

## Meta-analysis comparing the efficacy of Exposure and Response Prevention, Cognitive-Behavior Therapy and Third Wave of Behavior Therapies on Obsessive-Compulsive Disorder

M. Akbari<sup>1</sup> & Z. S. Hosayni<sup>2</sup>

1. \*Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Kharazmi University, Tehran, Iran

2. M.A. of Psychology, Zanjan University, Zanjan, Iran

### Abstract

**Aim:** The purpose of this study was to compare the efficacy of Exposure and Response Prevention Therapy (ERP), Cognitive-Behavior Therapy (CBT) and Third-Wave Behavior Therapies on Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) in Iranian population. **Method:** The research method was a meta-analysis and the statistical population of all researches conducted in Iran between 2005 and 2017 was 58 studies that among them, 34 studies were selected according to the inclusion and exclusion criteria as the research sample and finally reported 13 effect sizes for ERP, 19 effect sizes for CBT and 12 effect sizes for Third-Wave Behavior Therapies. The effect size index was the standardized mean difference also statistical analysis was done by comprehensive meta-analysis software. **Results:** The results showed that ERP ( $d= 1.815, P= 0.05$ ), CBT ( $d= 1.542, P= 0.05$ ) and Third-Wave Behavior Therapies ( $d= 1.688, P= 0.05$ ) had been effective for OCD. In addition, study of type of treatment as a moderating variable didn't show significant difference. **Conclusions:** Based on the findings of this meta-analysis, it can be concluded that exposure is the most important therapeutic process in the treatment of OCD which it is an essential component in all three therapeutic approaches, and probably adding cognitive, mindfulness and acceptance components will not significantly contribute to the efficacy of behavioral therapy based on ERP in Iranian patients with OCD.

**Key words:** *behavior, cognitive, exposure, meta-analysis, obsessive-compulsive, response prevention, third wave*

**Citation:** Akbari, M., & Hosayni, Z. S. (2019). Meta-analysis comparing the efficacy of Exposure and Response prevention, Cognitive-Behavior Therapy and Third Wave of Behavior Therapies on Obsessive-Compulsive Disorder. *Quarterly of Applied Psychology*, 12(4): 473-490.

Received: 29 April 2018  
Accepted: 23 November 2018

Corresponding author:  
M.akbari@khu.ac.ir

## فرا تحلیل مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، درمان شناختی-رفتاری و درمان‌های موج سوم رفتاری در اختلال وسواسی-اجباری

مهدی اکبری<sup>۱</sup> و زهراسادات حسینی<sup>۲</sup>

\*۱. استادیار گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران  
۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه زنجان، ایران

### چکیده

**هدف:** پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، درمان شناختی-رفتاری و درمان‌های موج سوم رفتاری بر اختلال وسواسی-اجباری در جامعه ایرانی بود. **روش:** روش پژوهش فرا تحلیل و جامعه آماری شامل پژوهش‌های انجام شده در ایران بین سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۶ به تعداد ۵۸ پژوهش بود که از میان آن‌ها ۳۴ پژوهش با توجه به ملاک‌های ورود و خروج به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب و در نهایت ۱۳ اندازه اثر برای درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، ۱۹ اندازه اثر برای درمان شناختی-رفتاری و ۱۲ اندازه اثر برای درمان‌های موج سوم رفتاری گزارش شد. مقیاس اندازه اثر تفاوت میانگین معیار بود و تحلیل آماری با نرم افزار جامع فرا تحلیل انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که شیوه‌های مداخله‌ای مواجهه و پیشگیری از پاسخ ( $d = 1/815$ ،  $P = 0/05$ )، شناختی-رفتاری ( $d = 1/542$ )،  $P = 0/05$  و موج سوم رفتاری ( $d = 1/688$ )،  $P = 0/05$  در درمان اختلال وسواسی-اجباری مؤثر بوده‌اند. بررسی متغیر نوع درمان، به‌عنوان متغیر تعدیل کننده نشان داد که تفاوت بین درمان‌های مورد استفاده در پژوهش معنادار نیست. **نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های فرا تحلیل حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که مهم‌ترین فرایند درمانی در درمان اختلال وسواسی-اجباری، مواجهه است که جزء مؤلفه اساسی هر سه رویکرد درمانی محسوب می‌شود و احتمالاً اضافه کردن مؤلفه‌های شناختی، ذهن آگاهی و پذیرش خیلی به تقویت اثربخشی درمان رفتاری مبتنی بر مواجهه و پیشگیری از پاسخ در درمان بیماران ایرانی دچار اختلال وسواسی-اجباری منجر نمی‌شود.

**کلیدواژه‌ها:** پیشگیری از پاسخ، رفتاری، شناختی، فرا تحلیل، مواجهه، موج سوم، وسواسی-اجباری

استناد به این مقاله: اکبری، مهدی، و حسینی، زهرا سادات. (۱۳۹۷). فرا تحلیل مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، درمان شناختی-رفتاری و درمان‌های موج سوم در درمان اختلال وسواسی-اجباری. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۲(۴ پیایی ۴۸): ۴۹۰-۴۷۳.

## مقدمه

پژوهش‌های همه‌گیرشناسی اخیر، نرخ شیوع سالانه اختلال وسواسی-اجباری<sup>۱</sup> را بین ۱/۲ درصد و نرخ شیوع در طول عمر را بین ۲/۳ درصد برآورد کرده‌اند (اوسلند، آرنولد و پرینگشین، ۲۰۱۸). اختلال وسواسی-اجباری، بدون درمان، سیری مزمن دارد (مارکس، ویسبرگ، دیک و کلا، ۲۰۱۱) و با آسیب جدی در عملکرد کلی (مرکرین، لارسون، آلد، بلدوین، گود و همکاران، ۲۰۱۰؛ استروچ، آبرامویچ و کلی، ۲۰۰۹)، کیفیت زندگی پایین (فونتتل، فونتتل، برگس، پرازرس، رنج و همکاران، ۲۰۱۰) و سوء مصرف مواد (مانسبو، گرانت، پینتو، ایسن و راسموزن، ۲۰۰۹) همراه است. لذا در چنین شرایطی، لزوم شیوه‌های درمانی اثربخش به منظور بهبود افرادی که از علائم اختلال وسواسی-اجباری رنج می‌برند؛ ضروری است.

مروری بر پژوهش‌های انجام شده در چند دهه اخیر در حوزه درمان‌های روان‌شناختی اختلال وسواسی-اجباری نشان می‌دهد که از بین درمان‌های غیردارویی، درمان رفتاری مواجهه و پیشگیری از پاسخ<sup>۲</sup> و درمان شناختی-رفتاری<sup>۳</sup> برای درمان اختلال وسواسی-اجباری از اثربخشی بالایی برخوردارند و تقریباً بین ۶۰ تا ۸۵ درصد بیماران اختلال وسواسی-اجباری پس از دوره کامل درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، بهبود قابل توجهی را نشان می‌دهند (پودا، سوسیو و آردلین، ۲۰۰۹). اما این درمان محدودیت‌هایی نیز دارد. از جمله اینکه حدود ۵ تا ۲۲ درصد بیماران اختلال وسواسی-اجباری از شروع درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ خودداری می‌کنند (توهیگ، هیز، پلامب، پرویت، کولینز و همکاران، ۲۰۱۰) و تقریباً ۲۵ درصد بیماران، درمان را قبل از اتمام ترک می‌کنند (آبراموویتز، لاکو و ویتون، ۲۰۰۹). همچنین به‌طور تقریبی ۳۰ تا ۴۰ درصد بیماران وسواسی پاسخ ضعیفی به درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ می‌دهند (ماهر، هوپرت، چن، دونان، فونا و همکاران، ۲۰۱۰) و تنها ۲۵ درصد بیماران بهبودی کامل را پس از درمان با روش مواجهه و پیشگیری از پاسخ، تجربه می‌کنند.

در پاسخ به این محدودیت‌ها، رویکردهای شناختی-رفتاری در تبیین اختلال وسواسی-اجباری موفقیت چشمگیری داشته‌اند (تورپ، داهل، کارفدینسون، تومسن، والدرهاگ و همکاران، ۲۰۱۵). با وجود این، میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در مقایسه با اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ چه به تنهایی یا در ترکیب با درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، در بهبود علائم اختلال وسواسی-اجباری بهتر نیست (روسا-آلکازار، سالچز-مکا، گومز-کנסا و مارین-مارتینز، ۲۰۰۸). بنابراین، به‌رغم وجود درمان‌های بسیار موثر در کاهش علائم بیماران دچار اختلال

1. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)
2. Exposure and Response Prevention (ERP)
3. Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)

وسواسی-اجباری، هنوز بیماران زیادی به این درمان‌ها پاسخ نداده‌اند و همچنان از علائم باقیمانده اختلال خود رنج می‌برند. در چنین شرایطی، رویکردهای درمانی جدیدی برای این بیماران لازم است.

درمان‌های مرسوم به موج سوم رفتار درمانی پیش قراول این نگاه تازه به درمان اختلال وسواسی-اجباری است. جهت‌گیری اصلی این درمان‌ها این است که برخلاف رویکردهای شناختی رفتاری که بر تغییر محتوای افکار بیماران اختلال وسواسی-اجباری متمرکز است؛ بر فرایند افکار و ارتباط افراد با افکارشان تمرکز می‌کند (کال، وینتر و شرایگر، ۲۰۱۲). به‌تازگی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۱</sup> یکی از شیوه‌های درمانی جدید و نوید بخشی است که در چارچوب این رویکرد برای بهبود اثربخشی بیماران دچار اختلال وسواسی-اجباری مطرح شده است (هیز، استروساهل، و ویلسون، ۲۰۱۱). از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مفاهیمی چون اجتناب تجربه‌ای، همجوشی شناختی و کاهش خزانه رفتاری فرد به‌دلیل پیروی از قواعد کلامی مرتبط با افکار وسواسی و عواطف منفی در شکل-گیری و تداوم اختلال وسواسی-اجباری نقش مهمی را ایفا می‌کنند. بنابراین هدف از رویکرد پذیرش و تعهد در درمان اختلال وسواسی-اجباری کمک به بیمار برای ایجاد ارتباط جدید با افکار وسواسی و احساسات اضطراب برانگیز است تا او بتواند وسواس فکری را فقط به‌صورت فکر و اضطرابش را به‌صورت هیجان تجربه نماید (توهیگ، آبرامویست، بلوئت، فابریکانت، جاکوبی و همکاران، ۲۰۱۵). یکی دیگر از درمان‌های موج سوم، فراشناخت درمانی<sup>۲</sup> است که بر تغییر راهبردهایی تأکید دارد که بیماران به‌کار بگیرند تا بتوانند به رفتار خود جهت دهند. این رویکرد بر نشانه‌ها و معیارهای ناکارآمد درونی که فرد برای توقف اعمال وسواسی به‌کار می‌برد؛ تأکید می‌کند. از دیدگاه فراشناختی، تداوم این اختلال به این صورت است که ابتدا فعال شدن باورهای فراشناختی ناکارآمد باعث می‌شود که فرد فراشناخت‌واره‌های مزاحم را به‌عنوان نشانه‌های از خطر به‌صورت منفی ارزیابی کند. ارزیابی منفی فراشناخت‌واره‌های مزاحم به نوبه خود منجر به بروز هیجان‌های منفی شدیدی می‌شود که اغلب به شکل اضطراب تجربه می‌شود. وقتی شناخت‌واره‌های مزاحم به‌صورت منفی ارزیابی شوند؛ باورهای فرد درباره آیین‌مندی‌ها فعال می‌شوند و فرد مشغول انجام رفتارهای آیین‌مند و خنثی ساز می‌شود تا خطر تهدید را کاهش دهد (فیشر و ولز، ۲۰۰۸).

شناخت درمانی مبتنی بر توجه آگاهی<sup>۳</sup> (هرتستان، روس، وودرهولزر، هیدنریچ، نیسن و همکاران، ۲۰۱۲) نیز از جمله درمان‌های موج سوم است که برای درمان اختلال وسواسی-اجباری به‌کار گرفته می‌شود. این درمان رویکرد متفاوتی را در رابطه با علائم خستگی، اضطراب‌ها و وسواس

1. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)
2. Metacognitive Therapy
3. Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT)

پیشنهاد کرده است (طاهری و سجادیان، ۱۳۹۶؛ محمدی شیرمحلّه، جمهری، کراسکیان و ملیحی الذاکرینی، ۱۳۹۵) که متفاوت از رویکردهای شناختی-رفتاری سنتی است. فنون این درمان به بیماران وسواسی کمک می‌کند تا در موقعیت‌های مختلف و به‌ویژه زمانیکه حملات وسواس به شکل مرور افکار یا اجبار در انجام اعمالی خاص، بیمار را تحت فشار قرار می‌دهد؛ ذهن خود را به پدیده‌های دیگری معطوف و به‌واسطه تمرکز بر حالت‌های احساسی و جسمانی سدی در مقابل نشخوارها و اعمال تکرارشونده ایجاد کند.

مرور پژوهش‌های انجام شده در زمینه اثربخشی هر سه نسل درمان‌های رفتاری حاکی از اثربخشی آن‌ها دارد. اما لازم به ذکر است که هر یک از درمان‌های نسل دوم و سوم رفتاری در پاسخ به محدودیت‌های درمان‌های قبلی و افزایش اثربخشی مطرح شده‌اند؛ بنابراین سیر تحولی این درمان‌ها از افزایش اثربخشی این درمان‌ها حمایت می‌کند. برای بررسی این ادعا که در بین این سه نسل از درمان‌های رفتاری، کدامیک از آن‌ها در درمان جمعیت مبتلایان کشورمان به اختلال وسواسی-اجباری از اثربخشی بیشتری برخوردار است؛ انجام یک فراتحلیل، به شفاف سازی مقدار واقعی تأثیر این رویکردها بر کاهش علائم وسواسی-اجباری در ایران و مقایسه میزان اثربخشی آن‌ها کمک شایانی خواهد کرد. بر همین اساس، در پژوهش حاضر میزان اثربخشی سه نسل از درمان‌های رفتاری در قالب فراتحلیل مقایسه و فرضیه‌های زیر آزمون شد.

۱. درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری در پژوهش‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۶ موثر بوده است.
۲. درمان شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری در پژوهش‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۶ موثر بوده است.
۳. درمان‌های مرسوم به موج سوم بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری در پژوهش‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۶ موثر بوده است.
۴. میزان اثربخشی درمان‌های مواجهه و پیشگیری از پاسخ، درمان شناختی-رفتاری و درمان‌های موج سوم بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری در پژوهش‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۶ تفاوت دارد.

## روش

روش پژوهش با توجه به هدف فراتحلیل بود. فراتحلیل با ترکیب و تلفیق یافته‌های کمی حاصل از مجموعه‌ای از پژوهش‌های مرتبط با موضوع می‌تواند؛ سازماندهی نتایج را ممکن سازد (بورنستین، هجز، هیجین و روزنتال، ۲۰۰۹). در این روش ابتدا لازم است که به منظور جمع‌آوری پژوهش‌های

مورد نیاز جستجویی گسترده صورت پذیرد و پس از آن با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، پژوهش‌های مورد قبول انتخاب و در انتها اندازه اثر تکی هر پژوهش و اندازه اثر ترکیبی پژوهش‌های پیشین محاسبه و گزارش می‌شود. جامعه آماری این پژوهش شامل همه پژوهش‌های انجام شده بین سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۶ به تعداد ۵۸ پژوهش بود که اثربخشی درمان‌های مواجهه و جلوگیری از پاسخ، درمان شناختی-رفتاری و درمان‌ها موج سوم از جمله درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، توجه آگاهی و فراشناخت درمانی را بر اختلال وسواسی-اجباری بررسی کرده بودند. از میان آنها ۳۴ پژوهش با توجه به ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شد. برای جستجوی پژوهش‌های مورد نیاز از کلیدواژه‌هایی مثل مواجهه، جلوگیری از پاسخ، شناختی-رفتاری، پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، توجه آگاهی، فراشناخت درمانی، وسواسی-اجباری، وسواس فکری-عملی و دارو درمانی استفاده شد. ملاک‌های ورود به مطالعه حاضر، پژوهش‌های دارای طرح آزمایشی کامل، شبه آزمایشی یا نیمه آزمایشی، اجرا در نمونه بزرگسال، داشتن دست کم ۶ آزمودنی در هر گروه، گزارش اندازه اثر یا اطلاعات لازم برای محاسبه آن، چاپ یا ارائه اثر، اجرا بین سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۶ در نمونه‌های ایرانی و گزارش در نشریه‌ها و همایش‌ها بود و ملاک‌های خروج نیز شامل استفاده از ابزار پژوهش نامعتبر نظیر ابزار پژوهشگر ساخته، عدم بررسی و گزارش روایی و اعتبار ابزار، غیر کمی بودن نظیر مصاحبه یا مشاهده و مشخص نکردن شیوه اجرایی برای اطمینان از روش درمانی به کار رفته بود.

## ابزار پژوهش

ابزار و منابع جستجو در این پژوهش شامل منابع پژوهشگاه علوم و فناوری اطلاعات ایران، پایگاه اطلاعات علمی جهاد دانشگاهی، بانک اطلاعات نشریات کشور، سیویلیکا و جستجوگر گوگل بود. شیوه اجرا. برای جمع‌آوری اطلاعات لازم، از فهرست بازبینی تحلیل محتوا و برای تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش‌های گزیده شده از نرم افزار جامع فراتحلیل<sup>۱</sup> که به منظور انجام پژوهش‌های فراتحلیل طراحی شده است (بورنستین و همکاران، ۲۰۰۵) و برای محاسبه اندازه اثر از شاخص «d»، برای بررسی سوگیری انتشار از روش نمودار قیفی<sup>۲</sup>، برای تعیین تعداد پژوهش‌های گم شده از آزمون N ایمن از خطا (بورنستین و همکاران، ۲۰۰۹) و برای مطالعه متغیر تعدیل کننده از آزمون ناهمگونی استفاده شد. در فراتحلیل برای ترکیب و تحلیل نتایج دو رویکرد شامل الگوی اثرهای ثابت و الگوی اثرهای تصادفی وجود دارد که هر یک بر اساس ماهیت پژوهش‌های به کار گرفته شده انتخاب می‌شود. در پژوهش حاضر بر اساس نظر بورنستین و همکاران (۲۰۰۹) به دلیل

1. Comprehensive Meta-Analysis (CMA.2)
2. Funnel Plot

اینکه توزیعی از اندازه اثرها وجود داشت؛ از الگوی اثرهای تصادفی استفاده و اطلاعات سند شناختی هر مطالعه و اندازه اثر مربوط به آن در مقیاس تفاوت میانگین معیار (d) آن‌ها گزارش شد.

## یافته‌ها

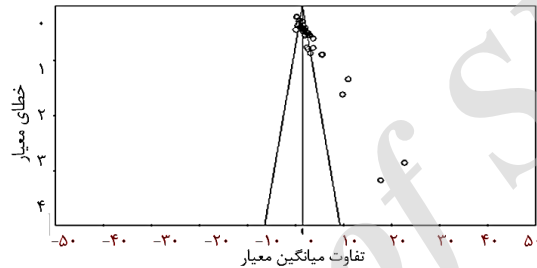
در این پژوهش با توجه به این موضوع که در برخی از پژوهش‌ها زیرمقیاس‌های وسواسی-اجباری نیز گزارش شده بود؛ در مجموع تعداد ۸۲ اندازه اثر حاصل شد.

جدول ۱. اطلاعات توصیفی پژوهش‌های فراتحلیل شده به همراه اندازه اثر هر پژوهش

اندازه اثر	ردیف/نوع درمان	اندازه اثر	ردیف/نوع درمان	اندازه اثر	ردیف/نوع درمان
۱/۷۸۵	۵۷. شناختی	۰/۲۸۴	۲۹. شناختی	۱/۴۹	۱. مواجهه
۲/۶۴۹	۵۸. پذیرش	۱/۰۹۵	۳۰. شناختی	۰/۱۴۳	۲. مواجهه
۰/۶۹۳	۵۹. پذیرش	۱/۰۹۵	۳۱. شناختی	۹/۸۵	۳. مواجهه
۰/۳۳۹	۶۰. پذیرش	۱/۰۹۵	۳۲. شناختی	۱/۰۵	۴. مواجهه
۱/۷۲۰	۶۱. پذیرش	۰/۷۴۵	۳۳. شناختی	۱/۶۰	۵. مواجهه
۱/۱۴۷	۶۲. پذیرش	۱/۴۵۵	۳۴. شناختی	۲/۷۰	۶. مواجهه
۱/۲۶۸	۶۳. پذیرش	۲/۳۹۹	۳۵. شناختی	۲/۴۴	۷. مواجهه
۳/۱۵۲	۶۴. ذهن آگاهی	۲/۰۷۹	۳۶. شناختی	۲۲/۷۴	۸. مواجهه
۱/۷۵۱	۶۵. ذهن آگاهی	۱/۰۵۸	۳۷. شناختی	۲/۰۰	۹. مواجهه
۰/۵۰۹	۶۶. ذهن آگاهی	۱/۱۴۳	۳۸. شناختی	۱/۱۲	۱۰. مواجهه
۱/۶۲۹	۶۷. ذهن آگاهی	۱/۱۶۵	۳۹. شناختی	۲/۱۲	۱۱. مواجهه
۲/۰۸۴	۶۸. ذهن آگاهی	۱/۵۹۵	۴۰. شناختی	۰/۰۲	۱۲. مواجهه
۰/۹۶۵	۶۹. ذهن آگاهی	۲/۰۵۵	۴۱. شناختی	۰/۷۳	۱۳. مواجهه
۱/۴۹۹	۷۰. ذهن آگاهی	۳/۰۲۲	۴۲. شناختی	۲/۷۶	۱۴. مواجهه
۱/۱۶۹	۷۱. ذهن آگاهی	۲/۲۰۱	۴۳. شناختی	۲/۰۵	۱۵. مواجهه
۳/۷۰۴	۷۲. ذهن آگاهی	۳/۲۳۷	۴۴. شناختی	۱/۸۴	۱۶. مواجهه
۱/۲۰۶	۷۳. ذهن آگاهی	۱/۳۴۲	۴۵. شناختی	۱/۶۸	۱۷. مواجهه
۴/۱۱۴	۷۴. ذهن آگاهی	۱/۳۴۲	۴۶. شناختی	۳/۷۴	۱۸. مواجهه
۱/۰۱۱	۷۵. ذهن آگاهی	۳/۳۶۲	۴۷. شناختی	۱/۹۹	۱۹. مواجهه
۱/۴۴۰	۷۶. فراشناخت	۰/۰۰۰۱	۴۸. شناختی	۵/۵۱	۲۰. شناختی
۰/۰۰۰۱	۷۷. فراشناخت	۰/۵۸۴	۴۹. شناختی	۲/۸۹	۲۱. شناختی
۱/۱۴۵	۷۸. فراشناخت	۲/۰۰۴	۵۰. شناختی	۰/۷۹	۲۲. شناختی
۰/۷۰۶	۷۹. فراشناخت	۱/۵۱۰	۵۱. شناختی	۱/۳۹	۲۳. شناختی
۱/۷۰	۸۰. فراشناخت	۱/۸۵۰	۵۲. شناختی	۵/۶۷	۲۴. شناختی
۱۱/۰۲	۸۱. فراشناخت	۱/۵۷۲	۵۳. شناختی	۷/۰۲۲	۲۵. شناختی
۱۷/۷۶	۸۲. فراشناخت	۲/۱۶۶	۵۴. شناختی	۱/۷۲	۲۶. شناختی
		۲/۳۹۵	۵۵. شناختی	۰/۳۷	۲۷. شناختی
		۳/۱۸۲	۵۶. شناختی	۱/۴۰	۲۸. شناختی

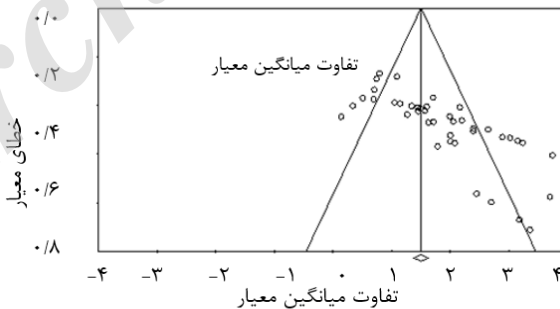
جدول ۱ اندازه اثرهای پژوهش‌های به کار گرفته شده در این پژوهش را به تفکیک روش درمانی نشان می‌دهد. اندازه اثرهای گزارش شده بین ۰/۰۰۰۱ و ۲۲/۷۴ است. همچنین اندازه اثر مربوط به پژوهش‌های نمونه به تفکیک پارامترهای پرسشنامه‌ها در قالب نمره کل، وسواس فکری، وسواس

عملی، تردید، واریسی، شست و شو، کندی و تکرار و آلودگی در پیوست آمده است. از سوی دیگر به دلیل اینکه تمامی پژوهش‌های نمونه، اندازه اثرها را به تفکیک پارامترها مشخص نکرده بودند؛ تنها ۵۱ اندازه اثر که در قالب نمره کل، وسواس عملی و وسواس فکری مطرح شده بودند؛ در پژوهش حاضر به کار گرفته شد. یکی از آزمون‌های مهم در هر فرا تحلیل، بررسی سوگیری انتشار است. سوگیری انتشار در فرا تحلیل ناشی از این موضوع است که احتمال انتشار نتایج پژوهش‌های دارای معناداری مثبت، نسبت به سایر پژوهش‌ها بیشتر است؛ به این منظور از نمودار کیفی استفاده شد. وجود متقارن در نمودار کیفی دال بر عدم وجود سوگیری خواهد بود. نمودار کیفی پژوهش حاضر در شکل ۱ نمایش داده شده است.



شکل ۱. نمودار کیفی قبل از تحلیل حساسیت

شکل ۱ نشان می‌دهد که چند پژوهش با اندازه اثر بالا منجر به عدم تقارن نمودار کیفی شده است. برای کاهش عدم تقارن از روش تحلیل حساسیت استفاده و در این راستا از ۵۱ اندازه اثر اولیه، مقادیر بالای ۴/۵ به‌عنوان داده‌های پرت شامل پژوهش‌های شماره ۳، ۸، ۲۰، ۲۴، ۲۵، ۸۱ و ۸۲، از تحلیل کنار گذاشته شد و نمودار کیفی به‌طور نسبی بهبود یافت و در شکل ۲ ارائه شد.



شکل ۲. نمودار کیفی بعد از تحلیل حساسیت

در شکل ۲ با حذف پژوهش‌هایی که اندازه اثرهای بالایی گزارش داده بودند؛ سوگیری به‌صورت قابل توجهی کاهش یافته است که این موجب افزایش اعتبار یافته‌های مطالعه حاضر می‌شود.



جدول ۲. شاخص N ایمن از خطا

۲۴/۸۳۸۵۸	مقدار Z برای مطالعات مشاهده شده
۰/۰۰۰۰۱	مقدار P برای مطالعات مشاهده شده
۰/۰۵	آلفا
۲	باقیمانده (دنباله)
۱/۹۵۹۹۶	Z برای آلفا
۴۴	تعداد مطالعات مشاهده شده
۷۰۹۴	تعداد مطالعات گمشده‌ای که مقدار P را به آلفا می‌رساند

در جدول ۲ پس از بررسی شاخص N ایمن از خطا مشخص شد که اندازه اثر ترکیبی محاسبه شده، پس از ورود ۷۰۹۴ پژوهش با اندازه اثر صفر به پژوهش‌های حاضر، معنادار نخواهد بود. این تعداد بالا نشان می‌دهد که اندازه اثر فراتحلیل حاضر از اطمینان بالایی برخوردار است.

جدول ۳. شاخص‌های ناهمگونی بر حسب متغیر نوع درمان

نوع درمان	Q	درجه آزادی	مجذور I
درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ	۴۱/۸۰۵*	۱۲	۷۱/۲۹۵
درمان شناختی-رفتاری	۸۷/۶۵۹*	۱۸	۷۹/۴۶۶
درمان‌های رفتاری موج سوم	۳۹/۲۴۷*	۱۱	۷۱/۹۷۲

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

همانطور که جدول ۳ نشان می‌دهد؛ مقدار Q برای کل ۴۴ اندازه اثر در نظر گرفته شده، ۱۸۲/۸۷۸ است که با درجه آزادی ۴۳ در سطح خطای کمتر از ۰/۰۵ معنادار است. مقدار مجذور I نیز ۷۶/۴۸۷ محاسبه شده است. مقدار هر دو پارامتر نشان می‌دهد که ناهمگونی در پژوهش‌های فوق بسیار بالا است. وجود ناهمگونی دلایل مختلفی دارد. یکی از آن‌ها ممکن است؛ وجود متغیر تعدیل‌کننده باشد که شناسایی آن در پژوهش‌های فراتحلیل از ارزش بالایی برخوردار است. در فراتحلیل حاضر اثربخشی سه درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، درمان شناختی-رفتاری و درمان‌های موج سوم بررسی شد. بنابراین متغیر نوع درمان می‌تواند که یکی از عوامل بالا بودن مقدار ناهمگونی Q باشد. از میان ۴۴ اندازه اثر حاضر، ۱۳ اندازه اثر مربوط به درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، ۱۹ اندازه اثر مربوط به درمان شناختی-رفتاری و ۱۲ اندازه اثر مربوط به درمان‌های موج سوم بود. میزان ناهمگونی با توجه به مقادیر Q گزارش شده در جدول ۳ کاهش یافته است؛ اما همچنان ناهمگونی از لحاظ آماری معنادار است و با توجه به کمبود اطلاعات پژوهش‌های صورت گرفته بررسی دیگر متغیرهای تعدیل‌کننده ممکن نبود. با توجه به وجود ناهمگونی در اندازه‌های اثر و با توجه به فرض الگوی اثرات تصادفی برای ترکیب اندازه اثرها در این

فرا تحلیل، از الگوی اثرات تصادفی استفاده و نتیجه تحلیل اندازه اثر ترکیبی بر حسب نوع درمان در جدول ۴ ارائه شد.

جدول ۴. اندازه اثر ترکیبی الگوی تصادفی درمان‌های مواجهه و پیشگیری از پاسخ، درمان

شناختی-رفتاری و درمان‌های موج سوم بر اختلال وسواسی-اجباری

مقدار Z	فاصله اطمینان درصد ۹۵		اندازه اثر ترکیبی	تعداد اندازه اثر	روش
	حد پایین	حد پایین			
۷/۳۹۵۱	۲/۳۰۳	۱/۳۲۸	۱/۸۱۵**	۱۳	درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ
۸/۲۹۱۲	۱/۹۰۶	۱/۱۷۷	۱/۵۴۲**	۱۹	درمان شناختی-رفتاری
۷/۱۴۲۳	۲/۱۵۱	۱/۲۲۵	۱/۶۸۸**	۱۲	درمان‌های رفتاری موج سوم
۱۳/۱۲۱	۱/۹	۱/۴۰۶	۱/۶۵۳**	۴۴	کل

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$

جدول ۴ نشان می‌دهد که از لحاظ آماری هر سه درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، درمان شناختی-رفتاری و درمان‌های موج سوم در کاهش علائم اختلال وسواسی-اجباری به‌طور معنادار موثر هستند. همچنین با استفاده از آزمون همگونی اندازه اثر Q بین گروهی، معنادار بودن تفاوت موجود اندازه اثرهای ترکیبی مداخله‌های فوق بر ناپهنجاری وسواسی-اجباری بررسی شد که معنادار نبود ( $Q = 0.1807, P = 0.688, df = 2$ ). بنابراین با توجه به یافته حاضر می‌توان نتیجه گرفت که در کاهش علائم وسواسی-اجباری هیچ‌یک از سه درمان فوق بر دیگری برتری ندارد. در ادامه برای بررسی معناداری تفاوت مشاهده شده بین اندازه اثرهای ترکیبی درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر توجه آگاهی و فراشناخت درمانی هر یک با ۴ اندازه اثر در حوزه درمان‌های موج سوم، در فرا تحلیل حاضر نیز از آزمون همگونی اندازه اثر Q بین گروهی استفاده شد. نتیجه حاصل از این ارزیابی نیز عدم وجود تفاوت معنادار بین درمان‌های فوق را نشان داد ( $Q = 0.732, P = 0.694$ ). لازم به ذکر است که به‌علت تعداد کم پژوهش در زمینه درمان‌های مذکور ممکن است که یافته حاصل از این بررسی با خطا همراه باشد.

### بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش به منظور سازماندهی و جمع‌بندی یافته‌های پیشین در زمینه تعیین اندازه اثر درمان‌های مواجهه و جلوگیری از پاسخ، درمان شناختی-رفتاری و درمان‌های موج سوم بر کاهش نشانه‌ها و علائم اختلال وسواسی-اجباری و مقایسه میزان اثربخشی درمان‌های یاد شده از روش فرا تحلیل استفاده شد. نتایج حاصل از این فرا تحلیل نشان داد که مداخله‌های مواجهه و پیشگیری از پاسخ، درمان شناختی-رفتاری و درمان‌های موج سوم به‌طور معناداری در کاهش علائم اختلال

وسواسی-اجباری موثرند و طبق معیار کوهن ۱۹۸۶ از اندازه اثرهای بالایی برخوردارند. همچنین مشخص شد که از لحاظ آماری تفاوت بین سه درمان یاد شده در بهبود اختلال وسواسی-اجباری معنادار نیست. یافته‌های حاصل از این فراتحلیل در حوزه رفتار درمانی مواجهه و پیشگیری از پاسخ و درمان شناختی-رفتاری با نتایج پژوهش‌های اوست، هاوانین، هنسین و کوال (۲۰۱۵)، جانسون و هوگارد (۲۰۰۹)، روزا-آلکازا و همکاران (۲۰۰۸)، اولانتوجی، داویس، پاورس و اسمیت (۲۰۱۳) و اسدی، شیر علی پور، شکوری و محمدخانی (۱۳۹۱) همخوان است.

در پژوهش اوست (۲۰۱۵)، میزان اثربخشی درمان‌های مواجهه و پیشگیری از پاسخ و درمان شناختی-رفتاری بر بهبود اختلال وسواسی-اجباری در قالب فراتحلیل و بر اساس پژوهش‌های منتشرشده بین سال‌های ۱۹۹۳ تا ۲۰۱۴ بررسی شده بود و اندازه اثر درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ و درمان شناختی-رفتاری در مقیاس  $g$  هجز به ترتیب برابر با ۲/۰۶ و ۱/۳۱ و تفاوت موجود بین اندازه اثر دو درمان یاد شده فاقد معناداری گزارش شده بود. همچنین در پژوهش جانسون و هوگارد (۲۰۰۹) تاثیر درمان گروهی دو رویکرد درمانی مواجهه و جلوگیری از پاسخ و درمان شناختی-رفتاری بر بهبود علائم اختلال وسواسی-اجباری به صورت فراتحلیل بررسی شد. طبق نتایج گزارش شده، درمان گروهی یاد شده در کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری با اندازه اثر ۱/۱۲ موثر بوده است. در پژوهش روزا-آلکازا و همکاران (۲۰۰۸) نیز اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، شناخت درمانی و درمان ترکیبی مواجهه و پیشگیری از پاسخ و شناخت درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی-اجباری بررسی شده و نتایج فراتحلیل آن‌ها بیانگر این بود که هر سه رویکرد درمانی مواجهه و پیشگیری از پاسخ، شناخت درمانی و درمان ترکیبی مواجهه و پیشگیری از پاسخ و شناخت درمانی به ترتیب با اندازه اثرهای ۱/۰۹۰، ۱/۱۲۷ و ۰/۹۹۸ مؤثر بوده‌اند. همچنین پژوهش اولانتوجی و همکاران (۲۰۱۳) نیز که در حوزه درمان شناختی-رفتاری صورت گرفته است؛ اندازه اثر گزارش شده در مقیاس  $g$  هجز برابر با ۱/۳۹ شده که طبق جدول کوهن ۱۹۸۶ اندازه اثر قابل توجهی است. علاوه بر پژوهش‌های خارجی یاد شده، فراتحلیل حاضر با پژوهش اسدی و همکاران (۱۳۹۱) نیز که به مطالعه فراتحلیل اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر وسواس در نمونه‌های ایرانی پرداخته است؛ هم‌راستا است. اندازه اثر پژوهش مذکور ۱/۶۳ گزارش شده است.

لازم به ذکر است که در حوزه اثربخشی درمان‌های موج سوم بر اختلال وسواسی-اجباری پژوهش به صورت فراتحلیل چندانی وجود ندارد و نمی‌توان نتایج این بخش از پژوهش را با یافته‌های پیشین مقایسه کرد. بنابراین یکی از نقاط قوت فراتحلیل حاضر، مقایسه اثربخشی دو رویکرد رفتاری و - شناختی-رفتاری با درمان‌های موج سوم رفتاری در کاهش علائم اختلال وسواسی-اجباری بود.

یکی دیگر از نتایج فراتحلیل حاضر به این نکته اشاره دارد که تفاوت بین میزان اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ و درمان شناختی-رفتاری از لحاظ آماری معنادار نیست. این نتیجه بیانگر این است که درمان شناختی-رفتاری برخلاف انتظار، با به کارگیری فنون شناختی نسبت به درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ در افزایش میزان بهبود بیماران دچار اختلال اختلال وسواسی-اجباری چندان موفق نیست. در تبیین این نتیجه می توان گفت که اگرچه در درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، نقص های شناختی به صورت مستقیم به چالش کشیده نمی شوند؛ اما مواجهه پی در پی افراد منجر به آن می شود که فرد نسبت به شرایط، جمع بندی نوینی داشته باشد؛ بنابراین در این روش درمانی شناخت افراد به صورت غیرمستقیم دستخوش تغییر قرار می گیرد (ریس، کوال، اوست، اسکجول، هسن و هسن، ۲۰۱۶). به عبارت دیگر می توان گفت که درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، می تواند به شکل غیرمستقیم شناخت و باور افراد را تغییر دهد. همانطور که گفته شد درمان شناختی-رفتاری بر محتوای فکر افراد و درمان های موج سوم بر روند و فرایند فکر آن ها توجه دارد.

در این پژوهش سه مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان ذهن آگاهی و فراشناخت درمانی به عنوان درمان های موج سوم برای مقایسه انتخاب شد. هر یک از درمان های یاد شده با تمرکز بر پارامترها و متغیرهای ویژه سعی در بهبود علائم اختلال وسواسی-اجباری و تبیین فرایند درمانی خود دارند. معناداری و میزان اندازه اثر درمان های موج سوم نیز دال بر اثربخشی بالای این درمان در بهبود علائم اختلال وسواسی-اجباری است. اما با توجه به یافته های پژوهش حاضر نشانی از برتری درمان های موج سوم بر دو درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ و درمان شناختی-رفتاری یافت نشد. همچنین مقایسه بین درمان های موج سوم هم نشان داد که تفاوت بین سه نوع درمان موج سومی معنادار نیست.

بنابراین بر اساس نتایج فراتحلیل حاضر که تفاوت بین سه نوع درمان از لحاظ اثربخشی معنادار نبوده است و به علاوه برخلاف ادعای رویکرد موج سوم که در پاسخ به محدودیت های موج اول و دوم رفتاری یعنی مواجهه و پیشگیری از پاسخ و درمان شناختی-رفتاری و برای ارتقا اثربخشی حوزه شناختی-رفتاری برای اختلال های روان شناختی مطرح شده است؛ تفاوتی بین درمان های موج سوم با دو موج قبلی از لحاظ کاهش علائم وسواسی-اجباری بیماران ایرانی دیده نشد. شاید این عدم تفاوت را بتوان اینگونه تفسیر کرد که همه رویکردهای درمانی فارغ از تفاوت های اساسی در مبانی نظری و فنون مورد استفاده خود دارای عوامل مشترکی هستند که به شدت با نتایج مثبت درمانی ارتباط دارند. در این راستا پژوهش زاربو، تاسکا، کتفی و کومپار (۲۰۱۶) نشان می دهد که در فرایند درمانی عاملی چون برقراری رابطه درمانی مناسب، ایجاد شناخت نسبت به وضعیت موجود، ایجاد امید و انتظار درمان و اصلاح پاسخ های مراجع به عنوان عوامل مشترک موثر

هستند. همچنین در بررسی اختصاصی تر نتایج فراتحلیل حاضر، می توان به این نکته توجه کرد که مهم ترین فرایند و تاثیر درمانی در درمان اختلال وسواسی-اجباری، مواجهه است که در هر سه رویکرد، به نحوی اتفاق می افتد و شاید به همین دلیل است که افزودن مؤلفه های شناختی، ذهن آگاهی و پذیرش به درمان رفتاری مبتنی بر مواجهه و پیشگیری از پاسخ باعث ارتقا اثربخشی آن در درمان بیماران ایرانی دچار اختلال وسواسی-اجباری نشده است.

مانند دیگر پژوهش ها در این پژوهش نیز محدودیت هایی بر صحت و اعتبار نتایج و یافته های فراتحلیل حاضر تاثیرگذار بوده است. یکی از مرسوم ترین محدودیت ها مربوط به تعداد کم پژوهش های منتشر شده در حوزه مورد مطالعه است. در این پژوهش نیز این مشکل به ویژه در زمینه درمان های موج سوم که به نسبت روشی جدید و بدیع به حساب می آید؛ مشهود بود. بنابراین پیشنهاد می شود که پژوهشگران با افزایش پژوهش ها در حوزه یاد شده امکان انجام پژوهش های فراتحلیل را با دقت بیشتر فراهم آورند. از سوی دیگر برخی از پژوهشگران تنها به گزارش نتایج نهایی اکتفا کرده بودند و این امر موجب شد تا امکان بررسی متغیرهای زیربنایی در میزان اثربخشی درمان ها و شناسایی تفاوت های موجود در بین آن ها میسر نشود. بنابراین پیشنهاد می شود تا پژوهشگران یافته ها و نتایج ضروری را گزارش کنند تا بررسی متغیرهای تعدیل کننده ای چون جنس آزمودنی ها، روش های انفرادی یا گروهی اجرای پژوهش و میزان مهارت درمانگران امکان پذیر شود.

## سپاسگزاری

لازم است از خانم مهین اکبری و آقای امید نصیری که همکاری ارزشمندی در جمع آوری مقاله های مورد استفاده در این فراتحلیل داشتند؛ تشکر و سپاسگزاری شود. این مقاله برگرفته از طرح پژوهشی مستقل و با هزینه شخصی پژوهشگران انجام شده است.

## منابع

- اسدی، مسعود، شیرعلی پور، اصغر، شکوری، زینب، و محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۱). فراتحلیل اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۰(۳): ۳۹۶-۴۰۵.
- طاهری، سارا، و سجادیان، ایلناز. (۱۳۹۶). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر علائم خستگی، شفقت خود و ذهن آگاهی کارکنان دارای سندرم خستگی مزمن. فصلنامه روان شناسی کاربردی، ۹(۱): ۱۷۱-۱۴۵.

محمدی شیرمحل، فاطمه، جمهری، فرهاد، کراسکیان، آدیس، و ملیحی الذاکرینی، سعید. (۱۳۹۵). اثربخشی ذهن آگاهی بر کاهش اضطراب و قند خون بیماران دیابتی با نوع شخصیت بازدارنده. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، ۱۰(۲): ۱۵۸-۱۳۹.

## References

- Abramowitz, J. S., Lackey, G. R., & Wheaton, M. G. (2009). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2): 160-166.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J., & Rothstein, H. (2005). *Comprehensive meta-analysis 2.0*. Englewood, NJ: Biostat.
- Borenstein, M., Hedges, L. V., Higgins, J., & Rothstein, H. R. (2009). *Publication bias*. Introduction to meta-analysis: John Wiley & Sons.
- Fisher, P. L. & Wells, A. (2008). Metacognitive therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: a case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(2): 117-132.
- Fontenelle, I. S., Fontenelle, L. F., Borges, M. C., Prazeses, A. M., Rangé, B. P., Mendlowicz, M. V., & Versiani, M. (2010). Quality of life and symptom dimensions of patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry Research*, 179(2): 198-2003.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2011). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*, 2nd Ed. New York: The Guilford Press.
- Hertenstein, E., Rose, N., Voderholzer, U., Heidenreich, T., Nissen, C., Thiel, N., Herbst, N., & Külz, A.K. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy in Obsessive-Compulsive Disorder—A qualitative study on patients' experiences. *BMC Psychiatry*, 12(1):185-195.
- Jónsson, H., & Hougaard, E. (2009). Group Cognitive Behavioural Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(2): 98-106.
- Kahl, K. G., Winter, L., & Schweiger, U. (2012). The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? *Current Opinion in Psychiatry*, 25(6): 522-528.
- Maher, M., Huppert, J., Chen, H., Duan, N., Foa, E., Liebowitz, M., & Simpson, H. B. (2010). Moderators and predictors of response to Cognitive-Behavioral Therapy augmentation of pharmacotherapy in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychological Medicine*, 40(12): 2013-2023.
- Mancebo, M. C., Grant, J. E., Pinto, A., Eisen, J. L., & Rasmussen, S. A. (2009). Substance use disorders in an Obsessive-Compulsive Disorder clinical sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(4): 429-435.
- Marcks, B. A., Weisberg, R. B., Dyck, I., & Keller, M. B. (2011). Longitudinal course of Obsessive-Compulsive Disorder in patients with anxiety disorders: a

- 15-year prospective follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, 52(6): 670-677.
- Markarian, Y., Larson, M. J., Aldea, M. A., Baldwin, S. A., Good, D., Berkeljon, A., Murphy, T.K., Storch, E.A. & McKay, D. (2010). Multiple pathways to functional impairment in Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Psychology Review*, 30(1): 78-88.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013). Cognitive-Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47(1): 33-41.
- Osland, S., Arnold, P. D., & Pringsheim, T. (2018). The prevalence of diagnosed Obsessive-Compulsive Disorder and associated comorbidities: A population-based Canadian study. *Psychiatry research*. 2(3): 137-142.
- Öst, L. G., Havnen, A., Hansen, B., & Kvale, G. (2015). Cognitive Behavioral Treatments of Obsessive-Compulsive Disorder. A systematic review and meta-analysis of studies published 1993–2014. *Clinical Psychology Review*, 40(1): 156-169.
- Podea, D., Suci, R., Suci, C., & Ardelean, M. (2009). An update on the Cognitive-Behavior Therapy of Obsessive-Compulsive Disorder in adults. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 9(2): 221-233.
- Riise, E. N., Kvale, G., Öst, L. G., Skjold, S. H., Hansen, H., & Hansen, B. (2016). Concentrated Exposure and Response Prevention for adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: An effectiveness study. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11(1) :13-21.
- Rosa-Alcázar, A. I., Sánchez-Meca, J., Gómez-Conesa, A., & Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(8): 1310-1325.
- Storch, E. A., Abramowitz, J. S., & Keeley, M. (2009). Correlates and mediators of functional disability in Obsessive-Compulsive Disorder. *Depression and anxiety*, 26(9): 806-813.
- Torp, N.C., Dahl, K., Skarphedinsson, G., Thomsen, P.H., Valderhaug, R., Weidle, B., Melin, K.H., Hybel, K., Nissen, J.B., Lenhard, F., & Wentzel-Larsen, T. (2015). Effectiveness of Cognitive Behavior Treatment for pediatric Obsessive-Compulsive Disorder: Acute outcomes from the Nordic long-term OCD treatment study (NordLOTS). *Behaviour Research and Therapy*, 64(1): 15-23.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J. S., Bluett, E. J., Fabricant, L. E., Jacoby, R. J., Morrison, K. L., Reuman, L., & Smith, B. M. (2015). Exposure Therapy for OCD from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6(1) :167-173.
- Twohig, M. P., Hayes, S. C., Plumb, J. C., Pruitt, L. D., Collins, A. B., Hazlett-Stevens, H., & Woidneck, M. R. (2010). A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy versus progressive relaxation training for Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(5): 705-716.

Zarbo, C., Tasca, G. A., Cattafi, F., & Compare, A. (2016). Integrative psychotherapy works. *Frontiers in Psychology*, 6(2): 1-3.

\*\*\*

### اطلاعات توصیفی پژوهش‌ها

d	مقدار آماره	ابزار	نوع درمان	پژوهش
۲۲/۷۴	(F) ۱۴۰/۹**	بیل براون	مواجهه و پیشگیری از پاسخ	ابوالقاسمی و صفریزادی (۱۳۹۱)
۱/۷۰۹	(F) ۳۰/۸۸**	مادزلی	فراشناخت	ابوالقاسمی، حسنعلی زاده، کاظمی و نریمانی (۱۳۸۹)
۰/۱۴۳	(F) ۴۲۸/۳**	بیل براون	مواجهه و پیشگیری از پاسخ	اصفهانی، صفری و کجیاف (۱۳۹۲)
۹/۸۵۹	(F) ۴۲۸/۳**	مادزلی	مواجهه و پیشگیری از پاسخ	اصفهانی، نشاط دوست، مولوی و عابدی (۱۳۸۶)
۰/۰۰۰۱	(F) ۲۴/۸۵**	پادوا	رفتار درمانی شناختی (آلودگی)	اصل علوی پایدار، خدابخش (۱۳۹۶)
۰/۰۰۰	(F) ۲۹/۵۲**	پادوا	فراشناخت (کل)	اصل علوی پایدار، خدابخش (۱۳۹۶)
۱/۱۴۵	(F) ۲۹/۵۸**	پادوا	فراشناخت (آلودگی)	اصل علوی پایدار، خدابخش (۱۳۹۶)
۱/۳۴۲	(F) ۱۶/۵۲**	پادوا	رفتار درمانی شناختی (کل)	اصل علوی رو، خدابخش (۱۳۹۶)
۰/۷۹۴	(t) ۳/۳۷**	مادزلی	رفتار درمانی شناختی	اکرمی، کلانتری عریضی، عابدی و معروفی (۱۳۸۹)
۰/۷۰۶	(t) ۲/۳۴*	مادزلی	فراشناخت	اکرمی، کلانتری عریضی، عابدی و معروفی (۱۳۸۹)
۵/۶۷۴	(F) ۸/۶۱**	بیل براون	رفتار درمانی شناختی	ایزدی، نشاط دوست، عسگری و عابدی (۱۳۹۳)
۷/۰۲۲	(F) ۱۰/۵۷**	بیل براون	رفتار درمانی شناختی (وسواس فکری)	ایزدی، نشاط دوست، عسگری و عابدی (۱۳۹۳)
۱/۷۲۰	(F) ۴/۸۵*	بیل براون	رفتار درمانی شناختی (عملی)	ایزدی، نشاط دوست، عسگری و عابدی (۱۳۹۳)
۰/۳۳۹	(F) ۱۰/۵۷**	بیل براون	پذیرش و تعهد (وسواس فکری)	ایزدی، نشاط دوست، عسگری و عابدی (۱۳۹۳)
۱/۷۲۰	(F) ۴/۸۵**	بیل براون	پذیرش و تعهد (وسواس عملی)	ایزدی، نشاط دوست، عسگری و عابدی (۱۳۹۳)
۱/۲۶۸	(F) ۸/۶۱**	بیل براون	پذیرش و تعهد	ایزدی، نشاط دوست، عسگری و عابدی (۱۳۹۳)
۱/۶۰۲	(F) ۱۲/۴۶**	مادزلی	مواجهه و پیشگیری از پاسخ	ایمانی، علیلو، بخشی پور، فرنام و قلی زاده (۱۳۸۸)
۲/۸۹۵	(F) ۱۲/۴۶**	مادزلی	رفتار درمانی شناختی	ایمانی، علیلو، بخشی پور، فرنام و قلی زاده (۱۳۸۸)
۰/۵۰۹	(F) ۳/۶۷۱	مادزلی	ذهن آگاهی	آشیری، نصیریان و زارعی محمود آبادی (۱۳۹۴)
۰/۷۴۵	گزارش نشده	بیل براون	رفتار درمانی شناختی	آکوچکیان، حقیقی زاده، سیروی بی نژاد، عمرانی فر و الماسی (۱۳۹۵)
۵/۵۱۷	(F) ۲۲/۰۱**	مادزلی	رفتار درمانی شناختی	حمید، عطایی مغاللوو عبیدی بایگی (۱۳۹۱)
۳/۷۴۷	(F) ۱۰/۱۳**	مادزلی	مواجهه و پیشگیری از پاسخ (واقعی)	دل آرامقانلو، مهری و مولوی (۱۳۹۴)
۱/۹۹۳	(F) ۱۰/۱۷**	مادزلی	مواجهه و پیشگیری از پاسخ (تجسمی)	دل آرامقانلو، مهری و مولوی (۱۳۹۴)
۰/۵۸۴	(F) ۳۴/۳۹**	بیل براون	رفتار درمانی شناختی	دلیر، علی پور، زارع و فرزاد (۱۳۹۴)
۲/۰۰۴	(F) ۱۵/۹۴**	مادزلی	رفتار درمانی شناختی (کل)	دلیر، علی پور، زارع و فرزاد (۱۳۹۴)
۱/۵۱۰	(F) ۰/۹۸	مادزلی	رفتار درمانی شناختی (وارسی)	دلیر، علی پور، زارع و فرزاد (۱۳۹۴)
۱/۸۵۰	(F) ۷/۲۱**	مادزلی	رفتار درمانی شناختی (شست و شو)	دلیر، علی پور، زارع و فرزاد (۱۳۹۴)
۱/۵۷۲	(F) ۰/۳۱	مادزلی	رفتار درمانی شناختی (کندی)	دلیر، علی پور، زارع و فرزاد (۱۳۹۴)
۲/۱۶۶	(F) ۲/۳۷	مادزلی	رفتار درمانی شناختی (تردید)	دلیر، علی پور، زارع و فرزاد (۱۳۹۴)
۱۷/۷۶۰	(F) ۱۹۶۹/۸۹**	بیل براون	فراشناخت	رجبعلیان، وطنخواه و خلعتبری (۱۳۹۵)
۱۱/۰۲	(F) ۹۲۰/۰۶**	بیل براون	فراشناخت	روحانی، رفیعی شفیق، توانایی یوسفیان، عباس زاده و گوشویی (۱۳۹۵)



۱/۷۵۱	(F) ۱۳/۷**	مادزلی	ذهن آگاهی (تردید)	سجادیان، نشاط دوست، مولوی و معروفی (۱۳۸۴)
۳/۷۰۴	(F) ۶۱/۷**	مادزلی	ذهن آگاهی (کل)	سجادیان، نشاط دوست، مولوی و معروفی (۱۳۸۴)
۱/۲۰۶	(F) ۶/۵*	مادزلی	ذهن آگاهی (شستشو)	سجادیان، نشاط دوست، مولوی و معروفی (۱۳۸۴)
۴/۱۱۴	(F) ۷۶/۱۷**	مادزلی	ذهن آگاهی (وارسی)	سجادیان، نشاط دوست، مولوی و معروفی (۱۳۸۴)
۱/۰۱۱	(F) ۴/۵۹۸*	مادزلی	ذهن آگاهی (کندی و تکرار)	سجادیان، نشاط دوست، مولوی و معروفی (۱۳۸۴)
۲/۰۷۹	(F) ۳۴/۵۵**	مادزلی	رفتار درمانی شناختی	صالحی، موسوی، ساریچلو و قافله باشی (۱۳۹۳)
۱/۰۵۸	(F) ۱۱/۱۳**	مادزلی	رفتار درمانی شناختی (وارسی)	صالحی، موسوی، ساریچلو و قافله باشی (۱۳۹۳)
۱/۱۴۳	(F) ۱۰/۸۵**	مادزلی	رفتار درمانی شناختی (تکرار)	صالحی، موسوی، ساریچلو و قافله باشی (۱۳۹۳)
۱/۱۶۵	(F) ۱۱/۱۴**	مادزلی	رفتار درمانی شناختی (شست و شو)	صالحی، موسوی، ساریچلو و قافله باشی (۱۳۹۳)
۱/۵۹۵	(F) ۷/۱۳۹*	مادزلی	رفتار درمانی شناختی (تردید)	صالحی، موسوی، ساریچلو و قافله باشی (۱۳۹۳)
۱/۴۵۵	(F) ۱۶/۶۱**	مادزلی	رفتار درمانی شناختی	صرامی، امیری، نشاط دوست و مولوی (۱۳۸۸)
۲/۰۵۵	(F) ۳۷/۷۲**	مادزلی	رفتار درمانی شناختی	صرامی، نشاط دوست، امیری، مولوی و آکوچکیان (۱۳۸۸)
۲/۳۹۹	(F) ۴۹/۵۷**	SCL-90-R	رفتار درمانی شناختی	عاصمی زواره، عسگری، چیت ساز، مهرابی و جهانبازی (۱۳۹۲)
۲/۶۴۹	(F) ۹/۹۱**	مادزلی	پذیرش و تعهد	غضنفری، امیری و زنگی آبادی (۱۲۹۴)
۱/۴۴۰	(F) ۹/۹۱**	مادزلی	فراشناخت	غضنفری، امیری و زنگی آبادی (۱۲۹۴)
۲/۷۶۷	(F) ۱۴۳/۲**	مادزلی	مواجهه و پیشگیری از پاسخ (وارسی)	قمری گیوی، نریمانی و محمودی (۱۳۹۲)
۲/۰۵۸	(F) ۷۱/۹۷**	مادزلی	مواجهه و پیشگیری از پاسخ (تکرار)	قمری گیوی، نریمانی و محمودی (۱۳۹۲)
۱/۸۴۵	(F) ۴۶/۲۵**	مادزلی	مواجهه و پیشگیری از پاسخ (شست و شو)	قمری گیوی، نریمانی و محمودی (۱۳۹۲)
۱/۶۸۵	(F) ۴۶/۴۸**	مادزلی	مواجهه و پیشگیری از پاسخ (تردید)	قمری گیوی، نریمانی و محمودی (۱۳۹۲)
۲/۰۰۱	(F) ۶۳/۵۱**	مادزلی	مواجهه و پیشگیری از پاسخ	قمری، کیانی و میرهاشمی (۱۳۹۵)
۱/۱۲۴	(F) ۶۳/۵۱**	مادزلی	مواجهه و پیشگیری از پاسخ (وارسی)	قمری، کیانی و میرهاشمی (۱۳۹۵)
۲/۱۲۳	(F) ۶۳/۵۱**	مادزلی	مواجهه و پیشگیری از پاسخ (تکرار)	قمری، کیانی و میرهاشمی (۱۳۹۵)
۰/۰۲۲	(F) ۶۳/۵۱**	مادزلی	مواجهه و پیشگیری از پاسخ (شست و شو)	قمری، کیانی و میرهاشمی (۱۳۹۵)
۰/۷۳۶	(F) ۶۳/۵۱**	مادزلی	مواجهه و پیشگیری از پاسخ (تردید)	قمری، کیانی و میرهاشمی (۱۳۹۵)
۳/۳۶۲	(T) ۹/۵۱**	ییل براون	رفتار درمانی شناختی (عملی)	کاملی، حسین پور مقدم، زندی پور و قاسم زاده (۱۳۹۲)
۳/۱۸۲	(T) ۹/۰۰**	ییل براون	رفتار درمانی شناختی (کل)	کاملی، حسین پور مقدم، زندی پور و قاسم زاده (۱۳۹۲)
۱/۷۸۵	(T) ۵/۰۵**	ییل براون	رفتار درمانی شناختی (فکری)	کاملی، حسین پور مقدم، زندی پور و قاسم زاده (۱۳۹۲)
۱/۳۹۹	(F) ۵/۷۱**	پادوا	رفتار درمانی شناختی	محمدزاده، برجعلی، سهرابی و دلاور (۱۳۸۸)
۰/۳۷۴	(F) ۸/۰۵**	پادوا	رفتار درمانی شناختی (وارسی)	محمدزاده، برجعلی، سهرابی و دلاور (۱۳۸۸)
۱/۴۰۱	(F) ۶/۶۴**	پادوا	رفتار درمانی شناختی (آلودگی)	محمدزاده، برجعلی، سهرابی و دلاور (۱۳۸۸)
۰/۲۸۴	(F) ۶/۰۱**	پادوا	رفتار درمانی شناختی (عدم کنترل بر فعالیت ذهنی)	محمدزاده، برجعلی، سهرابی و دلاور (۱۳۸۸)
۲/۷۰۲	(F) ۴۱/۷۵**	مادزلی	مواجهه و پیشگیری از پاسخ (گروهی)	مکملی، مولوی و عابدی (۱۳۸۵)
۲/۴۴۹	(F) ۴۱/۷۵**	مادزلی	مواجهه و پیشگیری از پاسخ (فردی)	مکملی، مولوی و عابدی (۱۳۸۵)
۱/۳۴۲	(T) ۶/۳۳۸**	ییل براون	رفتار درمانی شناختی	ملکی، محمودزاده و بهمن آغیلاقی (۱۳۹۵)
۱/۶۲۹	(F) ۳۲/۰۳**	ییل براون	ذهن آگاهی (کل)	موسوی مدنی، آتش پور و مولوی (۱۳۸۹)
۲/۰۸۴	(F) ۴/۱۶	مادزلی	ذهن آگاهی (شستشو)	موسوی مدنی، آتش پور و مولوی (۱۳۸۹)
۰/۹۶۵	(F) ۲۵/۲۸**	مادزلی	ذهن آگاهی (وارسی)	موسوی مدنی، آتش پور و مولوی (۱۳۸۹)

فرا تحلیل مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ ...

۱/۴۹۹	(F) ۴۱/۱۹**	مادزلی	ذهن آگاهی (کندی و تکرار)	موسوی مدنی، آتش پور و مولوی (۱۳۸۹)
۱/۱۶۹	(F) ۲۹/۸۶**	مادزلی	ذهن آگاهی (تردید)	موسوی مدنی، آتش پور و مولوی (۱۳۸۹)
۳/۰۲۲	(F) ۱۳۸/۴**	بیبل براون	رفتار درمانی شناختی (کل)	میکائیلی بارزلی، احدی و حسن ابادی (۱۳۹۰)
۲/۳۰۱	(F) ۳۹/۱۳**	بیبل براون	رفتار درمانی شناختی (فکری)	میکائیلی بارزلی، احدی و حسن ابادی (۱۳۹۰)
۳/۲۳۷	(F) ۴۳/۸۳**	بیبل براون	رفتار درمانی شناختی (عملی)	میکائیلی بارزلی، احدی و حسن ابادی (۱۳۹۰)
۱/۴۹	(F) ۶۴/۳۳**	بیبل براون	مواجهه و پیشگیری از پاسخ (فکری)	نریمانی، ملکی پیربازاری، میکائیلی و ابوالقاسمی (۱۳۹۵)
۱/۰۵۳	(F) ۶۴/۳۳**	بیبل براون	مواجهه و پیشگیری از پاسخ (عملی)	نریمانی، ملکی پیربازاری، میکائیلی و ابوالقاسمی (۱۳۹۵)
۰/۶۹۳	(F) ۲۷**	بیبل براون	پذیرش و تعهد (عملی)	نریمانی، ملکی پیربازاری، میکائیلی و ابوالقاسمی (۱۳۹۵)
۱/۱۴۷	(F) ۲۷**	بیبل براون	پذیرش و تعهد (فکری)	نریمانی، ملکی پیربازاری، میکائیلی و ابوالقاسمی (۱۳۹۵)
۱/۰۹۵	(F) ۱۳۸/۴**	بیبل براون	رفتار درمانی شناختی (کل)	نوبیدیان، حق شناس، عابدی، باغبان و فاتحی زاده (۱۳۹۰)
۱/۰۹۵	(F) ۱۲۲/۲**	بیبل براون	رفتار درمانی شناختی (فکری)	نوبیدیان، حق شناس، عابدی، باغبان و فاتحی زاده (۱۳۹۰)
۱/۰۹۵	(F) ۱۰۱/۸**	بیبل براون	رفتار درمانی شناختی (عملی)	نوبیدیان، حق شناس، عابدی، باغبان و فاتحی زاده (۱۳۹۰)
۲/۳۹۵	(F) ۳۸/۲۴**	مادزلی	رفتار درمانی شناختی	یوسفی و صالحی (۱۳۹۴)
۳/۱۵۲	(F) ۲۵/۸۲**	مادزلی	ذهن آگاهی	یوسفی و صالحی (۱۳۹۴)

\* $P < 0.05$  \*\* $P < 0.01$