

مقاله اصلی

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۱۱

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی انجام گردید. **روش کار:** پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی مراجعه کننده به مراکز رواندرمانی شهر بابل در بازه زمانی بهار سال ۱۴۰۰ بود. از بین مراکز رواندرمانی در بابل چهار مرکز را در نظر گرفته و بر اساس تشخیص بالینی با معیار DSM5 ۳۰ نفر از مراجعین مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بودند. ۳۰ نفر از مراجعین مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی به صورت هدفمند انتخاب شده و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایشی (۱۵ نفر) و یک گروه کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزار جمع آوری داده ها عبارت بود از پرسشنامه خودکنترلی، پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان، پرسشنامه تاب آوری و پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی. داده ها، با استفاده از نرم افزار SPSS-21 و آزمون های آماری تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی تحلیل شد.

نتایج: یافته ها نشان داد درمان شناختی رفتاری بر خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی تاثیر دارد.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت که درمان شناختی رفتاری درمان کارآمدی جهت افزایش خودکنترلی، کاهش دشواری تنظیم هیجان، افزایش تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی می باشد.

کلمات کلیدی: درمان شناختی رفتاری، خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی، وسواس فکری عملی
پی نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می باشد.

رافونه غفاری چراتی^۱

حسینعلی قنادزادگان^{۲*}

محمد کاظم فخری^۳

دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی،
واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۲ استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد
اسلامی، ساری، ایران. (نویسنده مسئول)
۳ استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد
اسلامی، ساری، ایران.

Email: ghanad.hamid@yahoo.com

مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی یک اختلال ناتوان کننده است که با افکار مزاحم و ناخواسته و رفتارهای تکراری اجباری مشخص می شود و شامل دو قسمت وسواس ها و اجبارها می باشد (ترافورد، رو، براون و لوزان، ۲۰۱۸) که بر طبق DSM-5 نیاز نیست کسی هم دچار وسواس و هم اجبار باشد تا به اختلال وسواسی - اجباری دچار گردد. بودن یکی از این دو به تنهایی کافی است. این اختلال مشکلات قابل ملاحظه ای در روند طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت های اجتماعی معمول و یا روابط فرد، ایجاد می کنند (گنجی، ۱۳۹۶، هانت، ۲۰۲۱). لذا شناخت مداخلاتی برای کاهش علائم این اختلال می تواند یکی از مباحث حایز اهمیت در حوزه روانشناختی و پژوهشی باشد.

خودکنترلی از جمله متغیرهایی است که می تواند بر نشانه های وسواسی عملی نقش داشته باشد. افرادی که خودکنترلی دارند می توانند آنچه می خواهند را تعدیل کنند تا اطمینان یابند که افراط یا تفریط نمی کنند خودکنترلی توانایی کنترل امیال، رفتارها و عواطف شخص در مواجهه با تقاضاهای بیرونی است تا بهترین عملکرد اتفاق افتد. خودکنترلی اساس رفتاری در دستیابی به اهداف و اجتناب از تکانه های منفی می باشد (ربکا و مارک، ۲۰۱۴). افراد دارای نشانه های وسواسی عملی در خودکنترلی نسبت به جامعه عمومی ضعیف تر عمل می کنند (ترافورد و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر خودکنترلی عوامل متعدد دیگری می تواند در بروز علائم وسواسی عملی نقش دارند. پیشینه پژوهشی نشان می دهد که افراد دارای اختلال وسواس عملی در زمینه تنظیم هیجان و تاب آوری مشکلات زیادی را تجربه می کنند (تقوی زاده و همکاران، ۱۳۹۸، برمن، شاو و ویلهلم، ۲۰۱۸، فرگوس و همکاران، ۲۰۱۴). تنظیم هیجان عبارت است از فرایندهای درونی و بیرونی درگیر در راه اندازی، ادامه دادن

و تنظیم رخدادهای تنش ها و بیان احساسات. مطالعه تنظیم هیجان به فرایندهای درونی که در جهت تنظیم هیجانات درگیر هستند مثل فرایند های شناختی هیجان، اداره کردن واکنش های روان شناختی و همچنین تأثیرات بیرونی مثل والدین و سایر اشخاصی که در الگوسازی هیجانات نقش دارند مربوط می گردد (برانستین، گروس و اکسندر، ۲۰۱۷). مبتلایان به اختلال وسواس، از نظر هیجانی کنترل شده رفتار می کنند و به ظاهر افرادی خشک به نظر می رسند و مشکلات بیشتری در تنظیم هیجانی دارند (فریرا و همکاران، ۲۰۲۱). شفیع کاهانی و همکاران (۱۴۰۰) و حسین اسفندزاد و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند که تنظیم هیجان می تواند در پیش بینی نشانه های وسواسی جبری نقش داشته باشد. تنظیم هیجان به طور فزاینده ای در حال ملحق شدن به مدل های آسیب شناسی روانی است (آلدو، نولن-هوکسما و شوایز، ۲۰۱۷).

متغیر دیگری که در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی می تواند حایز اهمیت باشد میزان تاب آوری افراد است. تاب آوری میزان توانایی فرد در کنار آمدن با هیجانات منفی و بازگشت به ظرفیت معمول پس از رویارویی با شرایط سخت و موقعیتهای دشوار می باشد (لاین، گریسن، اوستراوسکی، کیم، ریدینگ و همکاران، ۲۰۱۴) و می تواند با تجربه عواطف مثبت و کاهش عواطف منفی مرتبط باشد (بنتی و کامباروپالس، ۲۰۱۶). افراد تاب آور مشکلات را فرصتهایی برای یادگیری و رشد در نظر می گیرند و مهارتهای فکری انعطاف پذیرد و از توانایی حل مساله و حل تعارض خوبی برخوردار هستند که این موارد خود می تواند توانایی آنها برای رویارویی با موقعیتهای پرفشار را افزایش دهد (اویشی، تاکو، هیرانو و سعید، ۲۰۱۸). در پژوهش شفیع کاهانی و همکاران (۱۴۰۰) تاب آوری با علائم

وسواسی عملی رابطه معکوس دارد و می تواند موجب کاهش علائم وسواس فکری - عملی گردد.

افراد مبتلا به اختلال وسواسی عملی در زمینه های مختلف عملکرد اجرایی مشکلاتی دارند از جمله در زمینه انعطاف پذیری روانشناختی (موریرا و همکاران، ۲۰۱۹). انعطاف پذیری شناختی اشاره دارد به توانایی فرد برای سازگاری کارآمد با تغییر خواسته ها و نوع واکنش فرد را در مقابل تجارب جدید معین می کند (داربی، کاسترو، واسمن، اسلوتسکی، ۲۰۱۸). افراد با انعطاف پذیری روانشناختی بالا می توانند در ارزیابی از موقعیتهای جدید و مشکلات موجود از گزینه ها و ایده های جایگزین استفاده می کنند و می توانند سازگاری بیشتری پیدا کنند (دن آدن و همکاران، ۲۰۲۰). پیشینه پژوهشی حاکی از انعطاف پذیری ضعیف افراد دارای اختلال وسواسی عملی است (کائودک، سیکا، مارچتی، کالیزی و استیناردی، ۲۰۲۰، گرانر و پیتنگر، ۲۰۱۷).

با توجه به این امر که افراد مبتلا به وسواسی عملی در متغیرهای خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی نسبت به جوامع عمومی مشکلات بیشتری دارند، ضرورت دارد که با شناسایی درمانهای موثر بتوان در راستای کاهش این مشکلات در افراد مبتلا به وسواسی عملی گام موثری برداشت. درمانهای روانشناختی که بتواند به این بیماران جهت تعدیل این مولفه های روانی کمک کند وجود دارد که از جمله این درمانها درمان شناختی رفتاری است. درمان شناختی - رفتاری، بر شناسایی جنبه های شناختی ناکارآمد مولد هیجانها و رفتارهای ناکارآمد و چالش و مقابله ی مستقیم با این جنبه ها استوار است. در واقع در این رویکرد، فرد خود را در نقطه ی مقابل جنبه های ناکارآمد ذهن خود می دهد (لیهی، ۲۰۰۸). درمان شناختی رفتاری بر شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرشهای مربوط به احساس مسئولیت افراطی در افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی و جلوگیری

از خنثی سازی ناشی از این احساس، افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز است (توکلی، ۱۳۹۵).

پژوهش های مختلف اثربخشی درمان شناختی و رفتاری بر خودکنترلی (صادقی و همکاران، ۱۳۹۹، زیدی و همکاران، ۲۰۲۰)، تنظیم هیجان و مسئولیت پذیری افراطی (تقوی زاده و همکاران، ۱۳۹۸، کلن استابر و همکاران، ۲۰۱۹)، تاب آوری (دانا و همکاران، ۱۳۹۸، ونسر و همکاران، ۲۰۱۹)، انعطاف پذیری روانشناختی (حیدری، عسگری، حیدری و پاشا، ۱۳۹۷، دهقانیان و آقازاده، ۱۳۹۶، فنایی، حبیب الهی و غضنفری، ۱۳۹۴) در جوامع مختلف بالینی را تایید کرده اند. با توجه به اهمیت و تاثیر متغیرهای مذکور در نشانه های وسواسی عملی ضرورت دارد که درمانهای موثر بر این متغیرها در بیماران مبتلا به وسواسی عملی مورد بررسی قرار گیرد تا بتوان با شناسایی درمانهای موثر تر برنامه های درمانی کارآمدتری را برای این افراد طراحی نمود. در این راستا پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا درمان شناختی رفتاری بر خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی تاثیر دارد؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری این پژوهش تمامی مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی مراجعه کننده به مراکز رواندرمانی شهر بابل در بازه زمانی بهار سال ۱۴۰۰ بودند که از بین مراکز رواندرمانی در بابل چهار مرکز را در نظر گرفته و بر اساس تشخیص بالینی با معیار DSM5 ۳۰ نفر از مراجعین مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بودند. ۳۰ نفر از مراجعین مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی را به صورت هدفمند انتخاب نموده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل، که هر گروه شامل ۱۵ نفر بودند، جایگزین شدند. ملاکهای ورود به پژوهش عبارت بود از: افرادی که با معیار DSM5 در مصاحبه بالینی توسط روانشناس به اختلال وسواس فکری عملی تشخیص

گذاری آن به ترتیب از ۱ تا ۵ می باشد. پایایی پرسشنامه تنظیم هیجانی با دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف محاسبه شد که به ترتیب برابر ۰/۸۶ و ۰/۸۰ که بیانگر ضرایب قابل قبول پرسشنامه تنظیم هیجانی بود. پایایی درونی توسط علوی (۱۳۸۸) برای کل سوالات ۰/۸۶ بدست آمده است.

پرسشنامه تاب آوری: این پرسشنامه دارای ۲۵ سوال است. این پرسشنامه در یک مقیاس ۵ درجه ای از ۰ تا ۴ نمره گذاری می شود. برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه، مجموع امتیازات همه سوالات را با هم جمع کنید. این امتیاز دامنه ای از ۰ تا ۱۰۰ را خواهد داشت. هر چه این امتیاز بالاتر باشد، بیانگر میزان تاب آوری بیشتر فرد پاسخ دهنده خواهد و برعکس. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ می باشد. به عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشانگر افراد دارای تاب آوری خواهد بود و هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. در پژوهش بشارت و همکاران (۱۳۸۶) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد تایید قرار گرفته است. آلفای ۰/۸۴ برای این پرسشنامه بدست آمد و این ابزار از پایایی خوبی برخوردار است.

پرسشنامه انعطاف پذیری روانشناختی: این پرسشنامه توسط دنیس و ونادروال (۲۰۱۰) ساخته شده که ۲۰ سؤالی است. نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف پذیری روانی بیشتر است. مشخصات اصلی روان سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت کنند در طول ۶ پژوهش نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه ای رضایت بخشی دارد. در پژوهش های خارجی میانگین ضریب آلفا ۰/۸۰ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۹ و ۵۲ ماه به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۷۳ به دست آمد. این پرسشنامه بر اساس مقدار توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه ای نمره گذاری می گردد از ۱ هرگز تا ۷ همیشه، حداقل نمر اکتسابی در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر آن ۱۴۰ می باشد. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف پذیری روانی بیشتر است. ضریب بازآزمایی این

داده شده اند و همزمان به اختلال روانی حاد ناتوان کننده دیگری مبتلا نباشند. همچنین دارای بیماری سخت جسمی نباشند. از طرفی رضایت آگاهانه به شرکت در پژوهش داشته باشند. دارای حداقل تحصیلات دیپلم متوسطه باشند. همزمان تحت رواندرمانی دیگری نباشند. معیارهای خروج از پژوهش عبارت بود از: علاوه بر اختلال وسواس فکری-عملی که در مصاحبه بالینی روانشناس با معیار DSM5 تشخیص داده شده همزمان به اختلال حاد روانی ناتوان کننده مبتلا باشند و همچنین مایل به شرکت در این پژوهش نباشند. تحصیلات زیر دیپلم داشته باشند. همزمان تحت رواندرمانی دیگری نباشند. دارای بیماری سخت جسمی مانند بیماریهای قلبی، کلیوی و دیابت باشند. ابزار جمع آوری داده ها عبارت بود از:

پرسشنامه خودکنترلی: یک پرسشنامه خودگزارش دهی است که توسط تانجی و همکاران (۲۰۰۴) ساخته شده است، و از ۱۳ عبارت تشکیل شده است. این جملات در یک طیف لیکرت ۵ درجه ای در نظر گرفته شده است. نمره کل افراد در آزمون، در کمترین حالت ۱۳ و بیشترین ۶۵ بود. برای بررسی اعتبار و روایی، پرسشنامه در دو مطالعه، بر روی دو گروه دانشجوی دوره کارشناسی اجرا شده است. پایداری درونی تخمین های پایایی بالا بودند. در پایایی آزمون-پس آزمون مقیاس جدید خودکنترلی، ۲۳۳ نفر در مطالعه تانجی به سؤالات آزمون برای بار دوم، در جلسه سوم، که تقریباً سه هفته بعد اجرا شد، پاسخ گفتند. پایایی آزمون-پس آزمون برای نمره خودکنترلی ۰/۸۷ بود (تانجی و همکاران، ۲۰۰۴). پایایی در پژوهش حاضر ۰/۸۹ بدست آمده است.

پرسشنامه دشواری تنظیم هیجان: این پرسشنامه توسط گراتز ساخته شده است. یک پرسشنامه ۳۶ آیتمی خود گزارشی است که علاوه بر اینکه تنظیم هیجانی را ارزیابی می کند مشکل در تنظیم هیجانی را ارزیابی می کند اما بیشتر بر مشکلات متمرکز می باشد. این پرسشنامه در یک مقیاس ۵ درجه ای (کاملاً مخالف تا کاملاً موافق) است که نمره

پرسشنامه در پژوهش شاره و همکاران (۱۳۹۲)؛ به نقل از فاضلی، (۱۳۹۳) ۰/۷۱ و ضریب آلفای کرونباخ آن در پژوهش فاضلی (۱۳۹۳) ۰/۷۵ گزارش شد.

جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسات	عنوان	اهداف	وسایل مورد نیاز
اول	ارزیابی و آموزش روانی	۱. ارزیابی و اختلال وسواسی جبری ۲. آموزش عملی روانی ۳. ایجاد انگیزه	۱. پرسشنامه وسواس ذهنی ۲. پرسشنامه وسواس عملی ۳. کاربردگ ارزیابی اختلال وسواسی- جبری ۴. برگه خودارزیابی وسواسها و عاداتهای تکراری
دوم	آموزش آرمیدگی	۱. آموزش آرمیدگی تنفسی ۲. آموزش آرمیدگی عضلانی	۱. آرامش آموزی
سوم	مواجهه و پیشگیری از پاسخ	۱. مواجهه با افکار وسواسی و پیشگیری از پاسخ ۲. مواجهه با موقعیت های اجتنابی و پیشگیری از پاسخ	۱. کاربردگ افکار وسواسی ۲. کاربردگ سلسله مراتب موقعیت های اجتنابی
چهارم	مواجهه و پیشگیری از پاسخ	۱. مواجهه با افکار وسواسی و پیشگیری از پاسخ ۲. مواجهه با موقعیت های اجتنابی	۱. کاربردگ افکار وسواسی ۲. کاربردگ سلسله مراتب موقعیت های اجتنابی

پنجم	باز سازی شناختی	۱. شناسایی باورهای مربوط به وسواس ها و اجبارها ۲. باز سازی شناختی باورهای مرتبط با وسواس ها و اجبار	پاسخ پیشگیری از
ششم	درمان باورهای بینابینی	آشنایی درمانجویان با باور بینابینی " احساس مسئولیت افراطی " و روشهای تغییر آن به منظور درمان وسواس افراطی و اجمالی با جایگاه وسواس در مذهب و آشنایی عملی با یکی دیگر از روشهای مواجهه در پاسخگویی به جلسه درمانی به منظور تغییر باورها	الف - مرور تکالیف جلسه قبل و بررسی نقاط قوت و ضعف مراجعان در انجام مسئولیت تکالیف
			ب - بحث در روشهای تغییر احساس مسئولیت افراطی و اجمالی با کاهش احساس در مذهب و آشنایی عملی با یکی دیگر از روشهای مواجهه در پاسخگویی به سوالات ایجاد شده با توجه به مواجهه های انجام شده توسط مراجعان

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب آوری و انعطاف پذیری شناختی در پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری درمان شناختی رفتاری با گروه های آزمایش و کنترل

شاخ	گروه	ت	می	انح	میان	انح	میان	انح	میان
صها	ه ها	ع	ان	را	گی	را	گی	را	گی
ی	دا	گی	ف	ن	ف	ن	ف	ن	ف
اماری	د	ن	معیا	پس	معیا	پی	معیا	پی	معیا
	پی	ر	آزم	ر	گی	ر	گی	ر	گی
	ش	پی	ون	پس	ری	پی	ری	پی	پی
	آزم	ش	ازم	ازم	ازم	ازم	ازم	ازم	ازم
	ونها	ونها	ونها	ونها	ونها	ونها	ونها	ونها	ونها
خود	آزما	۱	۷۳	۶۲	۳۳	۱۰۹	۷۳	۳۶	۳۶
کنترل	یش	۵	۳۸	۷	۵۴	۴	۴۹	۴	۴
ی	C								
	B								
	T								
کنتر	کنتر	۱	۳۳	۲۸	۴۰	۲۶	۷۳	۳۳	۳۳
ل	ل	۵	۴۰	۷	۳۸	۷	۳۶	۷	۷
دشوا	آزما	۱	۱/۸	۹۱	۴۰	۸۳	۸۰	۹۵	۹۵
ری	یش	۵	۳۰	۲	۶۹	۶	۷۷	۵	۵
تنظیم	C								
هیجا	B								
ن	T								
کنتر	کنتر	۱	۱/۸	۸۳	۱۱	۷۷	۱۰۷	۷۱	۷۱
ل	ل	۵	۰۸	۲	۴	۲	۱۱	۲	۲
									۹
تاب	آزما	۱	۲۶	۸۴	۴۰	۱۱	۲۶	۱۰۵	۱۰۵
آوری	یش	۵	۵۸	۱	۸۱	۱	۷۳	۱	۱

هفتم
درمان
آشنایی
الف - مرور تکالیف
باورهای
درمانجویان با
جلسه قبل و بررسی
بینابینی
باور بینابینی " موفقیت و یا عدم
ترس از نتایج
موفقیت مراجعان در
مثبت " و روش
انجام تکالیف
تغییر آن به
ب - بحث
منظور درمان و
درخصوص باور
آشنایی عملی با
ترس از نتایج مثبت
یکی از روشهای
ج - بحث در
مواجهه در
خصوص روش
جلسه درمان به
درمان ترس از نتایج
منظور تغییر
مثبت از طریق
ازمایشهای رفتاری
باورها
د - بحث در
خصوص باور یا
باورهای بینابینی
غالب و تعیین باور
غالب در هر فرد به
منظور تمرکز درمانی
بر روی آن
ه - بحث در
خصوص شیوه
استفاده از روش " بی
آبی " به منظور
تضعیف باورها
هشتم
پیشگیری
مقابله با استرس
راهنمای آموزش
از عود
مقابله با استرس ها
(ایزدی و همکاران،
۱۳۹۱).

نتایج

به منظور بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی استفاده گردیده است و نتایج در جداول زیر ارائه شده است.

C	ری						
B	روان						
T	شناختی						
	کنترل	۱	۱۳	۸	۹۰	۹۰	۰۹
	ل	۵	۹۲	۱		۱	۱

C							
B							
T							
	کنترل	۱	۴۰	۶۳	۵۳	۵۸	۲۶
	ل	۵	۵۴	۱	۵۱	۱	۴۹
	انعطا	۱	۸۶	۷۷	۲۰	۲۷	۸۰
	ف	۵	۸۲	۲	۱۲	۷	۱۱
	پندی			۲			۷

آوری و انعطاف پذیری روانشناختی گروه آزمایش در پس آزمون افزایش معناداری داشته و نمرات دشواری تنظیم هیجان کاهش معناداری داشته و در مرحله پیگیری نیز ثابت مانده است.

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه را در گروه کنترل و آزمایش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری درمان شناختی رفتاری نشان می دهد. با توجه میانگین ها مشاهده می شود نمرات خودکنترلی، تاب

تاب	آزما	پی	۱۵	۹۴	۳۹۵	۱۱۹	۸۴۴
آوری	یش	ش	۰/۱	۰	۰/	۰	۰
	آزم	ون					
	پس	آزم	۱۵	۹۶	۷۴۸	۳۶۹	۵۴۵
	یش	ون	۰/۳	۰	۰/	۰	۰
	پیگ	یری	۱۵	۹۲	۲۵۹	۳۳۰	۹۴۴
	یش		۰/۹	۰	۰/	۰	۰
انعطا	آزما	پی	۱۵	۹۱	۱۸۱	۷۴۳	۱/۱۲
ف	یش	ش	۰/۸	۰	۰/	۰	۰
	آزم	ون					
	پس	آزم	۱۵	۹۲	۱۹۳	۱۰۷	۱/۴۲
	یش	ون	۰/۰	۰	۰/	۰	۰
	پیگ	یری	۱۵	۸۸	۰۶۳	۲۴	۱/۵۶
	یش		۰/۸	۰	۰/	۰	۰

جدول ۲. نتایج آزمون شاپیرو ویلک متغیرهای

مورد مطالعه							
شاخ	گروه	مر	ت	آما	سطح	چو	کشی
صهای	ها	حله	عد	ره	معناد	لگی	دگی
اماری		اد		اری			
خودک	آزما	پی	۱۵	۹۳	۲۷۴	۷۱۹	۳۴۵
ترلی	یش	ش	۰/۰	۰	۰/	۰	۰
	آزم	ون					
	پس	آزم	۱۵	۹۶	۷۹۱	۰۳۲	۵۷۴
	یش	ون	۰/۶	۰	۰/	۰	۰
	پیگ	یری	۱۵	۹۴	۴۱۶	۵۸۸	۱/۸۵
	یش		۰/۳	۰	۰/	۰	۰
	آزما	پی	۱۵	۹۵	۶۱۴	۰۹۹	۳۱۵
	یش	ش	۰/۵	۰	۰/	۰	۰
	آزم	ون					
	پس	آزم	۱۵	۹۵	۶۵۵	۲۴۲	۹۰۹
	یش	ون	۰/۸	۰	۰/	۰	۰
	پیگ	یری	۱۵	۹۶	۷۸۹	۰۵۴	۲۴۶
	یش		۰/۶	۰	۰/	۰	۰

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود سطوح احتمال معناداری در کلیه متغیرهای تحقیق در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، بزرگتر از سطح خطا ۰/۰۵ می باشد. با توجه به مقدار سطوح معناداری، توزیع داده ها منطبق بر

توزیع نرمال قلمداد می‌گردد. مقدار چولگی مشاهده شده برای متغیرهای مورد مطالعه در بازه (۲، -۲) قرار دارد. یعنی از لحاظ چولگی متغیرها مورد بررسی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نرمال بوده و توزیع آن متقارن است. مقدار کشیدگی متغیرها به ترتیب هم در بازه (۲، -۲) قرار دارد. این نشان می‌دهد توزیع متغیرها از کشیدگی نرمال برخوردار است.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر برای بررسی درمان شناختی رفتاری بر متغیرهای پژوهش

متغیر	نام آزمون	مقدار فرضی	اشتباه DF	میزان F	سطح معناداری
خودک	آزمون ن اثر	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۹
نترلی	آزمون لامبدا	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۹
پیلای	آزمون ن اثر	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۹
ی	آزمون لامبدا	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۹
ویلکز	آزمون ن اثر	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۹
آزمون	آزمون ن اثر	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۹
هتلین	آزمون لامبدا	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۹
گ	آزمون ن اثر	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۹
دشواری	آزمون ن اثر	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۹
ی	آزمون لامبدا	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۹
تنظیم هیجان	آزمون ن اثر	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۹
ی	آزمون لامبدا	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۹
ویلکز	آزمون ن اثر	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۹

آزمون	۳۱	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۰۰	اثر	۴	۵۸	۰
هتلین						گ			
آزمون	۳۱	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۰۰	بزرگ	۴	۵۸	۰
ترین						ریشه			
روی						تاب	۷۴۵	۲۷	۱/۳
آزمون	۳۱	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۰۰	ن اثر	۰/	۴۱	۰
پیلای						آزمون	۲۴۶	۲۷	۱/۳
لامبدا						ی	۰/	۴۱	۰
ویلکز						آزمون	۱۰۵	۲۷	۱/۳
آزمون	۱۰۵	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۰۰	اثر	۳	۴۱	۰
هتلین						گ			
آزمون	۱۰۵	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۰۰	بزرگ	۳	۴۱	۰
ترین						ریشه			
روی						آزمون	۸۱۵	۲۷	۱/۳
آزمون	۸۱۵	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۰۰	ن اثر	۰/	۵۹	۰
پیلای						آزمون	۱۸۵	۲۷	۱/۳
انعطاف						لامبدا	۰/	۵۹	۰
پذیری						ی			
روانشن						ویلکز			
آختی						آزمون	۱۴۱	۲۷	۱/۳
آزمون	۱۴۱	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۰۰	اثر	۴	۵۹	۰
هتلین						گ			
آزمون	۱۴۱	۲	۲۷	۱/۳	۰/۰۰۰	بزرگ	۴	۵۹	۰

				۲۸	۷۱	خ	
					۳۱۷	طا	
					.		
۹	/۰۰۰	۰۵	/۳۴	۱	/۳۴	ب	دشوا
/۶	۰	۷/	۹۶۰		۹۶۰	دو	ری
۰		۴۷	۷۹۳		۷۹۳	ن	تنظیم
						مد	هیجا
						ن	اخ
						له	
۲	/۰۰۰	۹۱	/۱۰	۱	/۱۰	گر	
/۲	۰	۷/	۱۰۱		۱۰۱	وه	
۰			۷۶		۷۶		
						خ	
				۲۸	/۸۸	خ	
					۱۲۸	طا	
				۶	۱۰		
۹	/۰۰۰	۸۸	/۳۷	۱	/۳۷	ب	
/۵	۰	۵/	۳۳۸		۳۳۸	دو	تاب
۰		۴۰	۸۰۵		۸۰۵	ن	آور
						مد	ی
						اخ	
						له	
۳	/۰۰۱	۳۰	/۸۴	۱	/۸۴	گر	
/۲	۰	۱/	۸۳۳		۸۳۳	وه	
۰		۳	۲		۲		

ترین
ریشه
روی

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود یافته های حاصل حاکی از این است که مقدار F های چند متغیری در سطح $P < 0/000$ از لحاظ آماری معنادار است. لذا می توان گفت درمان شناختی رفتاری بر خودکترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی تاثیر دارد. برای پی بردن به این اثر از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید.

جدول ۴: تأثیرها بین موردی(تعاملی) متغیرهای وابسته پس آزمون

متغیر م	م	مج	در	در	می	F	Sig.	ض
ن	ن	مو	جه	ان	ان		معناد	ی
بع	ع	آ	آ	گی	ب		اری	ب
مج	ذ	د	ن	ن	اتا			اتا
ذور	ی	مج	ذور	ذور	ها			ها
ها	df	ها	ها	ها	ها			ها
خود	ب	۱۱۷	۱	۱۱۷	۱۳	۳	/۰۰۰	۹
کنتر	دو	۱۶۶		۱۶۶	۱۴	۱۴	۰	/۸
لی	ن	۷۵۴		۷۵۴	۷	۷		۰
	مد							
	اخ							
	له							
	گر	۱۷۷	۱	۱۷۷	۴۹	۴۹	/۰۰۰	۳
	وه	۱۸۶		۱۸۶	۱/	۱/	۰	/۷
		۷		۷	۶	۶		۰

خ	۱۱	۲۸	۳۹	خ	گر	۱۶۷	۱	۱۶۷	۹۰	۱۰۰۰	۳
ط	۱۷۵	۶۲۶	تی	وه	۶۴۳	۶۴۳	۱	۶۴۳	۱	۰	۷
	۳۹				۴	۴	۶	۴			۰
انعطاف	ب	۱۵۰	۱	۱۵۰	۵	۱۰۰۰	۹	خ	۱۶۸	۲۸	۱۶۶
ف	دو	۸۸۵	۲۳	۸۸۵	۰	۸	۰	ط	۱۰۶	۳۸۰	
پذیری	ن	۰۶۲	۲	۰۶۲	۰	۰			۵۸		
ری	مد										
روا	اخ										
نشن	له										

معنادار داشته است. در این بین میزان تأثیر در تاب آوری برابر با (۳۲) است، یعنی ۳۲ درصد تفاوت بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون و پیگیری مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری است.

و برای متغیر انعطاف پذیری روانشناختی نیز نسبت F بدست آمده ($F_m=16/90$) در سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی داری ۰/۰۵ از نسبت F جدول بحرانی ($F_p=4/20$) بزرگتر می باشد، بدین منظور درمان شناختی رفتاری بر افزایش انعطاف پذیری روانشناختی اثر معنادار داشته است. در این بین میزان تأثیر در انعطاف پذیری روانشناختی برابر با (۳۷) است، یعنی ۳۷ درصد تفاوت بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس-آزمون و پیگیری مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر خودکنترلی، دشواری تنظیم هیجان، تاب آوری و انعطاف پذیری روانشناختی در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر خودکنترلی تأثیر معنادار داشته است؛ بدین منظور که موجب افزایش خودکنترلی شده است. این یافته با نتایج پژوهش صادقی و همکاران (۱۳۹۹) و زیدی و همکاران

در جدول ۴ برای متغیر **خودکنترلی** نسبت F بدست آمده ($F_m=16/49$) در سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی داری ۰/۰۵ از نسبت F جدول بحرانی ($F_p=4/20$) بزرگتر می باشد، بدین منظور درمان شناختی رفتاری بر افزایش خودکنترلی اثر معنادار داشته است. در این بین میزان تأثیر در خودکنترلی برابر با (۳۷) است، یعنی ۳۷ درصد تفاوت بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون و پیگیری مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری است.

همچنین برای متغیر **دشواری تنظیم هیجان** نسبت F بدست آمده ($F_m=7/91$) در سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی داری ۰/۰۵ از نسبت F جدول بحرانی ($F_p=4/20$) بزرگتر می باشد، بدین منظور درمان شناختی رفتاری بر کاهش دشواری تنظیم هیجان اثر معنادار داشته است. در این بین میزان تأثیر در دشواری تنظیم هیجان برابر با (۲۲) است، یعنی ۲۲ درصد تفاوت بین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون و پیگیری مربوط به تأثیر درمان شناختی رفتاری است.

در این جدول برای متغیر **تاب آوری** نسبت F بدست آمده ($F_m=13/30$) در سطح اطمینان ۹۵ درصد و سطح معنی داری ۰/۰۵ از نسبت F جدول بحرانی ($F_p=4/20$) بزرگتر می باشد، بدین منظور درمان شناختی رفتاری بر افزایش تاب آوری اثر

ضمناً دیدگاه شناختی-رفتاری مبتنی بر کاهش خطاهای شناختی است و برای هر مشکلی، خطای شناختی مرتبط با آن مشکل، شناسایی و کنترل می شود در مقوله مشکلات تنظیم هیجان، خطاهای شناختی زیادی توسط متخصصان شناسایی و از قبل به عنوان الگوی کاربردی تعریف شده است. این خطاهای شناخته شده که منجر به مشکلات هیجانی در افراد می شوند عبارتند از: ذهن خوانی، پیشگویی کردن، فاجعه سازی، انتزاع انتخابی، تعمیم بیش از حد و استدلال هیجانی. بنابراین، می توان انتظار داشت که کنترل و تعدیل این تحریف های شناختی، تأثیر قابل توجهی بر کاهش و درمان مشکلات تنظیم هیجانی داشته باشد. بنابراین، از نظر تئوریک نیز، میتوان انتظار داشت که در هر جایی صحبت از مهارت های کنترل هیجانی و تنظیم هیجان به میان بیاید، قطعاً نام تکنیک های شناختی-رفتاری نیز در کنارش خواهد آمد.

نتیجه دیگر حاصل از بررسی فرضیه پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر تاب آوری مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی تأثیر معنادار داشته است؛ بدین منظور که موجب افزایش تاب آوری در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی شده است. این یافته با نتایج دانا و همکاران (۱۳۹۸) و ونسر و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در ارتباط با این اثربخشی می توان گفت که درمان ناخشی رفتاری می تواند تاب آوری را ارتقا داده به این معنی که افراد تحت این نوع مداخله می توانند سازگاری خود را با استرس تقویت نمایند و با تغییرات نامساعد زندگی بهتر کنار بیایند. توان بازگشت به شرایط مطلوب بعد از مشکلات را داشته باشند. همچنین افراد امید خود را به هنگام شکست از دست نمی دهند و احساسات ناخوشایند خود همچون ترس و خشم را بهتر کنترل می کنند. افراد دارای تاب آوری پایین به جای این که خود را برای مقابله مؤثر و سازگارانه با مشکلات زندگی شان توانمند سازند اغلب عقایدی منفی را دربار خودشان پرورش می دهند و به اعمالی روی می آورند که سلامتی افراد را تحت تأثیر قرار دهد. عدم تاب آوری در

(۲۰۲۰) همخوان است. در تبیین یافته های این مطالعه می توان گفت روش شناختی رفتاری با تأکید بر به تأخیر انداختن نیازها و خواسته های آنی، توجه به پیامدها و تأکید بر پاداشهای درازمدت سبب افزایش خودبازداری در افراد می گردد. همچنین افرادی که قادر به مدیریت خشم هستند در کنترل هیجانهای منفی خود موفقتر عمل می کنند و این مسأله به برقراری روابط بین فردی آنان کمک می کند. بنابراین خودبازداری به عنوان توانایی پیروی از درخواستهای معقول، تعدیل رفتارها مطابق با موقعیت، به تأخیر انداختن ارضاء یک خواسته در چارچوب پذیرفته شده اجتماعی به افراد کمک می کند. از طرف دیگر در بسیاری از موارد تلاش برای مهار رفتارهای تکانه ای و عدم توفیق در کنترل آنها به احساس شرم و سرزنش خود و اضطراب منجر می شود. در این مورد نیز روش شناختی رفتاری با ارائه راهکارهای مناسب خلق و روحیه افراد را بهبود می بخشد و خودبازداری را افزایش می دهد. بنابراین بطور کلی روش شناختی رفتاری با تأکید بر مدیریت و اداره هیجانانگیز از جمله خشم و کنترل تکانه ها، مسؤلیت پذیری، حس خودارزشمندی، خویششننداری، مراعات دیگران و جلوگیری از رفتارهای تکراری سبب تقویت سیستم خودبازداری در افراد می شود و از این طریق باعث افزایش میزان آمادگی فرد برای مقابله و اجتناب از رفتارها و افکار تکراری می گردد.

نتیجه دیگر به دست آمده نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر دشواری تنظیم هیجان مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی تأثیر معنادار داشته است؛ بدین منظور که موجب کاهش دشواری تنظیم هیجان در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی شده است. این یافته با نتایج تقوی زاده و همکاران (۱۳۹۸) و کلن استابر و همکاران (۲۰۱۹) همسو است. در ارتباط با این اثربخشی می توان گفت که با توجه به ماهیت درمان شناختی-رفتاری که درمانی مبتنی بر کنترل هیجانانگیز و آگاهی و پردازش بدون تحریف و کارآمد هیجانانگیز است؛ بنابراین می توان انتظار داشت که بیش از هر مؤلفه ای، این درمان، بر مؤلفه تنظیم هیجان تأثیر داشته باشد.

مداوم با موقعیتهای بیرونی برانگیزاننده‌ی شناختهای منفی، مواجه هستند، عدم پذیرش این بخش از نظام ذهنی می‌تواند به کاهش سطح انعطاف پذیری روانشناختی و افزایش اجتناب از توجه و پذیرش دنیای ذهنی درونی منتج شود. افراد مبتلا به وسواس، تا زمانی که با مسئله‌ی وسواس-اعمال و افکار تکراری- خود، روبه‌رو هستند، به‌طور مداوم با موقعیت‌هایی روبه‌رو خواهند شد که شناخت‌های منفی آنان در مورد وسواس را فعال خواهد کرد. بنابراین صرف جبهه‌بندی و چالش مستقیم با این جنبه‌های شناختی، در درازمدت می‌تواند اثرزنی روانی زیادی از این افراد برده و به کاهش انعطاف‌پذیری روانشناختی آنان گردد. این درحالی است که بسیاری از افراد دارای وسواس، استعداد ژنتیکی داشته و شاید به دلایل مختلف قادر نباشند که به‌طور بادوامی به اعمال و افکار کاملاً بهنجار و مطلوب رسیده و آن را حفظ نمایند. بنابراین آنچه که برای این دسته از افراد، بیش از مسئله‌ی وسواس اهمیت دارد، این است که در کنار تلاش در جهت کاهش وسواس، بتوانند این موضوع را به عنوان جزئی طبیعی از زندگی خود پذیرفته و اثرزنی روانشناختی خود را کاملاً معطوف و متمرکز بر این بعد از زندگی خویش نگردانند. تمرکز ذهنی زیادی که این افراد صرف تسلیم شدن یا چالش با جنبه‌های شناختی مربوط به اعمال و افکار تکراری می‌کند، سیالی و روانی ذهنی آنها را سلب نموده و به عبارت بهتر، انعطاف‌پذیری روانشناختی آنان را که می‌تواند سرمایه‌ی عظیمی برای کارکرد مطلوب در زمینه‌های مختلف روانشناختی و اجتماعی باشد، تضعیف می‌نماید. به همین دلیل است که تأکید رویکرد شناختی-رفتاری بر چالش و مقابله‌ی مستمر با شناختهای ناکارآمد، می‌تواند به افزایش سطح انعطاف‌پذیری افراد دارای وسواس منجر گردد.

تقدیر و تشکر

افراد با مشکلاتی مانند درونی‌سازی، تکانش پذیری و کمتر واکنشی ضعیف همراه است. در مقابل تاب آوری بالا فرد را در مقابل الگوهای رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی و هیجانات منفی محافظت می‌کند. عامل دیگر کسب این نتایج به کاربرد روشهای شناختی رفتاری همچون آرمیدگی و تصویرسازی ذهنی باز می‌گردد که در این پژوهش از آن استفاده شده بود. عامل دیگر را می‌توان آموزش روش پیکان عمودی، روشهای به‌چالش کشیدن و تغییر باورها دانست که به‌گونه‌ای مؤثر در افزایش تاب آوری و خودکارآمدی کاربرد دارند. زیرا حالت‌های مثبت روانی مانند تاب آوری و خودکارآمدی اغلب به وسیله تفکر مثبت تداوم و شدت می‌یابد. این رویکرد بر این باور است که افراد به‌گونه‌ای انتخابی به داده‌های همخوان با باورهای قبلی توجه می‌کنند. چنین فرآیندی درباره یادآوری نیز درست است. افراد به‌گونه‌ای انتخابی چیزهایی را به یاد می‌آورند که با اطلاعات قبلی آنها هماهنگ است. همچنین روشهایی مثل آرام بخشی عضلانی، برنامه ریزی فعالیت و تنفس صحیح می‌تواند بر افزایش تاب آوری مؤثر باشد. نتیجه دیگری که از بررسی فرضیه پژوهش حاصل گردید حاکی از این امر بود که درمان شناختی رفتاری بر انعطاف‌پذیری مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی تأثیر معنادار داشته است؛ بدین منظور که موجب افزایش انعطاف‌پذیری روانشناختی در مراجعین مبتلا به وسواس فکری عملی شده است. این یافته با نتایج حیدری و همکاران (۱۳۹۸) و دهقانیان و آقازاده (۱۳۹۶)، فنایی و همکاران (۱۳۹۴)، فاضلی و همکاران (۱۳۹۳) همسو است. در ارتباط با این اثربخشی می‌توان گفت که این رویکرد، بر چالش صریح و مستقیم با جنبه‌های شناختی منفی، ممکن است به نوعی اجتناب مفرط از جنبه‌های منفی ذهنی و در نتیجه عدم توانایی پذیرش فرد نسبت به این بخش از سیستم روانشناختی خود، منجر شود. این درحالی است که ابعاد شناختی منفی، جزئی طبیعی از نظام ذهنی افراد است. بویژه در افرادی که به‌طور

در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

"این مقاله مستخرج از رساله دکترای تخصصی نویسنده اول در واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران می- باشد." و دارای کد اخلاق IR.IAU.SARI.REC.1400.006 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری می‌باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

References

1. Taghavizadeh, Mehdi. Akbari, Bahman. Hossein Khanzad, Abbas Ali. Haqiqi, Mohsen. (2018). Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral treatments and acceptance and commitment on emotion regulation and extreme responsibility of obsessive-compulsive personality disorder. *Quarterly Journal of Applied Psychological Research*, 2, 10, 119-136.
2. Hossein Esfandzad Ali, Shams Gitti, Pasha Maithami Ali, Erfan Arefe. (2015). The role of mindfulness, emotional regulation, distress tolerance and effective communication with others in predicting obsessive-compulsive symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 22 (4):283-270
3. Heydari, Fatima. Asgari, Parviz. Haydari, Alireza. Pasha, Reza (2017). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on psychological flexibility and rumination in patients with non-cardiac chest pain. *Community Health Research Paper*, Volume 12, Number 1, pp. 29-40.
4. Dana, Amir. Soltani, Narges. Fathizadan, Azam. Rafiei, Saleh. (2018). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on mindfulness on the cognitive abilities and resilience of blind athletes. *Studies in Sport Psychology*, 27, 156-143.
5. Dehghanian, Anna. Aghazadeh, Jafar. (2016). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy group on cognitive flexibility and anxiety symptoms of women referring to counseling centers in Tabriz. *International congress of global achievements of social sciences, psychology and educational sciences*.
6. Shafii Kahani Taktam, Hosni Jafar, Shakri Mohammad. (1400). The role of self-efficacy, resilience and cognitive emotion regulation in predicting obsessive-compulsive symptoms in the general population. *Scientific Research Quarterly Journal of Psychological Sciences*. 20 (107): 2095-2106
7. Sadeghi, Massoud; Sarani, conductor; Sabobar, Abbas; Askari, Morteza. (2019). Effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on self-control, self-inhibition and dysfunctional attitudes in people suffering from substance abuse. *Psychological Development*, 9, 10, 78-67.
8. Fanai, Saeeda; Habib Elahi, Azam; Ghazanfari, Ahmed. (2014). Group-based cognitive-behavioral therapy on mental health and psychological flexibility of overweight people. *Journal of Cognitive Psychology and Psychiatry*, 2, 2, 28-38.
9. Ganji, Hamza. (2016). *Psychopathology according to DSM5*. Tehran: Savalan.
10. Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2017). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Psychology Review*. 30(2), 217-2137
11. Benetti, C., & Kambouropoulos, N. (2016). Affect- regulated indirect effects of trait anxiety and trait resilience on self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 41 (2), 341 –352.
12. Berman, N. C., Shaw, A. M., & Wilhelm, S. (2018). Emotion regulation in patients with obsessive compulsive disorder: Unique effects for those with "taboo thoughts". *Cognitive Therapy and Research*, 42 (5), 674 –685.
13. Braunstein, L. M., Gross, J. J., & Ochsner, K. N. (2017). Explicit and implicit emotion regulation: a multi - level framework. *Soc Cogn Affect Neurosci*, 12 (10), 1545 –1557.
14. 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, 103-113.
15. Darby, K.P., Castro, L., Wasserman, E.A., Slutsky, V.M. (2018). Cognitive flexibility and memory in pigeons, human children, and adults. *Cognition*, 177, 30-40.
16. Den Ouden, L., Tiego, J., Lee, R. S., Albertella, L., Greenwood, L. M., Fontenelle, L., ... & Segrave, R. (2020). The role of Experiential Avoidance in transdiagnostic compulsive behavior: A structural model analysis. *Addictive Behaviors*, 108, 106464.

17. 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.
18. Ferreira M, Marques A, Gomes PV.(2021). Individual Resilience Interventions: A Systematic Review in Adult Population Samples over the Last Decade. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jul 16; 18(14):7564.
19. Gentes, E. L., & Ruscio, A. M. (2011). A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive–compulsive disorder. *Clinical psychology review*, 31(6), 923-933.
20. Hunt, C. (2021). Differences in OCD symptom presentations across age, culture, and gender: A quantitative review of studies using the Y –BOCS symptom checklist. *Journal of Obsessive - Compulsive and Related Disorders*, 26 (17), 100533.
21. Kashdan, J., Roitenberg, J. (2010). "Psychological flexibility as a fundamental aspect of health". *Clinical Psychology Review*. 30 (7). 865-878.
22. Kleinstaubner, M., Allwang, C., Bailer, J., Berking, M., Brunahl, C., Erkić, M., Gitzen, H., Gollwitzer, M., Gottschalk, J. M., Heider, J., Hermann, A., Lahmann, C., Lowe, B., Martin, A., Rau, J., Schroder, A., Schwabe, J., Schwarz, J., Stark, R., Weiss, F. D., & Rief, W. (2019). Cognitive Behaviour Therapy Complemented with Emotion Regulation Training for Patients with Persistent Physical Symptoms: A Randomised Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(5), 287-299.
23. Layne, C. M., Greeson, J. K., Ostrowski, S. A., Kim, S., Reading, S., Vivrette, R. L., Briggs, E. C., Fairbank, J. A., & Pynoos, R. S. (2014). Cumulative Trauma Exposure and High –Risk Behavior in Adolescence: Findings from the National Child Traumatic Stress Network Core Data Set. *Psychol. Trauma -Theory Res Pract Policy*, 6 (1), S40 –S49.
24. Moreira, P.S., Marques, P., Magalhães, R., Esteves, M., Sousa, N., Soares, J.M., Morgado., P. (2019). The resting-brain of obsessive–compulsive disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 290, 38–41.
25. Oshio, A., Taku, K., Hirano, M., Saeed, G. (2018). Resilience and Big Five personality traits: A meta-analysis. *Personality and Individual Differences*, 127: 54-60.
26. Rebekah, L. & Mark, L. (2014). Selfcontrol linked with restricted emotional extremes. *The Journal of Personality and Individual Differences*. 58 (4), 4853.
27. Trafford, A. A., Wroe, A. L., Brown, G., & Luzon, O. (2018). What You See is What You Do: Imagery and the Moral Judgements of Individuals with OCD. *Journal of Obsessive -Compulsive and Related Disorders*, 16 (1), 50 -55.
28. Wesner AC, Behenck A, Finkler D, Beria P, Guimarães LSP, Manfro GG, Blaya C, Heldt E . (2019). Resilience and coping strategies in cognitive behavioral group therapy for patients with panic disorder. *Archives of psychiatric nursing*, 33(4), 428-433
29. Zeidi IM, Divsalar S, Morshedi H, Alizadeh H.(2020). The effectiveness of group cognitive-behavioral therapy on general self-efficacy, self-control, and internet addiction prevalence among medical university students. *Soc Health Behav* .3:93-102

Original Article

The effectiveness of cognitive behavioral therapy on self-control, difficulty in regulating emotion, resilience and psychological flexibility in patients with obsessive-compulsive neurosis

Received: 20/12/2021 - Accepted: 02/03/2022

Rafoune Ghafari Cherati 1
Hoseinali Ghanadzadgan 2*
Mohamadkazem Fakhri 3

1 PhD student General Psychology ,
Department of Psychology, Sari
Branch , Islamic Azad University, Sari
,Iran.

2 Assistant Professor Department of
Psychology , Sari Branch, Islamic Azad
University, Sari, Iran.)Corresponding
author(

3 Assistant Professor Department of
Psychology , Sari Branch, Islamic Azad
University, Sari, Iran.

Email: ghanad.hamid@yahoo.com

Abstract:

Introduction: This study aimed to determine the effectiveness of cognitive-behavioral therapy on self-control, difficulty in emotion regulation, resilience and psychological resilience in patients with obsessive-compulsive disorder.

Materials and Methods: The research was quasi-experimental with a pre-test-post-test design with control and follow-up groups. The statistical population of this study was all patients with obsessive-compulsive disorder referred to psychotherapy centers in Babol in the spring of 1400. Among the psychotherapy centers in Babol, four centers were considered and according to the clinical diagnosis with DSM5 criterion, 30 patients had obsessive-compulsive disorder. 30 patients with obsessive-compulsive disorder were purposefully selected and randomly assigned to an experimental group (15 people) and a control group (15 people). Data collection tools were a self-control questionnaire, emotion difficulty questionnaire, resilience questionnaire and psychological flexibility questionnaire. Data were analyzed using SPSS-21 software and statistical tests of analysis of variance with repeated measures and post hoc tests

Results: Findings showed that cognitive-behavioral therapy affects self-control, difficulty in emotion regulation, resilience and psychological flexibility in clients with practical obsession.

Conclusion: Conclusion: Based on the findings of the research, it can be concluded that cognitive behavioral therapy is an effective treatment for increasing self-control, reducing the difficulty of emotion regulation, increasing resilience and psychological flexibility in patients with obsessive compulsive disorder.

Key words : cognitive behavioral therapy, self-control, emotion regulation difficulty, psychological resilience and flexibility, practical obsession

Acknowledgement: There is no conflict of interest`