MEJDS. 2021; 11:14. doi: 10.29252/mejds.0.0.167

Published online 2021 Apr. **Research Article**

Effects of Exposure and Response Prevention Therapy on Stress and Sense of Coherence in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder

Harivandi A[1], *Sanagouye Moharer Gh[2], Shirazi M[3]

Author Address
1 Ph.D. Student of Psychology, Islamic Azad University, Zahedan Branch, Zahedan, Iran;
2 PhD Psychology, Assistant Professor, Islamic Azad University, Zahedan Branch, Zahedan, Iran;
3 PhD Psychology, Associate Professor, University of Sistan and Baluchestan, Zahedan, Iran.
***Corresponding author's email**: Reza.sanagoo@gmail.com

Received: 2020 February 26; **Accepted:** 2020 March 14

Abstract

Background & Objectives: In the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5), Obsessive–Compulsive Disorder (OCD) is classified as a separate anxiety disorder class; in the OCD category and related disorders. Chronic OCD and the unpredictable nature of aggravating symptoms and inability to control self during illness generate stress among patients with OCD. Furthermore, OCD can reduce biopsychological health and overall quality of life in the affected individuals. The high prevalence of this disorder and the need of the community to intervene and challenge therapists with these patients have led researchers to constantly seek novel therapy approaches with the best efficacy and least adverse effects to offering to psychotherapists. Effective treatment for OCD is Exposure and Response Prevention (ERP). Thus, the current study aimed to determine the effects of ERP therapy on stress and Sense of Coherence (SOC) in patients with OCD.

Methods: This was a quasi–experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The study population consisted of all men and women with OCD referring to clinics and counseling centers in Birjand City, Iran, in the second half of 2018. In total, 40 volunteers were selected and randomly assigned into the study groups (experimental & control). The inclusion criteria of the study participants were as follows: OCD (confirmation by a psychiatrist or clinical psychologist with a diagnostic interview based on DSM–5 and receiving a score of >10 in the Maudsley Obsessive–Compulsive Inventory (Goodman et al., 1989); having a minimum level of ninth–grade education; not receiving pharmacotherapy; volunteering to receive OCD treatment; over 18 years of age, and having the desire and ability to collaborate until the end of the research. The exclusion criteria included presenting physical or viral illnesses, the presence of neurological disorders, like epilepsy, a history of any type of concussion, and reluctance to attend the treatment sessions. ERP intervention was performed based on Stekette's treatment plan (2007) in eight 90–minute sessions. The required data were collected by the stress subscale of Depression Anxiety Stress Scale (DASS)–42 (Lovibond & Lovibond, 1995) and the Sense of Coherence Scale (Antonovsky, 1993) before and after the intervention in the study groups. The obtained data were analyzed in SPSS using Chi–squared test and one–way Analysis of Covariance (ANCOVA). The level of significance was set at 0.05.

Results: After the intervention, the stress scores in the experimental group were significantly decreased, compared to the controls (p<0.001). Besides, the SOC scores were increased in them (p<0.001). Eta coefficient values for stress and SOC were measured as 0.222 and 0.228, indicating the effects of ERP therapy on reducing stress and increasing SOC in patients with OCD.

Conclusion: The present research results revealed that ERP therapy is effective in reducing stress and increasing SOC in patients with OCD. Therefore, it is recommended that this treatment be used as a complementary approach to other psychosomatic disorders.

Keywords: Exposure and response prevention therapy, Stress, Sense of coherence, Obsessive–Compulsive disorder.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.178.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.167]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۴.
doi: 10.29252/mejds.0.0.167
انتشار برخط فروردین ۱۴۰۰
مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ بر استرس و انسجام روانی در بیماران مبتلا به وسواس فکری_عملی

علیرضا هریوندی[۱]، *غلامرضا ثناگوی محرر[۲]، محمود شیرازی[۳]

توضیحات نویسندگان
۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، زاهدان، ایران؛
۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد زاهدان، زاهدان، ایران؛
۳. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه سیستان و بلوچستان، زاهدان، ایران.
***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Reza.sanagoo@gmail.com

تاریخ دریافت: ۷ اسفند ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۴ اسفند ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: بیماری وسواس فکری_عملی، بیماری مزمنی در جوامع مختلف است که سازمان بهداشت جهانی آن را علت اصلی ناتوانی می‌داند؛ بنابراین هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ بر استرس و انسجام روانی در بیماران مبتلا به وسواس فکری_عملی بود.

روش‌بررسی: این پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ پژوهش را تمامی زنان و مردان مبتلا به اختلال وسواس فکری_عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاورهٔ شهر بیرجند در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از بین آن‌ها چهل نفر از افراد واجد شرایط داوطلبانه انتخاب شدند و در گروه آزمایش و گروه گواه به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. مداخلهٔ درمانی مواجهه و پیشگیری از پاسخ طی هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای براساس طرح درمانی استکتی (۲۰۰۷) انجام پذیرفت. داده‌ها ازطریق تکمیل خرده‌مقیاس استرس مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵) و مقیاس انسجام روانی (آنتونووسکی، ۱۹۹۳) قبل از مداخله و بعد از آن جمع‌آوری شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با استفاده از و آزمون خی‌دو و تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از مداخله، نمرات استرس در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری کاهش یافت و نمرات انسجام روانی افزایش پیدا کرد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به یافته‌های این پژوهش درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ در کاهش استرس و افزایش انسجام روانی بیماران مبتلا به وسواس فکری_عملی مؤثر است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود درمان مذکور به‌عنوان درمانی مکمل در سایر بیماری‌های روان‌تنی استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: مواجهه و پیشگیری از پاسخ، استرس، انسجام روانی، وسواس فکری_عملی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.178.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.167]

۱ مقدمه

در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[1] ، اختلال وسواس فکری[2] از طبقهٔ اختلال‌های اضطرابی مجزا و در طبقهٔ اختلال وسواس فکری‌ـ عملی و اختلال‌های مرتبط مطرح شده است. مشخصهٔ این اختلال، وجود افکار و اعمال وسواسی است که از ویژگی‌های اصلی آن لذت‌بخش‌نبودن برای فرد مبتلا است؛ اما بیمار همچنان برای کم‌کردن ناراحتی، به شایعات و تکرار اعمال ادامه می‌دهد (۱). هدف اعمال وسواسی، کاهش پریشانی مرتبط با افکار وسواسی یا جلوگیری از رویدادی ترسناک (مثل مریض‌شدن) است (۲)؛ باوجوداین، یا این اعمال در مسیر منطقی مربوط به حوادث ترسناک قرار ندارند (مثلاً، با قراردادن اشیا به‌صورت منظم از آسیب‌رسیدن به فرد عزیزی جلوگیری می‌شود) یا آشکارا افراطی‌اند (مانند ساعت‌ها دوش‌گرفتن روزانه). برخی از این افراد، احساسات انزجار قدرت‌مندی را نیز گزارش می‌کنند؛ چراکه افراد وسواسی هنگام مواجه‌شدن با موقعیت‌های برانگیزانندهٔ افکار و اعمال وسواسی، دامنه‌ای از پاسخ‌های هیجانی را تجربه می‌کنند (۳). در اختلال وسواسی جبری، ذهن فرد از افکار پایدار و مهارنشدنی لبریز می‌شود و مجبور به تکرار اعمال مشخصی می‌شود که سبب درماندگی و اختلال در کار و عملکرد روزانهٔ وی می‌گردد (۴). در این اختلال، حتی اگر کسی افکار و افکار وسواسی را بیهوده قلمداد کند، نمی‌تواند جلوی آن‌ها را بگیرد. در این شرایط بیمار احساس می‌کند باید با افکار و وسواس خود کنار بیاید؛ اما می‌ترسد در صورت انجام این کار اضطراب وی افزایش یابد (۵).

شایع‌ترین اعمال اجباری توأم با وسواس، شامل تکرار رفتاری خاص مانند شستن و تمیزکردن، شمردن، منظم‌کردن چیزهای وارسی‌شده یا درخواست خاطرجمعی و ویژگی‌های خاص این اختلال مانند اضطراب، ناتوانی در تصمیم‌گیری و اشتغال مداوم ذهنی، همه به‌گونه‌ای است که فرد را از زندگی سالم و طبیعی محروم می‌کند (۶). میزان شیوع مادام‌العمر اختلال وسواسی‌ـ عملی در جمعیت عمومی حدود ۲ تا۳درصد است (۷).میزان شیوع اختلال وسواسی جبری در ایران (استان تهران) در مردان و زنان به‌ترتیب ۰/۴۸ و ۲/۵۶ است (۸).

مزمن‌بودن اختلال وسواس و طبیعت پیش‌بینی‌نشدنی کاهش علائم و نبود توانایی کنترل در طول مدت بیماری باعث افزایش استرس[3] در میان بیماران وسواس می‌شود (۹). گلدشتاین استرس را به‌عنوان شرایطی توصیف می‌کند و در آن انتظارات که خواه به‌شکل ژنتیکی برنامه‌ریزی شده است، به‌واسطهٔ یادگیری‌های پیشین به‌وجود آمده است یا از شرایط ناشی می‌شود، با ادراکات جاری یا پیش‌بینی‌شدهٔ محیط درونی یا بیرونی مطابقت ندارد. این نبود تطابق بین آنچه مشاهده و احساس می‌شود با آنچه انتظار می‌رود یا برنامه‌ریزی شده است، پاسخ‌های جبرانی و مشخصی را فرا می‌خواند. مجموع این پاسخ‌ها عموماً پاسخ به استرس خوانده می‌شود و برای استرس ذهنی به‌کار می‌رود (۱۰). در همین راستا شواهد فراوانی وجود دارد که نشان می‌دهد وسواس‌های فکری، استرس، نگرانی و تشویش را افزایش می‌دهند و حالات اجباری آن را کاهش می‌دهند (۱۳ ـ ۱۱).

وسواس موجب ناتوانی و کاهش انسجام روانی[4]، سلامت و به‌طور کلی کیفیت زندگی افراد مبتلا به آن می‌شود (۱۴). انسجام روانی، ساختاری شخصیتی است که سه مؤلفهٔ ادراک، توانایی مدیریت و معنا دارد. در درک این احساس به‌وجود می‌آید که شخص اعتقاد دارد هیچ‌چیز منفی یا تعجب‌آوری اتفاق نیفتاده است و زندگی می‌تواند به خوبی و منطقی و به همان اندازه که انتظار می‌رود پیش برود. مؤلفهٔ توانایی مدیریت نشان‌دهندهٔ احساس داشتن منابع لازم برای حل مسئله است. درنهایت حس معنادار این است که فرد چقدر برای زندگی خود ارزش قائل است و چه احساسی دارد (۱۵). انسجام روانی که به‌عنوان توانایی شخص در مدیریت‌کردن عوامل استرس‌زای روانی تعریف می‌شود، موجب می‌شود فرد دربرابر استرس‌ها و فشارهای روانی، حد زیادی از استرس و فشار روانی را تحمل کند (۱۶).

شیوع فراوان اختلال وسواسی جبری و نیاز جامعه برای مداخله و چالش درمانگران با این بیماران، منجر شده است پژوهشگران همواره به‌دنبال بررسی روش‌های درمانی جدید با اثربخشی بهتر و عارضهٔ کمتر باشند تا بتوانند به‌عنوان پیشنهاد به روان‌درمانگران ارائه کنند (۱۸،۱۷). در همین راستا یکی از درمان‌های مطرح‌شدهٔ مؤثر در اختلال وسواسی جبری، مواجهه و جلوگیری از پاسخ[5] است. از دیدگاه این درمان، رفتارهای اجتناب‌کنندهٔ بیماران وسواسی باعث می‌شود آن‌ها از برخورد با افکار وسواسی جلوگیری کنند که با این شیوه وسواس خاتمه می‌یابد. هر دو نوع اجتناب و رفتارهای وسواسی جبری، بیمار را از رویارویی با افکار و موقعیت‌های انگیزشی این افکار باز می‌دارد؛ بنابراین از رفتارهای وسواسی اجباری جلوگیری می‌شود (۱۹). اگر این بیماران اقدامات وسواسی را متوقف کنند، متوجه می‌شوند آنچه از آن می‌ترسند در عمل اتفاق نمی‌افتد. معمولاً آنچه بعد از مهار پاسخ رخ می‌دهد، این است که در ابتدا افزایش چشمگیری در اضطراب و ناراحتی و تمایل به انجام عمل در فرد مبتلا وجود دارد؛ اما در صورت ادامهٔ این کار، اضطراب شدت می‌یابد و سپس به طرز چشمگیری کاهش پیدا می‌کند. زمانی که این فرایند بارها و بارها تکرار می‌شود، هر بار اضطراب و ناراحتی اولیه از بین می‌رود و زمان لازم برای بازگشت به حالت اضطراب کوتاه‌تر می‌شود؛ به‌طوری‌که قرارگرفتن درمعرض محرک‌های اضطرابی دیگر باعث اضطراب در فرد نمی‌شود (۲۰).

نتایج فراتحلیل اکبری و حسینی نشان داد، شیوه‌های مداخله‌ای مواجهه و پیشگیری از پاسخ شناختی‌ـ رفتاری و موج سوم رفتاری در درمان اختلال وسواسی اجباری مؤثر است (۲۱). مطالعهٔ شیورانی و همکاران مشخص کرد، درمان مواجههٔ روایی در بهبود نشانه‌های استرس پس از ضربه مؤثر است (۲۲). حسینی و همکاران در پژوهشی دریافتند، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بهبود باورهای سه‌گانهٔ وسواسی و افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواسی جبری اثربخش است (۲۳).

---

[1]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM–5)
[2]. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
[3]. Stress
[4]. Sense of coherence
[5]. Exposure and Response Prevention (ERP)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.178.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.167]

نتایج پژوهش نریمانی و همکاران نشان داد، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس را بیشتر افزایش می‌دهد (۲۰). مطالعهٔ رادمهر و همکاران مشخص کرد، با ارتقای رفتارهای سلامتی، پیامدهای بهداشتی مثبت نظیر سلامت مطلوب، انجام شخصی کارها و زندگی مفید و هدف‌دار، کنترل تنش، استراحت کافی، ارتباط مثبت با دیگران، افزایش خودکارآمدی و کنترل شرایط محیطی، ایجاد حس مسئولیت‌پذیری، کاهش اضطراب، سبک و کیفیت زندگی بیماران وسواسی اجباری بهبود می‌یابد (۲۴). پژوهش یوسفی و همکاران نشان داد، گروه‌درمانی شناختی‌ـ تحلیلی، راهکاری مؤثر برای بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به اختلال وسواس است (۲۵). در مطالعهٔ کاملی و همکاران مشخص شد که درمان شناختی‌ـ رفتاری گروهی منجربه کاهش معنادار علائم اختلال وسواسی اجباری و اصلاح باورهای وسواسی داوطلبان درمان می‌شود (۲۶). موریز و همکاران در تحقیقی دریافتند، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ در فوبیای بیماران وسواسی مؤثر است (۲۷). پژوهش فوآ و مک‌لین نشان داد، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بر کاهش اضطراب بیماران وسواسی مبتلا به اختلال پس از سانحه تأثیر دارد (۲۸). هدمن و همکاران عنوان کردند، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ در اضطراب سلامتی بیماران وسواسی اثر معناداری دارد (۲۹). همچنین مطالعهٔ موتیوالا و همکاران نشان داد که مواجهه و پیشگیری از پاسخ در کاهش افسردگی و عملکرد شناختی بیماران وسواسی اثربخش است (۳۰).

اختلال وسواس فکری‌ـ عملی ازجمله اختلالات ناتوان‌کننده است که عملکرد فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. باتوجه به شیوع فراوان مشکلات روانی و ارتباط آن با علائم وسواس فکری و عملی لزوم به‌کارگیری مداخلات غیردارویی و روان‌شناختی ضرورت پیدا می‌کند (۳۱). همچنین بنا به نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های انجام‌شده، وسواس فکری‌ـ عملی نقش اساسی در استرس و انسجام روانی این گروه از بیماران دارد. از سویی همان‌طورکه مرور پیشینهٔ پژوهش‌ها نشان داد، پژوهشی به‌صورت مستقیم در زمینهٔ اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ بر این مؤلفه‌ها در بیماران مبتلا به وسواس فکری‌ـ عملی یافت نشد و خلأ پژوهشی در این زمینه احساس می‌شود؛ بنابراین مطالعهٔ حاضر در راستای حل بخشی از این خلأ پژوهشی انجام پذیرفت؛ ازاین‌رو هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ بر استرس و انسجام روانی در بیماران مبتلا به وسواس فکری‌ـ عملی بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری پژوهش را تمامی زنان و مردان مبتلا به اختلال وسواس فکری‌ـ عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاورهٔ شهر بیرجند در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. برای انتخاب گروه نمونهٔ واجد شرایط، ابتدا به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌درمانی موجود در شهر بیرجند مراجعه شد و از آن‌ها درخواست شد که بیماران وسواس فکری‌ـ عملی را به‌منظور شرکت در روان‌درمانی به مرکز مشاورهٔ میلاد (زیر نظر سازمان بهزیستی) ارجاع دهند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: ابتلا به وسواس فکری‌ـ عملی (تأیید روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی با مصاحبهٔ تشخیصی براساس DSM-5 و دریافت نمرهٔ بیشتر از ده در پرسشنامهٔ وسواس فکری‌ـ عملی مادزلی (۳۲))؛ داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل؛ مصرف‌نکردن دارو؛ داوطلب‌بودن فرد برای درمان وسواس؛ دارابودن سن بیشتر از هیجده سال؛ داشتن تمایل و امکان به همکاری تا آخر پژوهش. معیارهای خروج شرکت‌کنندگان از پژوهش شامل ابتلا به بیماری جسمی یا ویروسی، داشتن اختلال‌های نورولوژیک مانند صرع و سابقهٔ هر نوع ضربهٔ مغزی و تمایل‌نداشتن برای جلسات درمانی بود. حداقل نمونه در طرح‌های آزمایشی سی نفر توصیه شده است (۳۳). در این پژوهش پس از تحقق ملاک‌ها و دریافت نمرهٔ بیشتر از ده در پرسشنامهٔ وسواس فکری‌ـ عملی مادزلی (۳۲)، چهل نفر از افراد واجد شرایط داوطلب انتخاب شدند. سپس به‌طور تصادفی در گروه آزمایش (بیست نفر) و گروه گواه (بیست نفر) قرار گرفتند. برای گردآوری دادها ابزارهای زیر به‌کار رفت.

ـ پرسشنامهٔ وسواس فکری‌ـ عملی مادزلی[1] : این پرسشنامه توسط گودمن و همکاران در سال ۱۹۸۹ ساخته شد (۳۲). این پرسشنامه از ده سؤال و دو خرده‌مقیاس افکار وسواسی (سؤالات ۱ تا۵) و رفتارهای وسواسی (سؤالات ۶تا۱۰) تشکیل شده است. در هر دو مقیاس، شدت علائم در هفت روز قبل از مصاحبه ارزیابی می‌شود. نمرهٔ صفر در صورت نبود مشکل و نمرهٔ ۴ به مشکل خیلی زیاد تعلق می‌گیرد. نمرهٔ برش به‌صورت نمرهٔ کمتر از ۱۰ (علائم و نشانه‌های بسیار خفیف)، نمرهٔ بین ۱۰تا۱۵ (علائم و نشانه‌های نسبتاً خفیف)، نمرهٔ بین ۱۶تا۲۵ (علائم و نشانه‌های متوسط) و نمرهٔ بیشتر از ۲۵ (علائم و نشانه‌های شدید) است (۳۲). گودمن و همکاران به‌منظور سنجش پایایی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده کردند و ضریب همبستگی آن را برای خرده‌مقیاس وسواس فکری ۰/۹۷، عملی ۰/۹۶ و برای کل پرسشنامه ۰/۹۸ به‌دست آوردند. همچنین، برای محاسبهٔ روایی پرسشنامه، از همبستگی هر آیتم با نمرهٔ کل استفاده کردند که در دامنهٔ ۰/۳۶تا۰/۷۷ به‌دست آمد (۳۲). در ایران در پژوهش دادفر و همکاران پایایی بین مصاحبه‌کنندگان ۰/۹۸، ضریب همسانی درونی آن ۰/۸۹ و ضریب پایایی آن به‌روش بازآزمایی در فاصلهٔ دو هفته ۰/۸۴ گزارش شد (۳۴).

ـ مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس[2]: این مقیاس را لاویبوند و لاویبوند در سال ۱۹۹۵ تهیه کردند (۳۵). در پژوهش حاضر از فرم بلند و فقط خرده‌مقیاس استرس استفاده شد که شامل سؤالات ۱، ۶، ۸، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۸، ۲۲، ۲۷، ۲۹، ۳۲، ۳۳، ۳۵ و ۳۹ است. مقیاس در طیف لیکرتی چهاردرجه‌ای (صفر=هرگز، ۳=همیشه) نمره‌گذاری می‌شود (۳۵). این مقیاس توسط لاویبوند و لاویبوند برای اندازه‌گیری هم‌زمان شدت افسردگی، اضطراب و استرس در افراد طراحی شد و از پایایی پذیرفتنی برخوردار است (۳۵). در پژوهش صاحبی و همکاران ضریب آلفای کرونباخ فرم کوتاه این مقیاس ۴۰۰ نفری از جمعیت عمومی شهر مشهد برای استرس ۰/۷۶ گزارش

[1]. Maudsley Obsessive– Compulsive Inventory

[2]. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)-42

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.178.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.167]

شد؛ همچنین ضریب همبستگی پرسشنامهٔ افسردگی بک، مقیاس استرس ادراک‌شده و مقیاس اضطراب زونگ با خرده‌مقیاس استرس ۰/۴۹ به‌دست آمد (۳۶).

ـ مقیاس انسجام روانی[1]: مقیاس انسجام روانی شامل ۳۵ سؤال است که توسط آنتونووسکی در سال ۱۹۹۳ تهیه شد (۳۷). این مقیاس به‌صورت سه یا پنج‌گزینه‌ای و با مقیاس لیکرت سه‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. حداقل و حداکثر نمره‌ای که آزمودنی از این مقیاس می‌گیرد، به‌ترتیب ۳۵ و ۱۰۵ خواهد بود (۳۷). فلستنبرگ ـ مادسن و همکاران، پایایی این مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کردند (۱۶). در پژوهش صبری نظرزاده و همکاران، پایایی این مقیاس به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به‌دست آمد (۳۸). همچنین در مطالعهٔ علی‌پور و شریف، همسانی درونی سؤال‌های مقیاس انسجام روانی برابر با α=۰/۹۶۹ بود که بیانگر پایایی مطلوب این مقیاس است (۳۹).

روند اجرای پژوهش به این صورت بود که ابتدا از هر دو گروه خواسته شد به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند (پیش‌آزمون). سپس جلسات درمان در کلینیک مشاورهٔ میلاد برگزار شد. جلسهٔ مقدماتی با هدف به‌دست‌آوردن اعتماد بیماران، ارزیابی کلی افراد به‌منظور مناسب‌بودن برای درمان و معرفی کلی دورهٔ درمان برگزار شد. درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ توسط محقق در هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای برگرفته از کتاب *درمان رفتاری وسواس* متعلق به استکتی (۴۰) به‌صورت دو بار در هفته روی افراد گروه آزمایش اجرا شد؛ اما گروه گواه در این بازهٔ زمانی در لیست انتظار قرار گرفت و هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. بعد از اتمام جلسات درمانی پس‌آزمون از هر دو گروه گرفته شد. لازم به ذکر است در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان در تحقیق و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد. شرح مختصر جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ

جلسات	هدف	محتوای جلسه	تکلیف
اول	ایجاد اتحاد درمانی و آشنایی درمانجو با درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ	تعیین اهداف، آشنایی با منطق درمان، تنظیم قرارداد درمانی و پیش‌آزمون	تهیهٔ سلسله‌مراتبی از افکار وسواسی و موقعیت‌های اجتناب‌شده
دوم	خوگیری مُراجع در جلسهٔ درمان	تمرین و آمادگی برای رویارویی تجسمی	تهیهٔ فهرستی از نشانه‌های برانگیزانندهٔ افکار وسواسی
سوم	مواجههٔ تخیلی با افکار وسواسی	مواجههٔ تخیلی با ماده‌های اولیهٔ سلسله‌مراتب و کمک به مُراجع برای توقف رفتارهای وسواسی	روبه‌روشدن با موقعیت‌های برانگیزانندهٔ احساسات ترس، شکست، آلودگی یا گناه
چهارم و پنجم	ارائهٔ تکنیک‌های مواجهه	آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و پیشگیری از پاسخ براساس سلسله‌مراتب اضطراب	تمرین و تکرار تکنیک‌های مواجهه با موارد وسواسی و ثبت و کنترل موانع در بازداری از پاسخ
ششم	ارزیابی اجتناب از تکالیف خانگی	بازبینی برگهٔ پنجم ستون افکار، پرکردن برگهٔ هفتم ستون افکار، نوشتن مزایا و معایب افکار مزاحم	ثبت افکار روزانهٔ ستون هفتم، آزمایش رفتاری اهمیت افکار
هفتم	ارائهٔ آزمایش‌های رفتاری برای افکار وسواسی	آزمایش رفتاری برای عمل خنثی‌سازی افکار، استفاده از تکنیک محاسبهٔ احتمال و پرسشگری سقراطی برای برآورد بیش‌ازحد خطر	آزمایش رفتاری برای باورهای شناختی وسواس
هشتم	مرور و جمع‌بندی تکنیک‌ها	بحث و جمع‌بندی فنون درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، خلاصه‌سازی، بازخورد و پس‌آزمون	تمرین تمام تکنیک‌های مؤثر

برای تحلیل داده‌ها نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۴ به‌کار رفت. تجزیه‌وتحلیل داده‌های به‌دست‌آمده ازطریق شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) صورت گرفت. همچنین از آزمون خی‌دو و بعد از تأیید پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس (نرمال‌بودن توزیع نمرات به‌کمک آزمون کولموگروف‌اسمیرنف، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها ازطریق آزمون ام‌باکس، یکسان‌بودن شیب خط رگرسیونی و همگنی واریانس‌ها به‌کمک آزمون لوین)، از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

باتوجه به نتایج ارائه‌شده در جدول ۲ تعداد آزمودنی در دو گروه آزمایش و گواه هر کدام برابر با بیست نفر بود. طبق نتایج آزمون خی‌دو، از لحاظ توزیع متغیر جنسیت در دو گروه تفاوت آماری معناداری وجود نداشت (p=۰/۳۰۲).

[1]. Sense of Coherence Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.178.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.167]

جدول ۲. توزیع متغیر جنسیت و سن تفکیک گروه‌های بررسی‌شده

شاخص	سطح	گروه			
		آزمایش		گواه	
		تعداد	درصد	تعداد	درصد
جنسیت	زن	۱۴	۷۰	۱۲	۶۰
	مرد	۶	۳۰	۸	۴۰
	مجموع	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰
سن	۲۰تا۳۰ سال	۵	۲۵	۶	۳۰
	۳۱تا۴۰ سال	۱۱	۵۵	۹	۴۵
	۴۱تا۵۰ سال	۴	۲۰	۵	۲۵
	مجموع	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰

همچنین از لحاظ توزیع متغیر سن در دو گروه تفاوت آماری معناداری دیده نشد (p=۰/۲۱۷).

قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، برای رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های کولموگروف‌اسمیرنف، باکس و لوین استفاده شد. در آزمون کولموگروف‌اسمیرنف مقدار احتمال آمارهٔ محاسبه‌شده برای تمامی متغیرها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین فرض نرمال‌بودن توزیع نمرات پذیرفته شد. براساس آزمون باکس که برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس‌ـ کوواریانس به‌درستی رعایت شد. همچنین براساس آزمون F لوین و معنادارنبودن آن برای همهٔ متغیرها، شرط برابری واریانس‌ها رعایت شد.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرهای استرس و انسجام روانی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
استرس	آزمایش	۲۱/۰۵	۳/۵۷۶	۱۷/۶۱	۴/۲۵۹	۱۰/۵۸۸	<۰/۰۰۱	۰/۲۲۲
	گواه	۱۹/۶۵	۵/۰۶۰	۱۹/۹۴	۴/۰۲۱			
انسجام روانی	آزمایش	۴۹/۱۰	۶/۳۰۷	۵۲/۴۰	۶/۲۷۵	۱۴/۶۴۷	<۰/۰۰۱	۰/۲۸۴
	گواه	۴۸/۷۰	۷/۸۰۸	۴۹/۶۰	۷/۵۰۴			

براساس جدول ۳ می‌توان نتیجه گرفت که درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ در کاهش استرس و افزایش انسجام روانی بیماران مبتلا به وسواس فکری‌ـ عملی مؤثر است (p<۰/۰۰۱). مقدار ضریب اتا برای متغیر استرس (۰/۲۲۲) و متغیر انسجام روانی (۰/۲۸۴) به‌دست آمد که نشان‌دهندهٔ میزان تأثیر درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ در کاهش استرس و افزایش انسجام روانی بیماران مبتلا به وسواس فکری‌ـ عملی است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ بر استرس و انسجام روانی در بیماران مبتلا به وسواس فکری‌ـ عملی انجام شد. اولین یافتهٔ پژوهش نشان داد، درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ در کاهش استرس بیماران مبتلا به وسواس فکری‌ـ عملی مؤثر است. در زمینهٔ همسویی یافتهٔ مذکور با مطالعات پیشین، پژوهشی به‌صورت مستقیم انجام نشده است؛ اما نتیجهٔ به‌دست‌آمده با نتایج فراتحلیل اکبری و حسینی همسوست که نشان دادند شیوه‌های مداخله‌ای مواجهه و پیشگیری از پاسخ، شناختی‌ـ رفتاری و موج سوم رفتاری در درمان اختلال وسواسی اجباری مؤثر است (۲۱). مطالعهٔ حسینی و همکاران مشخص کرد، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بهبود باورهای سه‌گانهٔ وسواسی و افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواسی جبری اثربخش است (۲۳). همچنین مطالعهٔ کاملی و همکاران نشان داد، درمان شناختی‌ـ رفتاری گروهی منجربه کاهش معنادار علائم اختلال وسواسی اجباری و اصلاح باورهای وسواسی داوطلبان درمان می‌شود (۲۶). موریز و همکاران در تحقیقی دریافتند، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ در فوبیای بیماران وسواسی مؤثر است (۲۷). همچنین پژوهش فوآ و مکلین نشان داد، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ در کاهش اضطراب بیماران وسواسی مبتلا به اختلال پس از سانحه تأثیر دارد (۲۸). پژوهش‌های مذکور با یافتهٔ مطالعهٔ حاضر همسوست.

در تبیین نتیجهٔ به‌دست‌آمده می‌توان به این نکته اشاره کرد که بیماران وسواسی به‌دلیل داشتن تحمل کم استرس و حساسیت اضطرابی، عقاید منفی قوی‌ای دربارهٔ پیامدهای برانگیختگی جسمانی مرتبط با هیجاناتشان تجربه می‌کنند؛ حال آنکه بیماران وسواسی در طی دورهٔ درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، به احساسات بدنی و رفتارهای

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.178.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.167]

غیرکلامی خود که در گذشته نادیده انگاشته شده‌اند توجه می‌کنند تا به آگاهی عمیق‌تر و هشیارانه‌تر از تجارب هیجانی دست یابند (۴۱)؛ بنابراین این امر موجب می‌شود استرس کمتری را تجربه کنند. در تبیین دیگر این یافته، هدف مواجهه‌درمانی آن است که بیمار با ترس‌های خود مواجه شود تا پاسخ‌های استرس‌آور کاهش یابد. این مواجه‌سازی که به‌صورت سلسله‌مراتبی اجرا می‌شود، می‌تواند در سطح خیال و واقعیت باشد. پس از اینکه استرس بیمار توسط مواجههٔ تجسمی و مواجههٔ زنده افزایش یافت، برای خودداری‌کردن از هر نوع رفتار تشریفاتی وسواس تشویق می‌شود (۴۲)؛ بنابراین افزایش استرس بیمار به‌صورت تجسمی یا واقعی باعث می‌شود استرس بیمار کاهش یابد و رفتارهای اجباری وسواس کم شود.

دیگر یافتهٔ پژوهش نشان داد، درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ در افزایش انسجام روانی بیماران مبتلا به وسواس فکری‌ـ‌عملی مؤثر است. همسو با نتیجهٔ به‌دست‌آمده در مطالعه‌ای نریمانی و همکاران نشان دادند که درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس را بیشتر افزایش می‌دهد (۲۰). رادمهر و همکاران در تحقیقی دریافتند که با ارتقای رفتارهای سلامتی، پیامدهای بهداشتی مثبت نظیر سلامت مطلوب، انجام شخصی کارها و زندگی مفید و هدف‌دار، کنترل تنش، استراحت کافی، ارتباط مثبت با دیگران، افزایش خودکارآمدی و کنترل شرایط محیطی، ایجاد حس مسئولیت‌پذیری، کاهش اضطراب، سبک و کیفیت زندگی بیماران وسواسی اجباری بهبود می‌یابد (۲۴). پژوهش یوسفی و همکاران مشخص کرد، درمان شناختی‌ـ‌تحلیلی به‌شیوهٔ گروهی راهبرد مؤثری برای بهبود سلامت روان مبتلایان به اختلال وسواسی اجباری است (۲۵). هدمن و همکاران عنوان کردند، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ در اضطراب سلامتی بیماران وسواسی اثر معناداری دارد (۲۹). همچنین مطالعهٔ موتیوالا و همکاران نشان داد، مواجهه و پیشگیری از پاسخ در کاهش افسردگی و عملکرد شناختی بیماران وسواسی اثربخش است (۳۰).

در تبیین یافتهٔ بیان‌شده می‌توان گفت، توانایی‌های شناختی این باور را در افراد مبتلا به وسواس ایجاد می‌کند: ۱. تجاربی درونی که منفی ارزیابی می‌شوند، خطرناک هستند؛ ۲. این تجارب منفی خطرناک باید حذف شوند یا کنترل شوند. درحقیقت تلاش برای کنترل یا تنظیم افکار وسواسی، اضطراب و ترس مرتبط با آن، عمدتاً چیزی است که وسواس را تبدیل به اختلال می‌کند (۴۳). تلاش‌ها برای تنظیم این تجارب درونی (مثل اعمال وسواسی) نتیجهٔ معکوس دارد و به‌جای افزایش انسجام روانی منجربه کاهش آن می‌شود. درواقع در اختلالاتی مثل وسواس افراد مایل نیستند با تجارب درونی منفی خود در تماس قرار بگیرند و تلاش می‌کنند تا شکل یا فراوانی وقایع درونی یا بافتی را که این وقایع در آن برانگیخته می‌شوند، تغییر دهند (۲)؛ این اختلالات منجربه کاهش انسجام روانی فردی می‌شود. به عبارتی دیگر می‌توان گفت، بسیاری از افراد مبتلا به وسواس فکر می‌کنند برای اینکه انسجام روانی خود را حفظ کنند یا افزایش دهند، ابتدا باید افکار وسواسی و اضطراب خود را کم کنند؛ اما این چیزی نیست که درمانگر مواجهه‌ای آن را حمایت و تأیید کند. درمانگر مواجهه‌ای معتقد است غیر از کاهش افکار وسواسی و اضطراب، راه‌های دیگری برای افزایش انسجام روانی وجود دارد. برای حرکت به جلو و پیشرفت حتماً لازم نیست علیه افکار وسواسی جنگید. درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ کارکرد افکار وسواسی را تغییر می‌دهد و این تغییر کارکرد در خدمت افزایش انسجام روانی قرار می‌گیرد (۲۰).

باتوجه به محدودیت زمانی، اجرای دورهٔ پیگیری برای ارزیابی تداوم اثربخشی روش درمانی میسر نشد. پیشنهاد می‌شود دورهٔ پیگیری شش ماه یا یک سال بعد از اتمام جلسات درمان برای بررسی عمیق‌تر اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ روی نمونه‌های بالینی دیگر و نمونه‌های غیربالینی انجام پذیرد؛ همچنین از روش‌های نمونه‌گیری دقیق‌تری مانند نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. پیشنهاد می‌شود روش درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ به‌عنوان روشی مؤثر برای افزایش بهداشت روان بیماران وسواسی در مراکز مشاوره و روان‌درمانی به‌کار رود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که پس از مداخله، نمرات استرس در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری کاهش یافت؛ اما نمرات انسجام روانی افزایش پیدا کرده؛ بنابراین می‌توان گفت، درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ در کاهش استرس و افزایش انسجام روانی بیماران مبتلا به وسواس فکری‌ـ‌عملی مؤثر است؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود درمان مذکور به‌عنوان درمانی مکمل در سایر بیماری‌های روان‌تنی استفاده شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی زاهدان با شماره نامهٔ مصوب پروپوزال در شورای تحصیلات تکمیلی دانشگاه (۵/۲۷۵۲) است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از مرکز مشاورهٔ میلاد به شمارهٔ ۱۳۴/۹۸/۱۴۲۶ صادر شده است. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه‌بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانهٔ شرکت‌کنندگان در تحقیق و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.178.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.167]

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5). Washington DC: American Psychiatric Pub; 2013.
2. Izadi R, Abedi MR. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. Journal of Kashan University of Medical Sciences. 2013;17(3):275–86. [Persian] http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-1963-en.html
3. Shameli L, Mehrabizadeh Honarmand M, Naa'mi A, Davodi I. The effectiveness of emotion-focused therapy on emotion regulation styles and severity of obsessive-compulsive symptoms in women with obsessive-compulsive disorder. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2019;24(4):356–69. [Persian] doi:10.32598/ijpcp.24.4.456
4. Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JAJ. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. Journal of Psychiatric Research. 2013;47(1):33–41. doi:10.1016/j.jpsychires.2012.08.020
5. Esfahani M, Safari S, Kajbaf MB. Effectiveness of group therapy based on exposure and response prevention on severity of obsessive-compulsive symptoms. Journal of Clinical Psychology. 2013;5(2):35–44. [Persian] doi:10.22075/JCP.2017.2125
6. Angst J, Gamma A, Endrass J, Goodwin R, Ajdacic V, Eich D, et al. Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2004;254(3):156–64. doi:10.1007/s00406-004-0459-4
7. Coluccia A, Fagiolini A, Ferretti F, Pozza A, Goracci A. Obsessive-compulsive disorder and quality of life outcomes: protocol for a systematic review and meta-analysis of cross-sectional case-control studies. Epidemiology, Biostatistics and Public Health. 2015;12(2):1030–7. doi:10.2427/11037
8. Mohammadi MR, Rahgozar M, Bagheri Yazdi A, Naghavi HR, Pour Etemad HR, Amini H, et al. Epidemiological study of psychiatric disorders in Tehran province. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2003;9(2):4–13. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-185-en.html
9. Geffken GR, Storch EA, Duke DC, Monaco L, Lewin AB, Goodman WK. Hope and coping in family members of patients with obsessive-compulsive disorder. Journal of Anxiety Disorders. 2006;20(5):614–29. doi:10.1016/j.janxdis.2005.07.001
10. Goldstein DS. Adrenal responses to stress. Cellular and Molecular Neurobiology. 2010;30(8):1433–40. doi:10.1007/s10571-010-9606-9
11. Steketee G, Frost RO, Wincze J, Greene KAI, Douglass H. Group and individual treatment of compulsive hoarding: a pilot study. Behav Cogn Psychother. 2000;28(3):259–68. doi:10.1017/S1352465800003064
12. Hassanvand Amouzadeh M, Aghili M. The cognitive predictors of obsessive- compulsive symptoms in students. Journal of Health and Care. 2015;17(4):281–90. [Persian] http://hcjournal.arums.ac.ir/article-1-409-en.html
13. Shafiee S, Rasooli A, Shahgholian M, Dehghan M. The role of worry, emotional schemas and brain-behavioral systems (BIS-BAS) in prediction of obsessive beliefs. Journal of Psychological Studies. 2017;13(3):7–24. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_3029.html?lang=en
14. Anholt GE, Aderka IM, van Balkom AJLM, Smit JH, Hermesh H, de Haan E, et al. The impact of depression on the treatment of obsessive–compulsive disorder: results from a 5-year follow-up. Journal of Affective Disorders. 2011;135(1–3):201–7. doi:10.1016/j.jad.2011.07.018
15. Vastamäki J. Sense of coherence and unemployment [Academic dissertation]. [Nuremberg]: Faculty of Social Sciences of the University of Kuopio, Erlangen-Nuremberg Univ; 2009.
16. Flensborg-Madsen T, Ventegodt S, Merrick J. Sense of coherence and physical health. A cross-sectional study using a new scale (SOC II). The Scientific World Journal. 2006;6(175091):2200–11. doi:10.1100/tsw.2006.350
17. Asnaani A, Kaczkurkin AN, Alpert E, McLean CP, Simpson HB, Foa EB. The effect of treatment on quality of life and functioning in OCD. Comprehensive Psychiatry. 2017;73:7–14. doi:10.1016/j.comppsych.2016.10.004
18. Olatunji BO, Berg H, Cox RC, Billingsley A. The effects of cognitive reappraisal on conditioned disgust in contamination-based OCD: an analogue study. Journal of Anxiety Disorders. 2017;51:86–93. doi:10.1016/j.janxdis.2017.06.005
19. Pakniya N, Mirzaei A, Jahan J, Ranjbarsudejani Y, Sayyah SS. To compare the effectiveness of confrontation/encontur and response prevention model with the dangerous ideation reduction method on reducing alexithymia and cognitive avoidance amonge obsessive disorder patients. Quarterly Journal of Psychological Studies. 2018;14(1):109–26. [Persian]
20. Narimani M, Maleki-Pirbazari M, Mikaeili N, Abolghasemi A. Appraisal of effectiveness and comparison of exposure and response prevention therapy and acceptance and commitment therapy (ACT)-based training on improving of obsessive and compulsive disorder patients' components of life quality. Journal of Clinical Psychology. 2016;8(1):25–36. [Persian] https://jcp.semnan.ac.ir/article_2224.html?lang=en
21. Akbari M, Hosayni ZS. Meta-analysis comparing the efficacy of exposure and response prevention, cognitive-behavior therapy and third wave of behavior therapies on obsessive-compulsive disorder. Quarterly of Applied Psychology. 2019;12(4):473–90. [Persian]
22. Shivarani M, Azadfalah P, Moradi AR, Eskandari H. The effectiveness of narrative exposure therapy in posttraumatic stress disorder and autobiographical memory. Journal of Clinical Psychology. 2017;9(2(34)):1–14. [Persian] doi:10.22075/jcp.2017.10190
23. Hosseini SM, Javidi H, Mehryar AH, Hosseini SE. Compare the efficacy of metacognitive therapy (MCT), exposure, and response prevention (ERP) for the treatment of obsessive beliefs and depression symptoms in women with obsessive-compulsive disorder (OCD). Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2019;9(0):94–94. [Persian] https://jdisabilstud.org/article-1-985-en.html

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.178.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.167]

24. Radmehr M, Ashktorab T, Neisi L. Effect of the educational program based on Pender's theory on the health promotion in patients with obsessive -compulsive disorder. Journal of Nursing Education. 2013;2(2):56–63. [Persian] http://jne.ir/article-1-184-en.html
25. Yosefi A, Rahimian-Boogar I, Rezaei AM. The effectiveness of cognitive analytic therapy on mental health of patients with obsessive-compulsive disorder. Journal of Clinical Psychology. 2013;5(3):1–12. [Persian] doi:10.22075/JCP.2017.2131
26. Kameli S, Hosseinpour Moghaddam S, Zandipour T, Ghasemzadeh AR. Mental health improvement of women with obsessive-compulsive disorder through cognitive- behavioral group therapy. Journl of Medical Council of Iran. 2014;31(4):329–38. [Persian] http://jmciri.ir/article-1-1680-en.html
27. Moritz S, Külz A, Voderholzer U, Hillebrand T, McKay D, Jelinek L. "Phobie à deux" and other reasons why clinicians do not apply exposure with response prevention in patients with obsessive–compulsive disorder. Cognitive Behaviour Therapy. 2019;48(2):162–76. doi:10.1080/16506073.2018.1494750
28. Foa EB, McLean CP. The efficacy of exposure therapy for anxiety-related disorders and its underlying mechanisms: the case of OCD and PTSD. Annu Rev Clin Psychol. 2016;12(1):1–28. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093533
29. Hedman E, Ljótsson B, Axelsson E, Andersson G, Rück C, Andersson E. Health anxiety in obsessive compulsive disorder and obsessive-compulsive symptoms in severe health anxiety: an investigation of symptom profiles. Journal of Anxiety Disorders. 2017;45:80–6. doi:10.1016/j.janxdis.2016.11.007
30. Motivala SJ, Arellano M, Greco RL, Aitken D, Hutcheson N, Tadayonnejad R, et al. Relationships between obsessive-compulsive disorder, depression and functioning before and after exposure and response prevention therapy. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice. 2018;22(1):40–6. doi:10.1080/13651501.2017.1351991
31. Bahrammasir A, Kiyan-Ersi F. The effectiveness of mindfulness training on reduction of obsessive-compulsive disorder symptoms and increase marital satisfaction of married women. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2019;21(7):18–27. [Persian] http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-5599-en.html
32. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The yale-brown obsessive-compulsive scale: I. development, use, and reliability. Arch Gen Psychiatry. 1989;46(11):1006–11. doi:10.1001/archpsyc.1989.01810110048007
33. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh; 2015. [Persian]
34. Dadfar M, Bolhari J, Dadfar K, Bayanzadeh SA. Prevalence of the obsessive-compulsive disorder symptoms. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2001;7(1):27–33. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1963-en.html
35. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stress scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories. Behaviour Research and Therapy. 1995;33(3):335–43. doi:10.1016/0005-7967(94)00075-U
36. Sahebi A, Asghari MJ, Salari RS. Validation of depression anxiety and stress scale (DASS-21) for an Iranian population. Journal of Developemental Psychology: Iranian Psychologists. 2005;1(4):36–54. [Persian]
37. Antonovsky A. The structure and properties of the sense of coherence scale. Social Science & Medicine. 1993;36(6):725–33. doi:10.1016/0277-9536(93)90033-Z
38. Sabri Nazarzadeh R, Abdkhodaei MS, Tabibi Z. Study of causal relationship between sense of coherence, psychological hardiness, coping strategies and mental health. Journal of Research in Psychological Health. 2012;6(1):26–35. [Persian] https://rph.khu.ac.ir/article-1-20-en.html
39. Alipour A, Sharif N. Validity and reliability of the sense of coherence (SOC) questionnaire in university students. Pejouhandeh. 2012;17(1):50–6. [Persian] http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-1276-en.html
40. Stekette GS. Treatment of obsessive compulsive disorder. Bakhshipoor Roodsari A, Mahmood Aliloo M. (Persian translator). Tabriz: Ravan Pooya; 2007.
41. Robinson LJ, Freeston MH. Emotion and internal experience in obsessive compulsive disorder: reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. Clinical Psychology Review. 2014;34(3):256–71. doi:10.1016/j.cpr.2014.03.003
42. Kampmann IL, Emmelkamp PMG, Hartanto D, Brinkman W-P, Zijlstra BJH, Morina N. Exposure to virtual social interactions in the treatment of social anxiety disorder: a randomized controlled trial. Behaviour Research and Therapy. 2016;77:147–56. doi:10.1016/j.brat.2015.12.016
43. Moin Al-Ghorabaiee F, Karamloo S, Noferesti A. Metacognitive components in patients with generalized anxiety disorder, obsessive-compulsive disorder and depressed mood disorder. Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2017;23(2):164–77. [Persian] doi:10.29252/nirp.ijpcp.23.2.164

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-17]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.178.7]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.167]