

اثربخشی آموزش گروهی مفاهیم رفتار درمانی دیالکتیکی بر اصلاح راهبردهای تنظیم هیجانی و کاهش علائم وسواس فکری و عملی

ملاحظه‌امانی^{۱*}، عباس ابوالقاسمی^۲

۱. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه بجنورد، بجنورد، ایران. (نویسنده مسئول)
۲. استاد گروه روانشناسی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

چکیده

مقدمه: اخیراً رفتار درمانی دیالکتیکی به‌عنوان درمانی برای اختلالات اضطرابی مقاوم به درمان بکار رفته است. تحقیق حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش گروهی مفاهیم رفتار درمانی دیالکتیکی بر اصلاح راهبردهای تنظیم هیجانی و کاهش علائم وسواس فکری و عملی انجام شده است.

روش: نمونه مورد مطالعه ۳۰ نفر زن مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی می‌باشد که از طریق مصاحبه بالینی انتخاب شدند و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل قرار گرفتند. قبل از شروع اولین جلسه درمانی و بعد از پایان آخرین جلسه درمانی، آزمودنی‌های هر دو گروه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان و مقیاس وسواس فکری- عملی یل براون را تکمیل کردند. گروه آزمایشی رفتار درمانی دیالکتیکی را در ۱۲ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیری تحلیل شدند.

نتایج: نتایج تحقیق نشان داد که به استثناء وسواس جنسی و وسواس واریسی، کاهش علائم زیرمجموعه وسواس‌های فکری و عملی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری بیشتر بوده است. همچنین راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل به‌طور معناداری افزایش یافته بود.

بحث و نتیجه‌گیری: رفتار درمانی دیالکتیکی با آموزش راهبردهای تنظیم هیجانی، تحمل و پذیرش هیجانات منفی، می‌تواند به بیماران وسواسی کمک کند تا یاد بگیرند با افکار وسواسی خود به‌طور مؤثری کار کنند.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

روانشناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۴، شماره ۲، پیاپی ۲۷
پاییز و زمستان ۱۳۹۵
صص: ۱۳۴-۱۲۵

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۲/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۰۴/۲۲

Biannual Journal of

Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 14, No. 2, Serial 27

Autumn & Winter
2016-2017

pp.: 125-134

کلیدواژه‌ها: رفتار درمانی دیالکتیکی، راهبردهای تنظیم هیجانی، اختلال وسواس فکری- عملی.

*Email: m.amani@ub.ac.ir

مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی^۱ یکی از اختلالات اضطرابی است که ویژگی‌های بارز آن شامل افکار و آیین‌های وسواسی است که عامل مهمی در ایجاد آشفتگی در افراد مبتلا به آن می‌باشد و غالباً در عملکرد و سازگاری اجتماعی این افراد اختلال ایجاد می‌کند. افکار وسواسی پیوسته موجب پریشانی بیمار می‌شوند و فرد مبتلا با تلاش ناموفق، درصدد مقابله با آن‌ها برمی‌آید. اعمال یا آیین‌های وسواسی به‌صورت رفتارهای کلیشه‌ای درمی‌آیند که بیمار مدام آن‌ها را تکرار می‌کند [۱]. اختلال وسواس فکری-عملی اغلب اختلال ناهمگن و تضعیف‌کننده است که معمولاً در اواخر دوره نوجوانی و اوایل بزرگسالی شروع می‌شود [۲]. در چندین مطالعه شیوع این اختلال در جمعیت عمومی بیشتر از ۲ درصد بوده است [۳، ۴، ۵] و شیوع اختلال وسواس فکری عملی در بین زنان اندکی بیشتر بوده است [۲، ۶، ۷]. درمان‌های شناختی-رفتاری و مواجهه و جلوگیری از پاسخ از نظر تجربی به‌عنوان روشی انتخابی برای اختلال وسواس فکری-عملی تأیید شده است [۸] و برای بسیاری از بیماران بهبودی بالینی مهمی را با استفاده از مواجهه و جلوگیری از پاسخ نشان دادند [۹، ۱۰، ۱۱]. با وجود این، درصد مهمی از بیماران دارای اختلال وسواس فکری عملی از شروع درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ سرباز می‌زنند یا درمان را به‌طور زود هنگام قطع می‌کنند. حتی درصد زیادی از بیماران که بهبودی داشتند بعد از درمان موفق، افکار مزاحم ناخواسته و مشکلاتی در سازگاری داشته‌اند [۱۲]. یک مطالعه فراتحلیل نشان داده است که از بین بیماران مصمم به درمان حدود نیمی از آن‌ها بهبودی را نشان دادند و از بین آن‌ها تنها ۲۵ درصد بهبودی کامل را نشان دادند [۱۳].

پژوهشگران معتقدند که عدم پاسخ درمانی مناسب بخشی از بیماران به این روش‌های درمانی می‌تواند به دلیل چالش‌های زیر باشند:

- ۱- ایجاد تمرکز درمانی روی اضطراب مشکل یا غیرممکن است،
- ۲- بسیاری از مراجعان مجموعه پیچیده‌ای از نشانه‌ها، هم ابتلایی^۲ یا عدم کنترل شدید رفتار را نشان می‌دهند که مشکلاتی را برای اجرای پروتکل‌درمانی ایجاد می‌کند،
- ۳- همچنین مراجعان ممکن است نقایصی در مهارت‌های سازگاری داشته باشند که مانع پیشرفت درمان می‌شود،

۴- چالش اصلی دیگر، الزامات مربوط به خودروشن درمان است. در درمان شناختی-رفتاری لازم است که مراجع فعالانه در درمان مشارکت داشته باشد که معمولاً مواجهه مستقیم با حالت‌های هیجانی مشکل می‌شود و ۵- بسیاری از مراجعان درباره تغییر، دوسوگرایی را تجربه می‌کنند [۱۴].

علاوه بر این، گاه بیماران بصیرت اندکی به بی‌معنا بودن وسواس‌ها یا اجبارهای خود نشان می‌دهند. مسئله‌ای دیگر ممکن است این باشد که بیمار مداخله شناختی را همچون راهبردی خنثی‌ساز برای کاهش اضطراب ناشی از افکار وسواسی‌اش به کار ببرد.

در واقع شواهد روزافزونی وجود دارد که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مشکلاتی در تنظیم هیجانی دارند. اولتمن و گییبس [۱۵] اشاره کردند که تلاش‌ها برای کنترل واکنش‌های هیجانی (برای نمونه راهبردهای ضعیف تنظیم هیجانی) ممکن است مؤلفه ضروری در رشد افکار وسواسی باشد. به‌علاوه، هولوی و همیبرگ [۱۶] اشاره کرده‌اند که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی برای مدیریت و تعدیل تجربیات هیجانی به‌طور مؤثر و موفق نقص دارند.

رفتاردرمانی دیالکتیکی^۳ رویکرد شناختی-رفتاری است که توسط لینهان [۱۷] در ابتدا برای درمان اختلال شخصیت مرزی ابداع شد. این رویکرد، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی-رفتاری را که مبتنی بر اصل تغییر می‌باشند با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذن که مبتنی بر اصل پذیرش می‌باشند در آمیخته و بر این اساس چهار مؤلفه مداخله‌ای را در شیوه درمان گروهی خود مطرح می‌کند: ذهن آگاهی^۴ و تحمل تنیدگی^۵ به‌عنوان مؤلفه‌های پذیرش و تنظیم هیجانی و کارآمدی بین فردی^۶ به‌عنوان مؤلفه‌های تغییر. رفتاردرمانی دیالکتیکی ابتدا بر پذیرش رفتار تأکید دارد و این واقعیت در درمان‌های شناختی کمتر مورد توجه قرار گرفته است. پذیرش بیمار آن طور که هست برای درمان خوب و تعیین‌کننده است. در این روش بر ضرورت آموزش بیمار برای پذیرش خویش و دنیای خود همان‌طور که در آن لحظه است، تأکید می‌شود. از این نظر رفتاردرمانی دیالکتیکی یک گام جلوتر از درمان شناختی-رفتاری است. همچنین رفتاردرمانی دیالکتیکی روی درمان رفتارهای مخل درمان تأکید می‌کند که بسیار شبیه تأکید

³ Dialectical Behavior Therapy

⁴ Mindfulness

⁵ Distress Tolerance

⁶ Interpersonal Effectiveness

¹ Obsessive-compulsive disorder

² Comorbidity

درمان بادوام برای افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی باشد. بررسی نقش تنظیم هیجان در کاهش علائم اختلال وسواس فکری-عملی می‌تواند راهگشای تحقیقات آتی در زمینه درمان اختلال وسواس فکری-عملی باشد و شواهد محکمی را برای روش درمانی رفتاردرمانی دیالکتیکی فراهم کند. همچنین باید ذکر شود که تاکنون رفتاردرمانی دیالکتیکی در یک طرح آزمایشی و به صورت گروهی برای درمان اختلال وسواس فکری-عملی مورد استفاده قرار نگرفته است. لذا سؤال اساسی مطالعه این است که آیا آموزش مفاهیم رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش علائم وسواس فکری-عملی کارآمد است؟ آیا آموزش مفاهیم رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌تواند در بیماران دارای اختلال وسواس فکری عملی، راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی را افزایش داده و راهبردهای منفی تنظیم هیجانی را کاهش دهد؟

روش

نوع پژوهش

روش تحقیق مطالعه حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل می‌باشد. در این پژوهش روش آموزش مفاهیم رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان متغیر مستقل، راهبردهای تنظیم هیجانی و علائم وسواس فکری و عملی به‌عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند.

آزمودنی

الف) جامعه آماری: جامعه مورد مطالعه را کلیه زنان جوان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی تشکیل می‌داد که دارای علائم اختلال وسواس فکری-عملی بودند.

ب) نمونه پژوهش: از زنان مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی، برای تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی، مصاحبه بالینی سازمان یافته توسط روان‌شناس بالینی به عمل آمد. با توجه به اینکه در روش‌های آزمایشی حداقل حجم نمونه برای هر گروه ۱۵ نفر توصیه شده است [۲۵]. از میان افرادی که تشخیص اختلال وسواس فکری عملی را دریافت کرده بودند، ۳۰ نفر به صورت تصادفی ساده انتخاب و به دو گروه آزمایشی ($n=15$) و گروه کنترل ($n=15$) نفر گمارده شدند. ملاک‌های ورود افراد مبتلا به وسواس به گروه‌ها شامل موارد زیر بودند: حداقل تحصیلات دبیرستان، عدم دریافت تشخیص اختلالات سایکوتیک، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی، فقدان بیماری جسمی مزمن، دامنه سنی ۲۰

روانکاوای روی رفتارهای انتقال است. تمرکز اساسی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر تعهد و کمک به افرادی است که به طور سنتی مقاوم به درمان در نظر گرفته شدند. فرض اساسی این تئوری آن است که مشکلات عمیق در تنظیم هیجانی می‌تواند از درگیری مطلوب در درمان جلوگیری کند. رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌عنوان درمانی برای مراجعان با مشکلات متعدد و پیچیده مطرح شده است. رفتاردرمانی دیالکتیکی با سطوح مختلف برای درمان اختلالات مختلف به کار رفته است. به دلیل طولانی بودن و فشردگی زیاد این روش درمانی، بیشتر مطالعات درمانی فقط از چند راهبرد رفتاردرمانی دیالکتیکی بهره می‌گیرند و نتایج مطالعات مختلف حاکی از آن است که رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش رفتارهای مخل درمان، افزایش مشارکت بیمار و کاهش هیجانات منفی بیمار در جریان مواجهه سازی‌ها مؤثر بوده است [۱۷].

وان دایک و پولارد [۱۸] و پولارد [۱۴] درمان آمادگی^۱ را مطابق با سطح دوم رفتاردرمانی دیالکتیکی که شامل ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی و تحمل تنیدگی بود، برای درمان اختلال وسواس فکری-عملی ایجاد کردند. ارزیابی اولیه نشان داده است که به‌طور معناداری رفتارهای مخل درمان در ۷ نفر از ۱۱ مراجع دارای اختلال وسواس فکری-عملی مقاوم به درمان کاهش یافته است. باوجود این، مهارت پذیرش واقعیت به‌عنوان یک درمان استاندارد معین برای اختلالات اضطرابی به نظر می‌رسد کاملاً مفید باشد و راهبردهای تحمل تنیدگی در چندین رویکرد درمانی اختصاصی توصیف شده است [۱۹، ۲۰، ۲۱].

نتیجه تحقیق آلن و بارلو [۲۲] نشان داد که اکتساب موفقیت‌آمیز مهارت‌های تنظیم هیجانی با کاهش نشانه‌های وسواس فکری-عملی مرتبط است. اگرچه داده‌های آزمایشی کنترل شده برای مداخلات تأکیدکننده روی تنظیم هیجانی به‌عنوان ویژگی اصلی اضطراب هنوز در دسترس نیست، اما مسیر جدیدی در حوزه اختلالات اضطرابی ظاهر شده که نقش احتمالی را برای رفتاردرمانی دیالکتیکی، به‌عنوان یک درمان اثبات شده برای تنظیم مشکلات هیجانی در مشکلات بالینی، پیشنهاد می‌کند [۲۳]. در واقع منین [۲۴] هم بیان می‌کند که رفتاردرمانی دیالکتیکی احتمالاً برای اصلاح درمان‌های اختلالات اضطرابی نسبتاً مناسب خواهد بود. محتمل است مداخله‌ای که آموزش تنظیم هیجانی، تحمل و پذیرش هیجانات منفی را فراهم می‌کند می‌تواند به افراد بیمار کمک کند تا یاد بگیرند به هیجانات خود به‌طور مؤثر کار کنند؛ بنابراین رفتاردرمانی دیالکتیکی ممکن است

¹ Readiness Treatment

تا ۴۰ ساله و رضایت داوطلبانه بیمار.

روش مداخله

آموزش مفاهیم رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر مهارت‌ها برای اختلال وسواس فکری- عملی بر اساس رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان [۱۷] و با الهام از مطالعه موردی پولارد [۱۴] طراحی شده است. روش مداخله ترکیبی از روش مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ و آموزش مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی می‌باشد. بعد از مفهوم‌سازی مشکل، مهارت‌های ذهن آگاهی، تحمل تنیدگی و تنظیم هیجانی به مراجعان آموزش داده شد و وقتی توانایی مراجعان برای شناسایی و تعدیل هیجانات افزایش یافت، درمان مواجهه - جلوگیری از پاسخ شروع گردید.

در جلسه اول دلایل شرکت در گروه، ماهیت وسواس‌های فکری-عملی و رفتاردرمانی دیالکتیکی توضیح داده شد. در جلسه دوم و سوم به مراجعان دو دسته مهارت‌های ذهن آگاهی آموزش داده شد تا با تمرین این مهارت‌ها ذهن آگاهی و مشارکت در زندگی روزانه خود را افزایش دهند. دسته اول مهارت‌های "کدامین" است که شامل مهارت‌های مشاهده، توصیف و مشارکت می‌باشد. دسته دوم مهارت‌های "چگونگی" می‌باشد که فرد نحوه انجام مهارت‌های کدامین را توضیح می‌دهد، این دسته مهارت‌ها شامل غیر قضاوتی بودن^۱، ذهن آگاهی منفرد^۲ (تنفس آگاهانه) و کارآمد بودن^۳ است. در جلسه چهارم و پنجم به بیماران دودسته مهارت‌های تحمل تنیدگی آموزش داده شد. دسته اول مهارت‌های بقا در بحران^۴ می‌باشد که شامل مهارت‌های استفاده از حواس پنج‌گانه برای خودتسکینی^۵، مهارت بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان است. دسته دوم مهارت‌ها مربوط به مهارت‌های پذیرش واقعیت^۶ است که شامل مهارت‌های توجه برگردانی انتخابی، مشاهده تنفس، تنفس عمیق، تمرین لبخند، تمرین‌های آگاهی و چرخش ذهنی می‌باشد. در جلسه پنجم و ششم برای آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی، ابتدا آگاه‌سازی از خودپایی^۷ جسمی سپس مهارت‌های فهم

¹ what

² how

³ nonjudgmental

⁴ One-mindful

⁵ effective

⁶ Crisis survival

⁷ Self-soothing

⁸ Reality acceptance

⁹ Self-care

هیجانات، توصیف هیجانات، برچسب زدن به هیجانات، ذهن آگاهی مثبت (تمرین‌های تجسمی)، ایجاد هیجانات مثبت و فعالیت متضاد^{۱۰} با هیجان آموزش داده شد. در جلسه هفتم تکلیف ثبت افکار و اعمال وسواسی و رتبه‌بندی با توجه به شدت اضطراب انجام شد. در جلسه هشتم برنامه مراجعین برای توقف رفتارهای تشریفاتی یا الگوهای تفکر که اضطراب را کاهش می‌دهد بررسی گردید. در جلسه نهم و دهم چگونگی انجام تمرینات جلسات مواجهه سازی روزانه بررسی شد. در جلسه یازدهم سلسله‌مراتب موقعیت‌های فراخوان اضطراب برای هر وسواس فکری و عملی جدید اصلاح شد. در جلسه دوازدهم چگونگی انجام طرح‌ها و فعالیت‌های جایگزین افکار و اعمال وسواسی بررسی گردید [۲۳].

ابزارهای پژوهش

۱) مصاحبه بالینی ساختاریافته^{۱۱}: مصاحبه بالینی برای اختلالات روانی که مطابق چهارمین ویراست تجدید نظر شده راهنمای آماری تشخیصی^{۱۲} تهیه شده است، برای تشخیص‌گذاری اختلالات محور یک به کار می‌رود. در مطالعه‌ای بسکو و همکارانش به این نتیجه رسیدند که این مصاحبه می‌تواند برای تضمین یک تشخیص پایا و دقیق در کلینیک‌های بهداشت روانی مورد استفاده قرار گیرد و خصوصاً استفاده از آن برای بیمارانی که پیچیده‌اند و اغلب به این کلینیک‌ها مراجعه می‌کنند ارزشمند است. در این مطالعه، تشخیصی که توسط یک روان پرستار با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته داده شده بود با تشخیصی که نتیجه مصاحبه یک درمانگر بود مورد مقایسه قرار گرفت و به این نتیجه رسید که تشخیص مصاحبه بالینی ساختاریافته دقیق‌تر و جامع‌تر است [۲۶].

۲) مقیاس وسواس فکری-عملی یل-براون^{۱۳}: این مقیاس برای بررسی فراوانی و شدت علائم وسواس فکری عملی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده است. این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط گودمن و همکاران [۲۷] تهیه و تدوین شده است. مقیاس یل براون شدت علائم وسواس فکری-عملی را مورد سنجش قرار می‌دهد و در مورد بیمارانی به کار می‌رود که به سؤالات مصاحبه بالینی اولیه در رابطه با وسواس جواب داده‌اند. مقیاس یل براون شاخص بالینی ۱۰ آیتمی است که هر آیتم از صفر تا ۴ در رابطه با

¹⁰ Opposite action

¹¹ Structured clinical interview for DSM-IV

¹² Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- 4th (DSM-IV)

¹³ Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale

از روش تحلیل واریانس چندمتغیری و با کمک نسخه ۱۶ نرم‌افزار آماری برای علوم اجتماعی (اس. پی. اس. اس.) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که در گروه آزمایشی از نظر تحصیلی ۳۳/۳ درصد زیر دیپلم، ۶۰ درصد دیپلم، ۶/۷ درصد کاردانی بودند. از نظر وضعیت تأهل ۴۶/۷ درصد مجرد و ۵۳/۳ درصد متأهل بودند و از نظر شغلی ۳۳/۳ درصد بیکار، ۵۳/۳ درصد خانه‌دار و ۱۳/۴ درصد دانشجو بودند. در گروه کنترل از نظر تحصیلی ۲۰ درصد زیر دیپلم، ۵۳/۳ درصد دیپلم، ۶/۷ درصد کاردانی و ۲۰ درصد لیسانس بودند. از نظر وضعیت تأهل ۷۳/۳ درصد مجرد و ۲۶/۷ درصد متأهل بودند و از نظر شغلی ۲۶/۷ درصد بیکار، ۲۶/۷ درصد خانه‌دار و ۳۳/۳ درصد دانشجو و ۱۳/۳ درصد کارمند بودند. همچنین دامنه سنی گروه آزمایش ۲۰ تا ۳۸ سال با میانگین ۲۶/۷۳ و انحراف استاندارد ۵/۴۱ و دامنه سنی گروه کنترل ۲۰ تا ۳۸ سال با میانگین ۲۵/۲۶ و انحراف استاندارد ۵/۹۶ می‌باشد.

جدول ۱ داده‌های توصیفی مربوط به هر یک از زیرمجموعه‌های وسواس فکری - عملی و راهبردهای تنظیم هیجانی را در پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. پس‌آزمون کل وسواس فکری $21/80 \pm 13/50$ در گروه آزمایشی نسبت به پس‌آزمون گروه کنترل $35 \pm 18/98$ متفاوت بود و همچنین پس‌آزمون کل وسواس عملی $16/80 \pm 11/20$ گروه آزمایشی نسبت به پس‌آزمون گروه کنترل $26/80 \pm 13/24$ تفاوت یافته بود که برای بررسی معناداری این تفاوت از تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون استفاده شد، زیرا داده‌های جمع‌آوری شده مفروضات تحلیل کوواریانس را رعایت نمی‌کرد.

در جدول ۲ نتایج آزمون لامبدای ویلکز را نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه‌ها در زیرمجموعه‌های وسواس فکری عملی معنی‌دار بود ($p < 0/001$). در راهبردهای تنظیم هیجانی نیز به‌طور معنی‌داری بین گروه‌ها تفاوت وجود داشت ($p < 0/003$).

تحلیل هر یک از تفاضل نمره پیش‌آزمون - پس‌آزمون زیرمجموعه وسواس فکری عملی با استفاده از آلفای میزان شده بن فرونی ($0/006$) نشان داد که تفاضل پیش‌آزمون - پس‌آزمون در وسواس‌های فکری آلودگی، پرخاشگری، شستن، شمردن، مرتب کردن و وسواس مذهبی در بین دو گروه به‌طور معناداری متفاوت است ($P < 0/001$). اندازه اثر

شدت، فراوانی، مدت زمان علائم و میزان مقاومت بیمار در انجام تشریفات درجه‌بندی می‌شود. ضریب پایایی بین ارزیابان مختلف در ۴۰ بیمار $0/98$ و ضریب همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ $0/89$ گزارش شده است. دیکون و آبراموتیز [۲۸] ضریب همبستگی مقیاس یل براون را با پرسشنامه تجدید نظر شده وسواس فکری - عملی $0/45$ ، مقیاس باورهای براون $0/34$ ، پرسشنامه افسردگی بک $0/46$ ، مقیاس اضطراب زونگ $0/38$ و مقیاس ناتوانی شیهان $0/55$ به دست آوردند. این ضرایب بیانگر اعتبار خوب و بالای این مقیاس می‌باشد.

۳) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^۱: این پرسشنامه توسط گارنفسکی، کرایچ و اسپینهوون [۲۹] به‌منظور ارزیابی نحوه تفکر بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌زای زندگی تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ ماده است که نحوه‌ی پاسخ به آن بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای از هرگز تا همیشه قرار دارد. پایایی کل "راهبردهای مثبت"، "منفی" و "کل شناختی" با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با $0/91$ ، $0/87$ و $0/93$ به دست آمده است [۲۹]. یوسفی [۳۰] اعتبار و پایایی این مقیاس را در نوجوانان ایرانی مورد بررسی قرار داده است. ضریب پایایی راهبردهای منفی $0/78$ ، راهبردهای مثبت $0/83$ و کل راهبردهای شناختی $0/81$ و ضریب اعتبار مقیاس $0/85$ به دست آمده است. روایی ساختاری و پایایی این مقیاس در ایران با استفاده از تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرار گرفته است و پایایی آن با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای هر کدام از زیرمقیاس‌ها مابین $0/64$ الی $0/82$ گزارش شده است [۳۱].

روند اجرای پژوهش

تعداد ۳۰ نفر از زنانی که از طریق مصاحبه بالینی تشخیص اختلال وسواس فکری - عملی را دریافت کرده بودند به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل قرار داده شدند. پیش‌آزمون برای ارزیابی شدت و فراوانی علائم وسواس فکری و عملی و راهبردهای تنظیم هیجانی به عمل آمد. مفاهیم رفتاردرمانی دیالکتیکی به‌صورت ۱۲ جلسه درمانی ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایشی آموزش داده شد؛ اما گروه کنترل، آموزشی را دریافت نکردند. در پایان پس‌آزمون از هر دو گروه به عمل آمد.

شیوه تحلیل داده‌ها

تفاضل نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون زیرمجموعه‌های وسواس فکری عملی و راهبردهای تنظیم هیجانی با استفاده

² Sciences Statistical Package for the Social (SPSS)

¹ Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

پیش‌آزمون-پس‌آزمون راهبردهای مثبت در بین گروه آزمایشی و کنترل تفاوت وجود داشت ($P < 0.001$). اندازه اثر آموزش مفاهیم رفتاردرمانی دیالکتیکی بر راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی ۰/۳۵ بود، اما تفاضل پیش‌آزمون-پس‌آزمون راهبردهای منفی بین دو گروه به‌طور معناداری متفاوت نبود ($P > 0.02$).

آموزش مفاهیم رفتاردرمانی دیالکتیکی بر وسواس‌های فوق در دامنه ۰/۲۴ تا ۰/۶۰ بود، اما تفاضل پیش‌آزمون-پس‌آزمون وسواس‌های جنسی و واریسی بین دو گروه متفاوت نبود ($P > 0.006$). در مورد تحلیل تفاضل پیش‌آزمون-پس‌آزمون راهبردهای تنظیم هیجانی با استفاده از آلفای میزان شده بن فرونی (۰/۰۲) نشان داد که تفاضل

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار زیرمجموعه‌های وسواس فکری-عملی و راهبردهای تنظیم هیجانی در گروه‌ها

| کنترل | | گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی | | | | متغیرها | | |
|--------------|---------|----------------------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|-------------|
| پس‌آزمون | | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیش‌آزمون | | متغیرها |
| انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | |
| ۴/۱۶ | ۸/۳۳ | ۴/۲۲ | ۸/۴۰ | ۲/۶۴ | ۴/۸۶ | ۴/۵۵ | ۹/۲۶ | شستن |
| ۴/۹۵ | ۵/۶۰ | ۴/۳۶ | ۷/۲۶ | ۳/۲۷ | ۳/۶۶ | ۳/۸۰ | ۵/۹۳ | واریسی کردن |
| ۱/۱۸ | ۲/۴۰ | ۰/۹۷ | ۲/۶۶ | ۰/۸۰ | ۱/۰۶ | ۰/۹۴ | ۲/۸۰ | مرتب کردن |
| ۰/۷۲ | ۱/۳۳ | ۰/۷۴ | ۱/۴۶ | ۰/۵۲ | ۰/۴۷ | ۰/۹۲ | ۲ | شمردن |
| ۱۳/۲۴ | ۲۶/۸۰ | ۱۲/۳۵ | ۲۹/۸۰ | ۱۱/۰۲ | ۱۶/۸۰ | ۱۳/۲۰ | ۳۲/۸۶ | کلی |
| ۶/۷۰ | ۹/۸۶ | ۶/۷۱ | ۱۰/۹۳ | ۴/۱۰ | ۵ | ۵/۸۴ | ۱۲/۸۶ | پرخاشگری |
| ۶/۲۲ | ۱۰/۹۳ | ۳/۴۱ | ۱۱/۶۰ | ۵/۱۳ | ۷/۱۳ | ۴/۸۹ | ۱۳/۳۳ | آلودگی |
| ۴/۴۵ | ۲/۸۶ | ۴/۸۳ | ۳/۴۰ | ۳/۷۵ | ۲/۱۳ | ۴/۲۳ | ۴/۸۰ | جنسی |
| ۱/۵۵ | ۱/۸۶ | ۱/۵۶ | ۱/۸۰ | ۰/۹۴ | ۱/۲۰ | ۰/۹۶ | ۳/۰۶ | مذهبی |
| ۱۸/۹۸ | ۳۵ | ۱۸/۴۰ | ۳۸/۸۰ | ۱۳/۵۰ | ۲۱/۸۰ | ۱۴/۰۹ | ۴۴/۴۰ | کلی |
| ۸/۵۶ | ۲۰/۷۳ | ۷/۸۴ | ۲۱/۳۳ | ۴/۰۵ | ۲۵/۱۳ | ۶/۶۴ | ۱۸/۲۶ | مثبت |
| ۶/۶۹ | ۲۱/۷۳ | ۵/۸۲ | ۲۱/۶۶ | ۵/۹۷ | ۱۴/۵۳ | ۴/۶۳ | ۱۷/۳۳ | منفی |

جدول ۲. بررسی تفاوت سطوح متغیر مستقل در ارتباط با متغیرهای وابسته

| اندازه اثر | Df فرضیه | Df خطا | sig | F | ارزش | متغیرهای وابسته |
|------------|----------|--------|--------|-------|------|-------------------------------|
| ۰/۸۶ | ۸ | ۲۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۱۷/۲۱ | ۰/۱۳ | زیرمجموعه‌های وسواس فکری عملی |
| ۰/۳۵ | ۲ | ۲۷ | ۰/۰۰۳ | ۷/۱۹ | ۰/۳۵ | راهبردهای تنظیم هیجانی |

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی تفاضل نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون علائم وسواس فکری عملی در گروه‌های آزمایش و کنترل

| اندازه اثر | Sig | Df خطا | df گروه | F | میانگین مجذورات خطا | مجموع مجذورات خطا | میانگین و مجموع مجذورات گروه | متغیر |
|------------|--------|--------|---------|-------|---------------------|-------------------|------------------------------|-------------|
| ۰/۲۵ | ۰/۰۰۵ | ۲۸ | ۱ | ۹/۲۶ | ۲۴/۷۷ | ۶۹۳/۷۳ | ۲۲۹/۶۳ | آلودگی |
| ۰/۴۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۲۸ | ۱ | ۲۶/۰۵ | ۳۳/۴۲ | ۹۳۵/۸۶ | ۳۴۶/۸۰ | پرخاشگری |
| ۰/۰۵ | ۰/۰۲۲ | ۲۸ | ۱ | ۱/۵۲ | ۲۲/۳۹ | ۶۲۷/۰۶ | ۳۴/۱۳ | جنسی |
| ۰/۶۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۲۸ | ۱ | ۲۴/۰۵ | ۱/۲۱ | ۰/۶۶ | ۲۸/۰۳ | مذهبی |
| ۰/۰۱ | ۰/۴۲ | ۲۸ | ۱ | ۰/۵۳ | ۵/۰۸ | ۱۴۲/۲۶ | ۲/۷۰ | واریسی کردن |
| ۰/۲۴ | ۰/۰۰۰۱ | ۲۸ | ۱ | ۱۶/۳۹ | ۸/۵۹ | ۲۴۰/۵۳ | ۱۴۰/۸۳ | شستن |
| ۰/۶۰ | ۰/۰۰۰۱ | ۲۸ | ۱ | ۴۳/۴۷ | ۰/۳۳ | ۹/۴۶ | ۱۴/۷۰ | شمردن |
| ۰/۳۸ | ۰/۰۰۰۱ | ۲۸ | ۱ | ۱۷/۴۶ | ۰/۹۲ | ۲۵/۸۶ | ۱۶/۱۳ | مرتب کردن |
| ۰/۳۵ | ۰/۰۰۱ | ۲۸ | ۱ | ۱۴/۸۷ | ۲۸/۱۱۹ | ۷۸۷/۳۳ | ۴۱۸/۱۳ | مثبت |
| ۰/۰۶ | ۰/۱۸ | ۲۸ | ۱ | ۱/۸۶ | ۳۳/۰۴ | ۹۲۵/۳۳ | ۶۱/۶۳ | منفی |

بحث و نتیجه گیری

تحقیق حاضر با هدف بررسی اثربخشی آموزش مفاهیم رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی بر اصلاح راهبردهای تنظیم هیجانی و کاهش علائم وسواس فکری عملی انجام شد. نتایج تحقیق حاضر نشان داد که به جزء وسواس واری، آموزش رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی به طور معنی داری منجر به کاهش نمرات زیرمقیاس‌های وسواس عملی در پس‌آزمون شده است. این نتیجه با مطالعه پولارد [۱۴] و وان دایک و پولارد [۱۸] هماهنگ است و با نتیجه مطالعات موردی فیروزآبادی و شاره [۳۲]، سجادیان و همکاران [۳۳] و موسوی و همکاران [۳۴] در مورد اثربخشی ذهن آگاهی بر وسواس عملی هم سو است. با تمرین‌های ذهن آگاهی، بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی با مشاهده، توصیف، تجربه دقیق توأم با عدم قضاوت در مورد پدیده‌ها و اشیاء پیرامون خود مشغول می‌شوند، بدین صورت آگاهی و مشارکت در زندگی روزانه بیماران افزایش می‌یابد. همچنین تمرین‌های خودتسکینی و استفاده از حواس پنج‌گانه، توجه برگردانی، تنفس‌های عمیق، تحمل اضطراب ناشی از اجتناب از اعمال وسواسی را افزایش می‌دهد. با تمرین راهبردهای تنظیم هیجانی هم بیماران موفق به فهم هیجانات، توصیف هیجانات می‌شوند، انجام تمرین‌های تجسمی، ایجاد هیجانات مثبت و عمل متضاد با هیجان باعث می‌شود که بیماران به جای اجتناب و خنثی‌سازی با موقعیت تهدیدآمیز مواجه شده، ارزیابی جدیدی از هیجانات ناشی از افکار وسواسی داشته باشند.

درنهایت در این روش درمانی بیمار با درک ماهیت واقعی افکار، امیال، ترس و اضطرابی که اختلال وسواس فکری-عملی ایجاد می‌کند، نحوه کنترل افکار و هیجانات خود را یاد می‌گیرد و این مسئله به نوبه خود به بیمار این امکان را می‌دهد تا به نحو مؤثرتری پاسخ‌های رفتاری خویش را مهار کند.

در مورد عدم اثربخشی آموزش مفاهیم رفتاردرمانی دیالکتیکی در کاهش نمره وسواس واری، می‌توان ذکر کرد که در وسواس واری، شک معمولاً همراه با گناه بوده و فرد. به‌طور فراوان، نگران است که چون بعضی چیزها را با دقت کافی واری نکرده، به دیگران صدمه خواهد زد. مقاومت و تلاش برای خودداری از واری کردن، منجر به مشکل در تمرکز و خستگی از حمله بی‌پایان تردیدهای ایرادگیر و سرزنش کننده می‌شود؛ بنابراین به نظر می‌رسد در وسواس واری، به دلیل بالا بودن میزان شک، تردید و اضطراب حاصل از مقاومت در مقابل اجتناب، به‌رغم کاهش

میزان وسواس واری در این روش درمانی، تعداد جلسات درمانی بیشتری لازم است تا کاهش معنی‌داری صورت بگیرد. در تائید این مسئله آلن و بارلو [۲۲] در بررسی آزمایشی نشان داده‌اند که مواجهه سازی با نشانه‌های وسواس و آموزش راهبردهای تنظیم هیجانی با تغییر نسبتاً اندک یا بدون تغییر در برخی از وسواس‌های عملی همراه بوده است.

همچنین نتایج نشان داد که روش آموزش مفاهیم رفتاردرمانی دیالکتیکی به جزء در وسواس جنسی، به‌طور معنی‌داری در کاهش نمره زیر مقیاس‌های وسواس فکری اثربخش بوده است. این یافته هماهنگ با مطالعات پولارد [۱۴] و وان دایک و پولارد [۱۸] است. همچنین نتایج حاضر با مطالعات مربوط به اثربخشی ذهن آگاهی بر وسواس‌های فکری هماهنگ است [۳۲، ۳۳، ۳۴]. آموزش ذهن آگاهی احتمالاً آگاهی فراشناختی را افزایش می‌دهد و فرد در مشاهده دوباره، تمرکززدایی از افکار و هیجان توانمند شده و به‌جای آنکه افکارش را باورهای دقیقی که بازنمایی از واقعیت است، بداند، آن‌ها را به‌عنوان حوادث ذهنی در حال گذر می‌بیند [۳۵].

درروش آموزش مفاهیم رفتاردرمانی دیالکتیکی از بیماران دارای مشکل بیش برآورد اهمیت افکار وسواسی و ناخوانده، خواسته می‌شود تا مواردی از تفکر مبتنی بر هیجان و تفکر مبتنی بر منطق خودشان را شناسایی کنند. بیماران اعتقاد دارند که سطوح بالایی از خطر یا تهدید موقع تجربه افکار وسواسی حاضر می‌شود و همچنین بیماران دارای بینش به‌طور هم‌زمان می‌دانند که افکارشان درباره خطر یا تهدید غیرمنطقی است [۳۶]. باوجوداین، بیشتر اوقات، رفتار در پاسخ به افکار وسواسی بیشتر توسط افکار مبتنی بر هیجان تحت تأثیر قرار می‌گیرد (رفتارهای اجتناب/خنثی‌سازی در پاسخ به تهدید ادراک شده و احساسات مرتبط با ترس) تا افکار مبتنی بر منطق (بی‌اساس بودن تهدید ادراک شده و مقاومت در مقابل اجتناب و رفتارهای خنثی‌سازی). بیماران تشویق می‌شوند تا واکنش‌هایشان را نسبت به افکار وسواسی ارزیابی کنند و سپس روی ترکیب اطلاعات هیجانی و منطقی کار کنند [۲۱].

انجام تمرین‌های تجسمی، ایجاد هیجانات مثبت و عمل متضاد با هیجان در تمرینات تنظیم هیجانی باعث شده است که بیماران به‌جای اجتناب و خنثی‌سازی با موقعیت تهدیدآمیز مواجه شده، ارزیابی جدیدی از هیجانات ادراک شده و افکار وسواسی داشته باشند. همچنین راهبردهای تحمل تنیدگی با آموزش فنون خودتسکینی و توجه

جوان بین ۲۰ تا ۴۰ ساله و با سطح تحصیلات بالای سوم راهنمایی انجام شد، لذا پیشنهاد می‌شود رفتاردرمانی دیالکتیکی بر روی مردان مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی نیز بکار رود. رفتاردرمانی دیالکتیکی در جلسات طولانی معمولاً به صورت ۶۰ جلسه انفرادی و گروهی در بین بیماران اجرا می‌شود اما به دلیل طولانی بودن جلسات و جلوگیری از افت آزمودنی‌ها، تعداد جلسات به ۱۲ جلسه گروهی محدود شد. در تحقیق حاضر، روش مداخله بر اساس رفتاردرمانی دیالکتیکی لینهان [۱۷] و با الهام از مطالعه موردی پولارد [۱۴] طراحی شده است، لذا ضرورت دارد که در مطالعات آتی در طرح‌های آزمایشی کنترل شده این روش مداخله برای بیماران دارای اختلال وسواس فکری عملی دوباره مورد بررسی قرار گیرد تا حمایت تجربی کافی برای آن فراهم گردد. به نظر می‌رسد عدم اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی برای وسواس واریسی و جنسی به دلیل کم بودن تعداد جلسات باشد. توصیه می‌شود حداقل در زمینه‌های بالینی جلسات رفتاردرمانی دیالکتیکی به صورت کامل برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی اجرا شود.

منابع

- 1-Sadock, b., & Sadock, V. (2005). *Comprehensive textbook of psychiatry*. America, New York: Lippincott Willims & Wilkins press. pp. 1723.
- 2- Rasmussen, S., & Tsuang, M. (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*. vol. 143 (3): pp.317-322.
- 3-Robins, L., Helzer, J., Weissman, M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J., & Regier D. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Arch Gen Psychiat*. vol41: pp. 949-958.
- 4-Bland, R.C., Stebelsky, G., Orn, H., & Newman, S. C. (1988). Psychiatric disorders and unenmployment in Edmonton. *ActaPsychiatr Scand*. vol77: pp. 72-80.
- 5-Karno, M., Golding, J.M., Sorenson, S. B., & Burnam, A. (1988). The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities. *Arch Gen Psychiatry*.vol 45: pp.1094-1099.
- 6-Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive-compulsive disorder. *Psychiatr Clin North Am*. Vol 15: pp.743-758.

برگردانی موجب تحمل اضطراب ناشی از افکار وسواسی شده است.

در مورد عدم اثربخشی روش آموزشی بر وسواس جنسی، به نظر می‌رسد در رفتاردرمانی دیالکتیکی به شکل گروهی افراد دارای وسواس جنسی به دلیل تابو دانستن این موضوع و عدم مطرح آن در گروه، نتوانسته‌اند به صورت غیر قضاوتی به این افکار برخورد و هیجانات مرتبط با آن را تنظیم کنند.

همچنین نتایج تحقیق حاضر نشان داد که در گروه آزمایشی میزان راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی نسبت به گروه کنترل افزایش یافته است، این یافته با مطالعه فلدمن و همکاران [۳۷] همسو می‌باشد که در بیماران افسرده بکارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی منجر به افزایش پردازش هیجانی شده بود، زیرا در رفتاردرمانی دیالکتیکی افراد آموزش‌هایی را دریافت می‌کنند تا تجربه‌های هیجانی خود را به طور مؤثر تنظیم کنند. از آنجایی که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی مشکلاتی در تنظیم کردن هیجانات ناخوشایند در یک روش سازگاران دارند و مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیکی به پذیرش و تحمل انواع حالت‌های خلقی، بدون بیش درگیر شدن در تجربیات هیجانی، آگاهی و تنظیم هیجانات تمرکز می‌کنند، بنابراین منطقی به نظر می‌رسد تا راهبردهای مثبت تنظیم هیجانی افزایش یابد. همچنین نتایج حاضر نشان داد که راهبردهای منفی تنظیم هیجانی به طور معنی‌داری در گروه آزمایشی نسبت به گروه کنترل تغییر نکرده است. این یافته در راستای نتایج مطالعه علوی و همکاران [۳۸] قرار دارد که بکارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی به کاهش دشواری‌های تنظیم هیجان در بیماران افسرده منجر نمی‌شود. در مطالعه حاضر و همچنین در مطالعه علوی و همکاران [۳۸] تعداد ۲ جلسه درمانی برای آموزش تنظیم هیجانات اختصاص یافته بود که به دلیل کم بودن تعداد جلسات آموزشی مشکلات در تنظیم هیجانی کاهش نیافته بود و برای اثربخشی مناسب این آموزش‌ها نیازمند جلسات آموزشی بیشتر می‌باشد.

بکارگیری رفتاردرمانی دیالکتیکی برای اختلالات اضطرابی مقاوم به درمان توصیه شده است اما به دلیل محدودیت در کنترل اثر داروهای متنوع مصرفی بیماران، در مطالعه حاضر از نمونه بیماران که تحت دارودرمانی و یا روان‌درمانی نبودند، استفاده شد؛ بنابراین در تحقیقات آتی توصیه می‌شود از نمونه‌های مبتلایان به اختلال وسواس فکری- عملی که مقاوم به درمان هستند، استفاده شود. همچنین در مطالعه حاضر مداخله آموزشی، صرفاً روی زنان

- Advancement of Behavior Therapy. Boston.
- 17- Linehan, M. M. (1993). Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. London: Guilford Press. pp. 97-101
- 18-VanDyke, M. M, & Pollard, C. A. (2005). Treatment of refractory obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*. Vol 12: pp. 30-39.
- 19-Sookman, D., & Pinard, G. (1999). Integrative cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder which focuses on multiple schemas. *Cognitive and Behavioral Practice*. Vol 6: pp. 351-361.
- 20-Leahy, R. L. (2003). Roadblocks in cognitive-behavioral therapy: Transforming challenges into opportunities for change. New York: Guilford Press. pp. 91-95.
- 21-Wilhelm, S., & Steketee, G. S. (2006). Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder. Oakland CA: New Harbinger. pp. 156-158.
- 22- Allen, L. B., & Barlow, D. H. (2009). Relationship of exposure to clinically irrelevant emotion cues and obsessive-compulsive symptoms. *Behavior Modification*. Vol 33: pp.743-762.
- 23- Sookman, D., & Leahy, R. L. (2010). Treatment resistant anxiety disorders, New York: Routledge Taylor & Francis Group. pp. 165-177.
- 24-Mennin, D.S. (2005). Emotion and the acceptance-based approaches to the anxiety disorders. In S.M. Orsillo & L. Roemer (Eds.), *Acceptance and mindfulness based approaches to anxiety: Conceptualization and treatment* (pp. 37-68). New York: Springer.
- ۲۵- دلاور، علی. (۱۳۸۰) مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، تهران، انتشارات رشد، صص ۱۳۱.
- ۲۶- محمد خانی، پروانه؛ تابش، عذرا؛ تمنائی فر، شیما. (۱۳۸۴) مصاحبه بالینی ساختاریافته برای DSM-IV. تهران، انتشارات فرادید. صص ۱.
- 27-Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heniger, G. R., et al. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Archives of General Psychiatry*. Vol 46: pp.1012-1016.
- 28-Deacon, B. J., & Abramowitz, J. S. (2005). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. *Journal of Anxiety Disorders*. Vol 19: pp. 573-585.
- 7- Weissman, M. M., Bland, R. G., Canino, G.J., Greenwald, S., Hwu, H. G, Lee, C. K, et al. (1994). The cross-national epidemiology of obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. Vol 55(3): pp.5-10.
- 8-March, J. S., Frances, A., Carpenter, D., & Kahn, D. A. (1997). Expert consensus guideline for treatment of obsessive compulsive disorder. *The Journal of Clinical Psychaitry* vol58: pp.5-72.
- 9-Abramowitz, J. S. (1997). Effectiveness of psychological and pharmacological treatment for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol 65: pp. 44-52.
- ۱۰-ایمانی، مهدی؛ علیلو، مجید محمود؛ بخشی پور، عباس؛ فرنام، علیرضا؛ قلی زاده، حسین. (۱۳۸۸) مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، مواجهه و جلوگیری از پاسخ و فلئوکزتین در بهبود اختلال وسواس اجباری. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)، سال ۱۶، شماره ۳۴، صص ۳۹-۵۰.
- 11-Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. (2006). Cognitive-behavioral models of obsessive-compulsive disorder. In M. M. Antony, C. Purdon, & L. Summerfeldt (Eds.). *Psychological treatment of OCD: Fundamentals and beyond*. Washington, DC: American Psychological Association Press. pp. 9-29.
- 12-Fisher, P. L., & Wells, M. J. (2005). How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive compulsive disorder? A clinical significance analysis. *Behaviour Research and Therapy*. Vol 43: pp.1543-1558.
- 13-Eddy, K. T, Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. A. (2004). Multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*. Vol 24: pp. 1011-1030.
- 14- Pollard, C. A. (2007). Treatment readiness, ambivalence, and resistance. In: M.M. Antony, C. Purdon, & L.J. Summerfeldt (Eds.). *Psychological treatment of obsessive compulsive disorder: Fundamentals and beyond*. Washington D.C: American Psychological Association. pp. 61-77.
- 15-Oltmanns, T. F., & Gibbs, N. A. (1995). Emotional responsiveness and obsessive compulsive behaviour. *Cognition and Emotion*. Vol 9: pp. 563-578.
- 16-Holoway, R. M., & Holmberg, R. G. (2003). Obsessive-compulsive disorder and deficits in emotion regulation: Assessing the link between obsessions and compulsions. Paper presented at the 37th Annual Meeting for the Association for

۳۸- علوی، خدیجه؛ مدرس غروی، مرتضی؛ امین یزدی، سید امیر؛ صالحی قدردی، جواد. (۱۳۹۰) اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مؤلفه‌های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه‌های افسردگی در دانشجویان. مجله‌ی اصول بهداشت روان، سال ۱۳، شماره ۲، صص ۱۲۴-۱۳۵.

29- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. Vol 30: pp.1311-1327.

۳۰- یوسفی، فریده. (۱۳۸۵). بررسی رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با افسردگی و اضطراب در دانش آموزان مراکز راهنمایی استعدادهای درخشان. پژوهش در حیطه کودکان استثنائی، سال ۶، شماره ۶، صص ۸۷۱-۸۹۲.

۳۱- عبدی، سلمان؛ باباپور، خیرالدین؛ جلیل، حیدرفتحی. (۱۳۸۹) رابطه سبک‌های تنظیم هیجان شناختی و سلامت عمومی دانشجویان. مجله علوم پزشکی ارتش جمهوری اسلامی ایران، سال ۸، شماره ۴، صص ۲۵۸-۲۶۴.

۳۲- فیروز آبادی، عباس؛ شاره، حسین. (۱۳۸۸). اثربخشی تکنیک‌های ذهن آگاهی انفصالی در درمان یک مورد اختلال وسواسی-اجباری. تازه‌های علوم شناختی، سال ۱۱، شماره ۲، صص ۱-۷.

۳۳- سجادیان، ایلناز؛ نشاط دوست، حمید طاهر؛ مولوی، حسین؛ معروفی، محسن. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواسی-اجباری در زنان شهر اصفهان. مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی، سال ۹، شماره ۱، صص ۱۲۸-۱۴۰.

۳۴- موسوی مدنی، نوشین؛ آتش پور، سیدحمید؛ مولوی، حسین. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواسی اجباری در زنان شهر اصفهان. یافته‌های نو در روانشناسی، سال ۱۵، شماره ۵، صص ۵۷-۷۱.

35-Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press. pp. 9-45.

۳۶- طوبائی، مصطفی؛ شعیری، محمدرضا؛ قائدی، غلامحسین؛ شمس، گیتی. (۱۳۹۳) مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با بینش بالا، پایین و افراد سالم. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار سابق)، سال ۲۱، دوره جدید شماره ۱۱، صص ۱۲۱-۱۳۲.

37- Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Chang in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*. Vol 47: pp. 316-321.