

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

Harivandi A¹, *Sanagouye Moharer Gh², Shirazi M³

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 Steketee'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.

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، دانشکده 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.
 *رایانامه نویسنده 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.

روش بررسی: این پژوهش، نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه پژوهش را تمامی زنان و مردان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره شهر بیرجند در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. از بین آن‌ها چهار نفر از افراد واجد شرایط داوطلبانه انتخاب شدند و در گروه آزمایش و گروه گواه به صورت تصادفی جایگزین شدند. مداخله درمانی مواجهه و پیشگیری از پاسخ طی هشت جلسه نود دقیقه‌ای براساس طرح درمانی استکتی (۲۰۰۷) انجام پذیرفت. داده‌ها از طریق تکمیل خرده‌مقیاس استرس مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵) و مقیاس انسجام روانی (آنتونوسکی، ۱۹۹۳) قبل از مداخله و بعد از آن جمع‌آوری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون خی دو و تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از مداخله، نمرات استرس در گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه به‌طور معناداری کاهش یافت و نمرات انسجام روانی افزایش پیدا کرد ($p < 0.001$).

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.

می‌دهد و سواس‌های فکری، استرس، نگرانی و تشویش را افزایش می‌دهند و حالات اجباری آن را کاهش می‌دهند (۱۳-۱۱).

سواس موجب ناتوانی و کاهش انسجام روانی^۴، سلامت و به‌طور کلی کیفیت زندگی افراد مبتلا به آن می‌شود (۱۴). انسجام روانی، ساختاری شخصیتی است که سه مؤلفه ادراک، توانایی مدیریت و معنا دارد. درک این احساس به وجود می‌آید که شخص اعتقاد دارد هیچ چیز منفی یا تعجب‌آوری اتفاق نیفتاده است و زندگی می‌تواند به خوبی و منطقی و به همان اندازه که انتظار می‌رود پیش برود. مؤلفه توانایی مدیریت نشان‌دهنده احساس داشتن منابع لازم برای حل مسئله است. در نهایت 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 مدیریت کردن عوامل استرس‌زای روانی تعریف می‌شود، موجب می‌شود فرد در برابر 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 به دنبال بررسی روش‌های درمانی جدید با اثربخشی بهتر و عارضه کمتر باشند تا بتوانند به‌عنوان پیشنهاد به روان‌درمانگران ارائه کنند (۱۸، ۱۷). در همین راستا یکی از درمان‌های مطرح‌شده مؤثر در اختلال وسواسی جبری، مواجهه و جلوگیری از پاسخ^۵ است. از دیدگاه این درمان، رفتارهای اجتناب‌کننده 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 ادامه 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 فرارگرفتن در معرض محرک‌های اضطرابی دیگر باعث اضطراب در فرد نمی‌شود (۲۰).

نتایج فراتحلیل اکبری و حسینی نشان داد، شیوه‌های مداخله‌ای مواجهه و پیشگیری از پاسخ شناختی-رفتاری و موج سوم رفتاری در درمان اختلال وسواسی اجباری مؤثر است (۲۱). مطالعه شیورانی و همکاران مشخص کرد، درمان مواجهه‌روایی 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 سه‌گانه وسواسی و افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواسی جبری اثربخش است (۲۳).

در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، اختلال وسواس فکری^۲ از طبقه اختلال‌های اضطرابی مجزا و در طبقه اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال‌های مرتبط مطرح شده است. مشخصه این اختلال، وجود افکار و اعمال وسواسی است که از ویژگی‌های اصلی آن لذت‌بخش نبودن برای فرد مبتلا است؛ اما بیمار همچنان برای کم کردن ناراحتی، به شایعات و تکرار اعمال ادامه می‌دهد (۱). هدف اعمال وسواسی، کاهش پریشانی مرتبط با افکار وسواسی یا جلوگیری از رویدادی ترسناک (مثل مریض شدن) است (۲)؛ باوجوداین، یا این اعمال در مسیر منطقی مربوط به حوادث ترسناک قرار ندارند (مثلاً، با قراردادن اشیاء به صورت منظم از آسیب رسیدن به فرد عزیزی جلوگیری می‌شود) یا آشکارا افراطی‌اند (مانند ساعت‌ها دوش گرفتن روزانه). برخی از این افراد، احساسات انزجار قدرت‌مندی را نیز گزارش می‌کنند؛ چراکه افراد وسواسی هنگام مواجهه شدن با موقعیت‌های برانگیزاننده افکار و اعمال وسواسی، دامنه‌ای از پاسخ‌های هیجانی را تجربه می‌کنند (۳). در اختلال وسواسی جبری، ذهن فرد از افکار پایدار و مهارنشده‌ی لبریز می‌شود و مجبور به تکرار اعمال مشخصی می‌شود که سبب درماندگی و اختلال در کار و عملکرد روزانه 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 تمیز کردن، شمردن، منظم کردن 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 وسواسی-عملی در جمعیت عمومی حدود ۲ تا ۳ درصد است (۷). میزان شیوع اختلال وسواسی جبری در ایران (استان تهران) در مردان و زنان به ترتیب ۰/۴۸ و ۲/۵۶ است (۸). مزمن بودن اختلال وسواس و طبیعت پیش‌بینی‌نشده‌ی کاهش علائم و نبود توانایی کنترل در طول مدت بیماری باعث افزایش استرس^۳ در میان بیماران وسواس می‌شود (۹). گلدشتاین استرس را به‌عنوان شرایطی توصیف می‌کند و در آن انتظارات که خواه به‌شکل ژنتیکی برنامه‌ریزی شده است، به‌واسطه یادگیری‌های پیشین به وجود آمده است یا از شرایط ناشی می‌شود، با ادراکات جاری یا پیش‌بینی‌شده 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

4. Sense of coherence

5. Exposure and Response Prevention (ERP)

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

2. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)

3. Stress

روان‌درمانی به مرکز مشاوره میلاد (زیر نظر سازمان بهزیستی) ارجاع دهند. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: ابتلا به وسواس فکری-عملی (تأیید روان‌پزشک یا روان‌شناس بالینی با مصاحبه تشخیصی براساس DSM-5 و دریافت نمره بیشتر از ده در پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی (۳۲))؛ داشتن حداقل سطح تحصیلات سیکل؛ مصرف نکردن دارو؛ داوطلب بودن فرد برای درمان وسواس؛ دارا بودن 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 سابقه هر نوع ضربه مغزی و تمایل نداشتن برای جلسات درمانی بود. حداقل نمونه در طرح‌های آزمایشی سی نفر توصیه شده است (۳۳). در این پژوهش پس از تحقق ملاک‌ها و دریافت نمره بیشتر از ده در پرسشنامه وسواس فکری-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 داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار رفت.

- پرسشنامه وسواس فکری-عملی مادزلی^۱: این پرسشنامه توسط گودمن و همکاران در سال ۱۹۸۹ ساخته شد (۳۲). این پرسشنامه از ده سؤال و دو خرده‌مقیاس افکار وسواسی (سوالات ۱ تا ۵) و رفتارهای وسواسی (سوالات ۶ تا ۱۰) تشکیل شده است. در هر دو مقیاس، شدت علائم در هفت روز قبل از مصاحبه ارزیابی می‌شود. نمره صفر در صورت نبود مشکل و نمره ۴ به مشکل خیلی زیاد تعلق می‌گیرد. نمره برش به‌صورت نمره کمتر از ۱۰ (علائم و نشانه‌های بسیار خفیف)، نمره بین ۱۰ تا ۱۵ (علائم و نشانه‌های نسبتاً خفیف)، نمره بین ۱۶ تا ۲۵ (علائم و نشانه‌های متوسط) و نمره 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 محاسبه روایی پرسشنامه، از همبستگی هر آیت‌م با نمره کل استفاده کردند که در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۷۷ 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 فاصله دو هفته ۰/۸۴ گزارش شد (۳۴).

- مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس^۲: این مقیاس را لایبوند و لایبوند در سال ۱۹۹۵ تهیه کردند (۳۵). در پژوهش حاضر از فرم بلند و فقط خرده‌مقیاس استرس استفاده شد که شامل سوالات 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 لایبوند و لایبوند 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 ۰/۷۶ و نمره ۴۰۰ نفری از جمعیت عمومی شهر مشهد برای استرس ۰/۷۶ گزارش

نتایج پژوهش نریمانی و همکاران نشان داد، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به وسواس را بیشتر افزایش می‌دهد (۲۰). مطالعه 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 شناختی-تحلیلی، راهکاری مؤثر برای بهبود سلامت روان بیماران مبتلا به اختلال وسواس است (۲۵). در مطالعه کاملی و همکاران مشخص شد که درمان شناختی-رفتاری گروهی منجر به 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 فویبای 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 مطالعه موتیولا و همکاران نشان داد که مواجهه و پیشگیری از پاسخ در کاهش افسردگی و عملکرد شناختی بیماران وسواسی اثربخش است (۳۰). اختلال وسواس فکری-عملی از جمله 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 فکری-عملی نقش اساسی در استرس و انسجام روانی این گروه از بیماران دارد. از سویی همان‌طور که مرور پیشینه پژوهش‌ها نشان داد، پژوهشی به‌صورت مستقیم در زمینه اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ بر این مؤلفه‌ها در بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی یافت نشد و خلأ پژوهشی در این زمینه احساس می‌شود؛ بنابراین مطالعه حاضر در راستای حل بخشی از این خلأ پژوهشی انجام پذیرفت؛ از این‌رو 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.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان و مردان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره شهر بیرجند در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. برای انتخاب گروه نمونه واجد شرایط، ابتدا به مراکز مشاوره و کلینیک‌های روان‌درمانی موجود در شهر بیرجند مراجعه شد و از آن‌ها درخواست شد که بیماران وسواس فکری-عملی را به‌منظور شرکت در

2. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)-42

1. Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory

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

– مقیاس انسجام روانی^۱: مقیاس انسجام روانی شامل ۳۵ سؤال است که توسط آنتونوسکی 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). فلستبرگ – 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 مطالعه علی‌پور و شریف، همسانی درونی سؤال‌های مقیاس انسجام روانی برابر با $\alpha = 0.969$ 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 مشاوره میلاد برگزار شد. جلسه مقدماتی با هدف به‌دست‌آوردن اعتماد بیماران، ارزیابی کلی افراد به‌منظور مناسب بودن برای درمان و معرفی کلی دوره درمان برگزار شد. درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ توسط محقق در هشت جلسه نوددقیقه‌ای برگرفته از کتاب درمان رفتاری و سواس متعلق به استکتی (۴۰) به‌صورت دو بار در هفته روی افراد گروه آزمایش اجرا شد؛ اما گروه گواه در این بازه 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 از جمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در تحقیق و اختیار خروج از پژوهش رعایت شد. شرح مختصر جلسات درمانی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه 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	تهیه سلسله‌مراتبی از افکار و سواسی و موقعیت‌های اجتناب‌شده
دوم	خوگیری مراجع در جلسه درمان	تمرین و آمادگی برای رویارویی تجسمی	تهیه فهرستی از نشانه‌های برانگیزاننده افکار و سواسی
سوم	مواجهه تخیلی با افکار و سواسی	مواجهه تخیلی با ماده‌های اولیه سلسله‌مراتب و کمک به مراجع برای توقف رفتارهای و سواسی	روبه‌رو شدن با موقعیت‌های برانگیزاننده احساسات ترس، شکست، آلودگی یا گناه
چهارم و پنجم	ارائه تکنیک‌های مواجهه	آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و پیشگیری از پاسخ براساس سلسله‌مراتب اضطراب	تمرین و تکرار تکنیک‌های مواجهه با موارد و سواسی و ثبت و کنترل موانع در بازداری از پاسخ
ششم	ارزیابی اجتناب از تکالیف خانگی	بازبینی برگه پنجم ستون افکار، پرکردن برگه هفتم ستون افکار، نوشتن مزایا و معایب افکار مزاحم	ثبت افکار روزانه ستون هفتم، آزمایش رفتاری اهمیت افکار
هفتم	ارائه آزمایش‌های رفتاری برای افکار و سواسی	آزمایش رفتاری برای عمل خنثی‌سازی افکار، استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای برآورد بیش‌ازحد خطر	آزمایش رفتاری برای باورهای شناختی و سواس
هشتم	مرور و جمع‌بندی تکنیک‌ها	بحث و جمع‌بندی فنون درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، خلاصه‌سازی، بازخورد و پس‌آزمون	تمرین تمام تکنیک‌های مؤثر

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 ($p = 0.302$).

برای تحلیل داده‌ها نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ به‌کار رفت. تجزیه و تحلیل داده‌های به‌دست‌آمده از طریق شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) صورت گرفت. همچنین از آزمون خی‌دو و بعد از تأیید پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس (نرمال بودن توزیع نمرات به‌کمک آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، همسانی ماتریس کوواریانس‌ها از طریق آزمون ام‌باکس، یکسان بودن شیب خط رگرسیونی و همگنی واریانس‌ها به‌کمک آزمون لوین)، از تحلیل

^۱. Sense of Coherence Scale

جدول ۲. توزیع متغیر جنسیت و سن تفکیک گروه‌های بررسی شده

شاخص	سطح	گروه	
		آزمایش	گواه
		تعداد	درصد
جنسیت	زن	۱۴	۷۰
	مرد	۶	۳۰
	مجموع	۲۰	۱۰۰
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۵	۲۵
	۳۱ تا ۴۰ سال	۱۱	۵۵
	۴۱ تا ۵۰ سال	۴	۲۰
	مجموع	۲۰	۱۰۰

همچنین از لحاظ توزیع متغیر سن در دو گروه تفاوت آماری معناداری دیده نشد ($p=0/217$). قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس، برای رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های کولموگروف اسمیرنوف، باکس و لوین استفاده شد. در آزمون کولموگروف اسمیرنوف مقدار احتمال آماره محاسبه شده برای

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقایسه پس‌آزمون
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
استرس	آزمایش	۲۱/۰۵	۳/۵۷۶	۱۷/۶۱	۴/۲۵۹	مقدار F
	گواه	۱۹/۶۵	۵/۰۶۰	۱۹/۹۴	۴/۰۲۱	مقدار p
انسجام روانی	آزمایش	۴۹/۱۰	۶/۳۰۷	۵۲/۴۰	۶/۲۷۵	مقدار F
	گواه	۴۸/۷۰	۷/۸۰۸	۴۹/۶۰	۷/۵۰۴	مقدار p

رفتاری در درمان اختلال وسواسی اجباری مؤثر است (۲۱). مطالعه حسینی و همکاران مشخص کرد، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در بهبود باورهای سه‌گانه وسواسی و افسردگی زنان مبتلا به اختلال وسواسی جبری اثربخش است (۲۳). همچنین مطالعه کاملی و همکاران نشان داد، درمان شناختی-رفتاری گروهی منجر به 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 فویبای بیماران وسواسی مؤثر است (۲۷). همچنین پژوهش فوآ و مکین 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 یافته مطالعه حاضر همسوست.

در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان به این نکته اشاره کرد که بیماران وسواسی به دلیل داشتن تحمل کم استرس و حساسیت اضطرابی، عقاید منفی قوی‌ای درباره پیامدهای برانگیختگی جسمانی مرتبط با هیجان‌ناشان تجربه می‌کنند؛ حال آنکه بیماران وسواسی در طی دوره درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، به احساسات بدنی و رفتارهای

براساس جدول ۳ می‌توان نتیجه گرفت که درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ در کاهش استرس و افزایش انسجام روانی بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی مؤثر است ($p<0/001$). مقدار ضریب اتا برای متغیر استرس (۰/۲۲۲) و متغیر انسجام روانی (۰/۲۸۴) به دست آمد که نشان‌دهنده میزان تأثیر درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ در کاهش استرس و افزایش انسجام روانی بیماران مبتلا به وسواس فکری-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 فکری-عملی انجام شد. اولین یافته پژوهش نشان داد، درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ در کاهش استرس بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی مؤثر است. در زمینه همسویی یافته مذکور با مطالعات پیشین، پژوهشی به صورت مستقیم انجام نشده است؛ اما نتیجه به دست آمده با نتایج فراتحلیل اکبری و حسینی همسوست که نشان دادند شیوه‌های مداخله‌ای مواجهه و پیشگیری از پاسخ، شناختی-رفتاری و موج سوم

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 مواجهه‌سازی که به‌صورت سلسله‌مراتبی اجرا می‌شود، می‌تواند در سطح خیال و واقعیت باشد. پس از اینکه استرس بیمار توسط مواجهه تجسمی و مواجهه زنده افزایش یافت، برای خودداری کردن از هر نوع رفتار تشریفاتی و سواس تشویق می‌شود (۴۲)؛ بنابراین افزایش استرس بیمار به‌صورت تجسمی یا واقعی باعث می‌شود استرس بیمار کاهش یابد و رفتارهای اجباری و سواس کم شود.

دیگر یافته پژوهش نشان داد، درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ در افزایش انسجام روانی بیماران مبتلا به سواس فکری-عملی مؤثر است. همسو با نتیجه به‌دست‌آمده در مطالعه‌ای نیمانی و همکاران نشان دادند که درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سواس 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 و سواس اجباری بهبود می‌یابد (۲۴). پژوهش یوسفی و همکاران مشخص کرد، درمان شناختی-تحلیلی به‌شیوه گروهی راهبرد مؤثری برای بهبود سلامت روان مبتلایان به اختلال و سواس اجباری است (۲۵). هدمن و همکاران عنوان کردند، درمان مواجهه و بازداری از پاسخ در اضطراب سلامتی بیماران و سواسی اثر معناداری دارد (۲۹). همچنین مطالعه موتیوالا و همکاران نشان داد، مواجهه و پیشگیری از پاسخ در کاهش افسردگی و عملکرد شناختی بیماران و سواسی اثربخش است (۳۰).

در تبیین یافته بیان‌شده می‌توان گفت، توانایی‌های شناختی این باور را در افراد مبتلا به سواس 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 و سواسی، اضطراب و ترس مرتبط با آن، عمدتاً چیزی است که سواس را تبدیل به اختلال می‌کند (۴۳). تلاش‌ها برای تنظیم این تجارب درونی (مثل اعمال و سواسی) نتیجه معکوس دارد و به‌جای افزایش انسجام روانی منجر به کاهش آن می‌شود. درواقع در اختلالاتی مثل سواس 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 منجر به کاهش انسجام روانی فردی می‌شود. به عبارتی دیگر می‌توان گفت، بسیاری از افراد مبتلا به سواس فکر می‌کنند برای اینکه انسجام

روانی خود را حفظ کنند یا افزایش دهند، ابتدا باید افکار و سواسی 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 و سواسی و اضطراب، راه‌های دیگری برای افزایش انسجام روانی وجود دارد. برای حرکت به جلو و پیشرفت حتماً لازم نیست علیه افکار و سواسی جنگید. درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ کارکرد افکار و سواسی را تغییر می‌دهد و این تغییر کارکرد در خدمت افزایش انسجام روانی قرار می‌گیرد (۲۰).

باتوجه به محدودیت زمانی، اجرای دوره پیگیری برای ارزیابی تداوم اثربخشی روش درمانی میسر نشد. پیشنهاد می‌شود دوره 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 و سواسی 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 سواس فکری-عملی 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

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

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

تواضع منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

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. Shamel 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.2427/11037)
8. Mohammadi MR, Rahgozar M, Bagheri Yazdi A, Naghavi HR, Pour Etamad 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.iuums.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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1007/s10571-010-9606-9)
11. Steketee G, Frost RO, Winze 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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. Flensburg-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](https://doi.org/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.comppsy.2016.10.004](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.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](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.005)
19. Pakniya N, Mirzaei A, Jahan J, Ranjbarsudejani Y, Sayyah SS. To compare the effectiveness of confrontation/encontour and response prevention model with the dangerous ideation reduction method on reducing alexithymia and cognitive avoidance among 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, Azadfalsh 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](https://doi.org/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>

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](https://doi.org/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. *Journal of Medical Council of Iran*. 2014;31(4):329–38. [Persian] <http://jmcciri.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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.1080/13651501.2017.1351991)
31. Bahrammasir A, Kiyani-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](https://doi.org/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.iuims.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](https://doi.org/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 Developmental 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](https://doi.org/10.1016/0277-9536(93)90033-Z)
38. Sabri Nazarzadeh R, Abdkhodaei MS, Tabibi Z. Study of causal relationship between sense of coherence, psychological hardness, 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](https://doi.org/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](https://doi.org/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](https://doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.2.164)