Original Article

Comparison of the effectiveness of treatment based on Moritz metacognitive approach and Wells metacognition approach on obsessive-compulsive symptoms and cognitive flexibility of obsessive-compulsive homeowners

Azizi R[1], Bahrami F[2], Goodarzi K[3], Sadeghi M[4]

1- Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, I.R. Iran.
2- Department of Consultation, Esfahan University, Esfahan, I.R. Iran.
3- Department of Psychology, Borujerd Branch, Islamic Azad University, I.R. Iran.
4- Department of Psychology, Khorramabad Branch, Lorestan University, I.R. Iran.

Received: 2019/05/29 | Accepted: 2019/11/11

Abstract:

Background: This study aimed to compare the effectiveness of treatment based on Moritz metacognitive approach and Wells metacognition approach on obsessive-compulsive symptoms and cognitive flexibility of obsessive-compulsive homeowners.

Materials and Methods: From all women seeking treatment for obsessive-compulsive disorder in Borujerd (297 people), three groups of 15 people were selected using the convenience sampling method. For two groups Moritz metacognitive therapy and Wells metacognitive therapy was performed. In the pre-test and post-test, obsessive-compulsive and Cognitive flexibility questionnaires were completed. The data were analyzed using the repeated measures designs test by SPSS software.

Results: The results showed the effectiveness of the two treatments of Moritz approach and Wales approach on the cognitive flexibility of obsessive-compulsive disorder of the homeowners with obsessive-compulsive disorder (P<0.05). There was also no significant difference between the effectiveness of the two approaches of Mauritius and Wales (P<0.05).

Conclusion: According to the findings, metacognition treatments based on Moritz approach and Wells approach can be effective on the reduction of obsessive-compulsive and increase cognitive flexibility of homeowners with obsessive-compulsive disorder.

Keywords: Cognitive flexibility, Meta-cognitive therapy, Obsessive-compulsive symptoms, Homeowners

***Corresponding Author:**
Email: f.bahrami26@yahoo.com
Tel: 0098 930 277 9167
Fax: 0098 141 683 53686

Conflict of Interests: ***No***

Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences, February, 2020; Vol. 23, No 6, Pages 637-646

Please cite this article as: Azizi R, Bahrami F, Goodarzi K, Sadeghi M. Comparison of the effectiveness of treatment based on Moritz metacognitive approach and Wells metacognition approach on obsessive-compulsive symptoms and cognitive flexibility of obsessive-compulsive homeowners. ***Feyz*** 2020; 23(6): 637-46.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد فراشناخت موریتس و رویکرد فراشناخت ولز بر علائم وسواسی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری

روح‌الله عزیزی [۱]، فاطمه بهرامی [۲*]، کورش گودرزی [۳]، مسعود صادقی [۴]

خلاصه:

سابقه و هدف: هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان فراشناختی موریتس و ولز بر علائم وسواسی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری بود.

مواد و روش‌ها: از بین کلیه زنان متقاضی درمان وسواس جبری شهر بروجرد (۲۹۷ نفر)، سه گروه ۱۵ نفری به روش در دسترس انتخاب شدند. برای دو گروه، درمان فراشناختی موریتس و درمان فراشناختی ولز اجرا شد. در پیش‌آزمون و پس‌آزمون پرسشنامه‌های وسواس فکری-عملی و انعطاف‌پذیری شناختی تکمیل شد. داده‌ها با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره با کمک نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

نتایج: نتایج، نشان‌دهنده اثربخشی دو رویکرد درمانی موریتس و ولز بر علائم وسواسی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری بود ($P<۰/۰۵$). همچنین تفاوت معنی‌داری بین اثربخشی دو رویکرد موریتس و ولز مشاهده نشد ($P>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها، درمان‌های فراشناختی مبتنی بر رویکرد موریتس و رویکرد ولز بر کاهش علائم وسواسی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی زنان خانه‌دار با اختلال وسواس جبری، می‌تواند اثربخش باشد.

واژگان کلیدی: انعطاف‌پذیری شناختی، درمان فراشناختی، علائم وسواسی، زنان خانه‌دار

دو ماه‌نامه علمی- پژوهشی فیض، دوره بیست و سوم، شماره ۶، بهمن و اسفند ۹۸، صفحات ۶۴۶-۶۳۷

مقدمه

خانه‌داری به انجام امور خانه، مدیریت وظایف و کارهای مربوط به خانه‌داری یک خانواده اشاره می‌کند که شامل تمام امورات خانه است. پذیرش مسؤولیت و انجام مکرر کارهای خانه می‌تواند رشد اختلالات وسواسی را در زنان خانه‌دار تشدید کند [۱]. همان‌گونه که مطرح شد، یکی از خصوصیات روان‌شناختی مرتبط با زنان خانه‌دار مبتلا به علائم وسواسی آنان است. اختلال وسواس فکری و عملی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانپزشکی است که دو مشخصه اصلی افکار مزاحم و رفتارهای تکراری را در خود دارد [۲]. این افکار به دنبال اقدامات افراد است که به‌طور موقت باعث به وجود آمدن اضطراب ناشی از وسواس در فرد می‌شوند [۳]. علاوه بر علائم وسواس، یکی دیگر از خصوصیات روانشناختی مرتبط با زنان خانه‌دار مبتلا به وسواس انعطاف‌پذیری شناختی Cofnitive flexibility آنان است.

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

۲. استاد، گروه مشاوره، واحد اصفهان، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳. استادیار، گروه روانشناسی و مشاوره، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد خرم‌آباد، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران

* **نشانی نویسنده مسؤول:**

اصفهان، دانشگاه اصفهان، گروه مشاوره

تلفن: ۰۹۳۰۲۷۷۹۱۶۷ **دورنویس:** ۰۱۴۱۶۸۳۵۳۶۸۶

پست الکترونیک: f.bahrami26@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۳/۸ **تاریخ پذیرش نهایی:** ۱۳۹۸/۸/۲۰

مطابق با نظریه انعطاف‌پذیری روانشناختی، سلامت روان یعنی پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی و تعهد به انجام فعالیت‌هایی که از لحاظ ارزشمندی باثبات هستند. انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات محیطی، سازگار سازد [۴]. در راستای نکاتی که ذکر شد، رویکردهای مختلفی در خصوص وسواس فکری مطرح شده است. در این خصوص رویکردهای فراشناختی نقش مؤثری را در بین افراد مبتلا به اختلال وسواس جبری بازی می‌کنند. در این میان دو مورد رویکرد فراشناختی در زمینه درمان وسواس جبری تدوین شده است. اوّلین درمان فراشناختی وسواس جبری در سال (۲۰۰۸) توسط فیشر و ولز صورت گرفت [۵]. با استفاده از طرح مطالعه موردی، اثرات درمان فراشناختی در چهار بیمار مبتلا به اختلال وسواسی جبری را مورد ارزیابی قرار دادند. نمرات همه بیماران پس از درمان و در مرحله‌ی پیگیری در مقیاس‌های اختلال وسواس جبری و مقیاس فراشناختی، بهبود قابل‌توجهی را نشان داد. مطالعات شاره و همکاران [۶] و Rees و van Koesveld [۷] کارآمدی درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های وسواس جبری را تأیید کرده‌اند. نوع دوم رویکرد فراشناختی که به‌عنوان مدل اوّلیه آن مطرح شد، توسط موریتس [۸] بر روی ۸۶ بیمار مبتلا به اختلال وسواس جبری انجام شد که اختلال بیش از ۶۰ درصد مشارکت‌کنندگان به نحو چشمگیری کاهش داشت؛ در نهایت مدل درمان فراشناختی خودگزارشی وسواس جبری که یک مدل خودیاری و خودآموز فراشناختی در درمان اختلال وسواس جبری است؛ در سال (۲۰۱۰)

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

به‌طور کامل در قالب یک بسته آموزشی خوددرمانی توسط موریتس در کشور آلمان اجرا شد که نتایج آن در زمینه درمان وسواس مؤثر بود [۹]. اصل علوی پایدار و همکاران [۱۰] نشان دادند هر دو روش درمانی فراشناختی و شناختی-رفتاری در کاهش نشانه های وسواس فکری-عملی در پایان درمان و بعد از پیگیری یک‌ماهه مؤثر واقع شدند. رویکرد ولز با خصوصیاتی چون حضور مستمر و طولانی‌مدت که گاهی تا ۶ سال طول می‌کشد و برای درمان، سطح زیادی از هزینه‌های زمانی و مادی را باید صرف کرد و همچنین خاصیت خودیاری را در بر ندارد، بیماران را خسته می‌کند. رویکرد موریتس یک تکنیک خودیاری است که به جز دو جلسه اوّل معرفی روش، سایر جلسات درمانی با کمترین هزینه و با طی زمان مشخصی توسط خود بیمار قابل اجرا است. با این وجود تاکنون این دو رویکرد درمانی با هم مورد مقایسه قرار نگرفته‌اند و البته پژوهش در زمینه درمان به واسطه این دو رویکرد در بین زنان خانه‌دار مبتلا به اختلال وسواس جبری نیز طی مرور پایگاه‌های اطلاعاتی مشاهده نشده است که این موضوع لزوم اجرای این پژوهش را به خوبی ابراز می‌کند [۱۲،۱۱]. با توجه به این‌که بسیاری از پژوهش‌های مختلف در رابطه با درمان وسواس جبری زنان انجام شده است و به انجام تکنیک‌های رفتاری مقابله‌ای در جهت کاهش افکار وسواسی با استفاده از رویکردهای مختلف درمانی پرداخته‌اند، برخی از پژوهشگران نیز به تقویت افکار و کنترل افکار وسواسی با رویکردهای فراشناختی چون شناخت افکار وسواسی اشاره کرده‌اند، اما تاکنون هیچ پژوهشگری به بررسی و مقایسه اثربخشی رویکرد درمانی موریتس به‌عنوان یک رویکرد جدید فراشناختی در درمان وسواس جبری و مقایسه آن با رویکردهای پیشین از جمله رویکرد فراشناختی ولز در زمینه درمان وسواس جبری نپرداخته است. سؤال این است تفاوت اثربخشی درمان وسواس جبری با رویکرد فراشناخت موریتس و رویکرد فراشناخت ولز بر علائم وسواسی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان خانه‌دار دارای وسواس جبری چگونه است؟

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون پیگیری با گروه گواه است که از سه گروه آزمودنی تشکیل شده است و هر سه گروه ۳ بار (مرحله پیش‌آزمون، مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری) مورد اندازه‌گیری قرار گرفتند. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه زنان متقاضی درمان وسواس جبری مراجعه‌کننده به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره شهرستان بروجرد در سال ۱۳۹۷ به تعداد ۲۹۷ نفر است. پس از تعیین شرایط ورود و خروج (حذف ۲۵۲ نفر) ۴۵ نفر در سه گروه ۱۵ نفره (۱۵ نفر ولز، ۱۵ نفر موریتس، ۱۵ نفر گواه) و با روش نمونه‌گیری در دسترس، نمونه‌ها انتخاب شدند و مورد مطالعه قرار گرفتند. برای درمان موریتس ۱۴ جلسه درمانی هر هفته دو جلسه به‌مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه تنظیم و برای درمان ولز ۸ جلسه درمانی هر هفته دو جلسه به مدت ۴۵ تا ۶۰ دقیقه در کلینیک مشاوره و خدمات روانشناختی رویان انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: صرفاً خانه‌دار باشد و شاغل نباشد. در آزمون وسواس نمره‌ای بالاتر از ۲۰ گرفته باشد. رضایت به شرکت در درمان را داشته باشد. تحت سایر درمان‌های روانشناختی نباشد. تاکنون درمان روانشناختی دریافت نکرده باشد. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از: نتواند برنامه‌های خود را با حضور در جلسات تطبیق دهد و هماهنگ کند. ناتوانی در اجرای تمرین‌های محوله، قصد درمان در حوزه‌های مختلف روان‌درمانی در کلینیک‌های کاردرمانی را داشته باشد. وضعیت جسمانی نامناسبی برای حضور در جلسات داشته باشد. ملاحظات اخلاقی در پژوهش از جمله رعایت حریم خصوصی، رضایت آگاهانه و کمترین احتمال آسیب برای آزمودنی‌ها توسط پژوهشگران رعایت شد (شناسه اخلاق: IR.IAU.B.REC.1397.050). ابزار اندازه‌گیری شامل: پرسشنامه انعطاف‌پذیری شناختی [۱۳] معرفی‌شده و یک ابزار خودگزارشی کوتاه ۲۰ سؤالی است که برای سنجش نوعی از انعطاف‌پذیری شناختی که در موفقیت فرد برای چالش و جایگزینی افکار ناکارآمد با افکار کارآمدتر لازم است، به کار می‌رود [۱۴]. پرسشنامه در مطالعه حاضر، با آلفای کرونباخ ۰/۸۶ می‌باشد. این پرسشنامه ۲۰ عبارت دارد که هر سؤال دارای ۷ گزینه شامل: (کاملاً موافقم، موافقم، تا حدی موافقم، نظری ندارم، تا حدی مخالفم، مخالفم و کاملاً مخالفم) می‌باشد و آزمودنی باید گزینه‌ای را انتخاب کند که بیشتر بیانگر احساسات و نظرات او باشد [۱۳]. مقیاس وسواس فکری-عملی [۱۵] طراحی و ترجمه شد. این ابزار دارای ۱۰ سؤال است که سطح وسواس فکری عملی را می‌سنجد. این پرسشنامه ۵ گزینه‌ای با طیف لیکرت ۰ تا ۴ طراحی شده است که در این پژوهش دارای پایایی ۰/۸۵ بود. کمترین نمره در این آزمون ۰ و نشان‌دهنده عدم وسواس فکری-عملی در آزمودنی و نمره ۴۰ به‌عنوان بالاترین نمره و بازگوکننده علائم و نشانه‌های شدید وسواس جبری در آزمودنی است. کمتر از ۱۰: اختلال وسواس جبری بسیار خفیف؛ ۱۰ تا ۱۵، علائم و نشانه‌های نسبتاً خفیف اختلال وسواس جبری؛ ۱۶ تا ۲۵: علائم و نشانه‌های متوسط اختلال وسواس جبری و بیشتر از ۲۵ علائم و نشانه‌های شدید اختلال وسواس جبری است [۱۵]. قبل از انجام آزمون‌های آماری، لازم است نرمال بودن داده‌های جمع‌آوری شده بررسی شود. برای این کار از آزمون کلموگروف-

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

اسمیرنوف استفاده شد و داده‌ها پس از جمع‌آوری توسط نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۱ پردازش و تحلیل شد. ابتدا آمارهای توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. سپس از تحلیل واریانس جهت بررسی مقایسه میانگین سه گروه استفاده شد. مراحل اجرای جلسات درمانی رویکرد فراشناخت موریتس: درمان مبتنی بر رویکرد فراشناخت موریتس، [۱۴] جلسه داشت که دو جلسه اوّل آن به‌صورت حضوری و سایر جلسات به صورت خودیاری بود و هر جلسه (۴۵ تا ۶۰) دقیقه و هفته‌ای دو جلسه به طول انجامید (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱- جلسات درمان رویکرد فراشناختی موریتس

ردیف	رؤوس مطالب	اهداف
جلسه ۱	آیا افکار منفی طبیعی نیستند؟	هدف شناسایی باورهای فراشناختی غیر منطقی است که نگرانی‌های مربوط به آلودگی، تجاوز و باورهای فرد را فی‌نفسه غیر طبیعی و بد می‌داند.
جلسه ۲	آیا افکار شرورانه باعث بروز رفتار شرورانه می‌شوند؟	هدف شناسایی باورهای فراشناختی غیر منطقی در مورد افکار است که چندان تفاوتی با اعمال ندارند (همگرایی فکر-رفتار)
جلسه ۳	آیا افکار باید از اراده فرد اطاعت کنند؟	هدف شناسایی باورهای فراشناختی غیر منطقی هستند که می‌گویند افکار باید از اراده اطاعت کند.
جلسه ۴	آیا جهان جای ناامنی است؟	هدف شناسایی باورهای فراشناختی غیر منطقی هستند که آسیب‌پذیری شدید و فاجعه‌باری را ایجاد می‌کنند (به‌عنوان مثال تهدید بیش از حد، بدبینی غیر واقعی)
جلسه ۵	آیا افکار باید سرکوب شوند؟	هدف آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای در خلاص شدن از افکار مزاحم به وسیله تکنیک‌های عدم کنترل افکار.
جلسه ۶	آیا هشدارهای هیجانی، نشان‌دهنده خطرات واقعی هستند؟	هدف شناسایی و بررسی باورهای فراشناختی غیر منطقی در مورد اهمیت و ارزش دادن به حالت‌های هیجانی منفی و ناخوشایند است.
جلسه ۷	آیا مبتلا شدن به اختلال وسواس فکری می‌تواند برای همیشه از بین برود؟	تکنیک جدیدی برای آموزش تشخیص و «پاکسازی» اختلال وسواس جبری
جلسه ۸	آیا همیشه من مسؤول هر اتفاق بدی هستم؟	هدف شناسایی و بررسی باورهای شناختی غیر منطقی است که رویدادهای منفی صرفاً به خاطر خود شخص رخ می‌دهند (مسؤولیت‌پذیری اغراق‌آمیز)
جلسه ۹	آیا می‌توان در کارها بسیار خوب و بدون نقص عمل کرد؟ (در افراد کمال‌گرا همواره نیاز به ارتقا نسبت به سطح کنونی وجود دارد.)	هدف شناسایی باورهای شناختی غیر منطقی در مورد این است که باید هر کاری خوب و کامل و بدون نقص انجام شود.
جلسه ۱۰	واقعیت‌گرایی	هدف شناسایی باورهای شناختی در مورد عدم تحمل بلاتکلیفی
جلسه ۱۱	آیا نشخوار فکری به فرد کمک می‌کند؟	هدف تأثیر باورهای شناختی در مورد تأثیر مثبت نشخوار فکری در فرد است
جلسه ۱۲	آیا اختلال وسواس جبری یک بیماری مغزی است؟	سؤال از بیمار در مورد بروز نوع بیماری بیولوژیکی
جلسه ۱۳	آیا من بی‌ارزش هستم؟	هدف شناسایی نگرش‌های ناکارآمد منفی در کمک به بیمارانی که به عزت نفس پایین و افسردگی مبتلا هستند
جلسه ۱۴	آیا من عقلم را از دست داده‌ام؟	هدف ایجاد نگرانی بیش از حد و مبالغه‌آمیز در مورد این‌که بیماران به بیماری وسواس جبری مبتلا هستند و یا این‌که به اسکیزوفرنی مبتلا هستند.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

مراحل اجرای جلسات درمانی رویکرد فراشناختی ولز: درمان مبتنی بر رویکرد فراشناخت ولز، در (۸) جلسه و هر جلسه (۴۵ تا ۶۰) دقیقه و هفته‌ای دو جلسه به طول انجامید (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲- مراحل اجرای جلسات درمانی رویکرد فراشناختی ولز

ردیف	رؤوس مطالب	اهداف
جلسه ۱	معارفه، ارزیابی و گردآوری داده‌هایی چون ماهیت نشانه‌های وسواسی، اعمال آیینی	هدف شناسایی و معرفی هیجان‌ها و ابعاد آن و رابطه‌ی آن‌ها با باورهای فراشناختی
جلسه ۲	معرفی بیماری (اختلال وسواس جبری) به‌عنوان بی‌نظمی هیجانی و ترسیم نمودار فراشناختی آن، معرفی منطق درمان‌شناختی و الگوی فراشناختی (اختلال وسواس جبری)	هدف شناسایی و فراخوانی طرح‌واره‌های منفی و الگوهای فراشناختی منفی
جلسه ۳	آموزش تکنیک فاصله گرفتن از ذهن‌آگاهی	هدف این‌که بیماران یاد بگیرند که با افکار منفی همچون ابری در ذهن خود برخورد کنند، چنان‌چه نیاز به پردازش نداشته باشد.
جلسه ۴	طرح سؤالاتی درباره‌ی سازوکار درآمیختگی افکار	هدف کاهش ناهمخوانی افکار، بازنگری تاریخچه‌ای و تجارب رفتاری.
جلسه ۵	آموزش جهت درگیر شدن با نشخوار فکری، نگرانی تکرارشونده و تضعیف باورهای مربوط و ایجاد سبک سازگارتر فکری و رفتاری	هدف آموزش تکنیک‌های مقابله‌ای در خلاص شدن از افکار مزاحم به‌وسیله تکنیک‌های عدم کنترل افکار.
جلسه ۶	روش‌های تحلیل سود و زیان، آزمایش به تعویق انداختن رفتارهای آیینی روش آموزش توجه (ATT) و تمرکز مجدد توجه موقعیتی (SAR)	هدف کاهش علائم وسواسی در افراد
جلسه ۷	آموزش به بیمار جهت فاصله گرفتن از غنی‌سازی بیش از حدّ ذهن، به تعویق انداختن نگرانی و توسعه‌ی هوشیاری.	هدف اجرای برنامه‌های رفتاری اصلاح توجه، مواجهه و تجارب جلوگیری از پاسخ
جلسه ۸	آماده کردن شرکت‌کنندگان برای اختتام جلسات، اصلاح نشانه‌های توقف و ملاک دانستن، طرح‌ریزی اوّلیه، طرح‌ریزی جایگزین، شناسایی موانع موجود	هدف به کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری. در هر جلسه علاوه بر مرور جلسه و تمرینات جلسه‌ی قبل، تکالیف خانگی نیز داده می‌شود.

نتایج

نتایج این آزمون برای متغیرهای این تحقیق به‌صورت زیر می‌باشد. در این بخش به بررسی فرضیه‌های مطرح‌شده و آزمون آماری مورد استفاده در پژوهش پرداخته می‌شود تا بتوان با تحلیل یافته‌ها، صحت و سقم فرضیات را از نظر آماری مورد بررسی قرار داد. بررسی فرضیات، بین سه گروه (آزمایش رویکرد فراشناخت موریتس، آزمایش رویکرد فراشناخت ولز و کنترل) با سه آزمون (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) انجام شد و پس از مداخله درمانی پس‌آزمون و بعد از یک‌ماه آزمون پیگیری از هر سه گروه به عمل آمد. به‌منظور تجزیه و تحلیل و توصیف داده‌ها از آزمون‌های آمار استنباطی تحلیل کوواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی (Lsd) با سطح معناداری ($P>۰/۰۵$)، جهت پیگیری فرضیه‌ها استفاده شد.

جدول شماره ۳- توزیع فراوانی خصوصیات دموگرافیک نمونه‌های مورد مطالعه

خصوصیت	جزئیات	رویکرد ولز	رویکرد موریتس	گروه گواه
		تعداد(درصد)	تعداد(درصد)	تعداد(درصد)
سن	۲۰-۲۵	۵ (۳۳)	۷ (۵۳)	۸ (۴۷)
	۲۵-۳۰	۱۰ (۶۷)	۸ (۴۷)	۷ (۵۳)
	جمع کل	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)
تحصیلات	دیپلم	۶ (۶۰)	۴ (۲۰)	۴ (۲۷)
	لیسانس	۹ (۴۰)	۱۱ (۸۰)	۱۱ (۷۳)
	جمع کل	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)	۱۵ (۱۰۰)
تعداد فرزندان	۱	۱۱ (۷۳)	۱۰ (۸۷)	۱۰ (۶۷)
	۲	۴ (۲۷)	۵ (۱۳)	۵ (۳۳)
	جمع کل	۱۵ (۷۵)	۱۵ (۷۵)	۳ (۲۵)

با توجه به جدول شماره ۳ مشاهده می‌شود بیشترین درصد سنی نمونه‌ها ۳۰-۲۵ سال؛ بیشترین درصد تحصیلی نمونه‌ها لیسانس؛ و بیشترین درصد تعداد فرزندان نمونه ۱ فرزند بود.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

جدول شماره ۴- آمار توصیفی علائم وسواسی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان خانه‌دار دارای وسواس جبری

متغیر	گروه‌ها		گروه ولز	گروه موریتس	گروه گواه
	شاخص آماری	تعداد			
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	۱۵	۹۹/۵۳±۱۳/۷۸	۹۹/۴±۱۳/۸۵	۹۹/۴±۱۶/۵۱
	پس‌آزمون	۱۵	۱۱۳/۱۳±۱۰/۸۸	۱۱۳±۱۱/۳۳	۹۹/۵۳±۱۳/۷۸
	پیگیری	۱۵	۱۱۲/۵۳±۱۰/۵۷	۱۰۶/۲۶±۱۴/۸۱	۱۰۱/۲۶±۱۶/۲۸
علائم وسواسی	پیش‌آزمون	۱۵	۱۲/۷۳±۷/۹۸	۱۱/۹۳±۸/۶۳	۱۰/۴±۶/۷۴
	پس‌آزمون	۱۵	۴/۵۳±۴/۵۴	۳/۴±۲/۵۲	۱۲/۷۳±۷/۹۸
	پیگیری	۱۵	۴/۶۶±۴/۱۸	۷/۸۶±۸/۳۵	۱۰/۴۶±۶/۷۱

*(P> ۰/۰۵)

نتایج آماره توصیفی علائم وسواسی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری در جدول شماره ۴ نشان داد، میانگین متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به‌ترتیب در گروه درمان ولز (۹۹/۵۳)، (۱۱۳/۱۳) و (۱۱۲/۵۳)، گروه موریتس (۹۹/۴)، (۱۱۳) و (۱۰۶/۲۶) و در گروه گواه (۹۹/۴)، (۹۹/۵۳) و (۱۰۱/۲۶) است که از نظر آماری بین میانگین سه گروه در پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری ندارد (P>۰/۰۵)، بین میانگین پس‌آزمون سه گروه تفاوت معنی‌دار بود (P<۰/۰۵)، میانگین متغیر علائم وسواسی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌ترتیب در گروه درمان ولز (۱۲/۷۳)، (۴/۵۳) و (۴/۶۶)، در گروه موریتس (۱۱/۹۳)، (۳/۴) و (۷/۸۶) و در گروه گواه (۱۰/۴)، (۱۲/۷۳) و (۱۰/۴۶) است که از نظر آماری بین میانگین سه گروه در پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنی‌داری نیست (P>۰/۰۵)، بین میانگین پس‌آزمون سه گروه تفاوت معنی‌دار بود. با توجه به طرح پژوهش حاضر که از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود، برای تحلیل داده‌ها و به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از روش آماری تحلیل کوواریانس چندمتغیره و از آزمون تعقیبی (lsd) برای گروه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. در این نوع تحلیل باید شرط‌های زیر رعایت شود تا بتوان به نتایج منتج‌شده اطمینان کرد. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره، بررسی همسانی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد که بدین‌منظور از آزمون لوون و آزمون ام باکس Box's Test of Equality of Covariance Matrices **استفاده شده است (P>۰/۰۵).**

جدول شماره ۵ - نتایج آزمون همگنی واریانس در علائم وسواسی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان خانه‌دار دارای وسواس جبری

متغیرها	آزمون	F	df1	df2	sig
علائم وسواسی	پیش‌آزمون	۰/۲۹۵	۲	۴۲	۰/۷۴۶
	پس‌آزمون	۳/۲۱۵	۲	۴۲	۰/۰۷۰
	پیگیری	۱/۲۶۶	۲	۴۲	۰/۲۹۲
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	۰/۰۱۴	۲	۴۲	۰/۹۸۶
	پس‌آزمون	۰/۹۵۱	۲	۴۲	۰/۳۹۵
	پیگیری	۰/۰۰۷	۲	۴۲	۰/۹۹۳

جدول شماره ۶- نتایج آزمون آنووا در علائم وسواسی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان خانه‌دار دارای وسواس جبری

متغیر	گروه‌ها		آزمون آنووا	
	شاخص آماری	تعداد	F	sig
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	۱۵	۰/۰۱۱	۰/۹۹۶
	پس‌آزمون	۱۵	۶/۲۹۰*	۰/۰۰۴
	پیگیری	۱۵	۳/۷۳۵*	۰/۱۰۳
علائم وسواسی	پیش‌آزمون	۱۵	۰/۳۴۴	۰/۷۱۱
	پس‌آزمون	۱۵	۱۲/۸۴۵*	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۵	۲/۸۶۷	۰/۰۶۸

با توجه به نتایج جدول شماره ۵ و ۶، نتایج آزمون همگنی واریانس و آزمون آنووا نشان داد که سطح معنی‌داری نمرات متغیرهای علائم وسواسی و انعطاف‌پذیری شناختی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، از سطح خطای ۰/۰۵ بیشتر است (P>۰/۰۵)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که واریانس نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای علائم وسواسی و انعطاف‌پذیری شناختی، همگن (یکسان یا متجانس) هستند. یعنی رویکرد فراشناخت موریتس و رویکرد فراشناخت ولز منجر به کاهش علائم وسواسی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس شدند. این نتایج به‌خوبی بازگو

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

می‌کنند رویکرد فراشناخت موریتس به‌عنوان یک رویکرد نوین آموزش فنون خودیاری در راستای درمان وسواس جبری در زنان خانه‌دار می‌تواند همانند رویکرد درمان فراشناخت ولز مورد استفاده متخصصان قرار گیرد که از نظر هزینه درمان و صرف زمان برای مبتلایان مقرون به صرفه‌تر از روش درمان فراشناخت وسواس جبری ولز است. انعطاف‌پذیری شناختی در زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس جبری شده است. در جدول شماره ۷ به بررسی اثرات هر یک از متغیرها به‌صورت جداگانه در گروه‌های مختلف پرداخته شده است.

جدول شماره ۷- تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

منبع	متغیرهای پس‌آزمون و پیگیری	مجموع مربعات نوع ۳	Df	F	سطح معنی‌داری	اتا
گروه	انعطاف‌پذیری شناختی پس‌آزمون	۱۹۲۰/۳۶۵	۲	۶/۶۳۷*	۰/۰۰۳	۰/۲۴۹
	علائم وسواسی پس‌آزمون	۷۳۱/۵۴۸	۲	۱۱/۶۷۸*	۰/۰۰۱	۰/۳۷۳
	انعطاف‌پذیری شناختی پیگیری	۹۱۴/۴۷۰	۲	۴۵۷/۲۳۵	۰/۱۲۲	۰/۱۰۰
	علائم وسواسی پیگیری	۲۹۲/۱۲۰	۲	۳/۴۶۵*	۰/۰۴۱	۰/۱۴۸

*$P\leq$۰/۰۵

با توجه به جدول شماره ۷ در آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مشاهده شد که سطح معنی‌داری برای متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و علائم وسواسی در پس‌آزمون و علائم وسواسی در پیگیری کمتر از مقدار خطای ($P<$۰/۰۵) و میزان F قوی است که نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار میانگین گروه‌های مورد مطالعه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است و اثربخشی هر دو رویکرد موریتس و ولز را بر انعطاف‌پذیری شناختی و علائم وسواسی تأیید می‌کند. جهت بررسی میزان تفاوت در گروه‌ها برای هر کدام از متغیرها از آزمون تعقیبی (LSD)، برای متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و علائم وسواسی در پس‌آزمون و پیگیری استفاده شده است (جدول شماره ۷).

جدول شماره ۸- نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه تأثیر فراشناخت ولز، موریتس بر انعطاف‌پذیری شناختی و علائم وسواسی نمونه‌ها

متغیر مستقل	گروه I	گروه J	اختلاف میانگین I-J	sig
پس‌آزمون انعطاف‌پذیری شناختی	ولز	موریتس	۰/۳۳۰	۰/۹۴۱
		پیگیری	۱۴/۱۲۸*	۰/۰۰۳
	موریتس	گواه	۱۳/۷۹۸*	۰/۰۰۶
پیگیری انعطاف‌پذیری شناختی	ولز	موریتس	۶/۲۲۰	۰/۲۴۳
		پیگیری	۱۱/۱۰۶*	۰/۰۴۲
	موریتس	گواه	۴/۸۸۷	۰/۳۵۸
پس‌آزمون علائم وسواسی	ولز	موریتس	۱/۲۳۰	۰/۵۸۴
		پیگیری	-۷/۹۳۱*	۰/۰۰۱
	موریتس	گواه	-۹/۱۶۱*	۰/۰۰۱
پیگیری علائم وسواسی	ولز	موریتس	-۳/۳۶۲	۰/۱۶۴
		پیگیری	۶/۲۸۸*	۰/۰۱۲
	موریتس	گواه	۲/۹۲۵	۰/۲۲۶

* $P\leq$۰/۰۵

نتایج آزمون تعقیبی LSD در جدول شماره ۸ نشان داد چون سطح معنی‌داری متغیرهای انعطاف‌پذیری شناختی و علائم وسواسی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه گروه آزمایشی رویکرد فراشناخت موریتس، گروه آزمایشی رویکرد فراشناخت ولز و گروه کنترل، بزرگ‌تر از مقدار خطا ۰/۰۵ می‌باشد ($P>$۰/۰۵) پس نتیجه گرفته می‌شود رویکرد فراشناخت ولز در پس‌آزمون و گروه پیگیری منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش علائم وسواسی زنان خانه‌دار مبتلا به اختلال وسواس جبری شده است، اما تفاوت معناداری با رویکرد ولز در پس‌آزمون و پیگیری ندارد. همچنین نتایج آزمون تعقیبی LSD در جدول شماره ۸ نشان داد

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

رویکرد فراشناخت موریتس در پس‌آزمون منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی و کاهش علائم وسواسی شده است اما در مرحله پیگیری اثربخشی معنادار نبوده است و در نتیجه تفاوت معناداری با رویکرد ولز در پس‌آزمون و پیگیری ندارد ($P>۰/۰۵$).

بحث

نتایج این مطالعه نشان داد رویکرد فراشناخت موریتس و ولز منجر به افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در زنان خانه‌دار مبتلا به اختلال وسواس جبری شده است. در این پژوهش در پس‌آزمون میزان اثربخشی این دو رویکرد تفاوت زیادی با هم نداشت، اما در مرحله پیگیری، میزان تأثیر این دو رویکرد در مقابل گروه گواه متفاوت بود. رویکرد فراشناخت ولز در متغیر انعطاف‌پذیری شناختی در مرحله پیگیری اثر مطلوبی را به جا گذاشته بود. اما رویکرد موریتس با کاهش زیادی نسبت به تغییرات پس‌آزمون روبه‌رو شد و میانگین نمرات آن تفاوت زیادی با میانگین گروه گواه در پیگیری نداشت که از این حیث رویکرد فراشناخت ولز در پیگیری، وضعیت بهتری را برای زنان خانه‌دار مبتلا به وسواس جبری نشان داد. در تبیین این نتایج نیز می‌توان عنوان کرد درمان فراشناختی با توجه به این نظر، افکار منفی در اختلال‌های بر اساس مدل فراشناختی، فرد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی را در پاسخ به یک برانگیزاننده که معمولاً یک فکر، احساس یا میل ناخواسته است، پریشان و مضطرب می‌کنند. افکار ممکن است شامل تردیدها یا سؤال‌ها (مانند «آیا به کسی صدمه زده‌ام؟») یا تصاویر ذهنی مزاحم (مانند تصویر ذهنی عملی جنسی ناخواسته) باشند. احساسات، شامل هیجان‌ها و حالت‌های تنیدگی ظریف یا علائم مرتبط است. امیال ناخواسته شامل تکانه‌هایی برای انجام اعمال ناخواسته، مانند کوبیدن به یک ماشین دیگر در حین رانندگی با سرعت بالا، است. این افکار و تصاویر ذهنی مزاحم، به طوری عادی رخ می‌دهند. در واقع اکثر افراد تجربه‌ی انواع وسواس‌ها را گزارش می‌کنند [۱۶]. به‌عنوان آخرین نتیجه مشخص شد که درمان مبتنی بر رویکرد فراشناخت موریتس و رویکرد فراشناخت ولز بر کاهش علائم وسواسی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی زنان خانه‌دار دارای وسواس جبری مؤثر می‌باشند. هرچند که تاکنون در پژوهشی تأثیر درمان فراشناختی بر انعطاف‌پذیری شناختی به تأیید نرسیده است؛ اما به نظر می‌رسد مطابق با نظریه انعطاف‌پذیری روانشناختی، سلامت روان یعنی پذیرش محیط‌های درونی و بیرونی و تعهد به انجام فعالیت‌هایی که از لحاظ ارزشمندی باثبات هستند. انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌تواند فکر و رفتار فرد را در پاسخ به تغییرات محیطی، سازگار سازد. بر این اساس شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری روانشناختی با بهزیستی روانی و آسیب‌پذیری در طیف گسترده‌ای از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی است، رابطه دارد [۱۷]. علاوه بر انعطاف‌پذیری شناختی، نتایج این مطالعه نشان داد رویکرد فراشناخت موریتس و ولز منجر به کاهش علائم وسواسی در زنان خانه‌دار مبتلا به اختلال وسواس جبری شده است. در این پژوهش در پس‌آزمون و پیگیری میزان اثربخشی این دو رویکرد بر علائم وسواسی نسبت به یکدیگر تفاوت زیادی نداشت. همچنین در علائم وسواسی در مرحله پیگیری مداخله به روش فراشناخت ولز با گروه تفاوت زیادی مشاهده شد که نشان‌دهنده پایین بودن علائم وسواسی در مرحله پیگیری بود. اما رویکرد موریتس با کاهش زیادی نسبت به تغییرات پس‌آزمون در علائم وسواسی روبه‌رو شد و میانگین نمرات علائم وسواسی تفاوت زیادی با میانگین گروه گواه در پیگیری نداشت. با توجه به این‌که افراد دارای اختلالات خلقی با استفاده از نشخوارهای فکری به دنیای درونی خود فرو می‌روند و برای مثال افسردگی خود را تقویت می‌کنند، کسانی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی ندارند به هنگام احساس غم به سمت نشخوار فکری گرایش می‌یابند؛ زیرا به دشواری می‌توانند برای رهایی از چنین احساساتی روش‌های مقابله‌ای جایگزین را بیابند. بنابراین با توجه به این‌که درمان فراشناختی بر کاهش مشکلات ناشی از وسواس جبری مانند نشخوار فکری و باورهای فراشناختی افراد مؤثر است؛ بنابراین می‌تواند از طریق کاهش نشخوار فکر باعث افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در زنان خانه‌دار دارای وسواس جبری شود [۱۸]. در نهایت در مورد عدم تفاوت درمان‌های فراشناختی ذکرشده در این پژوهش باید عنوان داشت واقعیت اثربخشی درمان وسواس جبری با رویکرد فراشناخت موریتس بسیار فراتر از آزمایش‌های کنترل‌شده است و معمولاً با متخصصان ماهر، آموزش‌دیده و بسیار متعهد انجام می‌شود. نرخ جدا شدن بیماران از فرآیند درمانی در شرایط بالینی و استانداردی که برای آن طراحی می‌شود به احتمال زیاد نسبت به شرایط ایده‌آلی که در پژوهش‌های علمی انجام می‌شود، بیشتر است. به‌عنوان مثال، یک مطالعه اسپانیایی گزارش می‌دهد که از ۲۰۳ بیمار (به‌طور عمده اختلالات اضطرابی) در واحد شناختی-رفتاری فقط ۴۳٫۸ درصد در مراحل اوّلیه درمان حضور داشتند [۱۹،۱۱]. محققان حاضر معتقدند که آموزش فراشناختی برای اختلال وسواس جبری، یک رویکرد خودیاری قابل اجرا و مؤثر برای درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری است. تجزیه و تحلیل دقیق نیز نشان داد که وسواس گروه

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

آزمایش بر اساس پرسشنامه باورهای وسواسی و خرده مقیاس افکار وسواسی کاهش معنی‌داری داشته است.

نتیجه‌گیری

در این مطالعه که با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد فراشناخت موریتس و رویکرد فراشناخت ولز بر علائم وسواسی و انعطاف‌پذیری شناختی زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس انجام شد، هر دو رویکرد فراشناخت موریتس و ولز منجر به کاهش علائم وسواسی و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی زنان خانه‌دار دارای اختلال وسواس شدند. این نتایج به‌خوبی بازگو می‌کند هر دو رویکرد منجر به بهبود وضعیت علائم وسواسی و انعطاف‌پذیری شناختی در زنان خانه‌دار مبتلا به اختلال وسواس جبری شده است. نتایج بیان می‌کنند رویکرد فراشناخت موریتس به عنوان یک رویکرد نوین خودیاری در راستای درمان وسواس در زنان خانه دار می‌تواند همانند رویکرد درمان فراشناخت ولز مورد استفاده متخصصان قرار گیرد که از نظر هزینه درمان و صرف زمان برای مبتلایان مقرون به صرفه‌تر از روش درمان فراشناخت وسواس جبری ولز است. پیشنهاد می‌شود متخصصان در زمینه مبتلایان به وسواس جبری که توان صرف هزینه زیاد و حتی حضور در جلسات درمان فراشناخت ولز را ندارند، از کتابچه خودیاری درمان فراشناخت موریتس استفاده کنند تا به نتایج مشابهی دست یابند.

تشکر و قدردانی

نویســندگان از مدیریت محترم مرکز مشاوره رویان و از همــه زنان خانه‌دار داوطلب شرکت‌کننده در این مطالعه صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمایند.

Refrences:

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM5®). American Psychiatric Pub; 2013.
[2] Fairbrother N, Young AH, Zhang A, Janssen P, Antony MM. The prevalence and incidence of perinatal anxiety disorders among women experiencing a medically complicated pregnancy. ***Mental Health*** 2017; 20(2): 311-9.
[3] Tibi L, van Oppen P, van Balkom AJLM, Eikelenboom M, Hendriks GJ, et al. The relationship between cognitions and symptoms in obsessive-compulsive disorder. ***J Affect Disor*** 2018; 225: 495-502.
[4] Goldfarb EV, Froböse MI, Cools R, Phelps EA. Stress and cognitive flexibility: cortisol increases are associated with enhanced updating but impaired switching. ***J Cogn Neuro Sci*** 2017; 29(1): 14-24.
[5] Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive–compulsive disorder: A case series. ***J Behav Ther Psychiatry*** 2008; 39(2): 117-32.
[6] Shareh H, Gharraee B, Atef VMK, Eftekhar M et al. Metacognitive therapy (MCT), fluvoxamine, and combined treatment in improving obsessive-compulsive, depressive and anxiety symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder (OCD). ***Brain Res*** 2010; 935(1-2): 40-6.
[7] Rees CS, van Koesveld KE .An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. ***J Behav Ther*** 2008; 39(4): 451-8.
[8] Moritz S, Von Mühlenen A, Randjbar S, Fricke S, Jelinek L, et al. Evidence for an attentional bias for washing-and checking-relevant stimuli in obsessive–compulsive disorder. ***J Neuro Psychol Society*** 2009; 15(3): 365-71.
[9] Moritz S, Jelinek L, Hauschildt M, Naber D. How to treat the untreated: effectiveness of a self-help metacognitive training program (myMCT) for obsessive-compulsive disorder. ***Dialog Neuro Sci*** 2010; 12(2): 209.
[10] Asl Alavi Paidar S, Khodabakhsh RM, Seyed Abolghasem Comparison of the effectiveness of behavioural-cognitive & behavioural-metacognitive approaches in patients with obsessive-compulsive disorder [OCD]. Tehran. Alzahra University. 2010.
[11] Moritz S, Fink J, Miegel F, Nitsche K, Kraft V, Tonn P, et al. Obsessive–Compulsive Disorder is Characterized by a Lack of Adaptive Coping Rather than an Excess of Maladaptive Coping. ***Cogn Ther Res*** 2018; 42(5): 650-60.
[12] Moritz S, Lysaker PH. Metacognition–what did James H. Flavell really say and the implications for the conceptualization and design of metacognitive interventions. ***Schizophr Res*** 2018; 201: 20-6.
[13] Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Delgado PL, Heninger GR, et al. Efficacy of fluvoxamine in obsessive-compulsive disorder: a double-blind comparison with placebo. ***General Psychiatry*** 2009; 1.279(14): 297-7.
[14] Wells A. Emotional disorders and metacognition: innovative cognitive therapy. New York: John Wiley & Sons; 2002. p. 78-9
[15] Esfahani SR, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahiredin A, Janbozorgi M. Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). ***Iran J Clin Psychol*** 2012; 17(4): 97-8
[16] Goldman LS, Genel M, Bezman RJ, Slanetz PJ. Diagnosis and treatment of attention-

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]

deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. ***JAMA*** 1998; 279(14): 1100-7.
[17] Hauschildt M, Schröder J, Moritz S. Randomized-controlled trial on a novel (meta-) cognitive self-help approach for obsessive-compulsive disorder ("myMCT"). ***J OCD Disor*** 2016; 10: 26-34.
[18] Moritz S, Irshaid S, Beiner A, Hauschildt M, Miegel F. Acceptance and efficacy of a metacognitive self-help intervention in an Arabic-speaking mixed patient sample with depression and/or obsessive–compulsive disorder: A randomized controlled trial. ***J Experi Psychol*** 2019; 10(1): 2043808718820683.
[19] Pascual-Vera B, Roncero M, Doron G, Belloch A, et al. Assisting relapse prevention in OCD using a novel mobile app–based intervention: ***J Menning Clin*** 2018; 8.279(14): 225-4.

[Downloaded from feyz.kaums.ac.ir on 2026-11-23]