



مقایسه اثربخشی درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی

شادی حسینی: دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
مهدی قاسمی مطلق: استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران (*نویسنده مسئول) avestaps@yahoo.com
بهرنگ اسماعیلی شاد: استادیار، گروه علوم تربیتی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران
حسین مهدیان: استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی،
دشواری تنظیم هیجان،
وسواس فکری و عملی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۵/۱۷

تاریخ چاپ: ۱۴۰۰/۱۰/۱۸

زمینه و هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی انجام شد.

روش کار: بدین منظور تعداد ۴۵ بیمار مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، از بین بیماران وسواسی مراجعه کننده به مراکز روان شناختی و روان پزشکی شهر مشهد انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه (۱۵ نفر در گروه کنترل، ۱۵ نفر در گروه درمانی و ۱۵ نفر در گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی) جایگزین شدند برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از اثربخشی درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی (در مقایسه با گروه کنترل) بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی بود. همچنین نتایج نشان داد تفاوت معناداری در میزان اثربخشی این دو نوع درمان بر دشواری تنظیم هیجان افراد مبتلا به وسواس فکری عملی نمونه مورد مطالعه وجود نداشته و هر دو درمان به یک اندازه باعث بهبودی شدند.

نتیجه‌گیری: بر مبنای یافته‌های حاصل از پژوهش، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمانی به مراجعین مبتلا به وسواس فکری- عملی کمک می‌کند تا بتوانند به شکل موثری هیجانات خود را تنظیم و مدیریت کنند. لذا با توجه به اینکه هیجان‌ها نقشی اساسی در دوام و تشدید این اختلال دارد، درمانگران می‌توانند با استفاده از هر یک از این روش‌های درمانی، اثربخشی جلسات درمانی را افزایش دهند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Hosseini S, Ghasemi Motlagh M, Esmailishad B, Mahdian H. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy and Cognitive Therapy on the Difficulty of Emotion Regulation in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. Razi J Med Sci. 2022;29(10):36-47.

*انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با [CC BY-NC-SA 3.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/) صورت گرفته است.

Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy and Cognitive Therapy on the Difficulty of Emotion Regulation in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder

Shadi Hosseini: PhD Student of General Psychology, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

Mehdi Ghasemi Motlagh: Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran (* Corresponding author) avestaps@yahoo.com

Behrang Esmailshad: Assistant Professor, Department of Educational Sciences, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

Hossein Mahdian: Assistant Professor, Department of Psychology, Bojnourd Branch, Islamic Azad University, Bojnourd, Iran

Abstract

Background & Aims: Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is a very serious psychological disorder characterized by obsessive thoughts and compulsive behaviors and can vary greatly in different geographical areas so that its prevalence ranges from one percent to four percent. It has been recorded in different geographical areas. Obsessions are anxious, unwanted, and stubborn thoughts, as well as impulses or images that are inconsistent with them, in the sense that they are disturbing, disturbing, and inappropriate and do not actually correspond to the person's apparent and perceived feelings. Practical obsessions are created in response to obsessions aimed at reducing anxiety; Which includes repetitive behaviors (such as washing or reviewing) or mental actions (such as counting). The main feature of these obsessions and compulsions (thoughts and behaviors) is that they are not pleasurable for the sufferer, but the patient continues to chew thoughts and repeat actions. To perhaps alleviate the inconvenience to him. Obsessive-compulsive disorder causes major problems in various areas for the individual. Among these problems and disabilities is the disorder in the emotional regulation of this group of patients. Problems with emotion regulation strategies are present in almost all patients, and OCD appears to be characterized by a wide range of emotion regulation problems, particularly fear of emotion or fear of accepting emotion. Emotional regulation includes awareness, understanding and acceptance of emotions, the ability to control impulsive behaviors, behavior in accordance with personal goals in situations where negative emotions are experienced, and the ability to use flexible and appropriate emotional strategies appropriate to the situation. The absence of any of these can lead to disruption of this process. In fact, emotion regulation involves all the conscious and unconscious strategies that a person has to increase, maintain or decrease one or more components of the emotional response (experimental, behavioral). And physiological). The aim of this study was to compare the effectiveness of schema therapy and mindfulness-based cognitive therapy on the difficulty of emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder.

Methods: For this purpose, 45 patients with obsessive-compulsive disorder were selected from obsessive-compulsive patients referred to psychological and psychiatric centers in Mashhad and randomly divided into three groups (15 in the

Keywords

Mindfulness Based
Cognitive Therapy,
Difficulty of emotion
regulation,
Obsessive-compulsive
disorder

Received: 08/08/2021

Published: 08/01/2022

control group, 15 in the schema therapy group). And 15 patients were replaced in the cognitive therapy group based on mindfulness). Analysis of variance with repeated measures and post hoc test were used to analyze the data. The results showed the effectiveness of mindfulness-based schema therapy and cognitive therapy (compared to the control group) on the difficulty of emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder.

Results: The results also showed that there was no significant difference in the effectiveness of these two types of treatments on the difficulty of emotion regulation in people with obsessive-compulsive disorder in the study sample and both treatments were equally effective.

Conclusion: Based on the findings of the study, mindfulness-based cognitive therapy and schema therapy help clients with obsessive-compulsive disorder to be able to effectively regulate and manage their emotions. Therefore, considering that emotions play an essential role in the persistence and exacerbation of this disorder, therapists can increase the effectiveness of treatment sessions by using any of these treatment methods. Mindfulness is one of the emotional therapy treatments that has a positive effect on obsession. Cognitive therapy based on mindfulness by focusing attention and awareness on the current situation and also by increasing the psychological capacity of people to accept events and experiences without judgment. Current life helps people with obsessive-compulsive disorder avoid negative predictions about the future and unpleasant events that await them, and pay too much attention to ordinary events that they find too disturbing. They give up and in this way help to find better emotional conditions and thus manage their emotions. Thus, as Leahy et al. (2014) point out, schema therapy, mindfulness, and commitment-based approaches are effective on coping strategies with undesirable emotions.

Therefore, according to the results of several studies that indicate the important role of emotions and the inability to regulate emotion in patients with obsessive-compulsive disorder, it is important to note that therapies that can somehow modulate emotions in these patients. Set to be considered as effective and efficient treatments. Therefore, given that cognitive therapy based on mindfulness and schema therapy can help regulate the emotions of these patients, therapists can measure the inability of patients to regulate emotion, if necessary, these therapies to help manage this emotion.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Hosseini S, Ghasemi Motlagh M, Esmailishad B, Mahdian H. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Therapy and Cognitive Therapy on the Difficulty of Emotion Regulation in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Razi J Med Sci.* 2022;29(10):36-47.

***This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.**

مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی (OCD) یک بیماری روان‌شناختی بسیار جدی است که با افکار وسواسی و رفتارهای اجباری مشخص می‌شود و می‌تواند در مناطق جغرافیایی مختلف تا حد زیادی متغیر باشد (۱)، به نحوی که شیوع آن از یک درصد تا چهار درصد در مناطق مختلف جغرافیایی ثبت شده است (۲).

وسواس‌های فکری، افکاری اضطراب‌زا، ناخواسته و سمج و همچنین تکانه‌ها یا تصاویری ناهمخوان با خود هستند، به این معنا که مزاحم، پریشان‌کننده و نامناسب بوده و در واقع منطبق با احساسات ظاهری و درک شده فرد نمی‌باشند. وسواس‌های عملی در پاسخ به وسواس‌های فکری با هدف کاهش پریشانی ایجاد می‌شوند؛ که شامل رفتارهای تکراری (مانند شستن یا بازبینی) یا اعمال ذهنی (مانند شمارش) است (۳). ویژگی عمده این وسواس‌ها و اجبارها (افکار و رفتارها) لذت‌بخش نبودن آن‌ها برای فرد مبتلا هست ولی بیمار به نشخوار افکار و تکرار اعمال ادامه می‌دهد تا شاید از ناراحتی‌هایی که برای او به وجود می‌آید کاسته شود (۴).

اختلال وسواس فکری-عملی مشکلات عمده‌ای در زمینه‌های مختلف برای فرد به همراه می‌آورد. از جمله این مشکلات و ناتوانی‌ها، اختلال در تنظیم هیجانی این گروه از بیماران می‌باشد. اشکال در راهبردهای تنظیم هیجانی، تقریباً در همه بیماران وجود دارد و به نظر می‌رسد که OCD با طیف وسیعی از مشکلات تنظیم هیجان به ویژه ترس از احساسات یا ترس از پذیرش احساسات مشخص می‌شود (۵).

تنظیم هیجانی عبارت است از، آگاهی، فهم و پذیرش هیجان‌ها، توانایی کنترل رفتارهای تکانشی، رفتاری مطابق با اهداف شخصی در موقعیت‌هایی که هیجان‌ها منفی تجربه می‌شود و توانایی استفاده از راهبردهای هیجانی منعطف و مناسب با موقعیت. فقدان هر یک از این موارد می‌تواند منجر به اختلال در این فرایند شود در حقیقت تنظیم هیجان شامل تمامی راهبردهای آگاهانه و ناآگاهانه‌ای می‌شود که فرد برای افزایش، حفظ و یا کاهش یک و یا تعداد بیشتری از اجزای پاسخ هیجانی (تجربی، رفتاری و فیزیولوژیک) به کار می‌برد (۶). نارسایی هیجانی به میزان بالایی با نشانه‌های

اختلال وسواسی-اجباری مرتبط است. استرن، نوتا (Stern et al)، هیمبرگ، هالوی و کولز (Coles) دریافتند که افراد با علائم وسواسی-اجباری در مقایسه با گروه گواه درک ضعیف‌تری از هیجان‌ها و ترس بیشتری نسبت به هیجان‌ها خود گزارش می‌دهند. مطالعات پیشین حاکی از پایین‌تر بودن توانایی تنظیم هیجان در افراد مبتلا به وسواسی فکری - عملی نسبت به افراد عادی می‌باشند (۷).

نقص در تنظیم شناختی هیجان در دامنه گسترده‌ای از اختلالات روان‌شناختی مشاهده شده است و شواهد روزافزونی بیانگر این هستند که نقص در تنظیم هیجان در OCD نیز اتفاق می‌افتد (۵). علاوه بر این، دشواری در تنظیم هیجان و راهبردهای تنظیم هیجان، کانون اساسی درک همبسته‌های رفتاری و هیجانی اضطراب‌ها و وقایع عاطفی منفی است. افراد برای تنظیم فرایندهای مختلف هیجانی از راهبردهای متفاوتی استفاده می‌کنند که یکی از متداول‌ترین آن‌ها، تنظیم هیجان با استفاده از فرایندهای شناختی (یا تنظیم هیجان) است. فرایندهای شناختی نقش بسیار مهمی در تنظیم هیجانی ایفا می‌کنند که اطلاع از چگونگی این تأثیر در درمان بسیاری از مشکلات روان‌شناختی مربوط به هیجان مفید خواهد بود (۸).

با توجه به اهمیت و گستردگی این اختلال و نیز با توجه به اینکه این اختلال تا حدودی در برابر درمان از خود مقاومت نشان می‌دهد، تاکنون از روش‌های درمانی مختلفی جهت بهبود این مشکل در مبتلایان استفاده شده است. بر اساس پژوهش‌ها، ذهن آگاهی و آموزش آن تأثیر معناداری بر بهبود پریشانی روان‌شناختی و بهبود تنظیم هیجان (۹)، پیش‌گیری و حتی بهبود علائم وسواس فکری و عملی افراد مبتلا داشته و منجر به کاهش قابل توجهی از علائم بیماران مبتلا به اختلالات عاطفی و برخی از اختلالات اضطرابی می‌شود (۱۰). افزایش توجه به تجربه حاضر به منظور بالا بردن توجه و آگاهی، رهایی فرد از افکار خودکار و تسهیل پذیرش لحظه حاضر در حالی که ذهن در جای دیگر سرگردان است، از اهداف درمانی ذهن آگاهی در اختلال وسواسی-اجباری می‌باشد (۱۱). شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از فنون

تحت درمان با درمان شناختی رفتاری بوده و با کاهش اثربخشی درمان همراه می‌باشند. به طوری که، شدت نشانگان وسواسی جبری، اغلب تحت تاثیر طرحواره‌های ناسازگار اولیه قرار دارد (۱۵، ۱۴). اختلال تنظیم هیجان نیز، اغلب ممکن است ریشه در تفاسیر رویدادهای ترومایی در دوران کودکی و طرحواره‌های ناسازگار داشته باشند. بنابراین به نظر می‌رسد که استراتژی‌ها و تکنیک‌های طرحواره درمانی می‌تواند به طور موفقیت‌آمیزی موجب تقویت تنظیم هیجان در اختلالات سلامت روان گردد (۱۶).

مدل‌های خاصی از طرحواره درمانی برای افسردگی، اختلال شخصیت مرزی، اختلال شخصیت خودشیفته و سایر اختلالات پیش از این ارائه شده است. گروس (Gross) و همکاران (۲۰۱۲) از جمله اولین کسانی بودند که از طرحواره درمانی برای اختلال وسواس-اجباری استفاده کردند. پژوهشگران اظهار داشتند که طرحواره درمانی ممکن است مخصوصاً برای OCD شدید یا مزمن، برای افراد غیر پاسخگو به CBT سنتی و برای بیمارانی که سابقه تروما شدید یا PD همراه دارند مفید باشد. تعدادی از مطالعات اثربخشی طرحواره درمانی را بر روی OCD (۱۷، ۱۸) بررسی کرده‌اند، نتایج تحقیق برمن، شاو و ویلهلم (Berman, Shaw, Wilhelm) (۱۹) حاکی از رابطه معنادار بین مشکلات مربوط به تنظیم هیجان و شدت اختلال وسواس فکری - عملی بود. به نحوی که بیماران دارای افکار وسواسی شدید، مشکلات بیشتری را در پذیرش احساسات ناخواسته داشته و بیشتر اقدام به رفتارهای وسواسی می‌کنند. در پژوهشی رهبر کرباسدهی و همکاران (۲۰) نشان دادند که طرحواره درمانی می‌تواند بر بهبود تنظیم هیجان و نشانه‌های اضطراب موثر باشد. همچنین نتایج پژوهش‌های بالچی و همکاران (Baljé et al) (۲۱) و طارمسری و همکاران (۲۲) نشان داد که طرحواره درمانی می‌تواند در بهبود تنظیم شناختی هیجان افراد تحت درمان تاثیر قابل توجهی داشته باشد. لذا با توجه به گستردگی و جدی بودن پیامدهای این اختلال و نقش با اهمیتی که تنظیم هیجان روی این اختلال دارد، بررسی میزان اثربخشی درمان‌های

شناخت درمانی (CBT) و ذهن آگاهی تشکیل شده است که تاکنون سودمندی آن در بسیاری از حوزه‌های آموزشی و درمانی مورد تایید قرار گرفته است. ذهن آگاهی به بیماران اجازه می‌دهد تا بدون تلاش برای بازداری از افکار مشکل زا، از وجود آن‌ها آگاه شوند. همچنین ذهن آگاهی مراجع را قادر می‌سازد تا نسبت به تجربیات درونی و بیرونی خود آگاهی یابد و آن‌ها را بپذیرد، بدون آنکه آن‌ها را مورد قضاوت قرار دهد، به ویژه در مورد OCD، آموزش ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا افکار، احساسات و حس‌های بدنی‌شان را بدون اینکه واکنش خودکار نشان دهند بپذیرند. ذهن آگاهی، خودآگاهی و غیر قضاوتی بودن را افزایش می‌دهد و بنابراین مانع از این می‌شود که بیماران در دام ارزیابی‌های منفی، قضاوت‌ها و سوگیری‌ها گرفتار شوند (۱۲).

از جمله درمان‌های دیگر که اثربخشی نسبتاً بالایی روی طیف وسیعی از اختلالات داشته، طرحواره درمانی می‌باشد. طرحواره درمانی به منظور درمان مشکلات عاطفی دیرپا، که منشأ آن در دوران کودکی و نوجوانی است، طراحی شده و ممکن است برای بیماران مبتلا به اختلالات جدی با مشکلات بین فردی و برای اختلالات شخصیتی بسیار مفید باشد. هدف طرحواره درمانی کمک به بیماران برای برآورده کردن نیازهای هیجانی اساسی آنهاست. طرحواره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی معیوبی هستند که از دوران کودکی شکل می‌گیرند و در طول دوره زندگی تکرار می‌شوند. آن‌ها ممکن است از خاطرات هیجانی خاصی مانند یک آسیب در گذشته، خاطره یک اتفاق بسیار تلخ، ترس، مورد سوء استفاده قرار گرفتن و مورد غفلت قرار گرفتن، شکل گرفته باشند. هر قدر که طرحواره‌های ناسازگار اولیه شدیدتر باشند، زمانی که در موقعیت فعال می‌شوند، هیجانات شدیدتری را در فرد ایجاد می‌کنند و اثرات آن برای مدت طولانی‌تری باقی می‌ماند و هر اندازه گسترده‌تر باشد، موقعیت‌های بیشتری باعث فعال شدن آن می‌شود (۱۳).

برخی از مطالعات نشان داده‌اند که طرحواره‌های ناسازگار پیشگویی‌کننده پیامدهای افراد مبتلا به OCD

گروه درمان طرحواره ای، گروه شناخت در متنی مبتنی ذهن آگاهی و گروه گواه) جایگزین شدند. در پژوهش اخیر برای جمع آوری داده‌های مورد نیاز پژوهش از مصاحبه بالینی و پرسشنامه‌های روان‌شناختی استفاده شد که توضیح آن‌ها به شرح زیر می‌باشد:

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات روانی (SCID-5): برای تشخیص افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی از مصاحبه تشخیصی مبتنی بر پنجمین چاپ راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (۲۳) استفاده شد. مصاحبه تشخیصی یک مصاحبه نیمه سازمان یافته می‌باشد و دارای دو بخش اصلی است: الف) تاریخچه شخصی و ب) معاینه وضعیت روانی. بخش اول این مصاحبه شامل مشخصات فردی، شکایت اصلی، بیماری فعلی، بیماری‌های قبلی، تاریخچه طبی، شخصی و خانوادگی است. بخش دوم آن شامل بررسی وضعیت ظاهری، ادراک، شناخت، تفکر، قضاوت و بینش می‌باشد. در این پژوهش از ارزیابی رفتاری نیز استفاده شد. در مصاحبه‌ای که شامل ملاک‌های ارزیابی رفتاری و مبتنی بر رویکرد تحلیل رفتاری می‌باشد، بیش بدهای رفتاری، کمبودهای رفتاری، آمایه‌های رفتاری و شرایط ایجادکننده، تداوم و پایان یافتن رفتار مرضی از دیدگاه رفتاری بررسی می‌شود. هدف ارزیابی رفتاری انجام تحلیل رفتاری در مورد علائم، شدت و فراوانی آن‌ها و تدوین برنامه درمانی مناسب بود. در گام نخست آزمودنی‌ها بر اساس مصاحبه تشخیصی و ارزیابی رفتاری روانشناسان و روان‌پزشکان به‌عنوان فرد مبتلا به OCD تشخیص داده شده و به

روان‌شناختی و تفاوتی که این درمان‌ها به لحاظ اثربخشی روی تنظیم هیجان در این بیماران دارد می‌تواند به درمانگران در شناخت روش‌های درمانی مؤثرتر برای کار با این افراد کمک‌کننده باشد. بنابراین تحقیق حاضر به دنبال بررسی این مسئله است که آیا بین اثربخشی درمان طرحواره ای و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به OCD تفاوت وجود دارد.

روش کار

پژوهش حاضر به صورت طرح نیمه آزمایشی پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل انجام شد. بدین صورت که پیش از اجرای روش‌های درمانی (اعمال متغیرهای مستقل) از آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و گروه کنترل خواسته شد تا پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان را تکمیل کنند. همچنین پس از اعمال متغیرهای مستقل که در واقع اجرای دوره‌های طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بود و نیز دو ماه پس از اتمام دوره آموزش، آزمودنی‌ها دوباره پرسشنامه را تکمیل کردند و نمرات آن‌ها در سه بار اجرای پرسشنامه به‌عنوان نمره پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ثبت گردید.

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانشناسی و روان‌پزشکی شهر مشهد بودند که تعداد ۴۵ نفر از آن‌ها به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در سه گروه

جدول ۱- خلاصه ساختار و محتوای جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی سگال، ویلیامز و تیزدل (۲۰۰۲)

جلسه اول: هدایت خودکار؛ تمرین‌های جلسه خوردن یک کُشمش با حضور ذهن و مراقبه و آرسی بدن؛
جلسه دوم: مقابله با موانع؛ تمرین‌های جلسه مراقبه و آرسی بدن، ده دقیقه حضور ذهن روی جریان تنفس؛
جلسه سوم: حضور ذهن روی تنفس و بر بدن هنگام حرکت
جلسه چهارم: ماندن در زمان حال؛ تمرین‌های جلسه پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری، مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، صداها، افکار و آگاهی‌ها بدون جهت‌گیری خاص، راه رفتن با حضور ذهن، فضای سه‌دقیقه‌ای تنفس
جلسه پنجم: پذیرش و اجازه یا مجوز حضور؛ تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس و بدن
جلسه ششم: فکرها نه حقایق؛ تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس و بدن
جلسه هفتم: خودمراقبتی به بهترین شکل؛ تمرین‌های جلسه مراقبه در وضعیت نشسته، آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجان‌ها
جلسه هشتم: استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده؛ تمرین‌های جلسه مراقبه و آرسی، پایان مراقبه.

جدول ۲- خلاصه ساختار و محتوای جلسات طرحواره درمانی یانگ (۲۰۰۳)

جلسه اول: آشنایی، مرور بر ساختار جلسات، مرور اهداف و منطق کلی درمان
جلسه دوم: تعریف طرحواره درمانی، تعریف طرحواره‌های ناسازگارانه و ویژگی‌ها، تعریف ریشه‌های تحولی طرحواره‌ها
جلسه سوم: شرح مختصر تداوم و بهبود طرحواره، توضیح در مورد عملکرد طرحواره
جلسه چهارم: معرفی سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار که موجب تداوم طرحواره‌ها می‌شوند به همراه مثال‌هایی از زندگی روزمره
جلسه پنجم: ارائه راهبردهای شناختی برای تغییر، آزمون اعتبار طرحواره، تعریف جدید از شواهد تأیید کننده‌ی طرحواره، ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای بیمار، برقراری گفتگو بین جنبه سالم و جنبه طرحواره، تدوین و ساخت کارت‌های آموزشی
جلسه ششم: معرفی راهبردهای تجربی برای تغییر، تصویرسازی ذهنی، گفتگوی خیالی، نوشتن نامه به والدین
جلسه هفتم: معرفی راهبردهای رفتاری، کارت یادآور، تصویرسازی ذهنی و گفتگو، مواجهه سازی منظم و تدریجی با موقعیت‌های ترس آور
جلسه هشتم: ارائه منطق استفاده از چنین تکنیک‌هایی در درمان، معرفی مجدد سبک‌های مقابله‌ای به عنوان امواج احتمالی تغییر
جلسه نهم: آموزش متناسب با خواسته‌ها و شیوه‌ی صحیح رسیدن به خواسته‌ها
جلسه دهم: آموزش غلبه بر موانع تغییر رفتار و ایجاد تغییرات مهم در زندگی، خاتمه جلسات

پژوهشگر معرفی شدند.

پرسشنامه دشواری تنظیم هیجانی گراتز و رومر:

مقیاس دشواری تنظیم هیجان شاخصی خودگزارشی است که گراتز و رومر (۲۴) برای ارزیابی دشواری‌های موجود در تنظیم هیجانی ساختند و ۳۶ عبارت و ۶ خرده‌مقیاس دارد. خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: ۱. عدم پذیرش پاسخ‌های هیجانی (عدم پذیرش)، ۲. دشواری در رفتار هدفمند (اهداف)، ۳. دشواری‌های کنترل تکانه (تکانه)، ۴. نداشتن آگاهی هیجانی (آگاهی)، ۵. دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی (راهبردها)، و ۶. نبودن شفافیت هیجانی (شفافیت). نمره بالاتر در این مقیاس نشانگر مشکلات بیشتری در کنترل هیجانات می‌باشد. نمره کل این مقیاس با نمره پرسشنامه هیجان‌خواهی زاگرمین همبسته است که نشانگر روایی ملاکی آن است.

نتایج مربوط به بررسی پایایی نشان می‌دهد که این مقیاس دارای همسانی درونی بالا ($\alpha = 0/93$) می‌باشد و پایایی آزمون باز آزمون برای این مقیاس (۰/۸۸) مناسب گزارش شده است (گراتز و رومر ۲۰۰۴؛ علوی، مدرس غروی، امین یزدی، و صالحی فدردی، ۱۳۹۰). همچنین، پایایی همسانی درونی فرم ترجمه شده به فارسی این مقیاس ($\alpha = 0/86$) توسط علوی و همکاران (۱۳۸۸) تأیید شد.

یافته‌ها

همان‌طور که جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین دشواری

۴۲

تنظیم هیجان در گروه طرحواره درمانی و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی از پیش آزمون به پس آزمون کاهش یافته و از پس آزمون به پیگیری تغییر اندکی یافته است. در گروه گواه تغییری در میانگین در پس آزمون و پیگیری ایجاد نشده است.

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف یک‌راهه جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع دشواری تنظیم هیجان، نشخوار فکری و سازگاری اجتماعی حاکی از نرمال بودن داده‌ها برای گروه ذهن آگاهی (۰/۵۱۵)، گروه طرحواره درمانی (۰/۱۶۶) و گروه گواه (۰/۲۱۹) بود.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که فرض کرویت موجلی محقق نشده است. بر این اساس از اصلاح اِپسِلین هین-فلت استفاده شد.

در بخش زیر به بررسی آمار استنباطی پژوهش پرداخته شده است

فرضیه: بین اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری عملی تفاوت وجود دارد.

همان‌گونه که گفته شد برای پاسخگویی به فرضیه پژوهشی از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. بدین ترتیب که میانگین نمره دشواری تنظیم هیجانی آزمودنی‌های سه گروه در سه مرحله آزمون به‌عنوان متغیر وابسته و عضویت در گروه طرحواره درمانی، گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه به‌عنوان متغیر مستقل وارد تحلیل

بودند که حاکی از معنی‌دار بودن اثر این آزمون‌ها می‌باشد.

جهت بررسی یکسانی واریانس خطاها از آزمون لوین استفاده شد که با توجه به اینکه میزان معناداری، در هر سه مرحله آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بیشتر از مقدار بحرانی ($p < 0.05$) بود، واریانس خطا در بین افراد و در مراحل مختلف آزمون یکسان می‌باشد. همانطور که در جدول شماره ۶ نشان داده شده است

شدند. جدول ۵ نتایج مربوط به آزمون همگنی ماتریس‌های کوواریانس را نشان می‌دهد. با توجه به اینکه مقدار معناداری ۰/۱۷۹ می‌باشد ($p > 0.05$) فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس پذیرفته می‌شود. نتایج مربوط به آزمون‌های چندمتغیره جهت بررسی اثرات درون‌گروهی (چهار آزمون اثر پیلا، لاندای ویلکز، اثر هتلینگ، بزرگترین ریشه روی) کمتر از ۰/۰۵

جدول ۳- شاخص‌های توصیفی دشواری تنظیم هیجان در سه مرحله آزمون در گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
		انحراف معیار	میانگین معیار	انحراف معیار	میانگین معیار	
دشواری تنظیم هیجان	طرحواره درمانی	۱۱۸/۶	۱۰/۶۱	۱۰۱/۷۳	۱۲/۲۴	۹۹/۸۰
	ذهن آگاهی	۱۱۷/۰۶	۱۲	۱۰۶/۶	۱۴/۱۹	۱۰۴/۲۶
	گواه	۱۱۶/۴۰	۱۶/۵۱	۱۱۶/۸۶	۱۶/۵۱	۱۱۵/۲۰

جدول ۴- نتایج بررسی فرض کرویت موجلی در دشواری تنظیم هیجان و نشخوار فکری

اثر بین گروهی	W موجلی	خی دو تقریبی	درجات آزادی	سطح معناداری	هین-فلت

جدول ۵- نتایج آزمون ام باکس جهت بررسی یکسانی ماتریس‌های کواریانس

آماره ام باکس	آماره F	df1	df2	میزان معناداری
۱۷/۳۰	۱/۳۲۳	۱۲	۶۱۵/۸۵	۰/۱۹۷

جدول ۶- نتایج آزمون تحلیل اندازه گیری مکرر اثرات درون آزمودنی‌ها در دشواری تنظیم هیجان

متغیرها	منبع تغییرات	مکعب مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
تنظیم هیجان	آزمون	۳۱۶۹/۶۰	۱/۰۲	۲۹۳۳/۵۳	۳۸/۴۰	۰/۰۰۰	۰/۴۸
	آزمون × عضویت گروهی	۱۴۸۹/۹۵	۲/۰۱	۶۸۹/۲۵	۹/۰۳۷	۰/۰۰۰	۰/۳۰

جدول ۷- نتایج آزمون تحلیل اندازه گیری مکرر اثرات بین آزمودنی‌ها در دشواری تنظیم هیجان بر حسب عضویت گروهی

متغیرها	مکعب مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتای سهمی
دشواری تنظیم هیجان	۲۰۰۴/۳۱	۲	۲۰۰۴/۳۱	۳۳/۷۰	۰/۰۰۰	۰/۹۹

جدول ۸- نتایج آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه دشواری تنظیم هیجان در گروه طرحواره درمانی، گروه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه گواه

متغیر	گروه‌ها	سطح معناداری
دشواری تنظیم هیجان	ذهن آگاهی	۰/۴۳۶
	ذهن آگاهی	۰/۰۰۰
	طرحواره درمانی	۰/۰۰۲

هیجان در بیماران وسواسی، بین این دو روش درمانی تفاوتی وجود ندارد. یافته‌های این پژوهش همسو با یافته رهبر کرباسدهی و همکاران (۲۰) و طارمسری و همکاران (۲۲) بود که پس از اجرای طرحواره درمانی روی آزمودنی‌های نمونه مورد بررسی، بهبود معناداری در مشکلات مربوط به تنظیم شناختی هیجان آن‌ها اتفاق افتاد. همچنین تحقیقات گروسی و همکاران (۲۵) نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی می‌تواند تغییرات مثبت قابل‌ملاحظه‌ای را در توانایی تنظیم هیجان آزمودنی‌ها ایجاد کند.

در طرحواره درمانی، عملکرد بد در تنظیم هیجان، به طور عمده به‌عنوان پیامد تجربه‌های بد کودکی (مانند فقدان دل‌بستگی ایمن، بد رفتاری و یا بی توجهی هیجانی) در نظر گرفته می‌شود. این تجربه‌های منفی منجر به ترس از هیجان‌ات و تلاش برای اجتناب از تجربه کردن هیجان‌ات و روابط با دیگران می‌شود. فرض عمده طرحواره درمانی این است که وقتی در طی درمان این مشکلات زیر بنایی بیان می‌شوند، توانایی فرد در تنظیم هیجان‌اتش بهبود پیدا می‌کند (۲۶).

در همین راستا نتایج پژوهش گیلبرت و لیهی (۲۷) و آوانتس، بیتل و مارگولین (۲۸) حاکی از آن بود که تکنیک‌های طرحواره درمانی به فرد کمک می‌کند تا نسبت به هیجان‌ات خود آگاهی پیدا کرده و آن‌ها را بپذیرند. به نظر آن‌ها این تکنیک‌ها به بیماران کمک می‌کند تا با سازمان‌دهی مجدد هیجانی، بررسی خود، یادگیری‌های جدید، تنظیم عاطفه بین فردی و نیز خود آرامش دهی، توانایی بیشتری در تنظیم هیجان‌ات خود کسب کنند.

همچنین نتایج این پژوهش در خصوص اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان، با نتایج بائر (۲۹) همسو می‌باشد. نتایج این پژوهش نشان داد که آموزش ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند به جای چالش و یا پرهیز از افکار و احساسات ناراحت‌کننده، با برقراری یک سبک ارتباطی متفاوت با خود و با بکارگیری نوعی روش متفاوت از پردازش اطلاعات، افکار و احساسات ناراحت‌کننده خود را بدون قضاوت و ارزیابی بپذیرند. همچنین از نظر آن‌ها، بخشی

تفاوت بین میانگین نمرات دشواری تنظیم هیجان در سه مرحله آزمون معنادار ($p \leq 0/01$) است. سایر نتایج نشان می‌دهد که اثر تعاملی سه مرحله آزمون و عضویت گروهی در گروه‌های مورد بررسی معنادار است ($p \leq 0/01$). بدین معنی که عضویت گروهی و آزمون به طور تعاملی و هم‌زمان بر میانگین دشواری تنظیم هیجان تأثیر دارند و تفاوت میانگین آزمودنی‌های گروه طرحواره درمانی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گواه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار است.

نتایج جدول ۷ نیز گویای آن است که برحسب عضویت در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی یا گواه در میانگین نمره دشواری تنظیم هیجان ($F=33/70$, $p=0/000$)، تفاوت معناداری وجود دارد.

با توجه به معناداری تفاوت‌ها در ادامه از آزمون تعقیبی LSD جهت مقایسه‌های دو گروهی استفاده شد. نتایج این تحلیل‌ها در ادامه آورده شده است.

نتایج آزمون تعقیبی LSD، که تفاوت گروه‌های درمانی و گروه گواه را در دشواری تنظیم هیجان مورد بررسی قرار می‌دهد در جدول ۸ آورده شده است. داده‌های مربوط به این جدول حاکی از تفاوت معنادار بین هر یک از روش‌های درمانی با گروه گواه بوده و همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین اثربخشی دو روش درمانی بر دشواری تنظیم هیجان تفاوت معناداری وجود ندارد. بر این اساس فرضیه پژوهش، مبنی بر وجود تفاوت بین روش‌های درمانی ذهن آگاهی و طرحواره درمانی بر دشواری تنظیم هیجان در بیماران وسواسی رد می‌شود.

بحث

نتایج حاصل از انجام پژوهش حاضر حاکی از این بود که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی می‌تواند به افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی کمک کند تا دشواری‌های تنظیم هیجان را در آن‌ها کاهش دهد. باین‌حال نتایج حاکی از آن بود که به رغم اثربخشی درمان‌های مذکور بر دشواری تنظیم

از این تغییرات می‌تواند ناشی از سازوکارهای عمل پیشنهاد شده در روش تفکر نظارهای مانند رویارویی، پذیرش، آرام‌سازی، حساسیت‌زدایی، تغییر رابطه با افکار و تنظیم شناختی هیجان باشد.

بنا به گفته شاپیرو و همکاران (۳۰)، ذهن آگاهی به فرد کمک می‌کند تا به طور فزاینده‌ای یک موقعیت مشاهده عینی از خود و دیگران را توسعه دهد که از طریق آن بینش‌های فراشناختی در مورد اینکه «من درد من نیستم» و اینکه «حس من از خودم همیشه در حال تغییر است» به دست می‌آید. این مدل دلالت بر استفاده از ارزیابی مجدد شناختی به‌عنوان یک وسیله کلیدی برای تنظیم حالت‌های عاطفی دارد، که در آن فرد، در حال تغییر رابطه با تجربه عاطفی و یا پاسخ‌های عاداتی خودش می‌باشد. به نحوی که فرد یاد می‌گیرد که خودش را با حالت یا هیجان خودش شناسایی و نام گذاری نکند بلکه هیجان را یک وضعیت گذرا و ناپایدار در نظر بگیرد.

به کمک ذهن آگاهی فرد مراقبه کننده می‌تواند پاسخ‌های عاداتی و تجارب درونی و بیرونی که از مواجهه با آن‌ها اجتناب می‌کرده است را مورد بازبینی قرار دهد. این کار موقعیتی را ایجاد می‌کند که در آن امکان انقراض پاسخ‌های عاداتی و افکار و هیجانات ناشی از آن فراهم می‌شود. بنابراین تنظیم هیجانی با تغییر در چشم‌انداز خود نسبت به رویدادها و تجارب درونی و بیرونی و قرار گرفتن در معرض ذهن و پیشگیری از پاسخ‌های عاداتی و تجربه و ارزیابی مجدد شناختی محرک‌های ناخوشایند به‌عنوان گذرا و یا حتی به‌عنوان مثبت یا معنی‌دار به دست می‌آید (31).

در تبیین عدم تفاوت اثربخشی طرحواره درمانی و شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر دشواری تنظیم هیجان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-اجباری می‌توان اظهار داشت که هم درمان طرحواره ای و هم درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با ایجاد تغییراتی در شیوه ارزیابی و مدیریت هیجانی افراد کمک می‌کند تا آگاهی و شناخت بهتری را نسبت به عواطف و هیجانات خود پیدا کرده و شیوه‌های مؤثرتری را برای مدیریت آن‌ها به کار ببرند.

از عمده فرض‌های طرحواره درمانی این است که عدم ارضاء نیازها هیجانی در ارتباط با والدین در دوره کودکی باعث شکل‌گیری اختلالات روان‌شناختی می‌شود. لذا درمان طرحواره ای با ایجاد شرایطی تحت عنوان باز والدینی، به فرد کمک می‌کند تا نیازهای هیجانی برآورده نشده در ارتباط با افراد مهم زندگی در دوره کودکی، در محیط درمان و در ارتباط با درمانگر برآورده شوند. از طرفی نیز طرحواره درمانی شرایطی را فراهم می‌آورد تا بیمار از راهبردهای مقابله‌ای ناسالم و ناسازگار که نقش مهمی در تشدید و ادامه پیدا کردن مشکلات هیجانی بیمار دارند دست برداشته و به جای آن از راهبردهای مقابله‌ای بهنجار و سازگارانه استفاده کند. بهره‌گیری از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه با گسترش ظرفیت روانی و مهارت حل مسئله همراه بوده و این فرایند سبب ارتقاء و بهبود ظرفیت‌های هیجانی آن‌ها می‌شود. همچنین طرحواره درمانی با به‌کارگیری راهبردهای تجربی کمک می‌کند تا فرد نیازهای هیجانی ارضاء نشده را شناسایی کند. این آگاهی سبب می‌شود تا بیماران با بهره‌گیری از طرحواره درمانی بتوانند به شکلی بهتر، عواطف و هیجانات خود را مدیریت کرده و در به رسمیت شناختن و بیان آن‌ها نیز توانمندتر شده و مدیریت بهتری را نسبت به هیجانات خود پیدا کنند (یانگ و همکاران، ۲۰۰۷ به نقل از فاسبیندر، ۲۰۱۶) (۲۶).

همچنین ذهن آگاهی از جمله درمان‌های هیجان مداری است که بر وسواس تاثیر مطلوبی دارد. شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی از طریق متمرکز نمودن توجه و آگاهی فرد روی وضعیت موجود در زمان حال و همچنین با بالا بردن ظرفیت روان‌شناختی افراد در پذیرش بدون قضاوت رویدادها و تجارب جاری زندگی، به افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی کمک می‌کند تا از پیش‌بینی‌های منفی در مورد آینده و لتفاقات ناخوشایندی که انتظار آن را دارند اجتناب کنند و از توجه افراطی به رویدادهای معمولی که آن‌ها را بیش از حد نگران‌کننده تصور می‌کنند دست‌بردارند و از این طریق کمک می‌کند تا شرایط هیجانی بهتری پیدا کرده و از این طریق هیجانات خود را مدیریت کنند. بنابراین

diagnostic and statistical guidelines for mental disorders. Translation: Sayed Y. YiSayyid Muhammad. (2015). Tehran: Arjmand Publications.

5. Keong Y, Mogan C, Moriarty A, Dowlingb N, Blair-Westb S, Gelgece C, Moulding R. Emotion regulation difficulties in Obsessive-Compulsive Disorder. *J Clin Psychol*. November 2017.

6. Gross EN, Stelzer N, Jacob G. Treating OCD with the Schema Mode Model. In M van Vreeswijk, J Broersen, M Nadort (eds) *The Wiley-Blackwell Handbook of Schema Therapy: Theory, Research, and Practice*. John Wiley & Sons, Ltd. 2012.

7. RahbarTaromsari M, Keshavarz P, Abolghasemi A, Karbasdehi F, AlimardaniSomee S. Comparison of intolerance and emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder and normal. *Quart J Psychol Studies*. 2017;(13)2:77-94.

8. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, ten Cate R. Brief report: Cognitive emotionregulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc*. 2009;32:449-454

9. Yekta FF, Yaghoubi Motabi F, Roshan R, GholamiFesharaki M, Mohammad A. Effectiveness of Reducing mindfulness-based stress Program on psychological distress, emotion regulation and promotion of marital satisfaction in compatible women. *Mag Clin Psychol Stud*. 2018;4(8(Issue 31)).

10. Hertenstein E, Rose N, Voderholzer U, Heidenreich T, Nissen C, Thiel N, et al. Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder – A qualitative study on patients' experiences. *BMC Psychiatry*. 2012;12:185.

11. De zoysa P. The Use of Mindfulness Practice in the Treatment of a Case of Obsessive Compulsive Disorder in Sri Lanka. *J Rely Health*. 2013;(52):299-306.

12. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford 2006.

13. Young JE, Klosko JS, Wessaar ME. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*, New York: Guilford. 2003: 88.

14. Basile B, Tenore K, Luppino OI, Mancini F. Schema therapy mode model applied to OCD. *Clinical Neuropsychiatry*. 2017.

15. Tenore K, Mancini F, Basile B. Schemas, Modes And coping strategies in obsessive-compulsive like symptoms. *Clin Neuropsychiatry*. 2018;15.

16. Dado H, Grecucci A, Giardini I, Ugolini E, Carmelita A, Panzeri M. Schema therapy for emotional dysregulation: Theoretical implication and clinical applications. *Front Psychol*. 2016;7(1):1987.

17. Veale D, Page N, Woodward E, Salkovskis P. Imagery Rescripting for Obsessive Compulsive Disorder: A single case experimental design in 12

همان‌گونه که لیهی و همکاران (۳۲) اظهار می‌دارند، طرحواره درمانی، ذهن آگاهی و رویکردهای مبتنی بر تعهد و پذیرش بر راهبردهای مقابله بر هیجان‌نا مطلوب اثربخش هستند.

نتیجه‌گیری

بنابراین با توجه به نتایج تحقیقات متعددی که حاکی از نقش پر اهمیت هیجان‌ها و ناتوانی در تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی می‌باشد، توجه به این نکته حایز اهمیت است که درمان‌هایی که به نحوی بتوانند هیجان‌ها را در این بیماران تعدیل و تنظیم نمایند به‌عنوان درمان‌هایی موثر و کارآمد تلقی شوند. بنابراین با توجه به اینکه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی می‌توانند در تنظیم هیجان‌ها این بیماران کمک‌کننده باشند، درمانگران می‌توانند با سنجش میزان ناتوانی بیماران در تنظیم هیجان، در صورت لزوم از این روش‌های درمانی برای کمک به مدیریت هیجان این بیماران استفاده نمایند.

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از رساله دکتری با کد اخلاق IR.IAU.BOJNORD.REC.1399.013 می‌باشد و در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بجنورد به تصویب رسیده است.

References

1. Rapinesi C, Georgios D, Kotzalidis, Stefano Ferracuti, Gabriele Sani, Paolo Girardi and Antonio Del Casale. Brain Stimulation in Obsessive-Compulsive Disorder. *Curr Neuropharmacol*. 2019;17.
2. Jaisoorya TS, Janardhan Reddy YC, Nair BS, Rani A, Menon PG, Revamma M, et al. Prevalence and correlates of obsessivecompulsivedisorder and subthreshold obsessive-compulsive disorderamong college students in Kerala, India. *Indian J Psychiatry*. 2017;9(1):56-62.
3. American Psychological Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (5th edition). (2014). Tehran: Ravan Publications.
4. Kaplan H, Saduk, B. 2013. 5th edition of

cases. *J Behav Ther Experim Psychiatry*. 2015;1-7.

18. Thiel N, Tuschen-Caffier B, Herbst N, Külz AK, Nissen C, Hertenstein E et al. The prediction of treatment outcomes by early maladaptive schemas and schema modes in obsessive-compulsive disorder. *Br J Med Psychiatry*. 2014;14(1):1689.

19. Berman N, Chase S, Ashly M, Wilhelm S. Emotion Regulation in patients with obsessive compulsive disorder; unique effects for those with taboo thoughts. *Cogn Ther Res J*. 2018.

20. RahbarKarbasdehi E, Abolghasemi A, RahbarKarbasdehi F. The effectiveness of schema therapy integrated with rehabilitation on cognitive emotion regulation and existential anxiety in patients with congestive heart failure. *J Contemp Psychother* 2018;48(4):233-239.

21. Baljé A, Greeven A, Van Giezen A, Korrelboom K, Arntz A, Spinhoven P. Group schema therapy versus group cognitive behavioral therapy for social anxiety disorder with comorbid avoidant personality disorder: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016;17(1):1-13.

22. RahbarTaromsari M, Keshavarz P, Abolghasemi A, RahbarKarbasdehi A, Rahbar Karbasdehi F. The effectiveness of group schema therapy on behavioral activation/inhibition system and cognitive emotion regulation in female students with anxiety symptoms. URL <http://journal.skums.ac.ir/article-1-1> Volume 27, Issue 108.

23. Williams MB, Karg JB, Schipzer RL. Translated by Mohammad Khani, Parvaneh, and EbrahimzadehMousavi, Mohammad. Interview Clinically structured to evaluate DSM-5 disorders. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences Press. 1396.

24. Gratz KL, Roemer L. 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*. 2004;26(1):41-54.

25. Grecucci A, Pappaianni E, Siugzdaite R, Theuninck A, Job R. Mindful emotion regulation: Exploring the neurocognitive mechanisms behind mindfulness. *BioMed Res Int*. 2015.

26. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brand-de Wilde O, Arntz A. Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Front Psychol*. 2016;7:1373.

27. Gilbert P, Leahy RL. (Eds.). *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*. Routledge. 2007.

28. Avants SK, Beitel M, Margolin A. Making the shift from 'addict self' to 'spiritual self': Results from a Stage I study of Spiritual Self-Schema (3-S) therapy for the treatment of addiction and HIV risk behavior. *Ment Health Relig Culture*. 2005;8(3):167-177.

29. Baer RA. Introduction to the core practices and exercises. In *Mindfulness-Based Treatment Approaches* (pp. 3-25). Academic Press. 2014.

30. Shapiro SL, Carlson LE, Astin JA, Freedman B. Mechanisms of mindfulness. *J Clin Psychol*. 2006;62(3):373-386.

31. Hölzel BK, Carmody J, Vangel M, Congleton C, Yerramsetti SM, Gard T, Lazar SW. Mindfulness practice leads to increases in regional brain gray matter density. *Psychiatry Res: Neuroimaging*. 2011 Jan 30;191(1):36-43.

32. Leahy S, Nolan A, O'Connell J, Kenny RA. Obesity in an ageing society: implications for health, physical function and health service utilisation. 2014.