

## تأثیر فیلم‌درمانی گروهی بر کاهش نشانه‌های وسواس - اجبار

### The Effect of Group Movie Therapy on Reduction of obsessive compulsive

Farzaneh Rasaneh

Mojtaba Dalir

Mohammad Ghamari

فرزانه رسانه \*

مجتبی دلیر \*\*

محمد قمری \*\*\*

#### Abstract

The Obsessive compulsive disorder is a mental health global problem with the rate of prevalence about 2.5 percent in all the life. Nowadays, one of the main challenges is creating of new and effective therapies that also provide low-cost interventions. The aim of this study was to determine the effect of group movie therapy on reduction symptoms of obsessive compulsive. The design of this study was quasi-experimental pretest- posttest and follow-up (one month) with control group. The samples were included 24 people with OC symptoms that randomly selected to the control and the experimental group (12 people in each group). The research instrument was Maudsley Obsessive - Compulsive Inventory (MOCI). The obtaining scores were evaluated from obsessive - compulsive and subscales included on checking, cleaning, slowness, and doubting in three phases (pretest, posttest and follow-up in a month). The results were analyzed with a mixed ANOVA analysis. The results of this research showed that the group movie therapy was useful significantly ( $p < 0.05$ ) to reduce obsessive compulsive symptoms. Based on the results of this study, use of group movie therapy can be suggested to OC therapist as a new, inexpensive and effective in facilitating of therapy.

**Keywords:** group movie therapy, obsessive-compulsive disorder, symptoms of obsessive - compulsive

#### چکیده

اختلال وسواس - اجبار با شیوع مادام‌العمر تقریباً ۲/۵ درصد به‌عنوان یک مشکل جهانی سلامت روان مطرح است. امروزه یکی از چالش‌های اساسی، ایجاد درمان‌های مؤثر و جدیدی است که مداخله‌های کم‌هزینه‌ای را نیز فراهم آورد. هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی فیلم‌درمانی گروهی بر کاهش نشانه‌های وسواس - اجبار بود. طرح پژوهش حاضر از نوع شبه‌آزمایشی و یک طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه گواه بود. نمونه آماری را ۲۴ فرد دارای نشانه‌های وسواس - اجبار تشکیل دادند که به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۲ نفره آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزار پژوهش، پرسشنامه وسواس - اجبار مادزلی (MOCI) بود. نمرات بدست آمده از ارزیابی وسواس - اجبار و خرده مقیاس‌های آن شامل بازبینی، شستن، کندی و تردید، در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با روش آماری تحلیل واریانس آمیخته مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از تحلیل آماری نشان داد که فیلم‌درمانی گروهی بر کاهش نشانه‌های وسواس - اجبار مؤثر است ( $p < 0.05$ ). بر مبنای نتایج این مطالعه، می‌توان استفاده از فیلم‌درمانی گروهی را به‌عنوان روشی نوین، کم‌هزینه و مؤثر در تسهیل درمان به درمانگران وسواس پیشنهاد نمود.

**واژه‌های کلیدی:** فیلم‌درمانی گروهی، اختلال وسواس - اجبار، نشانه‌های وسواس - اجبار

email: Farzaneh.Rasaneh@gmail.com

\* کارشناس‌ارشد روانشناسی: مقاله برگرفته از پایان‌نامه می‌باشد.

\*\* دکتری روانشناسی. مدرس دانشگاه پیام نور تهران

\*\*\* عضو هیات علمی دانشگاه آزاد اسلامی. اهر

Received: 8 Jul 2014

Accepted: 22 Apr 2015

پذیرش: ۹۳/۲/۲

دریافت: ۹۳/۴/۱۷

## مقدمه

اختلال وسواس- اجبار با وجود افکار وسواسی و اعمال اجباری مشخص می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). این اختلال دارای نشانه‌هایی است که چهار الگوی عمده دارد. آلودگی، شایع‌ترین الگوی آن است که به دنبال شستشو یا اجتناب اجبارگونه از شیئی که فرد گمان می‌کند آلوده است، وجود دارد. دومین الگو، تردید است که به دنبال وسواس عملی به صورت بازبینی روی می‌دهد. این افراد تردید وسواس‌گونه درباره خود دارند. سومین الگوی شایع این است که فرد صرفاً افکار وسواسی مزاحمی بدون هیچ‌گونه عمل وسواسی داشته باشد و چهارمین الگوی شایع این اختلال، لزوم رعایت تقارن یا دقت است، به طوری که ممکن است موجب شود فرد دچار وسواس‌کنندگی گردد. این افکار وسواسی و اعمال اجباری سبب اتلاف وقت می‌شود و اختلال قابل ملاحظه‌ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی و یا روابط فرد ایجاد می‌کند (سادوک و سادوک، ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷) و می‌تواند اثر ناتوان‌کننده‌ای بر عملکرد روزانه وی داشته باشد (پاترسون، رینولد، فرگوسن و داوسون، ۲۰۱۳). امروزه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که این نشانه‌ها نه تنها در بین مبتلایان به اختلال وسواس- اجبار و جمعیت بالینی مشاهده می‌شود، بلکه نشانه‌های مذکور در جمعیت غیربالینی نیز قابل مشاهده و بررسی است (دلیر، علی‌پور، زارع و فرزاد، ۱۳۹۴). از طرفی در ویرایش پنجم راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی (DSM 5)<sup>۱</sup>، نشانه‌های وسواس به صورت یک پیوستار در نظر گرفته شده است و جمعیت بالینی و غیربالینی را دربرمی‌گیرد. به‌علاوه تحقیقات نشان می‌دهد که وسواس در خانواده‌ها جریان دارد (فریمن و گارسیا، ترجمه دلیر و رسانه، زیرچاپ). اختلال وسواس- اجبار با شیوع مادام‌العمر تقریباً ۲/۵ درصد به‌عنوان یک مشکل جهانی سلامت روان مطرح است (اسکارف، ۲۰۱۰). این اختلال چهارمین اختلال شایع روانپزشکی پس از فوبیا (هراس)، اختلالات مرتبط با مواد، و اختلال افسردگی اساسی است. حدود یک سوم از افراد مبتلا به اختلال وسواس، دچار اختلال افسردگی اساسی نیز هستند و خطر خودکشی در مورد تمام این افراد مطرح است (سادوک و سادوک، ترجمه رضاعی، ۱۳۸۷). در حقیقت ناتوانی و ضعف در مدیریت و تنظیم هیجان‌ها در افراد مبتلا به وسواس، باعث تشدید و تداوم بیشتر نشانه‌های اضطراب و افسردگی می‌شود (بشارت، دهقانی، مسعودی، پورخاقان، و مطهری، ۱۳۹۳). با این حال آمارها نشان می‌دهند که در درمانگاه‌های سرپایی بیش از ۷۰ درصد از افراد مبتلا به وسواس شناخته نشده و در نتیجه درمان نمی‌شوند (واهل، کوردون، کوئلز، وادرهولزر، هوهاگن و زوروسکی، ۲۰۱۰). در سطح فردی وسواس درمان نشده نه تنها متضمن علائم طولانی مدت است، بلکه اختلال قابل توجهی در کیفیت زندگی فرد ایجاد می‌کند (میسی، تئو، کافمن، قازائویی، پاولوسکی و

<sup>۱</sup>- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition

فخری، ۲۰۱۳). اختلال وسواس- اجبار تا پیش از دهه ۱۹۷۰ یک اختلال مقاوم به درمان محسوب می‌شد که نیازمند درمان مادام‌العمر بود، اما مطالعات تجربی انجام شده در دهه‌های اخیر شواهد قابل توجهی جهت اثربخشی درمان‌های روانشناختی برای وسواس به دست داده، و رویکردهای مختلف به‌طور گسترده‌ای استفاده می‌شوند (رادومسکی، رز شافران و راجمن، ۲۰۱۰). گرچه روش‌های رفتاری و شناختی موفق به کسب پیشرفت‌هایی در درمان اختلال وسواس- اجبار شده‌اند (جانسون و هوگارد، ۲۰۱۱؛ اولاتونجی، دیویس، پاول و اسمیت ۲۰۱۳)، اما پژوهش به‌منظور دستیابی به روش‌های مؤثرتر، همچنان انگیزه پژوهش‌های گسترده و متنوع در این حوزه درمانی است (راسین، فریک، کارپنتر، استروبینو، میلیگان و پاق، ۲۰۱۰) و با وجود اینکه بیشتر تحقیقات انجام شده در مورد درمان‌های روان‌شناختی موجود برای درمان اختلال وسواس- اجبار، مبتنی بر ساختار درمان فردی هستند (بلوئت، هومان، موریسون، لوین و توهینگ، ۲۰۱۴؛ گلیهان، ویلیامز، مالکون، یادین و فوآ، ۲۰۱۲؛ ون دن هات، انگلهارد، توفولو و ون یوجن، ۲۰۱۱)، اما پژوهش‌هایی نیز نشان می‌دهند که این اختلال را می‌توان به صورت گروهی درمان کرد (ویتال، راجمن، و مک‌لین، ۲۰۰۲؛ گلیام، نوربرگ، ویلاویسنسیو، موریسون، هانان و تولین، ۲۰۱۱). در واقع نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان گروهی وسواس نیز مانند روش فردی، منجر به کاهش قابل توجه علائم وسواس- اجبار می‌گردد و مهمترین علت موفقیت آن به این برمی‌گردد که تحمل اضطراب ناشی از مواجهه با توجه به تشویق گروهی، همدلی و یادگیری مشاهده‌ای رخ داده شده برای فرد مبتلا راحت‌تر می‌شود و فرایند درمان به این خاطر تسهیل می‌شود که احساس منحصر به فرد بودن در ماهیت وسواس‌ها از بین می‌رود (فالز استوارت، مارکز و اسکافر، ۱۹۹۳).

یکی از درمان‌های نوین جایگزین<sup>۱</sup> که می‌تواند به صورت فردی یا گروهی استفاده شود، فیلم‌درمانی است. فیلم‌درمانی به استفاده از فیلم‌ها به‌عنوان ابزار کمکی برای فرایند آموزش و رشد فردی و بین‌فردی اشاره دارد (دامیتریک، ۲۰۱۳). فیلم‌ها کارکرد درمانی مهمی برای هر فرد دارند، به‌ویژه زمانی که در چارچوب مشاوره و روان‌درمانی جای بگیرند. طبق پژوهش‌های انجام شده، فیلم‌درمانی می‌تواند نقش مهمی در کاهش اضطراب افرادی داشته باشد که اغلب سطح بالایی از اضطراب و نگرانی را تجربه می‌کنند (دامیتریک، ۲۰۱۴). فرایند درمانی در این روش شامل چهار مرحله است که مرحله اول عبارت است از: برقراری ارتباط و اتحاد درمانی. در این مرحله، فیلم، به‌عنوان ابزاری یخ‌شکن، موجب تسهیل برانگیختن مراجع به آغاز کردن ابراز افکار و هیجانات می‌شوند. مرحله دوم شامل کشف سبک زندگی است. در فرایند گفتگو، برداشت فرد از خود و محیطش مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. هدف در مرحله سوم، ارتقای بینش وی (مراجع) نسبت به موضوع خود است که به شناسایی و شباهت‌هایی میان خود و

<sup>۱</sup>- Alternative

شخصیت داستان، نائل می‌گردد و الگوهای منفی مفروضات ذهنی و تجارب خود را شناسایی می‌نماید. مرحله پایانی شامل بازآموزی و بازجهت‌یابی است. در این مرحله، مراجع خود را از دیدگاهی جدید می‌نگرد و اعمال و رفتارهای جدید در وی شکل می‌گیرند. منطبق با مراحل مذکور، چهار مرحله از رشد "خود" نیز شناسایی شده است: احساس عمومیت یافتگی، همانندسازی با شخصیت داستان، تخلیه هیجانی و بینش (شارپ اسمیت و کول، ۲۰۰۲). مراجع با مشاهده فرد دیگری که مشکل وی را دارد، دیگر در داشتن مشکل، احساس تنهایی و منحصر به فرد بودن نمی‌نماید. فرد با یافتن ویژگی‌های مشترک خود با شخصیت داستان و همدلی با او، به بینش عمیقی در مورد خود دست می‌یابد (ولتز، ۲۰۰۵). برخی پژوهش‌ها نیز فیلم‌ها را به‌عنوان ابزاری جهت افزایش آگاهی و بینش مورد تأیید قرار داده‌اند. از آن جمله، چویی، فورستر، اریکسون، لازوویچ، سوتول (۲۰۱۱) در پژوهش خود نشان دادند مداخلاتی که توسط فیلم‌ها انجام می‌شود و نوجوانان را کمتر در معرض رفتار سیگار کشیدن قرار می‌دهند، بر کاهش رفتار سیگار کشیدن آنها مؤثر است. همچنین پژوهش هرشبرگر (۲۰۱۳) نشان داد که استفاده از فیلم‌ها در درمان اعتیاد، آگاهی را افزایش می‌دهد، بینش ایجاد می‌کند و هیجاناتی برای مراجعان فراهم می‌آورد که درک و درگیر شدن در درمان را تسهیل می‌کند. بازیکی، یولوس، سلویتوپ، بازیکی و آیدین (۲۰۱۳) استفاده از فیلم‌ها را همچون ابزاری قوی برای درمان عنوان کرده‌اند. آنها در پژوهش خود دریافتند که تماشای فیلم، بیماران را به صحبت در مورد باورها، افکار و احساسات خود و بحث همزمان درباره شخصیت‌ها و داستان فیلم تشویق کرد. این کار آنها را به جای ماندن در اتاق برای فعالیت کردن با انگیزه کرده است. به‌طور کلی، نتایج این پژوهش نشان داد که فیلم‌ها ابزاری قوی و مهم برای استفاده مثبت و مولد در درمان و آموزش هستند.

بیش از سه دهه است که درمان‌های اثربخش برای وسواس به وجود آمده‌اند، با این وجود بسیاری از افراد مبتلا به وسواس به اندازه کافی درمان نشده باقی می‌مانند (فیشر و ولز، ۲۰۰۵) و پیش‌بینی اینکه درمان برای چه کسانی مؤثر است بسیار سخت می‌باشد (بوشن، دراموند، پیلاوی و مورتون، ۲۰۱۰). فراگیری، مشکلات درمان‌های موجود، میزان شیوع نسبتاً بالا، مزمن بودن، همچنین هزینه‌های شخصی و اجتماعی مربوط به وسواس نشان می‌دهد که فضای قابل ملاحظه‌ای برای پیشرفت در درک، ارزیابی و درمان این اختلال وجود دارد (لیند، بوشن و میریسن، ۲۰۱۳). معرفی روش‌های کمک به خود<sup>۱</sup> مراجع پسند<sup>۲</sup>، می‌تواند بر خودکارآمدی و احساس تسلط آنها تأثیر مثبت داشته باشد و ممکن است پایبندی و پیروی از درمان را بهبود بخشد (ماتایکس - کول و مارکز، ۲۰۰۶؛ بارلو، الارد، هاینس وورد، جونز و فیشر،

<sup>۱</sup>- Self- help

<sup>۲</sup>- client-friendly

تأثیر فیلم‌درمانی گروهی بر کاهش نشانه‌های وسواس- اجبار

۲۰۰۵). از سویی، علی‌رغم بهره‌گیری از درمان‌های پیشین، امروزه یکی از چالش‌های اساسی، ایجاد درمان‌های مؤثر، جدید، فوری و قابل دسترس است که مداخلات کم‌هزینه‌ای را نیز فراهم آورد. در این راستا در پژوهش حاضر از فیلم‌درمانی به شیوه گروهی در جمعیت غیربالینی استفاده شد که شیوه‌ای نوین و کم‌هزینه می‌باشد. بنابراین، فرضیه اصلی پژوهش بدین صورت مدون گردید: فیلم‌درمانی گروهی بر کاهش نشانه‌های وسواس- اجبار مؤثر است.

## روش

### جامعه آماری، نمونه و روند اجرای پژوهش

در این پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی استفاده شده است. طرح پژوهش به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه گواه بود. نمونه آماری شامل ۶۷ نفر از بین ۶۲۰ فردی بود که با مراجعه به مؤسسات آموزشی، ادارات دولتی و برخی دانشگاه‌ها پرسشنامه وسواس- اجبار مادزلی را تکمیل نمودند. نمونه کل وسواس- اجبار این افراد با استفاده از پرسشنامه وسواس مادزلی، بالا برآورد شد (بالاتر از ۱۵)، به علاوه تا به حال تشخیص وسواس نگرفته و برای درمان به مراکز درمانی مراجعه نکرده بودند. سپس جهت ارزیابی و انطباق نشانه‌های ایشان با ملاک‌های موجود در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM 5) از آنها دعوت به عمل آمد. پس از بررسی ۳۰ نفر بر اساس جدول نمونه‌گیری کوهن (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۲) انتخاب شدند که دارای ملاک‌های لازم نیز بوده و تمایل به شرکت در پژوهش را داشتند و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (آزمایش و گواه) گماشته شدند. در میانه جلسات ۳ نفر از گروه آزمایش از ادامه جلسات منصرف شده و گروه را ترک نمودند و گروه آزمایش به ۱۲ نفر تقلیل یافت. در نهایت جهت یکسان‌سازی تعداد گروه‌ها به منظور تحلیل نتایج، پرسشنامه‌های ۳ نفر به صورت تصادفی از گروه گواه حذف گردید و به این ترتیب در هر گروه ۱۲ نفر باقی ماند. افراد شرکت کننده در پژوهش شامل ۱۲ مرد و ۱۲ زن با دامنه سنی ۴۵-۲۰ سال، ۴۲/۳ درصد دیپلم، ۳۰/۸ درصد لیسانس و ۲۶/۹ درصد فوق لیسانس، ۱۴ نفر مجرد و ۱۰ نفر متأهل بودند. مداخله دریافتی گروه آزمایش شامل هشت جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای و عبارت بود از یک جلسه مصاحبه و آشنایی گروه، یک جلسه مشاهده فیلم «هوانورد<sup>۱</sup>» و سپس شش جلسه بحث و گفتگوی گروهی در مورد افکار، احساسات و تجارب شخصی افراد درباره نشانه‌های وسواس- اجبار. نمایش فیلم در جلسه دوم مداخله به این صورت بود که همراه با پخش فیلم در مورد نشانه‌های وسواس موجود در فیلم به اعضای گروه اطلاعاتی داده می‌شود. افراد حاضر در جلسه نشانه‌های مشابهی را که در خود می‌شناسند، یادداشت می‌کنند تا در

<sup>۱</sup>- Aviator

جلسات بعدی در این زمینه بیشتر صحبت شود. همچنین از اعضای گروه خواسته شد بینش‌هایی را که در طول تماشای فیلم با الگوگیری از شخصیت اصلی فیلم در مورد نشانه‌های خود به دست آورده‌اند، یادداشت کنند. چارچوب جلسات بحث گروهی این برنامه مداخلاتی پس از تماشای فیلم، بر اساس برنامه جلسات درمان شناختی رفتاری گروهی اختلال وسواس- اجبار بود (بایلینگ، مک‌کب، آنتونی، ترجمه: عابدینی و خدایاری فرد، ۱۳۸۹) که با الگوگیری از شخصیت اصلی فیلم ترکیب شد. میزان نشانه‌های وسواس در پیش‌آزمون- پس‌آزمون پس از اتمام مداخله و پیگیری یک ماهه همزمان در هر دو گروه آزمایش و گواه با استفاده از پرسشنامه وسواس- اجبار مادزلی اندازه‌گیری شد.

**فیلم «هوانورد»:** فیلم هوانورد بر اساس زندگی واقعی یک فرد مبتلا به وسواس ساخته شده است. این فیلم زندگی مردی را به تصویر می‌کشد که از کودکی زمینه ابتلا به وسواس در او شکل گرفته و در بزرگسالی و در اوج مشکلات این اختلال در او شدت یافته و زندگی‌اش را دستخوش تغییرات و دگرگونی می‌سازد. انواع نشانه‌های وسواس و مشکلات ناشی از آن در این فیلم نمایش داده می‌شود. در بخش‌های پایانی فیلم بازیگر اصلی آن به مواجهه با مشکلاتش پرداخته، نسبت به ریشه مشکلاتش آگاهی و بینش به دست می‌آورد و به نوعی در مسیر درمان گام برمی‌دارد. این فیلم به طور ویژه در مورد نشانه‌های وسواس- اجبار است و به مشکلات روان‌شناختی می‌پردازد که وسواس برای افراد وسواسی در زندگی ایجاد می‌کند.

## ابزار

**فرم اطلاعات جمعیت شناختی:** این فرم توسط پژوهشگر ساخته شده است و شامل نام و نام خانوادگی، سن، جنس، میزان تحصیلات، شغل و مذهب می‌باشد.

**پرسشنامه وسواس- اجبار مادزلی (MOCI):** پرسشنامه وسواس- اجبار مادزلی که با عنوان MOCI نیز خوانده می‌شود (توماس، تورخیمر و اولتمان، ۲۰۰۰)، توسط راجمن و هاجسون در سال ۱۹۷۷ به منظور پژوهش در نوع و حیطه مشکلات وسواسی تهیه گردیده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ ماده، نیمی با کلید درست و نیمی با کلید نادرست است و علاوه بر یک نمره کلی وسواس، چهار نمره فرعی برای بازبینی، شستن و تمیز کردن، کندی/ تکرار، تردید/ دقت به دست می‌دهد. تمرکز اصلی این آزمون بر نشانه‌های وسواس- اجبار می‌باشد و به ویژه برای ارزیابی اثرات درمان روی این نشانه‌ها مناسب است (استکتی، ۱۹۹۳). راجمن و هاجسون اعتبار همگرا و پایایی با روش آزمون- بازآزمون این پرسشنامه را رضایت‌بخش گزارش کرده‌اند و اعتبار سازه این آزمون را در نمونه‌های بالینی و غیربالینی مورد تأیید قرار داده‌اند. بررسی‌ها نشان داده‌اند که این ابزار نسبت به تغییرات درمانی حساس بوده و

<sup>۱</sup>- Maudsley Obsessive – Compulsive Inventory

تأثیر فیلم‌درمانی گروهی بر کاهش نشانه‌های وسواس- اجبار

پایایی آن با روش بازآزمایی در حد مطلوب بوده است (راچمن و هاجسون، ۱۹۸۰). استکتی (۱۹۹۷)، پایایی این ابزار را به روش بازآزمایی ۰/۸۵ و در ایران دادفر (۱۳۷۶) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرایی آن را با مقیاس وسواس- اجبار بیل براون ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند.

## یافته‌ها

جدول ۱ نمرات میانگین و انحراف معیار گروه آزمایشی و گواه را در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای متغیر وسواس و خرده مقیاس‌های آن نشان می‌دهد.

متغیر	شاخص	گروه آزمایش			گروه گواه		
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	آزمون پیگیری	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	آزمون پیگیری
وسواس	میانگین	۲۱/۲۵	۱۳/۵۸	۱۲/۵۰	۲۱	۲۱/۳۳	۲۱/۴۳
	انحراف معیار	۲/۶۶	۳/۲۰	۳/۶۸	۲/۴۴	۲/۶۰	۲/۸۲
بازبینی	میانگین	۵/۵۰	۴/۰۸	۳/۹۲	۶/۸۳	۶/۴۲	۷
	انحراف معیار	۱/۶۷	۱/۴۴	۱/۸۳	۱/۲۶	-۰/۶۶	-۰/۹۵
شستن	میانگین	۸/۴۲	۵/۳۳	۴/۹۲	۶/۸۳	۶/۶۷	۷/۰۸
	انحراف معیار	۱/۰۸	۱/۶۱	۱/۶۷	۱/۴۰	۱/۴۳	-۰/۹۰
کندی	میانگین	۵/۸۳	۳/۵۰	۳/۳۳	۴	۴	۴/۸۳
	انحراف معیار	-۰/۹۳	۱/۲۴	-۰/۹۸	۱/۴۷	۱/۵۷	۱/۳۳
تردید	میانگین	۵/۳۳	۲/۹۲	۲/۵۰	۴/۲۵	۴/۱۷	۵/۲۵
	انحراف معیار	-۰/۹۸	۱/۱۶	۱/۱۶	۱/۹۱	۱/۸۹	۱/۹۱

جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمرات وسواس و خرده مقیاس‌های بازبینی، شستن، کندی و تردید در مراحل پس‌آزمون و آزمون پیگیری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه به‌طور معناداری کاهش یافته است.

در طرح‌های آماری مانند پژوهش حاضر که بیش از یک اندازه‌گیری روی آزمودنی‌ها صورت می‌گیرد، با طرح‌های اندازه‌گیری مکرر سروکار داریم. هرگاه بیش از یک نمونه یا گروه داشته باشیم و نمونه‌ها مربوط به یک یا چند متغیر بین آزمودنی باشند، طرح ما یک طرح آمیخته خواهد بود (سرمد، ۱۳۹۲)، بنابراین جهت تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. جهت انجام تحلیل واریانس آمیخته، ابتدا پیش‌فرض‌های نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، کرویت با استفاده از

آزمون ماخلی و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین مورد بررسی قرار گرفته و تأیید شدند. نمرات حاصل از بررسی نرمال بودن داده‌ها با محاسبه ضرایب چولگی و کشیدگی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول زیر آمده است.

**جدول ۲- محاسبه ضرایب چولگی و کشیدگی نمرات در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری**

مراحل	متغیر	تعداد	میانگین	انحراف معیار	ضریب چولگی	ضریب کشیدگی
پیش‌آزمون	وسواس	۲۴	۲۱/۱۲	۲/۵۰	۰/۵۸	-۰/۴۲
	بازبینی	۲۴	۶/۱۷	۱/۶۰	۰/۰۴	-۰/۸۸
	شستن	۲۴	۷/۶۲	۱/۴۶	-۰/۱۷	-۰/۲۶
	کندی	۲۴	۴/۹۲	۱/۵۳	-۰/۰۸	-۱/۵۶
پس‌آزمون	تردید	۲۴	۴/۷۹	۱/۵۸	-۰/۵۵	-۰/۵۰
	وسواس	۲۴	۱۷/۴۶	۴/۸۸	-۰/۱۳	-۰/۸۹
	بازبینی	۲۴	۵/۲۵	۱/۶۲	-۰/۶۴	-۰/۳۹
	شستن	۲۴	۶	۱/۶۴	-۰/۳۸	۱/۵۲
پیگیری	کندی	۲۴	۳/۷۵	۱/۳۹	۰/۷۰	۱/۲۲
	تردید	۲۴	۳/۵۴	۱/۶۶	۰/۳۸	-۱/۳۶
	وسواس	۲۴	۱۷/۴۲	۶/۱۲	-۰/۱۳	-۱/۴۵
	بازبینی	۲۴	۵/۴۶	۲/۱۲	-۰/۵۴	-۰/۵۵
	شستن	۲۴	۶	۱/۷۱	-۰/۶۱	-۰/۲۸
کندی	۲۴	۴/۰۸	۱/۳۸	۰/۵۹	-۰/۱۵	
تردید	۲۴	۳/۸۷	۲/۰۹	۰/۳۶	-۱/۲۹	

با توجه به مندرجات جدول ۲، چون مقدار چولگی و کشیدگی برای کلیه متغیرها در بازه (+۲ و -۲) قرار دارد، بنابراین داده‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشد. با استفاده از آزمون لوین، همگنی واریانس‌ها در گروه‌های پژوهشی بررسی شد. نتایج آزمون تساوی واریانس گروه‌ها بر اساس متغیرهای وابسته پژوهش در جدول زیر آورده شده است.



تأثیر فیلم‌درمانی گروهی بر کاهش نشانه‌های وسواس- اجبار

جدول ۳- آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها بر اساس متغیرهای وابسته پژوهش

سطح معنی‌داری	درجه آزادی دوم	درجه آزادی اول	F	آزمون لوین
				پس‌آزمون متغیرهای وابسته
۰/۴۹	۲۲	۱	۱/۲۸	وسواس
۰/۲۸	۲۲	۱	۰/۸۲	بازبینی
۰/۲۲	۲۲	۱	۰/۵۷	شستن
۰/۱۴	۲۲	۱	۰/۷۵	کندی
۰/۱۷	۲۲	۱	۰/۷۹	تردید

$p < 0/05$

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در متغیرهای وابسته پژوهش رد نمی‌شود. فرض طبیعی بودن و همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس داده‌ها از طریق آزمون کرویت ماخلی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول ۴- بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس- کوواریانس

متغیر	مقدار $\chi^2$ تقریبی	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
وسواس	۰/۱۶	۲	۰/۵۴
بازبینی	۰/۶۲	۲	۰/۲۲
شستن	۰/۵۸	۲	۰/۲۵
کندی	۰/۴۵	۲	۰/۳۲
تردید	۰/۵۷	۲	۰/۲۱

$p < 0/05$

بر اساس مندرجات جدول ۴ و با توجه به اینکه سطح معناداری مقدار محاسبه شده آزمون کرویت ماخلی برای همه متغیرها بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، داده‌های به دست آمده، مفروضه همگنی ماتریس واریانس- کوواریانس‌ها را تأیید می‌کند. با توجه به نتایج به دست آمده از بررسی پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل واریانس آمیخته که در بالا مطرح شد، استفاده از این آزمون برای داده‌های پژوهش حاضر معتبر می‌باشد. جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس آمیخته را در متغیر وسواس در گروه آزمایش و گواه نشان می‌دهد.

جدول ۵- نتایج تحلیل واریانس آمیخته (۳ × ۲) جهت بررسی اثرات گروه و آزمون در کاهش نشانه‌های وسواس

گروه‌ها	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معنی‌داری
وسواس	آزمون	۳۱۷/۵۸	۱/۴۶	۱۴۸/۶۶	۳۴/۹۲	/۰۰
	اثر اصلی گروه‌ها	۳۴۰/۰۲	۱/۴۶	۲۳۲/۳۲	۵۴/۵۸	/۰۰
	گروه × آزمون	۳۰۲/۰۲	۱	۳۰۵/۰۲	۶۰/۷۵	/۰۰
بازبینی	خطای باقیمانده	۱۱۰/۴۵	۲۲	۵/۰۲		
	آزمون	۱۱/۰۸	۲	۵/۵۴	۵/۸۵	/۰۰
	اثر اصلی گروه‌ها	۹/۲۵	۱/۶۶	۵/۵۵	۴/۸۸	/۰۱
شستن	گروه × آزمون	۹/۱۸	۱	۹/۱۸	۶/۹۰	/۰۱
	خطای باقیمانده	۲۹/۲۹	۲۲	۱/۳۳		
	آزمون	۴۲/۲۵	۱/۹۵	۲۱/۶۰	۲۱/۵۰	/۰۰
کندی	اثر اصلی گروه‌ها	۴۶/۵۲	۱/۹۵	۲۳/۷۸	۲۳/۶۸	/۰۰
	گروه × آزمون	۴۲/۱۸	۱	۴۲/۱۸	۳۱/۲۳	/۰۰
	خطای باقیمانده	۳۹/۶۲	۲۲	۱/۳۴		
تردید	آزمون	۱۷/۳۳	۱/۹۹	۸/۶۸	۱۱/۱۴	/۰۰
	اثر اصلی گروه‌ها	۳۵/۱۱	۱/۹۹	۱۷/۵۹	۲۲/۵۷	/۰۰
	گروه × آزمون	۳۳/۳۳	۱	۳۳/۳۳	۳۱/۴۲	/۰۰
تردید	خطای باقیمانده	۲۳/۳۳	۲۲	۱/۰۶		
	آزمون	۲۰/۱۱	۱/۲۸	۱۵/۷۰	۸/۲۲	/۰۰
	اثر اصلی گروه‌ها	۴۴/۷۷	۱/۲۸	۳۴/۹۶	۱۸/۳۱	/۰۰
تردید	گروه × آزمون	۴۴/۰۸	۱	۴۴/۰۸	۲۷/۰۶	/۰۰
	خطای باقیمانده	۳۵/۸۳	۲۲	۱/۶۲		

$p < 0.05$

نتایج حاصل از اعمال روش آماری تحلیل واریانس آمیخته (۳ × ۲) در زمینه تأثیر فیلم‌درمانی گروهی بر کاهش نمرات وسواس- اجبار و خرده‌مقیاس‌های بازبینی، شستن، کندی و تردید مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد که بین نمرات گروه آزمایش و گواه در کاهش نمرات وسواس و همه خرده‌مقیاس‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. همانطور که نتایج جدول نشان می‌دهد اثر اصلی گروه و آزمون در سطح  $p < 0.05$  معنادار است. این امر بیانگر آن است که بین میانگین‌های نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و آزمون پیگیری در گروه آزمایشی تفاوت معناداری وجود دارد. اما بین میانگین‌های گروه گواه تفاوت معناداری مشاهده نمی‌شود. اثر متقابل بین آزمون و گروه نیز (در سطح  $p < 0.05$ ) معنادار می‌باشد. بدین معنی که بین نمره‌های وسواس و نشانه‌های آن در گروه آزمایش در سه مرحله آزمون تفاوت وجود دارد، اما بین نمره‌های وسواس و نشانه‌هایش در گروه گواه در سه مرحله آزمون تفاوتی مشاهده نمی‌شود. این

تأثیر فیلم‌درمانی گروهی بر کاهش نشانه‌های وسواس- اجبار

امر نشان می‌دهد که فرضیه پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد، یعنی فیلم‌درمانی گروهی بر کاهش نمرات نشانه‌های وسواس- اجبار مؤثر بوده است.

جدول ۶- مقایسه چندگانه میانگین‌های نشانه‌های وسواس در گروه آزمایش با استفاده از آزمون بونفرونی

متغیرها	گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری	فاصله اطمینان ۹۵٪	
					حد پایین	حد بالا
وسواس	پیش‌آزمون یا پس‌آزمون	۲/۶۶	۰/۵۰	۰/۰۰	۲/۳۵	۴/۹۷
	پیش‌آزمون با آزمون پیگیری	۳/۷۰	۰/۶۴	۰/۰۰	۲/۰۳	۵/۳۸
	پس‌آزمون با آزمون پیگیری	۲/۰۴	۰/۳۲	۰/۰۱	۱/۰۷	۳/۸۷
بازبینی	پیش‌آزمون یا پس‌آزمون	۰/۹۱	۰/۳۰	۰/۰۱	۰/۱۳	۱/۶۹
	پیش‌آزمون با آزمون پیگیری	۰/۷۰	۰/۳۳	۰/۰۱	۰/۱۵	۱/۵۷
	پس‌آزمون با آزمون پیگیری	۰/۴۵	۰/۱۸	۰/۰۱	۰/۱۲	۱/۴۲
شستن	پیش‌آزمون یا پس‌آزمون	۱/۶۲	۲/۴۱	۰/۰۰	۱	۲/۲۴
	پیش‌آزمون با آزمون پیگیری	۱/۶۲	۰/۳۳	۰/۰۰	۰/۷۵	۲/۴۹
	پس‌آزمون با آزمون پیگیری	۱	۰/۹۲	۰/۰۱	۰/۰۷	۱/۲۵
کندی	پیش‌آزمون یا پس‌آزمون	۱/۱۶	۰/۲۳	۰/۰۰	۰/۵۶	۱/۷۷
	پیش‌آزمون با آزمون پیگیری	۰/۸۳	۰/۲۹	۰/۰۳	۰/۰۶	۱/۶۰
	پس‌آزمون با آزمون پیگیری	۰/۳۳	۰/۲۲	۰/۰۴	۰/۰۹	۰/۲۵
تردید	پیش‌آزمون یا پس‌آزمون	۱/۲۵	۰/۱۳	۰/۰۰	۰/۸۹	۱/۶۰
	پیش‌آزمون با آزمون پیگیری	۰/۹۱	۰/۳۶	۰/۰۴	۰/۲۳	۱/۸۷
	پس‌آزمون با آزمون پیگیری	۰/۳۳	۰/۳۸	۰/۰۴	۰/۶۷	۱/۳۴

$p < 0.05$

نتایج جدول ۶ که به مقایسه چندگانه تفاوت میانگین‌های متغیر وسواس و خرده مقیاس‌های بازبینی، شستن، کندی و تردید در گروه آزمایشی و گواه پرداخته نشان می‌دهد که تفاوت میانگین‌ها بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون در سطح  $p < 0.05$  معنادار است. همچنین تفاوت میانگین‌ها بین پیش‌آزمون با آزمون پیگیری و نیز پس‌آزمون با آزمون پیگیری برای همه متغیرها در سطح  $p < 0.05$  معنادار می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که اثربخشی فیلم‌درمانی گروهی بر کاهش نشانه‌های وسواس- اجبار پایا بوده است.

### بحث

بر اساس دیدگاه رفتاری و شناختی، ناپهنجاری از یادگیری و تفکر غلط ناشی می‌شود (دابسون و دابسون، ۲۰۰۹) و مشکلات روانی نتیجه شناخت نادرست افراد است (قبری هاشم‌آبادی، گراوند، و دهقانی نیشابوری، ۱۳۹۱). نظریه‌پردازان یادگیری اجتماعی نشان دادند که الگوها نه تنها به صورت شخصی و زنده اثر می‌گذارند، بلکه آنهایی که در رسانه‌های گروهی ارائه می‌شوند نیز بر رفتار مشاهده‌کننده

تأثیرگذار هستند. به‌ویژه به نظر می‌رسد الگوهای فیلم‌ها، اثر نیرومندی بر رفتار دارند (کول و کول، ۱۹۹۶). از آنجا که الگوبرداری می‌تواند اثر نیرومندی بر رفتار داشته باشد، نوعی ابزار درمانی امیدبخش به شمار می‌رود (کرین، ترجمه خوی‌نژاد و رجایی، ۱۳۸۹). بر اساس آنچه که ذکر شد تأثیر فیلم‌درمانی گروهی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواس- اجبار را در این پژوهش می‌توان بدین گونه تبیین نمود که از آنجا که فیلم‌ها کارکرد یادگیری مشاهده‌ای دارند، به فرد کمک می‌کنند تا واکنش‌های هیجانی ناراحت‌کننده نظیر اضطراب را با یادگیری شیوه‌های مؤثرتر جایگزین کند. فیلم از طریق ایجاد فاصله‌ای غیرتهدیدکننده از مشکلات، فضای امنی را ایجاد کرده تا فرد به طور غیرمستقیم با آنها مواجه شده و بدین گونه به چالش با انکار احساساتش پرداخته و قادر شده است که میان افکار و احساسات و رفتار خود ارتباط برقرار کند. نتایج حاصل از این بررسی با نتایج پژوهش‌های انجام شده در زمینه تأثیر فیلم‌درمانی گروهی بر کاهش سطح اضطراب در خارج از کشور (دامیتریک، ۲۰۱۴؛ چویی و همکاران، ۲۰۱۱؛ هرشبرگر، ۲۰۱۳؛ و یازیکی و همکاران، ۲۰۱۳) و با نتایج دو پژوهش (مولایی، ۱۳۸۸ و امیرکلالی، ۱۳۹۱) که در زمینه افزایش بینش و ایجاد هیجانات جهت تسهیل درمان در داخل کشور انجام شده‌اند، همسو می‌باشد. در توضیحات بیشتر این تبیین، چنانکه ولتز (۲۰۱۱) نیز اشاره می‌کند فیلم‌درمانی یک روش درمانی است که اجازه می‌دهد تا مراجعان فیلم‌ها را تماشا نموده و هیجانات و بینش را تجربه کنند. فیلم‌ها ابزارهایی هستند که استفاده می‌شوند و به شکل هیجانی بر روان ما تأثیر می‌گذارند و برای ما اطلاعات، بینش و درمان فراهم می‌کنند. به‌عنوان بخشی از روان‌درمانی، فیلم‌درمانی یک روش خلاقانه و مبتنی بر اصول درمان‌های موجود است. بدین ترتیب که با مشاهده فیلم، به‌نوعی تنظیم شناختی هیجان اتفاق می‌افتد. تنظیم شناختی هیجان، روش شناختی و آگاهانه می‌باشد که به پذیرش اطلاعاتی که از نظر هیجانی محرک هستند کمک می‌کند (امانی، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی، ۱۳۹۴). از سویی می‌توان چنین پنداشت که روش فیلم‌درمانی گروهی به نوعی یک روش مواجهه‌ای یا شناختی است که در آن ابتدا فرد با الگوگیری از شخصیت فیلم همانطور که شخصیت فیلم با مشکلاتش مواجه می‌شود، فرد مشاهده‌گر نیز برای مواجه شدن با مشکلاتش با او همانندسازی کرده و بدین ترتیب مواجهه با مشکلات خود را انجام می‌دهد. در این زمینه، برخی از نظریه‌پردازان نیز معتقدند که ارائه مکرر محرک‌های مرتبط با اختلال (که در پژوهش حاضر به وسیله بحث‌های گروهی درباره ترس‌های افراد انجام گرفت)، نوعی مواجهه با سطوح پایین محرک اضطراب‌زاست (مکلود و متیو، ۲۰۱۲). به‌علاوه این‌نوع مواجهه موجب می‌شود که افراد با واقف شدن به خطاهای شناختی و علت بروز مشکلاتی که ریشه در تعبیرهای غلط آن‌ها از وقایع دارد، نسبت به مشکل خود بینش پیدا کنند (حکیم‌زاده، غلامعلی لواسانی و نوروزی، ۱۳۹۳). همچنین می‌توان چنین پنداشت که فرد با مشاهده شخصیت اصلی فیلم و با استفاده از یادگیری مشاهده‌ای، حل مسئله در مواجهه با مشکلات را از وی الگوگیری کرده و در زندگی

خود به کار می‌گیرد. پژوهش‌ها نشان می‌دهند که آموزش حل مسئله بهبودی بالینی معناداری را در مبتلایان به اختلال وسواس- اجبار نشان می‌دهند (برای مثال، معین‌الغریبی، کرملو و نوفرستی، ۱۳۹۳). در واقع حل مسئله ساختار شناختی فرد را توانمند ساخته و او را در برابر مسائل، مجهز به ارائه راه‌حل می‌نماید (خلیلی، غلامعلی لواسانی و آزاد فارسانی، ۱۳۹۴).

در تبیین دیگری از یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان بر استفاده از روش گروهی تأکید کرد که با پژوهش‌های متعدد انجام شده در این زمینه همسو می‌باشد که نشان داده‌اند گروه‌درمانی بر کاهش اختلالات اضطرابی مؤثر است (آرک و آیرز، ۲۰۱۳؛ هدمان، مورتبرگ، هسر، کلارک، لکندر، اندرسون و جاتسون، ۲۰۱۳ و کوکوسکی، فلمینگ، هاوولوی، هوتا و آنتونی، ۲۰۱۳). در توضیح بیشتر این فرض باید افزود که بسیاری از افراد مبتلا به اختلال وسواس- اجبار با نوعی احساس منحصر به فرد بودن در زمینه مشکلات و افکار و خیالات غیرقابل قبول خود برای درمان اقدام می‌کنند. این احساس منحصر به فرد بودن باعث تشدید انزوای اجتماعی آنها شده و انزوای اجتماعی احساس منحصر به فرد بودن را در آنها تقویت می‌کند. درمان گروهی این امکان را فراهم ساخته تا افراد مبتلا به این اختلال با یکدیگر ارتباط برقرار کرده و راجع به مشکلاتشان به بحث و بررسی بپردازند. همچنین می‌توان گفت با توجه به همبودی اختلال افسردگی با اختلال وسواس- اجبار، ممکن است تأثیر ارتباط اجتماعی حاصل از گروه‌درمانی موجب کاهش شدت افسردگی شده و بدین ترتیب در تسریع امر درمان آنها نقش به‌سزایی داشته است. چنانکه پاول پاول، نیوجن و لی (۲۰۰۶) نیز در مطالعه‌ای در مداخله بی‌رهنمود فیلم‌درمانی در بهبود امید و خوش‌بینی بزرگسالان مبتلا به افسردگی اساسی، اظهار داشت که استدلال نظری برای استفاده از فیلم‌ها در مشاوره وجود دارد، و اینکه یک مداخله فیلم‌درمانی گروهی ساختار یافته بی‌رهنمود به لحاظ آماری و بالینی در بهبود امید و خوش‌بینی و کاهش افسردگی مبتلایان مؤثر است.

بر مبنای نتایج این پژوهش، تفاوت معنادار بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری گروه آزمایش نسبت به گروه گواه حاکی از مؤثر بودن مداخله مزبور بوده است. بر اساس این نتایج می‌توان به درمانگران اختلال وسواس- اجبار پیشنهاد نمود که با استفاده از شیوه فیلم‌درمانی گروهی در جهت تسریع و تسهیل درمان مراجعان بکوشند. پژوهش حاضر به‌طور کلی با دو محدودیت عمده روبه‌رو بود که تعمیم‌پذیری یافته‌های آن را با مشکل مواجه می‌سازد. این محدودیت‌ها عبارتند از: فقدان پیشینه پژوهشی و افت آزمودنی. با توجه به یافته‌ها، تکرار پژوهش در نمونه‌های دیگر و همچنین در سایر اختلالات اضطرابی و اختلال شخصیت وسواس- اجبار پیشنهاد می‌شود. از آنجاکه اختلالات اضطرابی شباهت‌هایی با اختلال وسواس- اجبار دارند، بررسی تأثیر فیلم‌درمانی گروهی بر آنها می‌تواند اختصاصی یا غیراختصاصی بودن این روش را بر اختلال وسواس- اجبار و اختلالات اضطرابی مشخص نماید. همچنین پیشنهاد می‌شود که علاقه‌مندان با تهیه بسته‌های مداخلاتی، بر اساس فیلم‌های موجود

برای هر اختلال، بر پیشبرد اهداف درمانی و تسهیل درمان در سایر اختلالات، یاری‌گر باشند. به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که تأثیر فیلم‌درمانی گروهی را با دارودرمانی در وسواس مقایسه کرده و اثربخشی نتایج هر یک را در طولانی‌مدت نیز مورد ارزیابی و سنجش قرار دهند.

## منابع

- امانی، ملاح؛ ابوالقاسمی، عباس؛ احدی، بتول؛ و نریمانی، محمد (۱۳۹۴). ارتباط زیرمجموعه‌های وسواس فکری- عملی، آشفتگی استنتاج و راهبردهای تنظیم هیجانی با باورهای وسواسی در زنان. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، سال ششم، شماره ۱، ۱۱۲-۹۹.
- امیرکلایی، ساسان (۱۳۹۱). *تأثیر فیلم‌درمانی گروهی بر خودکارآمدی اجتماعی نوجوانان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد چاپ نشده. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز.
- بایلینگ، پیتر جی؛ مک کب، رندی ای؛ و آنتونی، مارتین ام. (۱۳۸۹). *گروه‌درمانگری شناختی- رفتاری*. ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمن عابدینی. تهران: دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی؛ دهقانی، سپیده؛ مسعودی، مرضیه؛ پورخاقان، مهدیه؛ و مطهری، سجاد (۱۳۹۳). پیش‌بینی نشانه‌های اختلال وسواس فکری- عملی بر اساس دشواری تنظیم هیجان، تکانشوری و خشم. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، سال پنجم، شماره ۴، ۴۹-۲۹.
- حکیم‌زاده، رضوان؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ و نوروزی، سوده (۱۳۹۳). اثربخشی آموزش‌های شناختی- رفتاری بر کاهش اهمال‌کاری دانش‌آموزان. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، سال پنجم، شماره ۴، ۸۸-۸۱.
- خلیلی، شیوا؛ غلامعلی لواسانی، مسعود؛ و آزاد فارسانی، یاسر (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش گروهی حل مسئله بر کنترل خشم دانش‌آموزان مقطع متوسطه. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، سال ششم، شماره ۱، ۱۰-۱.
- دافتر، محبوبه (۱۳۷۶). *بررسی همبودی اختلالات شخصیت در بیماران وسواسی- جبری و مقایسه آنها با افراد بهنجار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- دلیر، مجتبی؛ علی‌پور، احمد؛ زارع، حسین؛ و فرزاد، ولی‌اله (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان تعدیل سوگیری شناختی نفسیر و ترکیب آن با درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش شدت نشانه‌ها، باورها و رفتارهای وسواسی. *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی*، سال بیست و دوم، شماره ۱، ۵۶-۳۰.
- سادوک، بنجامین جیمز؛ و سادوک، ویرجینیا آلکوت (۱۳۸۷). *خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی*، جلد دوم. (ترجمه: رضاعی، فرزین، ارجمند، محسن). تهران: ارجمند. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ۱۹۳۳/ ویراست ۲۰۰۷).
- سرمد، زهره (۱۳۹۲). *آمار استنباطی*. تهران: سمت.
- سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه (۱۳۹۲). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. تهران: آگه.
- فریمن، جی. بی. و گارسیا ای. ام. (۲۰۰۹). *درمان خانواده‌محور کودک وسواسی (راهنمای درمانگر): راهنمای عملی درمان شناختی- رفتاری*. ترجمه مجتبی دلیر و فرزانه رسانه. تهران: ارجمند. (زیرچاپ)
- قنبری هاشم‌آبادی، بهرام‌علی؛ گراوند، هوشنگ؛ و دهقانی نیشابوری، محسن (۱۳۹۱). اولویت‌بندی اهداف، سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی دانشجویان. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، سال پنجم، شماره ۳، ۵۳-۳۹.
- کرین، ویلیام (۱۳۸۹). *نظریه‌های رشد*. (ترجمه خوی‌نژاد، غلامرضا؛ رجایی، علیرضا). تهران: رشد.

تأثیر فیلم‌درمانی گروهی بر کاهش نشانه‌های وسواس-اجبار

معین‌الغرابی، فاطمه؛ کرم‌لو، سمیرا؛ و نوفرستی، اعظم (۱۳۹۳). شیوه‌های حل مسئله در مبتلایان به اختلالات اضطراب منتشر، وسواس-اجبار و افسرده‌خویی با افراد سالم. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، سال پنجم، شماره ۴، ۱۴۳-۱۳۱.

مولایی، اعظم (۱۳۸۸). تأثیر فیلم‌درمانی گروهی بر کاهش شدت تجربه سوگ نوجوانان دختر داغ‌دیده ۱۹-۱۷ ساله شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد چاپ نشده. دانشکده علوم‌تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Arch, J.J., & Ayers, C.R. (2013). Which treatment worked better for whom? Moderators of group cognitive behavioral therapy versus adapted mindfulness based stress reduction for anxiety disorders. *Behavior Research and Therapy*, 51 (8): 434-442.

Barlow, J.H., Ellard, D.R., Hainsworth, J.M., Jones, F.R., & Fisher, A. (2005). A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111: 272-285.

Bluett, E.J., Homan, K.J., Morrison, K.L., Levin, M.E., & Twohig, M.P. (2014). Acceptance and Commitment Therapy for Anxiety and OCD Spectrum Disorders: An Empirical Review. *Journal of Anxiety Disorder*, 28 (6): 612- 624.

Boschen, M.J., Drummond, L.M., Pillay, A., & Morton, K. (2010). Predicting outcome of treatment for severe, treatment resistant OCD in inpatient and community settings. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41: 90-95.

Choi, K., Forster, J.L., Erickson, D.J., Lazovich, D., & Southwell, B.G. (2011). Prevalence of smoking in movies as perceived by Teenagers. *American Journal of Preventive Medicine*, 41 (2): 167-173.

Cole, M., & Cole, S.R. (1996). *The development of children* (3rd ed). New York: Freeman.

Dobson, D., & Dobson, K.S. (2009). *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. New York: Guilford Press.

Dumitrache, S.D. (2013). *Cinema therapy- The sequences of a personal development group based on movies*. In Dumitrache, S. D., Mitrofan, I., (Eds), *The Unifying Experiential Psychtherapy behind the scenes- case studies and applicative research* (pp. 71- 83). Bucharest: SPER Publishing House.

Dumitrache, S.D. (2014). The effects of a Cinema therapy group on diminishing anxiety in young people. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 127: 717-721.

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 Nervous and Mental Disease*, 181: 189-193.

Fisher, P.L., & Wells, A. (2005). How effective are cognitive behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behavior Research and Therapy*, 43: 1543-1558.

- Gilliam, C.M., Norberg, M.M., Villavicencio, A., Morrison, S., Hannan, S.E., & Tolin, D.F. (2011) Group cognitive-behavioral therapy for hoarding disorder: An open trial. *Behavior Research and Therapy*, 49: 802- 807.
- Gillihan, S.J., Williams, M.T., Malcoun, E., Yadin, E., & Foa, E.B. (2012). Common pitfalls in exposure and response prevention (EX/RP) for OCD. *Journal of Obsessive- Compulsive and Related Disorder*, 1: 251-257.
- Hedman, E., Mörtberg, E., Hesser, H., Clark, D.M., Lekander, M., Andersson, E., & Ljótsson, B. (2013). Mediators in psychological treatment of social anxiety disorder: Individual cognitive therapy compared to cognitive behavioral group therapy. *Behavior Research and Therapy*, 15: 696- 705.
- Hershberger, H. (2013). Motivational approaches to addiction through movies within the context of treatment models. *European psychiatry*. 28 (1): 1.
- Jonson, H., Hougaard, E., & Bennedsen, B.E. (2011). Randomized comparative study of group versus individual cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123 (5): 387-397.
- Kocovski, N.L., Fleming, J.E., Hawlwy, L.L., Huta, V., & Antony, M.M. (2013). Mindfulness and acceptance-based group therapy versus traditional cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 51: 889- 898.
- Lind, C., Boschen, M.J., & Mirrissey, S.H. (2013). Technological advances in psychotherapy: Implications for the assessment and treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorder*, 27: 47- 55.
- MacLeod, C., Mathews, A. (2012). Cognitive bias modification approaches to anxiety. *Annual Review Clinical Psychology*, 8: 189-217.
- Macy, A. S., Theo, J. N., Kaufmann, S. C. V., Ghazzaoui, R. B., Pawlowski, P. A., & Fakhry, H. I. (2013). Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS Spectrums*, FirstView, 1-13.
- Mataix-Cols, D., & Marks, I.M. (2006). Self-help with minimal therapist contact for obsessive-compulsive disorder: a review. *European Psychiatry*, 21: 75-80.
- Paterson, J.L., Reynolds, A.c., Fergosen, S.A., Dawson, D. (2013). Sleep and obsessive- Compulsive disorder. *Sleep Medicine Reviews*. 17: 465-474.
- Powell, M.L., Newgent, R.A., & Lee, S.M. (2006). Group Cinema therapy: Using metaphor to enhance adolescent: Self-Esteem. *The Arts in psychotherapy*. 33: 247-253.
- Rachman, S., & Hodgson, R. (1977). Obsessive compulsive complains. *Behavior Research and therapy*, 15: 389-395.
- Rachman, S.J., & Hodgson, R.J. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Racine, E., Frick, K., Carpenter, L., Strobino, D., Miligan, R., & Pugh, L. (2010). How motivation influences breastfeeding duration among low- income women. *Journal of human Lactation*, 25: 173- 181.



- Radomsky, A.S., Roz Shafran, A. E., Rachman, S. (2010). Cognitive- behavioral therapy for compulsive checking in ocd. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17: 119-131.
- Scarff, J. R. (2010). The potential application of obsessions to reduce compulsions in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Medical Hypotheses*, 74: 216-218.
- Sharp, C., Smith, J. V. & Cole, A. (2002). Cinema therapy: metaphorically promoting therapeutic change. *Counseling psychology quarterly*, 15 (3): 269-278.
- Steketee, G. (1993). *Treatment of obsessive compulsive disorder*. New York: Guilford Press.
- Steketee, G. (1997). *Behavioral treatment of obsessive- Compulsive disorder*. Tabriz: Ravanpouya.
- Thomas, J., Turkheimer, F., & Oltmans, T.F. (2000). Psychometric analysis of racial differences on the Maudsely Obsessive Compulsive Inventory. *Assesment*, 7: 247-258.
- Van den Hout, M.A., Engelhard, I.M., Toffolo, M.B., & Van Uijen, S.L., (2011). Exposure plus response prevention versus exposure plus safety behaviours in reducing feelings of contamination, fear, danger and disgust. An extended replication of Rachman, Shafran, Radomsky & Zysk (2011). *Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry*, 42: 364- 370.
- Wahl, K., Kordon, A., Kuelz, K.A., Voderholzer, U., Hohagen, F., & Zurowski, B. (2010). Obsessive- Compulsive Disorder (OCD) is still an unrecognized disorder: A study on the recognition of OCD in psychiatric outpatients. *European psychiatry*, 25: 347-377.
- Whittal, M.L., Rachman, & S., Mclean, P. (2002). Psychological treatment for OCD. In G. Simons (Ed). *Cognitive behavior therapy*, 36, 123-149.
- Woltz, B. (2005). *E-Motion picture Magic: A movie lover's Guide to Healing and transformation*. Available in: URL:<http://drzur.com/online/cinemaresources.html>
- Woltz, B. (2011). Available in: URL:<http://www.shamonjgifts.com/vlibrary/socialscience/counseling/therapy/cinema-therapy/> 7/10/2013.
- Yazici, E., Ulus, F., Selvitop, R., Yazici, A.B., & Aydin, A. (2013). A novel approach of watching movies and conducting therapy for psychiatric inpatients. *European Psychiatry*, 28,1.