

Determining the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Techniques in Reducing Obsessive Beliefs in People With Symptoms of Obsessive-Compulsive Disorder

Azhideh L¹, * Mahmoud Alilou M²

Author Address

1. MA, Department of Psychology, Tabriz Branch, Islamic Azad University, Tabriz, Iran;

2. Professor, Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tabriz, Tabriz, Iran.

*Corresponding Author Email: alilou_647@yahoo.com

Received: 2020 August 19; Accepted: 2021 February 27

Abstract

Background & Objectives: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a psychological disorder that manifests with a variety of symptoms, including intrusive thoughts, obsessive manners, mental employment and practical obsessions. There is no qualitative difference between the thoughts of people with obsessive-compulsive disorder and normal people. However, there is a fundamental difference in the meaning people with obsessive-compulsive disorder have for their thoughts. In this model, it is assumed that dysfunctional beliefs, which are the reference for evaluating obsessive thoughts, are the reason for turning annoying thoughts into obsessive thoughts. Dysfunctional beliefs cause, as the focus of attention on obsessive thoughts increases, to make an effort to avoid and suppress them. Thus, dysfunctional beliefs play an important role in creating and maintaining the symptoms of obsessive-compulsive disorder. They are even said to predict the type and severity of symptoms. Therefore, it is expected that cognitive techniques including cognitive reconstruction, correction of cognitive distortions, along with behavioral techniques for behavioral reconstruction are effective in treating patients with obsessive-compulsive disorder. The present study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral techniques in reducing obsessive beliefs in people with obsessive-compulsive symptoms.

Methods: The method of the present study was a quasi-experimental case study with a multiple-baseline design. The present study population comprised individuals with symptoms of obsessive-compulsive disorder, living in Tabriz City, Iran, in 2019. For this purpose, two participants were purposefully selected. They were selected from the people with symptoms of obsessive-compulsive disorder who were referred to Danesh Shahr Clinic of Tabriz considering the inclusion and exclusion criteria. Measurements were made for these two participants in the stages of the first baseline, second baseline, third session, fourth session, fifth session, sixth session, seventh session, last session, and follow-up. Finally, the follow-up was implemented two months after the last meeting. Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (Hodgson and Rachman, 1977), Responsibility Attitude Questionnaire (Salkovskis et al., 2000), Thought Control Questionnaire (Wells & Davies, 1994), Beck Anxiety Inventory (Beck et al., 1996), Intolerance of Uncertainty Scale (Freeston et al., 1994) were used to collect research data. To analyze the data, graphical and graphical analyzes were used, which were judged based on the rise and fall of obsessive beliefs. In addition to graphical and graphical analysis, the recovery percentage formula was used to evaluate the clinical significance of the changes and to objectify the improvement in treatment goals.

Results: The results showed that the effect size of cognitive-behavioral therapy on the variable of attitude to responsibility was 1.98 for the first subject and 2.63 for the second subject. The effect size of treatment on thought control was 2.31 for the first subject and 1.83 for the second subject. The effect size of treatment on anxiety was 2.83 for the first subject and 2.29 for the second subject. Also, the effect size of treatment for intolerance of uncertainty was 2.7 for the first subject and 2.56 for the second subject. These findings indicated that cognitive-behavioral therapy was effective in reducing obsessive-compulsive beliefs in people with obsessive-compulsive symptoms.

Conclusion: Based on the findings of this study, cognitive-behavioral therapy was effective in reducing obsessive beliefs in people with symptoms of obsessive-compulsive disorder. The findings of this study can be used for treatment planning and clinical interventions.

Keywords: Cognitive-Behavioral therapy, Obsessive beliefs, Obsessive-Compulsive disorder.

تعیین اثربخشی فنون درمان شناختی- رفتاری بر کاهش باورهای وسواسی در افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری

لیلا آژیده^۱، *مجید محمود علیلو^۲

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد تربیت، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران؛
۲. استاد، روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
* رابانامه نویسنده مسئول: alilou_647@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۹ مرداد ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۹ اسفند ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: لازمه کمک به افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری برای حل مشکلات مربوط به وسواس، شناخت عوامل مؤثر بر باورهای وسواسی است. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی فنون درمان شناختی- رفتاری بر کاهش باورهای وسواسی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی- اجباری انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر از نوع مطالعه نیمه‌آزمایشی موردی و از نوع خط پایه چندگانه بود. جامعه پژوهش را افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری در شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. حجم نمونه پژوهش دو نفر از افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری و روش نمونه‌گیری به صورت افراد واجد شرایط بود. بدین منظور، دو شرکت‌کننده به طور هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسش‌نامه وسواسی- اجباری مادزلی (هاجسون و راکمن، ۱۹۷۷)، پرسش‌نامه کنترل فکر (ولز و دیویس، ۱۹۹۴)، مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴)، پرسش‌نامه اضطراب بک (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و پرسش‌نامه نگرش به مسئولیت (سالکوسکیس و همکاران، ۲۰۰۰) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل‌های نموداری و ترسیمی به کار رفت که بر اساس صعود و نزول باورهای وسواسی، قضاوت صورت گرفت. علاوه بر تحلیل نموداری و ترسیمی، از فرمول درصد بهبودی برای بررسی معناداری بالینی تغییرات و عینی‌سازی میزان بهبود در آماج‌های درمانی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، اندازه اثر درمان شناختی- رفتاری بر متغیر نگرش به مسئولیت برای آزمودنی اول ۱/۹۸ و برای آزمودنی دوم ۲/۶۳ بود. اندازه اثر درمان بر کنترل فکر برای آزمودنی اول ۲/۳۱ و برای آزمودنی دوم ۱/۸۳ به دست آمد. اندازه اثر درمان بر اضطراب برای آزمودنی اول ۲/۸۳ و برای آزمودنی دوم ۲/۲۹ بود. همچنین اندازه اثر درمان بر عدم تحمل بلا تکلیفی برای آزمودنی اول ۲/۷ و برای آزمودنی دوم ۲/۵۶ به دست آمد. این یافته‌ها تأثیر درمان شناختی- رفتاری را بر کاهش باورهای وسواسی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی- اجباری نشان داد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، فنون درمان شناختی- رفتاری بر کاهش باورهای وسواسی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی- اجباری مؤثر است. از یافته‌های این پژوهش می‌توان در راستای برنامه‌ریزی درمانی و مداخلات بالینی بهره جست.

کلیدواژه‌ها: فنون درمان شناختی- رفتاری، باورهای وسواسی، اختلال وسواسی- اجباری.

درمان اختلال وسواسی-جبری مؤثر باشد (۱۰). نتایج پژوهش سولم و همکاران حاکی از تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر اختلال وسواس فکری (۱۱) و نتایج پژوهش اولاتونجی و همکاران بیانگر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اختلال وسواسی-اجباری در افراد مبتلا به این اختلال (۱۲) بود. نتایج پژوهش کولز و همکاران نشان داد، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی منجر به کاهش علائم وسواسی-جبری می‌شود (۱۳). همچنین نتایج پژوهش سیلز و همکاران مشخص کرد، درمان شناختی-رفتاری در وسواس فکری-عملی سبب بهبود اجتناب، بیش و همخوانی تشخیص اختلال می‌شود (۱۴). یوسفی و صالحی در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی-رفتاری بر کاهش علائم وسواس فکری-عملی مؤثر است (۱۵).

باتوجه به مطالب مطرح‌شده و فراوانی چشمگیر اختلال وسواسی-جبری در کشور ما، تأثیرات مثبت درمان شناختی-رفتاری بر کاهش باورهای وسواسی، نقش نظام شناختی و افکار در شکل‌گیری و تداوم این مشکلات و همچنین به دلیل ماهیت خاص، بسیار مقاوم و کاملاً غیرمنطقی حالات وسواس، درک و درمان این اختلال از چالش‌های بسیار بزرگ پیش روی متخصصان بهداشت روان است؛ بنابراین پژوهش حاضر با هدف بررسی تعیین اثربخشی فنون درمان شناختی-رفتاری بر کاهش باورهای وسواسی در افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش از نوع مطالعه نیمه‌آزمایشی موردی و از نوع خط پایه چندگانه بود. برای شرکت‌کنندگان به ترتیب در مراحل خط پایه اول، خط پایه دوم، جلسه سوم، جلسه چهارم، جلسه پنجم، جلسه ششم، جلسه هفتم، جلسه آخر و پیگیری، سنجش صورت گرفت. در مطالعات موردی، خط پایه برای بررسی وضعیت اولیه شرکت‌کنندگان از نظر خصیصه مدنظر بررسی می‌شود. جامعه آماری این پژوهش را افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری مراجعه‌کننده به کلینیک دانش شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند که تعداد آن‌ها پنج نفر بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش، به‌صورت واجد شرایط داوطلب بود و از جامعه آماری دو نفر زن با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. توصیه پژوهشگران آن است که تعداد نمونه در مطالعه موردی کمتر از سه نفر باشد (۱۶). ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل دریافت تشخیص اختلال وسواسی-جبری (تأیید اختلال وسواس توسط مصاحبه بالینی روان‌پزشک، پرسش‌نامه وسواسی-اجباری مادزلی^۲ و براساس معیار تشخیصی نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۳)، قرارداشتن در طبقه شدید در پرسش‌نامه نگرش به مسئولیت^۴ (احساس مسئولیت بیش‌ازحد) (کسب نمره بیشتر از ۹۰)، پرسش‌نامه کنترل فکر^۵ (کسب نمره بیشتر از ۵۰)، پرسش‌نامه اضطراب بک^۶ (کسب نمره بیشتر از

اختلال وسواسی-جبری^۱ یکی از اختلالات روان‌شناختی به‌شمار می‌رود و به‌صورت گروه مختلفی از علائم تظاهر می‌کند که شامل افکار مزاحم، آداب وسواسی، اشتغالات ذهنی و وسواس‌های عملی است. وسواس‌های عملی در پاسخ به وسواس‌های فکری با هدف کاهش پریشانی ایجاد می‌شود که رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی را در بر می‌گیرد (۱). وسواس‌های فکری، افکار، تکانه‌ها یا تصاویر مزاحم و برگشت‌کننده‌هایی است که ناخواسته و نامناسب تجربه می‌شود؛ درحالی‌که وسواس‌های عملی، رفتارهای تکرارشونده یا اعمال ذهنی بوده که فرد احساس می‌کند ملزم است آن‌ها را در پاسخ به وسواس فکری یا برطبق قواعدی که سفت و سخت به‌کار بسته می‌شود، اجرا کند (۲).

اختلال وسواسی-جبری، بیماری عصب‌روان‌شناختی مزمن و مقاوم به درمان است که اغلب در دوران کودکی ایجاد می‌شود و در بلندمدت مشکلات درخور توجهی را در زندگی فرد به‌دنبال دارد. این اختلال دربرگیرنده افکار مهارنشده‌ای است که فرد را مجبور به تکرار اعمال مشخصی می‌کند و سبب اختلال در کارکرد روزانه می‌شود (۳). افراد دچار اختلال وسواس فکری-عملی، افکار مزاحمی دارند که در افراد بهنجار نیز دیده می‌شود (۴). بین افکار افراد دچار وسواس فکری و عملی و افراد بهنجار، از نظر کیفی تفاوت وجود ندارد؛ بلکه تفاوت اساسی در معنایی است که افراد دچار وسواس فکری-عملی برای افکار خود قائل هستند. در این مدل فرض می‌شود، باورهای ناکارآمد که مرجع ارزیابی افکار وسواسی بوده، علت تبدیل افکار مزاحم به افکار وسواسی است (۵). باورهای ناکارآمد، سبب می‌شود همان‌طور که تمرکز و توجه به افکار وسواسی افزایش می‌یابد، تلاش در اجتناب و سرکوبی آن‌ها نیز بیشتر بی‌نتیجه بماند؛ ازاین‌رو باورهای ناکارآمد نقش مهمی در ایجاد و حفظ علائم اختلال وسواس فکری و عملی دارد؛ حتی گفته می‌شود که نوع و شدت علائم را نیز پیش‌بینی می‌کند (۶).

بر این اساس انتظار می‌رود که تکنیک‌های شناختی شامل بازسازی شناختی، اصلاح تحریف‌های شناختی، همراه با تکنیک‌های رفتاری به‌منظور بازسازی رفتاری در درمان مبتلایان به اختلال وسواسی-جبری مؤثر باشد؛ چراکه درمانگر در مدل شناختی-رفتاری سعی در اصلاح ارزیابی مسئولیت‌پذیری افراطی، باورهای تحریف‌شده و رفتارهای خنثی‌سازی همراه با تکنیک‌های رفتاری مواجهه‌سازی و جلوگیری از بازگشت دارد (۷،۸).

در درمان شناختی-رفتاری، مسئولیت افراطی (به‌معنای باور به اینکه فرد می‌تواند به‌طور ذهنی عامل ایجاد یا جلوگیری از رویدادهای منفی خود باشد) و تفسیرهایی نظیر برآورد بیش‌ازحد خطر، نیاز به کنترل افکار، اهمیت بیش‌ازحد افکار و بازداري فکری به‌عنوان عامل کلیدی رشد و پایداری اختلال وسواسی-جبری مطرح شده است (۹). بنابراین انتظار می‌رود به‌کارگیری تکنیک‌های یادشده به‌منظور کاهش یا

۴. Responsibility Attitude Questionnaire

۵. Thought Control Questionnaire

۶. Beck Anxiety Inventory (BAI)

۱. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

۲. Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI)

۳. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5)

۲۶) و مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی^۱ (کسب نمره بیشتر از ۶۰)، دریافت نکردن هم‌زمان آموزش مداخلات روان‌شناختی دیگر، نداشتن مشکلات جسمی و نورولوژیک (براساس پرونده پزشکی و تشخیص پزشک) و تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش بود. معیارهای خروج نیز غیبت در بیش از دو جلسه در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: تمامی افراد به شکل شفاهی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند؛ این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. نحوه اجرای پژوهش به این ترتیب بود که افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری مراجعه‌کننده به کلینیک دانش شهر تبریز به صورت داوطلبانه و با لحاظ کردن ملاک‌های ورود و خروج در نظر گرفته شدند. سپس دو نفر از این افراد واجد شرایط، به طور تصادفی انتخاب شدند. برای این دو شرکت‌کننده در مراحل خط پایه اول، خط پایه دوم، جلسه سوم، جلسه چهارم، جلسه پنجم، جلسه ششم، جلسه هفتم، جلسه آخر و پیگیری، سنجش صورت گرفت. در نهایت پیگیری، پس از گذشت دو ماه از آخرین جلسه اجرا شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر در پژوهش به کار رفت.

- پرسش‌نامه وسواسی-اجباری مادزلی: این پرسش‌نامه توسط هاجسون و راکمن در سال ۱۹۷۷ به منظور سنجش وسواسی-اجباری ساخته شد (۱۷). پرسش‌نامه حاوی سی سؤال است که به صورت بلی یا خیر پاسخ داده می‌شود. نمره کلی این پرسش‌نامه از صفر تا ۳۰ است. نمرات خرده‌مقیاس‌ها شامل واریسی صفر تا ۹، شست‌وشو صفر تا ۱۱، کندی و تکرار صفر تا ۷ و شک و تردید صفر تا ۷ می‌شود؛ به طوری که مجموع خرده‌مقیاس‌ها از نمره کل پرسش‌نامه بیشتر است (۱۷). پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آزمون-بازآزمون ($r=0/89$) به دست آمد (۱۶). در دو مطالعه در ایران، میانگین این پرسش‌نامه در بیماران وسواسی ۱۵/۷۵ (انحراف معیار ۵/۶۳) و ۱۴/۶۷ (انحراف معیار ۵/۷۶) بود (به نقل از ۱۸).

- پرسش‌نامه کنترل فکر: پرسش‌نامه کنترل فکر توسط ولز و دیویس در سال ۱۹۹۴ به منظور اندازه‌گیری ارزیابی راهبردهای کنترل فکر و رابطه آن با آسیب‌پذیری هیجانی تهیه شد (۱۹). این پرسش‌نامه دارای ۲۹ سؤال به صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای است که از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. آزمودنی‌ها در این پرسش‌نامه براساس مقیاسی چهارگزینه‌ای ۱ تا ۴ به سؤالات پاسخ می‌دهند پنج زیرمقیاس پرسش‌نامه کنترل فکر، توجه‌برگردانی (D)، تنبیه (P)، ارزیابی مجدد (R)، نگرانی (W) و کنترل اجتماعی (S) است (۱۹). ولز و دیویس با استفاده از روش بازآزمایی، برای زیرمقیاس‌های این پرسش‌نامه پایایی را در توجه‌برگردانی ۰/۶۷، تنبیه ۰/۷۱، ارزیابی مجدد ۰/۷۳، نگرانی ۰/۷۶ و کنترل اجتماعی ۰/۸۳ به دست آوردند و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۶۴ تا ۰/۷۹ گزارش کردند (۱۹). در بررسی روایی پرسش‌نامه، ضریب همبستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه علائم اختلال

وسواسی-جبری پادوا^۲، پرسش‌نامه افکار اضطرابی^۳ و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد، زیاد ارزیابی شد (۱۹). حتمی‌پور و همکاران درستی همگرایی و افتراقی عامل‌های پرسش‌نامه کنترل فکر را محاسبه کردند و نتایج نشان‌دهنده درستی پذیرفتنی این پرسش‌نامه بود. در نهایت درستی پرسش‌نامه تأیید شد. همچنین، آن‌ها در پژوهش خود ضریب بازآزمایی برای دو هفته را ۰/۶۵ و به‌شیوه آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش کردند (۲۰).

- مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی: مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی توسط فریستون و همکاران در سال ۱۹۹۴ به منظور اندازه‌گیری عدم تحمل بلا تکلیفی تهیه شد (۲۱). مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی از ۲۷ آیتم تشکیل شده است که آزمودنی‌ها براساس مقیاسی پنج‌درجه‌ای (به هیچ وجه=۱ تا بسیار زیاد=۵) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. کسب نمره بیشتر نشان‌دهنده عدم تحمل بلا تکلیفی بیشتر و کسب نمره کمتر نشان‌دهنده عدم تحمل بلا تکلیفی کمتر است (۲۱). در نسخه اولیه به زبان فرانسوی همسانی درونی ($a=0/91$) و ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصله چهار هفته ($r=0/78$) به دست آمد. ضرایب اعتبار این مقیاس معنادار و رضایت‌بخش گزارش شد (۲۱). مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی در سال ۲۰۰۶ توسط باهر و داگاس مجدداً اعتباریابی شد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۸ به دست آمد (۲۲). در ایران پایایی این مقیاس توسط موسوی و همکاران به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بود (۲۳).

- پرسش‌نامه اضطراب بک: این پرسش‌نامه توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ به منظور اندازه‌گیری اضطراب به کار گرفته شد (۲۴). پرسش‌نامه، ابزار خودگزارشی ۲۱ آیتمی است که برای اندازه‌گیری شدت علائم جسمی و شناختی افراد در یک هفته گذشته استفاده می‌شود. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به شکل سه‌درجه‌ای از صفر تا سه صورت می‌گیرد و بیشترین نمره حاصل در آن ۶۳ است. شیوه امتیازبندی پاسخ‌ها به صورت اصلاً (صفر)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است. به این ترتیب دامنه نمره فرد می‌تواند از صفر تا ۶۳ در نوسان باشد. دامنه نمرات اضطراب از صفر تا ۶۳ است؛ در صورتی که نمره به دست آمده در دامنه صفر تا ۷ باشد، فرد بررسی شده هیچ اضطرابی ندارد. نمره بین ۱۵ تا ۱۵ اضطراب خفیف، بین ۱۶ تا ۲۵ اضطراب متوسط و بین ۲۶ تا ۶۳ اضطراب شدید را نشان می‌دهد (۲۴). بک و همکاران همسانی درونی مقیاس را برابر ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی یک هفته‌ای آن را ۰/۷۵ گزارش کردند (۲۴). ضریب اعتبار این پرسش‌نامه در ایران توسط رفیعی و همکاران با روش بازآزمایی و به فاصله یک هفته ۰/۸۰ به دست آمد (۲۵).

- پرسش‌نامه نگرش به مسئولیت: این پرسش‌نامه به منظور ارزیابی باورهای کلی درباره مسئولیت است که توسط سالکوسکیس و همکاران در سال ۲۰۰۰ به صورت پرسش‌نامه نگرش به مسئولیت طراحی شد (۲۶). پرسش‌نامه شامل ۲۶ سؤال است که روی طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق نمره‌گذاری می‌شود. کسب نمره بیشتر در پرسش‌نامه نگرش به مسئولیت، بیانگر

3. Anxiety Thoughts Questionnaire

4. Dysfunctional Attitude Scale

1. Intolerance of Uncertainty Scale

2. Padua Inventory of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms

و از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۲۸). همچنین روایی محتوایی این بسته آموزشی در پژوهش حاضر توسط سه تن از متخصصان روان‌شناسی دارای درجه دکتری روان‌شناسی با سابقه حداقل ده سال کار بالینی، در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز تأیید شد و سپس در این پژوهش به کار رفت. مراحل تأیید روایی مداخله مذکور به این صورت بود که ابتدا جلسات و محتوای درمان با تمامی جزئیات در اختیار متخصصان قرار گرفت و آن‌ها نظرات تخصصی خود را درباره بسته درمانی ارائه کردند. پس از انجام اصلاحات نظرات متخصصان و تأیید نهایی روایی محتوایی، جلسات مداخله اجرا شد. انجام مداخله درمان شناختی-رفتاری به‌طور انفرادی در کلینیک روان‌شناختی دانش صورت گرفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان شناختی-رفتاری مشاهده می‌شود.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی-رفتاری

جلسات	محتوای جلسات	تکالیف
اول	معرفی و آشنایی با فرد بیمار، اجرای پیش‌آزمون، مشخص شدن اهداف درمان، ذکر قوانین جلسه، رابطه درمانی. یادداشت جلسه قبل، معرفی درمان شناختی-رفتاری، آموزش تکنیک آرام‌سازی، ارائه تکلیف.	تمرین آرمیدگی تخیلی هدایت‌شده، تمرین شناسایی خطاهای منطقی
دوم	بازخورد جلسه قبل، یادداشت افکار و باورهای منفی و ناکارآمد، استفاده از تکنیک آرام‌سازی، آموزش فن پیکان عمودی رو به پایین برای شناسایی طرحواره‌ها و باورهای مرکزی، استفاده از فن آرام‌سازی، ارائه تکلیف.	تمرین فعالیت‌های جالب و مورد علاقه، تمرین تکنیک بهبود پردازش هیجانی
سوم	بازخورد جلسه قبل، تهیه فهرست اصلی باورها، استفاده از فن آرام‌سازی، ارائه تکلیف. بازخورد جلسه قبل، آزمون باورهای مراجعان با تحلیل عینی (قضاوت و داوری)، استفاده از فن آرام‌سازی، فن تعریف اصطلاحات، ارائه تکلیف.	تمرین افکار درمقابل واقعیت‌های احتمالی، تمرین آرمیدگی عضلانی تدریجی
چهارم	بازخورد جلسه قبل، استفاده از روش‌های مختلف تحلیل شناختی و تشویق مراجعان به ارزیابی مجدد باورها، توضیح درباره خطاهای شناختی و ارائه فهرستی از تحریف‌ها به مراجع، ارائه تکلیف. استفاده از فن آرام‌سازی، مخالفت‌ورزی با افکار خودکار، حساسیت‌زدایی منظم، ارائه تکلیف.	تمرین غرقه‌سازی، تمرین حساسیت‌زدایی منظم به صورت تجسمی
پنجم	بازخورد جلسه قبل، تأکید بر شناخت احساسات، آموزش مهارت حل مسئله، توضیح درباره انواع سبک‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار و هیجان‌مدار، فن پیکان رو به پایین، ارائه تکلیف. استفاده از فن آرام‌سازی، مخالفت‌ورزی با افکار خودکار، ارائه تکلیف.	شناسایی طرحواره‌های ناکارآمد با استفاده از پیکان رو به پایین، تمرین تحلیل منطقی
ششم	بازخورد جلسه قبل، رویارویی شناختی، استفاده از فن آرام‌سازی، ارائه تکلیف. مروری بر تمرینات کل دوره، اجرای پس‌آزمون، اختتامیه.	بازداری قشری اختیاری

مسئولیت بیشتر و کسب نمره کمتر بیانگر نگرش به مسئولیت کمتر است (۲۶). پایایی پرسش‌نامه ۰/۹۴ برآورد شد و همسانی دونیمه ماده‌های پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ به دست آمد؛ از این رو، این پرسش‌نامه برای سنجش نگرش به مسئولیت در بیماران مناسب است. تحلیل ماده‌های اصلی نشان می‌دهد، پرسش‌نامه نگرش به مسئولیت می‌تواند به عنوان مقیاسی چهارعاملی تفسیر شود که این چهار عامل، ۰/۶۳ درصد از واریانس کل را تبیین می‌کنند (۲۶). در ایران صادق‌پور و همکاران در پژوهش خود پایایی پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ گزارش کردند (۲۷). پروتکل درمان شناختی-رفتاری در شش جلسه نود دقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به مدت سه ماه براساس بسته آموزشی بک و همکاران اجرا شد (۲۸). روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید

را با وسواس خود مرتبط می‌داند. از نوزده سالگی در مطب پزشک مشغول به کار است و به دلیل وسواس آلودگی و پاک کردن در ۲۵ سالگی از شغل منشی‌گری اخراج می‌شود. در ۲۴ سالگی ازدواج می‌کند و دارای یک فرزند پنج‌ساله است. مشکلات شدید خانوادگی (با همسر و خانواده خودش) او از زمان تولد فرزندش شروع شده است. مدت زمانی است که همسرش خانه را ترک کرده و او تنها زندگی می‌کند.

ب. بیمار دوم

زنی ۴۹ ساله و متأهل با سطح سواد اول راهنمایی و دارای دو فرزند است. او خانه‌دار است و شاغل نیست. مشکل او از نوزده سالگی با وسواس‌های تکرارشونده (وسواس شست‌وشو و وسواس شمارش) با شدت کم شروع شد؛ اما به تدریج بیشتر شده و دچار وسواس آلودگی و پاک کردن شد. این امر باعث مشکلاتی در خانواده و روابط با همسر شده بود؛ اما هنوز در کنار هم زندگی می‌کردند.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، تحلیل‌های نموداری و ترسیمی به کار رفت که براساس صعود و نزول باورهای وسواسی، قضاوت صورت می‌گیرد. علاوه بر تحلیل نموداری و ترسیمی، از فرمول درصد بهبودی برای بررسی معناداری بالینی تغییرات و عینی‌سازی میزان بهبود در آماج‌های درمانی استفاده شد.

شرح حال شرکت‌کنندگان به صورت زیر بود.

الف. بیمار اول

زنی ۳۲ ساله، دیپلمه و متأهل است و یک فرزند دارد. اخیراً به دلیل اختلاف شدید با همسر به سبب رفتارهای شدید وسواسی تکرارشونده (وسواس شست‌وشو و وسواس چک کردن) بدون طلاق از هم جدا زندگی می‌کنند. مشکل وسواس شست‌وشو و وسواس چک کردن او از شانزده سالگی شروع شده و به شکل شک و تردیدهای مکرر شدت یافته است. در هیجده سالگی دیپلم گرفته است و ناتوانی در قبولی در دانشگاه

۳ یافته‌ها

همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد، نمونه‌های مطالعه‌شده در این پژوهش، جمعیت‌شناختی این بیماران در جدول ۲ ارائه شده است. دو زن مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بودند. ویژگی‌های

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران

بیمار اول	بیمار دوم
سن	۴۹
وضعیت تأهل	متاهل
میزان تحصیلات	اول راهنمایی
شغل	خانه‌دار

جدول ۳. درصد بهبودی هر دو بیمار در مقیاس نگرش به مسئولیت

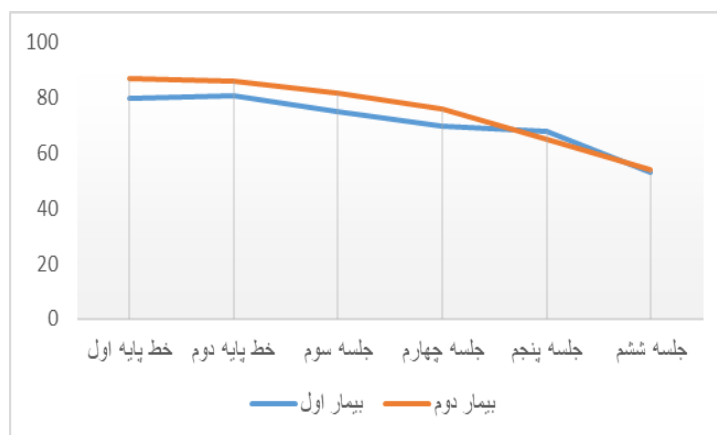
بیمار اول	بیمار دوم
درصد بهبودی جلسات درمان	۷۹/۴۱
درصد بهبودی کلی جلسات درمان	۸۸/۶۵
درصد بهبودی پیگیری	۷۵/۴۵
درصد بهبودی کلی پیگیری	۷۸/۹۱

در جدول ۳ می‌توان درصد بهبودی هر دو بیمار را در مقیاس نگرش به آزمودنی اول در مراحل درمان و پیگیری به ترتیب ۷۹/۴۱ و ۷۱/۰۵ و مسئولیت مشاهده کرد. با توجه به داده‌های جدول ۳، درصد بهبودی درصد بهبودی آزمودنی دوم به ترتیب ۸۱/۸۱ و ۷۵/۴۵ به دست آمد.

جدول ۴. اندازه اثر درمان بر نگرش به مسئولیت در هر دو بیمار

بیمار اول	بیمار دوم
میانگین خط پایه	۸۰/۵
میانگین درمان	۵۶/۵
انحراف استاندارد خط پایه	۱/۴۱
انحراف استاندارد درمان	۸/۵
اندازه اثر درمان	۱/۹۸

در جدول ۴ اندازه اثر درمان بر نگرش به مسئولیت در هر دو بیمار مشاهده می‌شود. جدول ۴ مشخص می‌کند، اندازه اثر درمان می‌توان چنین استنباط کرد که میزان اندازه اثر برای هر دو به دست آمده برای آزمودنی اول ۱/۹۸ و برای آزمودنی دوم ۲/۶۳ است. آزمودنی در حد زیاد است.



نمودار ۱. روند تغییرات نگرش به مسئولیت در بیماران

نمودار ۱، کارایی درمان شناختی-رفتاری را در کاهش میزان احساس درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان احساس مسئولیت‌پذیری بیشتر از حد نشان می‌دهد. نتایج حاصل، بیانگر مؤثر بودن بیشتر از حد در هر دو بیمار در مرحله پس از مداخله در مقایسه با قبل

مداخله بود. همچنین نتایج حاکی از آن بود که نمرات احساس مسئولیت‌پذیری تا دوره پیگیری ماندگار بود.

جدول ۵. درصد بهبودی هر دو بیمار در مقیاس کنترل فکر

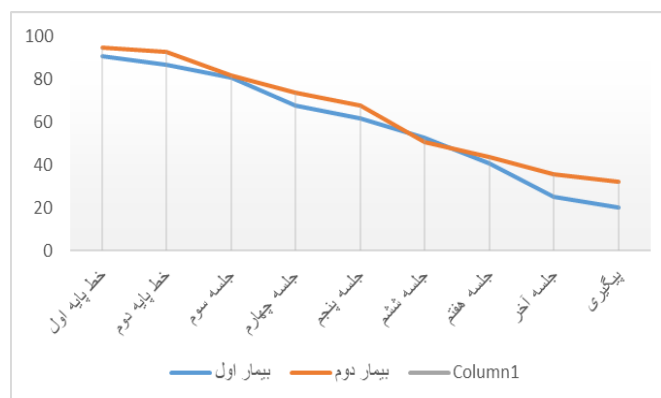
بیمار اول	بیمار دوم	
۸۷/۴۱	۷۹/۶۹	درصد بهبودی بین جلسات درمان
۸۹/۵۵		درصد بهبودی کلی جلسات درمان
۸۱/۹۷	۷۳/۳۶	درصد بهبودی پیگیری
	۸۵/۶	درصد بهبودی کلی پیگیری

در جدول ۵ می‌توان درصد بهبودی هر دو بیمار را در مقیاس کنترل فکر مشاهده کرد. با توجه به داده‌های جدول ۵، درصد بهبودی آزمودنی اول در مراحل درمان و پیگیری به ترتیب ۸۷/۴۱ و ۸۱/۹۷ و درصد بهبودی آزمودنی دوم به ترتیب ۷۹/۶۹ و ۷۳/۳۶ بود.

جدول ۶. اندازه اثر درمان بر کنترل فکر

بیمار اول	بیمار دوم	
۸۹	۹۵/۵	میانگین خط پایه
۵۰	۵۵/۲	میانگین درمان
۰/۷	۱/۴۱	انحراف استاندارد خط پایه
۹/۰۷	۹/۶	انحراف استاندارد درمان
۲/۳۱	۱/۸۳	اندازه اثر درمان

در جدول ۶ می‌توان اندازه اثر درمان را بر کنترل فکر مشاهده کرد. بین ۲/۳۱ و ۱/۸۳، اندازه اثر زیاد را نشان می‌دهد، می‌توان چنین جدول ۶ مشخص می‌کند، اندازه اثر درمان به دست آمده برای آزمودنی اول ۲/۳۱ و برای آزمودنی دوم ۱/۸۳ است. با توجه به اینکه اندازه اثر



نمودار ۲. کارایی فنون شناختی-رفتاری بر کاهش کنترل فکر بیماران

نمودار ۲، کارایی فنون درمان شناختی-رفتاری را بر کاهش کنترل فکر درمقایسه با قبل از مداخله بود. همچنین نتایج حاکی از آن بود که نمرات نشان می‌دهد. نتایج حاصل، بیانگر مؤثر بودن فنون درمان شناختی-رفتاری بر کاهش کنترل فکر در هر دو بیمار در مرحله پس از مداخله

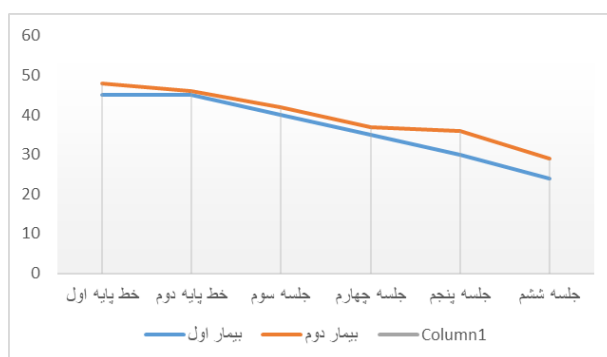
جدول ۷. درصد بهبودی هر دو بیمار در مقیاس اضطراب

بیمار اول	بیمار دوم	
۸۴/۸۲	۷۶/۱۱	درصد بهبودی بین جلسات درمان
	۸۸/۴	درصد بهبودی کلی جلسات درمان
۷۸/۶۲	۶۹/۳۳	درصد بهبودی پیگیری
	۸۳/۹	درصد بهبودی کلی پیگیری

در جدول ۷ می‌توان درصد بهبودی هر دو بیمار را در پرسش‌نامه آزمودنی اول در مراحل درمان و پیگیری به ترتیب ۸۴/۸۲ و ۷۸/۶۲ و اضطراب مشاهده کرد. باتوجه به داده‌های جدول ۷، درصد بهبودی درصد بهبودی آزمودنی دوم به ترتیب ۷۶/۱۱ و ۶۹/۳۳ بود. جدول ۸. اندازه اثر درمان بر اضطراب در هر دو بیمار

بیمار اول	بیمار دوم	
۴۵	۴۷	میانگین خط پایه
۲۶/۶	۲۴/۳۳	میانگین درمان
۱/۱۲	۱/۴۱	انحراف استاندارد خط پایه
۴/۰۴	۴/۵	انحراف استاندارد درمان
۲/۸۳	۲/۲۹	اندازه اثر درمان

در جدول ۸ اندازه اثر درمان بر اضطراب در هر دو بیمار آورده شده است. جدول ۸ مشخص می‌کند، اندازه اثر درمان به دست آمده برای آزمودنی اول ۲/۸۳ و برای آزمودنی دوم ۲/۲۹ است. اندازه اثر بین ۱/۱۵ و ۲/۷ نشان دهنده اندازه اثر زیاد است و اندازه اثر بیشتر از ۲/۷ اندازه اثر بزرگ محسوب می‌شود.



نمودار ۳. روند تغییرات اضطراب بیماران

نمودار ۳، کارایی درمان شناختی- رفتاری را در کاهش میزان اضطراب بیماران نشان می‌دهد. نتایج به دست آمده بیانگر مؤثر بودن درمان شناختی- رفتاری بر کاهش میزان اضطراب هر دو بیمار در مرحله پس از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله بود. همچنین نتایج حاکی از آن بود که نمرات اضطراب تا دوره پیگیری ماندگار بود.

جدول ۹. درصد بهبودی هر دو بیمار در مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی

بیمار اول	بیمار دوم	
۸۲/۳	۸۷/۳۶	درصد بهبودی بین جلسات درمان
۸۹/۸۳		درصد بهبودی کلی جلسات درمان
۷۷/۷	۷۹/۳۶	درصد بهبودی پیگیری
۸۵/۵۳		درصد بهبودی کلی پیگیری

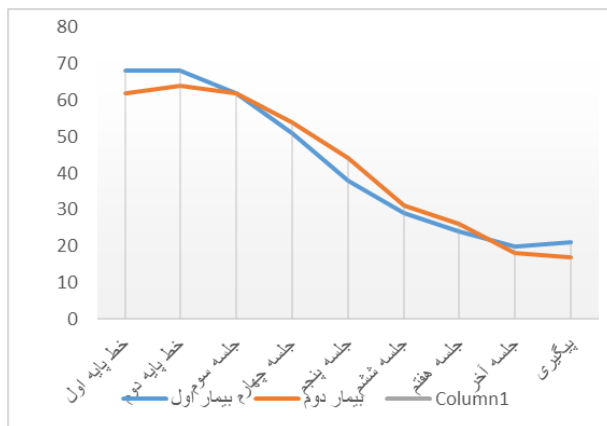
در جدول ۹ می‌توان درصد بهبودی هر دو بیمار را در مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی مشاهده کرد. باتوجه به داده‌های جدول ۹، درصد بهبودی آزمودنی اول در مراحل درمان و پیگیری به ترتیب ۸۲/۳ و ۷۷/۷ و درصد بهبودی آزمودنی دوم به ترتیب ۸۷/۳۶ و ۷۹/۳۶ بود.

جدول ۱۰. اندازه اثر درمان بر عدم تحمل بلا تکلیفی در هر دو بیمار

بیمار اول	بیمار دوم	
۶۸	۶۳	میانگین خط پایه
۳۵	۳۶	میانگین درمان
۱/۴۱	۰/۷	انحراف استاندارد خط پایه
۱/۵۲	۱/۵۲	انحراف استاندارد درمان
۲/۷	۲/۵۶	اندازه اثر درمان

اثر درمان به دست آمده برای آزمودنی اول ۲/۷ و برای آزمودنی دوم ۲/۵۶ است.

در جدول ۱۰ می توان اندازه اثر درمان را بر عدم تحمل بلا تکلیفی در هر دو بیمار مشاهده کرد. مندرجات جدول ۱۰ نشان می دهد، اندازه



نمودار ۴. روند تغییرات عدم تحمل بلا تکلیفی بیماران

آن تضعیف فرض ها و عقاید معیوب و آموزش دادن مهارت های مقابله کردن است. در این درمان اعتقاد بر آن است که بازسازی شناختی فرد به بازسازی رفتاری او منجر خواهد شد (۷). همچنین در درمان شناختی-رفتاری، عامل اصلی و تعیین کننده رفتار انسان، طرز تفکر او درباره خود و نقش خود در جهان است. رفتار غیر انطباقی به دلیل وجود افکار ریشه دار و قالب رخ می دهد که می تواند منجر به تحریف شناختی با بروز خطاهایی در فکر شود؛ بنابراین از این نظریه برای اصلاح تحریف شناختی و رفتارهای خود آزارگرا نه ناشی از آن ها استفاده می شود (۹). بر این اساس انتظار می رود تکنیک های شناختی شامل بازسازی شناختی، اصلاح تحریف های شناختی، همراه با تکنیک های رفتاری برای بازسازی رفتاری در درمان مبتلایان اختلال وسواسی-اجباری مؤثر باشد.

پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت هایی بود که بیان آن ها می تواند یافته ها و پیشنهاد های پژوهش را تصریح کند و پژوهشگران بعدی را در اتخاذ تدابیر مؤثر برای مقابله با تهدید روایی درونی و بیرونی طرح های پژوهشی یاری دهد. از محدودیت های اساسی پژوهش حاضر، محدود بودن نتایج پژوهش به افراد دارای نشانه های اختلال وسواسی-اجباری بود. این پژوهش تنها روی جمعیت افراد دارای نشانه های اختلال وسواسی-اجباری شهر تبریز صورت گرفت؛ از این رو در تعمیم نتایج به مناطق و شهرهای دیگر باید جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می شود این پژوهش در گروه نمونه دیگر نیز انجام گیرد و نتایج آن ارزیابی شده و با نتایج این پژوهش مقایسه شود. توصیه می شود این پژوهش در سایر شهرها نیز صورت گیرد و نتایج آن ارزیابی شود. پیشنهاد می شود این پژوهش پس از آموزش موردی به صورت آموزش گروهی نیز پیگیری شود؛ همچنین وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، بیمارستان ها و سازمان نظام روان شناسی و مشاوره، با اجرای کارگاه های درمان شناختی-رفتاری، زمینه را برای آشنایی هرچه بیشتر روان شناسان با مفاهیم درمان شناختی-رفتاری، فراهم کنند.

۵ نتیجه گیری

بر اساس یافته های این پژوهش نتیجه گرفته می شود، درمان شناختی-

باتوجه به شیب نمودار ۴، این نمودار کارایی نسبی درمان شناختی-رفتاری را در کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی بیماران نشان می دهد. نتایج به دست آمده، بیانگر مؤثر بودن نسبی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی در هر دو بیمار در مرحله پس از مداخله در مقایسه با قبل از مداخله بود. همچنین نتایج حاکی از آن بود که نمرات عدم تحمل بلا تکلیفی تا دوره پیگیری ماندگار بود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی فنون شناختی-رفتاری بر کاهش باورهای وسواسی در افراد دارای نشانه های وسواسی-اجباری بود. یافته ها نشان داد، درمان شناختی-رفتاری بر کاهش باورهای وسواسی در افراد دارای نشانه های وسواس اجباری مؤثر بود. این یافته ها با نتایج پژوهش سولم و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر اختلال وسواس فکری (۱۱) و نتایج پژوهش اولاتونجی و همکاران مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر کاهش اختلال وسواسی-اجباری در افراد مبتلا به این اختلال (۱۲) همسوست. همچنین این یافته با نتایج پژوهش کولز و همکاران مبنی بر تأثیر درمان شناختی-رفتاری در کاهش علائم وسواسی-جبری (۱۳) و نتایج پژوهش سیلز و همکاران مبنی بر تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر وسواس فکری-عملی در جهت بهبود اجتناب، بینش و همخوانی تشخیص اختلال (۱۴)، همسوست.

در تبیین یافته های این پژوهش می توان گفت که بر طبق درمان شناختی-رفتاری، تفسیر منفی افکار، تصورات و تکانه های مزاحم و شک و تردیدها نقش اصلی در تجربه درماندگی و برانگیختگی برای رفتارهایی نظیر خنثی سازی، بازداری فکر، اطمینان جویی و اجتناب دارد (۱۴). در درمان شناختی-رفتاری، درمانگر در اصلاح ارزیابی مسئولیت افراطی، باورهای تحریف شده و رفتارهای خنثی سازی همراه با تکنیک های رفتاری مواجهه سازی و جلوگیری از بازگشت، سعی می کند (۱۰)؛ از این رو انتظار می رود به کارگیری تکنیک های یاد شده به منظور کاهش یا درمان اختلال وسواس مؤثر باشد. درمان شناختی-رفتاری بر تفکر، قضاوت کردن، تصمیم گیری و عمل کردن تأکید دارد و نقش

پژوهش روی گروه مطالعه‌شده از مرکز مشاوره دانش به شماره نامه ۷۸ صادر شده است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دسترسی به داده‌ها و مواد

همه نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم از طریق مکاتبه با نویسنده مسئول مقاله حاضر، به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافی بین آن‌ها وجود ندارد. ا

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسنده دوم در نگارش نسخه دست‌نوشته همکار اصلی بود. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خوانده و تأیید کردند.

رفتاری بر کاهش باورهای وسواسی در افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری مؤثر است و می‌توان از این درمان در جهت بهبود مشکلات روان‌شناختی افراد مذکور استفاده کرد. باتوجه به تأثیر درمان شناختی-رفتاری بر کاهش باورهای وسواسی در افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان از این درمان بهره گیرند.

۶ تشکر و قدردانی

از دو شرکت‌کننده که در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی درباره پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل در آن مشارکت کردند. این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد. به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز است. همچنین مجوز اجرای این

References

1. Mattheisen M, Samuels JF, Wang Y, Greenberg BD, Fyer AJ, McCracken JT, et al. Genome-wide association study in obsessive-compulsive disorder: results from the OCGAS. *Mol Psychiatry*. 2015;20(3):337–44. <https://doi.org/10.1038/mp.2014.43>
2. Wilhelm S, Berman NC, Keshaviah A, Schwartz RA, Steketee G. Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: role of maladaptive beliefs and schemas. *Behav Res Ther*. 2015;65:5–10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.006>
3. McKay D, Sookman D, Neziroglu F, Wilhelm S, Stein DJ, Kyrios M, et al. Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*. 2015;225(3):236–46. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.11.058>
4. Shams G, Milosevic I. A comparative study of obsessive beliefs in obsessive-compulsive disorder, anxiety disorder patients and a normal group. *Acta Medica Iranica*. 2015;53(2):301–10.
5. Grøtte T, Solem S, Vogel PA, Güzey IC, Hansen B, Myers SG. Metacognition, responsibility, and perfectionism in obsessive-compulsive disorder. *Cogn Ther Res*. 2015;39(1):41–50. <https://doi.org/10.1007/s10608-014-9635-7>
6. Dittrich WH, Johansen T. Cognitive deficits of executive functions and decision-making in obsessive-compulsive disorder. *Scand J Psychol*. 2013;54(5):393–400. <https://doi.org/10.1111/sjop.12066>
7. Melli G, Aardema F, Moulding R. Fear of self and unacceptable thoughts in obsessive-compulsive disorder: fear of self and unacceptable thoughts in OCD. *Clin Psychol Psychother*. 2016;23(3):226–35. <https://doi.org/10.1002/cpp.1950>
8. Benzina N, Mallet L, Burguière E, N'Diaye K, Pelissolo A. Cognitive dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 2016;18(9):80. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0720-3>
9. Reuman L, Jacoby RJ, Abramowitz JS. Cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive beliefs as predictors of obsessive-compulsive symptom dimensions. *International Journal of Cognitive Therapy*. 2016;9(4):313–26. <https://doi.org/10.1521/ijct.2016.09.13>
10. Reggente N, Moody TD, Morfini F, Sheen C, Rissman J, O'Neill J, et al. Multivariate resting-state functional connectivity predicts response to cognitive behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder. *Proc Natl Acad Sci USA*. 2018;115(9):2222–7. <https://doi.org/10.1073/pnas.1716686115>
11. Solem S, Hagen K, Hansen B, Haland AT, Launes G, Lewin AB, et al. Thought content and appraisals in cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Cogn Psychother*. 2015;29(2):106–15. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.29.2.106>
12. Olatunji BO, Davis ML, Powers MB, Smits JAJ. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Focus*. 2015;13(2):222–31. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.130219>

13. Külz AK, Landmann S, Cludius B, Rose N, Heidenreich T, Jelinek L, et al. Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD) and residual symptoms after cognitive behavioral therapy (CBT): a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2019;269(2):223–33. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0957-4>
14. Selles RR, Højgaard DRMA, Ivarsson T, Thomsen PH, McBride NM, Storch EA, et al. Avoidance, insight, impairment recognition concordance, and cognitive-behavioral therapy outcomes in pediatric obsessive-compulsive disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2020;59(5):650–9. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.05.030>
15. Yousefi E, Salehi A. The effect of cognitive behavioral therapy on reducing obsessive-compulsive symptoms in patients referred to counseling and psychological services centers in Najafabad. In: First scientific-research conference on psychology, educational sciences and community pathology [Internet]. Kerman: Educational sciences and community pathology; 2015.
16. Gauderman WJ. Sample size requirements for matched case-control studies of gene-environment interaction. *Stat Med*. 2002;21(1):35–50. <https://doi.org/10.1002/sim.973>
17. Hodgson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *Behav Res Ther*. 1977;15(5):389–95. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(77\)90042-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(77)90042-0)
18. Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Khamseh A, Ebrahimkhani N, Issazadegan AA, Saif-Nobakht Z. Symptoms of obsessive-compulsive disorder in a sample of Iranian patients. *Int J Soc Psychiatry*. 2002;48(1):20–8. <https://doi.org/10.1177/002076402128783055>
19. Wells A, Davies MI. The Thought Control Questionnaire: a measure of individual differences in the control of unwanted thoughts. *Behav Res Ther*. 1994;32(8):871–8. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)90168-6](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)90168-6)
20. Hatamipour K, Rassouli M, Yaghmaei F, Zendedel K. Psychometric properties of the Farsi version of “Spiritual Needs Questionnaire” for cancer patients in Iran: a methodological study. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2018;19(4):989–95. <https://dx.doi.org/10.22034/APJCP.2018.19.4.989>
21. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry? *Pers Individ Dif*. 1994;17(6):791–802. [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(94\)90048-5](https://doi.org/10.1016/0191-8869(94)90048-5)
22. Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. *J Anxiety Disord*. 2006;20(2):222–36. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.12.004>
23. Mousavi E, Hosseini S, Bakhtiyari M, Abasi I, Mohammadi A, Masjedi Arani A. The effects of mindfulness-based stress reduction group therapy on anxiety, depression, stress, and the intolerance of uncertainty in infertile women. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2020;18(2):137–44. [Persian] <http://dx.doi.org/10.32598/irj.18.2.862.1>
24. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess*. 1996;67(3):588–97. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6703_13
25. Rafiei M, Seifi A. An investigation into the reliability and validity of Beck Anxiety Inventory among the university students. *Thought and Behavior in Clinical Psychology*. 2013;7(27):37–46. [Persian] https://jtbcp.riau.ac.ir/article_13_en.html
26. Salkovskis PM, Wroe AL, Gledhill A, Morrison N, Forrester E, Richards C, et al. Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther*. 2000;38(4):347–72. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(99\)00071-6](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(99)00071-6)
27. Sadeghpour S, Mohammadkhani Sh, Ayat Mehr F. Predicting obsessive symptoms on the bases of metacognitive beliefs, responsibility and latent aggression. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2015;2(2):39–49. [Persian] <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-86-en.pdf>
28. Beck JS, Broder F, Hindman R. Frontiers in cognitive behaviour therapy for personality disorders. *Behav Change*. 2016;33(2):80–93. <https://doi.org/10.1017/bec.2016.3>