

## The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on repetitive thoughts and negative emotional dimensions in women with obsessive-compulsive disorder

NaghiNia, \*M., Toozandehjani, H.

### Abstract

**Introduction:** The aim of this study was to investigate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on repetitive thoughts and negative meta-exciting dimensions in women with obsessive-compulsive disorder.

**Method:** The present study was a semi-experimental study of the pre-test-test design with the control group. The statistical population of the study consisted of all women with obsessive-compulsive disorder referred to psychiatric services medical centers in Mashhad, of whom 24 were selected by available sampling and then were replaced in experimental and control groups (each group of 12). Data were collected using a questionnaire of 10 questions of repeated negative thoughts of McEvoy et al. and the Meta-Exciting Questionnaire of Mitmansgruber et al. After that, the therapeutic intervention was performed based on Leahy pattern cognitive-behavioral approach for the experimental group during 8 sessions of 90 minutes, but the control group was placed on the waiting list. After the end of the treatment period, post-test was performed in both groups.

**Results:** The results of covariance analysis showed that there was a significant difference in recurring thoughts and negative meta-exciting dimensions. The experimental group showed a significant decrease compared to the control group.

**Conclusion:** Identifying, challenging and correcting negative repetitive thoughts, dysfunctional schemas and identifying hopeless thoughts and emotions and challenging them is the main goal of cognitive-behavioral therapists.

**Keywords:** repetitive thoughts, cognitive-behavioral therapy, meta-emotion, obsessive-compulsive and practical.

## اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افکار تکرار شونده و ابعاد فراهیجانی منفی در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

منیژه نقی‌نیا<sup>۱</sup>، حسن توزنده‌جانی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۰۹ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۰۶

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افکار تکرار شونده و ابعاد فراهیجانی منفی در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی می‌باشد.

**روش:** پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مراجعه کننده به مراکز درمانی خدمات روانشناسی در شهر مشهد بود. از بین آن‌ها ۲۴ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) جای‌گامی شدند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه ۱۰ سؤالی افکار تکرار شونده منفی مک‌اویی و همکاران و پرسشنامه فراهیجانی میتمانسگروبر و همکاران استفاده شد. پس از آن، مداخله درمانی بر اساس رویکرد شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی لیهی برای گروه آزمایش طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد، اما گروه کنترل در فهرست انتظار قرار گرفت. پس از پایان دوره درمان از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در متغیرهای افکار تکرار شونده و ابعاد فراهیجانی منفی تفاوت معناداری وجود دارد. به طوری که گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل کاهش معناداری نشان داد.

**نتیجه‌گیری:** شناسایی، چالش‌ورزی و اصلاح افکار تکرار شونده منفی، طرحواره‌های ناکارآمد و شناسایی افکار و هیجان‌های ناامید کننده و چالش با آن‌ها هدف اصلی درمانگران شناختی - رفتاری است.

**واژه‌های کلیدی:** افکار تکرار شونده، درمان شناختی - رفتاری، فراهیجان، وسواس فکری و عملی.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، گروه علوم روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران  
۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه علوم روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

## مقدمه

اختلال وسواس فکری و عملی<sup>۱</sup> در چهارمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی<sup>۲</sup> در طبقه تشخیصی اختلالات اضطرابی قرار گرفته بود، اما در پنجمین راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی<sup>۳</sup>، این اختلال در طبقه جداگانه‌ای با عنوان اختلال وسواسی - اجباری و اختلال‌های مرتبط با آن قرار داده است (۱). اختلال وسواس فکری عملی اختلالی شدید و مزمن است که به وسیله افکاری تکراری و مقاوم یا اجبارها و رفتارهای تکراری و یا هر دوی آن‌ها تشخیص داده می‌شود. افکار وسواسی ناخواسته هستند و در اکثر افراد ایجاد نگرانی و اضطراب می‌کنند. افراد سعی می‌کنند که این افکار ناخواسته را نادیده بگیرند یا آن‌ها را سرکوب کنند، یا با فکر یا عمل دیگری آن‌ها را خنثی کنند. شیوع این اختلال در طول زندگی بین ۲ تا ۷ درصد جمعیت برآورده شده و در میان زنان شایع‌تر است (۲).

این اختلال با وسواس‌ها (افکار، تصورات یا تکانه‌های ناخواسته که موجب اضطراب می‌شوند) و همچنین اجبارها (رفتارها یا اعمال ذهنی کاهنده اضطراب ناشی از وسواس) مشخص می‌شود (۳). خصوصیت اصلی اختلال وسواس فکری و عملی افکار وسواسی عودکننده یا اعمال اجباری است. افکار وسواسی همان عقاید، تصورات یا تکانه‌هایی هستند که بطور مکرر و به شکل کلیشه‌ای به ذهن بیمار خطور می‌کنند (۴). این افکار وسواسی عمدتاً درباره آلودگی، نظم، پرخاشگری، مسائل جنسی و مذهبی هستند (۵). اعمال و تشریفات وسواسی به صورت رفتارهای کلیشه‌ای هستند که مدام بیمار آن‌ها را تکرار می‌کند (۶). رایج‌ترین وسواس‌های عملی عبارتند از واریسی و تمیز کردن برای پیشگیری از یک فاجعه (۷). امروزه، معلوم شده است که اختلال وسواس دو برابر شایع‌تر از اسکیزوفرنی و اختلال دوقطبی است (۸). این اختلال تقریباً دوسوم مبتلایان را در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی درگیر می‌کند (۹). ارتباط تنگاتنگی میان علائم وسواسی، به ویژه افکار وسواسی و اضطراب و افسردگی وجود دارد. شروع اختلال معمولاً در اوایل بزرگسالی و گاهی کودکی است. سیر آن متغیر بوده و

احتمالاً بدون علائم اضطراب و افسردگی عمده به سوی مزمن شدن می‌رود (۱۰).

به موازات افزایش یا کاهش شدت علائم اضطراب و افسردگی، معمولاً تغییرات در شدت علائم وسواس بروز می‌کند (۱۱). افسردگی و اضطراب و سوگیری توجه برای پردازش انتخابی اطلاعات مربوط به تهدید پدیده‌های بالینی در این اختلال محسوب می‌شوند (۹ و ۱۲). برخی از پژوهشگران بر این باورند که در اختلال وسواس فکری و عملی، اضطراب و افسردگی دو سازه جدا از هم هستند، اما به باور گروهی دیگر بخشی از یک سازه کلی یعنی هیجان پذیری منفی می‌باشند (۱۳). در دیدگاه شناختی، اعتقاد بر این است که افکار ناکارآمد و منفی که در موقعیت‌های خاص یا در ارتباط با مشکلات خاصی به وقوع می‌پیوندند، منشأ وسواس محسوب می‌شوند (۱۴). مک‌نالی و همکاران (۱۵) یک الگوی شناختی پیشنهاد کردند که بر عواملی که منجر به برآورد ذهنی غیرواقع‌بینانه از پیامدهای فاجعه‌آمیز می‌شود، تأکید دارند. همچنین الگوی شناختی پیشنهادی سالکوویس (۱۶) متمرکز بر شناسایی و اصلاح ارزیابی‌های منفی افکار مداخله‌گر، اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس مسئولیت، جلوگیری از خنثی‌سازی ناشی از ارزیابی متأثر از احساس مسئولیت و افزایش واجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی می‌باشد (۱۷). در آخرین صورت‌بندی شناختی، فرض بر این است که فرآیندهای شناختی آسیب‌زای ارزیابی شامل ادراک خطر و ارزیابی مسئولیت شخصی منجر به رفتارهای وسواسی خنثی‌کننده به دنبال وقوع افکار خواهد شد (۱۸).

شواهد نشان می‌دهند که نرخ بالایی از همبودی بین اختلال وسواس فکری و عملی با حالات هیجانی وجود دارد (۱۹) و (۲۰). از جمله متغیرهای مرتبط با اختلال وسواس فکری و عملی ابعاد فراهیجانی منفی می‌باشد که به صورت خشم، شرمندگی، کنترل فکر و سرکوبی ابراز می‌شوند (۲۱). فراهیجان را به عنوان سازماندهی مجموعه‌ای از افکار و احساسات درباره هیجان‌ات تعریف کرده‌اند (۲۲). فراهیجان را مجموعه احساسات و افکار افراد درباره هیجان‌های تجربه شده به وسیله خود تعریف کرده‌اند. فراهیجان هیجان در مورد هیجان است (۲۳). نظریه فراهیجان بک و همکاران (۲۴)، بر این موضوع دلالت دارد که هیجان‌های اولیه می‌توانند هدف هیجان‌های ثانویه باشند. این نظریه به واکنش

1. Obsessive-compulsive disorder(OCD)
2. DSM-IV
3. DSM-5

عبارت دیگر، اختلال وسواس فکری و عملی، نشخوار فکری و نگرانی با افکار تکرار شونده منفی و شکل های مختلف پریشانی روانشناختی همبسته می‌باشند (۳۴). افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی با نشخوار فکری و افکار تکرار شونده منفی بر شکست‌شان در رسیدن به انتظارات، احساس کنترل می‌کنند (۳۵). همچنین به امید این که راه-حلی ظاهر شود، افکار و اتفاقات را در ذهن خود تکرار می‌کنند (۳۶).

افرادی که دچار اختلال وسواس فکری و عملی هستند، از افکار تکرار شونده منفی خود احساس شرمندگی و عذاب وجدان می‌کنند و از ناتوانی خود در کنترل و جلوگیری از این افکار احساس عجز و درماندگی می‌کنند و احساس می‌کنند کاملاً غیر عادی هستند (۳۷). در واقع، افکار تکرار شونده منفی راهبردهایی هستند که افراد مضطرب از آن‌ها برای بروز و تشدید دامنه وسیعی از رفتارهای منفی و پرخطر استفاده می‌کنند (۳۸). بررسی‌ها نشان می‌دهد که افکار تکرار شونده منفی عامل اصلی فراتشخیصی در بسیاری از اختلال های روانی هستند (۳۹). افراد مضطرب و نگران دارای افکار تکرار شونده در زمینه رویدادهای منفی هستند که از آن نگران هستند (۴۰) و این افکار به وجود آمده سبب برانگیختگی هیجانی و فیزیولوژیکی می‌شود و این برانگیختگی‌ها باعث توجه بیشتر به محرک‌های محیطی خواهد شد (۴۱). نتایج پژوهش پورمحسنی کلوری نشان داد که بین خلق افسرده و اضطرابی با افکار تکرار شونده منفی رابطه وجود دارد. همچنین، نتایج پژوهشی نشان داد که نشخوار فکری، نگرانی با آشفتگی‌های رفتاری همبستگی دارند (۴۲).

با توجه به موارد فوق و آنچه ذکر شد، اختلال وسواس فکری و عملی به گونه‌ای است که فرد را از داشتن یک زندگی سالم و طبیعی محروم می‌سازد. به همین دلیل پژوهش‌های مربوط به مداخله‌های درمانی این اختلال همواره مورد توجه بوده است و به منظور کاهش و از بین بردن این اختلال روش‌ها و فنون متعددی مورد استفاده قرار گرفته است (۴۳). به طور کلی، مطالعات درمانی در این حوزه سه شکل دارد که عبارتند از: دارو درمانی، رفتار درمانی، شناخت درمانی و ترکیب درمان‌های شناختی - رفتاری با دارو درمانی (۴۴-۴۵). در پژوهش‌های متعددی اثربخشی درمان‌های شناختی

عاطفی افراد نسبت به عواطفی که تجربه می‌کنند اشاره دارد. بر اساس این نظریه، واکنش عاطفی یا خرده مقیاس فراهیجان شش مورد است که چهار مورد خشم، شرمندگی، کنترل فکر و سرکوبی را فراهیجان‌های منفی و همدردی و علاقه را فراهیجان مثبت دانست. فراهیجان‌های مثبت با شادی و خودکارآمدی رابطه دارد، ولی فراهیجان‌های منفی با شادی و کارآمدی رابطه ندارند. به هنگام تجربه یک هیجان خالص، با تجربه‌ای از احساس در مورد آن هیجان خاص روبرو هستید. یکی از ویژگی‌های شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی، زمزمه افکار منفی یا نشخوار فکری منفی است که شامل شناخت‌های هیجانی منفی مفرط است که به تداوم و تشدید علائم وسواس منجر می‌شود (۲۵). زمزمه افکار منفی یا خودگویی‌های منفی به عنوان افکار عودکننده تعریف می‌شود که به طور غیر ارادی وارد هشیاری می‌شوند (۲۶).

همان‌طور که گفته شد، شواهد بسیاری وجود دارد مبنی بر این که افراد وسواسی نقیصی در شناخت نشان می‌دهند (۲۷). به عبارت دیگر، یکی از ویژگی‌های شناختی این افراد افکار تکرار شونده منفی است که شامل شناخت‌های هیجانی مفرط است که به تداوم و تشدید علائم این اختلال منجر می‌شود (۲۸). افکار تکرار شونده منفی به عنوان افکار عود کننده تعریف می‌شوند که پیرامون یک موضوع معمولی دور می‌زنند. این افکار به طور غیرارادی وارد آگاهی می‌شوند و توجه را از موضوعات مورد نظر و اهداف فعلی منحرف می‌سازند و غالباً جنبه خصمانه دارند (۲۹). اغلب افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی، به دلیل دست کم گرفتن توانمندی‌های خود و در نتیجه عدم لذت از حضور در جمع و دیده شدن و ارزیابی شدن، افکار تکرار شونده منفی را نیز تجربه می‌کنند (۳۰). افکار تکرار شونده منفی یک عامل فراتشخیصی در میان اختلالات هیجانی است و سبکی از فکر کردن درباره مشکلات و تجربیات منفی است که سه ویژگی کلیدی دارد: تکرار شونده و تا حدودی مزاحم هستند و رها شدن از دست آن‌ها دشوار است (۳۱). مشکلات هیجانی مختلف مرتبط با سطوح بالایی از افکار تکرار شونده منفی، به صورت نگرانی و نشخوار فکری نمایان می‌شوند (۳۲). بررسی پژوهش‌های پیشین نشان می‌دهد که اختلال وسواس فکری و عملی با افکار تکرار شونده منفی همبسته هستند (۳۳). به

علائم معمولاً تدریجی است، با این وجود شروع حاد هم گزارش شده است. همچنین شروع در کودکی یا نوجوانی می‌تواند منجر به تداوم بیماری در تمام عمر شود اما با این حال ۴۰ درصد این افراد در اوایل بزرگسالی ممکن است بهبود یابند (۵۳).

اختلال وسواس فکری و عملی یک اختلال با شیوع مادام‌العمر تقریباً ۲/۵ درصدی است که به عنوان یک مشکل جهانی سلامت‌روان مطرح است و یکی از چهار اختلال شایع روان‌پزشکی است که تقریباً دوسوم مبتلایان را در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی درگیر می‌کند، به نحوی که اثر این اختلال بر زندگی شخص و در واقع در همه وجوه زندگی فرد (نحوه تفکر، اساس و رفتار) چشمگیر است، از این رو مطالعه در این مورد ضروری است (۵۳). همچنین نشانه‌های اختلال وسواس فکری و عملی مانند دیگر اختلالات اضطرابی موجب آسیب‌های اجتماعی، شغلی و نیاز بیشتر به خدمات پزشکی و روانی می‌شود و به دلیل امکان همزمانی این اختلال با سایر اختلالات اضطرابی و به سبب این که یکی از مشکلات جدی سلامت‌روان محسوب می‌شود و پیامدهای زیان باری در سلامت‌روانی افراد مبتلا دارد و زندگی طبیعی فرد را مختل می‌سازد، لذا هرگونه اقدام در جهت سبب شناسی، پیشگیری، علل تداوم و درمان ضرورت دارد (۵۴).

از آنجا که شالوده و بنیان خانواده و جوامع در درجه اول به سلامت زنان آن جامعه بستگی دارد، لذا پیشگیری از وسواس و پیامدهای منفی آن برای ارتقای سلامت جامعه ضروری به نظر می‌رسد. همچنین مرور پژوهش‌های پیشین نشان داد که مطالعه‌ای وجود نداشته است تا میزان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری را بر افکار تکرار شونده و ابعاد فراهیجانی منفی در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی به صورت همزمان مقایسه کند. با عنایت به موارد ذکر شده و پیامدهای اجتماعی، اقتصادی و عاطفی بیماری وسواس و تأثیر آن در کاهش کیفیت زندگی در زنان مبتلا به اختلال وسواس و اهمیت آن در این گروه از افراد جامعه، مطالعه حاضر درصدد است تا میزان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افکار تکرار شونده و ابعاد فراهیجانی منفی در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی را بررسی نماید. امید است یافته‌های پژوهش حاضر راه‌گشای پژوهش‌های آینده باشد.

- رفتاری یا ترکیب آن با دارو درمانی در اختلال وسواس فکری و عملی به اثبات رسیده است (۴۶-۴۷-۴۸). پرهون، مرادی و حاتمی در پژوهش خود تحت عنوان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به افسردگی اساسی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی - رفتاری در کاهش علائم افسردگی و افزایش کیفیت زندگی تغییرات قابل توجهی را ایجاد کرده است (۴۹). همچنین علیپور و همکاران در پژوهش خود تحت عنوان اثربخشی درمان شناختی - رفتاری گروهی بر علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی دریافتند که درمان شناختی - رفتاری اثر معناداری بر کاهش علائم افسردگی، اضطراب و نشخوار فکری دارد (۵۰).

لیگ و کلارک (۵۱) با بررسی درمان‌های رایج اختلال وسواس به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی - رفتاری یا ترکیب درمان شناختی - رفتاری با دارو درمانی می‌تواند به عنوان درمان خط اول در درمان این اختلال در نظر گرفته شود. از سوی دیگر، نظم‌بخشی به هیجان‌ها و کنترل افکار تکرار شونده منفی یکی از مهمترین کارکردها برای حفظ سلامت جسمانی و روانشناختی است، چرا که مجموعه راهبردهایی متمایز و هدفمند است و به فرد کمک می‌کند حالات هیجانی خود را کنترل کند.

به طور کلی، اختلال وسواس فکری و عملی با سبک‌های مقابله‌ای و تنظیم‌گری هیجان‌ها مرتبط است و همچنین افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی که حوادث منفی، خلق و خوی پایین و ابعاد فراهیجانی منفی را در زندگی خود تجربه می‌کنند، معمولاً در قیاس با افراد بهنجار در همین شرایط، با خود رفتاری منتقدانه‌تر و ارزیابی‌های منفی بیشتری دارند و این نگرش غیرحمایت‌گرانه نسبت به خود با بسیاری از پیامدهای روانشناختی منفی و آسیب‌های روانشناختی متعدد همراه است و نیاز به پیشگیری و درمان دارد (۵۲).

متوسط سن شروع اختلال وسواس فکری و عملی ۱۹/۵ سالگی است و در ۲۵ درصد موارد در ۱۴ سالگی آغاز می‌شود. شروع بعد از ۳۵ سالگی غیرمعمول بوده ولی امکان پذیر است. مردها سن شروع پایین‌تری نسبت به زن‌ها دارند. تقریباً ۲۵ درصد مردها شروع زیر ۱۰ سالگی دارند. بروز

## روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی<sup>۱</sup> از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری این تحقیق متشکل از زنان مراجعه کننده به مراکز تخصصی خدمات روانشناسی در شهر مشهد در فاصله زمانی ۴ ماهه (آذر ماه لغایت اسفند ماه ۱۳۹۸) می‌باشد. برای انتخاب نمونه از نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد، بدین ترتیب که دو مرکز مشاوره از بین کلیه مراکز مشاوره شهر مشهد انتخاب و پس از اعلام فراخوان برای شرکت در طرح درمانی ۲۴ نفر از زنانی که مایل به شرکت در طرح درمانی بودند انتخاب شدند. این افراد بر اساس مصاحبه بالینی (مبتنی بر DSM-5) مورد غربال‌گری قرار گرفتند. حجم نمونه بر اساس کتاب پویایی گروه و مشاوره گروهی دکتر شفیع‌آبادی، گروه‌های روان درمانی برای ۸ الی ۱۰ نفر و گروه‌های مشاوره برای ۸ الی ۱۲ نفر قابل اجرا است (۵۵)، بنابراین در این پژوهش حجم ۱۲ نفر تعیین گردید. پس از تکمیل رضایت‌نامه شرکت آگاهانه در پژوهش، افراد به صورت تصادفی و با قرعه‌کشی به دو گروه ۱۲ نفره به عنوان گروه آزمایش و گروه کنترل انتخاب شدند.

معیارهای ورود شامل: ۱. تشخیص اختلال وسواس فکری و عملی بر اساس انجام مصاحبه تشخیصی براساس DSM-5، ۲. تکمیل فرم رضایت درمان، ۳. داشتن حداقل مدرک دیپلم، ۴. قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، ۵. نداشتن سابقه بستری و معیارهای سایکوتیک. معیارهای خروج نیز شامل: ۱. ابتلا به اختلالات روانی و شخصیت، سوء مصرف مواد و الکل، ۲. غیبت بیش از دو جلسه و عدم همکاری در جلسات درمانی، ۳. عدم انجام تکالیف ارائه شده، ۴. دریافت کردن هرگونه مداخله یا آموزش به صورت همزمان.

لازم به ذکر است قبل از انجام پیش‌آزمون، هدف مطالعه و اطمینان از محرمانه بودن و رعایت اصل آزادی به اطلاع آزمودنی‌ها رسید. بر این اساس، ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل محرمانه ماندن اطلاعات، رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در پژوهش و پرهیز از هرگونه آسیب به شرکت کنندگان بود.

## ابزار

۱. مصاحبه تشخیصی مبتنی بر DSM-5: در این پژوهش برای تشخیص اختلال وسواس فکری و عملی از مصاحبه تشخیصی استفاده شده است که توسط روانشناس بالینی اجرا گردید. مصاحبه تشخیصی یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته و مبتنی بر پنجمین چاپ راهنمای آماری و تشخیصی اختلالات روانی می‌باشد. این مصاحبه دارای دو بخش اصلی است: الف) تاریخچه شخصی، ب) معاینه وضعیت روانی. بخش اول این مصاحبه شامل مشخصات فردی، شکایت اصلی، مشکل فعلی، بیماری قبلی و تاریخچه فردی و خانوادگی است. بخش دوم آن شامل بررسی وضعیت ظاهری، ادراک، شناخت، تفکر، قضاوت و بینش می‌باشد. این مصاحبه هماهنگ با الگوی مصاحبه جامع روان‌پزشکی می‌باشد (۵۶).

۲. پرسشنامه وسواسی - جبری مادزلی (MOCI):<sup>۲</sup> این ابزار توسط راجمن و هوگوسن در سال ۱۹۷۷ ساخته شد که با ۳۰ گویه دوگزینه‌ای (درست یا نادرست) با روش خودگزارشی انواع نشانه‌های وسواس فکری و عملی را در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مشخص کرده و اندازه می‌گیرد (۵۷). این آزمون ابزار تشخیصی به شمار نمی‌رود، ولی ابزاری پژوهشی برای دسته‌بندی بیماران مبتلا به نشانه‌های وسواسی است. گاه از آن برای ارزیابی روند درمان بهره گرفته می‌شود. چهار طبقه عمده نشانه‌ها که در آزمون مادزلی به تفکیک مشخص می‌شوند، عبارتند از: واریسی<sup>۳</sup>، شستشو<sup>۴</sup>، کندی<sup>۵</sup>، شک و تردید<sup>۶</sup>. نمره آزمون بین ۰ تا ۳۰ خواهد بود که بیانگر وجود علائم وسواسی اجباری بیشتر است. پایایی آزمون بطور کلی در هر چهار طبقه بیش از ۰/۸۰ است. حساسیت آزمون نیز به دلیل دو پاسخی بودن آن نسبت به تغییرات پایین می‌باشند. در ایران دادفر (۵۸) اعتبار همگرایی آن با مقیاس وسواسی - اجباری یل‌براون را ۰/۸۷ و پایایی کل آزمون را ۰/۸۴ گزارش نمود.

۳. نسخه ۱۰ سؤالی پرسشنامه افکار تکرارشونده: این پرسشنامه شامل یک ابزار ۱۰ گویه‌ای است که از بین ۲۷ گویه نسخه اصلی پرسشنامه افکار تکرارشونده که بیشترین

2. Maudsley Obsessive – Compulsive Inventory
3. Checking
4. Washing
5. Retardation
6. Doubt

1. Semi-experimental design

منفی ۰/۷۰ و برای کل مقیاس‌ها ۰/۸۹ گزارش شده است (۶۱).

**روند اجرای پژوهش:** در این پژوهش آزمودنی‌ها بعد از تشخیص در دو گروه ۱۲ نفره به صورت تصادفی جایگزین شدند. در ابتدا برای هر دو گروه پرسشنامه وسواسی - جبری مادزلی و پرسشنامه ۱۰ سؤالی افکار تکرار شونده و همچنین پرسشنامه فراهیجانی به عنوان پیش‌آزمون اجرا شد. سپس بر روی گروه آزمایش درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی لیهی (۴۴)، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد، اما گروه کنترل در انتظار بود. در انتها نیز برای هر دو گروه پرسشنامه وسواس فکری عملی مادسلی و پرسشنامه افکار تکرار شونده و پرسشنامه فراهیجانی دوباره اجرا شد. به منظور رعایت مسائل اخلاقی بعد از اتمام پژوهش جلسات درمانی به گروه کنترل نیز پیشنهاد شد. سرفصل‌های درمان شناختی مبتنی بر الگوی لیهی عبارت است از: ۱. مرور تکلیف‌های جلسه قبل، ۲. ارائه مباحث آموزشی، ۳. تمرین، ۴. تکلیف‌های جلسه بعد، که در جدول ۱ به آن پرداخته شده است. در این پژوهش از آزمون آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شد و داده‌ها بر اساس نرم‌افزار SPSS-24 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

وزن عاملی را داشت انتخاب شده است و بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از یک (کاملاً غلط) تا پنج (کاملاً صحیح) نمره‌گذاری می‌شود. بررسی نسخه ۱۰ سؤالی پرسشنامه افکار تکرار شونده هم در جمعیت بالینی (۵۹) و هم در جمعیت غیر بالینی (۶۰) نشان داد که این ابزار از پایایی درونی بالایی برخوردار است (آلفای کرونباخ بزرگتر از ۰/۸۹) و همبستگی بالایی با مقیاس ۲۷ آیتمی نسخه اصلی پرسشنامه افکار تکرار شونده داشت. اعتبار همگرایی این آزمون با طیف گسترده‌ای از هیجان‌های منفی (اضطراب، افسردگی، شرم، خشم و پریشانی عمومی) گزارش شد.

۴. پرسشنامه فراهیجانی میتمانسگروبر و همکاران: این پرسشنامه توسط میتمانسگروبر و همکاران تدوین شده است. دارای ۲۸ گویه است که آزمودنی در یک مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای بدان پاسخ می‌دهد. این مقیاس شامل شش خرده مقیاس خشم، شرم، کنترل خشونت و فرونشانی (فراهیجان‌های منفی) و شفقت و علاقه (فراهیجان‌های مثبت) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۷۰ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس‌های فراهیجانی مثبت ۰/۸۷ و خرده مقیاس‌های فراهیجانی

جدول (۱) شرح جلسات درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی لیهی

جلسه	محتوا	تکالیف
اول	خوش آمدگویی، ایجاد انگیزه، مرور ساختار جلسات و قوانین، معرفی مشکل، بررسی علائم و تاریخچه، اشاره به عادی بودن اختلال و امکان بهبود در کوتاه‌مدت، تمرین‌هایی برای تنش زدایی، ارائه جزوه‌های آموزشی.	مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمانجویان.
دوم	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: تعلیم شناسایی افکار خودکار، با استفاده از موقعیت اجتماعی اخیر. اقدامات رفتاری: ارزیابی نیاز به آموزش آرامش، شروع آموزش پیش‌رونده تن‌آرامی.	تداوم خودکنترلی موقعیت‌های اجتناب شده و رفتارهای امن، شروع ثبت افکار خودکار و تمرین آرامش.
سوم	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: آموزش طبقه‌بندی افکار خودکار منفی، ارزیابی مدارک و پاسخ منطقی، شناسایی الگوهای پردازش پیش و پس از رویداد و معرفی آزمایشات رفتاری. اقدامات رفتاری: کمک به درمانجویان جهت ایجاد مراتبی برای مواجهه و اولین برنامه مواجهه، ارزیابی کمبود مهارت‌های اجتماعی و مباحثه منطقی برای آموزش.	دنبال کردن درمانجویان با استفاده از ثبت افکار، تمرین تمرکز و توجه در موقعیت‌های اجتماعی، تمرین اصلاح پردازش پیش و پس از رویداد.
چهارم	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: بدست آوردن افکار خودکار پیش، طی و پس از مواجهه، و تمرین پاسخ منطقی توجه به تغییرات در حالت مراجع طی جلسات، بدست آوردن افکار خودکار، و مشاخره، معرفی مفاهیم فرضیات ناسازگار و طرحواره‌های ناکارآمد. اقدامات رفتاری: شروع مواجهه، حرکت به بالای مراتب مواجهه، برنامه‌ریزی و مباحثه خودهدایتی در مواجهه محیط طبیعی، شناسایی رفتارهای امن، تداوم با آموزش مهارت‌های اجتماعی از طریق مدل‌سازی و ایفای نقش.	گوش دادن به نوارهای مواجهه قابل تصور، تعامل در خود هدایتی در مواجهه محیط طبیعی، از قلم انداختن رفتارهای امن، تمرین کاربرد خودهدایتی مهارت‌های شناختی پیش و پس از مواجهه، تداوم تمرین اهداف اجتماعی درمانجویان.

جلسه	محتوا	تکالیف
پنجم	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: تداوم شناسایی و چالش افکار خودکار، تداوم آزمایشات رفتاری، شناسایی و چالش فرضیات و طرحواره‌های مرکزی. اقدامات رفتاری: تداوم مواجهه‌ها، حرکت رو به بالای مراتب.	گوش دادن به نوارهای مواجهه قابل تصور، تمرین کاربرد خود هدایتی مهارت‌های شناختی پیش و پس از مواجهه.
ششم	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل اقدامات شناختی: تداوم تمرکز بر فرضیات و طرحواره‌ها، مباحثه درباره مشکلات آتی و روش‌های مقابله با آن‌ها. اقدامات رفتاری: تکمیل مراتب مواجهه، طراحی خود مواجهه‌های مراجع، بررسی تکنیک‌هایی که در آن مراجع مفید یافت شده است.	در جستجوی فرصت‌هایی برای مضطرب بودن درمانجویان و استفاده از آن‌ها برای مواجهه آتی، تشویق تمرین تداوم یافته تمامی مهارت‌ها.
هفتم	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل بحث درباره تأثیر به کارگیری درمان‌های انجام شده در زندگی شخصی و اجتماعی درمانجویان، بررسی تغییرات سازنده‌ای که در طول جلسات درمانی اتفاق افتاده است، برجسته‌سازی موفقیت‌های درمانجویان، بحث در مورد چگونگی تثبیت تغییرات ایجاد شده.	یادداشت نکات مثبت و منفی درمانگر، روش آموزشی و طرح پژوهشی.
هشتم	ارزیابی تکالیف و مرور جلسه قبل ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و مرور کلی مهارت‌های آموزش داده شده، آمادگی برای مشکلات آتی، بحث درباره نکات مثبت و نقطه ضعف‌های درمانگر و طرح درمانی و دریافت بازخورد از درمانجویان، اجرای پس‌آزمون و اتمام جلسات درمانی.	-----

## یافته‌ها

نشانه‌گر عدم معناداری این آزمون و بنابراین پیروی داده‌ها از توزیع نرمال است.

در ادامه، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها بررسی شد. بدین منظور از آزمون لون استفاده شد. نتایج این آزمون نشان داد که مقادیر آماره F که نشان دهنده مقدار آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل است، در هیچ یک از مقیاس‌های پیش‌آزمون معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). با توجه به این نتیجه پیش‌فرض برابری واریانس‌های دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش تأیید می‌شود. همچنین پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس کواریانس توسط آزمون ام‌باکس بررسی شد که F به دست آمده ( $0/57$ ) معنی‌دار نبود و به این صورت این پیش‌فرض هم رعایت شده است. با توجه به اینکه مهمترین پیش‌فرض‌های استفاده از آزمون تحلیل کواریانس رعایت شده است، نتایج اجرای این آزمون در جدول ۵ و ۶ ارائه شده است.

آماره‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه کنترل و گروه آزمایش در جدول ۳ ارائه شده است. در این جدول میانگین به عنوان اساسی‌ترین معیار مرکزی متغیرها نشان می‌دهد که میانگین مشاهدات در گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون نزدیک به هم می‌باشد در حالی که اختلاف بین مقادیر در گروه آزمایش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مشهود است و نمرات شاخص افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی در پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون می‌باشد به عبارت دیگر درمان شناختی - رفتاری باعث بهبود وضعیت زنان مبتلا به وسواس فکری و عملی شده است.

همچنین برای تحلیل استنباطی نتایج از تحلیل کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شده است. از این رو ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است. یکی از این پیش‌فرض‌ها، نرمال بودن توزیع نمرات است. برای بررسی این پیش‌فرض از آزمون کلموگراف - اسمیرنف استفاده شد و نتایج بدست آمده

جدول ۲) نتایج تحلیل اثر پیلایی، آزمون اثر هوتلینگ، آزمون لامبدای ویلکز و بزرگترین ریشه روی

آزمون	مقدار آماره	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	ضریب اتا
اثر پیلایی	۰/۷۱۱	۲۳/۴۱۹	۲	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱۱

آزمون	مقدار آماره	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	ضریب اتا
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۲۸۹	۲۳/۴۱۹	۲	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱۱
آزمون اثر هوتلینگ	۲/۴۶۵	۲۳/۴۱۹	۲	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱۱
بزرگترین ریشه روی	۲/۴۶۵	۲/۴۱۹	۲	۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۱۱

آزمون با یکدیگر تفاوت معناداری دارند. این بدین معناست که رویکرد درمانی شناختی رفتاری بر افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی مؤثر بوده است.

نتایج ارائه شده در جدول ۲ بیانگر آن است که آماره آزمون مذکور ۰/۲۹۸ و سطح معناداری متناظر با آن ۰/۰۰۱ می باشد بنابراین حداقل یکی از متغیرهای افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی در گروه آزمایش و کنترل در پس

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته

گروه آزمایش	گروه کنترل		تعداد	مرحله	متغیرها	
	میانگین	بیشترین			کمترین	تکرار شده
انحراف معیار	۳/۰۸	۳/۴۷	۲۱/۳۳	۱۲	پیش آزمون	
	۲/۹۲	۳/۷۵	۲۰/۹۱	۱۲	پس آزمون	
	۱/۶۱	۳/۰۱	۲۳/۱۶	۱۲	پیش آزمون	نشخوار ذهنی
	۱/۶۰	۳	۲۲/۵۰	۱۲	پس آزمون	
	۷/۹۷	۹/۵۳	۳۲/۶۶	۱۲	پیش آزمون	پایش تهدید
	۸/۵۶	۹/۲۶	۳۲/۴۱	۱۲	پس آزمون	
انحراف معیار	۷۹/۳۳	۱۲/۴۵	۷۷/۱۶	۱۲	پیش آزمون	افکار تکرار شونده (نمره کل)
	۶۹/۵۸	۱۲/۱۴	۷۵/۸۳	۱۲	پس آزمون	
انحراف معیار	۱۹	۲/۳۹	۱۹/۴۱	۱۲	پیش آزمون	فرا خشم
	۱۶/۰۸	۱/۸۶	۱۸/۷۵	۱۲	پس آزمون	
	۱۳/۲۵	۲/۴۵	۱۳/۲۵	۱۲	پیش آزمون	فرا تحقیر / شرم
	۱۰/۴۱	۲/۶۹	۱۳/۱۶	۱۲	پس آزمون	
	۱۵/۶۶	۳/۹۶	۱۵/۳۳	۱۲	پیش آزمون	فرا بازداری
	۱۲/۸۳	۳/۶۳	۱۵/۵۰	۱۲	پس آزمون	
انحراف معیار	۴۷/۹۱	۴/۲۸	۴۸	۱۲	پیش آزمون	فراهیجانی منفی (نمره کل)
	۳۹/۳۳	۵/۳۵	۴۷/۴۱	۱۲	پس آزمون	

جدول ۴) نتایج تحلیل مانکوا برای خرده مقیاس‌های متغیرهای وابسته

مقیاس	خرده مقیاس‌ها	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا
افکار تکرار شونده	نگرانی	۶۱/۸۷	۱	۶۱/۸۷	۳۱/۰۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲۰
	نشخوار ذهنی	۳۵/۶۲	۱	۳۵/۶۲	۲۸/۱۵۰	۰/۰۰۱	۰/۵۹۷
	پایش تهدید	۳۷/۰۲	۱	۳۷/۰۲۳	۱۰/۶۸۰	۰/۰۰۴	۰/۳۶۰
ابعاد فراهیجانی منفی	فراخشم	۳۵/۸۱	۱	۳۵/۸۱	۱۲/۹۰۳	۰/۰۰۲	۰/۴۰۴
	فرا تحقیر	۴۳/۷۷	۱	۴۳/۷۷	۱۵/۷۸۳	۰/۰۰۱	۰/۴۵۴
	فرا بازداری	۴۶/۴۷	۱	۴۶/۴۷	۱۲/۷۶۵	۰/۰۰۲	۰/۴۰۲

در جدول ۴ نتایج تحلیل مانکوا برای خرده مقیاس‌های دو متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفته است. همانطور که انجام تحلیل مانکوا نشان داد، بعد از کنترل اثر پیش آزمون، مشخص شده است که مداخلات انجام شده بر خرده مقیاس

های متغیرهای وابسته تأثیر معناداری داشته است. بنابراین فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مورد تأیید است.



نتایج ارائه شده در جدول ۵ و ۶ بیانگر آن است که با توجه به کنترل اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون تفاوت میان گروه‌ها در پس‌آزمون افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی از

لحاظ آماری معنادار است ( $P < ۰/۰۰۱$ ). این بدین معناست که رویکرد درمانی شناختی رفتاری بر افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی مؤثر بوده است.

جدول ۵) نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی معناداری درمان شناختی رفتاری بر افکار تکرارشونده

منبع	مجموع مجذور	درجه آزادی	میانگین مجذور	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش‌آزمون	۶۵۵/۲۸	۱	۶۵۵/۲۸	۲۵۳/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۲۳
گروه	۱۸/۱۲۱	۱	۱۸/۱۲۱	۷/۰۰۸	۰/۰۱۵	۰/۲۵۰
خطا	۵۴/۲۹۶	۲۱	۲/۵۸۶	-	-	-

جدول ۶) نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی معناداری درمان شناختی رفتاری بر ابعاد فراهیجانی منفی

منبع	مجموع مجذور	درجه آزادی	میانگین مجذور	آماره F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش‌آزمون	۲۳۱/۸۱	۱	۲۳۱/۸۱	۳۰/۰۹۳	۰/۰۰۱	۰/۵۸۹
گروه	۳۸۵/۸۴	۱	۳۸۵/۸۴	۵۰/۰۸۹	۰/۰۰۱	۰/۷۰۵
خطا	۱۶۱/۷۶	۲۱	۷/۷۰۳	-	-	-

## بحث

اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش افکار تکرار شونده منفی به دلیل ایجاد متغیرهایی از قبیل افزایش آرامش و آگاهی درونی به واسطه فنون هشیاری فراگیر، کاهش هیجان‌های منفی مربوط به تجربه افکار و هیجان‌های ناخوشایند، افزایش تحمل پریشانی و آموزش شناسایی و جایگزینی افکار و باورهای ناکارآمد و منفی نیز می‌باشد. یکی از متغیرهایی که بر ویژگی‌های شخصیتی و سلامت رضایت در زندگی اشاره دارد و در حفظ و پیش‌بینی سلامت نقش ایفا می‌کند، ابعاد فراهیجانی منفی است. از آنجا که از درمان شناختی - رفتاری و آموزش مهارت‌های اجتماعی و بین فردی برای کمک به افراد در درک بهتر ابعاد فراهیجانی منفی استفاده می‌شود، این تکنیک‌ها وضعیت‌های ناخوشایند را کاهش می‌دهند و موجب سازگاری بیشتر با تغییرات محیطی و مقابله با استرس‌ها و ابعاد فراهیجانی منفی می‌گردند (۵۸). در مداخله‌های شناختی - رفتاری به افراد آموزش داده می‌شود که به هیجان‌های منفی خود توجه کنند، زیرا رویکرد زیربنایی مداخله مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری اعتقاد دارد که آزادی در بیان فراهیجان‌های منفی به صورت حساب شده موجب می‌گردد افراد قوانین و اصول رفتارهای صحیح را درونی کنند و در قبال رفتار و اعمال خود احساس مسئولیت نمایند. این الگوی مداخله شناختی - رفتاری باعث کاهش ابعاد فراهیجانی منفی می‌شود (۵۹). همچنین، در آموزش‌های مبتنی بر درمان شناختی - رفتاری به فرد آموزش داده می‌شود که در روابط بین فردی به عنوان

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری بر افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی بود و نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر الگوی لیهی (۴۴) توانسته است بطور معناداری منجر به کاهش افکار تکرارشونده و ابعاد فراهیجانی منفی شود و این کاهش در افکار تکرارشونده بیشتر می‌باشد. بر طبق نظر فوآ (۱۱)، افکار تکرارشونده منفی تابعی از اضطراب و پریشانی هستند و رفتارهای وسواسی که به منظور کاهش یا رفع اضطراب و پریشانی ایجاد می‌شوند، به وسیله افکار وسواسی پدید می‌آیند. این رابطه تابعی با کمک درمان شناختی - رفتاری قابل کنترل است. در واقع، درمان شناختی - رفتاری با کنترل افکار و اعمال وسواسی در درمان افکار تکرارشونده منفی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مؤثر واقع می‌شود. همچنین با توجه به نظریه شناختی سالکووسکیس و همکاران (۱۶) هر فکری، صرف نظر از محتوا یا بافت آن، می‌تواند به یک فکر وسواسی بالینی تبدیل شود اما درمان شناختی - رفتاری با کنترل این چرخه معیوب موجب خنثی‌سازی فوری اضطراب و سردرگمی مبتلایان به وسواس می‌گردد و همچنین احساس کنترل ادراک شده این افراد را با ایجاد حواس‌پرتی نسبت به وسواس افزایش می‌دهد و از این طریق باعث کاهش افکار تکرارشونده منفی می‌گردد. به عقیده کلارک و همکاران (۴۵)

ابعاد فراهیجانی مثبت بیشتری را تجربه کنند. در واقع، فرد به سمتی پیش می‌رود که حالات هیجانی منفی خود را بپذیرد، نه این که از آن بگریزد (۲۲).

بنابراین می‌توان نتیجه گرفت، درمان شناختی - رفتاری به طور گسترده‌ای باعث کاهش نشانگان بالینی اختلال وسواس فکری و عملی می‌شود و با تمرکز بر شناخت‌های افراد که یکی از مؤلفه‌های مهم در درمان افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی می‌باشد، از عوامل مؤثر بر هیجان- عبارت کلی، درمان شناختی - رفتاری بر افکار تکرار شونده و ابعاد فراهیجانی منفی زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مؤثر می‌باشد (۱۷).

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود؛ اثرات درمانی در فواصل زمانی مختلف مورد پیگیری قرار نگرفت که لازم است تا در مطالعات آینده این محدودیت برطرف گردد.

با توجه به نتایج این پژوهش، به مشاوران و روانشناسان توصیه می‌شود که از این درمان به عنوان مداخله‌ای اثربخش در جهت کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی بهره ببرند. همچنین پیشنهاد می‌شود که محققان در پژوهش‌های آتی، نمونه‌های مورد مطالعه را از شهرهای دیگر و جنس مخالف و با حجم نمونه بیشتری انتخاب کنند تا روایی بیرونی پژوهش ارتقاء یابد.

تشکر و قدردانی: در پایان بر خود لازم می‌دانیم تا از کلیه بیمارانی که به عنوان شرکت‌کننده ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، کمال قدردانی را به عمل آوریم.

#### منابع

- Joormann, J., & Gotlib, I. Emotion Regulation in Depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*. (2013), 24(2), 281-298.
- Scarff, J. R. The potential application of obsessions to reduce compulsions in individuals with obsessive-compulsive disorder. *Medical Hypotheses*, 2010, 74, 216-218.
- Fiest, K. M., Walker, J. R., Bernstein, C. N., Graff, L. A., Zarychanski, R., Abou-Setta, A. M., Patten, S. B., Sareen, J., Bolton, J. M., Marriott, J. J., Fisk, J. D., Singer, A., & Marrie, R. A. Systematic review and meta-analysis of interventions for depression and anxiety in persons with multiple sclerosis. *Review multiple sclerosis related disorders, national center for biotechnology information*. (2016).

یک سرمشق اجتماعی رفتار کند. وقتی که فرد پایداری و ثبات در هیجان‌ها و رفتار، برخورد مناسب با موقعیت فشارزا و ابراز هیجانی مناسب در موقعیت‌های زندگی روزمره را داشته باشد، در ارتباط با محیط سازگارتر عمل می‌کند و منجر به کاهش ابعاد فراهیجانی منفی می‌شود (۲۷). در تبیین اثرات آموزش مهارت‌های مبتنی بر مداخله‌های شناختی - رفتاری بر کاهش ابعاد فراهیجانی منفی باید به مکانیسم عمل این آموزش‌ها بر اجتناب‌های افراد مبتلا به وسواس و نحوه برخورد آن‌ها با هیجان‌های منفی، ترس‌ها و اضطراب‌هایشان اشاره کرد. در مورد زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی که خودنظم‌دهی هیجانی پایین و ابعاد فراهیجانی منفی بالایی دارند، اجتناب از تجربه حالات هیجانی منفی، ترس و اضطراب یک عامل اصلی در تداوم ابعاد فراهیجانی منفی آن‌ها است (۵۹). افراد دارای ابعاد فراهیجانی منفی بالا، باورهای متعددی در مورد ضرورت اجتناب از تجربه حالات هیجانی منفی، ترس و اضطراب دارند و به راحتی این باورها را رها نمی‌کنند. آن‌ها تنها راه نجات خود از نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی رنج‌آورشان را چسبیدن به این باورهای ناکارآمد می‌دانند و در کنار گذاشتن آن‌ها مقاومت شدیدی نشان می‌دهند (۱۳). تعدیل و اصلاح باورها درباره اجتناب و نیاز به کنترل تجربه حالات هیجانی منفی، ترس و اضطراب از طریق کاهش تلاش برای کنترل آن‌ها و فاجعه‌زدایی و کم‌رنگ کردن اهمیت‌شان برای رهایی از نشانگان رنج‌آور، در جلسات آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری صورت گرفته است. در این جلسات، چگونگی شکل‌گیری، تداوم و مکانیسم عمل باورهای اجتنابی برای افراد توضیح داده می‌شود و سعی می‌گردد به کمک آن‌ها، اجتناب‌هایشان بازشناسی شود. سپس فرآیند اثرگذاری این اجتناب‌ها بر وضعیت روانشناختی و پیامدهای آن‌ها بر حالات هیجانی‌شان برای آن‌ها بازگو می‌گردد. بعد از این مرحله، استفاده از تکنیک‌های خودکنترلی باعث می‌شود که افراد راحت‌تر اجتناب‌های ناکارآمدشان را کنار بگذارند و با استفاده از مؤلفه پذیرش، این تجارب درونی را بپذیرند. کنار گذاشتن اجتناب از تجربه حالات هیجانی منفی، ترس و اضطراب و پذیرش آن‌ها باعث می‌شود ابعاد فراهیجانی منفی بیماران نسبت به این تجارب کاهش یابد و متعاقباً آن‌ها ابعاد فراهیجانی منفی کمتر و

- taking scale. *Journal of anxiety, stress & coping*, (2004). 17(3), 253-269.
19. Razurel, C., Kaiser, B., Antonietti, J. P., Epiney, M., & Sellenet, C. Relationship between perceived perinatal stress and depressive symptoms, anxiety, and parental self-efficacy in primiparous mothers and the role of social support. *Women Health*, (2017). 154-172.
20. Dalrymple, K. L., Galione, J., Hrabosky, J., Chelminski, I., Young, D., O'Brien, E., & Zimmerman. Diagnosing social anxiety disorder in the Presence Of Obesity: Implications for a Proposed Change in DSM 5.. *Depression and Anxiety*, (2011). 28(5), 377-382.
21. Ebner, N. C., & Fisher, H. Meta-Emotion and aging: evidence from brain and behavior., *Journal of Frontiers in Psychology*. Department of Psychology University of Florida. (2019).
22. Gottman, J. M., Katz, L. Q., & Hooven, C. Meta emotion: How families communicate emotionally. (1999).
23. Katz, L. F., Maliken, A. C., & Stettler, N. M. Parental meta-emotion philosophy: A review of research and theoretical framework. *Child Development Perspectives*, (2012). 6, 417-422.
24. Barloo DH. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. Guilford Publications. 2014.
25. Van Kassel, k., Moss-Morris, R., & Willoughby, E. A randomized controlled trial of cognitive behavior therapy for multiple sclerosis fatigue. *Psychosom Med*, (2017). 70 (2), 205-2013.
26. Kocak, C., & Onen, A. The Analysis On Interpersonal Relationship Dimension of Secondary School Students According to their Ruminative Thinking Skills. *Social and Behavioral Sciences*, (2014). 143, 783-787.
27. Lopez, M. Social anxiety and autism spectrum traits among adult FMR1 premutation carriers. *Clin Genet*, (2017). 111-114.
28. Yoo, Y., Lee, D. J., Lee, I. S., Shin, N., & Park, J. Y. The Effects of Mind Subtraction Meditation on Depression, Social Anxiety, Aggression, and Salivary Cortisol Levels of Elementary School Children in South Korea. *Pediatr Nurs*, (2016). 185-197.
29. Ehring, T., & Watkins, E. R. Repetitive negative thinking as a transdiagnostic process. *International Journal of cognitive Therapy*, (2011). 1 (3), 192-205.
30. Fancourt, D., Perkins, R., Ascenso, S., Carvalho, L., & Williamson, A. Effects of Group Drumming Interventions on Anxiety, Depression, Social Resilience and Inflammatory Immune Response among Mental Health Service Users. *PLoS One*. (2016). e0151136.
31. McEvoy, H. Test anxiety and academic delay gratification. *College Student Journal*, (2013). 43(1), 10-12.
4. Kaplan, H., & Zadok, B. Summary of Clinical Psychiatry. Translation: Seyed Yahya Seyed Mohammadi. (2013). [In Persian].
5. Herbert, J. D., Gaudiano, B. A., Rheingold, A. A., Myers, V. H., Dalrymple, K., & Nolan, E. M. Social skills training augments the effectiveness of cognitive behavioral group therapy for social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, (2004). 36(2), 125-138.
6. Smeat, J., & Alovey, p. The positive psychology of Emotional Intelligence. (2009).
7. Andrada, D., Neacsiu, A., Jeremy, W., Eberle, R., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial.. *Behav Res Ther*, (2015). 59(12), 40-51.
8. Butler, E., Matcham, F., & Chalder, T. A systematic review of anxiety amongst people with Multiple Sclerosis. *Multiple Sclerosis and Related Disorders*, (2016). 10, 145-168.
9. Rector, N. A., Bartha, C., Kitchen, K., Katzman, M., & Richter, M. *Obsessive-Compulsive Disorder: An Information Guide*. (2011).
10. Chiu, A., Langer, D., Mcleod, B., Kim, I. I., Drahota, A., Galla, B., Jacobs, J., Lfkwunigwe, M., & Wood, J. Effectiveness of Modular CBT for Child Anxiety in Elementary Schools. *Sch Psychol*, (2013). 28 (2), 141-153.
11. Foa, E. B. (2010). Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder.. *Journal Dialogues in clinical neuroscience*.
12. Pachi, A., bratis, d., moussas, g. e., & tselebis, A. Psychiatric morbidity and other factors affecting treatment adherence in pulmonary tuberculosis patients. *Tuberculosis research and treatment*, (2013). 1-37.
13. Armstrong, T., Zald, H., & Olatunji, O. Attentional control in OCD and GAD: Specificity and associations with corecognitive symptoms.. *Behaviour Research and Therapy*, (2011). 49(11), 756-762.
14. Duggan, D. S., Crane, C., & Fennell, M. J. Mindfulness-based cognitive therapy for prevention of recurrence of suicidal behavior. *Journal of Clin Psychol*, 62 (2), 201-210.
15. McNally, R. J. (2004). Psychological approaches to panic disorder: A review. *Psychological bulletin*, (2013). 3, 403-419.
16. Salkovskis, P. M. Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behavior Research and Therapy*, (2009). 27, 677-682.
17. Perczel-Forintos, D., & Kresznerits, S. Social anxiety and self-esteem: Hungarian validation of the Brief Fear of Negative Evaluation Scale - Straightforward Items. *ORV Hetil*, (2017). 843-850.
18. Schutz, P. A., Distefano, C., Benson, J., & Davis, H. A. The emotional regulation during test-

- with neurobiological findings. *Journal of Trends Cogn Sci.* (2010). 14, 418-424.
46. Sheikmoonosi F, Hajheidari Z, Masoudzadeh A, Ali Mohammadpour R, & M., M. Prevalence and Severity of Obsessive-Compulsive Disorder and their Relationships with Dermatological Diseases.. *Acta Med Iran*, (2014). 52(7), 511-514.
47. Taylor, S., Abramowitz, J. S., & McKay, D. Cognitive-Behavioral Models of Obsessive Compulsive Disorder. In M.M. Antony., C, Purdon. & L.J. Summerfeldt (Eds).. *Psychological treatment of obsessive-compulsive disorder: Fundamentals and beyond*, (2007). 9-29.
48. Martin, E. F., Jonathan, S., Abromowitz, J. S., Donald, A., Bux, J., Lori, A., Zoellner, & Norah, C. F. Cognitive-behavioral Therapy with and without medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Professional Psychology. Research and Practice* (2002). 33(2), 162-168.
49. Parhon F, Moradi T, Hatami A. Evaluating Effectiveness of cognitive-behavioral therapy in group therapy on depression rate. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences Yazd*. 2010; 18(4): 299-308.
50. Alipour A, Afroz Gh, Vali J. Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on Depression. General Health and Adaptation of Depressed Deaf Married Women. Master's thesis. 2009; Tehran: Payame Noor University. [Persian].
51. Leigh, E., & Clark, D. Understanding social anxiety Disorder in Adolescents and Improving Treatment outcomes: Applying the cognitive model of Clark and Wells Clinical child and family psychology Review. (2018).
52. Zessin, U., Dickhauser, O., & Garbade, S. The Relationship Between self-compassion and well-being: A meta analysis. *The Journal of Analytical psychology*. (2015).
53. Grant, B. L., Hofmann, W. A., Hiller, S. J., & Berking, J. E. Emotion regulation and impulsivity in young adults. *Journal of Psychiatric Research*, (2014). 46, 651-658.
54. Marzban E, Ahmadi A, Khasha M, Moradkhah V. The study of the Relationship between Psychological well-being and Alexithymia with Resilience and Suicidal Thoughts in Drug Dependent Persons in Shiraz. 8th International Conference on Psychology and Social Sciences. Tehran. Iran. 2017. [In Persian].
55. Ghazali S, Moradibagloei M, Sarichloo ME, Alipour M. The effect of Logo Therapy Group on the Resilience of Spouses of male substance Abusers. *Iranian journal of psychiatric nursing*. 2018; 6(3): 54-59. [In Persian].
56. Salimzade, O., R. Pourhosein, and M. Lavasani, Investigating the effect of teaching mindfulness-based stress reduction in reducing psychological symptoms in adolescent boys in dorms. *International Journal of*
32. Macedo, A., Marques, M., & Pereira, A. Perfectionism and psychological distress: A review of the cognitive factors. *International Journal of and Clinical Neurosciences Mental Health*. (2014). 45, 213
33. Arco, L. A case study in treating chronic comorbid obsessive-compulsive disorder and depression with behavioral activation and pharmacotherapy. *Psychotherapy*. (Chic). 2015). 278-286.
34. O'Connor, D. B., O'Connor, R. C., & R., M. Perfectionism and psychological distress: Evidence of mediating effects of rumination. *European Journal of personality*, (2007). 21, 429-452. Moroz, M., & Dunkley. Self-critical perfectionism and depressive symptoms: Low self-esteem and experiential avoidance as media. *Personality and Individual differences*. (2015).
35. Bernstein, A. A longitudinal study of Emotional distress Intolerance and psychopathology following Exposure to a potentially Traumatic Event in a community sample. *cognitive therapy and research* (2013).
36. Bernstein, A., Zvolensky, M. J., Vujanovic, A. A., & Moos, R. Integrating anxiety sensitivity, distress tolerance, and discomfort intolerance: A hierarchical model of affect sensitivity and tolerance. *Behavior Therapy*, (2009). 40(3), 291-301.
37. Vanderkaap-deeder, s., Soenens, b., Boone, l., Beatrise vandenkerck, k., Stemgee, e., & Van steenkiste, m. Evaluative concerns perfectionism and coping with failure: effects on rumination, avoidance, and acceptance. *Personality and Individual differences*, (2016). 101, 114-119.
38. Gross, J. J., & Thompson, R. A. Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross, J.J. (2007).
39. McEvoy, P. M., Mahoney, A. E., & Moulds, M. L. Are worry, rumination, and post-event processing one and the same?: Development of the Repetitive Thinking Questionnaire. *Journal of anxiety disorders*, (2010). 24(5), 509-519.
40. McEvoy, D. Identity style and coping strategies. *Journal of personality*, (2013). 60(4), 771-788.
41. Bernstein, A. Mind fullness and distress Tolerance: Relations in a mindfulness preventive intervention *International Journal of cognitive Therapy*. (2013).
42. Davison, D., Neal, J., kring, A., & Johnson, S. *Abnormal Psychology*. (2007).
43. Gottz, M., & Gottman, J. Emotional Intelligence, Introduction taken from the book raising an Emotionally Intelligent Child.. *Journalism Quarterly*, (2016). 60, 615-621.
44. Leahy, R., Holland, S., & McGinn. Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders. (2012).
45. Clark, D. A., & Beck, A. T. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: convergence

- Behavioral Social and Movement Sciences, 2014. 3(4): p. 44-9.), (2014).. [In Persian].
57. Rachman S & Hodgson R. Obsessive compulsive complains. Behavior Research and Therapy. 1977; 15: 389-95.
58. Dadfar, M., Bolhari, J., Malakouti, K., & Bayanzade, A. Study of Obsessive-compulsive disorder symptoms. Journal of Experimental Social Psychology, 2011. 31(4): p. 70-22.), (2011). [In Persian].
59. Mahoney AE, McEvoy PM, Moulds ML. Psychometric properties of the Repetitive Thinking Questionnaire in a clinical sample. Journal of anxiety disorders. 2012; 26(2): 359-67.
60. McEvoy PM, Mahoney AE, Moulds ML. Are worry, rumination, and post-event processing one and the same: Development of the Repetitive Thinking Questionnaire. Journal of anxiety disorders. 2010; 24(5): 509-19.
61. Mitmansgruber, H., Beck, T. N., Höfer, S., & Schüßler, G. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. Pers Individ Diff. (2009). 46(4), 448-453.

