MEJDS. 2022; 12:141.

Published online 2022 Oct. **Original Article**

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

Azhideh L[1], * Mahmoud Alilou M[2]

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.

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-20]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۴۱.

انتشار برخط مهرماه ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

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. کارشناسی‌ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران؛

۲. استاد، روان‌شناسی بالینی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** alilou_647@yahoo.com

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

چکیده

زمینه و هدف: لازمهٔ 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.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر از نوع مطالعهٔ نیمه‌آزمایشی موردی و از نوع خط پایهٔ چندگانه بود. جامعهٔ پژوهش را افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی_ جبری در شهر تبریز در سال ۱۳۹۸ تشکیل دادند. حجم نمونهٔ پژوهش دو نفر از افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی_ جبری و روش نمونه‌گیری به‌صورت افراد واجد شرایط بود. بدین‌منظور، دو شرکت‌کننده به‌طور هدفمند انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌های پژوهش از پرسش‌نامهٔ وسواسی_ اجباری مادزلی (هاجسون و راکمن، ۱۹۷۷)، پرسش‌نامهٔ کنترل فکر (ولز و دیویس، ۱۹۹۴)، مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴)، پرسش‌نامهٔ اضطراب بک (بک و همکاران، ۱۹۹۶) و پرسش‌نامهٔ نگرش به مسئولیت (سالکووسکیس و همکاران، ۲۰۰۰) استفاده شد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، تحلیل‌های نموداری و ترسیمی به‌کار رفت که براساس صعود و نزول باورهای وسواسی، قضاوت صورت گرفت. علاوه‌بر 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، اندازهٔ اثر درمان شناختی_ رفتاری بر متغیر نگرش به مسئولیت برای آزمودنی اول ۱/۹۸ و برای آزمودنی دوم ۲/۶۳ بود. اندازهٔ اثر درمان بر کنترل فکر برای آزمودنی اول ۲/۳۱ و برای آزمودنی دوم ۱/۸۳ به‌دست آمد. اندازهٔ اثر درمان بر اضطراب برای آزمودنی اول ۲/۸۳ و برای آزمودنی دوم ۲/۲۹ بود. همچنین اندازهٔ اثر درمان بر عدم تحمل بلاتکلیفی برای آزمودنی اول ۲/۷ و برای آزمودنی دوم ۲/۵۶ به‌دست آمد. این یافته‌ها تأثیر درمان شناختی_ رفتاری را بر کاهش باورهای وسواسی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی_ اجباری نشان داد.

نتیجه‌گیری: براساس 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_ جبری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-20]

۱ مقدمه

اختلال وسواسی–جبری[1] 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 درخورتوجهی را در زندگی فرد به‌دنبال دارد. این اختلال دربرگیرندهٔ افکار مهارنشدنی 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 همان‌طورکه 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 بازداری فکری به‌عنوان عامل کلیدی رشد و پایداری اختلال وسواسی–جبری مطرح شده است (۹). بنابراین انتظار می‌رود به‌کارگیری تکنیک‌های یادشده به‌منظور کاهش یا درمان اختلال وسواسی–جبری مؤثر باشد (۱۰). نتایج پژوهش سولم و همکاران حاکی‌از 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 مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی منجربه کاهش علائم وسواسی–جبری می‌شود (۱۳). همچنین نتایج پژوهش سیلز و همکاران مشخص کرد، درمان شناختی–رفتاری در وسواس فکری–عملی سبب بهبود اجتناب، بینش 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 به‌دلیل 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 روش‌بررسی

روش پژوهش از نوع مطالعهٔ نیمه‌آزمایشی موردی و از نوع خط پایهٔ چندگانه بود. برای شرکت‌کنندگان به‌ترتیب در مراحل خط پایهٔ اول، خط پایهٔ دوم، جلسهٔ سوم، جلسهٔ چهارم، جلسهٔ پنجم، جلسهٔ ششم، جلسهٔ هفتم، جلسهٔ آخر و پیگیری، سنجش صورت گرفت. در مطالعات موردی، خط پایه برای بررسی وضعیت اولیهٔ شرکت‌کنندگان از نظر خصیصهٔ مدنظر بررسی می‌شود. جامعهٔ 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 جامعهٔ آماری دو نفر زن با لحاظ‌کردن ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند. توصیهٔ پژوهشگران آن است که تعداد نمونه در مطالعهٔ موردی کمتر از سه نفر باشد (۱۶). ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش شامل دریافت تشخیص اختلال وسواسی–جبری (تأیید اختلال وسواس توسط مصاحبهٔ بالینی روان‌پزشک، پرسش‌نامهٔ وسواسی–اجباری مادزلی[2] و براساس معیار تشخیصی نسخهٔ پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[3])، قرارداشتن در طبقهٔ شدید در پرسش‌نامهٔ نگرش به مسئولیت[4] (احساس مسئولیت بیش‌ازحد) (کسب نمرهٔ بیشتر از ۹۰)، پرسش‌نامهٔ کنترل فکر[5] (کسب نمرهٔ بیشتر از ۵۰)، پرسش‌نامهٔ اضطراب بک[6] (کسب نمرهٔ بیشتر از

[1]. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)
[2]. Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI)
[3]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5)
[4]. Responsibility Attitude Questionnaire
[5]. Thought Control Questionnaire
[6]. Beck Anxiety Inventory (BAI)

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-20]

۲۶) و مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی[1] (کسب نمرهٔ بیشتر از ۶۰)، دریافت‌نکردن هم‌زمان آموزش مداخلات روان‌شناختی دیگر، نداشتن مشکلات جسمی و نورولوژیک (براساس پروندهٔ 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 به‌شرح ذیل بود: تمامی افراد به‌شکل شفاهی اطلاعاتی دربارهٔ 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. نحوهٔ اجرای پژوهش به این ترتیب بود که افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی‌ـ‌جبری مراجعه‌کننده به کلینیک دانش شهر تبریز به‌صورت داوطلبانه و با لحاظ‌کردن ملاک‌های ورود و خروج در نظر گرفته شدند. سپس دو نفر از این افراد واجد شرایط، به‌طور تصادفی انتخاب شدند. برای این دو شرکت‌کننده در مراحل خط پایهٔ اول، خط پایهٔ دوم، جلسهٔ سوم، جلسهٔ چهارم، جلسهٔ پنجم، جلسهٔ ششم، جلسهٔ هفتم، جلسهٔ آخر و پیگیری، سنجش صورت گرفت. درنهایت پیگیری، پس از گذشت دو ماه از آخرین جلسه اجرا شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر در پژوهش به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ وسواسی‌ـ‌اجباری مادزلی: این پرسش‌نامه توسط هاجسون و راکمن در سال ۱۹۷۷ به‌منظور سنجش وسواسی‌ـ‌اجباری ساخته شد (۱۷). پرسش‌نامه حاوی سی سؤال است که به‌صورت بلی یا خیر پاسخ داده می‌شود. نمرهٔ کلی این پرسش‌نامه از صفر تا ۳۰ است. نمرات خرده‌مقیاس‌ها شامل وارسی صفر تا ۹، شست‌وشو صفر تا ۱۱، کندی و تکرار صفر تا ۷ و شک و تردید صفر تا ۷ می‌شود؛ به‌طوری‌که مجموع خرده‌مقیاس‌ها از نمرهٔ کل پرسش‌نامه بیشتر است (۱۷). پایایی پرسش‌نامه با استفاده از آزمون‌ـ‌بازآزمون (r=۰/۸۹) به‌دست 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 (به‌نقل از ۱۸).

ـ پرسش‌نامهٔ کنترل فکر: پرسش‌نامهٔ کنترل فکر توسط ولز و دیویس در سال ۱۹۹۴ به‌منظور اندازه‌گیری ارزیابی راهبردهای کنترل فکر و رابطهٔ آن با آسیب‌پذیری هیجانی تهیه شد (۱۹). این پرسش‌نامه دارای ۲۹ سؤال به‌صورت لیکرت پنج‌درجه‌ای است که از صفر تا ۴ نمره‌گذاری می‌شود. آزمودنی‌ها در این پرسش‌نامه براساس مقیاسی چهارگزینه‌ای ۱ تا۴ به سؤالات پاسخ می‌دهند پنج زیرمقیاس پرسش‌نامهٔ 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 به‌دست آوردند و ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۶۴تا۰/۷۹ گزارش کردند (۱۹). در بررسی روایی پرسش‌نامه، ضریب همبستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامهٔ علائم اختلال وسواسی‌ـ‌جبری پادوآ[2] ، پرسش‌نامهٔ افکار اضطرابی[3] و مقیاس نگرش‌های ناکارآمد[4]، زیاد ارزیابی شد (۱۹). حاتمی‌پور و همکاران درستی همگرایی و افتراقی عامل‌های پرسش‌نامهٔ کنترل فکر را محاسبه کردند و نتایج نشان‌دهندهٔ درستی پذیرفتنی این پرسش‌نامه بود. درنهایت 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).

ـ مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی: مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی توسط فریستون و همکاران در سال ۱۹۹۴ به‌منظور اندازه‌گیری عدم تحمل بلاتکلیفی تهیه شد (۲۱). مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی از ۲۷ آیتم تشکیل شده است که آزمودنی‌ها براساس مقیاسی پنج‌درجه‌ای (به‌هیچ‌وجه=۱ تا بسیار زیاد=۵) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. کسب نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ عدم تحمل بلاتکلیفی بیشتر و کسب نمرهٔ کمتر نشان‌دهندهٔ عدم تحمل بلاتکلیفی کمتر است (۲۱). در نسخهٔ اولیه به زبان فرانسوی همسانی درونی (a=۰/۹۱) و ضریب پایایی بازآزمایی نسبتاً خوبی با فاصلهٔ چهار هفته (r=۰/۷۸) به‌دست آمد. ضرایب اعتبار این مقیاس معنادار و رضایت‌بخش گزارش شد (۲۱). مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی در سال ۲۰۰۶ توسط باهر و داگاس مجدداً اعتباریابی شد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی به‌ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۸ به‌دست آمد (۲۲). در ایران پایایی این مقیاس توسط موسوی و همکاران به‌روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ بود (۲۳).

ـ پرسش‌نامهٔ اضطراب بک: این پرسش‌نامه توسط بک و همکاران در سال ۱۹۹۶ به‌منظور اندازه‌گیری اضطراب به‌کار گرفته شد (۲۴). پرسش‌نامه، ابزار خودگزارشی ۲۱آیتمی است که برای اندازه‌گیری شدت علائم جسمی و شناختی افراد در یک هفتهٔ گذشته استفاده می‌شود. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به‌شکل سه‌درجه‌ای از صفر تا سه صورت می‌گیرد و بیشترین نمرهٔ حاصل در آن ۶۳ است. شیوهٔ امتیازبندی پاسخ‌ها به‌صورت اصلاً (صفر)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است. به این ترتیب دامنهٔ نمرهٔ فرد می‌تواند از صفر تا ۶۳ در نوسان باشد. دامنهٔ نمرات اضطراب از صفر تا ۶۳ است؛ درصورتی‌که نمرهٔ به‌دست‌آمده در دامنهٔ صفر تا ۷ باشد، فرد بررسی‌شده هیچ اضطرابی ندارد. نمرهٔ بین ۸تا۱۵ اضطراب خفیف، بین ۱۶تا۲۵ اضطراب متوسط و بین ۲۶تا۶۳ اضطراب شدید را نشان می‌دهد (۲۴). بک و همکاران همسانی درونی مقیاس را برابر با ۰/۹۲ و اعتبار بازآزمایی یک‌هفته‌ای آن را ۰/۷۵ گزارش کردند (۲۴). ضریب اعتبار این پرسش‌نامه در ایران توسط رفیعی و همکاران با روش بازآزمایی و به‌فاصلهٔ یک هفته ۰/۸۰ به‌دست آمد (۲۵).

ـ پرسش‌نامهٔ نگرش به مسئولیت: این پرسش‌نامه به‌منظور ارزیابی باورهای کلی دربارهٔ مسئولیت است که توسط سالکووسکیس و همکاران در سال ۲۰۰۰ به‌صورت پرسش‌نامهٔ 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 نمرهٔ بیشتر در پرسش‌نامهٔ نگرش به مسئولیت، بیانگر

[1] . Intolerance of Uncertainty Scale

[2]. Padua Inventory of Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms

[3]. Anxiety Thoughts Questionnaire

[4]. Dysfunctional Attitude Scale

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-20]

مسئولیت بیشتر و کسب نمرهٔ کمتر بیانگر نگرش به مسئولیت کمتر است (۲۶). پایایی پرسش‌نامه ۰/۹۴ برآورد شد و همسانی دونیمهٔ ماده‌های پرسش‌نامه براساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۲ به‌دست آمد؛ ازاین‌رو، این پرسش‌نامه برای سنجش نگرش به مسئولیت در بیماران مناسب است. تحلیل ماده‌های اصلی نشان می‌دهد، پرسش‌نامهٔ نگرش به مسئولیت می‌تواند به‌عنوان 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).

ـ پروتکل درمان شناختی‌ـ رفتاری در شش جلسهٔ نوددقیقه‌ای و هفته‌ای یک‌بار به‌مدت سه ماه براساس بستهٔ آموزشی بک و همکاران اجرا شد (۲۸). روایی این پروتکل توسط سازندگان آن به تأیید رسید و از روایی صوری و محتوایی مطلوبی برخوردار است (۲۸). همچنین روایی محتوایی این بستهٔ آموزشی در پژوهش حاضر توسط سه تن از متخصصان روان‌شناسی دارای درجهٔ دکترای روان‌شناسی با سابقهٔ حداقل ده سال کار بالینی، در دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. مراحل تأیید روایی مداخلهٔ 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 دربارهٔ بستهٔ درمانی ارائه کردند. پس از انجام اصلاحات نظرات متخصصان و تأیید نهایی روایی محتوایی، جلسات مداخله اجرا شد. انجام مداخلهٔ درمان شناختی‌ـ رفتاری به‌طور انفرادی در کلینیک روان‌شناختی دانش صورت گرفت. در جدول ۱، خلاصه‌ای از جلسات درمان شناختی‌ـ رفتاری مشاهده می‌شود.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات درمان شناختی‌ـ رفتاری

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

برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها، تحلیل‌های نموداری و ترسیمی به‌کار رفت که براساس صعود و نزول باورهای وسواسی، قضاوت صورت می‌گیرد. علاوه‌بر 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 به‌صورت زیر بود.

الف. بیمار اول

زنی ۳۲ساله، دیپلمه و متأهل است و یک فرزند دارد. اخیراً به‌دلیل اختلاف شدید با همسر به‌سبب رفتارهای شدید وسواسی تکرارشونده (وسواس شست‌وشو و وسواس چک‌کردن) بدون طلاق از هم جدا زندگی می‌کنند. مشکل وسواس شست‌وشو و وسواس چک‌کردن او از شانزده‌سالگی شروع شده و به‌شکل شک و تردیدهای مکرر شدت یافته است. در هیجده‌سالگی دیپلم گرفته است و ناتوانی در قبولی در دانشگاه را با وسواس خود مرتبط می‌داند. از نوزده‌سالگی در مطب پزشک مشغول به‌کار است و به‌دلیل وسواس آلودگی و پاک‌کردن 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 خانوادهٔ 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 ۴۹ساله و متأهل با سطح سواد اول راهنمایی و دارای دو فرزند است. او خانه‌دار است و شاغل نیست. مشکل او از نوزده‌سالگی با وسواس‌های تکرارشونده (وسواس شست‌وشو و وسواس شمارش) با شدت کم شروع شد؛ اما به‌تدریج بیشتر شده و دچار وسواس آلودگی و پاک‌کردن شد. این امر باعث مشکلاتی در خانواده و روابط با همسر شده بود؛ اما هنوز در کنار هم زندگی می‌کردند.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-20]

۳ یافته‌ها

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

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی بیماران

	بیمار اول	بیمار دوم
سن	۳۲	۴۹
وضعیت تأهل	متأهل	متأهل
میزان تحصیلات	دیپلم	اول راهنمایی
شغل	خانه‌دار	خانه‌دار

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

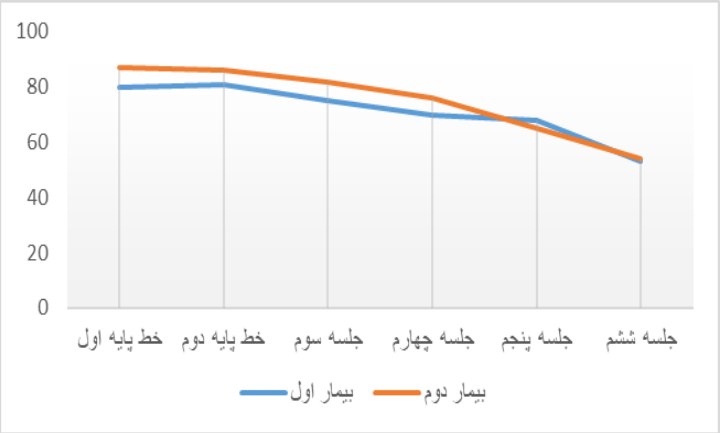
	بیمار اول	بیمار دوم
درصد بهبودی جلسات درمان	۷۹/۴۱	۸۱/۸۱
درصد بهبودی کلی جلسات درمان	۸۸/۶۵	
درصد بهبودی پیگیری	۷۱/۰۵	۷۵/۴۵
درصد بهبودی کلی پیگیری	۷۸/۹۱	

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

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

	بیمار اول	بیمار دوم
میانگین خط پایه	۸۰/۵	۸۶/۵
میانگین درمان	۵۶/۵	۵۷/۱
انحراف استاندارد خط پایه	۱/۴۱	۱/۴۱
انحراف استاندارد درمان	۸/۵	۷/۰۲
اندازهٔ اثر درمان	۱/۹۸	۲/۶۳

در جدول ۴ اندازهٔ اثر درمان بر نگرش به مسئولیت در هر دو بیمار مشاهده می‌شود. جدول ۴ مشخص می‌کند، اندازهٔ اثر درمان به‌دست‌آمده برای آزمودنی اول ۱/۹۸ و برای آزمودنی دوم ۲/۶۳ است. باتوجه به اینکه اندازهٔ اثر بین ۱/۹۸ و ۲/۶۳، اندازهٔ اثر زیاد را نشان می‌دهد، می‌توان چنین استنباط کرد که میزان اندازهٔ اثر برای هر دو 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 مسئولیت بیش‌ازحد نشان می‌دهد. نتایج حاصل، بیانگر مؤثربودن درمان شناختی-رفتاری بر کاهش میزان احساس مسئولیت‌پذیری بیش‌ازحد در هر دو بیمار در مرحلهٔ پس از مداخله درمقایسه با قبل

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-20]

مداخله بود. همچنین نتایج حاکی‌از آن بود که نمرات احساس مسئولیت‌پذیری تا دورهٔ پیگیری ماندگار بود.

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

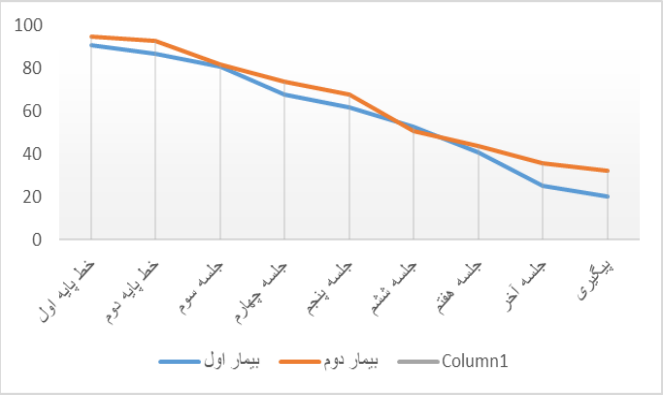
	بیمار اول	بیمار دوم
درصد بهبودی بین جلسات درمان	۸۷/۴۱	۷۹/۶۹
درصد بهبودی کلی جلسات درمان	۸۹/۵۵	
درصد بهبودی پیگیری	۸۱/۹۷	۷۳/۳۶
درصد بهبودی کلی پیگیری	۸۵/۶	

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

جدول ۶. اندازهٔ اثر درمان بر کنترل فکر

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

در جدول ۶ می‌توان اندازهٔ اثر درمان را بر کنترل فکر مشاهده کرد. جدول ۶ مشخص می‌کند، اندازهٔ اثر درمان به‌دست‌آمده برای آزمودنی اول ۲/۳۱ و برای آزمودنی دوم ۱/۸۳ است. باتوجه به اینکه اندازهٔ اثر بین ۲/۳۱ و ۱/۸۳، اندازهٔ اثر زیاد را نشان می‌دهد، می‌توان چنین استنباط کرد که میزان اندازهٔ اثر برای هر دو آزمودنی در حد زیادست.



نمودار ۲. کارایی فنون شناختی_رفتاری بر کاهش کنترل فکر بیماران

نمودار ۲، کارایی فنون درمان شناختی_رفتاری را بر کاهش کنترل فکر نشان می‌دهد. نتایج حاصل، بیانگر مؤثربودن فنون درمان شناختی_رفتاری بر کاهش کنترل فکر در هر دو بیمار در مرحلهٔ پس از مداخله درمقایسه با قبل از مداخله بود. همچنین نتایج حاکی‌از آن بود که نمرات کنترل فکر تا دورهٔ پیگیری ماندگار بود.

جدول ۷. درصد بهبودی هر دو بیمار در مقیاس اضطراب

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

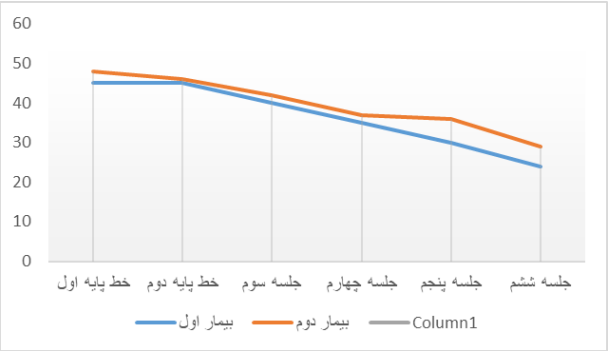
[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-20]

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

جدول ۸. اندازهٔ اثر درمان بر اضطراب در هر دو بیمار

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

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



نمودار ۳. روند تغییرات اضطراب بیماران

نمودار ۳، کارایی درمان شناختی‌ـ رفتاری را در کاهش میزان اضطراب بیماران نشان می‌دهد. نتایج به‌دست‌آمده بیانگر مؤثربودن درمان شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش میزان اضطراب هر دو بیمار در مرحلهٔ پس از مداخله درمقایسه با قبل از مداخله بود. همچنین نتایج حاکی‌از آن بود که نمرات اضطراب تا دورهٔ پیگیری ماندگار بود.

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

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

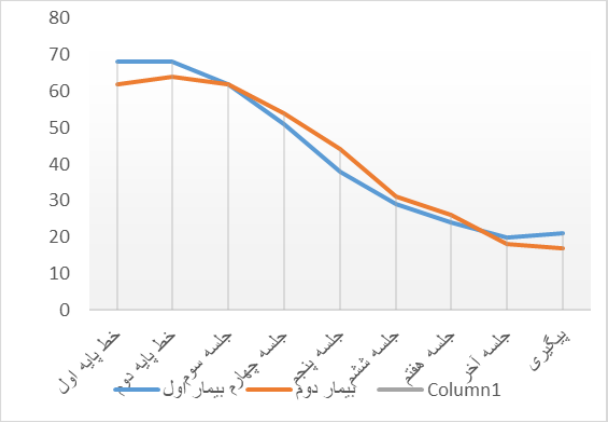
در جدول ۹ می‌توان درصد بهبودی هر دو بیمار را در مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی مشاهده کرد. باتوجه به داده‌های جدول ۹، درصد بهبودی آزمودنی اول در مراحل درمان و پیگیری به‌ترتیب ۸۲/۳ و ۷۷/۷ و درصد بهبودی آزمودنی دوم به‌ترتیب ۸۷/۳۶ و ۷۹/۳۶ بود.

جدول ۱۰. اندازهٔ اثر درمان بر عدم تحمل بلاتکلیفی در هر دو بیمار

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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-20]

در جدول ۱۰ می‌توان اندازهٔ اثر درمان را بر عدم تحمل بلاتکلیفی در هر دو بیمار مشاهده کرد. مندرجات جدول ۱۰ نشان می‌دهد، اندازهٔ اثر درمان به‌دست‌آمده برای آزمودنی اول ۲/۷ و برای آزمودنی دوم ۲/۵۶ است.



نمودار ۴. روند تغییرات عدم تحمل بلاتکلیفی بیماران

باتوجه به شیب نمودار ۴، این نمودار کارایی نسبی درمان شناختی‌ـ رفتاری را در کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی بیماران نشان می‌دهد. نتایج به‌دست‌آمده، بیانگر مؤثربودن نسبی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی در هر دو بیمار در مرحلهٔ پس از مداخله درمقایسه با قبل از مداخله بود. همچنین نتایج حاکی‌از آن بود که نمرات عدم تحمل بلاتکلیفی تا دورهٔ پیگیری ماندگار بود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی فنون شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش باورهای وسواسی در افراد دارای نشانه‌های وسواسی‌ـ اجباری بود. یافته‌ها نشان داد، درمان شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش باورهای وسواسی در افراد دارای نشانه‌های وسواس اجباری مؤثر بود. این یافته‌ها با نتایج پژوهش سولم و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر اختلال وسواس فکری (۱۱) و نتایج پژوهش اولاتونجی و همکاران مبنی‌بر اثربخشی درمان شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش اختلال وسواسی‌ـ اجباری در افراد مبتلا به این اختلال (۱۲) همسوست. همچنین این یافته با نتایج پژوهش کولز و همکاران مبنی‌بر تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری در کاهش علائم وسواسی‌ـ جبری (۱۳) و نتایج پژوهش سیلز و همکاران مبنی‌بر تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری بر وسواس فکری‌ـ عملی درجهت بهبود اجتناب، بینش و همخوانی تشخیص اختلال (۱۴)، همسوست.

در تبیین یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که برطبق درمان شناختی‌ـ رفتاری، تفسیر منفی افکار، تصورات و تکانه‌های مزاحم و شک و تردیدها نقش اصلی در تجربهٔ درماندگی و برانگیختگی برای رفتارهایی نظیر خنثی‌سازی، بازداری فکر، اطمینان‌جویی و اجتناب دارد (۱۴). در درمان شناختی‌ـ رفتاری، درمانگر در اصلاح ارزیابی مسئولیت افراطی، باورهای تحریف‌شده و رفتارهای خنثی‌سازی همراه با تکنیک‌های رفتاری مواجهه‌سازی و جلوگیری از بازگشت، سعی می‌کند (۱۰)؛ ازاین‌رو انتظار می‌رود به‌کارگیری تکنیک‌های یادشده به‌منظور کاهش یا درمان اختلال وسواس مؤثر باشد. درمان شناختی‌ـ رفتاری بر تفکر، قضاوت‌کردن، تصمیم‌گیری و عمل‌کردن تأکید دارد و نقش آن تضعیف فرض‌ها و عقاید معیوب و آموزش‌دادن مهارت‌های مقابله‌کردن است. در این درمان اعتقاد بر آن است که بازسازی شناختی فرد به بازسازی رفتاری او منجر خواهد شد (۷). همچنین در درمان شناختی‌ـ رفتاری، عامل اصلی و تعیین‌کنندهٔ رفتار انسان، طرز تفکر او دربارهٔ خود و نقش خود در جهان است. رفتار غیرانطباقی به‌دلیل وجود افکارِ ریشه‌دار و قالب رخ می‌دهد که می‌تواند منجربه تحریف شناختی با بروز خطاهایی در فکر شود؛ بنابراین از این نظریه برای اصلاح تحریف شناختی و رفتارهای خودآزارگرانهٔ ناشی‌از آن‌ها استفاده می‌شود (۹). بر این اساس انتظار می‌رود تکنیک‌های شناختی شامل بازسازی شناختی، اصلاح تحریف‌های شناختی، همراه با تکنیک‌های رفتاری برای بازسازی رفتاری در درمان مبتلایان اختلال وسواسی‌ـ اجباری مؤثر باشد.

پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت‌هایی بود که بیان آن‌ها می‌تواند یافته‌ها و پیشنهادهای پژوهش را تصریح کند و پژوهشگران بعدی را در اتخاذ تدابیر مؤثر برای مقابله با تهدید روایی درونی و بیرونی طرح‌های پژوهشی یاری دهد. از محدودیت‌های اساسی پژوهش حاضر، محدودبودن نتایج پژوهش به افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی‌ـ اجباری بود. این پژوهش تنها روی جمعیت افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی‌ـ اجباری شهر تبریز صورت گرفت؛ ازاین‌رو در تعمیم نتایج به مناطق و شهرهای دیگر باید جانب احتیاط را رعایت کرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در گروه نمونهٔ دیگر نیز انجام گیرد و نتایج آن ارزیابی شده و با نتایج این پژوهش مقایسه شود. توصیه می‌شود این پژوهش در سایر شهرها نیز صورت گیرد و نتایج آن ارزیابی شود. پیشنهاد می‌شود این پژوهش پس از آموزش موردی به‌صورت آموزش گروهی نیز پیگیری شود؛ همچنین وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی، بیمارستان‌ها و سازمان نظام روان‌شناسی و مشاوره، با اجرای کارگاه‌های درمان شناختی‌ـ رفتاری، زمینه را برای آشنایی هرچه بیشتر روان‌شناسان با مفاهیم درمان شناختی‌ـ رفتاری، فراهم کنند.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، درمان شناختی‌ـ

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-20]

رفتاری بر کاهش باورهای وسواسی در افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی‌ـ اجباری مؤثر است و می‌توان از این درمان درجهت بهبود مشکلات روان‌شناختی افراد مذکور استفاده کرد. باتوجه به تأثیر درمان شناختی‌ـ رفتاری بر کاهش باورهای وسواسی در افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی‌ـ 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

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

تمامی افراد به‌شکل کتبی اطلاعاتی دربارهٔ 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. ین مقاله برگرفته از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش روی گروه مطالعه‌شده از مرکز مشاورهٔ دانش به شماره نامهٔ ۷۸ صادر شده است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دسترسی به داده‌ها و مواد

همهٔ نویسندگان مقاله به داده‌های پژوهش دسترسی دارند و پژوهشگران می‌توانند در صورت لزوم ازطریق مکاتبه با نویسندهٔ مسئول مقالهٔ حاضر، به این اطلاعات دسترسی پیدا کنند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافعی 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

نویسندهٔ اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندهٔ دوم در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خوانده و تأیید کردند.

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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-20]

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
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
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
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
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

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2025-07-20]