MEJDS. 2019; 9:94.

Published online 2019 Dec. **Research Article**

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)

Hosseini SM[1], * Javidi H[2], Mehryar A[3], Hosseini SE[4]

Author Address
1. PhD candidate in psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran;
3. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Marvdasht Branch, Islamic Azad University, Marvdasht, Iran;
4. Associate Professor of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz Branch, Islamic Azad University, Shiraz, Iran.
***Corresponding Author's Email**: h-javidi@hotmail.com

Received: 2018 February 1; **Accepted:** 2018 February 19

Abstract

Background & Objective: Obsessive–compulsive disorder (OCD) is a psychological disorder with debilitating impacts on many aspects of daily functioning, including relationships and quality of life. Exposure to ritual prevention (ERP) is the psychotherapeutic treatment of choice for obsessive–compulsive disorder. Also, metacognitive therapy (MCT), based on Wells' metacognitive model of OCD aims to modify the maladaptive metacognitive beliefs and processes implicated in the disorder, to alleviate symptoms. The present study aimed to compare the efficacy of Well's metacognitive therapy (MCT) and exposure and response prevention (ERP) for the treatment of thought fusion symptoms in women with obsessive–compulsive disorder (OCD).

Methods: The study was a semi–experimental that was done through a pretest–posttest design using a control group. The statistical population included all OCD patients who referred to the counseling centers in Shiraz city (Fars province, South of Iran) during 2015–2016. A total of 60 patients who had been diagnosed as having OCD by the psychiatrist or clinical psychologist were selected and divided into two groups (each group n=20) (MCT and ERP) and a control group (n=20). Experimental group 1 experienced Wells' metacognitive therapy in 8 sessions and the experimental group 2, experienced ERP in 14 sessions of 90 minutes during the course of two months. Both experimental and control groups received equal doses of medicine during the course of the study. Participants completed the obsessive beliefs questionnaire and Beck depression instrument as a research scale (Beck, 1996). The participants answered the Beck depressive inventory and obsessive beliefs questionnaire as the study tools. The obsessive–compulsive disorder workgroup designed obsessive beliefs questionnaire. This questionnaire measures three core domains of obsessive beliefs, namely, 1) over the importance and thinking over–control, 2) perfectionism and intolerance of ambiguity, and 3) inflated responsibility and exaggerated danger expectancies. The respondent was asked to declare his/her agreement on each of the options in a scale of 0 to 7. The scale was different agreement, including (–3) strongly disagree, (0) no idea, and (+3) strongly agree. In Iran, Shams et al. (2004) calculated the Cronbach's alpha, split–half estimate, and test–retest of the questionnaire as 0.92, 0.94, and 0.82, respectively. Beck depressive inventory was one of the most widely used questioners and among the oldest tools for measuring the severity of the obsession. It had 21 items and scaled based on a 4–degree range. Its psychometrics features analyzed all over the world (Beck and Steer, 1996). In Iran, Dabson K, Mohammadkhani reported the values of 0.91 and 0.94 for Cronbach's alpha and the reliability coefficient of this test. The data of the study were analyzed using analysis of covariance via SPSS software package v.21.

Results: The MCT group had a significant reduction (more efficacy) in two factors of thought–action and thought–event fusion in comparison to the ERP group ($p<0.001$). No significant difference was observed in the thought fusion of the experimental groups. ERP group, on the other hand, showed a significant reduction in all factors in comparison to the control group ($p<0.001$).

Conclusion: Despite some methodological limitations, results showed that MCT proved to be a promising psychotherapeutic alternative to the well–established ERP in the treatment of the obsessive–compulsive disorder. Further investigations need to survey the efficacy of MCT to answer questions as to the working mechanisms underlying therapy for obsessive–compulsive disorder.

Keywords: Well's metacognitive therapy, Exposure and response prevention, Obsessive beliefs, Depression, Obsessive–compulsive disorder.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.33.5]

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.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۸؛ (۹):۹۴.

انتشار برخط آذرماه ۱۳۹۸ مقاله پژوهشی اصیل

مقایسهٔ اثربخشی درمان فراشناختی و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بهبود باورهای سه‌گانهٔ وسواسی و افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس جبری

سید مهدی حسینی[۱]، *حجت‌الله جاویدی[۲]، امیرهوشنگ مهریار[۳]، سیدابراهیم حسینی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران؛

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران؛

۳. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران؛

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** h-javidi@hotmail.com

تاریخ دریافت: ۱۲ بهمن ۱۳۹۶؛ **تاریخ پذیرش:** ۳۰ بهمن ۱۳۹۶

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی درمان فراشناختی و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بهبود باورهای وسواسی و افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس جبری بود.

روش‌بررسی: این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی بود که با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه انجام شد. جامعهٔ آماری، شامل تمامی بیماران با اختلال وسواس مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۵ بود. از این بین، شصت نفر با تشخیص اختلال وسواس به روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه بیست‌نفرهٔ آزمایش (گروه فراشناخت و گروه مواجهه و جلوگیری از پاسخ) و یک گروه بیست‌نفرهٔ گواه تقسیم شدند. مداخلهٔ فراشناختی به‌مدت هشت جلسهٔ گروهی بر روی گروه آزمایش فراشناخت و مداخلهٔ مواجهه به‌مدت چهارده جلسهٔ گروهی بر روی گروه آزمایش مواجهه اجرا گردید. هر دو گروه آزمایش و گروه گواه در طی دورهٔ مطالعه، داروی فلووکسامین (دوز ۲۰۰ تا ۳۰۰) مصرف می‌کردند. از پرسش‌نامه‌های باورهای وسواسی (کارگروه وسواس، ۲۰۰۳) و افسردگی (بک، ۱۹۹۶) به عنوان ابزار پژوهش استفاده شد. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس و با به‌کارگیری نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد مداخله در هر دو گروه درمانی، موجب کاهش معنادار علائم باورهای وسواسی در مقایسه با گروه گواه شد ($p<۰/۰۰۱$)؛ اما بین دو گروه آزمایشی از لحاظ اثربخشی بر باورها تفاوتی مشاهده نگردید. دربارهٔ افسردگی بیشترین میزان اثربخشی در پس‌آزمون، به‌ترتیب متعلق به گروه فراشناخت، مواجهه و گواه بود ($p=۰/۰۰۲$).

نتیجه‌گیری: باوجودِ برخی محدودیت‌های روش‌شناختی، درمان فراشناختی می‌تواند درمان معتبر و جایگزینی برای مواجهه و جلوگیری از پاسخ باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، افسردگی، باورهای وسواسی، اختلال وسواس جبری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ 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 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.33.5]

۱ مقدمه

وسواس‌ها، افکار و تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی تکراری و مداومی هستند که مزاحم تلقی می‌شوند و به‌آسانی از نگرانی‌های افراطی مربوط به مشکلات روزمره تمییز داده می‌شوند (۱). علائم اختلال وسواسی‌جبری، شامل افکار و اعمال وسواسی مختلف با تشریفات، حس‌های بدنی، شک و تردیدها، عقاید بیش‌بهاداده‌شده، آشفتگی‌های هیجانی (افسردگی، اضطراب، تحریک‌پذیری و...)، نقایص حافظهٔ فوری و نشانه‌های نورولوژیکی است (۲). تخمین‌ها دربارهٔ شیوع عمری اختلال وسواس‌جبری حدود ۱/۶ درصد تا ۲/۳ درصد است (۳).

دربارهٔ سبب‌شناسی و درمان وسواس، نظریهٔ اساسی و جامعی که موردتوافق همگان باشد، وجود ندارد؛ اما در بین مدل‌های موجود، برجسته‌ترین آن‌ها مدل‌های شناختی معاصر است (۴). این مدل‌ها یک سری از مفروضات اساسی مشترک دارند. آن‌ها فرض می‌کنند که نشانه‌های وسواس از نوع خاصی از باورهای ناکارآمد به وجود می‌آید که این باورها، تحول و شدت نشانه‌ها را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. توافقی نظری و تجربی وجود دارد که سه باور ناکارآمد اساسی در شکل‌گیری وسواس دخیل‌اند: ۱. بیش‌اهمیت‌دهی و نیاز به کنترل افکار؛ ۲. کمال‌گرایی(ICT) و عدم تحمل ابهام (PC)؛ ۳. مسئولیت‌پذیری افراطی و برآورد افراطی خطر (RT) (۵). اهمیت افکار به این باور اشاره دارد که صرفاً وجود افکار ناخواسته به انجام‌دادن آن افکار منجر می‌شود. همچنین این پدیده این باور را در ذهن بیمار تقویت می‌کند که کنترل کامل بر افکار، ضروری و امکان‌پذیر است. کمال‌گرایی شامل باورهایی است که اشتباهات و نواقص و عیب‌ها را برای فرد غیرقابل‌تحمل می‌کند. همچنین باور به این است که اجتناب از رویدادهای ناخوشایند، ضروری و در عین حال امکان‌پذیر است و نهایتاً مسئولیت‌پذیری افراطی، شامل باورهایی دربارهٔ وقوع رویدادهای ناخوشایند و وظیفهٔ فرد در جهت جلوگیری از بروز آن‌هاست (۴). چندی از شواهد، مؤید نقش باورهای ناکارآمد در شروع علائم یا نشانه‌های وسواس است (۶). بزرگ‌ترین مطالعه‌ای که تاکنون در این زمینه منتشر شده، یک مطالعهٔ غیربالینی متشکل از ۵هزار و ۱۵ شرکت‌کننده است که در آن روابط بین باورها و نشانه‌ها ارزیابی شد (۷). این مطالعه نقش علّی باورها در شکل‌گیری علائم را تأیید کرد (۵).

معمولاً افراد مبتلا به وسواس در حالی پای به درمان می‌گذارند که به سایر نشانگان و اختلالات مانند افسردگی، فوبیاها (هراس‌ها)، اضطراب و نگرانی نیز دچارند. طبق یافته‌های حاصل از برخی پژوهش‌ها، افسردگی شدید موجب کاهش اثرات درمانی خواهد شد (۸).

نظر به اهمیت اختلال وسواس، نیاز آزمودن شیوه‌های نوین درمانی برای آن ضروری می‌نماید. در این مطالعه، تلاش بر این است که اثربخشی دو شیوهٔ درمانی کلاسیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و فراشناختی بر علائم وسواس آزموده و میزان اثربخشی آن‌ها مشخص شود. در درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ (ERP)[۲]، از مراجع خواسته می‌شود با شدیدترین ترس‌هایش مواجه شود و هیچ رفتار اجتنابی انجام ندهد و اجازه دهد اضطراب خودش کم شود (۹). همچنین پژوهشگران مشخص کردند که دوره‌های طولانی و تکراری رویارویی با موقعیت‌های ترس‌آور، به کاهش برانگیختگی هیجانی (خوگیری) منجر می‌شود و بنابراین ماشه‌چکان‌های افکار وسواسی، دیگر ناراحتی ایجاد نمی‌کند (۱۰). بررسی فراتحلیلی حدود سی مطالعهٔ کنترل‌شده و کوشش‌های آزمایشی آزاد با استفاده از صدها بیمار دلالت بر این دارد که مواجهه و جلوگیری از پاسخ، بر کاهش علائم وسواس بسیار مؤثر است (۱۱).

مداخلهٔ دیگری که در این پژوهش اجرا شد، مدل فراشناختی ولز است. هدف کلی در درمان این است که بیماران به‌شیوهٔ پردازش فراشناختی معطوف شوند. همچنین به بیماران آموخته می‌شود که به سرکوب یا کنترل افکار مزاحم نیازی نیست و هر فکر مزاحم لزوماً به عمل منجر نمی‌شود (۱۲). این روش درمانی با روش شناختی‌رفتاری[۳] متفاوت است؛ زیرا به‌جای اینکه درمان شامل چالش با افکار و باورها دربارهٔ آسیب یا مواجهه‌های مکرر و طولانی‌مدت با خاطرات مربوط به تروما باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار دربارهٔ نگرانی را از بین ببرد (۱۳). اختلال وسواس بیماری شناخته‌شده‌ای است و درمان‌های متنوعی برای آن در نظر گرفته شده است. اگرچه این درمان‌ها مفید بودند، نتایج متفاوتی به دست دادند و در اکثر کسانی که تحت درمان قرار گرفتند، نشانه‌هایی از وسواس باقی ماند (۱۴). بنابراین پژوهش حاضر درصدد بود مدل درمانی جدید فراشناختی را در کنار مدل کلاسیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ به‌منظور درمان این نشانه‌ها به کار گیرد.

۲ روش بررسی

این پژوهش از نوع نیمه‌تجربی و کاربردی بود که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه[۴] انجام شد. جامعهٔ آماری شامل تمامی بیماران سرپایی اختلال وسواس فکری‌عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاورهٔ شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۵ بود. در ابتدا شصت نفر از بیماران که طبق تشخیص روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی تشخیص اختلال وسواس فکری‌عملی گرفته‌اند، از میان جامعه و با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. برای حصول اطمینان از تشخیص، محقق از تمامی بیماران دارای تشخیص اختلال وسواس فکری‌عملی، بر مبنای معیارهای «DSM5» مصاحبهٔ تشخیصی گرفت و به‌صورت گمارش تصادفی به دو گروه بیست‌نفرهٔ آزمایش (گروه فراشناخت و گروه مواجهه و جلوگیری از پاسخ ERP) و یک گروه بیست‌نفرهٔ گواه تقسیم شدند. مداخلهٔ فراشناختی ولز، به‌مدت هشت جلسهٔ گروهی و به‌مدت دو ماه به‌صورت جلسات یک‌ونیم‌ساعته بر روی گروه آزمایش فراشناخت و مداخلهٔ مواجهه و جلوگیری از پاسخ به‌مدت چهارده جلسه برای گروه آزمایش اجرا شد. به‌منظور رعایت مسائل اخلاقی، مصرف دارو برای بیماران ضروری بود؛ لذا با تشخیص روان‌پزشک داروی فلووکسامین با دوز ۲۰۰ تا ۳۰۰ میلی‌گرم برای هر سه گروه تجویز شد. بدین ترتیب هم گروه گواه و هم گروه‌های آزمایش در حین مداخلات، از یک داروی یکسان و دوز همگن استفاده کردند؛ لذا اثر مصرف دارو کنترل شد. برای رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان پژوهش توضیح داده شد در صورت تمایل، آنان در پژوهشی شرکت می‌کنند که قصد دارد اثربخشی یک درمان روان‌شناختی را بر علائم اختلال وسواس فکری‌عملی بررسی کند. همچنین به ایشان اطمینان داده شد که اطلاعات

[1]. Exposure and Response Prevention
[2]. Cognitive-Behavioral therapy
[3]. Pretest-posttest randomized group design

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.33.5]

مرتبط با آن‌ها به‌صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. ملاک‌های انتخاب نمونه عبارت بود از تشخیص اصلی بیماری وسواس، عدم ابتلای بیماران به هیچ‌یک از اختلالات شخصیت، اختلالات دوقطبی و رگه‌های روان‌پریشی. تحصیلات حداقل سیکل و ملاک‌های حذف نمونه به قرار زیر بود: ابتلا به هریک از بیماری‌های ذکرشده در ملاک ورود، انجام‌دادن هر مداخلهٔ دیگر در حین جلسات درمان، داشتن معلولیت یا هر وضعیت پزشکی و جسمانی‌ای که موجب شرکت‌نکردن در جلسات یا پاسخ‌گویی به سؤالات پرسش‌نامه شود، بی‌سوادی و داشتن سن کمتر از بیست سال. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس و با به‌کارگیری نرم‌افزار آماری SPSS ویراست ۲۱ تحلیل شد.

ابزار پژوهش:

۱. پرسش‌نامهٔ باورهای وسواسی (OBQ-44): پرسش‌نامهٔ باورهای وسواسی توسط کارگروه اختلال وسواس‌جبری (۱۵) ساخته شده است. این پرسش‌نامه، سه بعد اصلی باورهای وسواسی را می‌سنجد که عبارت است از: ۱. بیش‌اهمیت‌دهی و نیاز به کنترل افکار؛ ۲. کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام؛ ۳. مسئولیت‌پذیری افراطی و برآورد افراطی خطر. از پاسخ‌دهنده درخواست می‌شود، میزان موافقت یا مخالفت خود را با هرکدام از گزینه‌ها روی مقیاس صفر تا هفت انتخاب کند. رتبه‌بندی مقیاس به صورت ۳ــ معادلِ خیلی زیاد مخالف، صفر معادلِ نظری ندارم و ۳+ معادلِ خیلی زیاد موافق است. در ایران (۱۶) ضریب آلفای کرونباخ، دونیمه‌سازی و آزمون بازآزمون پرسش‌نامه را به‌ترتیب معادل ۰/۹۲، ۰/۹۴ و ۰/۸۲ به دست آوردند. در پژوهش حاضر، مقدار آلفای کرونباخ برای عامل کلی پرسش‌نامه معادل ۰/۸۸ به دست آمد.

خلاصهٔ برنامهٔ درمانی مواجهه و جلوگیری از پاسخ:

۲. پرسش‌نامهٔ افسردگی بک: این آزمون رایج‌ترین و از ابزارهای سنجش شدت افسردگی بسیار قدیمی است. تعداد گویه‌های آن ۲۱ و بر پیوستار چهاردرجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. نقطهٔ برش این پرسش‌نامه در پژوهش‌های مختلف، متفاوت گزارش شده است؛ اما توافق کلی وجود دارد که نمرهٔ ۱۴ تا ۱۹ به‌عنوان افسردگی خفیف، ۲۰ تا ۲۸ افسردگی متوسط و ۲۹ تا ۶۳ به‌صورت افسردگی شدید طبقه‌بندی می‌شود. مطالعات مختلف جهانی آلفای کرونباخ، این پرسش‌نامه را بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۵ متغیر گزارش کرده‌اند. (به‌نقل از ۱۷) در ایران نیز (۱۸) آلفای کرونباخ را ۰/۹۱ و ضریب پایایی را ۰/۹۴ برای این آزمون گزارش کردند. در پژوهش حاضر، مقدار آلفای کرونباخ برای عامل کلی پرسش‌نامه معادل ۰/۹۱ به دست آمد.

خلاصهٔ برنامهٔ درمانی مواجهه و جلوگیری از پاسخ:

این پروتکل چهارده‌جلسه‌ای برای گروه درمانگری را استکتی و همکاران مبتنی بر درمان‌های استاندارد مطرح کرده‌اند. دوازده جلسهٔ اول این پروتکل، به‌صورت هفتگی و جلسهٔ آخر بعد از دو هفته برگزار شد. خلاصهٔ جلسات درمان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ

جلسهٔ اول	ــ معرفی قواعد گروه و مروری بر کار گروهی: رازداری و محرمانه‌بودن، ساختار گروه، اهمیت شرکت منظم، انتظارهای مربوط به تکالیف منزل (شصت تا نود دقیقه در هر روز، مواجهه و جلوگیری از پاسخ انجام دهند)؛ ــ تعریف کلمات کلیدی: «وسواس‌ها»، «اجبارها» و «اختلال وسواس‌اجباری»، «راه‌اندازها»، «اجتناب» و «خنثی‌سازی». تکلیف منزل: ارائهٔ بروشور برخی واقعیت‌ها دربارهٔ وسواس به مراجعان.
جلسهٔ دوم	ــ مرور جلسهٔ قبل و همچنین تکلیف ارائه‌شده (بروشور برخی واقعیت‌ها دربارهٔ وسواس)؛ ــ ارائهٔ منطق زیربنای ERP و دستورالعمل‌های مربوط به انجام‌دادن مواجهه و جلوگیری از پاسخ؛ ــ ترسیم نمودار افزایش اضطراب و کاهش آن بر اساس مکانیزم خوگیری همراه با مثال برای افراد گروه؛ ــ انتخاب و تمرین یک مورد از موارد موجود در قسمت پایین سلسله‌مراتب مواجههٔ بیماران. تکلیف منزل: تمرین مواجههٔ انجام‌شده در جلسه در فاصلهٔ بین جلسات به‌مدت شصت تا نود دقیقه.
جلسهٔ سوم تا سیزدهم	ــ مرور جلسهٔ قبل و همچنین تکلیف ارائه‌شده؛ ــ رویارویی و جلوگیری از پاسخ بر اساس سلسله‌مراتب موقعیت‌های اضطراب‌برانگیز مختص هر بیمار با مشارکت بیمار. تکلیف منزل: تمرین مواجههٔ انجام‌شده در جلسه در فاصلهٔ بین جلسات به‌مدت شصت الی نود دقیقه.
جلسهٔ چهاردهم	ــ مرور جلسات قبل و همچنین تکالیف ارائه‌شده؛ ــ آماده‌کردن شرکت‌کنندگان برای اختتام جلسات؛ ــ آگاهی از عوامل راه‌انداز احتمالی و بازگشت و رخداد مجدد وسواس، از جمله افزایش استرس‌ها و فشارهای زندگی؛ ــ تأکید بر ادامه و انجام‌دادن مواجهه و جلوگیری از پاسخ برای حفظ دستاوردهای جلسات درمان. ــ خلاصه‌سازی نهایی مطالب جلسه و گرفتن بازخورد.

طرح درمان فراشناختی ولز برای اختلال وسواس فکری‌عملی:

خلاصهٔ برنامهٔ فراشناخت‌درمانی ــ این پروتکل هشت‌جلسه‌ای برای گروه درمانی اختلال وسواس فکری‌عملی مطرح‌شده توسط ولز (۱۳) است. جلسات درمان هفته‌ای یک مرتبه و تعداد جلسات مجموعاً هشت جلسه بود. خلاصهٔ جلسات درمان در جدول ۲ ارائه شده است.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.33.5]

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان فراشناختی ولز برای اختلال وسواس فکری‌عملی

جلسهٔ اول	هدف: ایجاد ضابطهٔ درمانی سالم، نرمال‌سازی، آشناسازی با مدل فراشناختی، اجرای آزمایش فرونشانی فکر، ارائهٔ منطق تکنیک توجه‌آگاهی انفصالی، آموزش توجه‌آگاهی انفصالی، تمرین توجه‌آگاهی انفصالی بر روی افکار خنثی و افکار وسواسی. تکلیف خانگی: تهیهٔ خلاصه‌ای از ماهیت بیماری، مؤلفه‌ها، مفاهیم و اهداف فراشناخت‌درمانی، تمرین توجه‌آگاهی انفصالی.
جلسهٔ دوم	هدف: مرور تکنیک توجه‌آگاهی انفصالی، معرفی رویارویی همراه با انجام‌دادنِ پاسخ یا به‌تعویق‌انداختن آیین‌مندی‌ها. تکلیف خانگی: تمرین توجه‌آگاهی انفصالی و انجام‌دادنِ رویارویی همراه با انجام‌دادن پاسخ.
جلسهٔ سوم	هدف: تمرین بیشتر بر روی توجه‌آگاهی انفصالی و رویارویی همراه با انجام‌دادن پاسخ، بررسی باورهای درآمیختگی فکر، تأکید بر اهمیت چالش با باورهای درآمیختگی فکر. تکلیف خانگی: تمرین توجه‌آگاهی انفصالی، تهیهٔ فهرستی از باورهای فراشناختی.
جلسهٔ چهارم	هدف: چالش کلامی با باورهای درآمیختگی فکر، اجرای آزمایش‌های رفتاری در طول جلسه به‌منظور چالش با باورهای درآمیختگی فکر، معرفی رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ (ERP) به‌عنوان یک آزمایش رفتاری. تکلیف خانگی: به‌کارگیری چالش‌های کلامی با باورهای درآمیختگی فکر، انجام‌دادنِ ERP به‌عنوان یکی از مهم‌ترین چالش‌های رفتاری با باورهای درآمیختگی‌فکر.
جلسهٔ پنجم	هدف: ادامهٔ چالش کلامی با باورهای درآمیختگی فکر (TOF, TEF, TAF)، اجرای آزمایش‌های رفتاری به‌منظور چالش با باورهای درآمیختگی فکر، تأکید بر رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ (ERP) و تهیهٔ کارت‌های آموزشی. تکلیف خانگی: ادامهٔ چالش با باورهای درآمیختگی فکر، بررسی باورهای مربوط به آیین‌مندی‌ها، تأکید بر اهمیت تغییر باورهای مربوط به آیین‌مندی، بررسی مزایا و معایب تغییر آیین‌مندی‌ها و اجرای آزمایش‌های رفتاری به‌ویژه رویارویی همراه با جلوگیری از پاسخ به‌منظور چالش با باورهای مربوط به آیین‌مندی‌ها.
جلسهٔ ششم	هدف: تأکید بر اهمیت تغییر باورهای مربوط به آیین‌مندی‌ها، اجرای آزمایش‌های رفتاری. تکلیف خانگی: تمرین چالش با باورهای درآمیختگی فکر، مطالعهٔ کارت‌های آموزشی، تغییر آیین‌مندی‌ها، چالش با باورهای مربوط به آیین‌مندی و اجرای آزمایش‌های رفتاری خاص.
جلسهٔ هفتم	هدف: بررسی علائم توقف و ملاک‌های درونی نامناسب و تأکید بر نقش آن‌ها در تکرار آیین‌مندی، ضرورت تغییر این علائم و ملاک‌ها به‌منظور تغییر راهبردهای توجیهی بیمار و جایگزین‌کردن برنامهٔ پردازشی جدید به‌جای برنامهٔ قبلی. تکلیف خانگی: اجتناب از به‌کارگیری علائم توقف و ملاک‌های درونی نامناسب، مرور برنامهٔ پردازش جدید و مقایسهٔ آن برنامهٔ قبلی (مطالعهٔ کارت‌های آموزشی).
جلسهٔ هشتم	هدف: ادامهٔ چالش با باورها، رفتارهای باقی‌مانده، ادامهٔ تکمیل برنامهٔ جدید تدوین‌شده، ادامهٔ تکمیل فرم مکتوب خلاصهٔ درمان، پایان‌بخشیدن به درمان.

۳ یافته‌ها

نتایج ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان نشان داد که میانگین سنی گروه‌ها تقریباً در محدودهٔ ۳۵ سال است. همچنین نتیجهٔ آزمون آنوای یک‌راهه نیز نشان داد بین سه گروه تفاوت معناداری از لحاظ سن وجود ندارد. همچنین در هر سه گروه، بیشترِ افراد، دارای تحصیلات دیپلم و سپس کاردانی بودند. در متغیر تأهل نیز نتایج جدول فراوانی نشان داد که اکثر نمونه متأهل بوده‌اند (جدول ۳).

جدول ۳. مشخصات توصیفی متغیرهای دموگرافیگ به تفکیک گروه‌های موردمطالعه

	گروه فراشناخت		گروه ERP		گروه گواه	
متغیر	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سن	۳۴/۷۰	۷/۸۸	۳۶/۳۰	۸/۱۵	۳۳/۶۵	۸/۸۱
تحصیلات	گروه فراشناخت		گروه ERP		گروه گواه	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
دیپلم	۱۱	۵۵	۷	۳۵	۹	۴۵
کاردانی	۵	۲۵	۵	۲۵	۵	۲۵
کارشناسی	۲	۱۰	۶	۳۰	۳	۱۵
کارشناسی ارشد و بالاتر	۲	۱۰	۲	۱۰	۳	۱۵
وضعیت تأهل						
مجرد	۵	۹	۹	۴۵	۶	۳۰
متأهل	۱۵	۱۱	۱۱	۵۵	۱۴	۷۰

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.33.5]

نتایج توصیفی جدول ۴ نشان می‌دهد که اکثر مؤلفه‌ها در پس‌آزمون کاهش داشته‌اند. به‌منظور مشخص‌شدن تفاوت معنادار گروه‌ها در متغیرهای پژوهش، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) و تحلیل کوواریانس تک‌متغیره به‌همراه آزمون‌های پیش‌فرض استفاده شد. پس از بررسی برقراری پیش‌فرض‌های آزمون، نتایج آنالیز کوواریانس چندمتغیره نشان داد که در گروه‌های موردمطالعه، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری بین سه گروه وجود دارد: $p<۰/۰۰۱$، $F = ۳۳/۳۵$، $۰/۰۸ =$ لاندای ویلکز.

جدول ۴. شاخص‌های توصیفی باورهای وسواسی و افسردگی در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

مؤلفه‌های درآمیختگی افکار	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسهٔ پس‌آزمون		
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
افسردگی	فراشناخت‌درمانی	۲۱/۲۳	۲/۷۷	۱۲/۸۸	۰/۸۵	۵۵/۸۹	<۰/۰۰۱	۰/۷۰
	مواجهه‌درمانی	۲۰/۱۳	۲/۷۷	۱۵/۲۰	۱/۰۱			
	گواه	۲۱/۷۲	۲/۸۶	۱۷/۶۸	۱/۷۶			
مسئولیت‌پذیری افراطی و برآورد افراطی خطر (RT)	فراشناخت‌درمانی	۵۴	۸/۵۹	۳۳/۶۴	۳/۴۰	۲۷/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۵
	مواجهه‌درمانی	۵۷/۷۵	۷/۶۲	۳۳/۸۰	۳/۷۸			
	گواه	۵۶/۷۰	۷/۴۸	۴۴/۷۲	۷/۲۵			
کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام (PC)	فراشناخت‌درمانی	۶۹/۶۰	۱۰/۸۲	۴۳/۸۲	۶/۷۹	۱۹/۹۲	<۰/۰۰۱	۰/۴۷
	مواجهه‌درمانی	۷۰/۸۵	۸/۷۱	۴۳/۵۳	۸/۵۲			
	گواه	۶۷/۳۰	۱۰/۹۷	۵۵/۰۵	۱۱/۴۷			
بیش‌اهمیت‌دهی و نیاز به کنترل افکار (ICT)	فراشناخت‌درمانی	۶۸/۴۵	۱۵/۵۲	۴۰/۸۲	۹/۲۷	۱۰/۰۷	<۰/۰۰۱	۰/۳۱
	مواجهه‌درمانی	۶۱/۲۵	۱۲/۴۱	۴۲/۸۶	۴/۲۶			
	گواه	۶۸/۵۵	۱۱/۴۴	۵۳/۳۳	۱۱/۱۰			

نتایج ادغام‌شدهٔ آزمون تحلیل کوواریانس تک و چندمتغیره (جدول ۴) پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، برای مقایسهٔ گروه‌های درمانی نشان می‌دهد بین سه گروه از لحاظ تمامی مؤلفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). در ادامه، نتایج آزمون تعقیبی به‌صورت جزئی‌تر به تفاوت بین گروه‌ها در مرحلهٔ پس‌آزمون هریک از این متغیرها می‌پردازد.

جدول ۵. آزمون تعقیبی بونفرونی، مقایسهٔ زوجی گروه‌ها در مرحلهٔ پس‌آزمون

متغیر وابسته	مرحله (I)	مرحله (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	مقدار p
مسئولیت‌پذیری افراطی و برآورد افراطی خطر	فراشناخت	ERP	۰/۵۵	۱/۸۰	۰/۷۵۱
		گواه	-۱۱/۱۳	۱/۷۲	<۰/۰۰۱
	ERP	گواه	-۱۱/۶۸	۱/۸۲	<۰/۰۰۱
کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام	فراشناخت	ERP	۰/۶۶	۲/۶۹	۰/۸۰۱
		گواه	-۱۴/۰۷	۲/۵۷	<۰/۰۰۱
	ERP	گواه	-۲۴/۷۳	۲/۷۲	<۰/۰۰۱
بیش‌اهمیت‌دهی و نیاز به کنترل افکار	فراشناخت	ERP	-۲/۹۰	۳/۳۳	۰/۳۸۱
		گواه	-۱۳/۷۱	۳/۳۶	<۰/۰۰۱
	ERP	گواه	-۱۰/۸۱	۳/۳۶	۰/۰۰۲
افسردگی	فراشناخت	ERP	-۲/۳۸	۰/۴۷۶	<۰/۰۰۱
		گواه	-۴/۷۵	۰/۴۵۰	<۰/۰۰۱
	ERP	گواه	-۲/۳۷	۰/۴۷۶	<۰/۰۰۱

نتایج آزمون تعقیبی نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایشی فراشناخت و ERP در هیچ‌یک از باورهای وسواسی در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما هر دو گروه در مقایسه با گروه گواه، به‌صورت معناداری کاهش علائم نشان می‌دهند ($p<۰/۰۰۱$). دربارهٔ افسردگی نیز تفاوت همهٔ گروه‌ها در پس‌آزمون معنادار است ($p<۰/۰۰۱$).

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، مقایسهٔ اثربخشی درمان فراشناختی ولز و درمان مواجهه با پاسخ در بهبود باورهای وسواسی و افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواس جبری است.

دربارهٔ باورهای وسواسی، از آنجا که هر دو گروه آزمایشی و گروه گواه در

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.33.5]

دورهٔ مداخله دارو مصرف می‌کردند، بخشی از بهبود علائم در هر سه گروه مربوط به اثر دارو بود. در مقایسهٔ باورهای وسواسی نتایج نشان داد بین گروه‌های آزمایشی فراشناخت و ERP در هیچ‌یک از باورهای وسواسی در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد؛ اما هر دو گروه به‌صورت معناداری درمقایسه با گروه گواه کاهش علائم نشان می‌دهند. رویکردهای شناختی معاصر، نقش باورها را در سوءتعبیر و ارزیابی‌های منفی افکار مزاحم به‌طور متفق‌القول پذیرفته‌اند و آنچه اختلاف‌نظر اصلی این رویکردها تلقی می‌شود، باورهای مورداشاره است؛ برای مثال برخی از محققان (۱۹) به باورهای مربوط به مسئولیت‌پذیری اشاره می‌کنند؛ در حالی که نتیجهٔ یک پژوهش دیگر (۲۰) بر اهمیت و معنای افکار تأکید دارد. در مجموع به نظر می‌رسد که باورهای مرتبط با OCD به‌عنوان متغیرهای شناختی با تغییر علائم وسواسی‌اجباری رابطهٔ مثبت و معنادار دارند. از آنجایی که طبق مدل فراشناختی، باورهای وسواسی ماحصل باورهای فراشناختی ناسازگار محسوب می‌شود (۱۲)، انتظار می‌رود که تغییر باورهای فراشناختی، تغییر باورهای وسواسی را به دنبال داشته باشد. مطالعات نشان می‌دهد که فراشناخت‌درمانی به موازات تغییر باورهای فراشناختی به تغییر باورهای وسواسی نیز منجر می‌شود. به‌عبارتی، فراشناخت‌درمانی در تغییر باورهای وسواسی اثربخش است. برای مثال نتایج مطالعات (۲۴ـ۲۱) نیز نشان می‌دهد که رابطهٔ بین باورهای فراشناختی و علائم وسواسی‌اجباری، مستقل از باورهای وسواسی است. این یافته همچنین از رابطهٔ بین باورهای وسواسی و تغییر علائم وسواسی اجباری حمایت می‌کند. در پژوهشی (۷) نشان داده شد که باورهای وسواسی پیش‌بینی‌کنندهٔ خوبی برای علائم وسواسی جبری به شمار می‌رود.

در همین راستا در پژوهشی نشان داده شد (۲۴) که درمان (ERP) تغییر معناداری در علائم، نمرات فراشناختی و باورهای مسئولیت‌پذیری و کمال‌گرایی به دنبال داشت؛ هرچند تغییر فراشناخت‌واره‌ها بهتر از تغییر باورهای کمال‌گرایی و مسئولیت‌پذیری نتایج درمانی را پیش‌بینی می‌کردند.

احتمالاً علت اثربخشی درمان فراشناختی این است که تأکید درمان را از توقف بر روی افکار وسواس‌گونه برداشته است و به‌سمت یادگیری این موضوع هدایت می‌کند که افکار وسواس‌گونه یا انواع دیگر افکار مزاحم، الزاماً به عمل ختم نمی‌شود (۲۵).

دیگر دلایل اثربخشی درمان این است که بیماران یاد می‌گیرند از افکار خود فاصله بگیرند و متوجه شوند این افکار مزاحم به فرایندها و اعمال بعدی، نامربوط است. انجام این کار در مدل فراشناختی با اصلاح باورهای فراشناختی که به افکار وسواسی معنا و مفهوم خاصی می‌دهد، امکان‌پذیر می‌شود. این تمرین‌های وسیع می‌توانند پاسخ‌های مقابله‌ای غیرارادی را که ناسازگار است، از بین ببرند (۱۴).

تعداد زیادی از مطالعاتی که به‌صورت مستقل یا مقایسه‌ای به درمان اختلال وسواس پرداخته‌اند، در کنار علائم اصلی به درمان افسردگی بیماران پرداخته‌اند؛ لذا یافتهٔ ما هم‌سو با عمده‌مطالعات روان‌شناختی و دارویی‌ای است که به این امر پرداخته‌اند.

به‌منظور تبیین می‌توان گفت که یکی از مشکلات اساسی افراد افسرده بحث کنترل فکر است. از آنجایی که افکار مزاحم قابل‌کنترل نیستند، بیمارانی که افکار و تصاویر ناخوشایند را تجربه می‌کنند، احساس درماندگی می‌کنند و این احساس، پیش‌درآمد مهمی برای ابتلا به افسردگی است. زمانی که کنترل فکر بهبود پیدا می‌کند و بیماران یاد می‌گیرند افکارشان را کنترل نکنند، از دام افسردگی بیرون می‌آیند. از طرفی بیمارانی که افسردگی را در موقعیت پراسترس تجربه کردند، ممکن است به‌طور خاص مستعد ابتلا به وسواس باشند.

این ترکیب خلق افسرده، افکار وسواسی و اعمال جبری، یک مارپیچ متقابل رو به پایین افسردگی بیشتر، اضطراب بیشتر و علائم وسواسی بیشتر تولید می‌کند. بیماران مبتلا به وسواس که افسرده نیز هستند، ممکن است برای تغییر رویدادهای اطرافشان احساس درماندگی کنند و از آینده ناامید باشند (۲۶). بنابراین می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که فراشناخت از طریق کاهش کنترل فکر و مواجهه از طریق افزایش احساس خودکارآمدی و احساس توانستن برای تغییر رویدادهای پیرامون و به‌دنبال آن کاهش ناامیدی موجب کاهش افسردگی می‌شود.

در پژوهشی (۲۷) مطرح کردند که اضطراب بیماران مبتلا به وسواس دربارهٔ مزاحمت‌های ذهنی برعکس نشانه‌های جسمانی، در اختلال هراس یا اشیا و موقعیت‌های بیرونی در هراس اجتماعی و هراس‌های خاص، معانی دیگری دارد. افراد مبتلا به هراس معمولاً می‌توانند ترس‌های خود را با پرهیز از رویدادهایی که موجب هراسشان می‌شود، کنترل کنند؛ اما افراد وسواسی مدام از مزاحمت‌های ذهنی زجرآوری ضربه می‌خورند که با وجود تلاش کنترل نمی‌شود. این مسئله دو نتیجه در پی دارد: اول اینکه آن‌ها در برابر این تجربه‌های ذهنی مقاومت می‌کنند و اعمال آشکار و پنهانی را برای خنثی‌سازی آن‌ها گسترش می‌دهند و دوم اینکه اضطراب افزایش‌یافته موجب به‌صدادرآمدن زنگ خطرهای کاذبی می‌شود که با افکار خاص خودشان در ارتباط است.

چنان‌که اشاره شد، درمان ERP به‌عنوان یک روش سنتی توانست موجب کاهش علائم شود؛ اما در مقایسه با فراشناخت، توان کمتری در بهبود علائم دارد. در تبیین این مسئله می‌توان اشاره کرد که در درمان ERP معمولاً بیمار به‌طور جدی با محرک‌ها و افکار ترس‌آور روبه‌رو می‌شود و از انجام هر رفتار آیینی که باعث خوگیری می‌شود، ممانعت به عمل می‌آید؛ در حالی که در فراشناخت دقیقاً برعکس است. بیمار می‌تواند رفتارهای آیینی را نام داده و از آن‌ها در فرایند درمان سود جوید. نکتهٔ مهم دیگر این است که در فراشناخت‌درمانی هم از ERP استفاده می‌شود؛ اما به دو شیوهٔ کاملاً متفاوت: نخست به‌عنوان ابزاری برای کاهش سندرم شناختی‌توجهی که علت اصلی بیش‌برآورد خطر محسوب می‌شود؛ دوم به‌عنوان یک آزمایش رفتاری که فرصتی برای چالش با باورهای وسواسی فراهم می‌کند؛ لذا در فراشناخت درمانی برخلاف رویکردهای سنتی، به رویارویی طولانی با علائم نیازی نیست (۱۳).

از جمله محدودیت‌های پژوهش می‌توان به اجرا بر روی یک جنس، محدودیت دامنهٔ سنی و تحصیلی و وجودنداشتنِ دورهٔ پیگیری اشاره کرد. به‌عنوان پیشنهاد پژوهشی نیز می‌توان مقایسهٔ این دو درمان را با توجه به نقش جنسیت ارزیابی کرد. علائم اختصاصی وسواس را به‌عنوان متغیر آماج وارد مداخله کرد و با توجه به پراکندگی علائم در گروه‌های درمانی، طرح درمان حاضر را به‌صورت مورد منفرد به اجرا درآورد تا سنجش دقیق‌تری از نتایج درمان حاصل شود. علاوه بر این، از لحاظ کاربردی پیشنهاد می‌شود برای درمان افراد مبتلا به اختلال وسواس، شیوهٔ فراشناخت‌درمانی و مواجهه و جلوگیری از پاسخ همراه با دارو استفاده شود تا بیماران حداکثر استفاده را از درمان ببرند.

۵ نتیجه‌گیری

در مجموع به نظر می‌رسد با وجود اینکه مکانیزم زیربنایی هر دو درمان

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.33.5]

متفاوت است، هر دو درمان فراشناخت و ERP به‌تنهایی می‌توانند به‌صورت معناداری موجب کاهش علائم وسواس نسبت به درمان دارویی شوند. گرچه با وجود محدودیت‌های روش‌شناختی، فراشناخت‌درمانی دست‌کم در کاهش علائم افسردگی موفق‌تر است و می‌تواند درمان معتبر و جایگزینی برای مواجهه و جلوگیری از پاسخ باشد.

۶ تشکر و قدردانی

از شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین از جناب دکتر سعید فروزش که درمان دارویی بیماران را تقبل کردند، سپاسگزاری می‌کنیم. این مطالعه بخشی از پایان‌نامهٔ دکترای روان‌شناسی نویسندهٔ اول در دانشگاه آزاد واحد مرودشت است که با حمایت معنوی دانشگاه مذکور و با هزینهٔ شخصی انجام شده است.

References

1. Abramowitz JS, Jacoby RJ. Obsessive-compulsive related disorders: A critical review of the new diagnostic class. Annual review of Clinical Psychology. 2015;11:165-86. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032813-153713
2. Lopez-Ibor JJ, Lopez-Ibor MI. Research on obsessive-compulsive disorder. Current Opinion in Psychiatry. 2003;16:S85-91.
3. Barlow D, Mark Durand V. Abnormal Psychology: An Integrative Approach, Seventh Edition 200 First Stamford Place, 4th Floor Stamford; 2013,pp: 164-6.
4. Taylor S, Asmundson GJG, Jang KL. Etiology of obsessive–compulsive symptoms and obsessive–compulsive personality traits: Common genes, mostly different environments. Depression and Anxiety. 2011;28(10):863-9. doi:10.1002/da.20859
5. Khorramdel K. Etiology of Obsessive-Compulsive and Related Disorders in Twins (a behavioral-genetic analysis) [Thesis for PhD Psychology]. Iran: University of Mohaghegh Ardabili; 2015. [Persian]
6. Taylor S, Abramowitz JS. Dissemination of psychosocial treatments for anxiety: The importance of taking a broad perspective. Journal of Anxiety Disorders. 2013;27(8):802-4. doi:10.1016/j.janxdis.2013.09.002
7. Taylor S, Coles ME, Abramowitz JS ,Wu K, Olatunji B, Timpano K, et al. How are dysfunctional beliefs related to obsessive–compulsive symptoms? Journal of Cognitive Psychotherapy. 2010;24(3):165-76. doi:10.1891/0889-8391.24.3.165
8. Abramowitz JS. The psychological treatment of obsessive-compulsive disorder. The Canadian Jurnal of psychiatry. 2006;51(7):407-16. doi:10.1177/070674370605100702
9. Boschen MJ. Publication trends in individual anxiety disorders: 1980-2015. Journal of Anxiety Disorders. 2008;22(3):570-5. doi:10.1016/j.janxdis.2007.04.004
10. Havnen A, Hansen B, Öst LG, Kvale G. Concentrated ERP delivered in a group setting: An effectiveness study. Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2017;45(5):530-6. doi:10.1017/S1352465817000091
11. Franklin ME, Abramowitz JS, Kozak MJ, Levitt JT, Foa EB. Effectiveness of exposure and titular prevention for obsessive-compulsive disorder: randomized compared with nonrandomized samples. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2000;68(4):594-602. doi:10.1037/0022-006X.68.4.594
12. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. Behaviour Research and Therapy. 1996;34(11-12):881-8. doi:10.1016/S0005-7967(96)00050-2
13. Adrian W. Metacognitive therapy for anxiety and depression. The Guilford Press; 2009,pp: 254-65.
14. Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. 2008;39(2):117-32. doi:10.1016/j.jbtep.2006.12.001
15. Steketee G, Frost R, Bhar S, Bouvard M, Calamari J, Carmin C, et al. Psychometric validation of the obsessive beliefs questionnaire and the interprelations of intrusions inventory: Part I. Behaviour Research and Therapy. 2003;41(8):863-78. doi:10.1016/S0005-7967(02)00099-2
16. Shams G, Karam Ghadiri N, Esmaeeli Torkanbori Y, Ebrahimkhani N. Validation and reliability assessment of the persian version of obsessive beliefs questionnaire-44. Advance in Cgnative Science. 2004;6(1 and 2):23-36. [Persian] http://icssjournal.ir/article-1-29-en.html
17. Beck AT, Streer RA, Brown GK. Manual for the beck Depression Inventory-II. San Anatonio, TX. Psychological Coroporation; 1996.
18. Stefan-Dabson K, Mohammadkhani P, Massah-Choulabi O. Psychometrics characteristic of Beck depression inventory-II in patients with magor depressive disorder. Archives of Rehabilitation. 2007;8:0-82. http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-135-en.html
19. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. Behaviour Research and Therapy. 1985;23(5):571-83. doi:10.1016/0005-7967(85)90105-6
20. Rachman S. Obsessions, responsibility and guilt. Behaviour Research and Therapy. 1993;31(2):149-54. doi:10.1016/0005-7967(93)90066-4
21. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. Clinical Psychology & Psychotherapy. 2004;11(2):137-44. doi:10.1002/cpp.402

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.33.5]

22. Myers SG, Wells A. Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of metacognition andresponsibility. Journal of Anxiety Disorders. 2005;19(7):806-17. doi:10.1016/j.janxdis.2004.09.004
23. Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive–compulsive symptoms: Fusion beliefs, Beliefs about rituals, and stop signals. Journal of anxiety disorders. 2009;23(4): 436-42. doi:10.1016/j.janxdis.2008.08.007
24. Solem S, Haland TA, Vogel PA, Hansen B, Wells A. Change in meta cognitions predicts outcome in obsessive–compulsive disorder patients undergoing treatment with exposure and response prevention. Behaviour Research and Therapy. 2009;47(4):301-7. doi:10.1016/j.brat.2009.01.003
25. Van der Heiden C, van Rossen K, Dekker A, Damstra M, Deen M. Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A pilot study. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders. 2016;9:24-9. doi:10.1016/j.jocrd.2016.02.002
26. Purdon C. Thought suppression and psychopathology. Behaviour Research and Therapy. 1999;37(11):1029-54. doi:10.1016/S0005-7967(98)00200-9
27. Steketee G, Barlow D. Obsessive-compulsive disorder. In: Barlow DH (ed). Anxiety and its disorders. New York: The Guilford Press; 2002, pp:516-50.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.33.5]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-05]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1398.9.0.33.5]