طبیعی گروه است که اعضای گروه در جریان تعامل به یکدیگر کمک می‌کنند؛ یعنی در جریان درمان از یکدیگر حمایت می‌کنند، به هم اطمینان می‌دهند، پیشنهاد می‌کنند و بینش می‌دهند. به همین دلیل اغلب بیماران در اثر گوش کردن به سایر افراد گروه، با مشاهده آنها به شاخص‌هایی می‌رسند که از درمانگر نمی‌گیرند. در واقع درمانگر هویت خود را به عنوان یک فرد حرفه‌ای حفظ می‌کند، درحالی که بر روی واکنش‌های بی‌واسطه سایر اعضای گروه بیشتر می‌توان حساب کرد. لذا موضوعی که قبولاندن آن در جلسات فردی به

### منابع

- پاول، ج.، و لیندزی، ا. ج. (۱۳۷۹). تشخیص و درمان اختلالات روانی بزرگسالان در روانشناسی بالینی. ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. تهران: انتشارات سخن.
- دادستان، پ. (۱۳۸۰). روانشناسی مرضی تحولی از کودکی تا بزرگسالی. جلد اول. تهران: سازمان مطالعه و تدوین کتب علوم انسانی دانشگاه‌ها (سمت).
- کلارک، د. م.، و فربورن، ک. ج. (۱۳۸۰). دانش و روش کاربردی رفتاردرمانی شناختی. جلد دوم. ترجمه حسین کاویانی. تهران: انتشارات سنا.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Text Revision)*. Washington DC: APA Press.
- Asbahr, F. R., Castillo, A. R., Ito, L. M., Latorre, M. R., Moreira, M. N., & Lotufo-Neto, F. (2005). Group cognitive-behavioral therapy versus sertraline for the treatment of children and adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44, 1128-1136.
- Cottraux, J., Mollard, E., Bouvard, M., & Marks, I. J. (1993). Exposure therapy, fluvoxamine, or combination treatment in

- obsessive-compulsive disorder: One year follow up. *Journal of Psychiatry Research*, 49, 63-75.
- Fals-Stewart, W., Marks, A. P. & Schafer, J. (1993). A comparison of behavioral group therapy and individual behavior therapy in treating obsessive-compulsive disorder. *Journal of Neuropsychological Mental Disorders*, 181, 189-193.
- Foa, E. B., Kozak, M. J., Steketee, G. S., & McCarty, P. R. (1992). Treatment of depressive and obsessive symptoms in obsessive-compulsive disorder by imipramine and behavioral therapy. *Journal of Clinical Psychology*, 31, 276-292.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Bux, D. A., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2002). Cognitive-behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33, 162-168.
- Franklin, M. E., Abramowitz, J. S., Kozak, M. J., Levitt, J., & Foa, E. B. (2000). Effectiveness of exposure and ritual prevention for obsessive compulsive disorder: Randomized compared with non-randomized samples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 594-602.
- Freeston, M. H., Lodoucrur, R., Gagnon, F., & Bujold, A. (1997). Cognitive behavioral treatment of obsessive thought: A controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 405-413.
- Krone, K. P., Himle, J. A., & Nesse, R. M. (1991). A standardize behavioral group treatment program for obsessive-compulsived disorder: Preliminary outcomes. *Journal of Behavioral Research and Therapy*, 29, 627-631.
- Marks, I. M., Lilliott, P., Basoglu, M., Noshivani, H., Cohen, D., & Kasvikis, Y. (1988). Clomipramine, self - exposure and therapist-aided exposure for obsessive - compulsive rituals. *British Journal of Psychiatry*, 152, 522-534.
- Jacqueline, M. L., & Margo, T. (2005). Group cognitive-behavior therapy with family involvement for middle-school-age children with obsessive-compulsive disorder: A Pilot Study. *Journal of Child Psychiatry and Human Development*, 36, 113-127.
- McLean, P. D., Whittal, M. L., Thordarson, D. S., Taylor, S., Sochting, I., Koch, W. J., Paterson, R., & Anderson, K. W. (2001). Cognitive versus behavioral therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 205-214.
- Menzies, R. G., & De silva, P. (2003). *Obsessive-compulsive disorder: Theory, research and treatment*. England: John Wiley.
- Millet, B., Andre, E., & Hantouche, C. (1998). Group behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder: Preliminary results in a group of 5 out-patients. *Journal de Therapie Comportementale et Cognitive*, 3, 91-98.
- O'Connor, K., Todorov, C., Robillard, S., Guay, S., Pélissier, M. C., Todorov, C., Borgeat, F., Leblanc, V., Grenier, S., & Doucet, P. (2006). Cognitive behavior therapy and medication in the treatment obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113, 408 -419
- Shafran, R., & Somers, J. (1998). Treating adolescent obsessive-compulsive disorder: Applications of the cognitive theory. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (1), 93-97.
- Thienemann, M., Martin, J., Cregger, B., Thompson, H. B., & Dyer-Friedman, J. (2001). Manual-Driven group cognitive-behavioral therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 11, 128-141.
- Van Balkom, A. J., De Haan, E., Van Oppen, P., Spinhoven, P., Hoogduin, K. A., & Van Dyck, R. (1998). Cognitive behavioral therapy versus the combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 186, 492-499.
- Van Noppen, B., Steketee, G., McCorkle, B. H., & Pato, M. (1997). Group and multifamily behavioral treatment for obsessive-compulsive disorder: A pilot study. *Journal of Anxiety Disorders*, 11, 431-446.