

اثر بخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISDTP) بر اصلاح باورهای غیرمنطقی و کاهش اجتناب شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

یوسف رنجبر سودجانی^۱، کبیر شریفی^۲، سرورالسادات سیاح^۳، زهره ملک محمدی گله^۴

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۴/۱۵ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۸

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی اثر بخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISDTP) بر اصلاح باورهای غیرمنطقی و کاهش اجتناب شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی بود. روش: این پژوهش به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. از بین کلیه افرادی که در سال ۱۳۹۴ به مراکز مشاوره و مددکاری شهر شهرکرد مراجعه کرده بودند، ۳۲ نفر به صورت نمونه‌گیری داوطلبانه‌ی مبتنی بر هدف و از طریق مصاحبه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. از پرسشنامه‌های وسواس فکری - عملی ییل براون (T- Bocs)، آزمون عقاید غیرمنطقی جونز (IBT) و اجتناب شناختی سکستون و داگاس (CAQ) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده و داده‌ها توسط شاخص‌های توصیفی و آزمون تحلیل کوواریانس تجزیه و تحلیل شد. مداخله روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر روی گروه آزمایش به صورت گروهی، هفته‌ای دو بار در ۲۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس بر روی نمرات پیش از درمان، درمان و پیگیری نشان داد که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای باورهای غیرمنطقی

۱. نویسنده مسئول) باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شهرکرد، ایران.

Yusef137205@gmail.com

۲. گروه روان‌شناسی دانشگاه آزاد، شهرکرد، ایران.

۳. کارشناس ارشد روان‌سنجی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی، تهران، ایران.

۴. کارشناس علوم تربیتی، اداره کل آموزش و پرورش استان چهارمحال و بختیاری، شهرکرد، ایران.

($P < 0/01$) و اجتناب‌شناختی ($P < 0/05$)، تفاوت معناداری وجود داشت. نتیجه‌گیری: با استناد به یافته‌های به دست آمده از پژوهش حاضر، می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده یک روش مناسب برای اصلاح باورهای غیرمنطقی و کاهش اجتناب‌شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی می‌باشد. **واژه‌های کلیدی:** روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، باورهای غیرمنطقی، اجتناب‌شناختی، وسواس فکری - عملی

مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی^۱ (OCD) بیماری جدی، ناتوان‌کننده ولی قابل درمان است. این بیماری از دو جزء وسواسی^۲ و اجباری^۳ تشکیل شده است (فرانکلین، مک کولاق و گرای^۴، ۲۰۰۰). این اختلال نوعی بیماری است که در کودکی و اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود و با سیر مزمن خود تأثیر منفی شدید بر کارکرد روانی، اجتماعی و شغلی بیمار دارد (کلارک و پوردان^۵، ۲۰۰۴). خصوصیات اصلی وسواس فکری - عملی، افکار وسواسی عودکننده یا اعمال جبری است. افکار وسواسی همان عقاید، تصورات یا تکانه‌هایی هستند که به طور مکرر و به شکل کلیشه‌ای به ذهن بیمار خطور می‌کنند (سادوک و سادوک^۶، ۲۰۰۷). افسردگی، اضطراب و سوگیری توجه برای پردازش انتخابی اطلاعات مربوط به تهدید پدیده‌های بالینی در این اختلال محسوب می‌شوند (میتووس، پدرسون و مانون^۷، ۲۰۱۰). مطالعات همه‌گیرشناسی منطقه‌ای شیوع تمام عمر آن را ۲/۵ درصد (از هر ۴۰ نفر یک نفر) و شیوع آن را در شش ماه ۱/۶ درصد گزارش کرده است. البته در تحقیقات، مقادیر شیوع این اختلال در کودکان و نوجوانان بین ۱ تا ۴ درصد

1. obsessive compulsive disorder.
2. Obsessive.
3. Compulsive.
4. Franklin, J., McCullough, P & Gray, C.
5. Clark D.A & Purdon C.
6. Sadock, B & Sadock, V.
7. Minnotte, K. L., Pedersen, D & Mannon, S. E.

اعلام شده است (ماینا، آلبرت، بوگتو و راویزا^۱، ۱۹۹۹؛ زوهر^۲، ۱۹۹۹؛ اپتر^۳ و همکاران، ۱۹۹۶). شیوع (OCD) در جمعیت ایرانی ۱/۸ درصد (۷/۰ در مردان و ۲/۸ درصد در زنان) برآورد شده است (شمس، کرم قدیری، اسماعیلی ترکانبوری، امینی و همکاران، ۱۳۸۶). وسواس، مردان و زنان را تقریباً به یک اندازه درگیر می‌کند (وایت، استکتی و جولیان^۴، ۱۹۹۲). در وسواس شاهد جنبه‌هایی از علائم هستیم که به نحوی با سایر اختلالات اشتراک پیدا می‌کنند. امروزه همبودی یکی از مباحث جدی در آسیب‌شناسی وسواس است. براساس یافته‌های تحقیقاتی، تقریباً نصف تا سه چهارم افراد مبتلا به وسواس حداقل یک اختلال دیگر نیز دارند (آنتونی، داونی و وینسون^۵، ۱۹۹۸). از میان اختلالاتی که همبودی بسیار بالایی با اختلال وسواس فکری-عملی دارد می‌توان به اختلال شخصیت اجتنابی^۶ اشاره کرد (فولانا^۷ و همکاران، ۲۰۰۴).

اختلال شخصیت اجتنابی اولین بار توسط تئودور میلون^۸ نامگذاری شد. تعریف‌های بعدی براساس تعریف میلون پایه‌گذاری شدند. از منظر رویکرد زیستی-اجتماعی و یادگیری او، الگوی فعال گسلیده^۹ در مقابل الگوی منفعل گسلیده^{۱۰}، دو نوع از شخصیت اسکیزوئید هستند. بعدها او به اختلال شخصیت اجتنابی به‌عنوان اختلال فراگیری که تمام زندگی و شخصیت را به لحاظ جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری از جمله راهبردهای اجتنابی جهت کاهش درد در این حوزه‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهد، اشاره کرد (ایکناس^{۱۱}، ۲۰۱۶). در راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های

1. Maina, G., Albert, U., Bogetto, F & Ravizza, L.
2. Zohar, A. H.
3. Apter, A.
4. White, K., Steketee, G. S & Julian, J.
5. Antony, M. M., Downie, F & Swinson, R. P.
6. avoidant personality disorder.
7. Fullana, M. &, et al.
8. Millon, Th.
9. active-detached.
10. passive-detached.
11. Eikenæs, I. U.

روانی^۱، ویرایش پنجم اختلال شخصیت اجتنابی یک الگوی فراگیر از بازدارندگی اجتماعی، احساس بی کفایتی، و حساسیت بیش از حد نسبت به ارزیابی منفی تعریف شده که از اوایل بزرگسالی شروع و در دامنه متنوعی از موقعیت‌ها خود را نشان می‌دهد (سگال، کولیدج و روزووسکی^۲، ۲۰۰۶). شخصیت اجتنابی با گریز دائم از جمع، احساس حقارت و حسادت بیش از حد به نظرات منفی و انتقادات دیگران مشخص می‌شود. افراد مبتلا به این اختلالات از انتقاد، و عدم پذیرش می‌ترسند و همیشه فکر می‌کنند که دیگران و نزدیکانشان می‌خواهند از آنها ایراد بگیرند و کارهایشان را تقبیح کنند. این افراد اطلاعات و نظریه‌های مبهم را به شیوه منفی تفسیر می‌کنند و به طور دائم گوش به زنگ علائم تحقیر و تمسخر از سوی دیگران هستند (انجمن روانشناسی آمریکا^۳، ۲۰۱۳). فولانا و همکاران (۲۰۰۴) دریافتند که بیماران مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی - جبری حساسیت بالایی را نسبت به تنبیه در مقایسه با گروه کنترل نشان دادند، اما با گروه کنترل با توجه به حساسیت به پاداش تفاوتی نداشتند. نتایج تحقیقات کاسراس^۴ و همکاران (۲۰۰۱) نشان داد که بیماران مبتلا به خوسه سی اختلالات شخصیت در مقایسه با افراد مبتلا به دیگر اختلالات شخصیت، نمرات بالایی در مؤلفه‌های رفتاری، شناختی و بدنی اضطراب نشان دادند. هافمن، نثومن، الرز و روث^۵ (۱۹۹۵) در پژوهشی دریافتند که افراد دارای فوبیای اجتماعی و اختلال شخصیت اجتنابی، شناخت‌های مخمل‌تر و پردازش‌های ضعیف‌تری نسبت به گروه‌های بالینی غیر سایکوتیک داشتند. بیماران خوسه سی در مقایسه با دیگر اختلالات، با سبک رفتاری منبعث از غلبه رفتارهای اجتناب فعال مشخص می‌شوند. مولایی، جانی، حامدی و جنگی قوجه بیگلر (۱۳۹۳) در یک مطالعه این نتیجه را به دست آوردند که در خوسه سی اختلال شخصیت

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM).
2. Segal, D. L., Coolidge, F. L & Rosowsky E.
3. America Psychological Association.
4. Caseras, X. &, et al.
5. Hofmann, S.G., Newman, M.G., Ehlers, A & Roth, W.T.

نسبت به بقیه اختلالات، فعالیت بالایی در ساختارهای نورویولوژیکی مرتبط با سیستم بازداری رفتاری وجود دارد. چنانچه مقیاس‌های حساسیت به تنبیه بهترین تمایزکننده خوشه سی از دیگر بیماران فاقد اختلالات شخصیت است. لی و چان^۱ (۲۰۱۲) در بررسی بر روی افراد اجتنابی متوجه شدند آنها به شدت احساس تنهایی می‌کنند، با این وجود کناره‌گیری از دیگران را ترجیح می‌دهند تا خودشان را از طرد و انتقاد تهدیدکننده دور نگه دارند؛ ولی در یک خود شیفتگی پنهان^۲، به خیال بافی در مورد عظمت خودشان پناه می‌برند. آن‌ها با متمرکز کردن توجهشان بر فرایند تفکر، از مواجهه با احساسات خود داری می‌کنند و بین برانگیزاننده‌های ترس و فرار در نوسان هستند که موجب فعال شدن ترس از «مطالبه برای نزدیکی» در آن‌ها می‌شود.

شواهد پژوهشی مختلف نشان می‌دهد که انواع افکار، احساسات مزاحم و باورهای وسواسی به ایجاد و تداوم افکار وسواسی کمک می‌کند (استکتی و فراست^۳، ۱۹۹۴؛ راجمن، توردارسون، شافران و وودی^۴، ۱۹۹۵؛ استکتی و همکاران، ۱۹۹۸؛ ویتون^۵ و همکاران، ۲۰۱۰). همچنین، اسماعیلی ترکانبوری (۱۳۹۲) نشان دادند که باورهای غیرمنطقی می‌تواند عامل بروز اختلال وسواس فکری - عملی در نظر گرفته شود. باورهای غیرمنطقی^۶، باورهای اغراق آمیز، مطلق‌گرا، نامعقول و انعطاف پذیر هستند (آلیس^۷، ۲۰۰۳). باورهای غیرمنطقی دو ویژگی دارند: (۱) توقعات خشک و تعصب آمیزی هستند که معمولاً با کلمات باید و حتماً بیان می‌شوند (۲) فلسفه‌های خود آشفته‌ساز، که معمولاً حاصل این توقعات هستند و انتساب‌های نامعقول و بیش از حد تعمیم یافته ایجاد می‌کنند (پروچسکا و نورکراس، ترجمه سید محمدی، ۱۳۸۸). افکار غیرمنطقی با

-
1. Li, T & Chan, D.
 2. covert narcissism.
 3. Steketee G & Frost RO.
 4. Rachman S, Thordarson DS, Shafran R & Woody SR.
 5. Wheaton & et al.
 6. Irrational beliefs.
 7. Ellis, A.

واقعیت همگونی ندارند و براساس ظن و گمان هستند و این امر موجب تعارض شده و مانع برخورد موفقیت‌آمیز فرد با حوادث و الزام‌های زندگی می‌شود (حیدری نسب، منصور، آزاد فلاح، شعیری، ۱۳۸۶). مدل شناختی بک معتقد است افراد مبتلابه (OCD) افکار، تصاویر و تکانه‌های خود را بسیار مهم و معنی‌دار تصور می‌کنند و باورهای ناکارآمد، زمینه‌ساز شکل‌گیری این افکار، تصاویر و تکانه‌هاست (شمس و صادقی، ۱۳۸۵). نتایج بررسی‌ها نشان می‌دهد که افراد مبتلابه اختلال وسواس فکری - عملی در مقایسه با افراد غیربیمار، بیشتر از تنبیه، نگرانی، ارزیابی مجدد و کنترل اجتماعی استفاده می‌کنند، ولی افراد غیربیمار بیشتر از توجه برگردانی استفاده می‌کنند (آبرامویتز^۱ و همکاران، ۲۰۰۳؛ ولز و پاپاگورجیو^۲، ۱۹۹۸). همچنین، نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که، فرونشانی و بازداری افکار ناخوشایند موجب افزایش و بازگشت دوباره‌ی فکر بازداری شده می‌شود، بنابراین در درازمدت راهبرد سازنده‌ای نیست (پاردون^۳، ۲۰۰۴). در مطالعه‌ی افکار خودآیند ناخواسته به‌عنوان ویژگی اصلی اختلال وسواس فکری - عملی مشاهده شده است که تعدادی از بیماران مبتلابه این اختلال اعتقاد دارند که افکار غیر قابل قبول و ناخوشایند آنها می‌توانند رخداد‌های جهان بیرونی را تحت تأثیر قرار دهند (شافمن و راجمن^۴، ۲۰۰۴). باورهای فراشناختی درباره‌ی افکار یا احساسات مزاحم، در پی اصطلاحات معرفی شده از سوی راجمن^۵ (۱۹۹۳) برای توصیف تحریف‌های شناختی اختلال وسواس فکری - عملی، باورهای مربوط به آمیختگی فکر نامگذاری شده‌اند (ولز، ۲۰۰۰). پژوهش‌های بسیاری بین علائم اختلال وسواس فکری - عملی و درآمیختگی افکار ارتباط مثبت معنی‌داری را گزارش نموده‌اند و آن را پیشبین قدرتمندی برای علائم اختلال وسواس فکری - عملی دانسته‌اند (ویلیامز^۶، ۲۰۰۴). در مورد اهمیت

1. Abramowitz, J. s.
2. Wells A & Papagorgiou C.
3. Purdon, c.
4. Shafran, R & Rachman, S.
5. Rachman S.
6. Williams JMG.

درآمیختگی افکار در شکل‌گیری و تداوم علائم اختصاصی OCD، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که برخی از علائم اختصاصی OCD مانند ترس از تکانه، آلودگی و تعهد بیش از حد، ریشه درآمیختگی‌های سه‌گانه دارند (ولز، ۲۰۰۰). نتایج پژوهش طوبائی، شعیری، قائدی و شمس (۱۳۹۳) نشان داد که داد که بیماران مبتلا به وسواس نسبت به افراد غیربیمار به طور معناداری در خرده‌مقیاس‌های باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری و خطر، اطمینان شناختی و نیاز به کنترل افکار نمرات بالاتری را نشان می‌دهند. اگر فرد مبتلا به OCD باور داشته باشد که فکرکردن درباره یک حادثه غیرقابل پذیرش یا ناراحت کننده احتمال رخداد آن حادثه را بالا می‌برد، بنابراین با احتمال بیشتری با اعمال آیینی درگیری پیدا می‌کند تا از پیامدهای منفی جلوگیری کند (امیر، فرشمن، رامسی، نیری و بریجیدی^۱، ۲۰۰۱) و این فرد باور دارد که افکار وسواسی و اعمال منفی به لحاظ اخلاقی معادل هم هستند، بنابراین داشتن این افکار در وی استرس و اضطراب ایجاد می‌کند (راچمن، ۱۹۹۳).

عدد قابل توجهی از بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی (احتمالاً حدود ۲۰-۳۰ درصد) به درمان‌های مرسوم مواجهه و جلوگیری از پاسخ و درمان دارویی پاسخ نمی‌دهند (کلارک^۲، ۲۰۰۷). شخص مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی در ادراک درست یا احساس واقعی دچار نقص است و تقریباً احتمال وجود رخدادی را صرفاً بر اساس داده‌های ذهنی برآورد می‌کند، به طوری که فرد احتمال ذهنی و بعید را هم در غیاب شواهد حمایت‌کننده و یا هم حتی علی‌رغم حضور شواهد متناقض می‌پذیرد (امانی، ابوالقاسمی، احدی و نریمانی، ۱۳۹۲). در این میان، اساسی‌ترین تمرکز درمان روان‌پویشی^۳ بر درد هیجانی یا روان‌شناختی باشد که در آن زندگی به عنوان یک فرآیند مشکل و طاقت فرسا تصور می‌شود، روان در کشمکش برای مقابله و تحمل آن ساخته

1. Amir N, Freshman M, Ramsey B, Neary E & Brigidi B.

2. Clark.

3. psychodynamic therapy.

می‌شود و دفاع‌ها یا ساز و کارهای اجتناب از درد را به وجود می‌آورد: راه‌هایی از دیدن، فکر کردن، احساس کردن و رفتار کردن که بیشترین فعالیت‌ها خارج از آگاهی اتفاق می‌افتند. این تلاش‌های ناهشیار برای اجتناب از درد هیجانی اغلب شکست می‌خورند، اما چون آگاهی ما محدود است با این وجود آنها بارها و بارها تکرار می‌شوند. درمان روان‌پویای کمک به مراجع است تا آنچه را که به شیوه کامل‌تری در فرآیند درمان تجربه می‌کند مجدداً فرمول‌بندی کند و ناراحتی ناشی از آن را تحمل کند. فهمی که درمان‌گر و مراجع در مورد این مشکلات به وجود می‌آورند آگاهی مراجع را گسترش می‌دهد و راه ورود به گزینه‌های جدید برای مدیریت تعارض را باز می‌کند. همچنین ظرفیت مراجع برای تحمل درد هیجانی و مقابله با عدم رضایت را افزایش می‌دهد و توانایی‌اش را برای اندیشیدن و کنجکاوی در مورد تجربه‌هایش بالا می‌برد (جانسون و دالوس^۱، ۲۰۰۶). روان‌درمانی‌های پویای کوتاه‌مدت (ISTDP)^۲ از طریق فعالیت‌های مالان، سیفنیوس^۳، دوانلو^۴، پولاک و هورنرودی جانگ، تکامل یافت (دريسن^۵ و همکاران، ۲۰۰۹). وجوه مشترک مداخله‌ی روان‌پویای کوتاه‌مدت فشرده تجربه هیجان‌های عمیق حین جلسه‌ی درمان، سطوح بالای فعالیت درمانگر، تشویق بیمار به همکاری و توجه فعال به محدودیت زمانی و همین‌طور داشتن تمرکز درمانی و معیارهای انتخاب ویژه است (عباس^۶، ۲۰۰۲). یکی از تأکیدات درمان‌های پویای کوتاه‌مدت، تلاش پیوسته‌ی درمانگر برای تجربه عمیق عاطفی / هیجانی به‌عنوان عنصری شفاف‌بخش است (لیپرو مالتپی^۷، ۲۰۰۴). مطالعات گسترده در دو دهه گذشته، نشان داده است که افشا^۸، چه گفتاری و چه نوشتاری سلامت جسمانی و روانی و نیز عملکرد سیستم ایمنی و اعصاب

1. Johnstone, L & Dallos, R.
2. Short-Term Dynamic Psychotherapy.
3. Mallan Sifinius.
4. Davanloo, H.
5. Driessen, E. & et al.
6. Abbass, A.
7. Leiper, R & Maltby, M.
8. Disclosure.

خودمختار را بهبود می‌بخشد (پن‌بیکر^۱، ۱۹۹۷). موضع فعال درمان‌گرو به کارگیری صحیح فنون در این موضع سبب می‌شود تا مراجع در کوتاه‌ترین زمان عمق احساسات و افکار خود را شناسایی و لمس نماید و سلامت روانی بیشتری را به دست آورد (دوانلو، ۱۹۹۵). تأکید روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت بر کمک فوری به بیمار برای تجربه هیجانات ناهشیاری است که موجب اضطراب ناهشیار، بروز نشانه‌های اختلال و دفاع‌های گوناگون شده است. روان‌درمانی روان‌پویایی کوتاه‌مدت به طور بالینی در نمونه‌هایی با مشکلات چندگانه روان‌پزشکی و نمونه‌هایی از بیماران دارای افسردگی با مقاومت بالا و اختلالات شخصیت مؤثر واقع شده است (آلان^۲ و همکاران، ۲۰۰۸). دفاع‌های تاکتیکی^۳ و روش‌های خاص مداخلاتی برای خنثی‌سازی آن‌ها از وجهه مشخصه‌های روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت است. دفاع‌های تاکتیکی فرآیند شکل‌گیری درک عمیق و اصیل و کاهش افکار غیرمنطقی توسط زوج‌ها نسبت به یکدیگر و حتی نسبت به دیگران را مختل می‌سازد و میزان رضایت آن‌ها را از زندگی و نسبت به یکدیگر کاهش می‌دهد (دوانلو، ۱۹۹۵). در این درمان به بیمار کمک می‌شود تا مشکلاتش را بر این اساس حل کند که چگونه با هیجانات یا تعارض‌ها روبرو می‌شود. این تعارضات و هیجان‌ها محصول فقدان‌ها و آسیب‌های اولیه در زندگی هستند. وقتی که این هیجانات توسط یک رویداد استرس‌زای کنونی فعال می‌شوند، اضطراب و دفاع‌ها بسیج می‌شوند. نتیجه نهایی، ترکیب اضطراب، جسمانی‌سازی، افسردگی، اجتناب، الگوهای خود شکست‌دهنده^۴ و مشکلات بین فردی است (وولف و فریدریکسون^۵، ۲۰۱۲؛ عباس، ۲۰۰۲). این درمان می‌تواند تمرکز بین فردی قوی داشته باشد، به این دلیل که روابط بین فردی دنیای بیرون به طور مکرر به انتقال با درمان‌گر

1. Pennebaker, j. W.
2. Allan, A. & et al.
3. Tactical defenses.
4. self-defeating patterns.
5. Wolf, D & Frederickson, J.

مرتبط می شوند (مارکوویتز، اسوارتبرگ و سوآرتز، ۱۹۹۸).

با توجه به وجود آشفتگی های هیجانی و نقش آن در تداوم اختلالات روان شناختی و ارتباط میان ابرازگری هیجانی و شاخص های سلامت روانی و جسمی (آهولا^۲ و همکاران، ۲۰۱۱؛ پنبیکرو چانگ^۳، ۲۰۰۷) و اثربخش بودن روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش اختلالات شخصیتی، افسردگی، اضطراب اجتماعی (دریسن و همکاران، ۲۰۰۹؛ رنجبر سودجانی و شریفی) و کاربرد وسیع ISDTP برای بیماران با مقاومت بالا و افرادی که دارای ساختار شکننده هستند (عباس، ۲۰۰۲)، این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر اصلاح باورهای غیرمنطقی و کاهش اجتناب شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی انجام شد.

در این پژوهش، سؤال ها به شکل زیر بررسی شد:

- ۱- آیا مداخله روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISDTP) بر کاهش اجتناب شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیرگذار است؟
- ۲- آیا مداخله روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISDTP) بر اصلاح باورهای غیرمنطقی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیرگذار است؟

روش

مطالعه حاضر یک تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری این پژوهش کلیه افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی که در بازه زمانی ۱ تیر ۱۳۹۴ تا ۱۱ اسفند ۱۳۹۴ به مراکز مشاوره و مددکاری شهر شهکرد مراجعه کرده بودند، بود. از میان آن ها ۳۲ نفر به صورت نمونه گیری داوطلبانه ی مبتنی بر هدف (مطابق

1. Markowitz, J. Svartberg, M. & Swartz, H.
2. Ahola, P.
3. Chung, C. K.

تحقیقات قبلی دریس و همکاران، ۲۰۰۹) و از طریق مصاحبه انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ۱۶ نفر و در گروه کنترل ۱۶ نفر گماردش شدند. تأیید تشخیص اختلال وسواس فکری - عملی بیماران توسط روان‌پزشک و روانشناس مسئول مرکز درمانی انجام شد. پیش‌آزمون و پس‌آزمون «مقیاس وسواس فکری - عملی بیل براون (T- Bocs)، آزمون عقاید غیرمنطقی جونز (IBT) و پرسشنامه اجتناب‌شناختی سکستون و داگاس^۱ (CAQ)» بر روی آزمودنی‌ها اجرا شد. ملاک‌های انتخاب ورود عبارت بودند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی وسواس فکری - عملی بر اساس DSM-IV-TR، تأیید تشخیص اختلال وسواس فکری - عملی بیماران توسط روان‌پزشک و روانشناس مسئول مرکز درمانی، دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی از زمان تشخیص بیماری، توانایی شرکت در جلسه گروه‌درمانی و تکمیل فرم رضایت‌نامه درمان، عدم درمان دارویی و روانی - اجتماعی به صورت هم‌زمان. ملاک‌های خروج: ابتلا به اختلال اضطراب منتشر؛ ابتلا به رفتارهای کلیشه‌ای خودپذیر و غیرواقعی، ابتلا به اختلالات دوقطبی و اعتیاد به مواد افیونی و روان‌گردان‌ها.

شیوه اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جایگزین کردن آن‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل و اجرای پیش‌آزمون‌ها، پروتکل درمان مبتنی بر رویکرد دوانلوبر روی گروه آزمایش به صورت گروهی، هفته‌ای دو بار در ۲۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از پایان آزمون، پس‌آزمون بر روی هر دو گروه اجرا شد و نتایج دو گروه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با توجه به ارائه توضیحات کافی درباره تحقیق و اهمیت همکاری اعضای گروه و ادامه آن و گرفتن تعهدات اخلاقی در شروع پژوهش، در اجرا و پاسخ‌دهی آزمون‌ها، افت آزمودنی وجود نداشت. برای سنجش و کنترل روایی جلسات درمانی، در طول جلسات از آزمودنی‌های گروه آزمایش خواسته شد تا خلاصه‌ی شفاهی از مطالب و مداخله‌های درمانی اجرا شده را ارائه دهند

1. Sexton, K.A. & Dugas, M.J.

تا منطبق بودن آن با ساختار پروتکل جلسات درمانی، مشخص گردد. یک ماه بعد از پایان جلسه آخرین جلسه پیگیری جهت بررسی تداوم اثربخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISDTP) انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

در این پژوهش به منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

الف) مقیاس آزمون وسواس فکری - عملی ییل براون^۱ (T-Bocs): این آزمون که توسط گودمن^۲ و همکاران (۱۹۸۹) ابداع شده است دارای ۱۰ عبارت است که ۵ عبارت برای ارزیابی وسواس و ۵ عبارت برای ارزیابی اعمال اجباری در نظر گرفته شده است. داده‌های مربوط به اعتبار و پایایی این مقیاس نشان می‌دهد که پایایی بین ارزیابان در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ بوده است. روایی هم‌گرایی این آزمون با آزمون سندرم وسواس بالینی در خط پایه ۰/۹۷ به دست آمد. پایایی این مقیاس باروش بازآزمایی در فاصله ۲ هفته ۰/۸۴ و اعتبار افتراقی آن با پرسشنامه افسردگی بک مقیاس درجه بندی هامیلتون به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ گزارش شده است (ویلسون و چامبلز^۳، ۱۹۹۹). امانی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی با عنوان "بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر استنتاج، بر کاهش علائم وسواس فکری و عملی" ضمن بررسی روایی صوری این ابزار به بررسی ضریب آلفای کرانباخ پرداختند که بالاتر از ۰/۷ حاصل شد. دادفر، ملکوتی، بوالهروی و مهربابی (۱۳۸۱) به روش بازآزمایی به فاصله دو هفته، همبستگی ۰/۸۴ را برای آن گزارش کردند و روایی همگرایی آن را با پرسشنامه وسواسی - جبری مدزلی ۰/۷۸ گزارش نمودند. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرانباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱، برای وسواس فکری ۰/۹۰ و برای وسواس عملی ۰/۸۹ به دست آمد.

ب) آزمون عقاید غیرمنطقی جونز^۴ (IBT): این آزمون در سال ۱۹۶۸ توسط جونز تهیه

1. Yale-Brown Obsessive-Compulsive.
2. Goodman, W. K.
3. Wilson KA & Chambless DL.
4. Irrational beliefs test.

گردید. اکثر تحقیقاتی که پیرامون رابطه عقاید و باورهای غیرمنطقی با کنش‌های رفتاری و عاطفی در زمینه درمان عقلانی - عاطفی صورت گرفته است، از این آزمون استفاده نموده‌اند. IBT از ۱۰ قسمت، شامل ۱۰۰ عبارت تشکیل شده است و هر زیرمقیاس مربوط به یکی از باورهای غیرمنطقی است. عبارات آزمون به صورت لیکرت پنج درجه‌ای است. آزمودنی هر عبارت را خوانده و موافقت یا عدم آن را از به شدت مخالف تا به شدت موافق مشخص می‌کند. جهت نمره‌گذاری به طرف غیرمنطقی بودن است. یعنی نمره کمتر نشان دهنده منطقی‌تر بودن فرد است. نمره گذار یا از ۱ تا ۵ است. در پایان نمرات فرد را در هر خرده‌مقیاس جمع کرده تا نمره کل فرد به دست آید. جونز (۱۹۶۸) اعتبار IBT را ۰/۹۲ گزارش کرد و پایایی هریک از مقیاس‌های ده‌گانه آن را از ۰/۶۶ تا ۰/۸۸ به دست آورد. میانگین پایایی همه زیرمقیاس‌های آن نیز ۰/۷۴ گزارش شده است. ترگسلرو کارست (۱۹۷۲) گزارش نمودند که پایایی کل آزمون ۰/۸۸ و اعتبار زیر مقیاس‌های آن ۰/۴۵ تا ۰/۹۵ می‌باشد. وودز^۱ (۱۹۹۳) روایی هم زمان این آزمون را ۰/۷۰، ۰/۵۹ و ۰/۵۵ گزارش کرده است. در مورد ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون باورهای غیرمنطقی می‌توان گفت که تحقیقات متعددی، روایی این آزمون را مورد تأیید قرار داده‌اند. تقی‌پور (۱۳۷۷) با استفاده از یک نمونه ۱۰۶ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی، روایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ را ۰/۷۱ گزارش کرد. در پژوهش مشاک (۱۳۸۵) ضرایب پایایی پرسشنامه باورهای غیرمنطقی به دوروش آلفای کرونباخ و تنصیف برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۶۶ و ۰/۶۵ گزارش شد. همچنین در پژوهش صفاری‌نیا و همکاران (۱۳۹۱) میانگین پایایی مؤلفه‌های آن ۰/۷۴ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی آزمون باورهای غیرمنطقی با استفاده از آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۶۹، ۰/۷۱ و ۰/۶۸ و از طریق تنصیف ۰/۸۲ و ۰/۷۵ به دست آمد.

ج) پرسشنامه اجتناب شناختی سکستون و داگاس^۲ (CAQ): این پرسشنامه متوسط

1. Woods, P.J.

2. cognitive avoidance of Sexton and Dugas questionnaire.

توسط سکستون و داگاس (۲۰۰۴) برای سنجش اجتناب شناختی تهیه شده است. این پرسشنامه در قالب ۲۵ گویه، ۵ راهبرد شناختی را می‌سنجد که عبارتند از: ۱- واپس نی افکار نگران کننده، ۲- جانمایی افکار مثبت به جای افکار نگران کننده، ۳- استفاده از توجه برگردانی برای قطع کردن روند نگرانی، ۴- اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران کننده، ۵- تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی. نتایج پژوهش سکستون و داگاس (۲۰۰۴) نشان داد که این پرسشنامه ثبات درونی بالایی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۵) و پایایی بازآزمایی این مقیاس در طی ۶ هفته (۰/۸۵) بود. نتایج پژوهش حمیدپور و اندوز (گزارش نهایی در دست تهیه) نشان داد که این مقیاس همسانی درونی خوبی دارد (ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶) و پایایی بازآزمایی آن نیز در طی ۲ ماه، ۰/۸۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه اجتناب شناختی، ۰/۸۵ به دست آمد.

طرح مداخله: محتوای جلسات مطابق دستورنامه روان‌درمانی روان‌پویایی کوتاه‌مدت، یعنی مراحل هفت‌گانه پرسش در خصوص مشکلات، فشار، چالش، مقاومت انتقالی، دستیابی مستقیم به ناهشیار، تحلیل انتقال، و کاوش پویایی در ناهشیار، به شرح جدول شماره ۱ می‌باشد.

جدول ۱. سرفصل محتوای جلسات روان‌درمانی روان‌پویایی کوتاه‌مدت

جلسه	محتوای جلسات
جلسه اول	در جلسه اول به بیان قواعد اجرای جلسات درمانی و مصاحبه اولیه با اجرای توالی پویایی، که درمانگری آزمایشی نام دارد، برای ارزیابی اولیه مشکل بیماران پرداخته شد.
جلسه دوم	در جلسه دوم در صورت پاسخ مناسب دادن به درمان آزمایشی پیگیری انجام شده است. از این لحظه، یعنی جلسه دوم به بعد با توجه به نوع دفاع‌های (یازده‌گانه) بیماران، مداخلات مناسب و مؤثر مربوط به هر کدام به اجرا درآمده است. انواع دفاع‌های تاکتیکی متداول و مداخلات مؤثر مربوط به هر کدام به‌طور خلاصه در زیر ارائه می‌شوند.
۱	کار با دفاع‌های تاکتیکی واژه‌های سربسته (در لفافه سخن گفتن)، واژه‌های فراگیر-پوششی ^۱ .

1. Blanket.

جلسه	محتوای جلسات
	مداخله مؤثر: شک کردن، چالش کردن، چالش با دفاع.
۲	بررسی واژه‌های تخصصی مورد استفاده بیماران، دفاع‌های تاکتیکی گفتار غیرمستقیم، وافکار مرضی و احتمالی. مداخله مؤثر: چالش با دفاع‌های بیماران و مشخص کردن گفتار، چالش با دفاع، و تردید در دفاع.
۳	بررسی دفاع نشخوار ذهنی ^۱ و دلیل تراشی. مداخله‌های مؤثر به ترتیب: روشن کردن، درخواست پاسخ قطعی، تردید در دفاع، چالش با دفاع، چالش، مسدود کردن دفاع.
۴	دفاع‌های عقلی‌سازی و کلی‌گویی و تعمیم دادن. مداخله‌های مؤثر: روشن‌سازی، سد کردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع.
۵	تاکتیک‌های منحرف‌سازی ^۲ و فراموش کردن. مداخلات مؤثر: مسدود کردن دفاع و تردید در دفاع، چالش با دفاع.
۶	انکار و تکذیب کردن ^۳ . مداخلات مؤثر: روشن کردن، تردید در دفاع، و چالش با دفاع.
۷	بیرونی‌سازی و ابهام ^۴ . مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع.
۸	ظفره رفتن ^۵ ، تردید و سواسی. مداخلات مؤثر: روشن کردن، چالش با دفاع.
۹	بدن‌سازی و عمل کردن به عنوان دفاعی بر ضد احساسات. مداخله مؤثر: روشن‌سازی.
۱۰	سرکشی، نافرمانی. مقدمه چینی، و گریه دفاعی و طیف دفاع‌های واپس رونده. مداخلات مؤثر: رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی.
۱۱	صحبت کردن به جای لمس کردن احساسات. علائم غیرکلامی ^۶ . تبعیت - انفعال. مداخلات مؤثر: روشن کردن. تردید در دفاع، چالش با دفاع. روشن کردن، چالش. در پایان جلسه آخر، برنامه پیگیری و بخصوص زمان انجام پس‌آزمون اعلام و ضمن تشکر از بیماران، پایان جلسات اعلام شد.

1. Rumination.
2. Diversionary.
3. Retraction.
4. Vagueness.
5. Evasiveness.
6. Passive-compliance.

یافته‌ها

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای وسواس فکری - عملی، اجتناب شناختی و باورهای غیرمنطقی و زیرمقیاس‌های آن در پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و کنترل

پس‌آزمون پس از حذف اثر پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیرها مقیاس‌ها
SD	M	SD	M	SD	M		
۱/۵۹	۹/۱	۰/۸۴	۸/۵۰	۱/۳۵	۱۷/۶۰	آزمایش	وسواس فکری
۰/۸۴	۰/۶	۰/۹۹	۱۶/۹۰	۱/۰۸	۱۷/۵۰	کنترل	
۱/۴۷	۹/۲	۱/۳۵	۶/۶۰	۲/۵۳	۱۵/۸۰	آزمایش	وسواس عملی
۱/۰۶	۰/۷	۱/۵۰	۱۵/۴۰	۱/۵۳	۱۶/۱۰	کنترل	
۱/۱۳	۱۵/۷۵	۵/۹	۶۷/۵۰	۵/۷	۷۷/۳۰	آزمایش	اجتناب شناختی
۱/۰۶	۶/۲۵	۵/۳	۷۶/۱۰	۴/۸۹	۷۶/۷۰	کنترل	
۳/۱۸	۲۵/۱۰	۱/۶۶	۱۸/۱۰	۳/۱۶	۴۳/۲۰	آزمایش	ضرورت تأیید و حمایت دیگران
۲/۲۳	۱/۱۰	۳/۵۰	۴۳	۳/۳۵	۴۴/۱۰	کنترل	
۲/۹۱	۲۵/۴۰	۰/۹۵	۱۶/۳۰	۳/۰۶	۴۱/۷۰	آزمایش	انتظار بالا از خود
۱/۱۷	۰/۶۰	۳/۲۴	۳۹/۶۰	۴/۱۳	۴۰/۲۰	کنترل	
۲/۱۲	۲۰/۶۰	۰/۹۵	۱۸/۷۰	۲/۵۴	۳۹/۳۰	آزمایش	تمایل به سرزنش خود
۲/۸۵	۲/۱۰	۳/۱۶	۳۴/۸۰	۲/۳۳	۳۶/۹۰	کنترل	
۴/۲۷	۱۸/۳۰	۱/۷۸	۱۸/۴۰	۳/۸۰	۳۶/۷۰	آزمایش	واکنش به ناکامی
۱/۶۰	۱/۱۰	۲/۳۸	۳۸/۹۰	۲/۷۵	۴۰	کنترل	
۲/۵۱	۲۲/۹۰	۱/۲۹	۱۹/۱۰	۲/۳۶	۴۲	آزمایش	بی‌مسئولیتی عاطفی
۱/۸۴	۱/۵۰	۲/۷۹	۳۹/۷۰	۱/۵۵	۴۱/۲۰	کنترل	
۱۴/۹۹	۱۱۲/۳	۶/۶۳	۹۰/۶۰	۱۴/۹۲	۲۰۲/۹	آزمایش	کل مقیاس باورهای غیرمنطقی
۹/۶۹	۶/۴	۱۵/۰۷	۱۹۶	۱۴/۵۱	۲۰۲/۴	کنترل	

با توجه به جدول ۲، در پیش‌آزمون نمرات متغیرهای وسواس فکری - عملی، اجتناب شناختی و باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن، در هر دو گروه آزمایش و کنترل تقریباً یکسان است و تفاوت قابل ملاحظه‌ای با یکدیگر ندارند. اما پس از حذف اثر

پیش‌آزمون میانگین نمرات پس‌آزمون کاهش یافته است و نشان می‌دهد که عملکرد گروه آزمایش در تمامی متغیرها از گروه کنترل بالاتر است. زیرا هرچه نمرات متغیرهای وسواس فکری - عملی، اجتناب شناختی و باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن، کمتر باشد نشان‌دهنده آن است که زوج‌ها از اجتناب شناختی و وسواس فکری - عملی کم‌تر و از باورهای منطقی بالاتری برخوردار هستند.

نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیر اجتناب شناختی، نشان داد، سطح معناداری به دست آمده برای هر دو گروه در متغیر اجتناب شناختی بزرگ‌تر از ۰/۰۵ ($F=1/47$, $df=25$, $P=0/228$) می‌باشد، بنابراین با ۰/۹۵ اطمینان می‌توان قضاوت کرد که دو گروه آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی اجتناب شناختی در پیش‌آزمون یکسان می‌باشند. همچنین نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیر اجتناب شناختی نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات اجتناب شناختی در مرحله پس‌آزمون رعایت گردیده است ($P > 0/05$) در ادامه نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون پشتیبانی می‌کند ($F=10/921$ و $p=0/230$).

بنابراین جهت بررسی سؤال اول پژوهش مبنی اینکه آیا مداخله روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر کاهش اجتناب شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیرگذار است؟ از تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شده که نتایج آن در جدول ۳ ارائه گردید.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس تک متغیره تأثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده بر کاهش اجتناب

شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
اجتناب	عامل آزمون	۸۹۴	۱	۹۸۴	۷۶	۰/۰۰۰
شناختی	عامل آزمون × گروه‌ها	۶۴۷	۲۴	۲۶	۳/۹	۰/۰۴۶
	خطا	۱۶۳	۱۴	۱۱/۷		

با توجه به جدول ۳، پس از تعدیل نمرات پیش آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین فرض صفر مبنی بر عدم تفاوت بین دو گروه رد می شود و می توان گفت روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش اجتناب شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیر معناداری دارد ($F= ۳/۹$ و $P < ۰/۰۵$).

در ادامه جهت بررسی سؤال دوم پژوهش مبنی بر اینکه آیا مداخله روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر اصلاح باورهای غیرمنطقی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیرگذار است؟ از تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد که نتایج جدول ۴ ارائه گردید.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس یک راهه (در متن مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون باورهای غیرمنطقی و زیرمقیاس های آن در گروه های آزمایش و کنترل با کنترل اثر پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta ²
باورهای غیرمنطقی	پیش آزمون	۱۳۴۳/۲۳	۱	۱۳۴۳/۲۳	۶/۰۶	۰/۰۲۱	۰/۱۹
	گروه	۱۹۷۸/۷۳	۱	۱۹۷۸/۷۳	۸/۹۳	۰/۰۰۶	۰/۲۵
	خطا	۵۷۶۲/۷۵	۳۶	۵۷۶۲/۷۵			
ضرورت تأیید و حمایت دیگران	پیش آزمون	۲۴/۴۴	۱	۲۴/۴۴	۱/۶۹	۰/۲۰۹	۰/۰۸
	گروه	۱۲۱/۹۰	۱	۱۲۱/۹۰	۸/۴۵	۰/۰۰۹	۰/۳۲
	خطا	۲۵۹/۵۶	۲۸	۲۵۹/۵۶			
انتظار بالا از خود	پیش آزمون	۳۳/۹۲	۱	۳۳/۹۲	۴/۲۲	۰/۰۵۵	۰/۱۹
	گروه	۶۵/۹۶	۱	۶۵/۹۶	۸/۲۱	۰/۰۱۰	۰/۳۱
	خطا	۱۴۴/۵۱	۲۸	۱۴۴/۵۱			
تمایل به سرزنش خود	پیش آزمون	۰/۴۹۵	۱	۰/۴۹۵	۰/۰۳۹	۰/۸۴۶	۰/۰۱
	گروه	۰/۰۸۰	۱	۰/۰۸۰	۰/۰۰۶	۰/۹۳۷	۰/۰۱
	خطا	۲۲۹/۰۴	۲۸	۲۲۹/۰۴			

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	Eta ²
واکنش به ناکامی	پیش‌آزمون	۱۸/۵۱	۱	۱۸/۵۱	۳/۰۳	۰/۰۹۹	۰/۱۴
	گروه	۰/۰۲۷	۱	۰/۰۲۷	۰/۰۰۴	۰/۹۴۷	۰/۰۱
	خطا	۱۱۰/۰۱	۲۸	۱۱۰/۰۱			
بی‌مسئولیتی عاطفی	پیش‌آزمون	۴۵/۴۲	۱	۴۵/۴۲	۳/۳۴	۰/۰۸۴	۰/۱۵
	گروه	۱۶/۱۸	۱	۱۶/۱۸	۱/۱۹	۰/۲۹۰	۰/۰۶
	خطا	۲۴۴/۵۷	۲۸	۲۴۴/۵۷			

با توجه به جدول ۴، با کنترل اثرپیش‌آزمون بین افراد گروه آزمایش و کنترل از لحاظ باورهای غیرمنطقی و مؤلفه‌های آن تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/01$). به عبارت دیگر، مداخله روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده با توجه به میانگین باورهای غیرمنطقی افراد گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه کنترل، موجب کاهش باورهای غیرمنطقی گروه آزمایش شده است. میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۲۵/۰ می‌باشد، به عبارت دیگر، ۲۵ درصد از تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون باورهای غیرمنطقی مربوط به تأثیر مداخله روان‌درمانی پویایی کوتاه مدت فشرده می‌باشد.

جدول ۵: بررسی تفاوت بین نمرات پس‌آزمون و پیگیری باورهای غیرمنطقی و اجتناب شناختی

شاخص	میانگین	آماره t	df	سطح معناداری
پس‌آزمون باورهای غیرمنطقی	۴/۰۵۶	۱۰/۷۹	۱۴	۰/۰۲۵
پیگیری	۳/۸۹			
پس‌آزمون اجتناب شناختی	۵/۸۴۳	۱۲/۲۱۴	۱۴	۰/۰۰۴
پیگیری	۴/۸۲۴			

در جدول شماره ۵، با استفاده از آزمون t جفت شده به بررسی تفاوت بین نمرات پس‌آزمون در گروه آزمایش و نمرات پیگیری در دو متغیر باورهای غیرمنطقی و اجتناب شناختی پرداخته شده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد سطح معناداری به

دست آمده کمتر از ($P < 0/05$) می باشد. در حقیقت می توان گفت که تفاوت معناداری بین نمرات پس آزمون در گروه آزمایش و نمرات پیگیری در دو متغیر باورهای غیرمنطقی و اجتناب شناختی وجود دارد

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر بخشی روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده (ISTDP) بر اصلاح باورهای غیرمنطقی و کاهش اجتناب شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی انجام شد.

در بررسی سؤال اول پژوهش مبنی بر اینکه «آیا مداخله روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش اجتناب شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیرگذار است؟» نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخله روان درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر کاهش اجتناب شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیر مثبتی داشته است. این یافته با یافته های پژوهش در یسن و همکاران، ۲۰۰۹؛ پنبیکر، ۱۹۹۵؛ لیور^۱، ۱۹۹۷؛ شفیلد، دانکن، تامسون و جوها^۲، ۲۰۰۰؛ کنیل^۳، ۲۰۰۴؛ خوریانبان و همکاران، ۱۳۹۱؛ حیدری نسب، خوریانبان و طبیبی، ۱۳۹۳؛ رنجبر سودجانی و همکاران، ۱۳۹۶، از این حیث که روان درمانی پویشی فشرده کوتاه مدت می تواند باعث کاهش نشانه های افسردگی، خلق منفی، بازداری، اضطراب اجتماعی، سبک های دفاعی سازش نایافته رشد نایافته و روان رنجور و افزایش ابراز گری هیجانی در بیماران باشد، همسواست. در تبیین این یافته ها می توان گفت چون افزایش توجه و آگاهی نسبت به افکار، هیجانان و تمایلات عملی از جنبه های مثبت درمان گروهی می باشد و باعث هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و حالت های روان شناختی مثبت می شود،

1. Lepore, S. J.
2. Sheffield, D., Duncan, E., Thomson, K & Johal, S. S.
3. Kniele, K.

حتی بهبود توانایی‌های فردی در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی و علاقه به این فعالیت‌ها را در پی دارد (روئمر و اورسیلو^۱، ۲۰۰۷). با توجه به این که افراد مبتلا به اختلالات شناختی اعتماد به نفس ضعیفی دارند و از این که منزوی هستند و نمی‌توانند از مزایای مرادوت و روابط صمیمانه‌ای که دیگران از آن لذت می‌برند، بهره ببرند، از دست خود عصبانی می‌شوند. در این افراد تعاملات فردی و رابط اجتماعی و نیز انتقاد و عدم پذیرش احتمالی از سوی دیگران باعث ترس و اضطراب فرد می‌شود. هم‌چنین این افراد با رفتارهای اجتنابی مثل اجتناب از هیجان، عقاید جدید و رویدادهای غیر اجتماعی ارتباط دارند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳). در افراد مبتلا به اختلال شخصیت وسواسی-جبری از یکسو شاهد عقاید خشک و سخت‌گیرانه‌ای درباره درست و نادرست و به عبارتی دیگر انعطاف‌ناپذیری در روابط بی‌فردی هستیم اما از طرف دیگر در این افراد تمایل بسیار قوی یا به نوعی تکانشی در نظم و ترتیب، کمال‌گرایی وجود دارد. می‌توان گفت که در این افراد سطوح بسیار بالا و مرضی از تمیزی، نظم و سایر نشانه‌های اختلال وسواس فکری - عملی ممکن است به تقویت رفتارهای مرتبط با آن‌ها از سوی والدین نیاز داشته باشند. با مثالی این تناقض را می‌توان این‌گونه تبیین کرد که رفتار افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی در بعضی شرایط و موقعیت‌ها ممکن است سازگارانه باشد (مثلاً به هنگام کار روی یک پروژه اداری مهم که نیاز به انرژی، رفتار جستجوی پاداش، احساس غرور و امید به پاداش را به‌رغم خطریا تهدید در خود دارد که از نشانه‌های فعال بودن سیستم فعال ساز است) اما در موارد دیگر نامناسب و ناسازگارانه باشد (مثلاً برنامه‌ریزی برای تعطیلات خانوادگی که نیازمند ارتباط با اعضای خانواده و صمیمیت است) (مولایی و همکاران، ۱۳۹۳). در اهمیت تأثیر روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش اجتناب‌شناختی می‌توان گفت نظام درمانی دوانلو، درمان روان - پویایی کوتاه‌مدت، با توجه به اینکه افراد دچار اختلالات

1. Roemer, L & Orsillo, S.M.

شخصیت اجتنابی با گریز دائم از جمع، احساس حقارت و حسادت بیش از حد به نظرات منفی و انتقادات دیگران مشخص می‌شود افراد مبتلا به این اختلالات از انتقاد، عدم پذیرش می‌ترسند و همیشه فکر می‌کنند که دیگران و نزدیکانشان می‌خواهند از آنها ایراد بگیرند و کارهایشان را تقبیح کنند. این افراد اطلاعات و نظریه‌های مبهم را به شیوه منفی تفسیر می‌کنند و به‌طور دائم گوش به زنگ علائم تحقیر و تمسخر از سوی دیگران هستند (انجمن روانشناسی آمریکا، ۲۰۱۳)، لذا این درمان، روش‌ها و تکنیک‌های بسیار مؤثری را در بر می‌گیرد که با شناسایی و از میان برداشتن مکانیسم‌های دفاعی، در مدتی کوتاه بر نیروی مقاومت پیروز می‌شود و به مراجع کمک می‌کند احساسات و هیجان‌های واقعی خود را بشناسد، آنها را لمس کند، و دیگر برای گریز از آنها دست به دامان مکانیسم‌های دفاعی زیان‌بار نشود. نتایج پژوهش جراه، شفیع‌آبادی، اعتمادی و نورانی‌پور (۱۳۸۸) با عنوان بررسی اثربخشی روان‌درمانگری پویشی فشرده و کوتاه‌مدت و زوج‌درمانگری ارتباطی بر ارتقاء سلامت روان و افزایش رضایت مندی زوج‌ها نشان داد، زوج‌هایی که با رویکرد روان‌پویشی کوتاه‌مدت تحت درمان قرار گرفته‌اند در مقایسه با آنانی که با رویکرد روان‌پویشی تحت درمان قرار گرفته‌اند از کسانی که تحت چنین درمانی قرار نگرفته‌اند از رضایت مندی زناشویی بالاتری برخوردارند. زوج‌هایی که با رویکرد روان‌پویشی تحت درمان قرار گرفته‌اند در مقایسه با آنان که با رویکرد ارتباطی تحت درمان قرار گرفته‌اند از رضایت مندی زناشویی بالاتری برخوردارند.

در بررسی سؤال دوم پژوهش مبنی بر اینکه «آیا مداخله روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر اصلاح باورهای غیرمنطقی زوج‌های مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیرگذار است؟» نتایج آزمون تحلیل کوواریانس آنکوا نشان داد که مداخله روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده بر اصلاح باورهای غیرمنطقی زوج‌های مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیر مثبتی داشته است. در همسویی این یافته‌ها می‌توان به نتایج تحقیقات شهرستانی و همکاران (۱۳۹۱)، فانی (۱۳۹۱)، زارعان و هونجانی (۱۳۹۱)، برادران عطاری مقدس و نییری (۱۳۹۴) و استادیان و همکاران (۱۳۸۸)، اشاره کرد. در

تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، انواع باورهای غیرمنطقی به علت در تضاد بودن با شاخص‌ها و اجزای کیفیت زندگی باعث کاهش میزان کیفیت زندگی می‌شود، البته عامل اصلی تعیین‌کننده کیفیت زندگی عبارت است از تفاوت درک شده بین آنچه هست و آنچه از دیدگاه فرد باشد و این همان ذهنی بودن کیفیت زندگی است. از طرفی کیفیت زندگی با سلامت فیزیکی، روانی، داشتن روابط روبه پیشرفت با مردم، شرکت در فعالیت‌های اجتماعی و داشتن حس خود شکوفایی تعریف می‌شود. همچنین، روابط مثبت با دیگران، هدف‌مند بودن زندگی، رشد شخصیتی، دوست داشتن دیگران و زندگی اجزا کیفیت زندگی هستند (کران^۱، ۲۰۰۰). در گروه مداخله روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده تغییر باورهای غیرمنطقی از طریق روشن‌سازی، سدکردن، چالش و مشخص کردن، چالش با دفاع آموزش داده می‌شود و رفتارهای مطلوب نیز تقویت می‌شود. خودتنظیمی برای کنترل افکار و احساسات به افراد آموزش داده شده و برای تغییر عقاید کنترل بیش از حد خود، آموزش برنامه‌ریزی روزانه کوتاه‌مدت و قابل دسترسی ارائه می‌شود. تغییر باورهای غیرمنطقی و تبدیل آن‌ها به باورهای منطقی منجر به پیامدهای عاطفی و رفتاری منطقی در فرد شده و به حفظ سلامت روان فرد کمک می‌کند. به این ترتیب در روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده درک فرد از خود، رویارویی، چالش و درگیری مستقیم، روشن‌سازی، حس کفایت و مهارت‌های مسأله‌گشایی، کسب استقلال، مهارت‌های مقابله با موقعیت‌های خطرآفرین و فشارروانی و بسیاری از مهارت‌ها برای بهبود وضعیت روانی مطلوب آموزش داده می‌شود. افراد بیمار با شرکت در این جلسات به شناخت احساسات و هیجان‌ها و افکار خود پرداخته و آزمونگر با تغییر افکار آنها را به شناخت رسانده است و نیز آن‌ها را به سمت شیوه‌های مقابله منطقی و عاقلانه با هیجان در جهت کنترل استرس و اضطراب رهنمون نموده در واقع آن‌ها را به این باور رسانده که می‌توان در مواجهه با مسائل و رویدادهایی که باعث ناراحتی ما

1. Koran, L. M.

می‌شوند با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی نامعقول خود را شناسایی و از بروز مسائل و مشکلات استرس و اضطراب، افسردگی و وسواس جلوگیری کنیم که این نتایج با یافته‌های دریس^۱ و همکاران (۲۰۰۹)، شدلر^۲ (۲۰۱۰)، لیپر و مالتپی (۲۰۰۴) و شفیلد و همکاران (۲۰۰۰) همخوانی دارد. تأکید دوانلو (۱۹۹۵) به تجربه‌ی عمیق هیجانی با توجه به مولفه‌های آن، از آن جهت است که وی، بینش عقلایی را شرط لازم می‌داند و کفایت بینش هیجانی را که واجد سطح عمیق‌تر و تسهیل‌گر تغییر است (شدلر، ۲۰۱۰) نیز بایسته می‌داند. روش دوانلو، با مشی مشفقانه و در عین حال رویاروگرانه، سعی در برداشتن موانع تجربه‌ی هیجانی که مسبب شکل‌یابی نشانه‌های بیماری است، دارد تا به بیمار پیام‌د که چگونه هیجان‌های خود را بپذیرد، اداره کند و با تنظیم آن‌ها در جهت جلوگیری از تکرار بیماری و موقعیت‌های آسیب‌زا تلاش کند. از این رو انتظار می‌رود به موازات استحصال دریافت هیجانی و بینشی که بیمار از ارتباط بین هیجان‌ات آشفته و بازداری شده‌ی خود و نشانه‌های بیماری کسب می‌کند، نشانه‌ها کاهش یابند و بهبود خلق حادث شود (خوریانیان و همکاران، ۱۳۹۱).

در این پژوهش مطابق با روند روان‌درمانی پویشی کوتاه‌مدت فشرده، بر اساس نظریه دوانلو دفاع‌های افراد، روشن‌سازی و مورد چالش قرار می‌گرفتند و به تدریج آنها می‌توانستند در تماس با درد هیجانی و جراحات‌های گذشته قرار بگیرند و بعد از تخلیه هیجانی، احساسات و هیجان‌ات‌شان ملایم‌تر می‌شد و بیماران با به چالش کشیدن فکر خود، خطرهای فکری، باورها و افکار غیرمنطقی و نامعقول خود را شناسایی و از بروز مسائل و مشکلات استرس، عدم پذیرش، ترس، اضطراب، افسردگی و وسواس جلوگیری کنند. تحقیق حاضر فاقد دوره پیگیری طولانی مدت بود و از آنجا که تغییرات در کارکرد روانی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی نیازمند زمانی طولانی‌تر می‌باشد، واریسی این تغییر که در پس‌آزمون، تغییرات آن مورد تأیید قرار گرفت، نیازمند تحقیقاتی در

1. Driessen, E. & et al.

2. Shedler, J.

آینده است که بتوانند تغییرات رفتاری را در دوره زمانی طولانی‌تر و مکرر پس از خاتمه درمان نیز واریسی نماید. بنابراین، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، ارزیابی‌های مکرر و نظام‌دار از فرآیند درمان صورت گیرد تا روند تغییر به طور عینی قابل مشاهده باشد. مضافاً اینکه چنین سنجشی می‌تواند به بازاندیشی و متناسب‌سازی فنون و مداخلات کاربردی شده با توجه به مراحل، و تعیین اثربخشی آنها در فرآیند درمان، منجر گردد.

تقدیر و تشکر

این طرح با همکاری کلینیک مشاوره امید و اعضای گروه مشاوره دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، انجام شد که صمیمانه از مساعدت ایشان قدردان و سپاسگزاریم.

منابع

- امانی، م؛ ابوالقاسمی، ع؛ احدی، ب؛ و نریمانی، م. (۱۳۹۲). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر استنتاج، بر کاهش علائم وسواس فکری و عملی. *پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره*، ۳ (۱)، ۵۵-۶۸.
- اسماعیلی ترکانپوری، یعقوب (۱۳۹۲). باورهای غیرمنطقی وسواس در مبتلایان به وسواس فکری - عملی. *ماهنامه‌ی تخصصی پزشکی دنیای سلامت*، ۸۶ (۷)، ۴۰.
- استادیان، م؛ منصور، س؛ و مهربابی زاده هنرمند، م. (۱۳۸۸). اثربخشی مشاوره گروهی به شیوه عقلانی - عاطفی - رفتاری آلپس، بر اضطراب امتحان و عزت نفس دانش‌آموزان دختر پایه سوم مقطع راهنمایی شهر بهبهان. *مطالعات آموزش و یادگیری*، ۱ (۲)، ۱۸-۱.
- آلپس، ا. (۱۳۸۶). هیچ چیز نمی‌تواند ناراحت‌کننده کند آره هیچ چی. مترجمین مهرداد فیروز بخت و وحیده عرفانی، تهران: انتشارات خدمات فرهنگی رسا.
- برادران عطار مقدس، ط؛ و نییری، م. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش عقلانی - عاطفی به شیوه گروهی بر اصلاح باورهای غیرمنطقی در دانشجویان مبتلا به وسواس فکری - عملی. *اولین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم تربیتی*، شیراز، موسسه عالی علوم و فناوری حکیم عرفی شیراز، ایران.
- پروچسکا، ج؛ و نورکراس، ج. س. (۱۳۸۶). *نظریه‌های روان‌درمانی*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران: انتشارات رشد.

- تقی‌پور، م. (۱۳۷۷). بررسی و مقایسه باورهای غیرمنطقی در اختلالات روان‌تنی با افراد بهنجار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره، دانشگاه عامه طباطبایی.
- جراره، ج؛ شفیع‌آبادی، ع؛ اعتمادی، ا؛ و نورانی‌پور، ر. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی درمان‌گری پویایی فشرده کوتاه‌مدت و ارتباطی بر ارتقاء سلامت روانی و رضامندی زوجین. فصلنامه پژوهش‌های مشاوره، ۸ (۳۰)، ۲۸-۷.
- خوریانیان، م؛ حیدری نسب، ل؛ طیبی، ژ؛ و آقا محمدیان شریباف، ح. (۱۳۹۱). اثربخشی روان‌درمانی پویایی کوتاه‌مدت فشرده بر کاهش نشانه‌ها و ابرازگری هیجانی در بیماران مبتلا به افسردگی. فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۷ (۲۶)، ۳۷-۴۶.
- زارعان، ق. ا؛ و هونجانی، ا. (۱۳۹۱). اثربخشی روش‌های مشاوره فردی و گروهی (با تأکید بر روش عقلانی-عاطفی) در کاهش باورهای غیرمنطقی دانش‌آموزان. سومین همایش ملی مشاوره.
- صفاری نیا، م؛ علمی مهر، م؛ حشمتی، ح؛ و علمی مهر، ف. (۱۳۹۱). مقایسه حمایت اجتماعی و باورهای غیرمنطقی در حوادث کاری شرکت توزیع برق خراسان شمالی. فصلنامه روان‌شناسی صنعتی، ۳ (۱۲)، ۴۲-۵۲.
- فانی، م. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه شناختی-رفتاری بر افکار غیرمنطقی و اضطراب زوج‌های متقاضی فرزندخواندگی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روانشناسی عمومی تربیت‌جام.
- کاپلان، ه؛ و سادوک، و. (۲۰۰۷). خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی (۱۳۸۷). تهران: انتشارات ارجمند.
- کریمی، ش؛ و اسمایی مجد، س. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی آموزش گروهی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر کاهش اجتناب شناختی. اولین کنفرانس بین‌المللی روانشناسی و علوم تربیتی، شیراز، موسسه عالی علوم و فناوری حکیم عرفی شیراز، ایران.
- مولایی، م؛ جانی، س؛ حامدی، ز؛ و جنگی قوجه‌بیگلو، ش. (۱۳۹۳). پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواسی جبری بر اساس سیستم فعال‌ساز مغزی و سیستم بازدارنده مغزی. مجله پزشکی ارومیه، ۲۵ (۱۰)، ۹۳۹-۹۳۱.
- ویل، د؛ و ویلسون، ر. (۲۰۰۵). وسواس و درمان آن. (ترجمه: سیاوش جمال‌فر)، تهران: نشر اسبازان.
- حمیدپور، ح؛ اندوز، ز. (گزارش نهایی در دست تهیه). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی (IUS)، پرسش‌نامه چرنا نگرانی-۲ (II-WWQ)، جهت‌گیری منفی به مشکل (NPOQ)، پرسش‌نامه اجتناب شناختی (CAQ) و پرسشنامه نگرانی ایالت پن (PSWQ).
- حیدری نسب، ل؛ منصور، م؛ آزاد فلاح، پ؛ و شعیری، م. (۱۳۸۶). روایی و اعتبار پرسشنامه سبک‌های دفاعی در نمونه‌های ایرانی. دانش‌ور رفتار، ۲۲، ۲۶-۱۱.
- دادفر، م؛ ملکوتی، س. ک؛ بوالهروی، ج؛ مهرابی، ف. (۱۳۸۱). بررسی تأثیر درمان دارویی بر تغییر تشخیص اختلال‌های شخصیت در بیماران وسواسی-جبری. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۸ (۱)، ۸۷-۷۶.

- رنجبر سودجانی، ی؛ و شریفی، ک. (۱۳۹۶). اثربخشی روان درمانی پویایی فشرده کوتاه مدت بر اضطراب اجتماعی کودکان کم توان ذهنی با اختلال ادراک بصری غیر وابسته به حرکت. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱ (۱۴۴)، ۲۲-۱۵.
- شمس، گ؛ کرم قدیری، ن؛ اسماعیلی ترکانبوری، ی؛ و ابراهیم خانی، ن. (۱۳۸۴). اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی-۴۴، تازه های علوم شناختی، ۶ (۲۱)، ۳۶-۲۳.
- شمس، گ؛ و صادقی، م. (۱۳۸۵). تازه های حوزه شناخت در اختلال وسواس فکری - عملی. تازه های علوم شناختی، ۸ (۴)، ۸۵-۷۱.
- طوبائی، م؛ شعیری، م. ر؛ قائدی، غ؛ و شمس، گ. (۱۳۹۳). مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با بینش بالا، پایین و افراد سالم. دو فصلنامه علمی- پژوهشی شاهد، ۲۱ (۱۱)، ۱۳۲-۱۲۱.
- مشاک، ر. (۱۳۸۵). مقایسه باورهای غیرمنطقی، حمایت اجتماعی و اضطراب اجتماعی دبیرستان های اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

- Abbas, A. (2002). Modified short-term dynamic psychotherapy in patient with bipolar disorder, 65, (2), 98-109.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M., Schwartz, S., & Furr, J. (2003). Symptom presentation and outcome of cognitive-behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 1049-1057.
- Ahola, P., Valkonen-Korhonen, M., Tolmunen, T., Joensuu, M., Lehto, S. M., & et al. (2011). The Patient-Therapist Interaction and the Recognition of Affects during the Process of Psychodynamic Psychotherapy for Depression. *American Journal of Psychotherapy*, 65, 4.
- Allan A. Albert S, John G and Allen K. (2008). Intensive short-term dynamic psychotherapy For DSM-IV Personality Disorder. *J Nerv Ment Dis.* (196): 211-216.
- Amir N, Freshman M, Ramsey B, Neary E, Brigidi B (2001). Thought-action fusion in individuals with OCD symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 765-776.
- Antony, M. M., Downie, F., & Swinson, R. P. (1998a). Diagnostic issues and epidemiology in obsessive-compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman & M. Richter (Eds.), *Obsessive compulsive disorder: Theory, research and treatment* (pp. 3-32). New York: Guilford Press.
- Apter, A., Fallon, T. J., King, R. A., Ratzoni, G., Zohar, A. H., Binder, M., Weizman, A., Leckman, J. F., Pauls, D. L., Kron, S., & Cohen, D. J. (1996). Obsessive-compulsive characteristics: From symptoms to syndrome. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 907-912.
- Association AP. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition: DSM-5*. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing.
- Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 22, 287-298.

- Caseras X, Torrubia R, Farre JM..(۲۰۰۱)Is the behavioural inhibition system the core vulnerability for cluster C personality disorder? *Pers Individ Dif*, 31, 349-59
- Clark DA, Purdon C. (2004).Cognitive theory and therapy of obsessions and compulsions. *Cambridge: Cambridge University Press*.; 90-116.
- Davanloo, H., (1995). Unlocking the unconscious. Translated by khalighisigaroodi, M. (2012). *Arjmand publication*. Tehran. (Persian).
- Driessen, E., Cuijpers, P., Matt, S.C.D., Abbass, A.A., Jonghe, F.D., & Dekker, J.J.M. (2009). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: meta-analysis. *Department of Clinical Psychology*.
- Eikenæs, I. U. (2016). *Avoidant personality disorder and social phobia*. Ph.D. Thesis, University of Oslo.
- Franklin, J., McCullough, P., and Gray, C. (2000). Terrain variables used for predictive mapping of vegetation communities in Southern California, in *Terrain Analysis: Principles and Applications*, J.P. Wilson and J.C. Gallant (eds.). *John Wiley & Sons, New York*, Pp: 331-353.
- Fullana M, Matrix-cols D, Caseras X, Alonso P, Menchon JM, Vallejo J, et al. (2004). High sensitivity to punishment and low impulsivity in obsessivecompulsive patients with hoarding symptoms. *Psychiatry Res*;129: 21-7.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L.,... Charney, D. S. (1989). The YaleBrown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46 (11), 1006.
- Hofmann, S.G., Newman, M.G., Ehlers, A., & Roth, W.T. (1995). Psychophysiological differences between subgroups of social phobia. *Journal of Abnormal Psychology*, 104 (1), 224-231.
- Johnstone, L. & Dallos, R. (2006). Formulation in psychology and psychotherapy making sense of people's problems. *Simultaneously published in the USA and Canada Routledge*.
- Jones, R.G.A. (1968). Factored Measure of Ellis Irrational Belief System with Personality and Maladjustment Correlates. *wichita, Ks. Test systems*.
- Kniele, K. (2004). *Emotional Expressivity and Working Memory Capacity*. Unpublished doctoral dissertation, Drexel University, Philadelphia.
- Koran, L. M. (2000). Quality of life in obsessivecompulsive disorder. *Psychiatric Clinics ofNorth America*, 23 (3), 509-517
- Leiper, R., & Maltby, M. (2004). *The psychodynamic approach to therapeutic change*. SAGE Publications Inc.
- Lepore, S. J. (1997). Expressive writing moderates the relation between intrusive thoughts and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social psychology*. 73: 1030-1037.
- Li, T., & Chan, D. (2012). How anxious and avoidant attachment affect romantic

- relationship quality differently: A meta-analytic review. *European Journal of Social Psychology*, 42 (4), 406-419.
- Maina, G., Albert, U., Bogetto, F., & Ravizza, L. (1999). Obsessive compulsive syndromes in older adolescents. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 100 (6), 447-450.
 - Markowitz, J.; Svartberg, M. & Swartz, H. (1 998). Is IPT time-limited psychodynamic psychotherapy? *The journal of psychotherapy practice and research* 7: 1 85- 1 95.
 - Minnotte, K. L., Pedersen, D. and Mannon, S. E. (2010). The emotion terrain of parenting and marriage: Emotion work and marital satisfaction. *The Social Science Journal*, 47, 747-761.
 - Pastor MC, Ross SR, Segarra P, Montanés S, Molto' J. (2007). Behavioral inhibition and activation dimensions: Relationship to MMPI-2 indices of personality disorder. *Pers Individ Differ*; 42 (2): 235-80.
 - Pennebaker, J. W. (1997). Opening up: the healthing power of expressing emotion. *Newyork: Guilford*.
 - Pennebaker, J. W., Chung, C. K. (2007). Expressive writing, emotional upheavals, and health. In H. Friedman and R. Silver (Eds.). *Foundations of Health Psychology*, New York: Oxford University Press.
 - Petersen, C. L. (2007). Treatment of comorbid depression and alcohol use disorders in an inpatient
 - Purdon, c. (2004). Cognitive-behavior treatment of repugnant obsessions. *Journal of clinical Psychology: In session*, 60, 1169-1180.
 - Rachman S (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 1 49-154.
 - Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour research and therapy*, 35, 793-802.
 - Roemer, L & Orsillo, S.M. (2007). An Open trial of an acceptance – based behavior therapy for generalized anxiety Disorder. *Journal of Behaviour Therapy*.
 - Sadock, B., & Sadock, V. (2007). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Wolters Kluwer Health.
 - Segal, D. L., Coolidge, F. L., & Rosowsky E. (2006). Personality disorders and older adults: diagnosis, *assessment and treatment*. New York: Wiley.
 - Sexton, K.A., Dugas, M.J. (2004). An Investigation of the Factors Leading to Cognitive Avoidance in Worry. Poster Presented at the Annual Convention of Association for Advancement of Behavior Therapy, New Orleans, LA.
 - Shafran, R., Rachman, S. (2004). Thought-Action Fusion: A Review. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 87-107.
 - Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychological Association*. 65, (2), 98-109.
 - Sheffield, D., Duncan, E., Thomson, K, & Johal, S. S. (2000). Written emotional expression and well-being. *The Australian. Journal of Disaster and Trauma*

studies.

- Steketee G, Frost RO (1994). Measurement of risk-taking in obsessive-compulsive disorder.
- Steketee G, Frost RO, Cohen I (1998). Beliefs in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12 (6), 525-537.
- Vasile D, Vasiliu O, Mangalagiu AG, Blandu M, Magazin O. (2013). The efficacy of social skills training over self-image distortions in avoidant personality disorder. *Euro Psychiatry*;28 (1): 1-8.
- Wells A, Papageorgiou C. (1998). Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms, and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*. 389 9-913.
- Wells, A. (2002). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*: Wiley. Com
- Wheaton MG, Abramowitz JS, Berman NC, Riemann BC, Hale LR (2010). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 949-954.
- White, K., Steketee, G. S., & Julian, J. (1992). *Course and comorbidity in OCD*. Unpublished manuscript.
- Williams JMG. (2004). Dose meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 11. 137- 144.
- Wilson KA, Chambless DL (1999). Inflated perceptions of responsibility and obsessive compulsive symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 37 (4), 325-335.
- Wolf, D. & Frederickson, J. (2012). Intensive short-term dynamic psychotherapy. Washington School of Psychiatry. Retrieved April 8, 2012. From www.davidwolffmd.com
- Woods, P.J. (1993). Beliefs that Disturb, an Analytical Report with Arguments and Alternative beliefs.
- Zohar, A. H. (1999). The epidemiology of obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America*.