



Comparing the Effectiveness of “Cognitive-Behavioral Therapy” and “Metacognitive Therapy” on Hope in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Reza Sadeghzadeh¹, Mohsen Razani^{2*}, Omid Shokri³, Hassan Piriaei⁴

1- PhD Student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology and Counseling, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran.

4- Assistant Professor, Department of Mathematics, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

Corresponding author: Mohsen Razani, Assistant Professor, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran.

Email: mohsenrazani2020@yahoo.com

Received: 8 Jan 2024

Accepted: 28 Feb 2024

Abstract

Introduction: Patients with obsessive-compulsive disorder have problems associated with the disorder and have a low hope. The aim of the present study was to compare the effectiveness of "Cognitive-Behavioral Therapy" and "Metacognitive Therapy" on hope of patients with obsessive-compulsive disorder.

Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test-post-test-follow-up plan with a control group. The statistical population of the study was all patients with obsessive-compulsive disorder who referred to the psychological counseling centers of the 5th district of Tehran in 1401. Among them, 45 patients with a low hope score were randomly selected and replaced in 3 groups of "Cognitive-Behavioral Therapy" and "Metacognitive Therapy" and the control group. Demographic questionnaire and "Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale" and "Miller Hope Scale" were used to collect data. For the validity of the instruments, previous studies were used and reliability was calculated using the internal consistency method by calculating the Cronbach's alpha coefficient. For the "Cognitive-Behavioral Therapy" group, 2 sessions were performed during 10 sessions of 90 minutes each week, and for the "Metacognitive Therapy" group, 2 sessions were performed during 10 sessions of 90 minutes each week. The control group did not receive any intervention during the research. The data was analyzed in SPSS. 16.

Results: "Cognitive-Behavioral Therapy" and "Metacognitive Therapy" were effective in improving the hope of patients with obsessive-compulsive disorder ($P < 0.01$) and no significant difference was observed between the two therapy methods.

Conclusions: "Cognitive-Behavioral Therapy" and "Metacognitive Therapy" improved the life expectancy of patients with obsessive-compulsive disorder. Therefore, the above two therapy methods are recommended.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Metacognitive Therapy, Obsessive-Compulsive Disorder, Hope.



مقایسه اثربخشی «درمان شناختی- رفتاری» و «فراشناخت درمانی» بر امید بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار

رضا صادق زاده^۱، محسن رزانی^{۲*}، امید شکری^۳، حسن پیریائی^۴

۱- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران.

۴- استادیار، گروه ریاضی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.

نویسنده مسئول: محسن رزانی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران.
ایمیل: mohsenrazani2020@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۰۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۰/۱۸

چکیده

مقدمه: بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار از مشکلات همراه با اختلال از امید پایین برخوردار هستند. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی "درمان شناختی- رفتاری" و "فراشناخت درمانی" بر امید بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار بود.

روش کار: روش پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره روانشناختی منطقه ۵ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. از میان آن‌ها ۴۵ بیمار دارای نمره پایین امید، انتخاب و به صورت تصادفی از نوع قرعه‌کشی در ۳ گروه "درمان شناختی- رفتاری" و "فراشناخت درمانی" و گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت شناختی و "مقیاس وسواس-اجبار یل براون" (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) و "مقیاس امید میلر" (Miller Hope Scale) استفاده شد. برای روایی ابزارها به پژوهش‌های پیشین اکتفا شد و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ محاسبه شد. برای گروه "درمان شناختی- رفتاری" طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته ۲ جلسه و برای گروه "فراشناخت درمانی" طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هر هفته ۲ جلسه اجرا شد. گروه کنترل در زمان اجرای پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. داده‌ها در نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۱۶ تحلیل شد.

یافته‌ها: "درمان شناختی- رفتاری" و "فراشناخت درمانی" بر بهبود امید بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار اثربخش بودند ($P < 0/01$) و بین ۲ روش درمان تفاوت معنادار مشاهده نشد.

نتیجه‌گیری: "درمان شناختی- رفتاری" و "فراشناخت درمانی" سبب بهبود امید بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار گردید. لذا دو روش درمانی فوق، توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی- رفتاری، فراشناخت درمانی، اختلال وسواس-اجبار، امید.

اختلال وسواس-اجبار (Obsessive-Compulsive Disorder) یک اختلال روانپزشکی است که علائم آن افکار ناخواسته مکرر (وسواس) و رفتارهای تکراری مرتبط (اجبار) هستند که معمولاً روزانه یک ساعت یا بیشتر وقت فرد را به خود اختصاص می‌دهند و اختلال در عملکرد اجتماعی و/یا شغلی فرد ایجاد می‌کنند (۱). ۲ تا ۳ درصد افراد و ۱۰ تا ۱۱ درصد اعضای درجه اول خانواده از اختلال وسواس-اجبار برخوردار هستند که نشان از عوامل ارثی دخیل در این اختلال دارد (۲). در پژوهش‌های دیگر شیوع این اختلال بین ۱/۱ تا ۱/۳ درصد در جهان برآورد شده است (۳-۴). میزان شیوع این اختلال در پاکستان ۴/۱ درصد برآورد شده است (۵). در ایران شیوع علائم این اختلال ۷۴/۴ درصد در دوره کووید-۱۹ گزارش شده است (۶). در پژوهش دیگری در شهر جهرم در شش ماهه دوم ۱۳۹۴، شیوع علائم اختلال وسواس-اجبار ۴۳ درصد گزارش شده است (۷)، که نسبت به شیوع جهانی که بین ۱ تا ۳/۵ درصد در سال ۲۰۱۴ گزارش شده است، بسیار بالا است (۸).

یکی از متغیرهای مرتبط با اختلال وسواس-اجبار، امید است. امید همان قدرت درونی است که بیماران را قادر می‌سازد تا چشم اندازی فراتر از جریان فعلی و وضعیت آشفته درد و رنج آن‌ها داشته باشند (۹). از طرفی ناامیدی و بی‌هدفی در زندگی منجر به کاهش کیفیت زندگی و ایجاد باورهای ناامید کننده می‌شود. باورهای ناامید کننده در روانشناسی ۲ دیدگاه مثبت و منفی در نظر گرفته می‌شود (۱۰). با توجه به دیدگاه مثبت، امید، باعث بهبودی، سلامتی و رفع تنش می‌شود و شخص خود را پیروز، موفق، ارزشمند، ثروتمند و قابل قبول در نظر می‌گیرد. از نظر دیدگاه منفی امید، فرد خود را دائماً شکست خورده، ضعیف، فقیر و طرد شده در نظر می‌گیرد و در همان الگوی ذهنی زندگی خواهد کرد (۱۱). امید به داشتن زندگی بهتر، منجر به بهبود و ارتقای تطابق و سازگاری در فرد می‌گردد و افراد امیدوار محرک‌های قوی تر و انرژی بیشتر برای پیگیری اهداف خود داشته و این امر سبب بالارفتن انگیزه فرد برای شرکت فعالانه در فرایندهای حل مسئله، سازگاری و انعطاف پذیری آنها می‌شود (۱۲). میانگین امید افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار کاهش می‌یابد. با این حال، اطلاعات در مورد این امر محدود است (۱۳). اما با افزایش سطح ناامیدی بیماران، نمره پایبندی آن‌ها به درمان کاهش می‌یابد (۱۴).

درمان‌های روانشناختی بیشتر بر علائم اختلال وسواس-اجبار متمرکز شده‌اند (۱۵)، اما اثربخشی درمان‌ها بر پیامدهای اختلال وسواس-اجبار در بیماران مبتلا به این اختلال کمتر مورد توجه قرار گرفته است. خط اول درمان برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار در «درمان شناختی-رفتاری» است (۱۶، ۱۷، ۱۸).

«درمان شناختی-رفتاری» روی تغییر و به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی غیرسازنده (افکار، باورها و نگرش‌های نادرست) و رفتارهای معیوب پیرو آن تحریف‌ها و جایگزین کردن رفتارهای ناسازگارانه با سازگارانه متمرکز است (۱۹). این شیوه درمان می‌کوشد درمانجو را به نوعی تجربه همکارانه تشویق نماید و طی آن از تجارب خودبیمار در یک رشته آزمایش‌های رفتاری به منظور ارزیابی درستی یا نادرستی آن باورها سود برد (۲۰). «درمان شناختی-رفتاری» می‌تواند به صورت فردی، گروهی، مختصر، خودیاری هدایت شده و آنلاین باشد؛ در میان این اشکال، ارائه درمان شناختی-رفتاری گروهی رایج است، زیرا ثابت شده است که موثرتر از سایرین است. گروه «درمان شناختی-رفتاری» دارای مزایای اتصال اعضای گروه برای تسهیل کاهش علائم و بینش و همچنین افزایش کارایی ارائه خدمات است (۲۱). علاوه بر این، اثربخشی «درمان شناختی-رفتاری» بر امید بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار تأیید شده است (۱۱). در یک پژوهش در میان بیماران نشان داده شد که «درمان شناختی-رفتاری» منجر به دیدگاه مثبت، امید و شادی، باعث بهبودی، سلامتی و رفع تنش شده و فرد با ایجاد دیدگاه مثبت، خود را پیروز، موفق، ارزشمند، ثروتمند و قابل قبول در نظر می‌گیرد (۲۲). نتایج پژوهش خیاط سرکار و همکاران (۲۳) نشان داد «درمان شناختی-رفتاری» به شیوه گروهی افزایش معناداری در امید به زندگی و استقامت ذهنی بیماران اماس داشت. همچنین نتایج پژوهش محمدیان آکردی و همکاران (۲۴) نیز نشان داد «درمان شناختی-رفتاری» می‌تواند تاب‌آوری و مثبت‌اندیشی را در بیماران مبتلا به سرطان معده افزایش دهد.

یکدیگر از مداخلات مؤثر در درمان مشکلات روان شناختی به ویژه اختلال وسواس-اجبار، فراشناخت درمانی است (۲۵). «فراشناخت درمانی» به افراد کمک می‌کند تا راه‌های مؤثر تنظیم تفکر منفی تکراری مانند نگرانی و نشخوار فکری را کشف کنند، بدون اینکه نیازی به به چالش

جلسات درمانی به دلایل شخصی انصراف دادند. ۴۵ تن باقیمانده به صورت تصادفی از نوع قرعه کشی در ۳ گروه «درمان شناختی- رفتاری» (۱۵ تن)، «فراشناخت درمانی» (۱۵ تن) و گروه کنترل (۱۵ تن) جایگزین شدند و افراد در گروه های مختلف با هم مواجهه نداشتند.

معیار های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، تشخیص ابتلا به اختلال وسواس- اجبار با توجه به نمره بالای ۱۶ از ۴۰ در «مقیاس وسواس- اجبار یل براون»، براساس مصاحبه تشخیصی (SCID-I) و ضوابط تشخیصی DSM-5، شرکت نکردن در جلسات درمانی دیگر همزمان با انجام پژوهش، مصرف نکردن داروهای روان پزشکی در طول مدت پژوهش، دارا بودن سواد دیپلم به بالا جهت پاسخ به پرسشنامه ها. معیار های خروج از پژوهش شامل: غیبت بیش از ۳ جلسه، عدم انجام تکالیف مداخله بود.

برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه جمعیت شناختی شامل سن، جنسیت و سطح تحصیلات و همچنین از ابزارهای زیر استفاده شد.

«مقیاس وسواس- اجبار یل براون» (Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale) توسط Goodman و همکاران (۳۰) در دانشکده پزشکی Yale آمریکا در سال ۱۹۸۹ طراحی شده است. مقیاس دارای ۱۶ عبارت و ۲ زیرمقیاس است: زیرمقیاس اول فهرست نشانه (symptom checklist) و دیگری مقیاس شدت (severity scale). پاسخ ها در یک پیوستار ۵ درجه ای (اصلا= صفر تا شدید/ سخت= ۴) تنظیم شده است. دامنه نمره بین صفر تا ۶۴ است. نمره کمتر از ۱۰ به عنوان علائم و نشانه های اختلال وسواس- اجبار بسیار خفیف، نمره بین ۱۰ تا ۱۵ نسبتاً خفیف، نمره بین ۱۶ تا ۲۵ متوسط و نمره بیشتر از ۲۶ شدید در نظر گرفته می شود. Goodman و همکاران (۳۰) روایی صوری و محتوا به روش کیفی با استفاده از نظر ۵ تن از متخصصان حوزه اختلال وسواس- اجبار در دانشگاه Yale آمریکا مطلوب گزارش شد. همچنین، پایایی بین ارزیاب های مختلف در ۴۰ بیمار را ۰/۹۸ و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۳۰۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس- اجبار را ۰/۸۹ گزارش شده است

Deacon & Abramowitz (۳۱) روی ۱۰۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس- اجبار در (۵۱ مرد و ۴۹ زن) روایی سازه به روش روایی همگرای «مقیاس وسواس- اجبار یل براون» را

کشیدن نگرانی های فردی مختلف باشد که می تواند واقع بینانه باشد (۲۶). هدف اصلی «فراشناخت درمانی» این است که بیمار کنترل و آگاهی فراشناختی قابل-انعطافی را گسترش دهد و از این که پردازش به صورت نگرانی، نشخوار فکری و پایش تهدید انجام گیرد، جلوگیری نماید (۲۶). بر اساس «فراشناخت درمانی»، ضروری نیست شناخت های بیمار در مورد سانه، اصلاح شده یا خوگیری نسبت به خاطرات سانه آسیب زا تسهیل شود؛ بلکه هدف این است که بیمار در پاسخ به علائم مزاحم با کمک شناخت ها و رفتارهای کارآمدتر، موانعی که بر سر پردازش سازگانه ی واکنشی وجود دارد، از بین ببرد (۲۷). در راستای اثربخشی «فراشناخت درمانی»، نتایج پژوهش اسدزاده و محمودعلیلو (۲۸) نشان داد که «فراشناخت درمانی» سبب کاهش افسردگی و افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان پستان شد. یافته های ایزدآبادی و همکاران (۲۹) نیز حاکی از اثربخشی «فراشناخت درمانی» بر بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی پرستاران بود.

با توجه به شیوع بالای اختلال وسواس- اجبار در جامعه ایرانی، توجه به جنبه های روانشناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس- اجبار در ضروری است. چرا که اختلال وسواس- اجبار در یک بیماری مزمن با پیامدهای منفی است و لذا مستلزم مداخلات طبیو روانشناختی چندگانه نیز است. لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «درمان شناختی- رفتاری» و «فراشناخت درمانی» بر بهبود امید به زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار در انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی با طرح پیش آزمون- پس آزمون و پیگیری (۲ ماه) با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواس- اجبار مراجعه کننده به مراکز مشاوره روانشناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه پژوهش از ۸ مرکز مشاوره روانشناختی منطقه ۵ تهران که مایل به همکاری بودند، بصورت هدفمند انتخاب شدند. در ادامه از میان بیماران مراجعه کننده ۵۱ تن براساس نمره پایین در «مقیاس امید میلر» انتخاب شدند. تعداد نمونه براساس مطالعات قبلی تعیین شدند.

از این افراد ۴ تن سواد ابتدایی داشتند و از نمونه نهایی حذف شدند. از میان ۴۷ تن دیگر، ۲ تن برای شرکت در

های فوق، ۰/۸۰ گزارش کرده اند. غلامی و همکاران (۳۵) برای تعیین روایی ملاکی «مقیاس امید میلر»، از نمره سؤال ملاک استفاده کرد. به این ترتیب که نمره کل مقیاس بانمره سؤال ملاک همبسته شد و ۰/۵۲ گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۴۶ بیمار مبتلا به تالاسمی بررسی و ۰/۹۵ و تنصیف ۰/۹۴ به دست آمد. کاشفی و همکاران (۳۶) نیز روایی سازه «مقیاس امید میلر» با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی روی ۱۴۰ تن از معتادین در حال بهبودی در شهر یزد بررسی و نتایج نشان داد که مقیاس دارای ساختاری ۲ عاملی است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه های فوق، ۰/۸۶ گزارش شده است.

در پژوهش حاضر روایی «مقیاس وسواس-اجبار یل براون» و «مقیاس امید میلر» سنجیده نشد و به پژوهش های پیشین اکتفا شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در بین مراجعان پژوهش حاضر برای زیر مقیاس های «مقیاس وسواس-اجبار یل براون»، «فهرست نشانه و مقیاس شدت» به ترتیب ۰/۸۶ و ۰/۸۲ و برای «مقیاس امید میلر» ۰/۸۹ بدست آمد.

«درمان شناختی-رفتاری» توسط Beck (۱۹) طراحی شده است. Mumma (۳۷) در پژوهش خود بررسی روایی محتوای «درمان شناختی-رفتاری» را بصورت کیفی توسط ۵ تن از روانشناسان بالینی سنجیده و مورد تایید گزارش نموده اند. آژیده و محمودعلیلو (۳۸) در پژوهش خود بررسی روایی محتوای «درمان شناختی-رفتاری» را بصورت کیفی توسط ۳ تن از مدرسین دانشگاه آزاد اسامی واحد تبریز سنجیده و مورد تایید گزارش نموده اند. در پژوهش حاضر، «درمان شناختی-رفتاری» به صورت گروهی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای در طول ۵ هفته و هفته ای ۲ جلسه برای گروه مداخله اول اجرا شد. خلاصه جلسات «درمان شناختی-رفتاری» در زیر گزارش شده است.

خلاصه محتوای جلسات «درمان شناختی رفتاری»

جلسه اول: در ابتدا معارفه صورت گرفت و «درمان شناختی-رفتاری» معرفی شد و سپس در مورد علائم اختلال وسواس-اجبار توضیحات کلی ارائه شد و در نهایت فهرست تصاویر و افکار مزاحم مردم عادی در اختیار افراد قرار گرفت و تمرین آرامیدگی اجرا شد.

جلسه دوم: در این جلسه خطاهای شناختی و درمان شناختی

با «مقیاس باورهای براون» (Brown Assessment of Belief Scale) ۰/۳۴، با «سیاهه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory) ۰/۴۶ و با «مقیاس اضطراب زونگ» (Anxiety Scale) ۰/۳۸ گزارش شد. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه های فوق را برای فهرست نشانه و مقیاس شدت به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۳ گزارش شده است.

در ایران راجزی اصفهانی و همکاران (۳۲) روی ۱۴۰ بیمار مبتلا به اختلال وسواس-اجبار، روایی سازه «مقیاس وسواس-اجبار یل براون» به روش روایی همگرایی با «فهرست نشانه -۹۰» (The Symptom Checklist-۹۰) بررسی و ۰/۴۸ گزارش کرده اند. بعلاوه، همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه های فوق در ۲ زیرمقیاس فهرست نشانه و مقیاس شدت، به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، ثبات به روش نیمه سازی برای فهرست نشانه و مقیاس شدت به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و ثبات به روش بازآزمایی به فاصله ۲ هفته را ۰/۹۹ گزارش شد.

«مقیاس امید میلر» (Miller Hope Scale) توسط Miller & Powers در سال ۱۹۸۸ (محل آن مشخص نشده) ساخته شده است و دارای ۴۸ جنبه از حالت های امیدواری و درماندگی می باشد که شامل ۲ زیرمقیاس تفکر عاملی و تفکر راهبردی است که بر مبنای تظاهرات آشکار یا پنهان رفتاری در افراد امیدوار یا ناامید وجود دارد (۳۳). پاسخ ها در یک پیوستار ۵ درجه ای (بسیار مخالف = ۱ تا بسیار موافق = ۵) تنظیم شده است. دامنه نمره کسب شده از ۴۸ تا ۲۴۰ متغیر می باشد. نمره بین ۴۸ تا ۹۶ امید کم است، نمره بین ۹۷ تا ۱۴۴ امید متوسط و نمره بالاتر از ۱۴۴ امید زیاد است.

Miller & Powers (۳۳) روی ۵۲۲ دانشجوی روایی سازه به روش روایی همگرایی «مقیاس امید میلر» با «مقیاس بهزیستی-روانشناختی» (Psychological Well-Being Scale) بررسی و ۰/۷۱ گزارش کرده اند. همچنین، پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه های فوق، ۰/۹۳ و ثبات به روش بازآزمایی به فاصله ۲ هفته روی ۳۰۸ تن از دانشجویان (مکان مشخص نشده) را ۰/۸۲ گزارش کرده اند. Marques و همکاران (۳۴) روایی سازه «مقیاس امید میلر» را با استفاده از تحلیل عاملی تأییدی در بین ۱۰۱۲ نوجوان در شمال پرتغال بررسی و نتایج نشان داد که مقیاس دارای ساختاری ۲ عاملی است. ثبات به روش پایایی بازآزمایی به فاصله ۲ هفته در نمونه

وسواس معرفی شد. درمان شناختی و سواس، عادی سازی افکار وسواسی و مثلث شناختی ترسیم شد. در پایان جلسه نیز فهرست انواع خطاهای شناختی و فرم ثبت افکار روزانه در اختیار افراد قرار گرفت و در مورد اهمیت افکار و اجرای آزمایش های رفتاری توضیح داده شد.

جلسه سوم: در این جلسه تمرین گروهی و فردی برای رفع خطای شناختی؛ استفاده از روش های شناختی، پرسشگری سقراطی و بازبینی برگه ستون افکار، نوشتن فهرست مزایا و معایب افکار مزاحم و اجرای آزمایش رفتاری برای اهمیت افکار اجرا شد.

جلسه چهارم: در این جلسه معرفی آزمایش های رفتاری برای افکار وسواسی؛ بررسی فرم ثبت افکار روزانه، آزمایش رفتاری برای عمل خنثی سازی افکار، استفاده از روش محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای باور برآورد بیش از خطر، طرح آزمایش های رفتاری برای باور اطمینان خواهی اجرا شد.

جلسه پنجم: در این جلسه روش های مقابله با افکار وسواسی؛ پرسشگری سقراطی و اجرای روش نمودار دایره ای و روش استاندارد دوگانه برای باور مسئولیت پذیری افراطی اجرا شد.

جلسه ششم تا نهم: معرفی روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین های گروهی و انفرادی؛ آموزش و اجرای روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین در حضور درمانگر، طرح آزمایش های رفتاری برای اهمیت افکار اجرا شد.

جلسه دهم: روش ها و توضیح نشانه های عود مرور و جمع بندی شد. فنون شناختی رفتاری و توضیح نشانه های عود بحث و جمع بندی شد و آموزش گام های حل مسئله و پس آزمون اجرا شد.

اجرای جلسات درمان از تاریخ ۱۴۰۲/۰۲/۱۵ در مرکز مشاوره قانون یکی از مراکز روانشناسی و مشاوره ناحیه ۵ تهران انجام شد.

«فراشناخت درمانی» براساس رویکرد Wells (۳۹) به صورت گروهی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای در طول ۵ هفته و هفته ای ۲ جلسه برای گروه مداخله «فراشناخت درمانی» اجرا شد. خلاصه جلسات «فراشناخت درمانی» در قسمت زیر گزارش شده است. «فراشناخت درمانی» توسط Claus و همکاران (۲۵) و در ایران توسط درختکار و همکاران (۱۷) استفاده شده است.

خلاصه محتوای جلسات «فراشناخت درمانی»

جلسه اول: در ابتدا معارفه صورت گرفت و «فراشناخت درمانی» معرفی شد، سپس در مورد علائم اختلال وسواس- اجبار توضیحات کلی ارائه شد و فرمول بندی موردی تدوین شد. در نهایت آزمایش سرکوب فکر و تمرین ذهن آگاهی گسلیده بر روی افکار خنثی اجرا شد.

جلسه دوم: در این جلسه روش های غلبه بر کنترل فکر، فرمول بندی موردی، تمرین بیشتر ذهن آگاهی گسلیده بر روی افکار وسواسی، رویارویی همراه با انجام پاسخ و به تعویق انداختن آیین مندی ها معرفی شد.

جلسه سوم: در این جلسه روش های غلبه بر اعمال وسواسی معرفی شد و سپس روش تمرین توجه، تمرین بیشتر رویارویی و انجام پاسخ، رویارویی و جلوگیری از پاسخ مبتنی بر «فراشناخت درمانی» و طرح آزمایش های رفتاری اجرا شد.

جلسه چهارم تا هشتم: مرور روش های پیشین و معرفی آزمایش رفتاری صورت گرفت؛ چالش کلامی و آزمایش های رفتاری درباره باور های مربوط به اهمیت افکار. رویارویی و جلوگیری از پاسخ اجرا شد.

جلسه پنجم: در این جلسه روش های مقابله با افکار وسواسی، پرسشگری سقراطی، روش نمودار دایره ای و روش استاندارد دوگانه برای باور مسئولیت پذیری افراطی اجرا شد.

جلسه نهم: در این جلسه تغییر باورهای فراشناختی و تمرین روش های پیشین، تغییر باورها درباره آیین مندی های وسواسی توسط آزمایش های رفتاری، تمرین رویارویی و جلوگیری از پاسخ، کار بر روی افکار مزاحم باقی مانده و طراحی برنامه جدید برای مقابله با افکار مزاحم صورت گرفت.

جلسه دهم: در این جلسه تدوین برنامه پیشگیری از عود و مرور روش ها و فنون فراشناختی، مرور فنون فراشناختی و کار بر روی باورها و رفتارهای وسواسی باقیمانده، توضیح پیشگیری از عود و تحکیم برنامه جدید برای مقابله با وسواس ها در آینده صورت گرفت و در نهایت در پایان مداخله، پس آزمون اجرا شد.

برای جمع آوری داده ها، ابتدا مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد و کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد، دریافت شد. سپس هماهنگی های لازم با مراکز مشاوره منطقه ۵ تهران، صورت گرفت. پس از مراجعه افراد داوطلب به

پژوهش دانشگاه انجام شد. در انتهای کار «فراشناخت درمانی» برای گروه کنترل نیز اجرا شد. جهت تحلیل آماری داده ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش فرض کرویت از طریق آزمون موچلی، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. داده ها از طریق نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۱۶ تحلیل شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که در گروه «درمان شناختی-رفتاری» ۱۱ زن (۷۳/۳۳ درصد) و ۴ مرد (۲۳/۶۷ درصد)، در گروه «فراشناخت درمانی» ۱۰ زن (۶۶/۶۷ درصد) و ۵ مرد (۳۳/۳۳ درصد) و در گروه کنترل ۹ زن (۶۰ درصد) و ۶ مرد (۴۰ درصد) حضور داشتند. در گروه «درمان شناختی-رفتاری» ۶ تن (۴۰ درصد) دارای مدرک کاردانی، ۷ تن (۴۶/۶۷ درصد) کارشناسی و ۲ تن (۱۳/۳۳ درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر، در گروه «فراشناخت درمانی» ۷ تن (۴۶/۶۷ درصد) دارای مدرک کاردانی، ۵ تن (۳۳/۳۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۳ تن (۲۰ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر و در گروه کنترل ۷ تن (۴۶/۶۷ درصد) دارای مدرک کاردانی، ۶ تن (۴۰ درصد) دارای مدرک کارشناسی و ۲ تن (۱۳/۳۳ درصد) دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. میانگین (انحراف معیار) سنی گروه «درمان شناختی-رفتاری»، «فراشناخت درمانی» و کنترل به ترتیب $9.74 \pm 3.34/0.1$ و $9.99 \pm 3.33/0.1$ و $9.07 \pm 3.5/0.1$ بود.

در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیر وابسته در ۳ گروه نشان داده شده است.

مراکز مشاوره روانشناختی، غربالگری بر اساس معیارهای ورود صورت گرفت و از ۵۱ تن، ۴۵ تن مبتلا به اختلال وسواس-اجبار به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس افراد انتخاب شده به صورت تصادفی ساده از نوع قرعه کشی در ۳ گروه «درمان شناختی-رفتاری» (۱۵ تن)، «فراشناخت درمانی» (۱۵ تن) و گروه کنترل (۱۵ تن) جایگزین شدند. مطابق با نظر Gall و همکاران تعداد نمونه مورد نیاز برای پژوهش های نیمه تجربی برای هر گروه برابر با ۱۵ تن است (۴۰). در ادامه «مقیاس امید میلر» ابتدا توسط هر ۳ گروه تکمیل شد و سپس برای گروه مداخله اول، جلسات گروهی «درمان شناختی-رفتاری» برای گروه مداخله دوم «فراشناخت درمانی» بصورت گروهی توسط پژوهشگر اول مقاله حاضر با تخصص روانشناسی بالینی برگزار شد و در زمان اجرای مداخله گروه کنترل، درمانی دریافت نکردند. به دلیل ملاحظات اخلاقی در پایان پژوهش، افراد گروه کنترل نیز وارد درمان شدند. پس از پایان جلسات آموزشی، «مقیاس امید میلر» به عنوان پس آزمون بلافاصله و پیگیری به فاصله ۲ ماه انجام گرفت. در جلسه دهم اجرای جلسات درمان جهت تحکیم برنامه، قرار پیگیری درمان از ۲ ماه بعد گذاشته شد و جهت یادآوری با آن ها تماس گرفته شد. هر ۲ روش مداخله در مرکز مشاوره روانشناختی قانون در شهر تهران اجرا شد. مدت جمع آوری داده ها ۲ ماه پس از پایان جلسات درمان و اجرای مجدد پرسشنامه ها بود. دو مداخله همزمان با شرکت افراد هر گروه به طور مجزا انجام شد.

به منظور رعایت اصول اخلاقی، رعایت رازداری کامل برای همه شرکت کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل جهت ترک پژوهش، اطلاع رسانی کامل در مورد پژوهش و کسب رضایتنامه کتبی بیماران، استفاده از داده ها فقط در راستای اهداف پژوهش و گرفتن کد اخلاق از کمیته

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی متغیر امید به تفکیک گروه مداخله و کنترل

گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
درمان شناختی-رفتاری	۱۰۸/۶۶	۳/۷۱	۱۲۰/۳۳	۳/۴۷	۱۲۱/۲۰	۳/۶۰
فراشناخت درمانی	۱۰۷/۸۷	۴/۴۵	۱۲۲/۴۶	۵/۰۶	۱۲۱/۲۰	۳/۶۰
کنترل	۱۰۷/۶۶	۴/۱۳	۱۰۷/۷۳	۴/۰۲	۱۰۶/۸۰	۳/۸۷

چندانی با هم ندارند. به منظور تحلیل داده ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد، لذا ابتدا مفروضه های زیربنایی این آزمون مورد بررسی قرار

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می شود نمره پس آزمون و پیگیری گروه های تجربی در متغیر امید افزایش داشته است؛ اما در گروه کنترل نمره در هر ۳ دوره تفاوت

رد شد و از نتایج مربوط به تصحیح آزمون گرین هاس- گایزر در اندازه گیری مکرر استفاده شد. به این ترتیب شرایط لازم برای اجرای آزمون واریانس با اندازه گیری مکرر برقرار است.

تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری امید در گروه های مداخله و کنترل در جدول ۲ قابل مشاهده می باشد

گرفت. از آزمون شاپیرو ویلک برای بررسی نرمال بودن توزیع نمره، آزمون لوین و آزمون موچلی جهت کرویت برای رعایت پیش فرض های آزمون تحلیل واریانس استفاده شد. با توجه به اینکه سطح معناداری در آزمون شاپیرو ویلک و لوین برای تمامی متغیرها بیش از ۰/۰۵ بود، پیش فرض نرمال بودن توزیع داده ها و برابری واریانس ها برقرار است. همچنین نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد سطح معنی داری کوچک تر از ۰/۰۵ شده، لذا فرض کرویت

جدول ۲: تحلیل واریانس با اندازه گیری های مکرر برای مقایسه پیش آزمون، پس آزمون و آزمون پیگیری امید در گروه های مداخله و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	P	مجذورات
عامل	۳۳۹۶/۳۱۱	۱/۵۹۵	۱۵۰۲/۷۵۹	۱۴۰/۵۹۲	۰/۰۰۱	۰/۷۷۰
اثر تعاملی	۱۳۶۹/۱۵۶	۳/۱۸۹	۴۲۹/۳۰۸	۴۰/۱۶۴	۰/۰۰۱	۰/۶۵۷
خطا	۷۱۵/۸۶۷	۶۶/۹۷۴	۱۰/۶۸۹			
گروه	۲۹۹۲/۵۳۳	۲	۱۴۹۶/۲۶۷	۴۲/۵۴۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷۰
خطا	۵۴۴/۷۱۱	۴۲	۱۲/۹۶۹			

نتایج جدول ۲ نشان داد که با معنادار بودن F به دست آمده عامل درون گروهی ($F=40/164, P=0/001$) وجود تفاوت معنادار بین ۳ بار اندازه گیری پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را در سطح ۰/۰۱ تأیید می شود. علاوه بر این، با معنادار بودن F به دست آمده در منبع بین گروهی

نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه ۳ گروه در متغیر پژوهش وجود دارد ($P<0/01$). نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه ۳ گروه در متغیر پژوهش در جدول قابل رویت می باشد.

جدول ۳: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه ۳ گروه در متغیر پژوهش

گروه	گروه	تفاوت میانگین	سطح معناداری
«درمان شناختی- رفتاری»	«فراشناخت درمانی»	-۱/۲۰۰	۱/۰۰۰
«درمان شناختی- رفتاری»	کنترل	۹/۳۳۳	۰/۰۰۱
«فراشناخت درمانی»	کنترل	۱۰/۵۳۳	۰/۰۰۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «درمان شناختی- رفتاری» و «فراشناخت درمانی» بر امید بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار انجام شد. نتایج نشان داد که «درمان شناختی- رفتاری» بر امید بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار اثربخش است. این یافته تا حدی با نتایج Bianchi و همکاران (۱۱)، خیاط سرکار و همکاران (۲۳)، محمدیان آکردی و همکاران (۲۴)، شفیع ابادی و همکاران (۴۱)، کافی نیا و فرهادی (۴۲) و خیاطیان و همکاران (۴۳) همسو است. برای مثال نتایج خیاط سرکار و همکاران (۲۳) نشان داد «درمان شناختی-

بررسی نتایج آزمون بنفرونی در جدول ۳ نیز نشان می دهد که بین گروه «درمان شناختی- رفتاری» و گروه «فراشناخت درمانی» در امید تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/05$)؛ اما بین گروه «درمان شناختی- رفتاری» و گروه کنترل همچنین گروه «فراشناخت درمانی» و گروه کنترل تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P<0/05$) و با توجه به تفاوت میانگین این برتری به نفع گروه های تجربی («درمان شناختی- رفتاری» و «فراشناخت درمانی») است. به عبارتی، هر ۲ روش درمان بر افزایش امید بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار اثر داشته اند، اما ۲ روش درمان تفاوتی از نظر اثربخشی با هم نداشته اند.

وسواس-اجبار اثربخش است. این یافته تا حدی با نتایج Wells & Matthews (۲۷)، اسدزاده و محمودعلیلو (۲۸)، ایزدآبادی و همکاران (۲۹)، تاج بخش و همکاران (۴۵) همسو است. برای مثال اسدزاده و محمودعلیلو (۲۸) نشان دادند که «فراشناخت درمانی» سبب کاهش افسردگی و افزایش امید در زنان مبتلا به سرطان پستان اثربخش است. یافته های ایزدآبادی و همکاران (۲۹) نیز حاکی از اثربخشی «فراشناخت درمانی» بر بهزیستی اجتماعی و امید به زندگی پرستاران بود. در تبیین این یافته عنوان کرد که مداخله فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می کند که چالش با محتوای تفکر، باورها و هیجانات منفی را که در مداخله های سنتی شناختی بر آن تاکید می شود، تاکید نمی کند، بلکه سعی می کند که فراشناخت هایی را که به شیوه ناسازگارانه تفکرات و هیجانات منفی تکرار شونده را زیاد می کند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می شوند، را تغییر دهد. تغییر در سطوح تفکر و هیجان، نیز می تواند منجر به تغییر در فرایندهای شناختی، فراشناختی و هیجانی گردد (۲۷). نتیجه این پیوستار نیز می تواند منجر به افزایش امید بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار گردد. علاوه براین، در «فراشناخت درمانی» به شناسایی و اصلاح باورها و فرایندهای فراشناختی مربوط به سندرم شناختی توجهی پرداخته می شود و ضمن آگاه کردن بیمار از تأثیرات منفی نگرانی و نشخوار فکری و ناکارآمدی راهبردهای مقابله ای فعلی باورهای فراشناختی منفی فرد را به چالش می کشد (۲۶). از این رو بیمار مبتلا به اختلال وسواس-اجبار با یادگیری روش های «فراشناخت درمانی» با آگاهی از وضعیت زندگی نامناسب روانی و جسمانی خود به احتمال زیاد سعی خواهند کرد با تغییر دیدگاه و نگرش نسبت به خود، بیماری و زندگیشان جنبه های مثبت زندگی خود را درک کنند. به عبارت دیگر، در «فراشناخت درمانی» آموزش توجه (۴۶) ارائه می شود که بیمار را ملزم به انعطاف پذیریدر توجه می کند (۲۶)؛ از این رو، انعطاف پذیری توجه باعث می شود که بیمار دارای اختلال وسواس-اجبار توجهی آگاهانه به وضعیت جسمانی و روانشناختی زندگی خود داشته باشد و همین امر احتمالاً تقویت امید در زندگی را در آن ها به دنبال خواهد داشت.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین اثربخشی «درمان شناختی-رفتاری» و «فراشناخت درمانی» بر امید بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار تفاوت معناداری مشاهده نشد. در این زمینه پژوهش مشابه ایرانی یا خارجی یافت

رفتاری» به شیوه گروهی افزایش معناداری در امید به زندگی و استقامت ذهنی بیماران ام اس داشت. محمدیان آکردی و همکاران (۲۴) نیز نشان دادند «درمان شناختی-رفتاری» می تواند تاب آوری و مثبت اندیشی را در بیماران مبتلا به سرطان معده افزایش دهد. در تبیین این یافته می توان گفت که «درمان شناختی-رفتاری» از طریق ففونی مانند بازسازی شناختی و چالش با افکار ناکارآمد، مواجهه و پیشگیری از رفتار تشریفاتی، بازآموزی آینه و بررسی باورهای مرکزی باعث کاهش نگرش های ناکارآمد و نشخوار فکری می گردد و الگوی فکری از تمرکز بر موضوعات تهدیدکننده جهت داده می شود؛ همچنین بر مهارت های خودآگاهی و آموزش تن آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد و شناسایی خطاهای شناختی تأکید می شود (۱۹)؛ لذا افراد در چنین چارچوبی می توانند با بازپدیدآوری مکرر موضوعات، احساسات و هیجانات خود را برون ریزی کنند، به بینش جدیدی دست یابند و شیوه های سازش یافته تر کنترل هیجان و خلق را برگزینند که این امر می تواند امید در زندگی را ارتقاء دهد (۴۱). علاوه براین، «درمان شناختی-رفتاری» از طریق مهارت حل مسئله به افراد کمک می کند که به جای نشخوار افکار ناراحت کننده، روش های صحیح حل مشکلات خود را جستجو کنند و نیز روش های که به فرد کمک می کند به جای بدبینی با حدس افکار و نیت دیگران، با دید گسترده تری مقاصد دیگران را در نظر بگیرند، توانش های اجتماعی را افزایش دهند، تا حدممکن به دیگران اعتماد کنند و در صورت تجربه هیجانات منفی که امری طبیعی است، هیجان خود را منحرف کنند، از شوخ طبعی، ورزش و تفریحات سالم استفاده کنند و به نظر می رسد این فرایند به بهبود امید به زندگی بیانجامد (۴۲). از سویی، از آنجا که بین افکار، احساسات و رفتار ارتباط وجود دارد و افکار منفی باعث برانگیختگی هیجانی و اختلال در عملکرد می شود، مراجعین با یادگیری راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان می آموزند تا با بیماری شان مواجه شوند، قضاوت خود را در مورد بیماری شان مورد ارزیابی مجدد قرار دهند، به جای سرکوب هیجانات خود خطاهای شناختی را بیاموزند، به صورت هشیارانه هیجانات و افکار خود را بپذیرند و با جایگزین کردن افکار و هیجانات مثبت به جای تفکر درباره ی این رویداد منفی زندگی شان، امید به زندگی بهتری داشته باشند (۴۴).

بعلاوه، نتایج پژوهش حاضر نشان داد که «فراشناخت درمانی» بر امید به زندگی بیماران مبتلا به اختلال

درمانی» بر بهبود امید بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار اثربخش بوده‌اند و بین اثربخشی این ۲ درمان بر متغیرهای وابسته تفاوت معنادار مشاهده نشد. از این رو به روانشناسان و مشاوران پیشنهاد می‌شود که برای بهبود امید بیماران اختلال وسواس-اجبار از روش‌های «فراشناخت درمانی» و «فراشناخت درمانی» استفاده نمایند. این پژوهش با محدودیت‌هایی چون استفاده از ابزار خودگزارش دهی، استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند و محدود بودن نمونه پژوهش به منطقه ۵ تهران روبرو بود، بنابراین، تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت بگیرد.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته از رساله دکترای رشته روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد با کد اخلاق IR.IAU.B.REC.1402.027 می‌باشد. بدین وسیله از تمامی کسانی که در این پژوهش یاری کردند، صمیمانه سپاسگزاری می‌شود.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکرده‌اند.

References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association; 2022. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
2. Carmi L, Brakoulias V, Arush OB, Cohen H, Zohar J. A prospective clinical cohort-based study of the prevalence of OCD, obsessive compulsive and related disorders, and ties in families of patients with OCD. BMC Psychiatry. 2022; 22(1): 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03807-4>
3. Stein DJ, Hermesh H, Eilam D, Segalas C, Zohar J, Menchon J, Nesse RM. Human compulsivity: A perspective from evolutionary medicine. European Neuropsychopharmacology. 2016; 26 (5): 869-876. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2015.12.004>
4. Fawcett EJ, Power H, Fawcett JM. Women are at greater risk of OCD than men: A meta-analytic review of OCD prevalence worldwide. The

Journal of Clinical Psychiatry. 2020; 81(4):13075. <https://doi.org/10.4088/JCP.19r13085>

نشد. در مورد اینکه چرا بین ۲ درمان در بهبود امید تفاوت معنادار مشاهده نشد. می‌توان گفت «درمان شناختی-رفتاری» به افراد کمک می‌کند تا الگوهای تحریف شده تفکر و مشکلات روانشناختی خود را بشناسند (۴۷) و «فراشناخت درمانی» نیز با برخورداری از آموزش توجه و انعطاف‌پذیری توجه (۲۶) موجب بهبود تفکر افراد در زندگی می‌شود؛ از این رو می‌توان گفت که هر ۲ درمان به افراد کمک می‌کنند که افکار منفی خود را بشناسند و آن‌ها را اصلاح کنند و همین امر توانسته است به بهبود امید در بیماران اختلال وسواس-اجبار در پژوهش حاضر شود. در واقع می‌توان گفت که هدف نهایی هر درمانی دستیابی به سازگاری است؛ برای دستیابی به سازگاری ممکن است از ترفندها و راهکارهای متفاوت استفاده شود. برخی از درمان‌ها برای تحقق این هدف روی عوامل شناختی، برخی دیگر روی عوامل هیجانی، عاطفی، حرکتی و بعضی دیگر روی عوامل روانی اجتماعی-زیستی و فراشناختی کار می‌کنند. بنابراین، دور از انتظار نیست که بین اثربخشی «درمان شناختی-رفتاری» و «فراشناخت درمانی» در بهبود امید در بیماران اختلال وسواس-اجبار تفاوت معناداری مشاهده نشود.

نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد «درمان شناختی-رفتاری» و «فراشناخت

- Journal of Clinical Psychiatry. 2020; 81(4):13075. <https://doi.org/10.4088/JCP.19r13085>
5. Jabeen S, Kausar R. Obsessive compulsive disorder: Frequency and gender estimates. Pakistan Journal of Medical Sciences. 2020; 36(5): 1048-1052. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.5.1870>
6. Shamloo MB, Kalani L, Ramezani E, Khaneghah ZN, Rashidi N. Frequency of Obsessive-Compulsive Symptoms Related to Anxiety in Nurses Care for COVID-19 Patients: A cross-sectional study. Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences. 2022; 16(4): e127173.
7. Khosravi S, Naseri A. [Obsessive-compulsive prevalence investigation in Jahrom city]. Pars Journal of Medical Sciences, 2017; 15(3): 1-8. <https://doi.org/10.52547/jmj.15.3.1>
8. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W. Psychische

- störungen in der allgemeinbevölkerung. Nervenarzt. 2014; 85(1):77-87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
9. Nitta K, Hanafusa N, Kawaguchi Y, Tsuchiya K. Physical function management for elderly dialysis patients: Prevention and improvement of frailty and disability. Renal Replacement Therapy. 2023; 9(1):1-7. <https://doi.org/10.1186/s41100-023-00459-2>
 10. Park SJ, Ma CH, Lee CS, Jeon CY, Shin TS, Park JS. Survival and Functional Outcomes after Surgical Treatment for Spinal Metastasis in patients with a short life expectancy. Journal of Clinical Medicine. 2022; 12(1):1-12. <https://doi.org/10.3390/jcm12010046>
 11. Bianchi F, Bianchi G, Song D. The long-term impact of the COVID-19 unemployment shock on life expectancy and mortality rates. Journal of Economic Dynamics and Control. 2023; 146: 10-23. <https://doi.org/10.1016/j.jedc.2022.104581>
 12. Safouraei Parizi S, Safouraei Parizi M. [The relationship between social support and resilience with the mediating role of life expectancy in corona patients]. Islamic Psychological Research. 2020; 3(1): 75-102. magiran.com/p2251035
 13. Meier SM, Mattheisen M, Mors O, Schendel DE, Mortensen PB, Plessen KJ. Mortality among persons with obsessive-compulsive disorder in Denmark. JAMA Psychiatry. 2016; 73(3):268-274. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.3105>
 14. Ok E, Kutlu FY. Hopelessness, anxiety, depression and treatment adherence in chronic hemodialysis patients. International Journal of Caring Sciences. 2019; 12(1): 423-429. <https://www.researchgate.net/publication/339787391>
 15. Reid JE, Laws KR, Drummond L, Vismara M, Grancini B, Mpavaenda D, Fineberg NA. Cognitive Behavioral Therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Comprehensive Psychiatry. 2021; 106:152223. <https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2021.152223>
 16. Schubert C, Hilbert S, Favreau M, Wolstein J, Voderholzer U. Psychological flexibility as a potential change factor in Cognitive Behavioral Therapy of OCD. Behavioral and Cognitive Psychotherapy. 2022; 50(4): 381-391. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000091>
 17. Derakhtkar A, Khezrimoghadam N, Fazilatpour M. The effectiveness of Mindfulness-Integrated Cognitive Behavioral Therapy (MiCBT), Meta-Cognitive Therapy (MCT), Acceptance and Commitment Therapy (ACT), and Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on Obsessive-Compulsive Disorder (OCD). International Journal of Health Studies. 2022; 46-52. <https://orcid.org/0000-0002-3481-0429>
 18. Skapinakis P, Caldwell DM, Hollingworth W, Bryden P, Fineberg NA, Salkovskis P, Welton NJ, Baxter H, Kessler D, Churchill R, Lewis G. Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. Focus. 2020; 19(4):457-467. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.19402>
 19. Beck J S. Cognitive Behavior Therapy: Basics and Beyond .2nd edition, New York, NY: The Guilford Press, 2020. http://bratella.ucoz.ru/_ld/1/124_ryw.pdf
 20. Kiani J, Hajiuni A, Gholizadeh F, Abbasi F. [Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Hope Therapy on quality of life, life expectancy and resiliency in patients with thalassemia]. Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences. 2019; 27 (4):1482-1495. <http://jssu.ssu.ac.ir/article-1-4704-fa.html>
 21. Trimmer C, Tyo R, Naeem F. Cognitive Behavioral Therapy-Based Music (CBT-Music) group for symptoms of anxiety and depression. Canadian Journal of Community Mental Health. 2016; 35(2): 83-87. doi:0.7870/cjcmh-2016-029 <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2016-029>
 22. Shareh H, Robati Z. [Effect of Cognitive-Behavioral Group Therapy on pain self-efficacy, fatigue, life expectancy and depression in patients with multiple sclerosis: A randomized controlled clinical trial]. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2021; 26 (4):418-431. <http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3065-fa.html> <https://doi.org/10.32598/ijpcp.26.3.225.11>
 23. Khayat Sarkar F, Shirazi M. [The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on mental toughness and life expectancy of patients with multiple sclerosis]. Tehran University Medical Journal. 2017; 75 (8):593-599. [Persian] <http://tumj.tums.ac.ir/article-1-8391-fa.html>

24. Mohammadian Akerdi E, Askari P, Hassanzadeh R, Ahadi H, Naderi F. [Effects of Cognitive-Behavioral Group Therapy on increased life expectancy of male patients with gastric cancer]. *Journal of Babol University of Medical Sciences*. 2018; 20 (12) :28-32.<http://jbums.org/article-1-5894-fa.html>
25. Claus N, Miegel F, Jelinek L, Landmann S, Moritz S, Külz AK, Rubel J, Cludius B. Perfectionism as possible predictor for treatment success in Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Metacognitive Training as third-wave treatments for obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*. 2023; 47(3): 439-453. <https://doi.org/10.1007/s10608-023-10361-0>
26. Wells A, Reeves D, Heal C, Fisher P, Doherty P, Davies L, Heagerty A, Capobianco L. Metacognitive therapy home-based self-help for anxiety and depression in cardiovascular disease patients in the UK: A single-blind randomised controlled trial. *PLoS Medicine*. 2023; 20(1): e1004161. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004161>
27. Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behavior Research and Therapy*. 1996; 34(11-12): 881-888. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(96\)00050-2](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(96)00050-2)
28. Asaszadeh I, Mahmoudalilou M. [The study of the effectiveness of Metacognitive Therapy on depressive symptoms and life expectancy of women with breast cancer]. *Clinical Psychology Studies*, 2018; 8(29): 69-95. https://jcps.atu.ac.ir/article_8315.html?lang=en
29. Izadabadi Z, Balvardi M, Imani-Goghary Z. [Effectiveness of Mindfulness and Metacognition Education on social welfare and life expectancy of nurses]. *Iranian Nursing Scientific Association*. 2020; 8 (5):14-24. <http://ijpn.ir/article-1-1533-fa.html>
30. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, Heninger GR, Charney DS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*. 1989; 46(11): 1006-1011. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110048007>
31. Deacon BJ, Abramowitz JS. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: Factor analysis, construct validity, and suggestions for refinement. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005; 19(5):573-85. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2004.04.009>
32. Rajezi Esfahani S, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahiredin A, Janbozorgi M. [Reliability and validity of the Persian version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2012; 17 (4):297-303.<http://ijpcp.iiums.ac.ir/article-1-1453-fa.html>
33. Miller JF, Powers MJ. Development of an instrument to measure hope. *Nursing Research*. 1988; 37 (1):6-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3340583/> <https://doi.org/10.1097/00006199-198801000-00002>
34. Marques SC, Lopez SJ, Fontaine AM, Coimbra S, Mitchell J. Validation of a Portuguese version of the Snyder Hope Scale in a sample of high school students. *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2014; 32 (8):781-6. <https://doi.org/10.1177/0734282914540865>
35. Gholami M, Pasha G, Sudani M. [The effectiveness of group Meaning Therapy training on the life and general health of female thalassemia patients]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 2010; 11(42): 25-45.https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_533771.html?lang=fa
36. Kashfi N, Ghanifar M H, Nasri M, Dastjerdi G. [The efficacy of Acceptance and Commitment Therapy on the life expectancy and decision-making of recovering addicts]. *Journal of Psychological Science*. 2023. 22(127): 1397-1414. <http://psychologicalscience.ir/article-1-1938-fa.html>
37. Mumma GH. Validity issues in Cognitive-Behavioral case formulation. *European Journal of Psychological Assessment*. 2011; 27(1):1-11. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000054>
38. Azhideh L, Mahmoud Alilou M. [Determining the effectiveness of Cognitive-Behavioral Techniques in reducing obsessive beliefs in people with symptoms of obsessive-compulsive disorder]. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2022; 12 :141-151.URL: <http://jdisabilstud.org/article-1-2170-fa.html>
39. Wells A. Metacognitive Therapy. Acceptance and mindfulness in Cognitive Behavior Therapy. Understanding and applying the new therapies. 2011:83-108. <https://doi.org/10.1002/9781118001851.ch4>
40. Gall MD, Gall JP, Borg WR. Educational

- research: An introduction (8. utg.). AE Burvikovs, Red) USA: Pearson. 2007. <https://www.amazon.com/Educational-Research-Introduction-MGall/dp/0205488498>
41. Shafiabady A, Hasani J, Yari M. [Comparing effectiveness of Emotion-Focused Cognitive-Behavioral Therapy and mindfulness based Cognitive Therapy on body image and cognitive emotion regulation in adolescent girls interested in cosmetic surgery]. *Psychological Achievements*. 2023; 30(1): 19-36. https://psychac.scu.ac.ir/article_18095.html?lang=en
 42. Kafi Nia F, Farhadi H. [The effectiveness of group Cognitive - Behavioral Therapy on emotional self - awareness and problem - solving skill of students with internet addiction]. *Journal of Psychological Science*. 2020; 19(85): 111-120. <http://psychologicalscience.ir/article-1-344-fa.html>
 43. Khayatan S, Aghaei A, Abedi M, Golparvar M. [Comparison of Combined Therapy Package Focused on Compassion and Acceptance and Commitment Therapy with Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on depression and glycosylated hemoglobin in female with type II diabetes]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10 (6):127-140. <http://jhpm.ir/article-1-1166-fa.html>
 44. Soltanizadeh M, Montazeri M, Latifi Z. [The effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on emotional regulation in children with type 1 diabetes]. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*. 2019; 18 (2):97-109. <http://ijdd.tums.ac.ir/article-1-5737-fa.html>
 45. Tajbakhsh R, Haddadi S, Zeighami Mohammadi S, Malihi Alzakerini S, Mohammadiafrakoti M, Borumand M. [Comparison of the effect of Acceptance and Commitment Therapy and Metacognitive Therapy on the resilience of women undergoing hemodialysis]. *Journal of Health Promotion Management*. 2023; 12 (3):82-94. <http://jhpm.ir/article-1-1590-fa.html> <https://doi.org/10.5812/jjcdc-135680>
 46. Normann N, Morina N. The efficacy of Metacognitive Therapy: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*. 2018; 9 (22): 1-14. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02211>
 47. Henwood KS, Chou S, Browne KD. A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of CBT informed anger management. *Aggression and Violent Behavior*. 2015; 25: 280-292. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2015.09.011>