

Research Article

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy on Resilience and Quality of Life in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Reza Sadeghzadeh¹, Mohsen Razani^{2*} & Hassan Piriaei³

1. Ph.D. Student, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran. Email: rezaanzim@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran. Email: m.razani@iaub.ac.ir

3. Assistant Professor, Department of Mathematics, Borujerd Branch, Islamic Azad University, Borujerd, Iran. Email: h.piriaei@iaub.ac.ir

Abstract

Aim: The purpose of the present study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and metacognitive therapy (MCT) on resilience and quality of life in patients with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD).

Method: The research method was quasi-experimental with a pre-test, post-test, and follow-up design with a control group. The statistical population of the research was all patients with OCD referring to several counseling centers in Tehran. Among them, 45 patients with low scores in resilience and quality of life were selected and randomly assigned to three groups: CBT, MCT, and a control group. For the first experimental group, CBT was implemented, and for the second experimental group, MCT was applied. The control group did not undergo any intervention during the research. Connor and Resilience Scale (2003) and Ware and Sherbourne Quality of Life Scale (2003) were used to collect data. Analysis of variance with repeated measures was used to analyze the data.

Results: The results showed that both CBT and MCT were effective in increasing resilience and quality of life in patients with OCD ($p < 0.01$), and the effectiveness of CBT in improving resilience was higher than that of MCT.

Conclusion: Based on the findings, the use of CBT and MCT is recommended to increase resilience and quality of life in patients with OCD.

Key words: CBT, MCT, OCD, Quality of Life, Resilience

Citation: Sadeghzadeh, R., Razani, M., & Piriaei, H. (2024). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy on Resilience and Quality of Life in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Appl. Psychol*, 18 (1):36-62.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و فراشناخت درمانی بر بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری

رضا صادق‌زاده^{۱*}، محسن رازانی^{۲*} و حسن پیریائی^۳

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران. ایمیل: rezaanzim@gmail.com

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران. ایمیل: m.razani@iaub.ac.ir

۳. استادیار، گروه ریاضی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران. ایمیل: h.piriaei@iaub.ac.ir

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و فراشناخت درمانی بر بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری (OCD) بود.

روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش کلیه بیماران مبتلا به OCD مراجعه‌کننده به چند مرکز مشاوره شهر تهران بود. از میان آنان ۴۵ بیمار دارای نمرات پایین در تاب‌آوری و کیفیت زندگی انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی رفتاری (CBT)، درمان فراشناختی (MCT) و گروه کنترل به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. برای گروه آزمایش اول CBT و برای گروه آزمایش دوم MCT اجرا شد و گروه کنترل در زمان اجرای پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. برای گردآوری داده‌ها از مقیاس‌های تاب‌آوری کانر و دیدویدسون (۲۰۰۳) و کیفیت زندگی وار و شربورن (۱۹۹۲) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که CBT و MCT بر بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به OCD اثربخش بودند و اثربخشی CBT در بهبود تاب‌آوری بیشتر از MCT بوده است ($p < 0/01$).

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌ها، استفاده از CBT و MCT برای بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به OCD توصیه می‌شود.

کلید واژه‌ها: CBT، MCT، OCD، کیفیت زندگی، تاب‌آوری

استناد به این مقاله: صادق‌زاده، رضا، رازانی، محسن، و پیریائی، حسن. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و فراشناخت درمانی بر بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۸ (۱): ۶۲-۳۶.

مقدمه

اختلال وسواسی-اجباری (OCD) 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 (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۲۲). دو تا سه درصد افراد و ۱۰ تا ۱۱ درصد اعضای درجه اول خانواده از اختلال OCD برخوردار هستند که نشان از عوامل ارثی دخیل در این اختلال دارد (کاریم و همکاران، ۲۰۲۲). در پژوهش‌های دیگر شیوع این اختلال بین ۱/۱ تا ۱/۳ درصد در جهان برآورد شده است (استین و همکاران، ۲۰۱۶؛ فاوست، پاور و فاوست، ۲۰۲۰). میزان شیوع این اختلال در پاکستان ۴/۱٪ برآورد شده است (جبین و کوثر، ۲۰۲۰). در ایران شیوع علائم این اختلال ۷۴/۴٪ در دوره کووید-۱۹ گزارش شده است (شاملو و همکاران، ۲۰۲۲). در یک پژوهش دیگر شیوع علائم OCD ۴۳٪ گزارش شده است (خسروی و ناصری، ۱۳۹۶) که نسبت به شیوع جهانی بسیار بالا است.

یکی از متغیرهای مرتبط با OCD، تاب‌آوری است که توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز، علی‌رغم شرایط چالش‌برانگیز و تهدیدکننده را در بردارد که بر اساس آن فرد علی‌رغم قرار گرفتن در معرض فشارهای شدید و عوامل خطر می‌تواند عملکرد اجتماعی خود را بهبود بخشد و بر مشکلات غلبه کند (شوالم و همکاران، ۲۰۲۲). در پژوهش‌های قبلی توجه کمی به تاب‌آوری روان‌شناختی در بیماران OCD شده است (دویسی و همکاران، ۲۰۲۳). تاب‌آوری کمتر با بدتر شدن علائم OCD و بدتر شدن علائم اضطراب در این بیماران ارتباط دارد (هازل و همکاران، ۲۰۲۲). علاوه بر این، تاب‌آوری بالا در بیماران OCD با کاهش افسردگی، اضطراب و استرس همراه است (هیمدال و همکاران، ۲۰۱۱). همچنین نشان داده شده است که تاب‌آوری با علائم پایین در OCD مرتبط است (زکریا و همکاران، ۲۰۱۷). در برخی از پژوهش‌ها تاب‌آوری در بیماران مبتلا به OCD پایین ارزیابی شده است (هولم و همکاران، ۲۰۱۹؛ مالاس و تولسا، ۲۰۲۲). یکی دیگر از متغیرهایی که با تاب‌آوری در ارتباط است (چوانگ، وو و ونگ، ۲۰۲۳) و می‌تواند با OCD در ارتباط باشد، کیفیت زندگی است. کیفیت زندگی مفهومی است که هدف آن به دست آوردن بهزیستی با توجه به عناصر مثبت و منفی در یک مقطع زمانی خاص است؛ به‌عنوان نمونه، جنبه‌های رایج کیفیت زندگی شامل سلامت شخصی (جسمی، روانی و معنوی)، روابط، وضعیت تحصیلات، محیط کار، موقعیت اجتماعی، ثروت، احساس امنیت و ایمنی، آزادی، استقلال در تصمیم‌گیری، تعلق اجتماعی و محیط فیزیکی افراد است (تیولی و بهاردواج، ۲۰۲۳). پژوهش نشان داده است که بین علائم OCD با کیفیت زندگی رابطه منفی وجود دارد (همایونی، ۲۰۲۳).

علاوه بر این انگ همراه با اختلال OCD، کیفیت زندگی بیماران مبتلا را کاهش می‌دهد (کاتور، گارگ و راج، ۲۰۲۳). نتایج یک پژوهش نشان می‌دهد که کیفیت زندگی در OCD به‌طور قابل توجهی در مقایسه با کیفیت زندگی در جمعیت عمومی و در بیماران مبتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی و پزشکی مختل می‌شود (ماسی و همکاران، ۲۰۱۳). علاوه بر این کاهش کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به OCD در مقایسه با گروه کنترل در پژوهش‌های جدید نیز گزارش شده است (تکسین، اسلان و تکسین، ۲۰۲۳).

درمان‌های روان‌شناختی بیشتر بر علائم OCD متمرکز شده‌اند (رید و همکاران، ۲۰۲۱)، اما اثربخشی درمان‌ها بر پیامدهای OCD در بیماران مبتلا به این اختلال کمتر مورد توجه قرار گرفته است؛ لذا در این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و فراساخت درمانی بر بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مورد بررسی قرار گرفته است. علت انتخاب این درمان در پژوهش حاضر این بود که خط اول درمان برای بیماران مبتلا به OCD درمان شناختی- رفتاری عنوان شده است (شوبرت و همکاران، ۲۰۲۲؛ درختکار، خزری‌مقدم و فضیلت‌پور، ۲۰۲۲) و در فرا تحلیل‌ها اندازه اثر آن بر علائم OCD بالا گزارش شده است (رید و همکاران، ۲۰۲۱؛ اسکاپیناکیس و همکاران، ۲۰۱۶). علاوه بر این، در آسیب‌شناسی تاب‌آوری و کیفیت زندگی پایین، ارتباط موضوعات شناختی و به ویژه انعطاف‌پذیری شناختی با تاب‌آوری (یاکوویلو و چارنی، ۲۰۲۰) و بازاریابی شناختی با کیفیت زندگی (لونگ و هایس، ۲۰۱۶) تأیید شده است و این امر منطق استفاده از این درمان برای بهبود متغیرهای وابسته را توجیه می‌کند. CBT روی تغییر و به چالش کشیدن تحریف‌های شناختی غیر سازنده (افکار، باورها و نگرش‌های نادرست) و رفتارهای معیوب پیرو آن تحریف‌ها و جایگزین کردن رفتارهای ناسازگارانه با سازگارانه متمرکز است (بک، ۲۰۲۰). در CBT افکار و شناخت‌های منفی شناسایی می‌شوند، پیوندهای میان شناخت، هیجان و رفتار مشخص می‌شوند و افکار تحریف‌شده با افکار واقع‌بینانه و منطقی جایگزین می‌شوند (آگیلرا و همکاران، ۲۰۱۷)؛ CBT می‌تواند به‌صورت فردی، گروهی، مختصر، خودیاری هدایت‌شده و آنلاین باشد؛ در میان این اشکال، ارائه CBT گروهی رایج است، زیرا ثابت شده است که مؤثرتر از سایرین است. گروه‌درمانی CBT دارای مزایای اتصال اعضای گروه برای تسهیل کاهش علائم و بینش و همچنین افزایش کارایی ارائه خدمات است (تریمر، تایو و نعیم، ۲۰۱۶). در یک پژوهش نتایج نشان داد که CBT بر بهبود تاب‌آوری بیماران مبتلا به OCD اثربخش بوده است (سونی و دب، ۲۰۲۲). علاوه بر این، اثربخشی CBT بر تاب‌آوری گروه‌های دیگر غیر از بیماران OCD تأیید شده است (مهپادانو همکاران، ۲۰۲۳؛ یاسمین، یاکوب و سارور، ۲۰۲۲؛ ساهین و تورک، ۲۰۲۱). پژوهش‌های جدید نیز اثر CBT را بر بهبود کیفیت

زندگی در گروه‌های مختلف تأیید کرده‌اند (عباس و همکاران، ۲۰۲۳؛ لانگخام و ساتیاناندا، ۲۰۲۳؛ مهربان و همکاران، ۱۴۰۱؛ سارنپولم و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش در میان بیماران OCD نشان داده است که CBT بر بهبود کیفیت زندگی آنان اثر گذاشته است (داداشی، اصل و مرسلی، ۲۰۲۰؛ آکوچکیان و همکاران، ۲۰۱۵). در پژوهش دیگر نیز تأثیر مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به OCD تأیید شده است (استورچ و همکاران، ۲۰۱۷).

اهمیت فرآیندهای فراشناختی در تقویت افکار و سواسی اجباری در اختلال OCD بسیار مهم است (ماوروگورگو و همکاران، ۲۰۲۳)؛ زیرا وسواس‌ها گاهی اوقات به‌عنوان ایده‌های بیش‌ازحد ارزش‌گذاری شده دیده می‌شوند (تکسین و همکاران، ۲۰۲۳). افکار فراشناختی منفی در بیماران OCD وجود دارد (کیم و همکاران، ۲۰۲۱). براساس نظریهٔ فراشناختی باورهای مربوط به اهمیت، خطرناک بودن، غیرقابل کنترل بودن، یا معنای خاص شناخت‌ها و نیاز به کنترل آنها، توجه متمرکز بر خود، نظارت بر تهدید، تفکر منفی تکراری و مکانیسم‌های مقابله‌ای غیرمفید یا معکوس در OCD وجود دارند (هیزل و مک‌نالی، ۲۰۱۶؛ توهینگ و همکاران، ۲۰۱۸) و باورهای منفی در مورد خطرناک بودن و غیرقابل کنترل بودن نگرانی، افزایش نیاز به کنترل افکار و عدم اعتماد به فرآیندهای شناختی مانند توجه، تمرکز و حافظه در OCD گزارش شده است (موریتز و همکاران، ۲۰۱۰؛ نقل از اوگوز و همکاران، ۲۰۱۹). علاوه‌براین رابطهٔ بین فراشناخت با تاب‌آوری (سلطانیان و همکاران، ۲۰۲۳) و کیفیت زندگی (کولایی و همکاران، ۱۳۹۸) تأیید شده است. از این‌رو، درمان فراشناختی (MCT) می‌تواند یکی از درمان‌های مؤثر در OCD باشد (کلائوس و همکاران، ۲۰۲۳؛ درخت‌کار و همکاران، ۲۰۲۲) باشد. با این درمان یک درمان روان‌شناختی فرا تشخیصی است که در درمان مشکلات روان‌شناختی مؤثر است (نورمن و مورینا، ۲۰۱۸). MCT به افراد کمک می‌کند تا راه‌های مؤثر تنظیم تفکر منفی تکراری مانند نگرانی و نشخوار فکری را کشف کنند، بدون به چالش کشیدن نگرانی‌های فردی مختلف که می‌تواند واقع‌بینانه باشد (ویلز و همکاران، ۲۰۲۳). MCT از لحاظ نظری مبتنی بر مدل کارکرد اجرایی خودتنظیمی است (ویلز و متیوز، ۱۹۹۶) که بر اساس آن مشکلات روان‌شناختی در نتیجه یک سبک تفکر مداوم به نام نشانگان شناختی توجهی (CAS)^۱ به وجود می‌آید. CAS راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمدی را در بردارد که فرد از آن‌ها برای مدیریت افکار و احساسات مانند نگرانی، نشخوار فکری، نظارت بر تهدید، راهبردهای کنترل فکر، اجتناب و اطمینان جویی استفاده می‌کند (ویلز و همکاران، ۲۰۰۹؛ نقل از ویلز و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس این مدل افکار و احساسات منفی موقتی هستند، بنابراین، وقتی یک فرد با فعالیت CAS به آن‌ها پاسخ می‌دهد، ممکن است باعث ناراحتی روانی طولانی‌تر

^۱ . cognitive attentional syndrome

و عاطفه منفی در وی شود. علاوه بر این، CAS از باورهای فراشناختی مثبت و منفی یک فرد، یعنی باورهای مربوط به شناخت، ناشی می‌شود. فراشناخت‌های مثبت درگیر شدن در فعالیت‌های CAS را دربر دارد؛ اما فراشناخت‌های منفی غیرقابل کنترل بودن و خطرناک بودن افکار و احساسات را القا می‌کنند (ویلز و همکاران، ۲۰۰۹؛ نقل از ویلز و همکاران، ۲۰۲۳). در MCT، باورها و فرآیندهای فراشناختی مربوط به CAS در طول درمان شناسایی و اصلاح می‌شوند. در این درمان بعد از مفهوم‌سازی و آگاه کردن بیمار با فرآیندهای نگه‌دارنده، از جمله تأثیر نگرانی و نشخوار فکری و ناکارآمدی راهبردهای مقابله‌ای فعلی باورهای فراشناختی در گفت‌وگوهای سقراطی به چالش کشیده می‌شوند. سپس تکنیک آموزش توجه (ویلز، ۲۰۰۹؛ نقل از نورمن و مورینا، ۲۰۱۸) ارائه می‌شود که بیمار را ملزم می‌کند در توجه انتخابی، توجه تقسیم‌شده و تغییر توجه شرکت کند. این تکنیک باعث افزایش کنترل اجرایی بیمار و بازیابی انعطاف‌پذیری توجه می‌شود (ویلز و همکاران، ۲۰۲۳). در پژوهش عزیزی، دست‌باز، حسینی و عابدی (۱۳۹۹) نشان داده شد که درمان فراشناختی بر تاب‌آوری تأثیر داشته است و اثربخشی آن بر تاب‌آوری برابر با اثربخشی درمان شناختی رفتاری بوده است. همچنین در پژوهش‌های مختلف اثربخشی درمان گروهی فراشناختی بر تاب‌آوری بیماران مورد تأیید قرار گرفته است (کیم، ۲۰۲۳؛ سلیمانی نیا و همکاران، ۱۴۰۱). در میان بیماران OCD تأثیر درمان فراشناختی بر کیفیت زندگی مورد بررسی قرار نگرفته است و خلأ پژوهشی در این زمینه احساس می‌شود؛ با وجود این در بسیاری از پژوهش‌ها اثربخشی درمان فراشناختی بر بهبود کیفیت زندگی گروه‌های دیگر غیر از بیماران OCD مورد تأیید قرار گرفته است (رحمانی، طالع پسند و قنبری مطلق، ۲۰۱۴؛ سولم و همکاران، ۲۰۱۹؛ راه‌نجات و همکاران، ۲۰۲۳؛ یادآوری و همکاران، ۱۳۹۹). در یک پژوهش هم در میان بیماران سایکوتیک و خلقی اثربخشی CBT و MCT بر کیفیت زندگی و تاب‌آوری تأیید شده است و بین اثربخشی این دو درمان تفاوت مشاهده نشد (کیم و همکاران، ۲۰۲۳).

هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی CBT و MCT بر بهبود کیفیت زندگی و تاب‌آوری بیماران مبتلا به OCD بود. در پژوهش‌های گذشته که در بالا به آن‌ها اشاره شد در مورد اثربخشی MCT و مقایسه آن با CBT بر کیفیت زندگی بیماران OCD خلأ پژوهش وجود دارد. بنابراین پژوهش در این زمینه تقویت ادبیات پژوهش را به دنبال دارد و می‌تواند موجب تشویق پژوهشگران در این زمینه شود. علاوه بر این، مقایسه اثربخشی CBT و MCT بر بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران OCD می‌تواند به برنامه‌ریزی‌های علمی جهت کاهش پیامدهای روان‌شناختی OCD از جمله تاب‌آوری و کیفیت زندگی پایین کمک نماید؛ علاوه بر این چون در پژوهش حاضر مقایسه دو روش درمان شناختی رفتاری و فراشناخت درمانی مورد بررسی قرار گرفته است،

می‌تواند به روان‌درمانگران و مشاوران کمک کند تا بهترین گزینه درمانی را برای پیامدها روان‌شناختی OCD انتخاب کنند. بنابراین در این پژوهش این سؤال مطرح است که «آیا درمان شناختی- رفتاری و فراشناخت درمانی بر بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به OCD اثربخش هستند و آیا بین اثربخشی این دو درمان تفاوت وجود دارد یا خیر؟»

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری (دوماهه) با گروه کنترل بود. در این پژوهش درمان شناختی رفتاری و درمان فراشناخت به‌عنوان متغیرهای مستقل و تاب‌آوری و کیفیت زندگی به‌عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند.

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی مراجعه‌کننده به چند مرکز مشاوره شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود که ۲۷۱ نفر بودند؛ این بیماران در مراکز مشاوره پرونده داشتند و تشخیص OCD دریافت کرده بودند. تعداد ۲۳۶ نفر از این افراد به دلیل داشتن سطح سواد بالاتر از دیپلم به صورت دردسترس در پژوهش شرکت کردند. برای غربال‌گری اولیه، آن‌ها مقیاس‌های تاب‌آوری و کیفیت زندگی را تکمیل کردند. تعداد ۱۶۹ بیمار هر دو مقیاس را به صورت کامل تکمیل کردند. از میان آن‌ها ۴۹ نفر بر اساس نمره پایین در مقیاس‌های تاب‌آوری و کیفیت زندگی انتخاب شدند. از میان ۴۹ نفر ۲ نفر برای شرکت در جلسات درمانی به دلایل شخصی انصراف دادند. ۴۷ نفر باقیمانده به‌صورت تصادفی در سه گروه CBT (۱۵ نفر)، MCT (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۷ نفر) جایگزین شدند. در تحلیل داده‌ها دو نفر از گروه کنترل نیز به‌صورت تصادفی حذف شد. درنهایت نمونه نهایی به سه گروه ۱۵ نفره کاهش یافت.

ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ سال، سطح سواد دیپلم به بالا، تشخیص ابتلا به اختلال وسواس فکری عملی با توجه به نظر روان‌پزشک و روان‌شناس و مصاحبه اولیه براساس علائم OCD، نمره پایین در مقیاس تاب‌آوری و کیفیت زندگی، عدم رضایت از شرکت در پژوهش، شرکت نکردن در جلسات درمانی دیگر هم‌زمان با انجام پژوهش، مصرف نکردن داروهای روان‌پزشکی در طول مدت پژوهش، دارا بودن سواد بالاتر از دیپلم. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز عبارت بودند از: شرکت نکردن متوالی در جلسات درمانی، عدم همکاری در جلسات درمانی و اجرای تکنیک‌ها.

ابزارهای گردآوری داده‌ها

الف- مقیاس تاب‌آوری (RS)

این مقیاس، توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) ساخته شده و دارای ۲۵ گویه است. پاسخ‌دهنده، به هر گویه روی مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از «همیشه نادرست=۰» تا «کاملاً درست=۴» پاسخ می‌دهد. نمرهٔ بالا در این مقیاس، تاب‌آوری بالا را نشان می‌دهد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه، ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۷ گزارش شده است؛ روایی ملاکی این مقیاس از طریق ارتباط آن با مقیاس استرس ادراک شده ۰/۷۶- به دست آمد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). این مقیاس، در ایران توسط محمدی (۱۳۸۴؛ نقل از آریاپوران، ۱۴۰۰) هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس، نخست همبستگی هر گویه با نمرهٔ کل مقیاس محاسبه شد و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبهٔ همبستگی هر نمره با نمرهٔ کل به‌جز گویهٔ ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس، به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. مقدار KMO برابر با ۰/۸۷ و مقدار خی‌دو در آزمون بارتلت، برابر با ۵۵۵۶/۲۸ بود که هر دو شاخص، کفایت شواهد برای انجام تحلیل عامل را نشان دادند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس، ۰/۸۹ بوده است (محمدی، ۱۳۸۴؛ نقل از آریاپوران، ۱۴۰۰). در پژوهش دیگر در ایران، میزان ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۴ بود و روایی ملاکی آن از طریق بررسی ارتباط نمرهٔ کلی مقیاس با مقیاس افسردگی بک ($r=-0/36$) و فرم کوتاه سلامت روان ($r=0/57$) در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ تأیید شد (احمدیان‌فرد و همکاران، ۲۰۲۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۰/۷۶ بود.

پرسشنامه کیفیت زندگی (SF-36)

پرسشنامه خودگزارشی که عمدتاً جهت بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود و توسط وار و شریورن (۱۹۹۲) ساخته شده است و دارای ۳۶ عبارت است. نمره آزمودنی در هر یک از این قلمروها بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به‌منزله کیفیت زندگی بهتر است. این مقیاس هشت بعد و یک بعد کلی را می‌سنجد. ابعاد آن عبارت‌اند از عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی. نقطهٔ برش آن ۴۷ گزارش شده است. وار و شریورن (۱۹۹۲) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۴ ارزیابی کردند. در ایران، ضریب آلفای کرونباخ ابعاد این مقیاس غیر از بعد نشاط (۰/۶۵)، بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ گزارش شد و روایی همگرا با استفاده از همبستگی هر گویه با مقیاس

فرضیه‌سازی شده نیز میزان همبستگی را بین ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ نشان داد (منتظری و همکاران، ۱۳۸۴) که نشان از روایی بالای مقیاس دارد. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۳ گزارش شد.

روش مداخله

درمان شناختی- رفتاری برگرفته از پروتکل ویلهلم و استکتی (۲۰۰۶) که به‌صورت گروهی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول پنج هفته و هفته‌ای دو جلسه اجرا شد. فراشناخت درمانی بر اساس رویکرد ولز (۲۰۱۱) که به‌صورت گروهی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در طول پنج هفته و هفته‌ای دو جلسه اجرا شد. لازم به ذکر است که جلسات درمانی توسط دانشجوی دکتری روان‌شناسی با سابقه درمانگری بیشتر از ۱۰ سال که آموزش لازم در زمینه دو درمان را زیر نظر استاد راهنما دریافت کرده بود اجرا شد. همچنین درمانگر در کارگاه‌های آموزش مبتنی بر دو درمان شرکت کرده بود و صلاحیت نهایی وی توسط اساتید راهنما و مشاور پس از شرکت در کارگاه‌ها مورد تأیید قرار گرفت. ذکر این نکته لازم است که جلسات درمانی در مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناسی قانون منطقه ۵ تهران برگزار شده است. خلاصه جلسات هر دو روش درمانی در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. درمان شناختی- رفتاری (ویللهلم و استکتی، ۲۰۰۶)

جلسه	محتوای جلسات
جلسه ۱	معرفی اعضا و درمان شناختی- رفتاری؛ آشنایی کلی با علائم اختلال وسواس فکری عملی، دادن فهرست تصاویر و افکار مزاحم مردم عادی، تمرین آرامیدگی.
جلسه ۲	معرفی خطاهای شناختی و مدل شناختی وسواس؛ ترسیم مدل شناختی وسواس، عادی‌سازی افکار وسواسی، ترسیم مثلث شناختی، دادن فهرست انواع خطاهای شناختی، پرکردن فرم ثبت افکار روزانه، توضیح اهمیت افکار و اجرای آزمایش‌های رفتاری
جلسه ۳	تمرین گروهی و فردی برای رفع خطای شناختی؛ استفاده از تکنیک‌های شناختی، پرسشگری سقراطی و بازبینی برگه ستون افکار، نوشتن فهرست مزایا و معایب افکار مزاحم، اجرای آزمایش رفتاری برای اهمیت افکار
جلسه ۴	معرفی آزمایش‌های رفتاری برای افکار وسواسی؛ بررسی فرم ثبت افکار روزانه، آزمایش رفتاری برای عمل خنثی‌سازی افکار، استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای باور برآورد بیش از خطر، طرح آزمایش‌های رفتاری برای باور اطمینان خواهی.
جلسه ۵	تکنیک‌های مقابله با افکار وسواسی؛ پرسشگری سقراطی و اجرای تکنیک نمودار دایره‌ای و تکنیک استاندارد دوگانه برای باور مسئولیت‌پذیری افراطی.

جلسه	محتوای جلسات
جلسه ۶ تا ۹	معرفی تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین‌های گروهی و انفرادی؛ آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین در حضور درمانگر، طرح آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار.
جلسه ۱۰	مرور و جمع‌بندی تکنیک‌ها و توضیح نشانه‌های عود؛ بحث و جمع‌بندی فنون شناختی رفتاری و توضیح نشانه‌های عود، آموزش گام‌های حل مسئله، اجرای پس‌آزمون.
درمان فراشناختی (ویلز، ۲۰۱۱)	
جلسه ۱	معرفی اعضا و درمان فراشناختی؛ آشنایی کلی با علائم اختلال. تدوین فرمول‌بندی موردی. اجرای آزمایش سرکوب فکر. تمرین ذهن آگاهی گسلیده بر روی افکار خنثی.
جلسه ۲	معرفی تکنیک‌های غلبه بر کنترل فکر؛ فرمول‌بندی موردی. تمرین بیشتر ذهن آگاهی گسلیده بر روی افکار وسواسی. معرفی رویارویی همراه با انجام پاسخ و به تعویق انداختن آیین‌مندی‌ها.
جلسه ۳	معرفی تکنیک‌های غلبه بر اعمال وسواسی؛ اجرای تکنیک تمرین توجه. تمرین بیشتر رویارویی و انجام پاسخ. معرفی رویارویی و جلوگیری از پاسخ مبتنی بر مدل فراشناختی و طرح آزمایش‌های رفتاری.
جلسه ۴ تا ۸	مرور تکنیک‌های پیشین و معرفی آزمایش رفتاری؛ چالش کلامی و اجرای آزمایش‌های رفتاری درباره باورها مربوط به اهمیت افکار. رویارویی و جلوگیری از پاسخ
جلسه ۹	تغییر باورهای فراشناختی و تمرین تکنیک‌های پیشین؛ تغییر باورها درباره آیین‌مندی‌های وسواسی توسط آزمایش‌های رفتاری. تمرین رویارویی و جلوگیری از پاسخ. کاربرد روی افکار مزاحم باقی‌مانده. طراحی برنامه جدید برای مقابله با افکار مزاحم
جلسه ۱۰	تدوین برنامه پیشگیری از عود و مرور تکنیک‌ها 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 وسواس‌ها در آینده. اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که در گروه CBT ۱۱ زن (۷۳٪/۳۳) و ۴ مرد (۲۳٪/۶۷)، در گروه MCT ۱۰ زن (۶۶٪/۶۷) و ۵ مرد (۳۳٪/۳۳) و در گروه کنترل ۹ زن (۶۰٪/۰) و ۶ مرد (۴۰٪/۰) حضور داشتند. در گروه CBT ۶ نفر (۴۰٪/۰) دارای مدرک کاردانی، ۷ نفر (۴۶٪/۶۷) کارشناسی و ۲ نفر (۱۳٪/۳۳) کارشناسی ارشد و بالاتر، در گروه MCT ۷ نفر (۴۶٪/۶۷) دارای مدرک کاردانی، ۵ نفر (۳۳٪/۳۳) دارای مدرک کارشناسی و ۳ نفر (۲۰٪/۰) دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر و در گروه کنترل ۷ نفر (۴۶٪/۶۷) دارای مدرک کاردانی، ۶ نفر (۴۰٪/۰) دارای مدرک کارشناسی و ۲ نفر (۱۳٪/۳۳) دارای مدرک کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. میانگین (انحراف معیار) سن

گروه CBT، MCT و کنترل به ترتیب ۳۴/۰۱ (۹/۲۴)، ۳۳/۷۴ (۹/۹۹) و ۳۵/۷۳ (۹/۰۷) بود. در جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای وابسته در سه گروه نشان داده شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته در سه گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
تاب‌آوری	CBT	۵۰/۷۶	۴/۶۷	۵۶/۵۴	۴/۹۳	۵۶/۲۳
	MCT	۵۱/۶۵	۶/۱۵	۵۵/۷۶	۵/۱۲	۵۵/۸۲
	کنترل	۵۰/۲۷	۵/۷۵	۵۰/۴۸	۵/۴۴	۵۰/۶۰
عملکرد جسمی	CBT	۷۰/۲۳	۵/۷۸	۹۰/۱۵	۵/۰۹	۸۸/۹۲
	MCT	۶۹/۵۳	۶/۳۶	۸۱/۸۲	۶/۶۲	۸۰/۵۳
	کنترل	۶۹/۸۱	۶/۶۹	۷۰/۳۳	۵/۱۴	۷۰/۴۱
عملکرد اجتماعی	CBT	۷۰/۲۳	۵/۷۸	۹۰/۱۵	۵/۰۹	۸۸/۹۲
	MCT	۶۹/۵۳	۶/۳۶	۸۱/۸۲	۶/۶۲	۸۰/۵۳
	کنترل	۶۹/۸۱	۶/۶۹	۷۰/۳۳	۵/۱۴	۷۰/۴۱
ایفای نقش جسمی	CBT	۷۰/۲۳	۵/۷۸	۹۰/۱۵	۵/۰۹	۸۸/۹۲
	MCT	۶۹/۵۳	۶/۳۶	۸۱/۸۲	۶/۶۲	۸۰/۵۳
	کنترل	۶۹/۸۱	۶/۶۹	۷۰/۳۳	۵/۱۴	۷۰/۴۱
ایفای نقش هیجانی	CBT	۷۰/۲۳	۵/۷۸	۹۰/۱۵	۵/۰۹	۸۸/۹۲
	MCT	۶۹/۵۳	۶/۳۶	۸۱/۸۲	۶/۶۲	۸۰/۵۳
	کنترل	۶۹/۸۱	۶/۶۹	۷۰/۳۳	۵/۱۴	۷۰/۴۱
سلامت روانی	CBT	۷۰/۲۳	۵/۷۸	۹۰/۱۵	۵/۰۹	۸۸/۹۲
	MCT	۶۹/۵۳	۶/۳۶	۸۱/۸۲	۶/۶۲	۸۰/۵۳
	کنترل	۶۹/۸۱	۶/۶۹	۷۰/۳۳	۵/۱۴	۷۰/۴۱
سرزندگی	CBT	۷۰/۲۳	۵/۷۸	۹۰/۱۵	۵/۰۹	۸۸/۹۲
	MCT	۶۹/۵۳	۶/۳۶	۸۱/۸۲	۶/۶۲	۸۰/۵۳
	کنترل	۶۹/۸۱	۶/۶۹	۷۰/۳۳	۵/۱۴	۷۰/۴۱
عدم درد بدنی	CBT	۷۰/۲۳	۵/۷۸	۹۰/۱۵	۵/۰۹	۸۸/۹۲
	MCT	۶۹/۵۳	۶/۳۶	۸۱/۸۲	۶/۶۲	۸۰/۵۳
	کنترل	۶۹/۸۱	۶/۶۹	۷۰/۳۳	۵/۱۴	۷۰/۴۱
سلامت عمومی	CBT	۷۰/۲۳	۵/۷۸	۹۰/۱۵	۵/۰۹	۸۸/۹۲
	MCT	۶۹/۵۳	۶/۳۶	۸۱/۸۲	۶/۶۲	۸۰/۵۳
	کنترل	۶۹/۸۱	۶/۶۹	۷۰/۳۳	۵/۱۴	۷۰/۴۱

۵/۷۱	۸۸/۹۲	۵/۰۹	۹۰/۱۵	۵/۷۸	۷۰/۲۳	CBT	کیفیت زندگی (کل)
۶/۵۱	۸۰/۵۳	۶/۶۲	۸۱/۸۲	۶/۳۶	۶۹/۵۳	MCT	
۷/۲۹	۷۰/۴۱	۵/۱۴	۷۰/۳۳	۶/۶۹	۶۹/۸۱	کنترل	

قبل از اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر آزمون شاپیرو-ویلک برای نرمال بودن توزیع داده‌ها در پیش‌آزمون ($p < 0/51$; $z = 0/13$)، پس‌آزمون ($p < 0/07$; $z = 0/95$) و پیگیری ($p < 0/51$) و تاب‌آوری و در پیش‌آزمون ($p < 0/06$; $z = 0/95$)، پس‌آزمون ($p < 0/064$; $z = 0/91$) و پیگیری ($p < 0/16$; $z = 0/14$) کیفیت زندگی به عمل آمد؛ نتایج نرمال بودن توزیع داده‌ها را تأیید کرد. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که واریانس‌های بین گروهی در پیش‌آزمون ($F = 1/49$ ، $p < 0/06$)، پس‌آزمون ($F = 2/88$ ؛ $p < 0/25$) و پیگیری ($F = 1/44$ ؛ $p < 0/24$) برابر زندگی برابر هستند. نتایج آزمون باکس که شرط برابری ماتریس‌های واریانس-کوارینانس را بررسی می‌کند نشان داد که در تاب‌آوری ($F = 1/91$ ؛ $p < 0/16$)، پس‌آزمون ($F = 1/12$ ؛ $p < 0/34$)، و کیفیت زندگی ($F = 1/43$ ؛ $p < 0/43$) معنادار نبوده است نشان می‌دهد شرط برابری ماتریس‌های واریانس-کوارینانس رعایت شده است. همچنین یافته‌ها نشان می‌دهد که مفروضه کرویت در متغیر تاب‌آوری ($\chi^2 = 4/13$ ؛ $p < 0/07$) و کیفیت زندگی ($\chi^2 = 2/11$ ؛ $p < 0/07$) برقرار است. جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی CBT و MCT بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

جدول ۳. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با عوامل درون‌گروهی و بین‌گروهی در متغیر تاب‌آوری و کیفیت زندگی

متغیر	عوامل	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	p	اندازه اثر
تاب‌آوری	عامل	دوره	۲۴۵/۶۰۶	۱	۲۴۵/۶۰۶	۶۶/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	درون‌گروهی	تعامل دوره	۱۰۲/۸۸۳	۲	۵۱/۴۴۱	۱۳/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۴۰
	عامل بین گروهی	گروه	۴۸۲/۸۹۶	۲	۲۴۱/۴۴۸	۳/۴۸	۰/۰۴	۰/۱۴
عملکرد جسمانی	عامل	دوره	۷۶/۸۳۲	۱	۷۶/۸۳۲	۶۰/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	درون‌گروهی							

متغیر	عوامل	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	p	اندازه اثر
		تعامل دوره	۵۳/۳۸۹	۲	۲۶/۶۹۹	۲۰/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰
	عامل بین گروهی	گروه	۱۲۸/۵۸۴	۲	۶۴/۲۹۲	۴/۳۲	۰/۰۲	۰/۱۷
عملکرد اجتماعی	عامل درون گروهی	دوره	۴۱/۱۹۲	۱	۴۱/۱۹۲	۳۶/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۶
		تعامل دوره	۲۰/۲۸۱	۲	۱۰/۱۴۱	۸/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	عامل بین گروهی	گروه	۷۴/۶۸۴	۲	۳۷/۳۴۲	۸/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۲۹
ایفای نقش جسمی	عامل درون گروهی	دوره	۱۰/۵۵۴	۱	۱۰/۵۵۴	۷/۴۳	۰/۰۰۹	۰/۱۵
		تعامل دوره	۱۸/۵۳۵	۲	۹/۲۶۷	۶/۵۳	۰/۰۰۳	۰/۲۴
	عامل بین گروهی	گروه	۴۱/۲۰۷	۲	۲۰/۶۰۴	۱/۹۸	۰/۱۵	۰/۰۹
ایفای نقش هیجانی	عامل درون گروهی	دوره	۱۲/۳۲۹	۱	۱۲/۳۲۹	۱۶/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۲۹
		تعامل دوره	۶/۷۷۵	۲	۳/۳۸۸	۴/۶۱	۰/۰۱۵	۰/۱۸
	عامل بین گروهی	گروه	۱۲/۸۹۹	۲	۶/۴۴۹	۱/۸۷	۰/۱۷	۰/۰۸
سلامت عاطفی	عامل درون گروهی	دوره	۴۳/۲۰۶	۱	۴۳/۲۰۶	۲۲/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۳۵
		تعامل دوره	۴۱/۳۰۰	۲	۲۰/۶۵۰	۱۰/۶۶	۰/۰۰۱	۰/۳۳
	عامل بین گروهی	گروه	۱۱۷/۱۳۱	۲	۵۸/۵۶۵	۲/۸۹	۰/۰۷	۰/۱۲
سرزندگی	عامل درون گروهی	دوره	۳۱/۵۵۹	۱	۳۱/۵۵۹	۲۱/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۳

متغیر	عوامل	منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	p	اندازه اثر
		تعامل دوره * گروه	۱۴/۷۴۹	۲	۷/۳۷۴	۴/۹۳	۰/۰۱۲	۰/۱۹
	عامل بین گروهی	گروه	۵۸/۷۷۲	۲	۲۹/۳۸۶	۴/۲۳	۰/۰۲	۰/۱۷
عدم درد بدنی	عامل درون گروهی	دوره	۴۱/۴۳۵	۱	۴۱/۴۳۵	۵۱/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵
		تعامل دوره * گروه	۹/۰۶۳	۲	۴/۵۳۱	۵/۵۸	۰/۰۰۷	۰/۲۱
	عامل بین گروهی	گروه	۳۷/۹۴۸	۲	۱۸/۹۷۴	۸/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۸
سلامت عمومی	عامل درون گروهی	دوره	۵۴/۵۶۵	۱	۵۴/۴۶۵	۳۴/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۴۵
		تعامل دوره * گروه	۲۸/۹۲۹	۲	۱۴/۴۶۵	۹/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	عامل بین گروهی	گروه	۸۲/۳۲۴	۲	۴۱/۱۶۲	۵/۵۹	۰/۰۰۷	۰/۲۱
کیفیت زندگی	عامل درون گروهی	دوره	۲۲۶۶/۷۰۹	۱	۲۲۶۶/۷۰۹	۱۹۶/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۲
		تعامل دوره * گروه	۱۱۶۰/۹۷۱	۲	۵۸۰/۴۸۵	۵۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	عامل بین گروهی	گروه	۳۵۲۹/۶۴۴	۲	۱۷۶۴/۸۲۲	۱۹/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸

با توجه به یافته‌های جدول ۳ می‌توان گفت که عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) متغیر تاب‌آوری ($F=۰/۶۱$ =اندازه اثر؛ $p<۰/۰۰۱$) در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین اثر تعاملی گروه و مراحل برای تاب‌آوری از سه گروه تفاوت معنادار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری این متغیر در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین اثر تعاملی گروه و مراحل برای تاب‌آوری ($F=۶۶/۷۶$) و متغیر کیفیت زندگی ($F=۰/۸۲$ =اندازه اثر؛ $p<۰/۰۰۱$) در سطح کوچک‌تر از $p<۰/۰۰۱$ معنادار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری این متغیر در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین اثر تعاملی گروه و مراحل برای تاب‌آوری ($F=۱۳/۹۸$) و کیفیت زندگی ($F=۰/۷۱$ =اندازه اثر؛ $p<۰/۰۰۱$) معنادار است. برای عامل بین گروهی نیز مقدار F محاسبه شده برای تاب‌آوری ($F=۵۰/۳۵$) معنادار است.

($F=۳/۴۸$ ؛ $p<۰/۰۴$) و کیفیت زندگی ($F=۱۹/۴۵$ ؛ $p<۰/۰۰۱$ ؛ اندازه اثر؛ $۰/۴۸$) در سطح کوچکتر از $۰/۰۱$ معنادار است. در نتیجه بین میانگین کلی تاب‌آوری و کیفیت زندگی در سه گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی (مقایسه‌های چندگانه) به‌منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌های بر اساس گروه و بر اساس دوره جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. آزمون تعقیبی بونفرنی برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل در نمرات پیش‌آزمون، پس-

آزمون و پیگیری تاب‌آوری و کیفیت زندگی

متغیر	دوره	گروه	اختلاف میانگین‌ها
			MCT در انتظار درمان
تاب‌آوری	پیش‌آزمون	CBT	۰/۷۰۱
		MCT	-۰/۲۷۰
پس‌آزمون	پس‌آزمون	CBT	۸/۳۳**
		MCT	۱۱/۴۹**
پیگیری	پیگیری	CBT	۸/۳۹**
		MCT	۱۰/۱۳**
کیفیت زندگی	پیش‌آزمون	CBT	-۰/۸۷۷
		MCT	۱/۳۸
	پس‌آزمون	CBT	۰/۷۷۳
		MCT	۵/۲۹**
	پیگیری	CBT	۰/۴۰۷
		MCT	۵/۲۲**

* $p<۰/۰۵$ و ** $p<۰/۰۱$

نتایج

جدول نشان می‌دهد در گروه‌های آزمایش بین نمرات تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد، همچنین تفاوت بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است. به این معنی که CBT و MCT بر بهبود تاب‌آوری در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار داشته‌اند و اثر درمان ماندگار بوده است. همچنین اثر CBT بر بهبود تاب‌آوری بیشتر از MCT بوده است. علاوه بر این در گروه‌های آزمایش بین نمرات کیفیت زندگی (عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی، سرزندگی، عدم درد بدنی، سلامت عمومی) در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون

و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد، همچنین تفاوت بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری معنی‌دار است. به این معنی که CBT و MCT بر بهبود تاب‌آوری در پس‌آزمون و پیگیری تأثیر معنادار داشته‌اند و اثر درمان ماندگار بوده است. اما بین اثربخشی CBT و MCT بر بهبود تاب‌آوری تفاوت معنادار مشاهده نشد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و فراشناخت درمانی بر بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی (عملکرد جسمانی، عملکرد اجتماعی، سرزندگی، عدم درد بدنی، سلامت عمومی) بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بود. نتایج نشان داد که CBT و MCT بر بهبود تاب‌آوری بیماران مبتلا به OCD تأثیر معنادار داشتند و اثربخشی CBT در بهبود تاب‌آوری این بیماران بیشتر از MCT بوده است. در مورد اثربخشی درمان CBT بر بهبود تاب‌آوری بیماران مبتلا به OCD می‌توان گفت که این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی است که نشان دادند CBT بر بهبود تاب‌آوری بیماران مبتلا به OCD اثربخش است (سونی و دب، ۲۰۲۲). علاوه بر این، این نتیجه در راستای یافته‌های پژوهشگران قبلی (مهیدات و همکاران، ۲۰۲۳؛ یاسمین و همکاران، ۲۰۲۲؛ ساهین و تورک، ۲۰۲۱) که اثربخشی CBT بر تاب‌آوری گروه‌های مختلف بیماران را تأیید کردند. با وجود تأیید پژوهش‌های قبلی، این پژوهش مغایر با یافته‌های کیم و همکاران (۲۰۲۳) بود که نشان دادند بین اثربخشی CBT و MCT بر بهبود تاب‌آوری تفاوت وجود ندارد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که CBT تحریف‌های شناختی غیر سازنده یعنی افکار، باورها و نگرش‌های نادرست را شناسایی نموده و به افراد اجازه می‌دهد علاوه بر شناخت این افکار معیوب، آن‌ها را با افکار سازنده جایگزین کنند (بک، ۲۰۲۰). به عبارت دیگر، CBT با برخورداری از تکنیک‌هایی مانند محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی و اطمینان بخشی و همچنین تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ، به افراد این امکان را می‌دهد که از افکار و شناخت‌های منفی خود و ارتباط بین شناخت، هیجان و رفتار آگاه شوند و افکار و احساسات منفی تحریف شده را با افکار واقع‌بینانه و منطقی جایگزین کنند (آگیلرا و همکاران، ۲۰۱۷)؛ از این‌رو افراد مبتلا به OCD از طریق CBT هنگام مواجهه با استرس‌ها با مقابله مثبت با منبع استرس و تغییر دیدگاه و نگرش نسبت به موقعیت‌هایی که استرس‌زا هستند، سعی می‌کنند آن موقعیت‌ها را بپذیرند و به صورت موفقیت‌آمیز با شرایط استرس‌زا کنار بیایند که می‌توان گفت این امر موجب تقویت تاب‌آوری آنان می‌شود. به عبارت دیگر، در CBT تکنیک‌هایی به افراد وسواسی آموزش داده شده است که دیدگاه و نگرش آن‌ها نسبت به موقعیت‌های استرس‌زا را تعدیل نموده است و آن‌ها با یادگیری

تکنیک‌هایی مانند بازسازی شناختی و تغییر افکار منفی با افکار واقع‌بینانه و با تغییر شناخت خود در مورد موقعیت‌های استرس‌زایی که تاب‌آوری را تحت تأثیر قرار می‌دهند، به احتمال زیاد می‌توانند مقابلهٔ موفقیت‌آمیزی با موقعیت‌های استرس‌زا داشته باشند که این نشان از تقویت تاب‌آوری آنان توسط CBT دارد. زیرا باور بر این است که CBT به افراد کمک می‌کند تا مشکلات را شناسایی و حل کنند و از راهبردهای جدید در مدیریت منبع مشکلاتی که تجربه می‌کنند استفاده کنند (بودیانو و همکاران، ۲۰۲۰). نینان (۲۰۰۹؛ نقل از بودیانو و همکاران، ۲۰۲۰) بیان کرد که CBT نه تنها به افراد کمک می‌کند تا بر مشکلاتی که با آن مواجه هستند غلبه کنند، بلکه به ایجاد قابلیت‌های تاب‌آوری از طریق شکل‌دهی دیدگاه‌های جدید در مورد خود کمک می‌کند؛ یعنی به افراد کمک می‌کند تا قادر به غلبه بر چالش‌های موجود و حل مسائل مهم باشند یا به عبارت دیگر، به آن‌ها در ایجاد قابلیت‌های تاب‌آوری کمک می‌کند. از این رو، بیماران OCD پس از دریافت این درمان احتمالاً با ایجاد دیدگاه جدید نسبت به چالش‌ها، تاب‌آوری خود در برابر استرس‌ها را تقویت می‌کنند.

در مورد اثربخشی MCT بر بهبود تاب‌آوری نیز می‌توان گفت که این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی است (عزیزی و همکاران، ۱۳۹۹) که نشان دادند MCT بر تاب‌آوری تأثیر داشته است و اثربخشی آن برابر با اثربخشی CBT بوده است. همچنین در راستای یافتهٔ پژوهش‌های قبلی است که اثربخشی MCT بر تاب‌آوری بیماران را مورد تأیید قرار گرفته است (رحمانی و همکاران، ۲۰۱۴؛ سولم و همکاران، ۲۰۱۹؛ راه‌نجات و همکاران، ۲۰۲۳؛ یادآوری و همکاران، ۱۳۹۹).

در تبیین این یافته می‌توان گفت MCT بر به چالش کشیدن باورهای منفی با استفاده از باورهای فراشناختی مثبت تأکید دارد و در این درمان بیمار یاد می‌گیرد که فرآیندهای نگرانی و نشخوار فکری را به تعویق بیندازد (ویلز، ۲۰۱۱). این امر به بیماران این امکان را می‌دهد که نگرانی و نشخوارهای فکری خود را بی‌ضرر بدانند و در توجه به این مشکلات انعطاف‌پذیری داشته باشند. علاوه بر این در این درمان به بیماران یاد داده می‌شود که از تلاش‌های نابجا برای کنترل نگرانی و نشخوارهای فکری و افکار منفی بپرهیزند (ویلز، ۲۰۱۱)؛ از این رو بیماران OCD که نسبت به موقعیت‌های زندگی نگرانی را تجربه می‌کنند با یادگیری تکنیک‌های MCT از جمله تکنیک‌های غلبه بر کنترل فکر، چالش کلامی، رویارویی و جلوگیری از پاسخ سعی می‌کنند موقعیت‌هایی را که موجب استرس می‌شوند به چالش بکشند و افکار منفی و نامناسب خود را نسبت به آن موقعیت‌ها کنترل کنند؛ از این رو آنان به احتمال زیاد در مقابله با استرس‌ها و نگرانی‌ها از تاب‌آوری مطلوب برخوردار خواهند شد.

در مورد مغایرت یافته‌های این پژوهش با یافته‌های کیم و همکاران (۲۰۲۳) می‌توان گفت که در پژوهش کیم و همکاران بیماران مبتلا به روان‌پریشی و بیماران افسرده تحت دو درمان قرار گرفتند و در پژوهش حاضر بیماران OCD مورد بررسی قرار گرفتند. از این رو می‌توان گفت شاید دلیل این مغایرت به دلیل تفاوت در نمونه‌های مورد استفاده در دو مطالعه باشد. علاوه بر این، می‌توان گفت که خط اول درمان در OCD، CBT عنوان شده است (شوبرت و همکاران، ۲۰۲۲؛ درختکار، خزری‌مقدم و فضیلت‌پور، ۲۰۲۲) و اثربخشی CBT نسبت به MCT بر تاب‌آوری افراد مبتلا به OCD قابل توجه است. ذکر این نکته لازم است که تکرار پژوهش‌ها در این زمینه لازم است.

نتایج نشان داد که CBT و MCT بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به OCD اثربخش بود و بین اثربخشی این دو درمان تفاوت معنادار مشاهده نشد. در مورد اثربخشی CBT بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به OCD می‌توان گفت که این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی (داداشی و همکاران، ۲۰۲۰؛ آکوچیان و همکاران، ۲۰۲۵) است که نشان دادند که CBT بر بهبود کیفیت زندگی بیماران OCD اثربخش بوده است. علاوه بر این، این نتیجه در راستای یافته‌های قبلی (اسنورچ و همکاران، ۲۰۱۷) است که در پژوهش خود تأثیر مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به OCD را تأیید کردند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که CBT با شناسایی افکار، باورها و نگرش‌های منفی به افراد یاد می‌دهد که این افکار و باورهای منفی را با باورهای مثبت جایگزین کنند (بک، ۲۰۲۰) و با مجهز کردن افراد به تکنیک‌های محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی، اطمینان بخشی، مواجهه و جلوگیری از پاسخ، تشخیص درستی نسبت به ارتباط منفی افکار و هیجانات و رفتار خود داشته باشند. علاوه بر این، CBT به آنان یاد می‌دهد به جای بیان کردن نگرش‌های منفی در زندگی، به بیان نگرش‌ها و افکار واقع‌بینانه بپردازند (آگیلار و همکاران، ۲۰۱۷)؛ همین امر موجب می‌شد که افراد دارای OCD در از نظر جسمانی و روان‌شناختی کیفیت زندگی بهتری داشته باشند. به عبارت دیگر، CBT به افراد دارای OCD کمک می‌کند که موقعیت‌های مختلف زندگی از تحریف‌های شناختی بپرهیزند و با دیدی وسیع و دقیق به مقابله با مشکلات جسمانی و روان‌شناختی بپردازند که این امر موجب بالا رفتن کیفیت زندگی و موجب فراهم کردن زمینه‌های لازم برای بهبود وضعیت زندگی آنان می‌شود.

در مورد اثربخشی MCT بر بهبود کیفیت زندگی بیماران OCD می‌توان گفت که این نتیجه همخوان با یافته‌های قبلی است که نشان دادند MCT بر بهبود کیفیت زندگی تأثیر گذاشته است

(رحمانی و همکاران، ۲۰۱۴؛ سولم و همکاران، ۲۰۱۹؛ راهنجات و همکاران، ۲۰۲۳؛ یادآوری و همکاران، ۱۳۹۹).

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در MCT به شناسایی و اصلاح باورها و فرآیندهای فراشناختی مربوط به نشانگان شناختی هیجانی پرداخته می‌شود و ضمن آگاه کردن بیمار از تأثیرات منفی نگرانی و نشخوار فکری و ناکارآمدی راهبردهای مقابله‌ای فعلی باورهای فراشناختی منفی فرد را به چالش می‌کشد (ویلز و همکاران، ۲۰۲۳). از این‌رو بیمار مبتلا به OCD با یادگیری تکنیک‌های MCT 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 جنبه‌های مثبت زندگی خود را درک کنند. به عبارت دیگر، در درمان MCT تکنیک آموزش توجه (ویلز، ۲۰۰۹؛ نورمن و مورینا، ۲۰۱۸) ارائه می‌شود که بیمار را ملزم به انعطاف‌پذیری در توجه می‌کند (ویلز و همکاران، ۲۰۲۳)؛ از این‌رو، انعطاف‌پذیری توجه باعث می‌شود که بیمار دارای OCD توجهی آگاهانه به وضعیت جسمانی و روان‌شناختی زندگی خود داشته باشد و همین امر احتمالاً تقویت کیفیت زندگی را در آنان به دنبال خواهد داشت.

در مورد اینکه چرا بین دو درمان در بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی تفاوت معنادار مشاهده نشد می‌توان گفت که این نتیجه در راستای یافته‌های عزیزی و همکاران (۱۳۹۹) قرار دارد که بین اثربخشی CBT و MCT بر بهبود تاب‌آوری تفاوت معنادار گزارش نکردند. می‌توان گفت CBT به افراد کمک می‌کند تا الگوهای تحریف‌شده تفکر و مشکلات روان‌شناختی خود را بشناسند (هنوود، چو و براون، ۲۰۱۵؛ جارسون و همکاران، ۲۰۱۵) و MCT نیز با برخورداری از آموزش توجه و انعطاف‌پذیری توجه (ویلز و همکاران، ۲۰۲۳) موجب بهبود تفکر افراد در زندگی می‌شود؛ از این‌رو می‌توان گفت که هر دو درمان به افراد کمک می‌کنند که افکار منفی خود را بشناسند و آن‌ها را اصلاح کنند و همین امر توانسته است به بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران OCD در پژوهش حاضر شود.

از جمله محدودیت‌های این پژوهش عدم تفکیک بیماران بر اساس نوع OCD بود. این امر به دلیل محدودیت نمونه بوده است و به پژوهش‌های بعدی پیشنهاد می‌شود که نوع OCD را کنترل کنند. عدم امکان ارزیابی کیفی شرکت‌کنندگان در پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نیز یکی از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ زیرا در این پژوهش از روش کمی ارزیابی متغیرها یعنی پرسشنامه‌های خود گزارش دهی استفاده شده است. استفاده شده است. یک محدودیت دیگر عدم بررسی میزان همبودی اختلالات دیگر با OCD در نمونه پژوهش بود؛ زیرا همبودی اختلالات می‌تواند در روند درمان تأثیر داشته باشد. محدودیت دیگر این بود که با توجه

به حجم نمونه پایین بعد از غربالگری براساس نمرات پایین در تاب‌آوری و کیفیت زندگی، امکان هم‌تاسازی بیماران در گروه‌ها براساس جنسیت، سن و سطح تحصیلات وجود نداشت. بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی این محدودیت‌ها را مورد توجه قرار دهند. نتایج نشان داد که هم CBT و هم MCT بر بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به OCD اثربخش بوده‌اند و بین اثربخشی این دو درمان بر متغیرهای وابسته تفاوت معنادار مشاهده نشد. از این رو، پیشنهاد می‌شود که برای بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی بیماران OCD از هر دو درمان CBT و MCT استفاده شود. علاوه بر این اجرای کارگاه‌های آموزشی در مورد این دو درمان و آموزش آنان به روان‌شناسان و مشاوران می‌تواند در شناخت گزینه درمانی مناسب برای بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی در بیماران OCD مؤثر واقع شود. علاوه بر این مقایسه اثربخشی این دو درمان با سایر درمان‌های روان‌شناختی برای بهبود وضعیت روان‌شناختی بیماران OCD پیشنهاد می‌شود.

موازین اخلاقی

ابتدا همه شرکت‌کنندگان فرم رضایت از شرکت در پژوهش را امضا کردند. به آنان اطمینان داده شد که داده‌های آنان محرمانه است و در صورت تمایل به صورت انفرادی نتایج برای آنان شرح داده خواهد شد. پس از اجرای درمان برای گروه‌های آزمایش توضیح هر دو درمان برای گروه کنترل نیز شرح داده شد و افراد که با اجرای درمان شناختی رفتاری موافق بودند این درمان را به مدت ۶ جلسه بعد از پیگیری دریافت کردند. این پژوهش برای شرکت‌کنندگان هیچ ضرر مالی و جانی داشته است. این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد با کد IR.IAU.B.REC.1402.027 تأیید شد.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان این مقاله نقش یکسانی در تمام قسمت‌های مقاله از جمله طرح، بیان مسئله، روش، یافته‌ها و بحث و نتیجه‌گیری را مقاله حاضر بر عهده داشتند.

تعارض منافع و منابع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری

بدینوسیله از تمامی افراد دارای OCD که در پژوهش حاضر شرکت کردند و همچنین از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بروجرد به خاطر مساعدت معنوی در اجرای پژوهش تشکر می‌شود.

References

- Abbas, Q., Latif, S., Ayaz Habib, H., Shahzad, S., Sarwar, U., Shahzadi, M., ... & Washdev, W. (2023). Cognitive behavior therapy for diabetes distress, depression, health anxiety, quality of life and treatment adherence among patients with type-II diabetes mellitus: a randomized control trial. *BMC psychiatry*, 23(1), 86-99. [\[link\]](#)
- Aguilera, A., Bruehlman-Senecal, E., Demasi, O., & Avila, P. (2017). Automated text messaging as an adjunct to cognitive behavioral therapy for depression: A clinical trial. *Journal of Medical Internet Research*. 19(5): 148-162. [\[link\]](#)
- Ahadianfard, P., Javaherirenani, R., Maghami-Sharif, Z., Farahani, H., & Aghebati, A. (2023). Psychometric Properties of the Persian Version of Resilience Scale in Iranian Adolescents. *Progress in Psychiatry and Behavioral Sciences*, 17(2), e123072. [\[link\]](#)
- Akuchekian, S., Nabi, L. N., Emranifard, V., Najafi, M., & Almasi, A. (2015). The Affect of Religious Cognitive-Behavior Therapy on Quality of Life Obsessive-Compulsive Disorder. *International Journal of Behavioral Research & Psychology*, 3(1), 71-74. [\[Link\]](#)
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th Ed, Text Revision. Washington, DC, American Psychiatric Association. [\[link\]](#)
- Ariapooran S. (2022). *Advanced Psychology*. 1th, Tehran, Arjmand Publication; p 169. [\[link\]](#)
- Azizi, A., Dastbaaz, A., Hosseini, S., & Abedi, M. R. (2020). Comparing the Effectiveness of Meta-cognitive therapy and Cognitive-Behavioral Therapy in Depression, Resilience and Quality of life in a Depressed divorced Women. *Journal of Modern Psychological Researches*. 15(57), 203-17. [\[link\]](#)
- Beck, J. S. (2020). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond* (2nd ed.), New York, NY: The Guilford Press, pp. 19-20. [\[link\]](#)
- Budiyo, A., Sugiharto, D., Sutoyo, A., & Rachman, M. (2020). Empirical Study: Cognitive Behavior Therapy (CBT) And Resilience of Prisoners before Being Released. *International Journal of Innovative Science and Research Technology*, 5(7), 1085-1091. [\[link\]](#)

- Carmi, L., Brakoulias, V., Arush, O. B., Cohen, H., & Zohar, J. (2022). A prospective clinical cohort-based study of the prevalence of OCD, obsessive compulsive and related disorders, and tics in families of patients with OCD. *BMC psychiatry*, 22(1), 1-7. [\[link\]](#)
- Chuang, S. P., Wu, J. Y. W., & Wang, C. S. (2023). Resilience and Quality of Life in People with Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 19(1), 507-514. [\[link\]](#)
- Claus, N., Miegel, F., Jelinek, L., Landmann, S., Moritz, S., Külz, A. K., ... & Cludius, B. (2023). 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*, 47(3), 439-453. [\[link\]](#)
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. [\[link\]](#)
- Dadashi, M., Asl, V. Y., & Morsali, Y. (2020). Cognitive-behavioral therapy versus transcranial direct current stimulation for augmenting selective serotonin reuptake inhibitors in obsessive-compulsive disorder patients. *Basic and Clinical Neuroscience*, 11(1), 111-120 [\[link\]](#)
- Derakhtkar, A., Khezrimoghadam, N., & Fazilatpour, M. (2022). 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*, 8(2), 46-52. [\[link\]](#)
- Deveci, N., Uğurlu, M., Uğurlu, G. K., Şahin, E. K., Erdoğan, E. Ç., & Çayköylü, A. (2023). The effects of psychological flexibility and resilience on psychopharmacological treatment response in patients with obsessive-compulsive disorder. *International Clinical Psychopharmacology*, 10-1097. [\[link\]](#)
- Fawcett, E. J., Power, H., & Fawcett, J. M. (2020). Women are at greater risk of OCD than men: a meta-analytic review of OCD prevalence worldwide. *The Journal of clinical psychiatry*, 81(4), 13075. [\[link\]](#)
- Hezel, D. M., & McNally, R. J. (2016). A theoretical review of cognitive biases and deficits in obsessivecompulsive disorder. *Biological Psychology*, 121(Pt B), 221-232. [\[link\]](#)
- Hezel, D. M., Rapp, A. M., Wheaton, M. G., Kayser, R. R., Rose, S. V., Messner, G. R., ... & Simpson, H. B. (2022). Resilience predicts positive mental health outcomes during the COVID-19 pandemic in New Yorkers with and without obsessive-compulsive disorder. *Journal of psychiatric research*, 150, 165-172. [\[link\]](#)

- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical psychology & psychotherapy*, 18(4), 314-321. [\[link\]](#)
- Holm, S. E. H., Hansen, B., Kvale, G., Eilertsen, T., Johnsen, B. H., Hystad, S. W., & Solem, S. (2019). Dispositional resilience in treatment-seeking patients with obsessive-compulsive disorder and its association with treatment outcome. *Scandinavian Journal of Psychology*, 60(3), 243-251. [\[link\]](#)
- Homayuni, A. (2023). Investigating the correlation between perceived stress and health anxiety with obsessive-compulsive disorder and quality of life during COVID-19 pandemic. *BMC psychology*, 11(1), 1-9. [\[link\]](#)
- Iacoviello, B. M., & Charney, D. S. (2020). Cognitive and behavioral components of resilience to stress. In *Stress resilience* (pp. 23-31). Academic Press. [\[link\]](#)
- Jabeen, S., & Kausar, R. (2020). Obsessive compulsive disorder: frequency and gender estimates. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(5), 1048-1052. [\[link\]](#)
- Kaur, R., Garg, R., & Raj, R. (2023). Quality of life among patients with obsessive compulsive disorder: Impact of stigma, severity of illness, insight, and beliefs. *Industrial Psychiatry Journal*, 32(1), 130-135. [\[link\]](#)
- Khodabakhshi-Koolae, A., Entekhabi, F., Falsafinejad, M. R., & Sanagoo A. (2019). Relationship between optimism and humor with resilience in female nurses of hospitals in Isfahan, Iran. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 21(1), 87-93. [\[link\]](#)
- Khosravi, S., Naseri, A. (2022). Obsessive-Compulsive prevalence investigation in Jahrom city. *Pars Journal of Medical Sciences* 15(3), 1-8. [\[link\]](#)
- Kim, S. T., Park, C. I., Kim, H. W., Jeon, S., Kang, J. I., & Kim, S. J. (2021). Dysfunctional metacognitive beliefs in patients with obsessive-compulsive disorder and pattern of their changes following a 3-month treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 628985. [\[link\]](#)
- Kim, S. W., Hyun, S., Kim, J. K., Kim, H., Jhon, M., Kim, J. W., ... & Kim, J. M. (2023). Effectiveness of group metacognitive training and cognitive-behavioural therapy in a transdiagnostic manner for young patients with psychotic and non-psychotic disorders. *Early Intervention in Psychiatry*, 17(1), 29-38. [\[link\]](#)
- Langkham, K., & Satyananda, P. (2023). Effectiveness of Cognitive Behavior Therapy on Depression and Quality of Life in Spouse Caregivers of Inpatients with Substance Use Disorders. *Journal of Research and Health*, 13(4), 3-3. [\[link\]](#)

- Long, D. M., & Hayes, S. C. (2014). Acceptance, mindfulness, and cognitive reappraisal as longitudinal predictors of depression and quality of life in educators. *Journal of contextual behavioral science*, 3(1), 38-44. [\[link\]](#)
- Macy, A. S., Theo, J. N., Kaufmann, S. C., Ghazzaoui, R. B., Pawlowski, P. A., Fakhry, H. I., ... & IsHak, W. W. (2013). Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS spectrums*, 18(1), 21-33. [\[link\]](#)
- Malas, O., & Tolsá, M. D. (2022). The COVID-19 Pandemic and the Obsessive-Compulsive Phenomena, in the General Population and among OCD Patients: A Systematic Review. *European Journal of Mental Health*, 17(2), 132-148. [\[link\]](#)
- Mavrogiorgou, P., Becker, S., Lee-Grimm, S. I., & Juckel, G. (2023). Embitterment and metacognition in obsessive-compulsive disorder. *BMC psychiatry*, 23(1), 1-10. [\[link\]](#)
- Mehraban, S., Hojjatzadeh, Z., Toosi, M., & Ahmadboukani, S. (2023). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Quality of Life of Patients with Diabetes in Iran: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Diabetes Nursing*, 11(1), 2086-99. [\[link\]](#)
- Mhaidat, I., Taherian, M. R., Nazari, S. S. H., Mosavi-Jarrahi, A., Yeganeh, H., Al-Yateem, N., ... & Rahman, S. A. (2023). Effect of cognitive-behavioural therapy on resilience and relapse in adult patients with substance use disorder: a systematic review protocol. *BMJ open*, 13(5), e067115. [\[link\]](#)
- Montazeri, A., Goshtasebi, A., & Vahdaninia, M. S. (2006). The Short Form Health Survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Payesh*; 5 (1), 1-8. [\[link\]](#)
- Normann, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 9, 2211. [\[link\]](#)
- Oguz, G., Celikbas, Z., Batmaz, S., Cagli, S., & Sungur, M. Z. (2019). Comparison between obsessive compulsive disorder and panic disorder on metacognitive beliefs, emotional schemas, and cognitive flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy*, 12(3), 157-178. [\[link\]](#)
- Rahmani, S., Talepasand, S., & Ghanbary-Motlagh, A. (2014). Comparison of effectiveness of the metacognition treatment and the mindfulness-based stress reduction treatment on global and specific life quality of women with breast cancer. *Iranian journal of cancer prevention*, 7(4), 184-196. [\[link\]](#)
- Rahnejat, A. M., Ebrahimi, M., Salimi, S. H., Fathi Ashtiani, A., Taghva, A., Mohammadi, T., ... & Shahmiri Barzoki, H. (2023). Comparing the effect of prolonged exposure therapy (PET) and metacognitive therapy (MCT) on the

- quality of life among veterans with PTSD. *Military Psychology*, published online, 1-9. [\[link\]](#)
- Reid, J. E., Laws, K. R., Drummond, L., Vismara, M., Grancini, B., Mpavaenda, D., & Fineberg, N. A. (2021). Cognitive behavioural therapy with exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Comprehensive psychiatry*, *106*, 152223. [\[link\]](#)
- Şahin, H., & Türk, F. (2021). The impact of cognitive-behavioral group psycho-education program on psychological resilience, irrational beliefs, and well-being. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *39*(4), 672-694. [\[link\]](#)
- Särholm, J., Skúladóttir, H., Rück, C., Axelsson, E., Bonnert, M., Bragesjö, M., ... & Braunschweig, F. (2023). Cognitive behavioral therapy improves quality of life in patients with symptomatic paroxysmal atrial fibrillation. *Journal of the American College of Cardiology*, *82*(1), 46-56. [\[link\]](#)
- Schubert, C., Hilbert, S., Favreau, M., Wolstein, J., & Voderholzer, U. (2022). Psychological flexibility as a potential change factor in cognitive behavioural therapy of OCD. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, *50*(4), 381-391. [\[link\]](#)
- Schwalm, F. D., Zandavalli, R. B., de Castro Filho, E. D., & Lucchetti, G. (2022). Is there a relationship between spirituality/religiosity and resilience? A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of health psychology*, *27*(5), 1218-1232. [\[link\]](#)
- Shamloo, M. B. B., Kalani, L., Ramezanzpour, E., Khaneghah, Z. N., & Rashidi, N. (2022). 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*, *16*(4), e127173. [\[link\]](#)
- Skapinakis, P., Caldwell, D. M., Hollingworth, W., Bryden, P., Fineberg, N. A., Salkovskis, P., ... & Lewis, G. (2020). Pharmacological and psychotherapeutic interventions for management of obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and network meta-analysis. *Focus*, *19*(4), 457-467. [\[link\]](#)
- Solem, S., Kennair, L. E. O., Hagen, R., Havnen, A., Nordahl, H. M., Wells, A., & Hjemdal, O. (2019). Metacognitive therapy for depression: A 3-year follow-up study assessing recovery, relapse, work force participation, and quality of life. *Frontiers in Psychology*, *10*, 2908. [\[link\]](#)
- Soleymaninia, A., Mansouri, A., Bagherzadeh, G. Z., & Zendehdel, A. (2021). Comparison of effectiveness of metacognitive and existential therapies on

- resilience, life expectancy, and self-care behaviors in women with type II diabetes. *Iranian Journal of Diabetes and Metabolism*, 9(3), 42-56. [\[link\]](#)
- Soltanian, M., Payegozar, R., Paran, M., & Sharifi, N. (2023). The Relationship between Metacognitive Beliefs with Clinical Belongingness and Resilience among Novice Nurses in Neonatal Intensive Care Units. *Nursing Research and Practice*, online published, 1-6. [\[link\]](#)
- Soni, S., & Deb, A. (2022). From symptomology to resilience: Case illustrations of recovery from OCD using CBT. *Journal of Human Behavior in the Social Environment*, 32(8), 1053-1069. [\[link\]](#)
- Stein, D. J., Hermesh, H., Eilam, D., Segalas, C., Zohar, J., Menchon, J., & Nesse, R. M. (2016). Human compulsivity: A perspective from evolutionary medicine. *European Neuropsychopharmacology*, 26(5), 869-876. [\[link\]](#)
- Storch, E. A., Small, B. J., McGuire, J. F., Murphy, T. K., Wilhelm, S., & Geller, D. A. (2018). Quality of life in children and youth with obsessive-compulsive disorder. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 28(2), 104-110. [\[link\]](#)
- Teksin, M. G., Aslan, S., & Teksin, G. (2023). Overvalued Ideas, metacognition, Magical Ideation, and Quality of life in Obsessive-BSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 12(2), 167-167. [\[link\]](#)
- Teoli, D., & Bhardwaj, A. (2023). Quality of Life in StatPearls. *Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright, 2023*. [\[link\]](#)
- Trimmer, C., Tyo, R., & Naeem, F. (2016). Cognitive behavioural therapy-based music (CBT-Music) group for symptoms of anxiety and depression. *Canadian journal of community mental health*, 35(2), 83-87. [\[link\]](#)
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Smith, B. M., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Reuman, L., Blakey, S. M., & Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 108(1), 1-9. [\[link\]](#)
- Ware Jr, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical care*, 30(6), 473-483. [\[link\]](#)
- Wells, A. (2011). Metacognitive therapy. *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: Understanding and applying the new therapies*, 83-108. [\[link\]](#)
- Wells, A., & Matthews, G. (1996). Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behaviour research and therapy*, 34(11-12), 881-888. [\[link\]](#)

- Wells, A., Reeves, D., Heal, C., Fisher, P., Doherty, P., Davies, L., ... & Capobianco, L. (2023). Metacognitive therapy home-based self-help for anxiety and depression in cardiovascular disease patients in the UK: A single-blind randomized controlled trial. *PLoS medicine*, 20(1), e1004161. [\[link\]](#)
- Wilhelm, S., & Steketee, G. S. (2006). *Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A guide for professionals*. New Harbinger Publications. [\[link\]](#)
- Yadavari, M., Naderi, F., Makvandi, B., & Hafezi, F. (2020). The Effects of Metacognitive Therapy on Pain Catastrophizing and Quality of Life in Patients with Chronic Pain. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 10, 134-134. [\[link\]](#)
- Yasmin, K., Yaqoob, A., & Sarwer, H. (2022). Effect of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) Based Intervention on Resilience and Burnout among Staff Nurses Working in Critical Care Departments. *Pakistan Journal of Medical & Health Sciences*, 16(03), 295-295. [\[link\]](#)
- Zakiei, A., Alikhani, M., Farnia, V., Khkian, Z., Shakeri, J., & Golshani, S. (2017). Attachment style and resiliency in patients with obsessive-compulsive personality disorder. *Korean Journal of Family Medicine*, 38(1), 34-39. [\[link\]](#)

