

تأثیر درمان تعدیل سوگیری شناختی بر نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری: مقایسه اثربخشی آن و درمان شناختی رفتاری گروهی

مجتبی دلیر^۱

احمد علی پور^۲

حسین زارع^۳

ولی‌اله فرزاد^۴

تاریخ وصول: ۹۳/۹/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۴/۷/۱۵

چکیده

اصطلاح تعدیل سوگیری شناختی اشاره دارد به تغییر سبک‌های پردازش شناختی خاصی که به نظر می‌رسد در ایجاد اختلال‌ها یا واکنش‌های هیجانی ناخوشایند نقش دارند. هدف عمده پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان تعدیل سوگیری شناختی بر کاهش شدت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری بود. بدین منظور نمونه‌ای در دسترس از ۶۰ دانشجوی دارای نشانه‌های این اختلال انتخاب شد. طرح پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی و یک طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر به سؤال‌های سه پرسشنامه وسواس - بی‌اختیاری مادزلی، مقیاس وسواس - بی‌اختیاری ییل براون و پرسشنامه باورهای وسواسی پاسخ دادند. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری نشان داد که ۱- درمان تعدیل سوگیری شناختی شدت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی را کاهش می‌دهد. ۲- درمان تعدیل سوگیری شناختی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش شدت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی دارد. با توجه به نتایج بدست آمده می‌توان استفاده از درمان تعدیل سوگیری شناختی تفسیر را که به لحاظ سود-هزینه و اثربخشی

۱. دکتری روان‌شناسی و مدرس دانشگاه پیام‌نور، تهران (نویسنده مسئول) mojtaba_dalir@yahoo.com

۲. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور، تهران alipor@pnu.ac.ir

۳. استاد گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام‌نور، تهران h_zare@pnu.ac.ir

۴. دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی، تهران vfarzad@yahoo.com

از نظر تجربی حمایت شده است به‌عنوان روشی نو و آسان در درمان نشانه‌های اختلال وسواس بی‌اختیاری به همه روان‌درمان‌گران توصیه کرد.

واژگان کلیدی: درمان تعدیل سوگیری شناختی، درمان شناختی رفتاری گروهی،

نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری، باورهای وسواسی، رفتارهای وسواسی

مقدمه

اختلال وسواس - بی‌اختیاری یک اختلال مقاوم و مزمن است (فینبرگ^۱، ۲۰۰۷). تأثیر نشانه‌های این اختلال از مزاحمت‌های جزئی تا عذاب‌های جدی متغیر است. در مورد بسیاری از افراد مبتلا، نشانه‌های اختلال می‌تواند تأثیر عمیقی بر حیطه‌های مختلف زندگی، به‌ویژه در روابط دوستانه و اعتماد به نفس ایشان بگذارد (سیسه‌موره^۲، ۲۰۱۰). این اختلال همراه با رنج قابل ملاحظه، آسیب‌دیدگی عملکرد، و تحمیل هزینه اقتصادی بر خود فرد و نظام سلامت است (مارکاریان^۳ و همکاران، ۲۰۱۰؛ فینبرگ، ۲۰۰۷). سازمان بهداشت جهانی اختلال وسواس - بی‌اختیاری را در میان ۱۰ عامل ایجادکننده ناتوانی اساسی قرار داده است (زوهار^۴، ۲۰۱۲). به‌علاوه، اختلال وسواس - بی‌اختیاری یکی از پیچیده‌ترین اختلال‌های روانی و از نظر درمان دشوارترین اختلال روان‌رنجوری محسوب می‌شود (فریمن و گارسیا^۵، ترجمه دلیر، ۱۳۹۱).

از طرفی، اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود اختلال وسواس - بی‌اختیاری جزء پایاترین یافته‌های پژوهشی و بالینی است (آبراموویتز و آرک^۶، ۲۰۱۴). در واقع، پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بررسی کرده‌اند. برای مثال، اولاتونجی، دیویس، پاورز و اسمیتس^۷ (۲۰۱۳) با استفاده از فراتحلیل شانزده مطالعه نتیجه گرفتند که درمان شناختی رفتاری در درمان اختلال وسواس - بی‌اختیاری مؤثر است. جانسون و هوگارد^۸

-
1. Fineberg
 2. Sisemore
 3. Markarian
 4. Zohar
 5. Freeman & Garcia
 6. Abramowitz & Arch
 7. Olatunji, Davis, Powers, & Smits
 8. Jonsson & Hougaard

فوکس و مک‌لئود^۱، ۲۰۰۹). برخی از افراد نیمه خالی و برخی نیمه پُر لیوان را می‌بینند. در واقع، افراد در تفسیر رویدادهای مبهم و در میزان توجه به اطلاعات مثبت یا منفی متفاوت هستند. چنین گرایش‌هایی با آمادگی برای ابتلاء به اختلال‌های هیجانی ارتباط دارد، به طوری که افراد مستعد ابتلاء به اضطراب و افسردگی بیشتر از سایر افراد ابهام را به صورت منفی تفسیر می‌کنند (متیوس^۲ و مک‌لئود، ۲۰۰۵). سوگیری شناختی^۳ یعنی گرایش ترجیحی به پردازش اطلاعات تهدید کننده یا منفی، خواه از طریق تخصیص فزاینده منابع توجه (سوگیری توجهی^۴) یا از طریق اسناد ارزیابی‌های تهدید کننده یا منفی به اطلاعات مبهم (سوگیری تفسیری^۵). پژوهش‌های گسترده تأیید می‌کند که افراد مضطرب به طور ترجیحی توجه‌شان را به اطلاعات مرتبط با تهدید (بار- هایم، دومینیکیو، پرگامین، بکرمنس - کراننبرگ و فن‌ایجنزندوورن^۶، ۲۰۰۷)، و تفسیر اطلاعات مبهم به صورت منفی (متیوس و مک‌لئود، ۲۰۰۵) اختصاص می‌دهند. تفسیر^۷ نیز مرحله‌ای از پردازش اطلاعات است که طی آن اطلاعات خاصی مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. سوگیری تفسیر زمانی رخ می‌دهد که انتخاب‌های پردازشی رقیب وجود دارد؛ این حالت شامل یک ارزیابی مرتبط و یک ارزیابی غیرمرتبط با تهدید است. بازنمایی بازداری شده و بازنمایی برجسته‌شده منابع توجه را مورد استفاده قرار می‌دهند و نتیجه، بوسیله ارزیابی تهدید و سازوکارهای بالا به پایین تعیین می‌شود. در مورد افراد مضطرب، سوگیری تفسیر منفی و تفسیرهای مرتبط با تهدید، برجسته بوده و بیشترین منابع پردازشی را مورد استفاده قرار می‌دهد (باراک، انس^۸ و فوکس، ۲۰۱۲). خوشبختانه، سبک تفسیری را می‌توان با استفاده از تکالیف گوناگونی که در اصل برای ارزیابی سوگیری تفسیر وقایع مبهم ساخته شده‌اند تعدیل نمود. برای مثال، در شیوه بکاربرده شده توسط آیزنک، موگ، می، ریچاردز^۹ و متیوس (۱۹۹۱) شرکت کنندگان بایستی

1. Koster, Fox & MacLeod
2. Mathews
3. cognitive bias
4. attentional bias
5. interpretive bias
6. Bar- Haim, Dominique, Pergamin, Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn
7. interpretation
8. Burack, Enns
9. Eysenck, Mogg, May, Richards

توصیف‌های واقعه مبهمی را خواننده و آن‌ها را تصور کنند؛ توصیف‌هایی که صرفاً با یک کلمه پایانی رفع ابهام می‌شوند. در این روش شرکت‌کنندگان با جملاتی روبرو می‌شوند که با کلمه ناقصی به پایان رسیده و باید کامل شود. تکمیل کلمه ناقص منجر به پیامدی هماهنگ با یک تفسیر ناکارآمد یا کارآمد می‌شود. متیوس و مکینتاش (۲۰۰۰) در ابتدا سناریوهایی را در اختیار شرکت‌کنندگان قرار دادند که با رفع ابهام از یک کلمه ناقص کامل می‌شد. سپس، شرکت‌کنندگان به دو گروه آموزش رفع ابهام مثبت و منفی تقسیم شدند. نتایج نشان داد که شرکت‌کنندگان گروه آموزش منفی تفسیرهای منفی بیشتر و اضطراب بیشتری را گزارش کردند (متیوس و مکینتاش، ۲۰۰۰). برای بررسی آثار این آموزش، کار با یک آزمون بازشناسی دنبال شد. در طی این آزمون، شرکت‌کنندگان با جملات مبهم تازه‌ای روبرو شدند که با چهار تفسیر از هر جمله دنبال شده بود. شرکت‌کنندگان باید میزان شباهت معنای هر تفسیر را با جمله اصلی رتبه‌بندی می‌کردند. با استفاده از این روش، متیوس و مکینتاش (۲۰۰۰) نشان دادند که شرکت‌کنندگان به طور مثبت آموزش دیده، کاهش، در حالی که شرکت‌کنندگان به طور منفی آموزش دیده افزایشی را در سطوح اضطراب گزارش دادند (یندا، مکینتاش و متیوس، ۲۰۰۵؛ و سالمینک، فن دن هات و کیندت^۱، ۲۰۰۷). نتایج مشابهی را گزارش داده‌اند.

بر اساس نظریه‌های شناختی، سوگیری‌ها با شناخت‌های ناکارآمد مختلفی همراه هستند، که به نوبه خود پاسخ‌های رفتاری و هیجانی بدکارکرد را فعال می‌کنند. به‌خاطر تقویت ارتباط میان شناخت، هیجان، و رفتار، یک "مارپیچ رو به پایین آسیب‌شناسی روانی"^۲ در افراد آسیب‌پذیر فعال می‌شود که منجر به نشانه‌های اختلال می‌گردد (وود و بکر^۳، ۲۰۱۴). برای مثال، وود، ژانگ^۴، بکر، مک‌نالی و مارگراف^۵ (۲۰۱۴) نشان دادند که سوگیری تفسیر مرتبط با اختلال وحشت‌زدگی^۶ پیش‌بینی‌کننده حملات جدید این اختلال است. تأکید بر

1. Yiend
2. Salemink, van den Hout, & Kindt
3. psychopathological downward spiral
4. Woud & Becker
5. Zhang
6. McNally & Margraf
7. panic

سوگیری‌های تفسیر هماهنگ با مدل‌های شناختی اختلال وسواس - بی‌اختیاری است. مدل‌های مذکور عنوان می‌کنند که این تفسیر یک فکر مزاحم است که منجر به اضطراب، پریشانی و رفتارهای همراه اختلال می‌گردد (راچمن، ۱۹۹۸). مدل‌های شناختی پیشنهاد می‌کنند که این تفسیرها^۱ و نه محتوای افکار مزاحم است که منجر به دور آسیب‌شناختی خودسرزنش‌گری، پریشانی و تکرار مشخصه اختلال وسواس - بی‌اختیاری می‌شود. از اینرو داشتن فکری مثل آسیب‌زدن به نوزاد خود، به خودی خود مشکل‌زا نیست؛ مشکل، این تفسیر است که داشتن چنین فکری به معنای وحشتناک بودن فرد است یا این تفسیر که، احتمال به عمل در آمدن چنین فکری وجود دارد. امروزه، شواهد قابل توجهی وجود دارد که از ارتباط میان تفسیرهای منفی درباره افکار مزاحم و نشانه‌های وسواس - بی‌اختیاری حمایت می‌کند. برای مثال، نشانه‌های وسواس - بی‌اختیاری با این باورها مرتبط هستند که افکار مزاحم به لحاظ شخصی معنادار بوده و نشان‌دهنده منش اخلاقی یک فرد هستند (کلرکین و تیچمن، ۲۰۱۱).

از طرفی، شواهدی برای تأثیرگذاری درمان تعدیل سوگیری شناختی تفسیر بر نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری بدست آمده است. برای مثال، پژوهش کلرکین و تیچمن (۲۰۱۱) نشان داد که شرکت‌کنندگان با نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری در شرایط آموزش مثبت، پس از آموزش، باورها و تفسیرهای سالم‌تر مرتبط با اختلال را تصدیق می‌کنند. همچنین پژوهش ویلیامز و گریشام^۳ (۲۰۱۳) نشان داد که شرکت‌کنندگان شرایط آموزش مثبت پس از اجرای تعدیل سوگیری شناختی تفسیر در مقایسه با گروه گواه به سوی تولید تفسیرهای مثبت بیشتر و منفی کم‌تر گرایش پیدا کردند. به علاوه، شدت و ضعف نشانه‌ها تعدیل‌کننده آثار آموزش تعدیل سوگیری شناختی تفسیر مثبت نبود. ایشان از پژوهش خود نتیجه گرفتند که تعدیل سوگیری شناختی تفسیر در نشانه‌گرفتن انتخابی باورهای مرتبط با اختلال وسواس - بی‌اختیاری مؤثر است.

-
1. interpretations
 2. content
 3. Grisham

کلرکین و تیچمن (۲۰۱۱) در تبیین آموزش سوگیری‌های تفسیر مربوط به اختلال وسواس - بی‌اختیاری می‌نویسند: "از آنجایی که این اختلال یک اختلال ناهمگن^۱ است، از شرکت کنندگان خواسته شد تا ۶۴ سناریوی مرتبط با مجموعه‌ای از راه‌اندازهای تفسیرهای منفی مربوط به اختلال را خوانده و تصویرسازی کنند. این کار کمک می‌کند تا مطمئن شویم که دست کم برخی از باورهای وسواسی تمام شرکت کنندگان تحت آموزش قرار خواهد گرفت. سناریوهای مذکور مبتنی بر حوزه‌های مشخص شده توسط گروه کار شناخت‌های وسواس - بی‌اختیاری (۲۰۰۳؛ ۲۰۰۵) است. برای مثال، سناریوی زیر برای مورد هدف قرار دادن اهمیت افکار طراحی شده است: «شما و دوستتان در حال گفتگوی خصوصی هستید. شما به او می‌گویید که گاهی افکار عجیبی درباره آسیب رساندن به افرادی دارید که برایتان مهم هستند - افکاری که واقعاً نمی‌خواهید داشته باشید. دوست شما می‌گوید که این حالت واقعاً مرموز است». آخرین کلمه در هر سناریو یک کلمه ناقص است که ابهام سناریو را به صورت هماهنگ (یا ناهماهنگ) با یک تفسیر منفی مربوط به اختلال، بسته به موقعیت آموزش، رفع می‌کند. در این مثال، کلمه «مرموز» مفهوم سناریو را به صورتی ابهام‌زدایی می‌کند که هماهنگ با اختلال است (یعنی، باور به اینکه افکار بسیار معنادار هستند)؛ کلمه ناقص «طب_عی» می‌تواند برای ابهام‌زدایی مفهوم این سناریو در جهت مثبت مورد استفاده قرار بگیرد. شرکت کنندگان تا وقتی که کلمه ناقص را به درستی کامل نکرده‌اند اجازه کار بر روی سناریوی بعدی را ندارند. همچنین از شرکت کنندگان خواسته می‌شود که به یک سؤال درک مطلب برای تأکید بر چگونگی تفسیرشان پاسخ دهند (برای مثال، آیا به خاطر داشتن چنین افکاری دوستتان درباره شما قضاوت منفی می‌کند؟). شرکت کنندگان در موقعیت آموزش مثبت همیشه باید ابهام سناریو را به صورتی رفع کنند که مخالف تفسیرهای منفی مربوط به اختلال است (برای مثال، در این مورد، کامل کردن سناریو با کلمه «طبیعی»). شرکت کنندگان موقعیت آموزش خنثی در نیمی از سناریوها باید ابهام را به صورت ناهماهنگ با تفسیرهای منفی و در نیم دیگر به صورت هماهنگ با تفسیرهای منفی ابهام‌زدایی کنند. موقعیت آموزش منفی به خاطر ملاحظات اخلاقی درباره

1. heterogeneous

احتمال بدتر شدن نشانه‌های اختلال اجرا نمی‌شود. به طور خلاصه شرکت‌کنندگان مراحل اجرای تعدیل سوگیری شناختی را به صورت زیر انجام می‌دهند: ۱- خواندن و تصور کردن خود در ۶۴ سناریوی که با یک کلمه ناقص به صورت مثبت تکمیل می‌شود. ۲- شرکت‌کنندگان تا وقتی که کلمه ناقص یک سناریو را به درستی تکمیل نکرده‌اند اجازه عبور از آن را ندارند. ۳- پاسخ دادن به سؤالی که در زیر هر سناریو آمده است. ۴- خواندن و تکمیل نمودن برگه بازشناسی سناریو ۵- تکمیل برگه رتبه‌بندی ۶- تکمیل برگه کاوش". در پژوهش حاضر از روش توضیح داده شده توسط کلرکین و تیچمن (۲۰۱۱) که در بالا آمد استفاده شد. اما به دلیل وجود گروه گواه از گروه خنثی استفاده نگردید. بدین منظور پس از برگردان پروتکل مذکور به فارسی جهت بازبینی در اختیار چهار روان‌شناس قرار گرفته و اصلاحاتی به لحاظ فرهنگی در آن اعمال گردید. از آنجایی که هدف عمده پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان تعدیل سوگیری شناختی^۱ بر کاهش شدت نشانه‌های اختلال وسواس-بی‌اختیاری بود بنابراین دو فرضیه در همین راستا تدوین شد: ۱- درمان تعدیل سوگیری شناختی شدت نشانه‌های اختلال وسواس-بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی را کاهش می‌دهد. ۲- اثربخشی درمان تعدیل سوگیری شناختی و درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش شدت نشانه‌های اختلال وسواس-بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی متفاوت است.

روش پژوهش

پیش از انجام مطالعه اصلی یک پیش‌مطالعه به مدت دو هفته و با استفاده از نمونه‌ای ۵ نفری انجام شد که نتایج آن حاکی از کاهش شدت نشانه‌ها بود. اما در مطالعه اصلی به دلیل اینکه امکان انتخاب نمونه به صورت تصادفی میسر نگردید طرح پژوهش از نوع شبه آزمایشی و یک طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در اجرای این طرح ابتدا شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه جایگزین شدند. سپس، پیش‌آزمون اجرا شد و داده‌های ناشی از اجرای این آزمون جمع‌آوری گردید. پس از آن متغیر مستقل برای

1. Cognitive Bias Modification Therapy (CBMT)

شرکت کنندگان دو گروه آزمایشی اجرا شد. و در نهایت پس از آزمون اجرا گردید و اطلاعات و داده‌های ناشی از اجرای این آزمون جمع‌آوری شد. به علاوه، یک مرحله نیز به پیگیری اختصاص یافت. جامعه آماری جامعه‌ای در دسترس و شامل تمام دانشجویان ساکن شهر تهران در سال تحصیلی ۹۳-۱۳۹۲ بود. نمونه پژوهش حاضر با انتساب تصادفی سه گروه ۲۰ نفره از بین دانشجویانی که به طور داوطلبانه پرسشنامه وسواس - بی‌اختیاری مادزلی را کامل کردند شکل گرفت. ابتدا از میان افراد یاد شده که دارای نشانه‌های اختلال بودند تعدادی شرکت‌کننده به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. سپس، ضمن مصاحبه‌های تشخیصی بر اساس ملاک‌های DSM 5 برای اختلال وسواس - بی‌اختیاری ۶۰ نفر با نشانه‌های اختلال به عنوان گروه نمونه انتخاب گردید. لازم به ذکر است که ۱۳ نفر از کل نمونه پژوهشی همکاری خود را در مقطعی پیش از پایان پژوهش قطع کردند. جهت یکسان‌سازی تعداد پاسخگویان در گروه‌ها، دو نفر به صورت تصادفی برای تحلیل کنار گذاشته شد و در هر گروه ۱۵ نفر باقی ماند. بنابراین، در مجموع ۴۵ نفر جهت تجزیه و تحلیل‌های آماری در اختیار داشتیم. دامنه سنی نمونه باقی مانده از ۲۱ تا ۲۸ و با میانگین ۲۲/۸ سال است. از کل نمونه باقیمانده ۲۹ نفر (۶۴/۴ درصد) زن و ۱۶ نفر (۳۵/۶ درصد) مرد، ۴۱ نفر (۹۱/۱ درصد) مجرد و ۴ نفر (۸/۹ درصد) متأهل، ۳۸ نفر (۸۴/۴ درصد) دانشجوی کارشناسی و ۷ نفر (۱۵/۶ درصد) نیز دانشجوی کارشناسی ارشد هستند.

ابزار اندازه‌گیری

۱- **مقیاس وسواس - بی‌اختیاری ییل براون:** مقیاس وسواس - بی‌اختیاری ییل براون^۱ یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته^۲ برای ارزیابی شدت وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها است. این مقیاس حساسیت^۳ بالایی نسبت به تغییرات درمانی دارد (استکتی و فراست، ۱۹۹۴). این ابزار توسط گودمن و همکارانش در سال ۱۹۸۶ تهیه شده است (به نقل از دادفر، ۱۳۸۰). بخش فهرست نشانه‌ها، وسواس‌ها و بی‌اختیاری‌ها را جداگانه بررسی می‌کند و شامل بیش از پنجاه

1. Yale Brown Obsessive Compulsive Scale
2. semi-structured
3. sensitivity

وسواس و بی‌اختیاری شایع است. نقطهٔ برش مقیاس هفده است (دادفر، ۱۳۸۰). شانزده گویه فهرست نشانه‌ها در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و به صورت خود گزارشی پاسخ داده می‌شود (راجزی اصفهانی، متقی‌پور، کامکاری، ظهیرالدین و جان‌بزرگی، ۱۳۹۰). همچنین این مقیاس شامل ارزیابی شدت اختلال وسواس-بی‌اختیار، باور، اجتناب، و افسردگی می‌باشد (به نقل از دلیر و علی‌اکبر دهکردی، ۱۳۹۱). پایایی بین ارزیابان در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) ۰/۸۹ بوده است. اعتبار همگرا میان این آزمون و پرسشنامه قالب جهانی بالینی نشانگان وسواس-بی‌اختیاری^۱ در خط پایه ۰/۹۷ ($\eta = 20$) بود (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹). راجزی اصفهانی و همکاران (۱۳۹۰) ثبات درونی این آزمون در دو بخش فهرست نشانه‌ها و ارزیابی شدت را به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵ و اعتبار دونیمه‌سازی برای دو بخش مذکور را به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و اعتبار بازآزمایی را ۰/۹۹ گزارش کرده‌اند.

۲- پرسشنامه باورهای وسواسی: گروه کار شناخت‌های وسواس-بی‌اختیاری

پرسشنامه باورهای وسواسی^۲ را به‌عنوان ابزاری جهت ارزیابی نقش شناخت‌ها در سبب‌شناسی و حفظ وسواس تدوین نموده‌اند (گروه کار شناخت‌های وسواس-بی‌اختیاری، ۱۹۹۷؛ ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۳). پرسشنامه باورهای وسواسی شامل ۴۴ سؤال است. از پاسخ‌دهنده درخواست می‌شود، میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر کدام از گزینه‌ها که روی مقیاس صفر تا هفت مرتبه‌بندی شده است، اعلام کند. آزمون از شش زیرگروه افکار تشکیل شده که دامنه‌های کلیدی حوزه‌های شناخت در اختلال وسواس-بی‌اختیاری هستند؛ شامل احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب، ارزیابی تهدید و خطر (۱۶ گزینه)، بی‌نقص‌گرایی، نیاز به برخورداری از اطمینان (۱۶ گزینه)، اهمیت دادن به افکار و کنترل افکار (۱۲ گزینه). نتایج تحقیق گروه کار شناخت‌های وسواس-بی‌اختیاری بخش I (۲۰۰۳) نشان داد که پرسشنامه باورهای وسواسی دارای ثبات درونی $\alpha = 0.80$ و پایایی بازآزمون مناسب است. گروه کار شناخت‌های وسواس-بی‌اختیاری (۲۰۰۵) در مطالعه بخش II، شش عاملی را که از بُعد نظری و طبق نظر گروه کار

1. Clinical Global Impression of Obsessive Compulsive Syndrome
2. Obsessional Beliefs Questionnaire (OBQ-44)

شناخت‌های وسواس - بی‌اختیاری (۱۹۹۷)، به عنوان خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه باورهای وسواسی در نظر گرفته شده بود، به کمک تحلیل عاملی مورد بررسی آماری قرار دادند. سه عامل برای پرسشنامه باورهای وسواسی به دست آمد: عامل اول، احساس مسئولیت / ارزیابی خطر؛ عامل دوم، بی‌نقص‌گرایی / نیاز به کسب قطعیت؛ و عامل سوم، اهمیت و کنترل کنترل افکار (شمس، کرم قدیری، اسماعیلی ترکانبوری و ابراهیم‌خانی، ۱۳۸۳). این پرسشنامه به فارسی ترجمه شده و از روایی و پایایی بالایی در جمعیت ایرانی برخوردار است. نتایج مطالعه شمس و همکاران (۱۳۸۳) حاکی از ثبات درونی ($\alpha = 0/92$) و ضریب پایایی ($I = 0/82$) در جمعیت ایرانی فارسی زبان بود. روایی ملاک پرسشنامه به کمک پرسشنامه مادزلی ۵۰ درصد به دست آمد که معنی‌دار بود.

۳- پرسشنامه وسواس - بی‌اختیاری مادزلی: پرسشنامه وسواس - بی‌اختیاری مادزلی^۱

شامل ۳۰ ماده، نیمی با کلید درست و نیمی با کلید نادرست است (هاجسون و راجمن، ۱۹۷۷). این پرسشنامه به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده و دامنه نمرات آن از صفر تا ۳۰ متغیر است (ایمانی و همکاران، ۱۳۸۸). بالاتر بودن مجموع نمرات بیانگر وجود نشانه‌های بیشتر است (مستشاری، ۱۳۸۰). در اعتباریابی اولیه در بیمارستان مادزلی، این پرسشنامه ۵۰ بیمار وسواسی را از ۵۰ بیمار روان‌رنجور به خوبی تفکیک کرد. تحلیل محتوای بعدی پاسخ‌های ۱۰۰ بیمار، چهار جزء عمده را که منعکس - کننده چهار نوع مشکل وسواسی در بیماران بود، مشخص کرد که عبارتند از: واریسی (نه ماده)، پاک‌گردانی (یازده ماده)، گُندی (هفت ماده)، و شک وسواسی (هفت ماده). این پرسشنامه علاوه بر نمره کلی وسواس، شامل ۴ نمره فرعی برای رفتارهای وسواسی واریسی، پاک‌گردانی، گُندی، و شک وسواسی بوده و نسبت به اثرات درمانی حساس می‌باشد. به‌طور کلی این پرسشنامه ابزاری مفید و ساده است که می‌توان آن را همراه با سایر روش‌های معمول سنجش به کار گرفت (هاجسون و راجمن، ۱۹۷۷). هاجسون و راجمن ضریب پایایی (۰/۸۹) را برای این ابزار گزارش نموده‌اند (به نقل از محمود علیلو، ۱۳۸۲). ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در ایران توسط پژوهش‌های مختلفی رضایت‌بخش اعلام شده است. برای مثال

1. Maudsly Obsessional Compulsive Inventory

دادفر (۱۳۷۶) ضریب پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ و روایی همگرای آن با مقیاس وسواس - بی‌اختیاری ییل براون را ۰/۸۷ گزارش کرده است.

روند اجرای پژوهش: پژوهشگر با مراجعه حضوری و در میان گذاشتن موضوع پژوهش با دانشجویان، در صورت موافقت ایشان پرسشنامه وسواس - بی‌اختیاری مادزلی را در اختیار آن‌ها قرار می‌داد. این پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی و مواد اضافی برای افرادی بود که مایل بودند در بخش بعدی پژوهش شرکت کنند. پس از جمع‌آوری و استخراج داده‌های این پرسشنامه، با دانشجویان مایل به شرکت در جلسات درمانی تماس گرفته شد و ترتیب جلسه حضوری برای مصاحبه تشخیصی و ارائه برخی رهنمودها و پاسخ به سؤالات احتمالی در زمینه چگونگی برگزاری جلسات داده شد. پس از انتخاب نمونه و گمارش تصادفی آن‌ها در ۳ گروه، جلسات درمانی طی ۴ جلسه برای گروه درمان تعدیل سوگیری شناختی تفسیر و ۱۰ جلسه برای گروه درمان شناختی رفتاری گروهی برگزار گردید. برنامه جلسات درمان تعدیل سوگیری شناختی تفسیر مبتنی بر پروتکل کلرکین و تیچمن (۲۰۱۱) بود که پیشتر نیز به آن اشاره شد. مراحل اجرای این پروتکل به‌طور خلاصه عبارت است از: ۱- خواندن و تصور کردن خود در ۶۴ سناریوی که با یک کلمه ناقص به صورت مثبت تکمیل می‌شود. ۲- شرکت کنندگان تا وقتی که کلمه ناقص یک سناریو را به درستی تکمیل نکرده‌اند اجازه عبور از آن را ندارند. ۳- از شرکت کنندگان خواسته می‌شود به سؤالی که در زیر هر سناریو آمده پاسخ دهند. ۴- خواندن و تکمیل نمودن برگه بازشناسی سناریو ۵- شرکت کنندگان برگه رتبه‌بندی را تکمیل می‌کنند. ۶- شرکت کنندگان برگه کاوش را تکمیل می‌نمایند. با توجه به میانگین تعداد جلسات در پژوهش‌های مختلف انجام شده در زمینه درمان تعدیل سوگیری شناختی تفسیر (یعنی ۱ تا ۸ جلسه) (بیرد، ساویر و هافمن^۱، ۲۰۱۲) و امکان تقسیم مساوی پروتکل مذکور، جلسات درمان تعدیل سوگیری شناختی تفسیر ۴ جلسه تعیین گردید. همچنین از ۱۰ جلسه درمان ترکیبی ۴ جلسه به درمان تعدیل سوگیری شناختی تفسیر و ۶ جلسه نیز به درمان شناختی رفتاری گروهی اختصاص یافت که برنامه

1. Beard, Sawyer, & Hofmann

جلسات درمان شناختی رفتاری گروهی عبارت بود از: جلسه اول: معرفی و ارائه منطق درمان، جلسه دوم: راهبردهای شناختی، جلسه سوم تا ششم: معرفی مواجهه و جلوگیری از وسواس‌ها و تمرین مواجهه در طی جلسات. (بایلینگ، مک‌کب و آنتونی^۱، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹). یادآور می‌شود که امکان تغییر در پروتکل درمان شناختی رفتاری گروهی وجود دارد. در واقع می‌توان فراوانی جلسات را کم یا زیاد کرد (بایلینگ و همکاران، ترجمه خدایاری فرد و عابدینی، ۱۳۸۹). در راستای اجرای طرح پژوهش از گروه گواه به دلیل حجم بالای متقاضیان عذرخواهی شد و برای رعایت اخلاق پژوهشی به ایشان قول داده شده که در آینده جلسات آن‌ها برگزار خواهد شد. لذا از ایشان درخواست شد تا یکبار پس از سه ماه و بار دیگر دو ماه بعد از آن برای تکمیل مجدد آزمون‌های پژوهش در جلسه‌ای شرکت کنند. شرکت کنندگان در پژوهش سه پرسشنامه شرح داده شده در بالا را در جلساتی جداگانه پیش از شروع جلسات درمانی و پس از آن، و نیز دو ماه پس از آخرین جلسه درمانی تکمیل نمودند.

یافته‌های پژوهش

از آنجایی که در پژوهش حاضر انتخاب نمونه به صورت تصادفی نبوده و تعداد متغیرهای وابسته بیش از یک مورد بود، و بر اساس نظریه‌های مربوط در میان آن‌ها همبستگی وجود دارد، داده‌های جمع‌آوری شده را با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار دادیم؛ بدین منظور میانگین‌های مرحله پس‌آزمون و پیگیری گروه‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس مورد مقایسه قرار گرفت (دلاور، ۱۳۸۴). نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش فرض تساوی واریانس‌ها در متغیرهای وابسته پژوهش رد نمی‌شود.

جدول ۱. نتایج حاصل از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری بر روی میانگین نمره‌های متغیرهای شدت نشانه‌ها، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی در سه گروه پژوهش

| نام آزمون | مقدار | F | df فرضیه | df خطا | سطح معنی‌داری | مجذور اتای پاره‌ای |
|--------------------------------|-------|-------|----------|--------|---------------|--------------------|
| اثر پیلای ^۱ | ۱/۲۶۴ | ۲/۱۴۹ | ۳۲ | ۴۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۳۲ |
| لامبدای ویلکز ^۲ | ۰/۰۷۳ | ۳/۲۰۳ | ۳۲ | ۳۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳۰ |
| اثر هوتلینگ ^۳ | ۸/۰۵۵ | ۴/۵۳۱ | ۳۲ | ۳۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۰۱ |
| بزرگترین ریشه روی ^۴ | ۷/۴۳۴ | ۹/۲۹۳ | ۱۶ | ۲۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۸۱ |

$P < 0.05$

مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد که بین گروه‌های پژوهش در متغیرهای وابسته در سطح $P < 0.05$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین، جهت بررسی تأثیر متغیرهای مستقل بر وابسته از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. اطلاعات مربوط به تأثیر درمان تعدیل سوگیری شناختی و درمان شناختی رفتاری گروهی بر متغیرهای شدت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی پس از کنترل اثر متغیر پیش‌آزمون در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری تأثیر درمان تعدیل سوگیری شناختی و درمان شناختی رفتاری گروهی بر متغیرهای شدت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و

رفتارهای وسواسی

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری | مجذور اتا پاره‌ای | توان آماری |
|--|----------------|------------|-----------------|-------|---------------|-------------------|------------|
| شده نشانها نمره کل باورها RT | شدت نشانه‌ها | ۲ | ۲۴/۰۵۶ | ۳۴/۳۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۶ | ۱ |
| | نمره کل باورها | ۲ | ۱۷۳۱/۴۶ | ۳۵/۹۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۷ | ۱ |
| | RT | ۲ | ۳۱۳/۲۵ | ۱۰/۷۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۸ | ۰/۹۸ |

1. Pillai's Trace
2. Wilk's Lambda
3. Hotelling's Trace
4. Roy's Largest Root

| | | | | | | |
|------|-------|-------|-------|--------|---|-------------------|
| ۰/۹۶ | ۰/۳۵ | ۰/۰۰۱ | ۹/۳۶ | ۱۷۱/۰۰ | ۲ | PC |
| ۰/۹۴ | ۰/۳۲ | ۰/۰۰۱ | ۸/۳۰ | ۱۴۸/۹۳ | ۲ | ICT |
| ۰/۹۹ | ۰/۴۸ | ۰/۰۰۱ | ۱۵/۹۴ | ۲۲/۹۴ | ۲ | نمره کل مادزلی |
| ۰/۲۰ | ۰/۰۵ | ۰/۳۸۳ | ۰/۹۸ | ۰/۸۵ | ۲ | وارسی |
| ۰/۹۱ | ۰/۲۹ | ۰/۰۰۲ | ۷/۲۱ | ۷/۵۳ | ۲ | پاک‌گردانی |
| ۰/۰۹ | ۰/۰۱ | ۰/۷۳۵ | ۰/۳۱ | ۰/۰۹ | ۲ | کندی |
| ۰/۴۴ | ۰/۱۲ | ۰/۱۰۸ | ۲/۳۷ | ۰/۹۵ | ۲ | شک |
| ۱ | ۰/۶۰ | ۰/۰۰۱ | ۲۶/۲۰ | ۱۲/۱۳ | ۲ | شدت نشانه‌ها |
| ۰/۹۳ | ۰/۳۲ | ۰/۰۰۱ | ۸/۰۱ | ۳۵۲/۸۹ | ۲ | نمره کل باورها |
| ۰/۹۳ | ۰/۳۱ | ۰/۰۰۲ | ۷/۷۵ | ۱۷۲/۸۱ | ۲ | RT |
| ۰/۴۶ | ۰/۱۲ | ۰/۰۹۹ | ۲/۴۸ | ۲۸/۶۴ | ۲ | PC |
| ۰/۱۸ | ۰/۰۴۹ | ۰/۴۲۷ | ۰/۸۷ | ۶/۰۰ | ۲ | ICT |
| ۰/۹۹ | ۰/۴۱ | ۰/۰۰۱ | ۱۱/۸۸ | ۱۸/۳۰ | ۲ | نمره کل مادزلی |
| ۰/۱۰ | ۰/۰۲ | ۰/۶۸۴ | ۰/۳۸ | ۰/۳۸ | ۲ | وارسی |
| ۰/۷۹ | ۰/۲۳ | ۰/۰۱۰ | ۵/۲۶ | ۵/۰۸ | ۲ | پاک‌گردانی |
| ۰/۰۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۹۷۷ | ۰/۰۲ | ۰/۰۰۹ | ۲ | کندی |
| ۰/۷۵ | ۰/۲۱ | ۰/۰۱۶ | ۴/۷۱ | ۲/۴۸ | ۲ | شک |

سوگیری

(RT = مسئولیت‌پذیری در مقابل ارزیابی خطر، PC = کامل‌گرایی در مقابل نیاز به اطمینان، ICT

= اهمیت‌دادن به افکار در مقابل کنترل افکار) $P < 0/05$

چنانچه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، به طور کلی تأثیر درمان تعدیل سوگیری شناختی و درمان شناختی رفتاری گروهی بر متغیرهای شدت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأیید می‌گردد. میزان این تأثیر بین ۲۱ تا ۶۷ درصد متغیر بوده و بیانگر آن است که بین ۲۱ تا ۶۷ درصد تفاوت نمرات پس‌آزمون و پیگیری به تفاوت سه گروه مربوط می‌شود.

جدول ۳. نتایج میانگین و خطای معیار نمرات شدت نشانه‌ها، باورها، و رفتارهای وسواسی در سه گروه، با کنترل اثر پیش‌آزمون

| پس‌آزمون | | مراحل پژوهش | | گروه | شاخص متغیرها |
|------------|---------|-------------|---------|----------|--|
| خطای معیار | میانگین | خطای معیار | میانگین | | |
| ۰/۱۸ | ۱۱/۳۳ | ۰/۲۲ | ۱۰/۸۳ | ش ر | شدت نشانه‌های اختلال وسواس |
| ۰/۱۸ | ۱۱/۳۰ | ۰/۲۲ | ۱۰/۳۲ | ت س ش | |
| ۰/۱۹ | ۱۳/۱۵ | ۰/۲۴ | ۱۳/۱۰ | گواه | |
| ۱/۷۹ | ۱۱۰/۷۰ | ۱/۸۸ | ۱۰۱/۹۱ | ش ر | نمره کل باورهای وسواسی |
| ۱/۷۸ | ۱۰۹/۷۷ | ۱/۸۶ | ۱۰۰/۶۲ | ت س ش | |
| ۱/۹۱ | ۱۲۰/۰۵ | ۲/۰۰ | ۱۲۳/۰۶ | گواه | |
| ۱/۲۸ | ۴۱/۶۵ | ۱/۴۶ | ۳۹/۰۱ | ش ر | RT مسئولیت‌پذیری در مقابل ارزیابی خطر |
| ۱/۲۶ | ۴۱/۴۳ | ۱/۴۴ | ۴۱/۲۵ | ت س ش | |
| ۱/۳۶ | ۴۸/۴۴ | ۱/۵۶ | ۴۹/۱۹ | گواه | |
| ۰/۹۲ | ۳۷/۳۰ | ۱/۱۵ | ۳۵/۷۲ | ش ر | PC کامل‌گرایی در مقابل نیاز به اطمینان |
| ۰/۹۱ | ۳۷/۸۷ | ۱/۱۴ | ۳۴/۲۱ | ت س ش | |
| ۰/۹۸ | ۴۰/۳۵ | ۱/۲۳ | ۴۱/۶۵ | گواه | |
| ۰/۷۱ | ۳۱/۷۵ | ۱/۱۴ | ۲۷/۱۷ | ش ر | ICT اهمیت‌دادن به افکار در مقابل کنترل افکار |
| ۰/۷۰ | ۳۰/۴۶ | ۱/۱۳ | ۲۵/۱۴ | ت س ش | |
| ۰/۷۵ | ۳۱/۲۵ | ۱/۲۲ | ۳۲/۲۱ | گواه | |
| ۰/۳۳ | ۹/۳۹ | ۰/۳۲ | ۸/۶۴ | ش ر | نمره کل وسواس (مادزلی) |
| ۰/۳۳ | ۸/۸۴ | ۰/۳۲ | ۸/۶۹ | ت س ش | |
| ۰/۳۵ | ۱۱/۲۹ | ۰/۳۴ | ۱۱/۱۸ | گواه | |
| ۰/۲۷ | ۱/۷۷ | ۰/۲۵ | ۱/۷۷ | ش ر | وارسی |

| | | | | | |
|------|------|------|------|------|------------|
| ت س | ۱/۵۴ | ۰/۲۵ | ۱/۵۹ | ۰/۲۶ | |
| ش | | | | | |
| گواه | ۲/۰۸ | ۰/۲۶ | ۱/۹۵ | ۰/۲۸ | |
| ش ر | ۳/۷۰ | ۰/۲۷ | ۳/۸۶ | ۰/۲۶ | |
| ت س | ۳/۸۲ | ۰/۲۷ | ۳/۸۳ | ۰/۲۶ | پاک گردانی |
| ش | | | | | |
| گواه | ۵/۲۰ | ۰/۲۹ | ۵/۰۳ | ۰/۲۸ | |
| ش ر | ۱/۲۲ | ۰/۱۴ | ۱/۵۶ | ۰/۱۷ | |
| ت س | ۱/۲۴ | ۰/۱۴ | ۱/۵۳ | ۰/۱۶ | کندی |
| ش | | | | | |
| گواه | ۱/۳۹ | ۰/۱۵ | ۱/۵۰ | ۰/۱۸ | |
| ش ر | ۱/۹۴ | ۰/۱۷ | ۲/۱۸ | ۰/۱۹ | |
| ت س | ۲/۰۸ | ۰/۱۷ | ۱/۸۸ | ۰/۱۹ | شک |
| ش | | | | | |
| گواه | ۲/۵۰ | ۰/۱۸ | ۲/۷۹ | ۰/۲۱ | |

بر اساس مندرجات جدول ۳ و چون تفاوت میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته در سه گروه معنی‌دار شده است جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش لازم است با بررسی مربوط به مقایسه‌های زوجی معنی‌دار بودن تفاوت زوج گروه‌ها بررسی شود. نتایج بدست آمده از مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون بونفرونی^۱ در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴. نتایج مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیرهای وابسته پژوهش با استفاده از آزمون بونفرونی

| متغیرهای وابسته پژوهش | گروه‌ها | پس‌آزمون | | پیگیری |
|-----------------------|---------|---------------|--------------|--------|
| | | تفاوت میانگین | سطح معناداری | |
| شدت نشانه‌ها | ت س ش | ۰/۵۰ | ۰/۳۴۸ | ۰/۰۲۹ |
| | ش ر | -۲/۲۶ | ۰/۰۰۱ | -۱/۸۱ |
| | ت س ش | -۲/۷۷ | ۰/۰۰۱ | -۱/۸۴ |

1. Bonferroni

| | | | | | | |
|-------|--------|-------|--------|-------|-----|--|
| ۱ | ۰/۹۳۶ | ۱ | ۱/۲۹ | ت س ش | ش ر | نمره کل باورها |
| ۰/۰۰۶ | -۹/۳۴ | ۰/۰۰۱ | -۲۱/۱۵ | گواه | | |
| ۰/۰۰۲ | -۱۰/۲۷ | ۰/۰۰۱ | -۲۲/۴۴ | ت س ش | ش ر | RT |
| ۱ | ۰/۲۲۵ | ۰/۸۲۶ | -۲/۲۴ | ت س ش | | |
| ۰/۰۰۵ | -۶/۷۸ | ۰/۰۰۱ | -۱۰/۱۸ | گواه | ش ر | مسئولیت‌پذیری در مقابل ارزیابی خطر |
| ۰/۰۰۳ | -۷/۰۱ | ۰/۰۰۳ | -۷/۹۳ | ت س ش | | |
| ۱ | -۰/۵۷۸ | ۱ | ۱/۵۱ | ت س ش | ش ر | PC |
| ۰/۱۱۸ | -۳/۰۵ | ۰/۰۰۷ | -۵/۹۲ | گواه | | |
| ۰/۲۶۲ | -۲/۴۷ | ۰/۰۰۱ | -۷/۴۳ | ت س ش | ش ر | کامل‌گرایی در مقابل نیاز به اطمینان |
| ۰/۵۹۸ | ۱/۲۸ | ۰/۶۳۳ | ۲/۰۲ | ت س ش | | |
| ۱ | ۰/۴۹ | ۰/۰۲۲ | -۵/۰۴ | گواه | ش ر | ICT |
| ۱ | -۰/۷۹ | ۰/۰۰۱ | -۷/۰۷ | ت س ش | | |
| ۰/۷۴۰ | ۰/۵۴ | ۱ | -۰/۰۴۶ | ت س ش | ش ر | اهمیت‌دادن به افکار در مقابل کنترل افکار |
| ۰/۰۰۳ | -۱/۸۹ | ۰/۰۰۱ | -۲/۵۴ | گواه | | |
| ۰/۰۰۱ | -۲/۴۴ | ۰/۰۰۱ | -۲/۴۹ | ت س ش | ش ر | نمره کل مادزلی |
| ۱ | ۰/۱۸ | ۱ | ۰/۲۳ | ت س ش | | |
| ۱ | -۰/۱۷ | ۱ | -۰/۳۰۷ | گواه | ش ر | وارسی |
| ۱ | -۰/۳۵ | ۰/۵۰۸ | -۰/۵۴۱ | ت س ش | | |
| ۱ | ۰/۰۳ | ۱ | -۰/۱۲۵ | ت س ش | ش ر | پاک‌گردانی |
| ۰/۰۲۳ | -۱/۱۶ | ۰/۰۰۴ | -۱/۵۰ | گواه | | |
| ۰/۰۱۷ | -۱/۲۰ | ۰/۰۰۸ | -۱/۳۷ | ت س ش | ش ر | کندی |
| ۱ | ۰/۰۲ | ۱ | -۰/۰۱۸ | ت س ش | | |
| ۱ | ۰/۰۵ | ۱ | -۰/۱۶۷ | گواه | ش ر | شک |
| ۱ | ۰/۰۳ | ۱ | -۰/۱۴۸ | ت س ش | | |
| ۰/۷۹۹ | ۰/۳۰ | ۱ | -۰/۱۳۷ | ت س ش | ش ر | شک |
| ۰/۱۵۶ | -۰/۶۱ | ۰/۱۲۱ | -۰/۵۶۵ | گواه | | |
| ۰/۰۱۳ | -۰/۹۲ | ۰/۳۳۳ | -۰/۴۲۸ | ت س ش | ش ر | |

* P < ۰/۰۵

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تفاوت میانگین‌ها بر اساس متغیرهای شدت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری، باورهای وسواسی، نمره کل رفتارهای وسواسی (نمره کل مادزلی) و رفتار وسواسی پاک‌گردانی در پس‌آزمون، و متغیرهای شدت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری، نمره کل باورهای وسواسی، باور مسئولیت‌پذیری در مقابل ارزیابی خطر (RT)، نمره کل رفتارهای وسواسی (نمره کل مادزلی) و رفتارهای وسواسی پاک‌گردانی و شک وسواسی در مرحله پیگیری معنی‌دار است. بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌گردد. به عبارت دیگر، درمان تعدیل سوگیری شناختی شدت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی را کاهش می‌دهد. با توجه به مندرجات جدول ۴ از آنجایی که تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایشی با گروه گواه (به جز در خرده‌مقیاس‌های مسئولیت‌پذیری در مقابل ارزیابی خطر (RT)، نمره کل مادزلی، پاک‌گردانی، کندي و شك در پس‌آزمون، و کامل‌گرایی در مقابل نیاز به اطمینان (PC) و کندي در پیگیری) در اثر درمان تعدیل سوگیری شناختی نسبت به درمان شناختی رفتاری گروهی بیشتر است، بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان تعدیل سوگیری شناختی اثربخشی بیشتری را در کاهش نمرات متغیرهای وابسته داشته است. بنابراین فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید می‌گردد یا به عبارتی، اثربخشی درمان تعدیل سوگیری شناختی و درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش شدت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی متفاوت است.

بحث و نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که: ۱- درمان تعدیل سوگیری شناختی شدت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی را کاهش می‌دهد. ۲- درمان تعدیل سوگیری شناختی اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش شدت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی دارد.

آزمون فرضیه اول نشان داد که درمان تعدیل سوگیری شناختی شدت نشانه‌های اختلال وسواس-بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی را کاهش می‌دهد. یافته‌های این بخش از پژوهش با پیشینه نظری و تجربی هماهنگ است. همانطور که پیشتر عنوان شد مدل‌های شناختی پیشنهاد می‌کنند که این تفسیرها و نه محتوای افکار مزاحم است که منجر به دور آسیب‌شناختی خودسرزنش‌گری، پریشانی و تکرار مشخصه اختلال وسواس-بی‌اختیاری می‌شود. از اینرو داشتن فکری مثل آسیب‌زدن به نوزاد خود، به خودی خود فکر مشکل‌زایی نیست؛ مشکل، این تفسیر است که داشتن چنین فکری به معنای وحشتناک بودن شخص است یا این تفسیر که احتمال به عمل در آمدن چنین فکری وجود دارد (کلرکین و تیچمن، ۲۰۱۱).

مدل‌های شناختی اختلال‌های اضطرابی و افسردگی بر نقش حیاتی پردازش اطلاعات انتخابی در ایجاد و حفظ آسیب‌شناسی روانی تأکید کرده‌اند (بک و کلارک، ۱۹۹۷). تحقیقات گسترده‌ای که بواسطه این مدل‌ها انجام شده است نشان می‌دهد افراد مضطرب و افسرده وقتی مواد عاطفی مربوط به حالت هیجانی خود را پردازش می‌کنند انواع خاصی از سوگیری تفسیر، حافظه و توجه را دارند (متیوس و مک‌لئود، ۲۰۰۵). این الگوی پردازش اطلاعات انتخابی نه تنها در افراد مبتلا به اختلال‌های اضطرابی بالینی وجود دارد بلکه در افراد غیربالینی مستعد این نوع آسیب‌شناسی روانی هم مشاهده می‌شود (برای مثال، ویلیامز و همکاران، ۱۹۹۷). این موضوع با مدل‌های شناختی که چنین سوگیری‌هایی را در پردازش اطلاعات ایجاد و حفظ‌کننده اختلال‌های هیجانی مؤثر می‌دانند هماهنگ است (برای مثال، آیزنک، ۱۹۹۲). از طریق اسناددهی حالت علی به سوگیری شناختی در سبب‌شناسی آسیب‌شناسی روانی هیجانی این مدل‌ها به پردازش انتخابی در تبیین اضطراب بالینی اشاره دارند و همچنین سوگیری‌ها را به عنوان آماج عمده مداخلات درمانی جهت علاج این اختلال‌ها مطرح می‌کنند. تأکید بر سوگیری‌های تفسیر هماهنگ با مدل‌های شناختی اختلال وسواس-بی‌اختیاری است. این مدل‌ها عنوان می‌کنند که این تفسیر یک فکر مزاحم است که منجر به اضطراب، پریشانی و رفتارهای همراه اختلال می‌گردد (راچمن، ۱۹۹۸). از طرفی در مقایسه با سبک پردازش مثبت یا بی‌خطر که مشخصه افراد سالم است، افراد مستعد اضطراب

و افسردگی با احتمال بیشتری به سرنخ‌های منفی یا تهدیدکننده توجه کرده، ابهام را به صورت منفی رفع نموده، و به طور انتخابی وقایع منفی را به خاطر می‌آورند (هرتل^۱ و متیوس، ۲۰۱۱). خوشبختانه، سبک تفسیری می‌تواند با استفاده از تکالیف گوناگونی که در اصل برای ارزیابی سوگیری‌ها در تفسیر وقایع مبهم هیجانی ساخته شده‌اند تعدیل شود.

با توجه به آنچه در بالا آمد می‌توان اثربخشی درمان تعدیل سوگیری شناختی تفسیر در کاهش شدت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری، باورها و رفتارهای وسواسی در پژوهش حاضر را این گونه تبیین نمود که این روش درمانی باعث تغییر الگوی پردازش اطلاعات انتخابی و سوگیری‌های تفسیر در آزمودنی‌ها شده است که بر اساس مدل‌های شناختی در ایجاد و حفظ اختلال نقش دارند و در نتیجه منجر به کاهش شدت نشانه‌ها، باورها و رفتارهای وسواسی گردیده است. همچنین، عامل دیگری را که می‌توان بیان نمود ناشی از تأثیر ناآشکار این روش است. همانطور که یند و همکاران (۲۰۱۳) اشاره کرده‌اند در این روش درمانی افکار و باورهای شخصی به طور مستقیم مورد پرسش واقع نمی‌شوند، بنابراین مقاومت شرکت‌کنندگان در برابر درمان کاهش می‌یابد. به همین ترتیب، بیمار نیاز به کسب بینش ندارد زیرا این روش در پی مورد هدف قرار دادن مستقیم سوگیری شناختی زیربنایی نگهدارنده اختلال است و از اینرو درگیر شدن بیمار در فرایند درمان آسان‌تر خواهد بود. از طرفی، تبیین‌های عنوان شده توسط سایر پژوهشگران در زمینه اثربخشی تعدیل سوگیری شناختی تفسیر را نیز می‌توان به‌عنوان دلایل احتمالی اثربخشی این روش در پژوهش حاضر ذکر نمود. برای مثال، نتایج مطالعه کلامپ و امیر^۲ (۲۰۱۰) از این فرضیه حمایت می‌کند که بهبود پردازش شناختی بالا به پایین منجر به افزایش کنترل توجه شده، و این امر مانع پردازش تهدید می‌شود. برخی از نظریه‌پردازان هم معتقدند که تعدیل سوگیری شناختی بواسطه ارائه مکرر محرک‌های مرتبط با اختلال، نوعی مواجهه با سطوح پایین محرک اضطراب‌زاست (مک‌لئود^۳ و متیوس، ۲۰۱۲) بیدل، اسمیث^۴ و تیچمن (۲۰۱۴) نیز معتقدند که تعدیل

-
1. Hertel
 2. Klumpp & Amir
 3. MacLeod
 4. Beadel, Smyth

سوگیری شناختی از طریق تغییر یادگیری احتمال وقوع خطر عمل می‌کند. در واقع یادگیری احتمال وقوع ابهام = ایمنی مانع انتظارات قبلی درباره ارتباط بین ابهام = خطر شده و باعث تولید فعال معانی مثبت یا بی‌خطر در شرایط مبهم می‌شود. بنابراین، می‌توان فرض کرد که شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر در اثر اجرای تعدیل سوگیری شناختی تفسیر شروع به تولید فعال معانی مثبت یا بی‌خطر در شرایط مبهم نموده‌اند و در نتیجه شدت نشانه‌ها، باورها و رفتارهای وسواسی در ایشان کاهش پیدا کرده است.

یافته‌های این بخش از پژوهش با یافته‌های تجربی نیز هماهنگ است. از جمله یافته‌های پژوهش کلرکین و تیچمن (۲۰۱۱)؛ ویلیامز و گریشام (۲۰۱۳)؛ سالمینک، ولترز و دی‌هان^۱ (۲۰۱۵) و دلیر، علی‌پور، زارع و فرزاد (۱۳۹۴) که تنها مطالعات مستقیماً مرتبط با فرضیه اول هستند که در بررسی ادبیات پژوهش بدست آمد. همچنین این یافته‌ها به‌طور غیر مستقیم با نتایج پژوهش‌های متعدد که تأثیر درمان تعدیل سوگیری شناختی بر اختلالات اضطرابی مختلف را بررسی کرده‌اند هماهنگ است. برخی از این پژوهش‌ها عبارتند از متیوس و مکینتاش (۲۰۰۰)؛ یند و همکاران (۲۰۰۵)؛ سالمینک و همکاران (۲۰۰۷)؛ هیرش، هیس^۲ و متیوس (۲۰۰۹)؛ هیس، هیرش، کربس^۳ و متیوس (۲۰۱۰)؛ مبینی، مکینتاش، هوپیت، ایلینگورث، لانگدون و گگا^۴ (۲۰۱۲)؛ خلیلی طرهبه، مبینی، صالحی فدردی، مکینتاش و رینولدز^۵ (۲۰۱۲).

اما در آزمون فرضیه اول تفاوت میانگین‌ها در خرده‌مقیاس‌های واری، کندی و شک وسواسی در پس‌آزمون و کامل‌گرایی در مقابل نیاز به اطمینان (PC)، اهمیت‌دادن به افکار در مقابل کنترل افکار (ICT)، واری و کندی وسواسی در پیگیری معنی‌دار نبود. در تبیین این یافته‌ها همانطور که پیشتر ذکر گردید می‌توان گفت که پژوهشگران حوزه اختلال وسواس - بی‌اختیاری مجموعه‌ای از حیطه‌های باور را شناسایی کرده‌اند که فرض می‌شود تفسیرهای منفی افکار مزاحم از آن‌ها ناشی می‌گردد (راچمن، ۱۹۹۷)؛ گروه کار شناخت‌های

-
1. Wolters & de Haan
 2. Hirsch, Hayes
 3. Krebs
 4. Mobini, Hoppitt, Illingworth, Langdon & Gega
 5. Khalili-Torghabeh, Salehi Fardardi, & Reynolds

وسواس - بی‌اختیاری، ۲۰۰۵) مثل باور به اهمیت افکار یک شخص. برای مثال، فردی با نگرانی‌های مرتبط با وسواس - بی‌اختیاری ممکن است وقوع بی‌خطر یک فکر کفرآمیز را وقتی در کلیسا است به صورت مشخصه اینکه فرد بد، یا غیراخلاقی است تفسیر کند. اگرچه شدت ارتباط این حیطه‌های مختلف باور با حیطه‌های مختلف نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری (مثل، پاک‌گردانی، واریسی، و غیره) متفاوت است، به نظر می‌رسد به طور تجمعی ایجاد و حفظ وسواس‌ها در اختلال وسواس - بی‌اختیاری را حمایت می‌کنند (گروه کار شناخت‌های وسواس - بی‌اختیاری، ۲۰۰۵) و با شدت نشانه‌های این اختلال ارتباط دارند (برای مثال بلوچ، موریلو و گارسیا - سوریانو^۱، ۲۰۰۷؛ کالو، هارت، بجورگونسون و استنلی^۲، ۲۰۱۰). بنابراین چون شدت ارتباط حیطه‌های مختلف باورهای وسواسی با رفتارهای وسواسی متفاوت است نتایج بدست آمده در این بخش از پژوهش ممکن است در اثر چنین تفاوتی باشد. بنابراین با توجه به اینکه نتایج مربوط به شدت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی به‌طور کلی معنی‌دار است می‌توان این گونه نتیجه گرفت که احتمالاً باورها و رفتارهای مختلف وسواسی به‌طور تجمعی در ایجاد و حفظ اختلال، رفتارها و شدت نشانه‌ها نقش دارند.

تحلیل داده‌های ناشی از آزمون فرضیه دوم تأیید کرد که اثربخشی درمان تعدیل سوگیری شناختی و درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش شدت نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری، باورهای وسواسی و رفتارهای وسواسی متفاوت است. از آنجایی که تفاوت میانگین‌های دو گروه آزمایشی با گروه گواه (به جز در خرده مقیاس‌های مسئولیت‌پذیری در مقابل ارزیابی خطر (RT)، نمره کل مادزلی، پاک‌گردانی، کندی و شک در پس‌آزمون، و کامل‌گرایی در مقابل نیاز به اطمینان (PC) و کندی در پیگیری) در اثر درمان تعدیل سوگیری شناختی نسبت به درمان شناختی رفتاری گروهی بیشتر است، بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان تعدیل سوگیری شناختی اثربخشی بیشتری را در کاهش نمرات متغیرهای وابسته داشته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت

1. Belloch, Morillo & Garcia-Soriano
2. Calleo, Hart, Bjorgvinsson & Stanley

که مؤثرتر بودن درمان تعدیل سوگیری شناختی احتمالاً از طریق تغییر الگوی پردازش اطلاعات انتخابی و سوگیری‌های تفسیر در آزمودنی‌ها ایجاد شده است که بر اساس مدل‌های شناختی در ایجاد و حفظ اختلال نقش دارند و در نتیجه منجر به کاهش بیشتر شدت نشانه‌ها، باورها و رفتارهای وسواسی گردیده است. همچنین، عامل دیگری را که می‌توان بیان نمود ناشی از تأثیر ناآشکار این روش است. همانطور که یند و همکاران (۲۰۱۳) اشاره کرده‌اند در این روش درمانی افکار و باورهای شخصی به‌طور مستقیم مورد پرسش واقع نمی‌شوند، بنابراین می‌توان تصور کرد که مقاومت شرکت‌کنندگان در برابر درمان کاهش می‌یابد. به همین ترتیب، بیمار نیاز به کسب بینش ندارد زیرا این روش در پی مورد هدف قرار دادن مستقیم سوگیری شناختی زیربنایی نگهدارنده اختلال است و از اینرو درگیر شدن بیمار در فرایند درمان آسان‌تر خواهد بود. به‌علاوه درمان تعدیل سوگیری شناختی که از سنت پردازش‌های شناختی پیروی می‌کند (پلمن، ۲۰۱۰) ممکن است بر مؤلفه‌هایی تأثیر کرده باشد که جزء کاستی‌های اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی محسوب می‌شوند و از این طریق اثربخشی بیشتری را داشته است. در نتیجه اثربخشی بیشتر روش درمان تعدیل سوگیری شناختی در پژوهش حاضر ممکن است مربوط به موارد فوق باشد. بدیهی است که اثربخشی درمان شناختی رفتاری گروهی در سایر متغیرهای وابسته پژوهش حاضر بیشتر از درمان تعدیل سوگیری شناختی است. بنابراین از آنجایی که دو روش درمانی تعدیل سوگیری شناختی و درمان شناختی رفتاری گروهی اثربخشی متفاوتی بر متغیرهای وابسته مختلف داشته‌اند می‌توان نتیجه گرفت که این دو روش درمانی اثربخشی متفاوتی دارند.

پژوهش حاضر با سه محدودیت عمده روبرو بوده که در زیر آمده است. از آنجایی که پژوهش حاضر بر روی نمونه غیربالینی اجرا شده و جامعه‌ای که نمونه از آن انتخاب شده است دانشجویان ساکن شهر تهران بودند تعمیم یافته‌های آن به سایر نمونه‌ها از جمله نمونه‌های بالینی باید با احتیاط صورت گیرد. با توجه به اینکه روش درمانی تعدیل سوگیری شناختی تفسیر مربوط به اختلال وسواس-بی‌اختیاری روش جدیدی است تنها چهار پژوهش در دنیا در این زمینه صورت پذیرفته یا در دسترس قرار گرفته است. در نتیجه انجام مقایسه‌های گسترده و عمیق بین یافته‌های مطالعه حاضر و سایر مطالعات وجود نداشت. از

محدودیت‌های دیگر پژوهش حاضر می‌توان به افت آزمودنی‌ها اشاره نمود. با توجه به این که اجرای پژوهش بیش از پنج ماه به طول انجامید تعدادی از آزمودنی‌ها پیش از پایان پژوهش همکاری خود را در مقاطعی از پژوهش قطع کردند. بنابراین بایستی در تفسیر یافته‌های پژوهش حاضر این محدودیت را نیز در نظر داشته باشیم.

با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و محدودیت‌های مطرح شده در بالا، موارد زیر برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌گردد. از آنجایی که نمونه پژوهش حاضر از جامعه غیربالینی انتخاب شده بود به نظر می‌رسد تکرار این پژوهش با نمونه بالینی به یافته‌های بیشتری درباره اثربخشی درمان تعدیل سوگیری شناختی تفسیر منجر خواهد شد. در پژوهش حاضر برای گروه درمان تعدیل سوگیری شناختی بر اساس امکان تقسیم پروتکل به چهار بخش و با توجه به میانگین جلسات پژوهش‌های انجام شده در حیطه تعدیل سوگیری شناختی ۴ جلسه به اجرا اختصاص یافت. اما همانطور که در پژوهش‌های مختلف تعداد جلسات مختلفی از ۱ تا ۸ جلسه برای اجرای این روش درمانی مرسوم است پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی به مقایسه اثربخشی میان تعداد جلسات مختلف اجرای تعدیل سوگیری شناختی پرداخته شود. پژوهش حاضر متغیرهای مختلفی را در ارتباط با اختلال وسواس - بی‌اختیاری بررسی کرده است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی متغیرهای دیگری مثل اختلالات همزمان، سایر عوامل شناختی مرتبط با این اختلال، و سایر رفتارهای وسواسی مورد مطالعه قرار بگیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود به مقایسه اثربخشی ترکیبی از درمان تعدیل سوگیری شناختی و درمان‌های مرسوم دیگر پرداخته شود.

در مجموع و در یک نتیجه‌گیری کلی می‌توان گفت که نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد درمان تعدیل سوگیری شناختی تفسیر یک روش راحت برای اجرا، ارزان، مؤثر و پایا به لحاظ اثربخشی است. بنابراین می‌توان استفاده از این درمان را که به لحاظ سود-هزینه و اثربخشی از نظر تجربی حمایت شده است به عنوان روشی نو در درمان نشانه‌های اختلال وسواس - بی‌اختیاری به همه روان‌درمانگران توصیه کرد.

منابع

- اسدی، مسعود؛ شیرعلی‌پور، اصغر؛ شکوری، زینب؛ و محمدخانی، شهرام. (۱۳۹۱). فراتحلیل اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس. *مجله دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۰(۳)*، ۳۹۶-۴۰۵.
- ایمانی، مهدی؛ محمودعلیلو، مجید؛ بخشی‌پور، عباس؛ فرنام، علیرضا؛ و قلی‌زاده، حسین. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ و فلنوکزتین در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی- اجباری. *مجله دانشور رفتار، ۱۶(۳۴)*، ۳۹-۵۰.
- بایلینگ، پیتر. جی.؛ مک‌کب، رندی. ای. و آنتونی، مارتین. ام. (۲۰۰۶). *گروه درمانگری شناختی- رفتاری*. ترجمه محمد خدایاری فرد و یاسمین عابدینی (۱۳۸۹). تهران: دانشگاه تهران.
- دادفر، محبوبه. (۱۳۷۶). *بررسی همبودی اختلالات شخصیت در بیماران وسواسی- جبری و مقایسه آن‌ها با افراد بهنجار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی. انستیتو روانپزشکی تهران.
- دادفر، محبوبه؛ بوالهری، جعفر؛ ملکوتی، کاظم؛ و بیان‌زاده، سیداکبر. (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی- جبری. *فصلنامه اندیشه و رفتار، ۱ و ۲*، ۲۷-۳۲.
- دلاور، علی. (۱۳۸۴). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*، ویرایش جدید. تهران: رشد.
- دلیر، مجتبی؛ علی‌پور، احمد؛ زارع، حسین؛ و فرزاد، ولی‌اله. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی درمان تعدیل سوگیری شناختی تفسیر و ترکیب آن با درمان شناختی رفتاری گروهی در کاهش شدت نشانه‌ها، باورها و رفتارهای وسواسی. *مجله دست‌آوردهای روان‌شناختی، ۲۲(۱)*، ۳۰-۵۶.
- دلیر، مجتبی و علی‌اکبر دهکردی، مهناز. (۱۳۹۱). تأثیر آموزش رفتارهای سالم جنسی در کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی وسواس- بی‌اختیاری. *روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۹(۷)*، ۹۱-۱۰۲.

راجزی اصفهانی، سپیده؛ متقی پور، یاسمن؛ کامکاری، کامبیز؛ ظهیرالدین، علی رضا؛ و جان‌بزرگی، مسعود. (۱۳۹۰). پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی-اجباری بیل-براون. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷(۴)، ۲۹۷-۳۰۳.

شمس، گیتی؛ کرم‌قدیری، نرگس؛ اسماعیلی ترکانبوری، یعقوب؛ و ابراهیم‌خانی، نرگس. (۱۳۸۳). اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی-۴۴. *تازه‌های علوم شناختی*، ۶(۱ و ۲)، ۲۳-۳۶.

فریمن، جی. بی. و گارسیا ای. ام. (۲۰۰۹). *درمان خانواده‌محور کودک وسواسی: راهنمای عملی درمان شناختی-رفتاری*. ترجمه مجتبی دلیر. (۱۳۹۱). تهران: ارجمند.

محمود علیلو، مجید. (۱۳۸۲). *بررسی الگوهای شناختی و شاخص‌های پردازش هیجانی در اختلال وسواسی-جبری*. رساله دکتری، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، انستیتو روانپزشکی تهران، مرکز تحقیقات بهداشت و روان.

مستشاری، گلاره. (۱۳۸۰). *بررسی شیوع علائم وسواس در ۱۸۰ زن خانه‌دار ساکن نازی آباد تهران*. پایان‌نامه دکتری روانپزشکی چاپ نشده، دانشگاه علوم پزشکی تهران.

- Abramowitz, J. S. & Arch, J. J. (2014). Strategies for Improving Long-Term Outcomes in Cognitive Behavioral Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: Insights from Learning Theory. *Journal of Cognitive and Behavioral Practice*, 21(1), 20-31.
- Bar-Haim, Y. Dominique, L. Pergamin, L. Bakermans- Kranenburg, M. J. & van IJzendoorn, M. H. (2007). Threat related attentional bias in anxious and non-anxious individuals: A meta-analytic study. *Psychological Bulletin*, 133, 1-24.
- Beadel, J. R. Smyth, F. L. & Teachman, B. A. (2014). Change processes during cognitive bias modification for obsessive compulsive beliefs. *Journal of Cognitive Therapy Research*, 38, 103-119.
- Beard, C. Sawyer, T. A. & Hofmann, G. S. (2012). Efficacy of attention bias modification using threat and appetitive stimuli: a meta-analytic review. *Journal of Behavior Therapy*, 43 (4), 724-740.
- Beck, A. T. & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behavior Research and Therapy*, 35, 49-58.
- Belloch, A. Morillo, C. & Garcia-Soriano, G. (2007). Are the dysfunctional beliefs that predict worry different from those that predict obsessions?

- Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 438–448. doi:10.1002/cpp.551.
- Burack, J. A. Enns, J. T. and Fox, N. A. (2012). *Cognitive neuroscience, development, and psychopathology: Typical and atypical developmental trajectories of attention*. New York: Oxford University Press.
- Calleo, J. S. Hart, J. Bjorgvinsson, T. & Stanley, M. A. (2010). Obsessions and worry beliefs in an inpatient OCD population. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 903–908. doi:10.1016/j.anxdis.2010.06.015.
- Clerkin, E. M. and Teachman, B. A. (2011). Training interpretation biases among individuals with symptoms of obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry*, 42(3): 337–343. doi:10.1016/j.jbtep.2011.01.003.
- Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective*. Hove, England: Erlbaum.
- Eysenck, M. Mogg, K. May, J. Richards, A. & Mathews, A. (1991). Bias in interpretation of ambiguous sentences related to threat in anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 144-150.
- Fineberg, N. A. (2007). New treatment options for OCD. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11(S2), 24-30.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L. Hill, C. L. Heninger, G. R. & Charney, D. S. (1989). The Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale I: Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006–1011.
- Hayes, S. Hirsch, C. R. Krebs, G. & Mathews, A. (2010). The effects of modifying interpretation bias on worry in generalized anxiety disorder. *Behavior Research and Therapy*, 48, 171-178.
- Hertel, P. T. & Mathews, A. (2011). Cognitive bias modification: Past perspectives, current findings, and future applications. *Perspectives on Psychological Science*, 6, 521-536.
- Hirsch, C. R. Hayes, S. & Mathews, A. (2009). Looking at the bright side: Accessing benign meanings reduces worry. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 44–54.
- Hodgson, R. J. & Rachman, S. J. (1977). Obsessional compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15, 389–395.
- Jonsson, H. & Hougaard, E. (2008). Group cognitive behavioral therapy for obsessive–compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scand*, 1–9. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2008.01270.x
- Khalili-Torghabeh, S. Mobini, S. Salehi Fadardi, J. Mackintosh, B. & Reynolds, S. (2012). Effects of a multi-session cognitive bias modification program on negative interpretation biases and social anxiety in a sample of Iranian socially-anxious individuals. (Manuscript in preparation).

- Klumpp, H. & Amir, N. (2010). Preliminary study of attention training to threat and neutral faces on anxious reactivity to a social stressor in social anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 263-271.
- Koster, E. H. W. Fox, E. & MacLeod, C. (2009). Introduction to the special section on cognitive bias modification in emotional disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 1-4.
- MacLeod, C. & Mathews, A. (2012). Cognitive bias modification approaches to anxiety. *Annual Review of Clinical Psychology*, 8, 189-217. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032511-143052.
- Markarian, Y. Larson, M. J. Aldea, M. A. Baldwin, S.A. Good, D. Berkeljon, A., et al. (2010). Multiple pathways to functional impairment in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology Review*, 30, 78-88.
- Mathews, A. & Mackintosh, B. (2000). Induced emotional interpretation bias and anxiety. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(4), 602-615.
- Mathews, A. & MacLeod, C. (2005). Cognitive vulnerability to emotional disorders. *Annual Review Clinical Psychology*, 1, 167-195.
- Mobini, S. Mackintosh, B. Hoppitt, L. Illingworth, J. Langdon, P. & Gega, L. (2012). Effects of implicit and explicit cognitive bias modification and computer-aided cognitive-behavior therapy on modifying cognitive biases in social anxiety. (Manuscript in preparation).
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*, 35, 667-681.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2001). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behavior Research and Therapy*, 39, 987-1006.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2003). Psychometric validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory: Part I. *Behavior Research and Therapy*, 41, 863-878.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2005). Psychometric validation of the Obsessive Belief Questionnaire and Interpretation of Intrusions Inventory—part II: Factor analyses and testing of a brief version. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1527-1542.
- Olatunji, B. O. Davis, M. L. Powers, M. B. & Smits, J. A. J. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of Psychiatric Research*, 47, 33-41.
- Polman, A. (2010). *Dysfunctional beliefs in the understanding and treatment of obsessive-compulsive disorder*. Doctoral dissertation, the Parnassia Bavo Academie and the University Medical Centre Groningen.

- Rachman, S. J. (1998). A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behavior Research and Therapy*, 36, 385–401.
- Rosa-Alcázar, A. I. Sánchez-Meca, J. Gómez-Conesa, A. and Marín-Martínez, F. (2008). Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 1310–1325.
- Salemink, E. van den Hout, M. & Kindt, M. (2007). Trained interpretive bias and anxiety. *Behavior Research and Therapy*, 45, 329–340. doi:10.1016/j.brat.2006.03.011.
- Salemink, E. Wolters, L. & de Haan, E. (2015). Augmentation of Treatment As Usual with online Cognitive Bias Modification of Interpretation training in adolescents with Obsessive Compulsive Disorder: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49(Pt A):112-9.
- Sisemore, T. A. (2010). *Free from OCD: a workbook for teens with obsessive-compulsive Disorder*. Oakland, CA: Instant Help Books: A Division of New Harbinger Publications, Inc.
- Steketee, G. & Frost, R. (1994). Measurement of risktaking obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 28, 793-802.
- Williams, A. D. & Grisham, J. R. (2013). Cognitive Bias Modification (CBM) of obsessive compulsive beliefs. *BMC Psychiatry*, 13:256. doi:10.1186/1471-244X-13-256.
- Williams, J. M. G. Watts, T. N. Macleod, C. et al (1997) *Cognitive Psychology and Emotional Disorders*, (2nd end). Chic ester: John Wiley & Sons.
- Woud, M. L. & Becker, E. S. (2014). Editorial for the Special Issue on Cognitive Bias Modification Techniques: An Introduction to a Time Traveler's Tale. *Journal of Cognitive Therapy Research*, 38, 83-88. DOI 10.1007/s10608-014-9605-0.
- Woud, M. L. Zhang, X. C. Becker, E. S. McNally, R. J. & Margraf, J. (2014). Don't panic: Interpretation bias is predictive of new onsets of panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 83–87. doi:10.1016/j.janxdis.2013.11.008.
- Yiend, J. Lee, J. S. Tekes, S. Atkins, L. Mathews, A. Vrinten, M. & Shergill, S. (2013). Modifying Interpretation in a Clinically Depressed Sample Using 'Cognitive Bias Modification-Errors': A Double Blind Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research*, 1-14.
- Yiend, J. Mackintosh, B. & Mathews, A. (2005). Enduring consequences of experimentally induced biases in interpretation. *Behavior Research and Therapy*, 43, 779–797.
- Zohar, J. (2012). *Obsessive-Compulsive Disorder Current Science and Clinical Practice*. West Sussex: Wiley-Blackwell Publication.