



Predicting Obsessive-Compulsive Disorder based on Mindfulness, Cognitive Emotion Regulation Strategies, and Coping Strategies

Ali Nejat¹, Zohreh Rafezi², Farideh Hosseinsabet³

1. M.S. in Clinical Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

2. (Corresponding author)* Assistant Professor of Clinical Psychology Department, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

3. Assistant Professor of Clinical Psychology Department, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Abstract

Aim and Background: Obsessive-compulsive disorder is one of common disabling disorders in adolescents. Many factors contribute to the emergence and maintenance of this disorder, among which cognitive constructs have recently attracted much attention. Therefore, the present study was aimed to predict obsessive-compulsive disorder in middle school students based on the components of mindfulness, cognitive emotion regulation strategies and coping strategies.

Methods and Materials: This study was descriptive and correlative study. The statistical population consisted of all middle school students in city of Tabriz in academic year of 1397-98. Finally, data of 357 students (200 girls and 157 boys) who had been selected as research sample through multistage cluster sampling method, were analyzed. The research data were collected by Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R, Foa et al. 2002), Kentucky Inventory of Mindfulness Skills (KIMS), the short 18-item version of Garnefski and Kraaij's Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-short) and Endler & Parker's Coping Inventory for Stressful Situations (CISS). The collected data were analyzed using Pearson correlation coefficient and stepwise multiple regression analysis.

Findings: The findings showed that self-blame of cognitive emotion regulation strategies ($r=0.159, p<0.01$) and avoidance-oriented of coping strategies ($r=0.058, p<0.01$) have a significant positive relationship with obsessive-compulsive disorder. Acceptance without judgment ($r=-0.151, p<0.01$) and description ($r=-0.103, p<0.01$) of mindfulness components and task-oriented coping style ($r=-0.073, p<0.01$) have a significant negative relationship with obsessive-compulsive disorder. Finally, self-blame and Acceptance without judgment were able to explain 3.9 percent of the variance of obsessive-compulsive disorder in two steps.

Conclusions: Considering these results, for preventing adolescents' obsessive-compulsive disorder, paying attention to self-blame and acceptance without judgment variables is so necessary.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, mindfulness, cognitive emotion regulation, coping strategies.

Citation: Nejat A, Rafezi Z, Hosseinsabet F. Predicting Obsessive-Compulsive Disorder based on Mindfulness, Cognitive Emotion Regulation Strategies, and Coping Strategies. Res Behav Sci 2020; 18(2): 249-259.

* Zohreh Rafezi,

Email: rafezi.zohreh13@gmail.com

پیش‌بینی علائم اختلال وسواسی - جبری بر اساس مؤلفه‌های ذهن آگاهی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله‌ای

علی نجات^۱، زهره رافعی^۲، فریده حسین ثابت^۳

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۲- نویسنده مسئول* استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳- استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواسی-جبری، یکی از اختلالات ناتوان‌کننده و شایع در نوجوانان است. عوامل زیادی در ایجاد و تداوم این اختلال نقش دارد که اخیراً سازه‌های شناختی توجه زیادی به خود جلب کرده است. از این رو پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی علائم اختلال وسواسی-جبری بر اساس مؤلفه‌های ذهن آگاهی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله‌ای انجام گرفت.

مواد و روش‌ها: این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوره اول شهر تبریز در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۷ بود. در نهایت داده‌های ۳۵۷ نفر (۲۰۰ دختر و ۱۵۷ پسر) که به‌عنوان نمونه پژوهش با روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده بودند، تحلیل شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه بازنگری شده وسواسی-اجباری (OCI-R)، فوا و همکاران، (۲۰۰۲)، پرسش‌نامه مهارت‌های ذهن آگاهی کنتاکی (KIMS)، فرم کوتاه پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و کرایج (CERQ-P-short) و مقیاس راهبردهای مقابله‌ای اندلر و پارکر (CISS) استفاده شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه گام‌به‌گام تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که خودسرزندی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ($P < 0/01$ و $r = 0/159$) و مقابله اجتناب‌مدار از راهبردهای مقابله‌ای ($P < 0/01$ و $r = 0/058$) با علائم اختلال وسواسی-جبری رابطه‌ی مثبت و معنی‌داری دارند. همچنین پذیرش بدون قضاوت ($P < 0/01$ و $r = -0/151$) و توصیف کردن ($P < 0/01$ و $r = -0/103$) از مؤلفه‌های ذهن آگاهی و مقابله مسئله‌مدار ($P < 0/01$ و $r = -0/073$) از راهبردهای مقابله‌ای با علائم اختلال وسواسی-جبری رابطه‌ی منفی و معنی‌دار دارند که در نهایت، متغیرهای خودسرزندی و پذیرش بدون قضاوت توانستند در دو گام ۳/۹ درصد از واریانس علائم اختلال وسواسی-جبری را تبیین کنند.

نتیجه‌گیری: با در نظر گرفتن این نتایج، به نظر می‌رسد برای پیشگیری نوجوانان به اختلال وسواسی-جبری، توجه به متغیرهای خودسرزندی و پذیرش بدون قضاوت بسیار ضروری است.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی-جبری، ذهن آگاهی، تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای مقابله‌ای.

ارجاع: نجات علی، رافعی زهره، حسین ثابت فریده. پیش‌بینی علائم اختلال وسواسی-جبری بر اساس مؤلفه‌های ذهن آگاهی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله‌ای. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۲): ۲۴۹-۲۵۹.

* زهره رافعی

رایان نامه: rafezi.zohreh13@gmail.com

مقدمه

سلامت روانی و رفتاری کودکان و نوجوانان در هر جامعه از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، توجه به بهداشت روانی نوجوانان کمک می‌کند تا آن‌ها از نظر روانی و جسمانی سالم بوده و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (۱). اختلال وسواسی-جبری یکی از اختلال‌های رایج در دوره کودکی و نوجوانی است که میزان شیوع مادام‌العمر آن ۲ تا ۳ درصد در سطح جهانی و ۱/۸ تا ۶ درصد در بین جمعیت ایرانی هست (۲). همه‌گیری آن در جامعه هندوستان نیز به میزان ۴-۱/۵ درصد گزارش شده است (۳). این اختلال به‌عنوان یکی از اختلال‌های روان‌شناختی آسیب‌زا، به‌وسیله افکار تکرارشونده، مقاوم و رفتارهای تکراری همراه با اضطراب شناخته می‌شود (۴). اختلال وسواسی-جبری در دوران کودکی وضعیت مزمن و ناتوان‌کننده‌ای را به وجود می‌آورد که اگر پیش‌گیری و تحت درمان قرار نگیرد می‌تواند به تخریب قابل‌ملاحظه در عملکرد کودک در خانه، مدرسه و ارتباط با همسالان و اعضای خانواده، اختلال در تحول طبیعی و ادامه تا دوران بزرگسالی منجر شود (۵).

تحقیقات در طول چند دهه گذشته به صورت شگفت‌آوری شناخت ما را از پدیده‌شناسی و درمان اختلال وسواسی-جبری گسترش داده‌اند. امروزه بسیاری از مکانیسم‌ها و عامل‌ها در سبب‌شناسی اختلال وسواسی-جبری وجود دارند که این مکانیسم‌ها و فاکتورها باعث دوام این اختلال در طول زندگی می‌شوند (۶). در نظریه‌های جدید شناختی در مورد اختلالات اضطرابی و به‌خصوص وسواس، سازه‌های شناختی جایگاه ویژه‌ای به خود اختصاص داده است. توجه روزافزون به سازه‌های شناختی در تبیین اختلال وسواسی-جبری ناشی از نارضایتی از تبیین‌های پیشین رفتاری است که در آن علت وقوع و افزایش اعمال اجباری را به نقشی که این اعمال در کاهش اضطراب دارند، نسبت می‌دادند. آنچه در این اختلال اهمیت بیشتری دارد عقاید زیربنایی و عوامل شناختی است که اغلب نقش میانجی بین افکار، تکانه‌های وسواسی و اعمال اجباری داشته و در تداوم این اختلال نقش مهمی ایفا می‌کنند (۷). متغیرهای شناختی زیادی می‌توانند در شکل‌گیری و تشدید نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری نقش داشته باشند که در این پژوهش متغیرهای ذهن‌آگاهی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله‌ای موردتوجه قرار گرفته‌اند.

ذهن‌آگاهی، نوعی از آگاهی یا کیفیتی از هوشیاری است که بر اثر توجه به هدف در لحظه اکنون و بدون ارزشیابی لحظه‌به‌لحظه تعریف شده است. ذهن‌آگاهی فرد را به ایجاد ارتباط اساساً متفاوت با تجربه احساس‌های درونی و حوادث بیرونی، از طریق ایجاد آگاهی لحظه‌به‌لحظه و جهت‌گیری رفتاری مبتنی بر مسئولیت آگاهانه به‌جای واکنش‌پذیری خودکار قادر می‌سازد (۸). مطالعه‌های بسیاری به بررسی ارتباط مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی با متغیرهای روان‌شناختی پرداخته‌اند (۹ و ۱۰) و به این نتیجه رسیده‌اند که مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی می‌توانند نقش کلیدی و مهمی در کاهش اختلالات روانی داشته باشد. در پژوهشی کیفی به مطالعه تأثیر شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن-آگاهی بر تجارب بیماران دچار اختلال وسواسی-جبری پرداخته شد و به این نتیجه رسیدند که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌عنوان یک راهبرد مکمل برای درمان این اختلال بکار رود (۱۱). ذهن‌آگاهی به‌عنوان یک تکنیک می‌تواند باعث انفصال در درون فرد شده و درعین‌حال آگاهی سطح بالاتری را نسبت به شرایط جسمانی و شرایط محیطی به وجود آورد. به همین دلیل قادر است به افراد کمک نماید تا در موقعیت‌های مختلف و به‌خصوص زمانی که حملات وسواس به شکل مرور افکار یا اجبار در انجام اعمالی خاص فرد را تحت فشار قرار می‌دهند، ذهن خود را به پدیده‌های دیگری معطوف نموده و به-واسطه تمرکز بر حالات احساسی و جسمانی سدی در مقابل نشخوارها و اعمال تکرارشونده ایجاد نمایند (۱۲).

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان متغیر دیگری است که می‌تواند با اختلال وسواسی-جبری ارتباط داشته باشد. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بخشی از فرایند تنظیم هیجان است که با هدف مدیریت هیجان‌ها جهت افزایش سازگاری و تطابق به کار می‌رود و بخشی از راهبردهای تطابقی هستند که با تجربه و درمان ناراحتی‌های هیجانی و جسمانی مرتبط هستند (۱۳). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان فرایندی است که به‌واسطه آن، افراد بر نوع هیجان‌اتی که دارند، زمانی که دارای این هیجان‌ات هستند و چگونگی تجربه و ابراز آن‌ها تأثیر می‌گذارند (۱۴). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان نقش مهمی در سازگاری فرد با وقایع تنبیدی‌زای زندگی دارد. سطح پایین تنظیم هیجانی که ناشی از ناتوانی در مقابله مؤثر با هیجان‌ها و مدیریت آن‌هاست، در گرایش به اختلالات روانی و رفتاری نقش دارد. تنظیم هیجان‌ها باعث می‌شود که فرد در موقعیت‌هایی که امکان ابتلا به اختلالات روانی و رفتاری

های چندانی به بررسی ارتباط این متغیرها با اختلال وسواسی-جبری به خصوص در سنین اولیه نوجوانی نپرداخته‌اند، توجه به رابطه این متغیرها می‌تواند زمینه را برای پیشگیری و درمان این اختلال خصوصاً در نوجوانان مهیا کند. لذا مسئله‌ی اصلی موردبررسی در پژوهش حاضر این است که آیا مؤلفه‌های ذهن-آگاهی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله-ای می‌توانند علائم اختلال وسواسی-جبری را در نوجوانان پیش‌بینی کنند؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نظر هدف از نوع کاربردی و به لحاظ ماهیت و روش‌شناسی، توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوره اول مناطق پنج‌گانه آموزش و پرورش شهر تبریز بود که در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ مشغول به تحصیل بودند که ۳۹۱ نفر با استفاده از جدول کرجسی و مورگان (۱۹۷۰) و روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه-ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. مراحل نمونه‌گیری به این صورت بود که ابتدا به تصادف از بین نواحی پنج‌گانه آموزش و پرورش شهر تبریز، ۲ ناحیه و در هر یک از این دو ناحیه، تعداد ۴ مدرسه و در هر مدرسه نیز تعداد ۲ کلاس به صورت کاملاً تصادفی انتخاب شد و در نهایت تعداد ۳۵۷ پرسشنامه توسط دانش‌آموزان (۲۰۰ دختر و ۱۵۷ پسر) تکمیل گردید که تعداد ۳۴ پرسشنامه مخدوش و داده‌های آن قابل استفاده نبود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسش‌نامه بازنگری شده وسواسی-اجباری فوآ و همکاران (OCI-R): پرسش‌نامه بازنگری شده وسواسی-اجباری در سال ۲۰۰۲ با هدف سنجش علائم اختلال وسواسی-اجباری ساخته شد (۲۵). این پرسش‌نامه خودسنجی، دارای ۱۸ ماده است که علائم OCD را می‌سنجد. سؤالات در یک مقیاس ۵ درجه‌ای (۰=هیچ‌وقت تا ۴=بیش‌ازحد) تنظیم شده است. حداقل امتیاز ممکن ۰ و حداکثر ۷۲ خواهد بود. همسانی درونی توسط سازندگان آزمون برای مقیاس کلی (بین ۰/۸۱ تا ۰/۹۳) گزارش شده است. همچنین پایایی آزمون-بازآزمون آن خوب تا عالی به دست آمده است (بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۱). روایی افتراقی آن خوب و روایی همگرایی آن رضایت‌بخش بوده است. برای ارزیابی پایایی نسخه‌ی فارسی OCI-R، همسانی درونی

بالاست، از راهبردهای مقابله‌ای مناسب استفاده کند در مقابل کسانی که تنظیم هیجانی پایین دارند، برای مقابله با هیجان-های منفی خود، به‌سوی اختلال‌های روانی و رفتاری کشیده می‌شوند (۱۵). بررسی ارتباط راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با باورهای وسواسی دانش‌آموزان حاکی از این بود که راهبرد خودسرزنی بیش‌ترین رابطه معنادار را دارد (۱۶). پژوهش دیگری نشان داد که درک پایین هیجان‌ها در افراد با علائم اختلال وسواسی-جبری مرتبط است (۱۷). به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری به جهت اینکه هیجان‌های خود را به صورت ضعیف درک می‌کنند (۱۷)، دچار نوعی اضطراب درونی ناشناخته می‌شوند که این اضطراب به صورت اجبارها یا رفتارهای خنثی‌کننده آشکار می‌شود و در نهایت استفاده از این اجبارها به شکل روشی برای کاهش اضطراب به کار می‌رود (۱۸).

اختلال‌های روانی نظیر علائم وسواسی-جبری به تنهایی و به صورت مستقیم قادر نیست فرد و سلامت روانی او را متأثر سازد، بلکه نوع برداشت و ارزیابی فرد از این علائم و در نتیجه راهبردهای مقابله‌ای او در مقابل تنیدگی‌های حاصل از علائم اختلال روانی تعیین‌کننده خواهد بود (۱۹). راهبردهای مقابله‌ای تلاش‌های شناختی و رفتاری برای مدیریت کردن تقاضاهای بیرونی یا درونی هستند و به‌عنوان منابعی ارزیابی می‌شوند که نیاز به تلاش فیزیکی و روانی دارند (۲۰). راهبردهایی که فرد برای مقابله برمی‌گزیند بخشی از نیمرخ آسیب‌پذیری وی به شمار می‌رود (۲۱). پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد به تنیدگی می‌تواند اثرات منفی و سازش نایافته‌ای بر تحول کودکان و نوجوانان داشته باشد. در شیوه‌های ناکارآمد مقابله با تنیدگی، فرد پاسخ‌های غیرمنطقی و هیجانی همچون اجتناب، نشخوارهای فکری و سرزنش خود و دیگران نشان می‌دهد یا به دنبال راه-حل‌های کوتاه‌مدتی می‌گردد که به صورت موقت تسکین پیدا کند که این فرآیند فرد را مستعد افسردگی و وسواس می‌نماید (۲۲). به‌طور کلی راهبردهای مقابله‌ای می‌تواند نقش قابل‌توجهی در بروز اختلال وسواسی-جبری داشته باشد به طوری که شواهد پژوهشی گویای ارتباط راهبردهای مقابله‌ای با اختلال وسواسی-جبری است (۲۲ و ۲۳).

با توجه به اینکه ۲۵ درصد از موارد ابتلا به اختلال وسواسی-جبری در ۱۴ سالگی آغاز می‌شود و شروع علائم اختلال وسواسی-جبری در کودکی یا اوایل نوجوانی می‌تواند منجر به تداوم بیماری در تمام عمر شود (۲۴)؛ و اینکه پژوهش-

پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان، نتایج تحلیل آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها را مطلوب ارزیابی کرد (۰/۶۸ تا ۰/۸۲). همچنین، همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها (۰/۳۱ تا ۰/۶۳) به نسبت بالا بود. سرانجام، الگوی همبستگی خرده‌مقیاس‌های فرم کوتاه نسخه فارسی پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ-P-short) با علائم افسردگی Beck، بیان‌گر روایی ملاکی مقیاس بود (۳۱). در مطالعه حاضر نیز، ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برای راهبردهای سازش یافته و سازش - نیافته‌ی تنظیم شناختی هیجان ۰/۷۵ و ۰/۷۸ محاسبه گردید.

پرسش‌نامه راهبردهای مقابله‌ای: این پرسش‌نامه توسط پارکر و اندرل تهیه‌شده و شامل ۴۸ ماده است (۳۲). پاسخ‌ها به روش لیکرت از هرگز (۱) تا همیشه (۵) مشخص شده است که سه زمینه‌ی اصلی رفتارهای مقابله‌ای را در برمی‌گیرد: ۱- مقابله‌ی مسئله‌مدار یا برخورد فعال با مسئله در جهت مدیریت و حل آن. ۲- مقابله‌ی هیجان‌مدار یا تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مسئله. ۳- مقابله‌ی اجتنابی یا فرار از مسئله. دامنه‌ی تغییرات نمره‌ی هر یک از سبک‌های مقابله‌ای سه‌گانه یعنی مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی از ۱۶ تا ۸۰ است (۳۳). پایایی این آزمون از طریق محاسبه ضریب آلفای کرونباخ در راهبرد مسئله‌مدار برای دختران ۰/۹۰ و برای پسران ۰/۹۲، راهبرد هیجان‌مدار برای دختران ۰/۸۵ و برای پسران ۰/۸۲ و در راهبرد اجتنابی برای دختران ۰/۸۲ و برای پسران ۰/۸۵ به دست آمد (۳۲). در ایران آزمون را به روش بازآزمایی و همسانی درونی برای کل مقیاس ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. نتایج تحلیل روایی همزمان، از اجرای مقیاس موس و بیلینگز و راهبردهای مقابله‌ای، ضریب همبستگی ۰/۶۲ برای مقیاس مسئله‌مدار و ۰/۴۰ برای هیجان‌مدار را نشان داد (۳۴). پایایی این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر نیز، برای راهبرد مسئله‌مدار ۰/۸۴، هیجان‌مدار ۰/۷۹ و اجتنابی ۰/۸۱ به دست آمد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر از مجموع ۳۵۷ آزمودنی، ۱۵۷ آزمودنی (۴۴ درصد) را پسران و ۲۰۰ آزمودنی (۵۶ درصد) را دختران تشکیل دادند که در دامنه سنی ۱۳ تا ۱۵ سال با میانگین سنی ۱۳/۹ بودند. انحراف استاندارد سنی نیز ۰/۸۰۷ بود.

با ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس کلی ۰/۸۵ محاسبه شد. اعتبار بازآزمایی آن نیز با محاسبه ضریب همبستگی اسپیرمن برای گروه OCD بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۱ و برای گروه کنترل بین ۰/۵۷ تا ۰/۶۷ محاسبه شد (۲۶). در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه، ۰/۷۶ محاسبه شد.

پرسش‌نامه مهارت‌های ذهن‌آگاهی کنتاکی

(KIMS): پرسش‌نامه مهارت‌های ذهن‌آگاهی کنتاکی توسط بیر، اسمیت و آلن ایجادشده است. دارای ۳۹ ماده است و برای اندازه‌گیری چهار مؤلفه ذهن‌آگاهی طراحی شده است که عبارت‌اند از: مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت. سوالات پرسش‌نامه بر اساس مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (هیچ‌وقت، به‌ندرت، بعضی‌اوقات، اغلب اوقات تا همیشه) و به ترتیب با نمره ۱ تا ۵ درجه‌بندی شده است. نتایج تحلیل روان‌سنجی، نشان داد که این پرسش‌نامه از همسانی درونی بالایی (۰/۷۳) برخوردار است و نیز ضرایب آلفای کرون باخ خرده‌مقیاس‌های مشاهده، توصیف، عمل همراه با آگاهی و پذیرش بدون قضاوت به ترتیب، ۰/۹۱، ۰/۸۴، ۰/۸۳ و ۰/۸۷ است. روایی بازآزمایی آن‌ها نیز به ترتیب ۰/۶۵، ۰/۸۱، ۰/۸۶ و ۰/۸۳ به دست آمد (۲۷). در ایران ضریب پایایی این ابزار ۰/۸۲ گزارش شده است. اعتبار همگرای خرده‌مقیاس‌های این آزمون نیز، بین ۰/۴۷ تا ۰/۸۷ به دست آمده آمد (۲۸). آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه در پژوهش حاضر نیز برابر ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسش‌نامه تنظیم شناختی هیجان - فرم کوتاه

نسخه فارسی (CERQ-P-short): پرسش‌نامه تنظیم

شناختی هیجان یک ابزار ۱۸ ماده‌ای است که توسط گارنفسکی و کرایچ ساخته شده است (۲۹)؛ و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و تنیدگی‌زای زندگی در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری، فاجعه‌نمایی (فاجعه‌آمیز پنداری)، کم‌اهمیت شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی. حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیش‌تر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود (۳۰). پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌ها (۰/۶۸ تا ۰/۸۱) به دست آمد (۲۹). پژوهشی در ایران با هدف بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه

استقلال خطاها با استفاده از آماره دوربین-واتسون بررسی شد که این مقدار برابر با $1/9$ محاسبه گردید. دیاگرام پراکنش نیز رابطه خطی بین متغیرهای پژوهش را نشان داد. مشخصه‌های آماری متغیرهای مورد بررسی، از جمله میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده است (جدول ۱).

از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف جهت شناسایی وضعیت نرمال بودن توزیع داده‌های تحقیق استفاده شد. نتایج حاصل از این آزمون نشان داد که مقدار Z در تمامی متغیرها به‌غیر از اختلال وسواسی-جبری در سطح خطای کوچک‌تر از $0/05$ معنی‌دار است.

جدول ۱. مشخصه‌های آماری اختلال وسواسی-جبری و خرده مقیاس‌های ذهن-آگاهی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله‌ای

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد
اختلال وسواسی-جبری	۳۶/۶	۸/۹۷
مشاهده‌گری	۳۷/۹	۴/۴۲
توصیف کردن	۲۷/۲	۴/۱۵
عمل نمودن همراه با آگاهی	۳۳/۳	۴/۱۹
پذیرش بدون قضاوت	۲۳/۹	۵/۱
خودسرزنشگری	۶/۵۲	۱/۶۷
پذیرش	۷/۵۹	۳/۲۴
تمرکز بر فکر-نشخوارگری	۷/۹	۱/۷۴
تمرکز مجدد مثبت	۷/۲۵	۱/۶۴
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۷/۹۳	۱/۶
ارزیابی مجدد مثبت	۷/۶۳	۱/۷۲
کم‌اهمیت شماری	۷/۶۳	۱/۸
دیگر سرزنشگری	۷/۲۷	۱/۹۶
فاجعه‌نمایی	۷/۴۳	۱/۷
مقابله مسئله‌مدار	۵۵/۱	۱۰/۴
مقابله هیجان‌مدار	۵۲/۶	۱۱/۱
مقابله اجتنابی یا فرار از مسئله	۵۱/۷	۱۰/۵

جهت شناسایی وضعیت نرمال بودن توزیع داده‌ها استفاده شد. نتیجه حاصل نشان داد که مقدار Z در تمامی متغیرها به‌غیر از اختلال وسواسی-جبری در سطح خطای کوچک‌تر از $0/05$ معنادار است.

با توجه به اطلاعات این جدول، $3/9$ درصد از واریانس تغییرات اختلال وسواسی-جبری دانش‌آموزان توسط متغیرهای پیش‌بین تبیین می‌شود که بر اساس ضرایب همبستگی تعدیل شده، خودسرزنشگری $2/5$ درصد و پذیرش بدون قضاوت $2/1$ درصد از تغییرات اختلال وسواسی-جبری را به‌طور معناداری پیش‌بینی می‌کنند (جدول ۳).

همان‌طور که اطلاعات جدول ۳ نشان می‌دهد متغیرهای پیش‌بین (ذهن‌آگاهی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله‌ای) با زیرمقیاس‌های خود وارد مدل رگرسیون

برای تعیین رابطه بین متغیرهای پیش‌بین (مؤلفه‌های ذهن-آگاهی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله‌ای) با متغیر ملاک (اختلال وسواسی-جبری) از آزمون ضریب همبستگی پیرسون استفاده شد. نتایج نشان داد که بین راهبرد خودسرزنشگری و مقابله اجتنابی با اختلال وسواسی-جبری رابطه‌ی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین بین مؤلفه‌های توصیف کردن، پذیرش بدون قضاوت و مقابله مسئله‌مدار با اختلال وسواسی-جبری رابطه منفی و معناداری برقرار است (جدول ۲).

برای پیش‌بینی اختلال وسواسی-جبری دانش‌آموزان بر اساس مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و راهبردهای مقابله‌ای از آزمون رگرسیون چندگانه گام‌به‌گام استفاده شد. قبل از انجام تحلیل، از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف

شدند؛ اما مؤلفه‌های خودسرزنش‌گری و پذیرش بدون قضاوت توانستند در دو گام اختلال وسواسی-جبری را پیش‌بینی کنند. همان‌طوری که مشاهده می‌شود، همبستگی بین «خودسرزنش-گری» و «اختلال وسواسی-جبری» برابر با ۰/۰۲۵ است. به عبارت دیگر خودسرزنشگری به‌تنهایی تقریباً ۲/۵ درصد از تغییرات اختلال وسواسی-جبری آزمودنی‌ها را تبیین می‌کند.

شدند؛ اما مؤلفه‌های خودسرزنش‌گری و پذیرش بدون قضاوت توانستند در دو گام اختلال وسواسی-جبری را پیش‌بینی کنند. همان‌طوری که مشاهده می‌شود، همبستگی بین «خودسرزنش-گری» و «اختلال وسواسی-جبری» برابر با ۰/۰۲۵ است. به عبارت دیگر خودسرزنشگری به‌تنهایی تقریباً ۲/۵ درصد از تغییرات اختلال وسواسی-جبری آزمودنی‌ها را تبیین می‌کند.

جدول ۲. ضریب همبستگی متغیرهای پیش‌بین پژوهش با اختلال وسواسی-جبری

متغیر	ضریب پیرسون	P
مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی	مشاهده‌گری	-۰/۰۵۷
	توصیف کردن	-۰/۱۰۳**
	عمل نمودن همراه با آگاهی	-۰/۰۲۷
	پذیرش بدون قضاوت	-۰/۱۵۱**
راهبردهای تنظیم شناختی هیجان	خودسرزنشگری	۰/۱۵۹**
	پذیرش	۰/۰۱۵
	تمرکز بر فکر-نشخوارگری	۰/۰۵
	تمرکز مجدد مثبت	-۰/۰۱۲
	تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	-۰/۰۶۲
	ارزیابی مجدد مثبت	-۰/۰۸۱
	کم‌اهمیت‌شماری	۰/۰۵
	فاجعه‌نمایی	-۰/۰۳۲
	دیگر سرزنشگری	۰/۰۲۹
	راهبردهای مقابله‌ای	مقابله مسئله‌مدار
مقابله هیجان‌مدار		۰/۰۱۸
مقابله اجتنابی یا فرار از مسئله		۰/۰۵۸**

جدول ۳. خلاصه آزمون رگرسیون چندگانه (گام‌به‌گام) بررسی رابطه بین ذهن‌آگاهی، راهبردهای تنظیم

شناختی هیجان و راهبردهای مقابله‌ای با اختلال وسواسی-جبری

مدل	متغیرهای پیش‌بین واردشده در مدل	R	R ²	همبستگی تعدیل‌شده	ΔR^2	p
۱	خودسرزنشگری	۰/۱۵۹	۰/۰۲۵	۰/۰۲۳	۰/۰۲۵	۰/۰۰۳
۲	خودسرزنشگری	-۰/۲۱	۰/۰۴۴	۰/۰۲۹	-۰/۰۱۹	۰/۰۰۸
	پذیرش بدون قضاوت					

جدول ۴. ضرایب ابعاد ذهن‌آگاهی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و مقابله‌ای در پیش‌بینی اختلال وسواسی-جبری

متغیرهای واردشده در مدل	مدل	B	انحراف استاندارد	ضرایب استاندارد شده متغیرها (Beta)	t	p
خودسرزنشگری پذیرش بدون قضاوت	۱. عرض از مبدأ	۴۱/۳	۴/۳		۹/۶۱	۰/۰۰۰
	ضریب متغیر	۰/۷۸۸	۰/۲۷۹	۰/۱۴۸	۲/۸۲	۰/۰۰۵
	ضریب متغیر	-۰/۲۹۵	۰/۱۱۲	-۰/۱۳۸	-۲/۶۴	۰/۰۰۸

بر اساس داده‌های موجود در جدول ۴ که تحلیل ضرایب رگرسیونی را نشان می‌دهد، می‌توان معادله رگرسیون را به شرح

زیر نوشت:

$$\text{خودسرزنشگری} = 0/148 + (\text{پذیرش بدون قضاوت}) - 0/138(Y) \text{ وضعیت اختلال وسواسی - جبری پیش‌بینی شده}$$

بر پایه مدل رگرسیون بالا می‌توان گفت: با کاهش یک واحد در «پذیرش بدون قضاوت» به میزان ۰/۱۳۸ واحد از نمره اختلال وسواسی-جبری آزمودنی‌ها کاسته و با افزایش یک واحد در «خودسرزنشگری» به میزان ۰/۱۴۸ واحد بر نمره اختلال وسواسی-جبری آزمودنی‌ها افزوده می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج نشان داد که بین راهبرد خودسرزنشگری و اختلال وسواسی-جبری رابطه مثبت معناداری برقرار بود. به این معنا که با افزایش خودسرزنشگری، علائم اختلال وسواسی-جبری در دانش‌آموزان شدت می‌گیرد. همسو با این نتیجه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد با نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری از راهبردهای سازش نایافته ملامت خویش و ملامت دیگران بیشتری در مقایسه با افراد بهنجار استفاده می‌کنند (۱۷، ۳۵). در تبیین نتیجه حاضر می‌توان گفت یکی از ویژگی‌های برجسته افراد دچار علائم وسواسی-جبری سبک شناختی ضعیف آن‌ها از جمله نشخوارگری و ملامت خویش می‌باشد که بیش‌تر از سایر افراد در برابر مشکلات هیجانی و اضطرابی و به‌تبع آن وسواس آسیب‌پذیرند (۳۶). طبق نظریه تنظیم شناختی هیجان، تنظیم هیجان با استفاده از فرآیندهای شناختی صورت می‌گیرد. به عبارتی، شناخت‌ها یا فرآیندهای شناختی به افراد کمک می‌کنند تا هیجان‌ها و احساس‌های خود را تنظیم کرده و مغلوب شدت هیجان‌ها نشوند. فرآیندهای شناختی را می‌توان به فرآیندهای سالم شناختی نظیر ارزیابی مثبت و برنامه‌ریزی کردن و فرآیندهای ناقص نظیر ملامت خویش و پذیرش شرایط تقسیم کرد؛ بنابراین، بر اساس این نظریه افرادی که دچار فرآیندهای ناقص تنظیم شناختی از جمله خودملامت‌گری می‌گردند، بیش‌تر به اختلالات اضطرابی نظیر وسواس مبتلا می‌شوند (۱۵). افرادی که در هنگام رویارویی با وقایع ناگوار به‌جای اینکه هیجان‌ات خود را مدیریت کرده و از سبک پاسخ‌دهی مطلوب برخوردار موقیعت استفاده کنند، آشفته شده و خود را به خاطر وضعیت موجود سرزنش می‌کنند، بیشتر مستعد اضطراب شده و زمینه را برای بروز علائم اختلال وسواسی-جبری محیا می‌کنند.

نتایج هم‌چنین نشان داد که بین مؤلفه پذیرش بدون قضاوت و اختلال وسواسی-جبری رابطه منفی معناداری وجود دارد. به عبارتی با افزایش این مؤلفه، علائم اختلال وسواسی-جبری در فرد کاهش می‌یابد. در تبیین نتیجه به‌دست‌آمده می‌توان گفت ذهن‌آگاهی نوعی آگاهی‌پذیرا و عاری از قضاوت از آنچه اکنون در حال وقوع است، می‌باشد (۳۷). به‌واسطه چنین حالتی فرد یک نگرش توأم با کنجکاوی و باز بودن به تجربه نشان می‌دهد و از به کار بردن برچسب‌های ارزشی مانند خوب یا بد، درست یا نادرست، بالارزش یا بی‌ارزش خودداری می‌کند و اجازه می‌دهد که تجربیات بدون تلاش برای اجتناب، فرار یا تغییر آن اتفاق بیفتد (۳۸). چنین وضعیت پذیرش بدون قضاوتی که در اثر تمرینات ذهن‌آگاهی حاصل می‌شود به افراد کمک می‌نماید تا در موقعیت‌های مختلف و به‌خصوص زمانی که تحت فشار حملات وسواسی به شکل مرور افکار یا اجبار در انجام اعمالی خاص هستند، بتوانند ذهن خود را به پدیده‌های دیگری معطوف نموده و به‌واسطه تمرکز بر حالات احساسی و جسمانی سدی در مقابل نشخوارها و اعمال تکرارشونده ایجاد نمایند (۳۹).

مطالعه حاضر روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه دوره اول شهر تبریز اجرا شد. لذا در تعمیم نتایج به جوامع بالینی باید احتیاط کرد. استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای به لحاظ تعداد زیاد جامعه مورد مطالعه و عدم کنترل متغیرهای مزاحم و تأثیرگذار نظیر طبقه اجتماعی و اقتصادی دانش‌آموزان از محدودیت‌های این پژوهش است. پیشنهاد می‌شود این پژوهش در جامعه دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواسی-جبری انجام شود و نتایج آن با یافته‌های مطالعه حاضر مقایسه گردد. هم‌چنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی و طرح نیمه آزمایشی/آزمایشی برای بررسی روابط علی بین متغیرها استفاده شود. درنهایت با توجه به یافته‌های پژوهش به روان‌شناسان و مشاوران مدرسه توصیه می‌شود برای جلوگیری از ابتلا دانش‌آموزان به علائم اختلال وسواسی-جبری، مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی به‌خصوص مؤلفه پذیرش بدون قضاوت و

باید در برنامه‌های پیشگیرانه و مداخلاتی در سطح مدارس مورد اهتمام قرار گیرد.

راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به‌ویژه خودسرزنشگری را مورد توجه بیش‌تری قرار دهند.

با در نظر گرفتن نتایج پژوهش حاضر می‌توان گفت، ذهن-آگاهی و تنظیم شناختی هیجان به‌خصوص مؤلفه پذیرش بدون قضاوت و راهبرد خودسرزنشگری از عوامل مؤثر و پیش‌بین در ابتلا نوجوانان به اختلال وسواسی-جبری است که این موضوع

تقدیر و تشکر

از تمامی مدیران مدارس، معلم‌ها و دانش‌آموزانی که در آماده-سازی شرایط و اجرای پرسش‌نامه‌ها همکاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Yousefi N, Naimi GH, Ghaedniyajahromi A, Mohammadi H, Farmani Shahreza SH. A comparison of ADHD and oppositional behavioral and conduct disorders in elementary students with learning disabilities and normal students. *Learning Disabilities* 2013; 3(1): 129-47. [In Persian].
2. Sheikhoonesi F, Hajheidari Z, Masoudzadeh A, Mohammadpour RA, Mozaffari M. Prevalence and severity of obsessive-compulsive disorder and their relationships with dermatological diseases. *Acta Medica Iranica*. 2014; 52(7): 511-14. [In Persian].
3. Angel R, Preetha S, Priya J. A systematic review on obsessive-compulsive disorder. *Drug Invention Today*. 2018; (10): 2837-40.
4. McCabe RE, Rowa K, Farrell NR, Young L, Swinson RP, Antony MM. Improving treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: Does motivational interviewing boost efficacy? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2019; (22): 100446.
5. Storch EA, McGuire JF, Schneider SC, Small BJ, Murphy TK, Wilhelm S. Sudden gains in cognitive behavioral therapy among children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2019; (64): 92-98.
6. Khanjani Z, Esmaeili Anamage B, Gholamzadeh M. The role of parenting styles in predicting anxiety thoughts and obsessive compulsive symptoms in adolescents. *J Shahid Sadoughi Univ Med Sci*. 2011; 20(1): 39-48. [In Persian].
7. Berle D, Starcevic V. Thought-action fusion: review of the literature and future directions. *Clin Psychol Rev*. 2005; 25(3): 263-84.
8. Kabat-zinn J. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *Am psychiatry*. 1992; 149(7): 936-43.
9. Hosein Esfand Zad A, Shams G, Meysami AP, Erfan A. The Role of Mindfulness, Emotion Regulation, Distress Tolerance and Interpersonal Effectiveness in Predicting Obsessive-Compulsive Symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2017; 22(4): 270-83. [In Persian].
10. Eric L, Garland A, Roberts-Lewis A. Differential roles of thought suppression and dispositional mindfulness in posttraumatic stress symptoms and craving. *Addictive Behaviors*. 2013; 38(2): 1555-62.
11. Hertenstein E, Rosel N, Voderholzer U, Heidenreich Th, Nissen Ch, Thiel N, et al. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder – A qualitative study on patients experiences. *BMC Psychiatry*. 2012; 12: 185-210.
12. Ahmadi Bejagh S, Bakhshipour B, Faramarzi, M. The effectiveness of group mindfulness –Based cognitive Therapy on obsessive-compulsive disorder, metacognition beliefs and rumination. *Clinical Psychology Studies*. 2015; 20(5): 79-109. [In Persian].
13. Bouchard G, Guillemette A, Landry-Leger N. Situational and dispositional coping: An examination of their relation to personality, cognitive appraisals, and psychological distress. *Eur J Pers* 2004; 18: 221–38.
14. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. 2002; 39: 281–91.

15. Garnefski N, Kraaij V. Relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif* 2006; 40: 1659-69.
16. Vahedi SH, Hashemi T, Einipour J. Investigation of Relationship among Emotional control, Cognitive emotional regulation and Obsessive beliefs in high school girl students of Rasht. *Advances in Cognitive Science* 2013; 15(2): 63-71. [In Persian].
17. Stern MR, Nota JA, Heimberg RG, Holaway RM, Coles ME. An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*. 2014; 3: 109-14.
18. Kang JI, Namkoong K, Woo Yoo S, Jhung K, Kim SJ. Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders* 2012; 141: 286-93.
19. Baron RA, Byrne D, Branscombe NR. *Social Psychology*. Eleventh Edition. Chicago: Prentice Hall; 2006: 22.
20. Folkman S, Lazarus RS. The relationship between coping and emotion. *Soc* 1988; 26: 309-17.
21. Krohne HW, Hock M. Anxiety, coping strategies, and the processing of threatening information: Investigations with cognitive-experimental paradigms. *Personality and Individual Differences*. 2011; 50(7): 916-25.
22. Shakehnia F, Kajbaf MB, Golkari T. The Comparison of Coping Strategies and Quality of Attachment in Students with and without Obsessive-Compulsive Disorder. *Jcmh*. 2017; 4(2): 135-45. [In Persian].
23. Penley J, Tomaka J, Wiebe J. The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *J. Behav. Med* 2002; 25: 551-603.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*, 5th. Ed. 2013. Translated by Rezaee F, Fakhræe A, Farmand A, Niloufari A, Hashemi Azar J, Shamloo F. Tehran, Arjomand: 1397.
25. Foa EB, Huppert JD, Leiberg S, Langner R, Kichic R, Hajcak G, et al. The Obsessive-Compulsive Inventory: Development and validation of a short version. *Psychological Assessment* 2002; 14: 485-96.
26. Mohammadi A, Ladan F. Validation of the Persian Version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised in a Student Sample. *Psychological Research* 2008; 11(1&2): 66-78. [In Persian].
27. Baer RA, Smith GT, Allen KB. Assessment of mindfulness by self-reports the Kentucky inventory of mindfulness skills. *Assessment*. 2004; 11(3): 191-206.
28. Dehghan Menshadi Z, Taghavi SM, Dehghan Menshadi M. Investigating the Psychometric Properties of Kentucky Inventory of Mindfulness skills. *Thought & Behavior in Clinical Psychology* 2013; 7(26): 27-37. [In Persian].
29. Garnefski N, Kraaij V. Relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif* 2006; 40: 1659-69.
30. Besharat MA. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Instruction and Scoring (Persian Version). *Developmental Psychology: Iranian Psychologists* 2015; 11(44): 221-23. [In Persian].
31. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Research in Behavioural Sciences* 2011; 9(4): 229-40. [In Persian].
32. Endler ND, Parker JD. Multidimensional Assessment of Coping: A Critical Evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 54: 466-75.
33. Mahmoud Alilou M, Khanjani Z, Bayat A. Prediction of Anxiety-Related Emotional Disorders in Adolescents Based on Emotion Regulation, Coping Strategies and Symptoms Borderline Personality Disorder. *CpsyS* 2017; 7(25): 107-28. [In Persian].

34. Ghoreyshi Rad F. Validation of Endler & Parker coping scale of stressful situations. Behavioral Sciences. 2010; 4(1): 1-7. [In Persian].
35. Hassani J, Ariana Kiya E. Cognitive Emotion Regulation Strategies, Anxiety and Impulsivity in Bipolar Disorder with and without Comorbid Obsessive-Compulsive Disorder. IJPCP. 2016; 22 (1): 39-49. [In Persian].
36. Garnefski N, Kraaij V. Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. Cognition and Emotion. 2016; 1-8.
37. Ryan R, Brown KW. Why e don't need self-esteem: On fundamental need, contingent love, and mindfulness. Psychol Inquiry. 2003; 14 (3): 27-82.
38. Wahbeh H LuM, Oken B. Mindful awareness and non-judging in relation to posttraumatic stress disorder symptoms. Mindfulness (NY). 2011; 2(4): 219-227.
39. Kabat-Zinn, J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clinical Psychology: Science and Practice. 2003; 10: 144-156.

