

مقایسه اثربخشی مدل درمانی رویارویی و بازداری از پاسخ و روش کاهش فکر خطرناک بر کاهش ناگویی خلقی و اجتناب شناختی بیماران وسواسی

نسیم پاک‌نیا*، عباس میرزائی**، جواد جهان***،

یوسف رنجبر سودجانی✉**** و سرورالسادات سیاح*****

چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مدل درمانی رویارویی و بازداری از پاسخ و روش کاهش فکر خطرناک بر کاهش ناگویی خلقی و اجتناب شناختی بیماران وسواسی انجام شد. این مطالعه از طرح‌های نیمه آزمایشی با مدل پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری کلیه بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی را شامل می‌شد که در سال ۱۳۹۵ به مراکز مشاوره شهرکرد مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها ۴۸ نفر به صورت نمونه‌گیری داوطلبانه مبتنی بر هدف، انتخاب و سپس در سه گروه ۱۶ نفره به صورت تصادفی گمارده شدند. مراجعان گروه اول روش درمانی کاهش فکر خطرناک و مراجعان گروه دوم روش درمانی رویارویی و بازداری از پاسخ را به صورت انفرادی، هر درمان را به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، دریافت کردند. برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های اجتناب شناختی سکستون و داگاس و آلکسی تایمیا استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی فیشر تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش درمانی رویارویی و بازداری از پاسخ و کاهش فکر خطرناک بر کاهش شناختی اثربخش هستند، اما تفاوت معناداری بین اثربخشی این دو شیوه درمانی بر کاهش ناگویی خلقی بیماران وسواسی وجود دارد. بر اساس یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که روش درمانی کاهش فکر خطرناک اثربخش‌تر از روش درمانی رویارویی و بازداری از پاسخ بر ناگویی خلقی و اجتناب شناختی بیماران وسواسی است.

کلیدواژه‌ها: اجتناب شناختی، رویارویی، فکر، ناگویی خلقی، وسواس

* کارشناس ارشد مشاوره توانبخشی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

** کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان، سمنان، ایران.

*** گروه علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه فرهنگیان، کرمانشاه، ایران.

**** باشگاه پژوهشگران جوان و نخبگان دانشگاه آزاد، اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران.

yusef137205@gmail.com

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

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱/۲۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۱/۴

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی^۱ (OCD) بیماری جدی، ناتوان کننده، ولی قابل درمان است. این بیماری از دو جزء وسواسی و اجباری تشکیل شده است (گلاس^۲، ۲۰۱۲). افسردگی، اضطراب و سوگیری توجه برای پردازش انتخابی اطلاعات مربوط به تهدید، پدیده‌های بالینی در این اختلال محسوب می‌شوند (میتووس، پدرسون و مانون^۳، ۲۰۱۰). شیوع OCD در جمعیت ایرانی ۱/۸ درصد (۷ درصد در مردان و ۱/۱ درصد در زنان) برآورد شده است (شمس، کرم قدیری، اسماعیلی ترکانبوری و ابراهیم‌خانی، ۱۳۸۴). امروزه همبودی^۴ یکی از مباحث جدی در آسیب‌شناسی وسواس است. بر اساس یافته‌های تحقیقاتی، تقریباً نصف تا سه چهارم افراد مبتلا به وسواس حداقل یک اختلال دیگر نیز دارند (کلارک و پوردان^۵، ۲۰۰۴). از میان اختلالاتی که همبودی بسیار بالایی با اختلال وسواس فکری- عملی دارد می‌توان به اختلال شخصیت اجتنابی^۶ اشاره کرد (رنجبر سودجانی، شریفی، سیاح و ملک محمدی گل، ۱۳۹۶).

اختلال شخصیت اجتنابی را اولین بار میلون^۷ (۱۹۹۷) نامگذاری کرد. از منظر رویکرد زیستی- اجتماعی و یادگیری او، الگوی فعال گسلیده^۸ در مقابل الگوی منفعل گسلیده^۹، دو نوع از شخصیت اسکیزوئید هستند. بعدها او به اختلال شخصیت اجتنابی به‌عنوان اختلال فراگیری اشاره کرد که تمام زندگی و شخصیت را به لحاظ جسمی، هیجانی، شناختی و رفتاری از جمله راهبردهای اجتنابی برای کاهش درد در این حوزه‌ها تحت تأثیر قرار می‌دهد (به نقل از ایکناس^{۱۰}، ۲۰۱۶). در راهنمای آماری و تشخیصی اختلال‌های روانی^{۱۱}

-
1. Obsessive Compulsive Disorder (OCD)
 2. Glass
 3. Minnotte, Pedersen and Mannon
 4. comorbidity
 5. Clark and Purdon
 6. avoidant personality disorder
 7. Millon
 8. active-detached
 9. passive-detached
 10. Eikenæs
 11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)

(DSM-5)، اختلال شخصیت اجتنابی یک الگوی فراگیر از بازداری از بازندارندگی اجتماعی، احساس بی‌کفایتی 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^۱، ۲۰۱۴). 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 (انجمن روان‌شناسی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). لی و چان^۳ (۲۰۱۲) در بررسی با افراد اجتنابی متوجه شدند که آن‌ها به شدت احساس تنهایی می‌کنند، با این وجود کناره‌گیری از دیگران را ترجیح می‌دهند تا خودشان را از طرد و انتقاد تهدید کننده دور نگه دارند؛ ولی در یک خود شیفتگی پنهان^۴، به خیال بافی درباره عظمت خودشان پناه می‌برند. شواهد پژوهشی مختلف نشان می‌دهد که انواع احساسات مزاحم و باورهای وسواسی به ایجاد و تداوم افکار ناکارآمد، احساس حقارت، بریدگی و حساسیت بیش از حد نسبت به ارزیابی منفی دیگران کمک می‌کند (ویتون، آبراموویتز، برمان، ریمان و هال^۵، ۲۰۱۰؛ مولایی، جانی، حامدی و جنگی فوجه‌بیگللو، ۱۳۹۳).

مطالعات پیشین مؤید پایین‌تر بودن تنظیم هیجان در افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی نسبت به افراد عادی است (علمردانی صومعه، نریمانی، میکائیلی و بشرپور، ۱۳۹۶). ناتوانی در پردازش شناختی^۶، اطلاعات هیجانی و تنظیم هیجان‌ها ناگویی خلقی یا هیجانی^۷ نامیده می‌شود (دودا، ایساک و چاتورودی^۸، ۲۰۰۳). ناگویی خلقی سازه‌ای است چندوجهی، متشکل از دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات برای دیگران، دشواری در تمایز بین احساسات و تهییج‌های بدنی مربوط به برانگیختگی هیجانی، قدرت تجسم محدود که بر حسب فقر خیال‌پردازی‌ها مشخص می‌شود و سبک شناختی عینی (غیرتجسمی)، عمل‌گرا و واقعیت‌مدار یا تفکر عینی (دودا و همکاران، ۲۰۰۳). این نارسایی مانع تنظیم هیجان‌ها شده،

-
1. Segal, Coolidge and Rosowsky
 2. America Psychological Association (APA)
 3. Li and Chan
 4. covert narcissism
 5. Wheaton, Abramowitz, Berman, Riemann and Hale
 6. cognitive processing
 7. alexithymia
 8. Duddu, Isaac and Chaturvedi

سازگاری موفقیت‌آمیز را مشکل می‌سازد، افراد مبتلا به ناگویی هیجانی از فقدان آهنگ کلام نیز رنج می‌برند و همچنین نقایص وسیعی در توانایی تشخیص محرک‌های هیجانی دارند (وایت، گرفت و گرویانو^۱، ۲۰۱۰). کانون^۲ (۲۰۰۹) اظهار داشت که ناگویی خلقی در بیماران با اختلالات روانی مختلف حاکی از آن است که سبک و سواسی قدرت‌مندترین پیش‌بین ناگویی خلقی است. نتایج مطالعات نیز نشان داده است که ناگویی هیجانی می‌تواند با ایجاد ناتوانی در پردازش شناختی، تنظیم هیجان‌ها و شناسایی و ابراز صحیح هیجان‌ها، باعث بروز مشکلاتی از قبیل اضطراب، افسردگی، احساس طرد و ناراحتی‌هایی از قبیل علائم جسمانی و کارکردهای اجتماعی و مشکلات بین شخصی و اختلالات شخصیتی در افراد شود (آقایوسفی و محمدزاده آدملایی، ۱۳۹۱).

پیشرفت‌های به‌دست آمده در درمان رفتاری و دارویی در سه دهه اخیر درمان این اختلالات شخصیت را بهبود بخشیده است. در سال ۱۹۹۵ انجمن روان‌شناسی آمریکا نشان داد که شیوه استاندارد درمان رفتاری رویارویی و بازداری از پاسخ^۳ (ERP) از درمان‌های تثبیت شده برای اختلال سواسی-اجباری به‌شمار می‌رود (بارلو و هافمن^۴، ۱۹۹۷). از دیدگاه این درمان، رفتارهای اجتنابی بیماران سواسی مانع رویارویی آن‌ها با افکار سواسی‌ای می‌شود که با اضطراب ارتباط پیدا کرده‌اند و اعمال سواسی به این رویارویی خاتمه می‌دهند. هر دو نوع رفتار اجتناب و اعمال سواسی بیمار را از رویارویی با افکار و موقعیت‌های برانگیزاننده این افکار باز می‌دارند. به این ترتیب اعمال سواسی و اجتناب مانع ارزیابی مجدد می‌شوند. (بارلو و همکاران، ۱۹۹۷). فوآ^۵، استکله، گریسو، ترنر و لاتیمر (۱۹۸۴) نتایج هجده پژوهش کنترل شده را تحلیل کردند و به این نتیجه دست یافتند که پس از اجرای روش رویارویی و بازداری از پاسخ نشانه‌های مرضی در ۴۸ درصد بیماران از بین رفته یا به‌طور ملاحظه‌پذیری بهبود یافته است. نتایج مطالعات حاکی از آن است که درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ به عنوان مداخله‌ای مؤثر در کاهش نشانه‌های اختلال سواسی-اجباری است (یعقوبی‌زاده و علیلو، ۱۳۹۵).

-
1. White, Craft and Gervino
 2. Cannon
 3. Exposure and Response Prevention (ERP)
 4. Barlow and Hofman
 5. Foa, Steketee, Grayson, Turner and Latimer

روش‌های شناختی در درمان اختلال وسواسی-اجباری در زمینه آماده کردن بیمار برای انجام اقدامات درمانی و کمک به پیش‌گیری از بازگشت او به وضعیت گذشته، پس از پایان دوره درمان کاربرد دارد (فوا و همکاران، ۱۹۸۴). جونزو و منزیس^۱ (۱۹۹۷، ۱۹۹۸) نشان دادند که از میان متغیرهای شناختی، «پیش‌بینی خطر» مهم‌ترین متغیر شناختی واسطه‌ای در اختلال وسواسی-اجباری است. آن‌ها با توجه به این یافته‌ها روش درمانی نوینی را طرح‌ریزی کردند. در این روش هدف اصلی درمانگر کاهش نگرش‌های مرتبط با خطر و پیامدهای ترس‌آور است. این روش درمانی «درمان از طریق کاهش فکر خطرناک»^۲ (DIRT) نام دارد. جونزو و منزیس (۲۰۰۱) دستاوردهای DIRT را مؤثر و کارآمدتر از دستاوردهای درمانی روش ERP گزارش کردند. در این رابطه، نتایج پژوهش اندوز، صاحبی و طباطبایی (۱۳۸۴) حاکی از آن بود که روش DIRT در درمان وسواس شستشو کارآمدتر و اثربخش‌تر از روش ERP است. داده‌های پژوهشی نیز نشان می‌دهند که درمان‌های رویارویی و بازداری از پاسخ در کاهش وسواس‌های فکری و عملی و افزایش کیفیت زندگی بیماران مؤثر است (نریمانی، ملکی پیربازاری، میکائیلی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۵؛ بابایی، اکبرزاده، نجل رحیم و پورشهریاری، ۱۳۸۹). بنابراین، در این مطالعه، پژوهشگران درصدد بودند تا این دو درمان را از نظر میزان بهبود ناگویی خلقی و اجتناب شناختی بیماران وسواسی مقایسه کنند. سؤال‌های زیر در پژوهش حاضر بررسی شد:

آیا مدل درمانی رویارویی و بازداری از پاسخ و روش کاهش فکر خطرناک بر کاهش نمرات ناگویی خلقی و اجتناب شناختی بیماران وسواسی دارای کارایی و اثربخشی است؟، کدام یک از این دو مدل درمانی بر کاهش نمرات ناگویی خلقی و اجتناب شناختی بیماران وسواسی اثربخش‌تر است؟

روش

این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با مدل پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی بود که در سال ۱۳۹۵ به مراکز مشاوره و مددکاری شهرکرد مراجعه کرده بودند. از میان آن‌ها ۴۸ نفر

-
1. Jones and Menzies
 2. Danger Ideation Reduction Therapy (DIR)

به صورت نمونه‌گیری داوطلبانه مبتنی بر هدف، انتخاب و سپس در سه گروه ۱۶ نفره به صورت تصادفی گمارده شدند. ابتدا پس از کسب مجوزهای لازم، اطلاعات کامل در زمینه پژوهش در اختیار مسئولان قرار داده شد و برای رعایت مسائل اخلاقی از کلیه بیماران برای شرکت در طرح پژوهشی رضایت آگاهانه کسب و توضیح داده شد که داده‌های پژوهش، صرفاً برای مقاصد پژوهشی استفاده می‌شود. ملاک‌های انتخاب ورود عبارت بودند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی و سواس فکری- عملی بر اساس DSM-5؛ تأیید تشخیص اختلال و سواس فکری- عملی بیماران توسط روان‌پزشک و روان‌شناس مسئول مرکز درمانی؛ دریافت نکردن درمان‌های روان‌شناختی از زمان تشخیص بیماری؛ عدم درمان دارویی و روانی- اجتماعی به صورت هم‌زمان. ملاک‌های خروج عبارت بود از ابتلا به اختلال اضطراب منتشر؛ ابتلا به رفتارهای کلیشه‌ای خودپذیر و غیرواقعی؛ ابتلا به اختلالات دوقطبی و اعتیاد به مواد افیونی و روان‌گردان‌ها. روش اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب آزمودنی‌ها و جایگزین کردن آن‌ها به سه گروه ۱۶ نفره و اجرای پیش‌آزمون‌ها، روش استاندارد (DIRT) بر روی گروه آزمایش اول و درمان (ERP) بر روی گروه آزمایش دوم، به صورت انفرادی، هر درمان، هفته‌ای ۲ بار در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای انجام شد؛ در حالی که گروه کنترل هیچگونه مداخله درمانی را دریافت نکردند.

ابزارهای پژوهش عبارت بودند از:

مقیاس آلکسی تایمیا^۱ (TAS-20): این مقیاس ۲۰ گویه‌ای را بگبی، پارکر و تیلور^۲ (۱۹۹۴) ساخته‌اند و آلکسی تایمیا را در سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساس (۷ گویه)، دشواری در توصیف احساس (۵ گویه) و تفکر برون‌مدار (۸ گویه) ارزیابی می‌کند. روش نمره‌گذاری این آزمون به شیوه لیکرت است. دامنه پاسخ به هر گویه شامل ۵ درجه از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق متغیر است. به پاسخ کاملاً مخالف، نمره (۱) و به پاسخ کاملاً موافق، نمره (۵) تعلق می‌گیرد و گویه‌های ۱۹، ۱۸، ۱۰، ۵، ۴ به دلیل منفی بودن به شیوه معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. به علاوه، نمره بالاتر نشان‌دهنده شدت بیشتر آلکسی تایمیا است. در نسخه فارسی این پرسشنامه، ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل آلکسی تایمیا و ۳ زیر مقیاس آن

1. Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20)

2. Bagby, Parker and Taylor

به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش شد. پایایی بازآزمایی آن در یک نمونه ۶۷ نفری در دو نوبت، با فاصله ۴ هفته از ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ برای نمره کل آلکسی تایمیا و زیرمقیاس‌های مختلف آن تأیید شد. روایی هم‌زمان آن نیز بر حسب همبستگی بین زیرمقیاس‌های این آزمون و مقیاس‌های هوش هیجانی، بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی بررسی و تأیید شد (زکی‌بی، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر اعتبار کل مقیاس با استفاده از روش دونیمه‌سازی و بازآزمایی ۰/۷۳ و ۰/۷۱ و روایی مقیاس را ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه اجتناب شناختی سکستون و داگاس^۱ (CAQ): این پرسشنامه را سکستون و داگاس (۲۰۰۴) برای سنجش اجتناب شناختی در قالب ۲۵ گویه ساخته‌اند و ۵ راهبرد شناختی را می‌سنجد که عبارت هستند از: ۱- واپس‌زنی افکار نگران‌کننده؛ ۲- جانشینی افکار مثبت به جای افکار نگران‌کننده؛ ۳- استفاده از توجه برگردانی برای قطع کردن روند نگرانی؛ ۴- اجتناب از موقعیت‌ها و فعالیت‌های فعال‌ساز افکار نگران‌کننده و ۵- تغییر تصاویر ذهنی به افکار کلامی. برای به دست آوردن نمره کلی این پرسشنامه باید نمرات هر عامل را با هم جمع کرد و نمره وارونه نیز ندارد. نتایج پژوهش سکستون و همکاران (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. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه اجتناب شناختی، ۰/۸۵ به دست آمد.

برای جلسات درمان رویارویی و بازداری از پاسخ و کاهش فکر خطرناک، از کتابچه راهنمای جونز و همکاران (۲۰۰۱) بهره گرفته شد.

جدول ۱: خلاصه چارچوب اصلی جلسه‌های درمانی

درمان DIRT				
هدف کلی جلسات	محتوای جلسات	تغییر رفتار مورد نظر	تکالیف	
۱	آشنایی با درمان DIRT و ایجاد رابطه صمیمانه با مراجع.	آشنایی با منطق درمان و قوانین کلی و ثابت جلسه‌ها و تنظیم قرارداد	-	تهیه سلسله مراتبی از افکار وسواسی
۲	شناسایی افکار مزاحم	آموزش شناسایی افکار مزاحم مرتبط با وسواس جبری و تهیه فهرست آن	افزایش توانایی شناسایی افکار مزاحم	تهیه فهرستی از افکار مزاحم
۳	تأکید بر مؤلفه‌های شناختی	ارائه منطق شناخت درمانی و الگوی نظری شناختی هیجان‌ها.	کاهش آشفتگی‌های هیجانی	ثبت خطاهای شناختی
۴	آشنایی با اطلاعات تصحیح‌کننده	بازسازی شناختی و چالش با افکار مزاحم به کمک رایه اطلاعات تصحیح‌کننده و نمایش مصاحبه‌های فیلم‌برداری شده.	افزایش توانایی ارزیابی منطقی افکار	بحث درباره خطاهای شناختی
۵	آموزش شیوه کنترل توجه ^۱	بررسی باور فراشناختی اهمیت افکار.	کسب مهارت‌های پاسخگویی به فکر یا احساس	غوطه‌ور شدن در افکار و استفاده از واژه «ایست»
۶	بررسی آیین‌مندی پنهان	بررسی تأثیر رفتارهای اجتنابی در زندگی مراجع و تأثیر آن در روند اختلال OCD.	کسب توانایی توجه به رفتارهای ذهنی	مقاومت در برابر اجتناب، ترک آیین‌ها و وسواس فکری
۷	معرفی خطاهای شناختی	ترسیم مدل شناختی وسواس، عادی‌سازی افکار وسواسی و ترسیم مثلث شناختی	کاهش اهمیت افکار بیش از حد	آزمایش رفتاری اهمیت افکار
۸	ارزیابی مزایا و معایب آیین‌های وسواسی	چالش با افکار وسواسی، پرکردن برگه ۷ ستونی افکار و نوشتن مزایا و معایب افکار مزاحم.	جایگزینی افکار وسواسی با افکار منطقی	تمرین وقفه ایجاد کردن در آیین‌های وسواسی
۹	چالش کشاندن حوزه‌های شناختی‌های عام OCD	ختنی‌سازی افکار مزاحم، به چالش کشیدن ارزیابی مسئولیت و برآورد بیش از حد تهدید.	اصلاح باورهای شناختی و کاهش افکار وسواسی	ثبت افکار روزانه ۷ ستونی، آزمایش رفتاری اهمیت افکار
۱۰	مرور و جمع‌بندی تکنیک‌ها و اتمام جلسه	بحث و جمع‌بندی فنون DIRT، ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه‌های پژوهش، تقدیر و تشکر و اعلام پایان جلسه.	کاهش اعمال و افکار وسواسی	تمرین تمام تکنیک‌های مؤثر

1. attention control training

درمان ERP				
هدف کلی جلسات	محتوای جلسات	تغییر رفتار مورد نظر	تکالیف	
۱	آشنایی با منطق درمان و مشخص ساختن قوانین کلی و ثابت جلسه‌های درمان و تنظیم قرارداد.	-	تهیه سلسله مراتبی از افکار و سواسی و موقعیت‌های مورد اجتناب	
۲	تمرین و آمادگی برای رویارویی تجسمی.	کاهش افکار مزاحم	تهیه فهرستی از نشانه‌های برانگیزاننده افکار و سواسی (درونی- بیرونی)	
۳	مواجهه تخیلی با ماده‌های اولیه سلسله مراتب و کمک به مراجع جهت توقف رفتارهای و سواسی.	افزایش کنترل بر افکار و احساسات.	روبرو شدن با موقعیت‌های برانگیزاننده احساسات ترس، شکست، آلودگی یا گناه.	
۴ تا ۷	آموزش تکنیک مواجهه به همراه جلوگیری از پاسخ (تجربه منظم افکار و سواسی بدون تلاش برای اجتناب یا خنثی سازی).	کاهش اعمال و سواسی	تمرین و تکرار تکنیک‌های مواجهه با موارد و سواسی و ثبت و کنترل موانع در بازداری از پاسخ	
۸	بازبینی برگه ۵ ستون افکار، پرکردن برگه ۷ ستونی افکار و نوشتن مزایا و معایب افکار مزاحم.	جایگزینی افکار و سواسی با افکار منطقی	ثبت افکار روزانه ۷ ستونی، آزمایش رفتاری اهمیت افکار	
۹	آزمایش رفتاری برای عمل خنثی سازی افکار، استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای برآورد بیش از حد خطر.	اصلاح باورهای شناختی و کاهش افکار و سواسی	آزمایش رفتاری برای باورهای شناختی و سواس	
۱۰	بحث و جمع‌بندی فنون ERP، ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه‌های پژوهش، تقدیر و تشکر و اعلام پایان جلسه.	کاهش اعمال و افکار و سواسی	تمرین تمام تکنیک‌های مؤثر	

یافته‌ها

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای وابسته پژوهش را به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد.

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار نمره‌های ناگویی خلقی و اجتناب شناختی گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
ناگویی خلقی	پیش‌آزمون	DIRT	۱۷۸/۵۶	۹/۱۵
		ERP	۱۷۶/۷۳	۱۰/۳۰
	پس‌آزمون	کنترل	۱۷۷/۳۲	۹/۷۰
		DIRT	۹۹/۴۴	۷/۰۷
		ERP	۱۰۷/۶۸	۵/۷۸
		کنترل	۱۷۸/۳۱	۱۱/۵۸
اجتناب شناختی	پیش‌آزمون	DIRT	۹۹/۵۴	۷/۴۶
		ERP	۱۱۰/۱۵	۶/۵۸
	پس‌آزمون	کنترل	۱۷۷/۰۳	۱۲/۳۲
		DIRT	۲۵/۳۳	۴/۲۹
		ERP	۲۵/۰۵	۴/۶۰
		کنترل	۲۵/۴۸	۴/۹۵
پیگیری	پیش‌آزمون	DIRT	۱۰/۸۵	۲/۷۰
		ERP	۱۲/۸۱	۳/۰۱
	پس‌آزمون	کنترل	۲۵/۳۶	۴/۵۵
		DIRT	۱۱/۰۵	۳/۱۱
		ERP	۱۲/۹۵	۳/۱۳
		کنترل	۲۵/۸۵	۴/۸۷

برای بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیرهای ناگویی خلقی و اجتناب شناختی، نتایج آزمون لوین نشان داد، سطح معناداری به دست آمده در متغیرهای وابسته پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است. بنابراین، با ۰/۹۵ اطمینان می‌توان قضاوت کرد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی ناگویی خلقی و اجتناب شناختی در پیش‌آزمون یکسان هستند. همچنین نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای ناگویی خلقی و اجتناب شناختی نشان داد، شرط نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون رعایت شده است ($P > 0/05$). در ادامه نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح ($P > 0/05$) پشتیبانی می‌کنند.

به منظور بررسی تفاوت میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون لامبدای ویکلز استفاده شد که نتایج نشان داد، آزمون لامبدای ویکلز با مقاداری برابر با $F = ۴/۵۳$ و $۰/۲۸$ با حذف اثر متغیرهای همپراش، تفاوت در اثربخشی دو دوره درمانی، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته معنادار است ($p < ۰/۰۱$).

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره جدول ۳، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیر ناگویی هیجانی تفاوت معناداری وجود دارد ($\eta^2 = ۰/۲۵$ و $p < ۰/۰۰۶$ و $F = ۸/۹۳$). به عبارت دیگر، درمان کاهش فکر خطرناک و رویارویی و بازداری از پاسخ موجب کاهش ناگویی هیجانی هر دو گروه آزمایش شده است. لذا می‌توان گفت، $۰/۲۵$ تفاوت‌های فردی در نمرات پس‌آزمون ناگویی هیجانی مربوط به تأثیر درمان کاهش فکر خطرناک و رویارویی و بازداری از پاسخ است. همچنین، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیر اجتناب شناختی تفاوت معناداری وجود دارد ($\eta^2 = ۰/۱۶$ و $p < ۰/۰۴۶$ و $F = ۳/۹$).

جدول ۳: تحلیل کوواریانس چند متغیره تأثیر درمان کاهش فکر خطرناک و رویارویی و بازداری از پاسخ بر ناگویی هیجانی و اجتناب شناختی در مرحله پس‌آزمون

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معناداری	η^2	توان آزمون
پیش‌آزمون	۱۳۴۳/۲۳	۲	۱۳۴۳/۲۳	۶/۰۶	۰/۰۲۱	۰/۱۹	۰/۰۰۱
ناگویی هیجانی	۱۹۸۷/۷۳	۲	۱۹۸۷/۷۳	۸/۹۳	۰/۰۰۶	۰/۲۵	۰/۹۴
خطا	۵۷۶۲/۷۵	۴۵	۵۷۶۲/۷۵	-	-	-	-
پیش‌آزمون	۸۹۴	۲	۸۹۴	۷۶	۰/۰۱	۰/۰۴۳	۰/۰۰۵
اجتناب شناختی	۶۴۷	۲	۶۴۷	۳/۹	۰/۰۴۶	۰/۱۶	۰/۶۷
خطا	۱۶۳	۴۵	۱۶۳	-	-	-	-

به منظور بررسی تفاوت اثربخشی دو شیوه درمانی بر متغیرهای ناگویی هیجانی و اجتناب شناختی از آزمون تعقیبی فیشر (LSD) استفاده شد. با توجه به نتایج جدول ۴، می‌توان گفت هر دو شیوه درمانی بر کاهش اجتناب شناختی به‌طور معناداری اثربخش هستند ($p < ۰/۰۱$)، اما

تفاوت معناداری بین اثربخشی دو شیوه درمان کاهش فکرخطرناک و رویارویی و بازداری از پاسخ بر کاهش ناگویی خلقی بیماران وسواسی وجود دارد ($p < 0/01$).

جدول ۴: آزمون تعقیبی LSD به منظور بررسی تفاوت اثربخشی دو شیوه درمانی DIRT و ERP بر متغیرهای ناگویی خلقی و اجتناب شناختی

متغیرها	گروه اول (A)	گروه دوم (B)	اختلاف میانگین دو گروه (A-B)	خطای استاندارد	سطح معناداری
ناگویی خلقی	درمان	درمان	۲/۶۳	۱/۸۸	۰/۱۷
	DIRT	ERP	۶/۹۷	۱/۷۴	۰/۰۱
	درمان	کنترل	۴/۳۳	۱/۹۲	۰/۰۳
اجتناب شناختی	DIRT	درمان	۹/۶۲	۱/۹۵	۰/۰۱
	ERP	DIRT	۱۲/۵۱	۱/۸۱	۰/۰۱
	درمان	کنترل	۲/۸۹	۱/۹۹	۰/۱۵

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی مدل درمانی رویارویی و بازداری از پاسخ و روش کاهش فکر خطرناک بر کاهش ناگویی خلقی و اجتناب شناختی بیماران وسواسی بود. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی فیشر نشان داد که هر دو شیوه درمان رویارویی و بازداری از پاسخ و روش کاهش فکر خطرناک بر کاهش اجتناب شناختی اثربخش هستند، اما تفاوت معناداری بین اثربخشی این دو شیوه درمانی بر کاهش ناگویی خلقی بیماران وسواسی وجود دارد و با توجه به اختلاف میانگین‌های متغیرها بین دو گروه درمانی می‌توان گفت درمان DIRT اثربخش‌تر از روش درمانی ERP بر ناگویی خلقی و اجتناب شناختی بیماران وسواسی است. در بحث همسویی یافته‌های پژوهش می‌توان به نتایج نسبتاً مشابه تحقیقات نیرمانی و همکاران (۱۳۹۵)؛ یعقوبی‌زاده و همکاران (۱۳۹۵)؛ بابایی و همکاران (۱۳۸۹)؛ ویتون و همکاران (۲۰۱۰)، درباره کاهش افکار و اعمال وسواسی بیماران با توجه به اثربخشی درمان رویارویی و بازداری از پاسخ؛ اندوز و همکاران (۱۳۹۵)، درباره کاهش وسواس علائم شستشو با توجه به اثربخشی درمان رویارویی و بازداری از

پاسخ و درمان از طریق کاهش فکر خطرناک اشاره کرد.

در تبیین کارایی و اثربخشی بیشتر درمان DIRT نسبت به روش درمانی ERP بر ناگویی خلقی و اجتناب شناختی بیماران وسواسی، می‌توان گفت که به کاربردن روش DIRT، پیروی از دستورهای تکالیف خانگی را افزایش داده، بر عکس به دلیل بالا بودن میزان اضطراب در تکالیف رویارویی ERP، از دستورهای درمانی کم‌تر پیروی می‌شود و موجب افت و ریزش مراجعان طی جلسه‌های درمانی می‌شود. همچنین مشاهده شد که روش DIRT در کاهش افسردگی، اضطراب و استرس کارایی بیشتری دارد (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۵). بررسی‌های مقدماتی نیز نشان دادند که DIRT در مقایسه با روش مواجهه و جلوگیری از پاسخ مزایای خاصی دارد از جمله:

الف) با کاهش بیشتر علائم وسواس همراه است؛

ب) با پذیرش بیشتر بیماران مواجه است؛

ج) تغییرات بیشتری را در متغیرهای شناختی ایجاد می‌کند (بابایی و همکاران، ۱۳۸۹).

در تبیین اثربخشی درمان DIRT و ERP بر ناگویی خلقی بیماران وسواسی می‌توان عنوان کرد که بر خلاف افراد موفق که دارای صداقت، نوع دوستی و همدردی بوده و در تضاد با خصومت بدبینانه هستند، افراد با سطوح بالای ناگویی خلقی عمدتاً به دلیل ناتوانی در ابراز کلامی هیجان‌های خود و تشخیص هیجان‌ها از چهره افراد دیگر، قدرت همدلی و درک احساس‌های دیگران را نداشته و مشکلات بین فردی زیادی را تجربه می‌کنند (نریمانی و همکاران، ۱۳۹۵). شناخت صحیح هیجان‌ها از اجزاء تفکیک‌ناپذیر روابط بین شخصی محسوب می‌شود. نارسایی در شناخت صحیح هیجان‌ها فرد را با مشکلات متعدد در روابط بین شخصی مواجه می‌کند، به‌ویژه در افرادی که از لحاظ روانی و عاطفی دچار ضربه و مشکلاتی نیز هستند. مردم‌آمیزی و برقراری روابط صحیح با دیگران مستلزم شناخت هیجان‌ها و عواطف خود و دیگران است. نقص و ناتوانی در زمینه شناخت هیجان‌ها و عواطف باعث به‌وجود آمدن مشکلات بین شخصی در این زمینه‌ها می‌شود. ناگویی خلقی از طریق نقص و ناتوانی در شناخت هیجان‌ها و عواطف با مشکلات بین شخصی مرتبط است (وایت و همکاران، ۲۰۱۰). با درمان از طریق روش‌های DIRT و ERP، می‌توان الگوهای رفتاری غلط را تغییر داد، اضطراب، استرس و ترس آن‌ها را کاهش و ظرفیت این افراد را برای شناخت صحیح هیجان‌هایشان افزایش داد و از وسواس کاست که قدرت‌مندترین پیش‌بین ناگویی

خلقی است (اندوز و همکاران، ۱۳۸۴).

در تبیین اثربخشی درمان DIRT و ERP بر اجتناب شناختی بیماران وسواسی می‌توان بیان کرد با توجه به اینکه افراد مبتلا به اختلالات شناختی اعتماد به نفس ضعیفی دارند و از اینکه مزوی هستند و نمی‌توانند از مزایای مرادوت و روابط صمیمانه‌ای بهره ببرند که دیگران از آن لذت می‌برند، از دست خود عصبانی می‌شوند. در این افراد تعاملات فردی، روابط 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 مجموع با آموزش شناسایی افکار مزاحم مرتبط با وسواس جبری و تهیه فهرستی از آن‌ها از طریق درمان می‌توان به بازسازی شناختی و چالش با افکار مزاحم به کمک آرایه اطلاعات تصحیح‌کننده، به بازسازی شناختی این افراد پرداخت و با کاهش آشفتگی‌های هیجانی آن‌ها از افکار مزاحم و اجتناب شناختی این گروه از مراجعان کاست. همچنین، می‌توان با تهیه فهرستی از نشانه‌های برانگیزاننده افکاروسواسی (درونی-بیرونی)، رفتارهای تشریفاتی و موارد اجتنابی از طریق درمان ERP به مراجعان آموخت که با ثبت و کنترل موانع موجود بر سر راه بازسازی از پاسخ، می‌توانند از ترس از در برابر بیان هیجانات و احساساتشان بکاهند. در نتیجه، پیشنهاد می‌شود که در مراکز درمانی و مشاوره، درمانگران از تلفیق این دو درمان در جهت درمان اختلالات همبود با وسواس فکری-عملی استفاده کنند تا بتوان با به تجربه گذاشتن نتایج این روش‌های درمانی بر سایر اختلالات، زمینه کاربردی‌تر کردن این درمان‌ها را از طریق پشتوانه قوی تحقیقی و تجربی فراهم کرد. از محدودیت‌های پژوهش، محدود بودن نمونه به افراد مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره، استفاده از ابزار خودسنجی و هم چنین عدم دوره پیگیری طولانی مدت را می‌توان نام برد چون تغییرات در کارکرد روانی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی نیازمند زمانی طولانی‌تر است، واریسی این تغییر، که درپس آزمون، تغییرات آن تأیید شد، نیازمند تحقیقاتی در آینده است که بتوانند تغییرات رفتاری را در دوره زمانی طولانی‌تر و مکرر پس از خاتمه درمان نیز واریسی کند.

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

- اندوز، زهرا، صاحبی، علی و طباطبایی، محمود (۱۳۸۴). مقایسه کارایی و اثربخشی «رویارویی و بازداری از پاسخ» با «درمان از طریق کاهش فکر خطرناک» در اختلال وسواس شستشو، مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۱۱(۲): ۱۴۹-۱۳۹.
- آقایوسفی، علیرضا و محمدزاده آدملائی، رجبعلی (۱۳۹۱). ناگویی هیجانی در دانشجویان دارای مشکلات روان‌شناختی، ششمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، گیلان، ایران.
- بابایی، مهناز، اکبرزاده، نسرین، نجل رحیم، عبدالرحمن و پور شهریاری، مه‌سیما (۱۳۸۹). تأثیر درمان ترکیبی شناختی-رفتاری و کاهش اندیشه‌پردازی خطر بر اختلال وسواسی-اجباری در دانشجویان دختر، فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۶(۱): ۵۶-۴۳.
- رنجبر سودجانی، یوسف، شریفی، کبیر، سیاح، سرورالسادات و ملک محمدی‌گله، زهره (۱۳۹۶). اثربخشی روان‌درمانی پویشی کوتاه مدت فشرده بر اصلاح باورهای غیرمنطقی و کاهش اجتناب‌شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، فصلنامه پژوهش‌های مشاوره، ۱۵(۶۲): ۱۴۰-۱۶۹.
- زکی‌بی، علی (۱۳۹۱). رابطه آکسی‌تایمیا، باورهای غیرمنطقی، عاطفه مثبت و منفی با اختلال‌های روانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه رازی، کرمانشاه.
- شمس، گیتی، کرم قدیری، نرگس، اسماعیلی ترکانبوری، یعقوب و ابراهیم‌خانی، نرگس (۱۳۸۴). اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی-۴۴، فصلنامه تازه‌های علوم شناختی، ۶(۲۱): ۳۶-۲۳.
- علمردانی صومعه، سجاد، نریمانی، محمد، میکائیلی، نیلوفر و بشرپور، سجاد (۱۳۹۶). مقایسه‌ی عدم تحمل بلا تکلیفی و تنظیم هیجان در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و عادی، فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۳(۲): ۹۴-۷۷.
- مولایی، مهری، جانی، ستاره، حامدی، رحیمه و جنگی قوجه‌بیگلو، شهلا (۱۳۹۳). پیش‌بینی اختلال‌های شخصیت اجتنابی، وابسته و وسواسی - جبری بر اساس سیستم فعال‌ساز مغزی و سیستم بازداری مغزی، مجله پزشکی ارومیه، ۲۵(۱۰): ۹۳۹-۹۳۱.
- نریمانی، محمد، ملکی پیربازاری، معصومه، میکائیلی، نیلوفر و ابوالقاسمی، عباس (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و درمان تعهد و پذیرش در بهبود مؤلفه‌های کیفیت زندگی بیماران وسواسی، مجله روان‌شناسی بالینی، ۸(۱): ۳۶-۲۵.

یعقوبی‌زاده، فریده و علیو، مجید محمود (۱۳۹۵). اثربخشی درمان تلفیقی رویارویی و جلوگیری از پاسخ به همراه تصحیح رمزگذاری ترجیحی مذهبی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری (نوع شستشو)، فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۲(۴): ۶۴-۴۹.

- Agha Yousefi, A. and Mohammadzadeh Adamlai, R. (2011). Emotional Neutralization in Students with Psychological Problems. *Sixth Student Mental Health Seminar*, Gilan, Iran (Text in Persian).
- Almardani Someeh, S., Narimani, M., Mikaeeli, N. and Basharpour, S. (2017). The comparison of intolerance of uncertainty, emotion regulation in obsessive-compulsive disorder patients and normal individuals. *Journal of Psychological Studies*, 13(2): 77-94(Text in Persian).
- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Andouz, Z., Sahebi, A. and Tabatabai, S. M. (2005). Comparing Efficacy and Effectiveness of ERP and DIRT Methods in Treatment of Compulsive Washing. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 11(2): 139-149(Text in Persian).
- Babae, M., Akbarzade, N., Najlerahim, A. and Pourshahriari, N. (2010). The Impact of the composed approach of cognitive-behavioral therapy and danger ideation reduction therapy on obsessive-compulsive disorder among Female university students. *Journal of Psychological Studies*, 6(1): 43-56(Text in Persian).
- Bagby, R.M, Parker, J. D.A. and Taylor, G.J. (1994). The twenty-item Toronto alexithymia scale- I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38(1): 23-32.
- Barlow, D. H. and Hofman, S. G. (1997). Efficacy and dissemination of psychological treatment. In D.M.Clark and C. Fairburn(Eds.). *Science and practice of cognitive behavior therapy*.Oxford:Oxford University Press.
- Cannon, R. O. (2009). Microvascular angina and the continuing dilemma of chest pain with normal coronary angiograms. *Journal of the American College of Cardiology*, 54(1): 877-885.
- Clark, D. A. and Purdon, C. (2004). Cognitive theory and therapy of obsessions and compulsions. In M. A. Reinecke, and D. A. Clark, *Cognitive therapy across the lifespan: evidence and practice* (pp. 90-116). Cambridge, CambridgeUniversity Press.
- Duddu, V., Isaac, M. K. and Chaturvedi, S. k. (2003). Alexithymia in somatoform and depressive disorders. . *Journal of Psychosomatic Research*, 17(54): 435-438.
- Eikenæs, I. U. (2016). *Avoidant personality disorder and social phobia*. Ph.D. Thesis, University of Oslo.

- Foa, E.B., Steketee, G., Grayson, J.B, Turner, R.M. and Latimer, P. R. (1984). Deliberate exposure and blocking of obsessive compulsive rituals: Immediate and long-term effects. *Journal of Behavior Therapy*, 15(5):450-472.
- Glass, D. J. (2012). *Factor Structure of OCD: Toward an Evolutionary Neuro-Cognitive Model of Obsessive-Compulsive Disorder*. A Thesis Submitted to The Department of Psychology of The State University of New York At New Paltz In Partial Fulfillment of The Requirements For The Degree of Master of Arts In Psychology.
- Jones, M. K. and Menzies, R.G (1998). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for obsessive-compulsive disorder. In D.M.Clark, and G. Fairburn (Eds.). *Science and practice of cognitive-behavior therapy*. Oxford: Oxford University Press.
- Jones, M. K. and Menzies, R. G. (1997). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for obsessive-compulsive washers. A controlled trial. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 36(10): 959-970.
- Jones, M. K. and Menzies, R.G. (2001). Danger ideation reduction therapy (DIRT) for treatment resistant compulsive washing. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 39(8): 897-912.
- Li, T. and 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.
- 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(4): 747-761.
- Molaei, M., Jani, S., Hamedi, R and Jangi Gojebiglou, S.(2014). Predicting cluster personality disorders (avoidant, dependent and obsessive-compulsive) according to behavioral activation and inhibition system. *Urima Medical Journal*, 25(10): 931-939 (Text in Persian).
- Narimani, M., Maleki-Pirbazari, M., Mikaeili, N. and Abolghasemi, A. (2017). Appraisal of Effectiveness and Comparison of Exposure and Response Prevention Therapy and Acceptance and Commitment Therapy (ACT)-Based Training on Improving of Obsessive and Compulsive Disorder Patients' Components of Life Quality. *Journal of Clinical Psychology*, 8(1): 25-36(Text in Persian).
- Ranjbar Sudejani, Y., sharifi, K., Sayyah, S. S. and Malek Mohamadi Galeh, Z. (2017). Effectiveness of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy on Correcting Irrational Beliefs and Reducing Cognitive Avoidance of People with Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Counseling Research*, 15 (62): 140-169(Text in Persian).
- Segal, D. L., Coolidge, F. L. and Rosowsky E. (2014). *Personality disorders and*

- older adults: diagnosis, assessment and treatment*. New York: Wiley.
- Sexton, K.A. and 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.
- Shams, G., Karam Ghadiri, N., Esmaeli Torkanbori, Y. and Ebrahimkhani, N. (2004). Validation and Reliability Assessment of The Persian Version of Obsessive Beliefs Questionnaire-44. *Journal of Advances in Cognitive Science*, 6 (1 and 2): 23-36 (Text in Persian).
- Wheaton, M. G, Abramowitz, J.S, Berman, N.C, Riemann, B. C. and Hale, L. R (2010). The relationship between obsessive beliefs and symptom dimensions in obsess compulsive disorder. *Journal of Behaviour Research and Therapy*, 48(10): 949-954.
- White, K. S., Craft, J. M. and Gervino, E. V. (2010). Anxiety and hyper vigilance to Cardiopulmonary sensations in non-cardiac chest pain patients with and without psychiatric disorders. *Journal of Behavior Research and Therapy*, 48(5): 394-401.
- Yaghoubzadeh, F. and Alilo, M. M. (2017). The effectiveness of treatment of obsessive-compulsive disorder (type washing) through religious preferential encoding correction with exposure and response prevention. *Journal of Psychological Studies*, 12(4): 49-64(Text in Persian).
- Zakiee, A. (2011). *Alexithymia's relationship, irrational beliefs, positive and negative affection with mental disorder*. M. A. Degree Dissertation, Razi University, Kermanshah(Text in Persian).

**To Compare the Effectiveness of Exposure and Response
Prevention Model with the Danger Ideation Reduction
Method on Reducing Alexithymia and Cognitive
Avoidance among obsessive disorder Patients**

Nasim Pakniya*, Abbas Mirzaei**, Javad Jahan*** ,
yusef RanjbarSudejani**** and Soroor Sadat Sayyah*****

Abstract

The purpose of the present study was to compare the efficacy of exposure and response prevention therapeutic model and the danger ideation reduction model on reducing alexithymia and cognitive avoidance in patients with obsessive disorder. This study was a semi-experimental design with pretest-posttest model with two-month follow-up and control group. The statistical population included all Patients with obsessive who were referred to shahrekord counseling centers in 2016. 48 of them were selected by voluntary sampling and then randomly assigned to three groups of 16. Patients in the first group received the danger ideation reduction therapeutic model and the patients in the second group received the exposure and response prevention model individually for 10 sessions of 60 minutes. The questionnaires of Sexton and Dugas Cognitive Avoidance and Alexithymia were used to collect information. For analysis of data, multivariate analysis of variance and Fisher's post hoc test were used. The results showed that both therapeutic methods of exposure and response prevention and reduction of danger ideation reduction to reduce cognitive avoidance was effective, but

*M. A of rehabilitation counseling, university of social welfare and rehabilitation, Tehran. Iran.

** Ms.c, Department of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Semnan. Iran.

*** Department of Educational Sciences and Psychology, Farhangian University, Kermanshah, Iran.

****Young and Elite Research, Club of Islamic Azad University. Shahrekord. Iran.

*****M. A of Psychometric. Islamic Azad University of Central Tehran Branch. Tehran. Iran.

received: 2017-03-24

accepted :2018-04-18

DOI: 10.22051/psy.2018.14726.1378

Abstracts

there was a significant difference between these two therapies on the reduction of alexithymia in people with obsessive-compulsive disorder. Based on the findings of the research, it can be concluded that the treatment method of the reduction of danger ideation reduction is more effective than the therapeutic model of exposure and response prevention and cognitive avoidance of patients with obsessive disorder.

Keywords

Alexithymia; cognitive; conforantation; ideation; obsessive