

## اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری

### The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Difficulties in Emotional Regulation and Cognitive Flexibility in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Farzin Bagheri Sheykhangafshe, PhD Student ✉

Maryam Saeedi, PhD Student

Vahid Savabi Niri, MSc

Zahra Nakhostin, Ase MSc student

Zeynab Bourbour, MSc

فرزین باقری شیخانگفشه<sup>۱</sup>

مریم سعیدی<sup>۲</sup>

وحید صوابی نیری<sup>۳</sup>

زهرا نخستین آصف<sup>۴</sup>

زینب بوربور<sup>۵</sup>

#### Abstract

This study aimed to evaluate the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on difficulties in emotional regulation and cognitive flexibility in patients with obsessive-compulsive disorder. The research method was a quasi-experimental pre-test-post-test with a control group. In this study, 30 patients with obsessive-compulsive disorder syndrome were assigned to psychology clinics in Rasht in 2021 as a research sample in two experimental and control groups. Groups were assessed with questionnaires on Padua's obsessive-compulsive disorder by Sanavio (1988), Gratz & Roemer (2004) difficulties in emotional regulation, and Dennis & Vander Wal (2010) on cognitive flexibility. After 10 sessions of 90 minutes of cognitive-behavioral therapy for the experimental group, participants again answered the research questionnaire. Findings showed that cognitive-behavioral therapy significantly reduces the difficulties in emotion regulation (rejection of emotional responses, difficulty in performing purposeful behavior, difficulty in controlling impulse, lack of emotional awareness, limited strategies, lack of Emotional state) and increased cognitive flexibility ( $P < 0.001$ ). Due to the problems that patients with obsessive-compulsive disorder have in emotional and cognitive dimensions, it is necessary to pay more attention to these cases in the treatment process.

**Keywords:** Cognitive-behavioral therapy, difficulties in emotional regulation, cognitive flexibility, obsessive-compulsive disorder

#### چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف پذیری شناختی بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری بود. روش پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. در این مطالعه ۳۰ نفر از بیماران دارای نشانگان وسواسی- اجباری کلینیک‌های روانشناسی شهر رشت در سال ۱۴۰۰ به عنوان نمونه پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه‌ها با پرسشنامه وسواسی- اجباری پادوا توسط ساناویو (۱۹۸۸)، مقیاس دشواری در تنظیم هیجان گراتز و روئمر (۲۰۰۴) و سیاهه انعطاف پذیری شناختی دنیس و وندروال (۲۰۱۰) مورد سنجش قرار گرفتند. پس از ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای درمان شناختی- رفتاری برای گروه آزمایش، مجدداً شرکت کنندگان به پرسشنامه پژوهش پاسخ دادند. یافته‌های به دست آمده نشان داد درمان شناختی- رفتاری به طور معناداری باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان (عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، نبود آگاهی هیجانی، راهبردهای محدود، نبود وضوح هیجانی) و افزایش انعطاف پذیری شناختی شده است ( $P < 0.001$ ). با توجه به مشکلاتی که بیماران مبتلا به وسواس در ابعاد هیجانی و شناختی دارند، لازم است در فرایند درمان بیماران به این موارد بیشتر توجه گردد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی- رفتاری، دشواری در تنظیم هیجان، انعطاف پذیری شناختی، وسواسی- اجباری

دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۱/۱۲ تصویب نهایی: ۱۴۰۱/۶/۲۰

۱. دانشکده علوم انسانی، دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران (نویسنده مسئول)
۲. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران.
۳. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران.
۴. دانشگاه آزاد اسلامی واحد بهشهر، مازندران، ایران.
۵. دانشگاه آزاد اسلامی واحد گرمسار، سمنان، ایران.

## ● مقدمه

اختلال وسواسی-اجباری (obsessive-compulsive disorder) بر اساس افکار مزاحم ایجاد کننده اضطراب و رفتارهای اجباری به منظور کنترل اضطراب شناخته می‌شود (وان آمرینگن، پترسون و سیمپسون، ۲۰۱۴). اختلال وسواس شامل فکر یا احساسی تشدید شونده و اجبار رفتاری آگاهانه نظیر شمارش، وارسی، یا اجتناب است، که باعث افزایش اضطراب در فرد می‌شود، حال آنکه هرچند انجام اعمال اجباری در تلاش برای کاستن اضطراب همراه با وسواس انجام می‌گیرد، اما همیشه باعث کاهش اضطراب ایجاد شده در بیمار نمی‌شود (کنالچ، جسیوپ و اولاتانجی، ۲۰۱۸؛ کریم‌پور، فراهانی، خانی‌پور، ۱۴۰۰). در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی اختلالات وسواسی در یک طیف دسته‌بندی شده‌اند که شامل اختلال موکنی، پوست‌کنی، بدشکلی بدن و احتکار است (آبراماموویتز و جکویی، ۲۰۱۴). اختلال وسواس توسط سازمان جهانی بهداشت جزو ۱۰ اختلال ناتوان‌کننده طبقه‌بندی شده است که بررسی‌های انجام شده نیز شیوع مادام‌العمر وسواس را دو درصد برآورد کردند (هیرشتریت، بلوچ و متیوز، ۲۰۱۷).

محمدی و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی به بررسی شیوع اختلال وسواسی-اجباری در نوجوانان و کودکان ایرانی پرداختند. نتایج به‌دست آمده حاکی از شیوع ۳/۱ درصدی در پسران و ۳/۸ درصدی در دختران داشت. یکی از متغیرهایی که می‌تواند با اختلال وسواسی-اجباری ارتباط داشته باشد، تنظیم هیجان (emotional regulation) است (فریرا و همکاران، ۲۰۲۱). برخورداری از مهارت تنظیم هیجانی، شامل تعدیل و تنظیم تجارب هیجانی برای دستیابی به وضعیت‌های عاطفی مطلوب و پیامدهای انطباقی است (تورسن و همکاران، ۲۰۱۹). مدل‌های نظری مختلف، نقش واکنش هیجانی و تنظیم هیجانی را در آغاز و نگهداری بسیاری از علائم و نشانگان وسواسی-اجباری نشان می‌دهند (برمن، شاو و ویلهلم، ۲۰۱۸؛ فرگیوس و باردین، ۲۰۱۴؛ ایپهولز و همکاران، ۲۰۲۰). افرادی که از دشواری در تنظیم هیجان خود رنج می‌برند توانایی درک احساسات مثبت و منفی را ندارند، نمی‌توانند هیجان خود را کنترل کنند و پاسخ مناسبی در شرایط مختلف ارائه نمی‌دهند (ویلالتا، اسمیت، هیکن و استرینگاریس، ۲۰۱۸). بررسی‌های انجام شده نیز حاکی از پایین بودن قدرت تنظیم هیجان در بیماران وسواسی دارد که منجر به افزایش دشواری در تنظیم هیجان و علائم بیماری می‌شود (چیس و همکاران، ۲۰۱۹). در این زمینه، خسروانی و همکاران (۲۰۲۰) دشواری در تنظیم هیجان را در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مورد بررسی قرار دادند. نتایج به‌دست آمده مشخص کرد عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدف‌مند، دشواری در کنترل تکانه، نبود آگاهی هیجانی، راهبردهای محدود، نبود وضوح هیجانی پیش‌بینی‌کننده افکار و رفتارهای وسواسی بیماران شده است. در مطالعه‌ای دیگر، وایت‌هید و سیوگ (۲۰۱۶) دشواری در تنظیم هیجان را در بیماران مبتلا به اختلال وسواس را ۱۹۹ دانشجوی مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های به‌دست آمده حاکی از شیوع بالای افسردگی و اضطراب در بیماران دارای نشانگان وسواس داشت.

انعطاف‌پذیری شناختی (cognitive flexibility) متغیر دیگری است که با اختلال وسواسی-اجباری ارتباط مستقیمی دارد (اوگوز و همکاران، ۲۰۱۹). انعطاف‌پذیری شناختی به‌عنوان یکی از جنبه‌های مهم عملکرد اجرایی، توانایی انطباق کارآمد با تغییرات است (روسا-آلکازار و همکاران، ۲۰۲۱) که به‌عنوان توانایی تغییر افکار و اعمال در پاسخ به خواسته‌های ناشی از موقعیت‌ها و مشکلات تعریف می‌شود (وولف و همکاران، ۲۰۱۸). افرادی که از نظر شناختی منعطف هستند، خود را با دقت و آگاه ارزیابی می‌کنند و توانایی خودمشاهده‌گری بهتری نسبت به افراد با انعطاف‌پذیری شناختی پایین دارند (کیم و همکاران، ۲۰۱۹). این رفتار پیچیده به تعامل موثر فرآیندهای مختلف مغز وابسته است که شناسایی تغییرات موقعیت، هدایت توجه به عناصر تغییر یافته، تعیین عدم تناسب راهبردهای قبلی، کنترل پاسخ‌های قبلی و ایجاد راهبردهای جدید را شامل می‌شود (کائودک و همکاران، ۲۰۲۰). بیماران مبتلا به وسواس از جمله افرادی هستند که از انعطاف‌پذیری شناختی ضعیفی برخوردار هستند (سahین و همکاران، ۲۰۱۸). در این زمینه، پاست، خسروی، معماری، شایسته‌فر و اربابی (۲۰۱۶)، در مطالعه‌ای به مقایسه انعطاف‌پذیری شناختی و توانایی برنامه‌ریزی در بیماران مبتلا به وسواسی-اجباری، شخصیت وسواسی-اجباری و افراد سالم پرداختند. هر دو گروه بیماران در انجام دادن تکلیف و برنامه‌ریزی ضعیف‌تر از افراد سالم عمل می‌کردند. همچنین انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به وسواسی-اجباری در سطح بسیار کمی قرار داشت. در پژوهشی دیگر، تومیاما و همکاران (۲۰۱۹) به بررسی عملکرد مغزی و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به وسواسی-اجباری پرداختند. نتایج

به دست آمده از تصویربرداری FMRI نشان داد بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری در مقایسه با افراد سالم در قسمت آمیگدال و هسته‌های قاعده‌ای مشکلاتی را نشان دادند که منجر به اختلال در انعطاف‌پذیری شناختی بیماران شده است.

رویکرد شناختی- رفتاری (cognitive-behavioral approach) یکی از تجربی‌ترین رویکردها برای تبیین اختلال وسواسی- اجباری معتقد است که بیشتر علائم و نشانه‌گان اختلال وسواس ناشی از باورهای ناکارآمد است که منجر به یک چرخه معیوب استرس، ناراحتی، اضطراب و اعمال تکراری می‌شود (آبراموویتز و ریومن، ۲۰۲۰). در واقع، رویکردهای شناختی اعتقاد دارند باورهای فرد باعث تشدید بیماری، درماندگی فرد و درگیری ذهن و رفتار می‌گردند (لوین و همکاران، ۲۰۱۱). با وجود درمان‌های روان‌شناختی گوناگون، درمان شناختی رفتاری از جمله کاربردی‌ترین درمان‌ها برای درمان اختلال وسواسی- اجباری است. در این روش به بیماران آموزش داده می‌شود با دیدگاه وسیع‌تری افکار خود را زیر نظر بگیرند و رابطه‌ای نامتمرکز با محتوای ذهنی خود داشته باشند (گورمزوگلو و همکاران، ۲۰۲۰). در این درمان آنچه اهمیت دارد چگونگی احساس آزادی برای درک این موضوع است که بیشتر افکار، فقط افکار هستند و شی یا واقعیت نیستند (هوانگ و همکاران، ۲۰۲۳). عمل ساده بازنشانی افکار همان‌گونه که می‌تواند بیمار را از واقعیت تحریف شده آزاد سازد، اغلب باعث بینش بیشتر می‌شود و احساس کنترل بیشتر بر زندگی را برای بیمار به همراه می‌آورد (هوپن و همکاران، ۲۰۲۱). در این زمینه، کلی و همکاران (۲۰۰۸)، مک‌کی و همکاران (۲۰۱۵) و اولاتونجی و همکاران (۲۰۱۳)، در مطالعات مروری خود به بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر بهبود بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری پرداختند. نتایج به دست آمده حاکی از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کوتاه و بلند مدت داشت که موجب تغییر شناخت و افکار بیمار گردید. همچنین این درمان به میزان قابل توجهی افسردگی و اضطراب بیماران را کاهش داد که نقش چم‌شگیری در بهبود روند بیماری آنها ایفا می‌کرد. نتایج پژوهش سیوگ و همکاران (۲۰۰۹)، نشان داد بیماران که تحت درمان شناختی- رفتاری قرار گرفته بودند از تنظیم هیجان بهتری برخوردار بودند که موجب تسریع روند درمان آنها گردید. در رابطه با اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان نیز یافته‌های مطالعات گلدین و همکاران (۲۰۱۴) و نیلسن و همکاران (۲۰۱۹) حاکی از اثربخشی مطلوب این درمان در افزایش تنظیم هیجان بیماران مضطرب و وسواسی دارد. بررسی‌های راکنر و همکاران (۲۰۲۲) نیز مشخص کرد انعطاف‌پذیری شناختی و درمان شناختی- رفتاری با یکدیگر ارتباط متقابلی دارند که قادر هستند در روند درمان بیماران اثرات قابل توجهی را بر جای بگذارند.

از آنجایی که اختلال وسواسی- اجباری دارای ابعاد شناختی و ذهنی بسیاری است که می‌تواند روند زندگی بیمار را مختل کند، قبل از هر چیزی باید با استفاده از درمان‌های شناختی هیجان‌ات و شناخت بیمار را بهبود داد. با توجه به شیوع روزافزون اختلال وسواس در سطح جامعه و اهمیت بررسی بیماران از ابعاد گوناگون، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری انجام شد.

## • روش

پژوهش حاضر، نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود که در آن تأثیر درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بررسی شد. نمونه آماری پژوهش شامل ۸۰ نفر از افراد مراجعه کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مراکز درمانی شهر رشت بودند که به صورت در دسترس انتخاب شدند. از این بین ۳۰ بیماری که نشانگان لازم برای وسواسی- اجباری را داشتند با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. حجم نمونه با استفاده از نسخه ۳،۱،۹،۲ نرم افزار G\*Power، ۱۵ نفر برای دو گروه در نظر گرفته شد (فائول و همکاران، ۲۰۰۷). پس از نمونه‌گیری، شرکت‌کنندگان پژوهش به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (n=۱۵) و کنترل (n=۱۵) قرار گرفتند. معیارهای ورود به پژوهش شامل نداشتن عقب‌ماندگی ذهنی، سواد خواندن و نوشتن، رضایت کامل افراد و داشتن اختلال وسواسی- اجباری بود. وجود اختلال‌ها جسمانی و روانی ناتوان‌کننده، عدم همکاری، نیمه کاره رها کردن پرسشنامه و تصادفی جواب دادن به سوالات، معیارهای خروج از پژوهش حاضر بودند. لازم به ذکر است، که تمامی مجوزهای لازم قبل از اجرای پژوهش از سازمان‌های مربوطه اخذ شد. همچنین ملاحظات اخلاقی در این پژوهش کاملاً رعایت شد، به گونه‌ای که به شرکت‌کنندگان در زمینه محرمانه ماندن و استفاده صرفاً پژوهشی اطلاعات اطمینان خاطر داده شد و آنها با رضایت کامل در محیطی آرام و بدون تنیدگی، پرسشنامه‌ها را تکمیل کردند.

## • ابزارها

**الف) پرسشنامه اختلال وسواسی- اجباری (obsessive-Compulsive disorder questionnaire- OCDQ):** پرسشنامه پادوا توسط سانایو (۱۹۸۸) در کشور ایتالیا ساخته شد که دارای ۶۰ ماده است و برای ارزیابی شدت نشانگان اختلال وسواسی- اجباری در شرکت کنندگان بالینی و نرمال، به کار می‌رود. هر ماده به صورت صفر تا ۴ بر اساس درجه آشفتگی سنجیده می‌شود. پرسشنامه پادوا مقیاس خودگزارشی است که ابعاد وسواس را از ابعاد اجباری متمایز می‌کند. سانایو (۱۹۸۸) با استفاده از تحلیل عاملی ۴ عامل کنترل مختل شده در مورد فعالیت‌های روانی و ذهنی، آلوده شدن، رفتارهای واریسی، تکانه‌ها و نگرانی‌های از دست دادن کنترل در فعالیت‌های حرکتی را مطرح کرد که مؤلفان دیگر در مطالعات‌شان از این عوامل حمایت کرده‌اند (استرنبرگر و برنز، ۱۹۹۰؛ مک‌دونالد و دسیلوا، ۱۹۹۹). این پرسشنامه اولین بار توسط گودرزی و فیروزآبادی (۲۰۰۵) برای جمعیت ایرانی هنجاریابی شد. برای اعتبار همگرایی همبستگی بین نمره کل پرسشنامه پادوا با پرسشنامه اختلال وسواسی- اجباری مادزلی و پرسشنامه وسواس لیتان بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۵ به دست آمد. ثبات درونی با آلفای کرونباخ (۰/۹۵) کل این پرسشنامه در جمعیت ایرانی تأیید شده است. اعتبار آزمون- باز آزمون پرسشنامه پادوا به مدت ۴ هفته برای نمره کل ۰/۷۹ است. بنابراین پرسشنامه پادوا در جمعیت ایرانی دارای اعتبار بالایی است و می‌توان از آن برای سنجش نشانگان اختلال وسواسی- اجباری استفاده کرد. در پژوهش حاضر نیز روایی همزمان و اعتبار این مقیاس به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۲ به دست آمد.

**ب) مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی (difficulties in emotional regulation scale- DERS):** این مقیاس توسط گراتز و روئمر (۲۰۰۴) برای سنجش میزان دشواری در تنظیم هیجانی تهیه شده است و ۳۶ ماده و ۶ زیرمقیاس عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدف‌مند، دشواری در کنترل تکانه، نبود آگاهی هیجانی، راهبردهای محدود و نبود وضوح هیجانی را شامل می‌شود. این مقیاس به صورت لیکرت ۵ درجه‌ای تقریباً هرگز (۱) تا تقریباً همیشه (۵) نمره‌گذاری می‌شود که دامنه نمرات هر زیر مقیاس بین ۱ تا ۳۰ است. گراتز و روئمر (۲۰۰۴) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵، ۰/۸۹، ۰/۸۶، ۰/۸۰، ۰/۸۸ و ۰/۸۴ را به ترتیب برای عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدف‌مند، دشواری در کنترل تکانه، نبود آگاهی هیجانی، راهبردهای محدود و نبود وضوح هیجانی گزارش می‌دهند. وینبرگ و کلانسکی (۲۰۰۹) آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۹ برای زیرمقیاس‌های دشواری تنظیم هیجانی مطرح می‌کنند. در ایران، شباهنگ و همکاران (۱۳۹۸) با روش ضریب همسانی درونی، آلفا کرونباخ را در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۸۸ و با روش بازآزمایی در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۴ بیان می‌کنند. در مطالعه حاضر، روایی همزمان و ضریب آلفا کرونباخ کل مقیاس دشواری در تنظیم هیجانی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۷ به دست آمد که حاکی از همسانی درونی مناسب مقیاس است.

**ج) سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی (cognitive flexibility inventory- CFI):** سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی توسط دنیس و وندروال (۲۰۱۰) برای سنجش نوعی انعطاف‌پذیری شناختی که برای موفقیت در به چالش کشیدن و جایگزین کردن افکار ناسازگار با افکار متعادل‌تر و انطباقی الزامی است، ساخته شده است و ۲۰ ماده را شامل می‌شود که به صورت لیکرت ۷ درجه‌ای پاسخ‌دهی و نمره‌گذاری می‌شود. سیاهه انعطاف‌پذیری شناختی سه جنبه از انعطاف‌پذیری شناختی یعنی تمایل به ادراک موقعیت‌های دشوار به صورت قابل کنترل، توانایی ادراک توجیحات چندگانه جایگزین برای رویدادهای زندگی و رفتارهای انسان و همچنین توانایی تولید راه‌حل‌های چندگانه جایگزین برای موقعیت‌های دشوار را ارزیابی می‌کند (دنیس و وندروال، ۲۰۱۰). البته دو عامل ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک توجیه رفتار یک معنا دارند و عامل ادراک کنترل‌پذیری به عنوان خرده مقیاس دوم تلقی می‌شود. دنیس و وندروال (۲۰۱۰) اعتبار سیاهه را با روش آلفا کرونباخ برای کل مقیاس، ادراک گزینه‌های مختلف و ادراک کنترل‌پذیری به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۹۱ و ۰/۸۴ و با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۷۵ بیان می‌کنند. در داخل کشور ایران نیز باقری شیخانگش و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهشی که در مورد ۱۷۰ نفر انجام دادند ضریب آلفای کرونباخ این سیاهه را مناسب (۰/۸۸) گزارش دادند. روایی همزمان و ضریب آلفای کرونباخ سیاهه در پژوهش حاضر برای این سیاهه به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۸ به دست آمد.

**شرح جلسات درمان شناختی- رفتاری:** این روش مداخله مبتنی بر برنامه‌های مداخله‌ای کلان کاهش مشکلات روان‌شناختی و مداخلات کاهش نشانگان افکار و رفتاری اجباری ارائه شده به بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری است (ویلهم و استکیتی،

۲۰۰۶). در ادامه شرح مختصری از مداخله درمان شناختی- رفتاری در جدول ۱ ارائه شده است. گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای مداخله درمان شناختی- رفتاری دریافت کردند (جدول ۱).

جدول ۱. محتوای جلسات درمان شناختی- رفتاری برای بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری (ویلهم و استیکتی، ۲۰۰۶)

جلسات	فعالیت‌ها
اول	آشنایی کلی با علائم اختلال وسواسی- اجباری. آشنایی با اهداف درمان شناختی- رفتاری. دادن فهرست تصاویر و افکار مزاحم مردم عادی. تمرین آرمیدگی.
دوم	ترسیم مدل شناختی وسواس. عادی‌سازی افکار وسواسی. ترسیم مثلث شناختی. دادن فهرست انواع خطاهای شناختی. پر کردن فرم ثبت افکار روزانه. توضیح اهمیت افکار و آمیختگی افکار و اجرای آزمایش‌های رفتاری
سوم	استفاده از تکنیک‌های شناختی پرسشگری سقراطی و بازبینی برگه ۵ ستون افکار. پر کردن برگه ۷ ستونی افکار. نوشتن فهرست مزایا و معایب افکار مزاحم. اجرای آزمایش رفتاری برای اهمیت افکار.
چهارم	بررسی فرم ثبت افکار روزانه. آزمایش رفتاری برای عمل خنثی‌سازی افکار. استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای باور برآورد بیش از حد خطر. طرح آزمایش‌های رفتاری برای باور اطمینان خواهی.
پنجم	پرسشگری سقراطی و اجرای تکنیک نمودار دایره‌ای و تکنیک استاندارد دوگانه برای باور مسئولیت‌پذیری افراطی. تعریف کمال‌گرایی و استفاده از پرسشگری سقراطی و تکنیک پیکان رو به پایین در این زمینه. صورت‌بندی آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار.
ششم تا نهم	آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین آن در حضور درمانگر و در خانه. بازبینی فهرست فرم ثبت افکار روزانه. طرح آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار.
دهم	بحث و جمع‌بندی فنون شناختی و رفتاری. بازبینی ثبت افکار روزانه. مرور الگوی شناختی وسواس. توضیح دوباره درباره اهمیت تمرین‌های رفتاری. بحث درباره نشانه‌های عود. آموزش گام‌های حل مسئله.

## • یافته‌ها

یافته‌ها نشان داد میانگین (انحراف معیار) سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش (۷/۱۵) (۳۴/۸۱) بود که ۶۶ درصد از آنها خانم و ۳۴ درصد مرد بودند. ۱۴ درصد سیکل، ۵۰ درصد دیپلم و ۳۸ درصد مدرک دانشگاهی داشتند. از نظر وضعیت تأهل نیز ۵۸ درصد متأهل و ۴۲ درصد مجرد بودند. میانگین درآمد افراد نیز بین ۵ تا ۷ میلیون به دست آمد. در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری در گروه آزمایش و گواه ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلک (S-W) برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در دو گروه گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره شاپیرو-ویلک برای تمامی متغیرها معنادار نیست. لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است.

برای بررسی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس دشواری تنظیم هیجان ( $F_{1,28}=3/82, p=0/059 > 0/05$ )، و انعطاف‌پذیری شناختی ( $F_{1,28}=1/63, p=0/234 > 0/05$ ) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته دو گروه برابر است ( $\text{Box } M=79/81, F=1/95, p=0/156 > 0/05$ ). میزان معناداری آزمون باکس از ۰/۰۵ بیشتر است در نتیجه این مفروضه برقرار است. همچنین نتایج آزمون خی-دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معناداری رابطه بین دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی نشان داد که رابطه بین آنها معنادار است ( $\chi^2=154/08 \text{ df}=35, p < 0/05$ ). مفروضه مهم دیگر تحلیل کوواریانس چندمتغیری، همگونی ضرایب رگرسیون است. لازم به ذکر است که آزمون همگونی ضرایب رگرسیون از طریق تعامل متغیرهای وابسته و متغیر مستقل (روش مداخله) در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون مورد بررسی قرار گرفت. تعامل این پیش‌آزمون‌ها و پس‌آزمون‌ها با متغیر مستقل معنادار نبوده و حاکی از همگونی شیب رگرسیون است؛ بنابراین این مفروضه نیز برقرار است. با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، استفاده از این آزمون مجاز خواهد بود. در ادامه به منظور پی بردن به تفاوت گروه‌ها، تحلیل کوواریانس چند متغیره انجام شد (جدول ۳).

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	S-W	P*
عدم‌پذیرش پاسخ‌های هیجانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷/۲۶	۹۸	۰/۰۹۶	۰/۰۶۷
	پس‌آزمون	گواه	۱۷/۰۶	۱/۱/۷۰	۰/۰۹۶	۰/۰۶۶
دشواری در انجام رفتار هدفمند	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۸/۵۳	۲/۴۴	۰/۰۹۸	۰/۰۵۶
	پس‌آزمون	گواه	۱۸/۶۰	۳/۴۸	۰/۰۹۱	۰/۰۷۲
دشواری در کنترل تکانه	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۳۳	۱/۷۹	۰/۰۹۵	۰/۰۷۴
	پس‌آزمون	گواه	۱۸/۱۳	۱/۷۶	۰/۰۹۱	۰/۰۹۷
نبود آگاهی هیجانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۹/۲۰	۲/۰۱	۰/۰۹۱	۰/۰۹۷
	پس‌آزمون	گواه	۱۹/۰۶	۳/۱۵	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
راهبردهای محدود	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۹/۶۰	۲/۰۹	۰/۰۹۷	۰/۰۵۹
	پس‌آزمون	گواه	۱۹/۸۱	۳/۵۰	۰/۰۹۴	۰/۰۷۸
نبود وضع هیجانی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶/۸۰	۲/۲۱	۰/۰۹۲	۰/۰۸۸
	پس‌آزمون	گواه	۱۹/۴۶	۲/۰۹	۰/۰۹۵	۰/۰۷۳
دشواری در تنظیم هیجان (نمره کل)	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۷/۴۱	۱/۲۹	۰/۰۸۹	۰/۰۵۵
	پس‌آزمون	گواه	۱۷/۳۳	۲/۰۵	۰/۱۵۲	۰/۰۶۳
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰۸/۵۴	۶/۵۴	۰/۱۸۵	۰/۰۷۴
	پس‌آزمون	گواه	۱۰۸/۳۲	۷/۸۹	۰/۰۹۸	۰/۰۵۲
دشواری در تنظیم هیجان (نمره کل)	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۴/۵۳	۱/۰۵	۰/۰۷۵	۰/۰۵۹
	پس‌آزمون	گواه	۱۶/۸۱	۱/۸۵	۰/۱۷۵	۰/۰۸۶
دشواری در تنظیم هیجان (نمره کل)	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۰۸/۹۸	۸/۹۲	۰/۰۹۳	۰/۰۵۵
	پس‌آزمون	گواه	۱۰۸/۳۲	۷/۶۵	۰/۰۷۵	۰/۰۹۲
انعطاف‌پذیری شناختی	پیش‌آزمون	آزمایش	۷۰/۸۶	۴/۷۴	۰/۱۶۳	۰/۰۸۵
	پس‌آزمون	گواه	۷۰/۴۱	۷/۳۵	۰/۰۶۹	۰/۰۷۶
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	پیش‌آزمون	آزمایش	۷۷/۸۱	۷/۶۹	۰/۰۸۹	۰/۰۶۲
	پس‌آزمون	گواه	۷۰/۷۳	۳/۹۷	۰/۱۱۸	۰/۰۵۹

\* P-value for *Shapiro-Wilk test* (S-W)

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری در مورد میانگین نمرات پس‌آزمون

نام آزمون	مقدار	آماره F	سطح‌معناداری	اندازه اثر	توان آماری
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۶۴	۱۴/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۵۳	۱۴/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
آزمون اثر هتلینگ	۷/۸۶۳	۱۴/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۷/۸۶۳	۱۴/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۸۶	۱

با توجه به جدول ۳، نتایج حاکی از تأثیر متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته بود؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی تفاوت معناداری دارند که با توجه به اندازه اثر محاسبه شده، ۸۶ درصد از کل واریانس‌های گروه آزمایش و گواه ناشی از اثر متغیر مستقل است. همچنین توان آماری آزمون برابر با ۱ است که دلالت بر کفایت حجم نمونه است. اما برای تشخیص اینکه در کدام حیطه‌ها تفاوت معنادار است، از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری در متن مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج حاصل از تحلیل کواریانس تک متغیری در مورد میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرها

متغیرها	مجموع مجذورات	خطای مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	خطای میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی	۲۸/۷۷	۲۲/۰۲	۱	۲۸/۷۷	۱/۱۰	۲۶/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۶
دشواری در انجام رفتار هدفمند	۲۳/۸۶	۲۸/۸۳	۱	۲۳/۸۶	۱/۴۴	۱۶/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵
دشواری در کنترل تکانه	۴۴/۰۳	۲۷/۳۰	۱	۴۴/۰۳	۱/۳۶	۳۲/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱
نبود آگاهی هیجانی	۴۱/۱۶	۷۸/۳۷	۱	۴۱/۱۶	۳/۹۱	۱۰/۵۲	۰/۰۰۴	۰/۳۴
راهبردهای محدود	۵۷/۹۲	۳۵/۱۲	۱	۵۷/۹۲	۱/۷۵	۳۲/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲
نبود وضوح هیجانی	۳۹/۱۶	۲۹/۲۴	۱	۳۹/۱۶	۱/۴۶	۲۶/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷
دشواری در تنظیم هیجان	۵۹۶/۴۸	۱۷۳/۹۴	۱	۵۹۶/۴۸	۸/۶۹	۷۴/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۸۱
انعطاف‌پذیری شناختی	۳۴۱/۵۷	۱۹۵/۴۳	۱	۳۴۱/۵۷	۹/۷۸	۱۰/۰۲	۰/۰۰۸	۰/۳۲

با توجه به مندرجات جدول ۴، آماره F برای عدم‌پذیرش پاسخ‌های هیجانی (۲۶/۱۲)، دشواری در انجام رفتار هدفمند (۱۶/۵۵)، دشواری در کنترل تکانه (۳۲/۲۲)، نبود آگاهی هیجانی (۱۰/۵۲)، راهبردهای محدود (۳۲/۹۷)، نبود وضوح هیجانی (۲۶/۸۷)، دشواری در تنظیم هیجان (۷۴/۳۸) و انعطاف‌پذیری شناختی (۱۰/۰۲) در سطح ۰/۰۰۵ معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در این متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده ۵۵ درصد از عدم‌پذیرش پاسخ‌های هیجانی، ۴۱ درصد از دشواری در انجام رفتار هدفمند، ۶۲ درصد از دشواری در کنترل تکانه، ۳۴ درصد از نبود آگاهی هیجانی، ۶۲ درصد راهبردهای محدود، ۵۷ درصد از نبود وضوح هیجانی و ۳۰ درصد از انعطاف‌پذیری شناختی ناشی از تأثیر متغیر مستقل بوده است.

## • بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر دشواری در تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به وسواسی- اجباری انجام شد. نتایج به‌دست آمده نشان داد درمان شناختی- رفتاری به‌طور معناداری باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان در گروه آزمایش گردید. این یافته‌ها همسو با مطالعات خسروانی و همکاران (۲۰۲۰)؛ وایت‌هید و سیوگ (۲۰۱۶)؛ برمن، شاو و ویلهلم (۲۰۱۸) است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان اذعان داشت افرادی که دارای مهارت تنظیم هیجان مطلوب نیستند در شرایط تنش‌ها و اضطراب‌آور نمی‌توانند جلوی افکار و رفتارهای وسواسی خود را بگیرند (ویلاتا و همکاران، ۲۰۱۸). از سویی، زمانی که فرد نسبت به محیط پیرامون خود از آگاهی هیجانی مناسبی برخوردار نیست، قادر به شناسایی و ارائه پاسخ درست نیست (تورسن و همکاران، ۲۰۱۹). توانایی تنظیم هیجان برای عملکرد مؤثر و موفق در شرایط دشوار و تنش‌زا امری حیاتی به حساب می‌آید (وکیلی‌هریس، لیوارجانی، محب، ۱۳۹۹). پژوهشگران راهبردهای شناختی و رفتاری مختلفی را برای تنظیم هیجانات شناسایی کرده‌اند که به‌طور کلی می‌توان آنها را به راهبردهای سازگار و ناسازگار تقسیم کرد (خسروانی و همکاران، ۲۰۲۰). راهبردهایی مانند پذیرش، ارزیابی مجدد شناختی و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی به‌صورت مثبت یا تمرکز بر یافتن راه‌حلی برای یک مشکل به‌طور معمول انطباقی در نظر گرفته می‌شود که منجر به کاهش هیجان و احساس منفی می‌شود (فرگیوس و باردین، ۲۰۱۴). در مقابل، سرکوب هیجانات، خودسرزنی، نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری به‌عنوان راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان شناخته می‌شوند که ممکن است هیجانات منفی را تشدید و طولانی‌تر نمایند (برمن و همکاران، ۲۰۱۸).

عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی، دشواری در انجام رفتار هدفمند، دشواری در کنترل تکانه، نبود آگاهی هیجانی، راهبردهای محدود و نبود وضوح هیجانی نیز می‌تواند فرد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری را با مشکلات فراوانی رو به رو کند و روند درمان آنها را مختل نمایند (وایت‌هید و سیوگ، ۲۰۱۶). در همین راستا، برمن، شاو و ویلهلم (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری پرداختند. یافته‌های به‌دست آمده حاکی از پایین بودن تنظیم هیجان در بیماران داشت که موجب تشدید علائم در افراد می‌شد. این بیماران نسبت به هیجانات خود آگاهی ندارند و نشخوار فکری زیاد موجب اضطراب در بیماران می‌شود. در مطالعه‌ای دیگر، فرگیوس و باردین (۲۰۱۴) ارتباط تنظیم هیجان و اختلال وسواسی- اجباری را مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های به‌دست آمده

مشخص کرد بیماران وسواسی در ابعاد تنظیم هیجان دارای مشکلات زیادی بودند که موجب تشدید بیماری در آنها شده است. ایپهولز و همکاران (۲۰۲۰) در مطالعه‌ای به بررسی شفقت به خود، دشواری در تنظیم هیجان و اختلال وسواسی - اجباری پرداختند. نتایج به دست آمده حاکی از ارتباط مثبت دشواری در تنظیم هیجان با نشانگان وسواس داشت. در مقابل شفقت به خود با وسواس همبستگی منفی معناداری را نشان داد.

از طرفی دیگر، یافته‌های این مطالعه حاکی از اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر افزایش انعطاف‌پذیری شناختی بیماران مبتلا به وسواسی - اجباری بود. این نتایج با پژوهش‌های پاست و همکاران (۲۰۱۶)؛ تومیاما و همکاران (۲۰۱۹)؛ ساهین و همکاران (۲۰۱۸)؛ روسا-آلکازار و همکاران (۲۰۲۱) همسو است.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بیماران دارای نشانگان و علائم وسواس به علت اینکه نمی‌توانند با شرایط مختلف کنار بیایند و از انعطاف‌پذیری مناسبی بهره ببرند، مشکلات متعددی را تجربه می‌کنند که باعث رنج آنها می‌شود (کنالچ، جسیوپ و اولاتانجی، ۲۰۱۸). در درمان شناختی - رفتاری با شناسایی و تقویت آسیب‌های بیمار در مهارت‌های اجرایی تلاش می‌شود تا فرد از توانایی‌های شناختی خود بیشتر استفاده نماید (پاست و همکاران، ۲۰۱۶). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یک مفهوم فراشناختی است که شامل مهارت‌های بین فردی و درون فردی است و از آنجایی که با تاب‌آوری ارتباطی نزدیک دارد، عامل مهمی در سلامت روانی محسوب می‌شود (تومیاما و همکاران، ۲۰۱۹). انعطاف‌پذیری روان‌شناختی منجر به انطباق فرد با تغییرات موقعیتی، شکل‌دهی مجدد منابع ذهنی، تغییر چشم‌انداز و برقراری تعادل در رقابت بین خواسته‌ها، نیازها و شرایط زندگی می‌شود (آبراموویتز و ریومن، ۲۰۲۰). به عبارتی دیگر، تأکید انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بر ایجاد ارتباط متفاوت با تجارب روان‌شناختی فرد (به‌عنوان مثال، افکار، احساسات، احساسات جسمی)، به جای تلاش برای تغییر محتوا یا شدت خود آن تجربیات، است. در واقع، افرادی که دارای انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالایی هستند، تلاش می‌کنند هنگام مواجهه با مشکل و مسئله از راهبردهایی استفاده کنند که کمترین آسیب را ببینند (ساهین و همکاران، ۲۰۱۸). بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - اجباری نیز به دلایل نقص در کارکردهای اجرایی مغز انعطاف‌پذیری شناختی پایینی دارند (روسا-آلکازار و همکاران، ۲۰۲۱). در این زمینه، ساهین و همکاران (۲۰۱۸) در پژوهشی به بررسی انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به وسواسی - اجباری پرداختند. در این مطالعه ۵۰ بیمار مبتلا به وسواس و ۳۰ بیمار مبتلا به پانیک شرکت داشتند. بررسی‌های انجام شده حاکی از پایین‌تر بودن انعطاف‌پذیری شناختی در بیماران مبتلا به وسواس در مقایسه با بیماران مضطرب بود.

در انتها لازم به ذکر است، مطالعه انجام شده دارای یکسری از محدودیت‌ها مانند جامعه آماری پژوهش، نبود انتخاب تصادفی شرکت‌کنندگان، نبود امکان کنترل وضعیت اجتماعی، تحصیلی و اقتصادی شرکت‌کنندگان پژوهش بود که ممکن است در تعمیم‌پذیری نتایج نقش داشته باشد. از این رو پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی، تلاش‌هایی به منظور کنترل این مولفه‌ها صورت گیرد. عدم امکان پیگیری بلندمدت تأثیر برنامه با استفاده از آزمون پیگیری، نیز از دیگر محدودیت‌ها بود. بر این اساس پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده این موضوع مورد توجه قرار گیرد تا امکان بررسی تأثیر بلندمدت درمان شناختی - رفتاری میسر شود.

## • نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان شناختی - رفتاری به‌طور معناداری باعث کاهش دشواری در تنظیم هیجان و افزایش انعطاف‌پذیری شناختی در گروه آزمایش شد. از آنجایی که یکی از دلایل تشدید علائم و نشانگان اختلال وسواسی - اجباری باورهای ناکارآمد و ابعاد شناختی بیمار است، ارتقا تنظیم هیجان و انعطاف‌پذیری شناختی آنها نقش چشمگیری در پیشگیری و کنترل روند بیماری وسواس ایفا می‌کند. بدین منظور لازم است با شناسایی گروه‌های پرخطر، مداخلات شناختی - رفتاری مورد نیاز برای آنها اتخاذ گردد.

## • تعارض منافع

هیچ گونه تعارضی بین نویسندگان وجود ندارد.



• **قدردانی**

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از مسئولین کلینیک و تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت داشتند، تقدیر و تشکر کنند.

• **منابع**

باقری شیخانگفته، فرزین؛ شریفی پور چوکامی، زینب؛ تاج بخش، خزر؛ حمیده مقدم، عارفه؛ حاجی علیانی، وحید. (۱۴۰۱). رابطه شبکه‌های اجتماعی انعطاف پذیری شناختی و حساسیت اضطرابی در پیش بینی کرونا فوبیا دانش‌آموزان. *دست‌آوردهای روان‌شناختی*، ۲۹(۱)، ۲۰۹-۲۲۸.

شباهنگ، رضا؛ شجاعی، مهرانه؛ باقری شیخانگفته، فرزین؛ حسین خانزاده، عباسعلی؛ نیکوگفتار، منصوره. (۱۳۹۸). تحلیل ساختاری ارتباط اختکار با مشکلات بین فردی: نقش میانجی دشواری در تنظیم هیجان. *فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روان‌شناختی*، ۱۰(۴)، ۴۹-۶۷.

کریم‌پور، مریم؛ فراهانی، محمدنقی؛ خانی‌پور، حمید. (۱۴۰۰). رابطه فرآیندهای خودنظم‌بخش (بهوشیاری، خودشناسی انسجامی و خودمهارگری) با شدت علائم اختلال شخصیت وسواسی- جبری: نقش واسطه‌ای وجدان‌گرایی. *مجله روانشناسی*، ۲۵(۹۹)، ۳۸۹-۴۱۱.

وکیلی‌هریس، شهرام؛ لیوارجانی، شعله؛ محب، نعیمه. (۱۳۹۹). مدل ساختاری اختلال وسواس جبری براساس کمالگرایی ناسازگار و کنترل روان‌شناختی والدین. *مجله روانشناسی*، ۲۴(۹۴)، ۲۳۱-۲۴۷.

Abramowitz, J. S., & Reuman, L. (2020). Obsessive-compulsive disorder. *Encyclopedia of personality and individual differences*, 3304-3306.

Abramowitz, J. S., & Jacoby, R. J. (2014). Obsessive-compulsive disorder in the DSM-5. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 221.

Berman, N. C., Shaw, A. M., & Wilhelm, S. (2018). Emotion regulation in patients with the obsessive-compulsive disorder: Unique effects for those with "taboo thoughts". *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 674-685.

Chase, T. E., Chasson, G. S., Hamilton, C. E., Wetterneck, C. T., Smith, A. H., & Hart, J. M. (2019). The mediating role of emotion regulation difficulties in the relationship between self-compassion and OCD severity in a non-referred sample. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 33(2), 157-168.

Caudek, C., Sica, C., Marchetti, I., Colpizzi, I., & Stendardi, D. (2020). Cognitive inflexibility specificity for individuals with high levels of obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 30(2), 103-113.

Dennis, J. P., & Vander Wal, J. S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. *Cognitive therapy and research*, 34(3), 241-253.

Eichholz, A., Schwartz, C., Meule, A., Heese, J., Neumüller, J., & Voderholzer, U. (2020). Self-compassion and emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 27(5), 630-639.

Ferreira, S., Couto, B., Sousa, M., Vieira, R., Sousa, N., Picó-Pérez, M., & Morgado, P. (2021). Stress influences the effect of obsessive-compulsive symptoms on emotion regulation. *Frontiers in psychiatry*, 11, 1622.

Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2014). Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 243-248.

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A. G., & Buchner, A. (2007). G\* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior research methods*, 39(2), 175-191.

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.

Goldin, P. R., Lee, I., Ziv, M., Jazaieri, H., Heimberg, R. G., & Gross, J. J. (2014). Trajectories of change in emotion regulation and social anxiety during cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Behaviour research and therapy*, 56, 7-15.

Goodarzi, M. A., & Firoozabadi, A. (2005). Reliability and validity of the Padua Inventory in an Iranian population. *Behaviour Research and therapy*, 43(1), 43-54.

Görmezoğlu, M., Bouwens van der Vlis, T., Schruers, K., Ackermans, L., Polosan, M., & Leentjens, A. F. (2020). Effectiveness, timing and procedural aspects of cognitive behavioral therapy after deep brain stimulation for therapy-resistant obsessive compulsive disorder: A systematic review. *Journal of clinical medicine*, 9(8), 2383.

Huang, F. F., Wang, P. C., Yang, X. Y., Luo, J., Yang, X. J., & Li, Z. J. (2023). Predicting responses to cognitive behavioral therapy in obsessive-compulsive disorder based on multilevel indices of rs-fMRI. *Journal of Affective Disorders*, 323, 345-353.

Hoppen, L. M., Kuck, N., Bürkner, P. C., Karin, E., Wootton, B. M., & Buhlmann, U. (2021). Low intensity technology-delivered cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 21(1), 1-17.

Hirschtritt, M. E., Bloch, M. H., & Mathews, C. A. (2017). Obsessive-compulsive disorder: advances in diagnosis and treatment. *Jama*, 317(13), 1358-1367.

Keeley, M. L., Storch, E. A., Merlo, L. J., & Geffken, G. R. (2008). Clinical predictors of response to cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*, 28(1), 118-130.

- Kim, K. L., Christensen, R. E., Ruggieri, A., Schettini, E., Freeman, J. B., Garcia, A. M., ... & Dickstein, D. P. (2019). Cognitive performance of youth with primary generalized anxiety disorder versus primary obsessive-compulsive disorder. *Depression and Anxiety, 36*(2), 130-140.
- Knowles, K. A., Jessup, S. C., & Olatunji, B. O. (2018). Disgust in anxiety and obsessive-compulsive disorders: recent findings and future directions. *Current psychiatry reports, 20*(9), 1-10.
- Khosravani, V., Samimi Ardestani, S. M., Sharifi Bastan, F., & Malayeri, S. (2020). Difficulties in emotion regulation and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Current psychology, 39*(5), 1578-1588.
- Lackner, J. M., Gudleski, G. D., Radziwon, C. D., Krasner, S. S., Firth, R. S., Naliboff, B. D., ... & Mayer, E. A. (2022). Cognitive flexibility improves in cognitive behavioral therapy for irritable bowel syndrome but not nonspecific education/support. *Behaviour Research and Therapy, 154*, 104033.
- Lewin, A. B., Peris, T. S., Bergman, R. L., McCracken, J. T., & Piacentini, J. (2011). The role of treatment expectancy in youth receiving exposure-based CBT for obsessive compulsive disorder. *Behaviour research and therapy, 49*(9), 536-543.
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., ... & Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research, 225*(3), 236-246.
- Macdonald, A. M., & de Silva, P. (1999). The assessment of obsessionality using the Padua Inventory: Its validity in a British non-clinical sample. *Personality and Individual differences, 27*(6), 1027-1046.
- Mohammadi, M. R., Ahmadi, N., Hooshyari, Z., Khaleghi, A., Yazdi, F. R., & Mehrparvar, A. H. (2021). Prevalence, comorbidity, and predictors of obsessive-compulsive disorder in Iranian children and adolescents. *Journal of Psychiatric Research, 141*, 192-198.
- Nielsen, S. K. K., Hageman, I., Petersen, A., Daniel, S. I. F., Lau, M., Winding, C., ... & Vangkilde, S. (2019). Do emotion regulation, attentional control, and attachment style predict response to cognitive behavioral therapy for anxiety disorders?—an investigation in clinical settings. *Psychotherapy Research, 29*(8), 999-1009.
- Olatunji, B. O., Davis, M. L., Powers, M. B., & Smits, J. A. (2013). Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of psychiatric research, 47*(1), 33-41.
- Oguz, G., Celikbas, Z., Batmaz, S., Cagli, S., & Sungur, M. Z. (2019). Comparison between obsessive compulsive disorder and panic disorder on metacognitive beliefs, emotional schemas, and cognitive flexibility. *International Journal of Cognitive Therapy, 12*(3), 157-178.
- Paast, N., Khosravi, Z., Memari, A. H., Shayestehfar, M., & Arbabi, M. (2016). Comparison of cognitive flexibility and planning ability in patients with obsessive compulsive disorder, patients with obsessive compulsive personality disorder, and healthy controls. *Shanghai archives of psychiatry, 28*(1), 28.
- Rosa-Alcázar, A. I., Rosa-Alcázar, Á., Martínez-Esparza, I. C., Storch, E. A., & Olivares-Olivares, P. J. (2021). Response Inhibition, Cognitive Flexibility and Working Memory in Obsessive-Compulsive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Social Anxiety Disorder. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(7), 3642.
- Sarokhani, D., Sarokhani, M., Sayehmiri, K., & Azodi, M. Z. (2016). The evaluation of obsessive-compulsive disorder prevalence in iran: a meta-analysis and systematic review. *International Journal of Pharmacy & Technology, 8*(4), 21482-92.
- Suveg, C., Sood, E., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2009). Changes in emotion regulation following cognitive-behavioral therapy for anxious youth. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 38*(3), 390-401.
- Şahin, H., Köşger, F., Eşsizoglu, A., & Aksaray, G. (2018). The relationship between obsessive belief level and cognitive flexibility in patients with obsessive compulsive disorder. *Archives of Neuropsychiatry, 55*(4), 376.
- Sternberger, L. G., & Burns, G. L. (1990). Obsessions and compulsions: Psychometric properties of the Padua Inventory with an American college population. *Behaviour Research and therapy, 28*(4), 341-345.
- Sanavio, E. (1988). Obsessions and compulsions: the Padua Inventory. *Behaviour research and therapy, 26*(2), 169-177.
- Thorsen, A. L., de Wit, S. J., de Vries, F. E., Cath, D. C., Veltman, D. J., van der Werf, Y. D., ... & van den Heuvel, O. A. (2019). Emotion regulation in obsessive-compulsive disorder, unaffected siblings, and unrelated healthy control participants. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging, 4*(4), 352-360.
- Tomiyama, H., Nakao, T., Murayama, K., Nemoto, K., Ikari, K., Yamada, S., ... & Kanba, S. (2019). Dysfunction between dorsal caudate and salience network associated with impaired cognitive flexibility in obsessive-compulsive disorder: A resting-state fMRI study. *NeuroImage: Clinical, 24*, 102004.
- Villalta, L., Smith, P., Hickin, N., & Stringaris, A. (2018). Emotion regulation difficulties in traumatized youth: a meta-analysis and conceptual review. *European child & adolescent psychiatry, 27*(4), 527-544.
- Van Ameringen, M., Patterson, B., & Simpson, W. (2014). DSM-5 obsessive-compulsive and related disorders: Clinical implications of new criteria. *Depression and anxiety, 31*(6), 487-493.
- Whitehead, M. R., & Suveg, C. (2016). Difficulties in emotion regulation differentiate depressive and obsessive-compulsive symptoms and their co-occurrence. *Anxiety, Stress, & Coping, 29*(5), 507-518.
- Wolff, N., Giller, F., Buse, J., Roessner, V., & Beste, C. (2018). When repetitive mental sets increase cognitive flexibility in adolescent obsessive-compulsive disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 59*(9), 1024-1032.
- Wilhelm, S., & Steketee, G. S. (2006). *Cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: A guide for professionals*. New Harbinger Publications.
- Weinberg, A.; Klonsky, ED. (2009). Measurement of emotion dysregulation in adolescents. *Psychological Assessment, 21*(4), 616-621.
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., & Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Journal of clinical psychology, 74*(4), 695-709.