

# Comparing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Reducing Rumination and Guilt in Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder

## ARTICLE INFO

### Article Type

Research Article

### Authors

Roghayeh Dulab Nia<sup>1</sup>

Narges Rasouli<sup>2\*</sup>

Hossein Mahdian<sup>3</sup>

### How to cite this article

Dulab Nia R, Rasouli N, Mahdian H. Comparing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Reducing Rumination and Guilt in Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder, *Journal of Quran and Medicine*, 2022;7(3):170-179.

1. PhD student of Counseling, Department of Psychology, Bojnord Branch, Islamic Azad University, Bojnord, Iran.

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Kashmar branch, Islamic Azad University, Kashmar, Iran. (Corresponding Author).

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

\* Correspondence:

Address:

Phone:

Email: narges.rasouli@yahoo.com

## ABSTRACT

**Purpose:** Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a widespread disorder that causes a lot of suffering for both the affected person and those around him. The aim of the present study was to compare dialectical behavior therapy (DBT) and cognitive behavioral therapy (CBT) on rumination and guilt in individuals with obsessive-compulsive disorder.

**Materials and Methods:** The current research was a semi-experimental design with experimental and control groups. The statistical population of the research consisted of those who referred to Artiman Psychological Center in Mashhad in 2022, who received the diagnosis of obsessive-compulsive disorder. The research sample included 45 people who were purposefully selected and randomly divided into three groups: dialectical behavior therapy (n=15), cognitive behavioral therapy (n=15) and control group (n=15). The tools used include structured clinical interview to diagnose obsessive-compulsive disorder, Ruminative Responses Scale (RSS) questionnaire, and Kugler and Jones guilt questionnaire. The intervention was held as a group during 11 weekly sessions for 90 minutes.

**Results:** The results of data analysis showed that both dialectical behavior therapy and cognitive behavioral therapy reduced guilt feelings ( $p < 0.001$ ) and rumination ( $p < 0.001$ ). The results of comparing the effectiveness of two treatments showed that cognitive behavioral therapy is more effective than dialectical behavior therapy ( $p < 0.001$ ).

**Conclusion:** These results indicate the use of cognitive behavioral therapy and dialectical behavior therapy in working with patients with obsessive-compulsive disorder, and both treatments are promising as evidence-based interventions for working with people suffering from obsessive-compulsive disorder.

**Keywords:** Dialectical Behavior Therapy (DBT), Cognitive Behavioral Therapy (CBT), Obsessive-Compulsive Disorder (OCD), Rumination, Guilt

کلید واژه ها: رفتاردرمانی دیالکتیک، درمان شناختی رفتاری، اختلال وسواسی-جبری، نشخوار فکری، احساس گناه

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۸/۲۹

\* نویسنده مسئول: narges.rasouli@yahoo.com

## مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان

شناختی-رفتاری بر کاهش نشخوار فکری و احساس

گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری

### مقدمه

اختلال وسواسی-جبری با افکار مزاحم، تصاویر یا تمایلات اضطراب‌آور (وسواس) و رفتارهای تکراری با هدف کاهش ناراحتی (اجبار) مشخص می‌شود. اختلال وسواسی-جبری درمان‌نشده گرایش به مزمن شدن دارد و باعث اختلال عملکردی قابل توجه و کاهش کیفیت زندگی می‌شود (۱).

شیوع این اختلال در طول عمر در آمریکا ۲٫۳ درصد گزارش شده است. شیوع مادام‌العمر در کشورهای توسعه‌یافته ۶٫۹ درصد و در کشورهای در حال توسعه ۵٫۸ درصد گزارش شده است (۲). بر اساس نتایج جدیدترین پژوهشی که در ایران نیز انجام شده است، شیوع اختلال وسواسی-جبری در کودکان و نوجوانان ۳٫۱ در پسران و ۳٫۸ در دختران بود. همچنین یافته‌ها نشان داد که جنسیت، سن، محل سکونت و سابقه بستری روان‌پزشکی والدین می‌تواند این اختلال را پیش‌بینی کند (۳). همه این مطالعات از معیارهای نسخه چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا استفاده کردند و تا آنجا که ما می‌دانیم، هنوز مطالعه‌ای درباره شیوع اختلال وسواسی-جبری با استفاده از معیارهای جدیدترین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی انجمن روان‌پزشکی آمریکا منتشر نشده است.

همبودی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بسیار شایع است. روسیو و همکاران (۴) دریافتند که ۹۰ درصد از بیماران در ایالات متحده معیارهای تشخیصی برای یک اختلال روانی دیگر را دارند. شایع‌ترین اختلال اضطرابی دیگر (۷۵٫۸ درصد) و پس از آن اختلالات خلقی (۶۳٫۳ درصد) بود (۴). در مطالعه‌ای دیگر در هلند گزارش نتایج نشان داد که ۷۸ درصد مبتلایان به این اختلال دارای بیماری همبود مادام‌العمر بودند که با اختلال وسواسی-جبری شدیدتر و پیامدهای منفی زندگی مرتبط بود (۵).

علاوه بر میزان بالای بیماری‌های همراه، اختلال وسواسی-جبری با سطوح بالای ناتوانی، پریشانی شدید و تأثیر بر موقعیت‌های زندگی روزمره همراه است. در پژوهشی نشان داده شده که ۷۸٫۸ درصد از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری اختلال شدید یا متوسط را در حداقل یکی از حوزه‌های مدیریت خانه، کار، روابط یا زندگی اجتماعی گزارش کردند (۶). در بررسی ۵۸ مطالعه میسی و همکاران (۷) دریافتند که کیفیت زندگی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری به طور قابل توجهی مختل و کمتر از بیماران مبتلا به سایر اختلالات روان‌پزشکی است. باکستر و همکاران (۸) اختلال وسواسی-جبری به عنوان ششمین علت ناتوانی رتبه‌بندی شده است. مشاهدات بالینی نشان می‌دهد که بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری با احساس گناه شدید سروکار دارند یا از آن رنج می‌برند (۹). بسیاری از افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری احساس می‌کنند

### رقیه دولاب نیا<sup>۱</sup>

دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

### نرگس رسولی<sup>۲\*</sup>

استادیار، گروه روانشناسی، واحد کاشمر، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشمر، ایران (نویسنده مسئول).

### حسین مهدیان<sup>۳</sup>

استادیار، گروه روانشناسی، واحد بجنورد، دانشگاه آزاد اسلامی، بجنورد، ایران.

### چکیده

**هدف:** اختلال وسواسی-جبری اختلالی دارای شیوع فراوان است که رنج زیادی چه برای فرد مبتلا و چه اطرافیان وی ایجاد می‌کند. هدف از پژوهش حاضر مقایسه رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان شناختی رفتاری بر نشخوار فکری و احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بود.

**مواد و روش‌ها:** پژوهش حاضر با طرح نیمه آزمایشی با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را مراجعه‌کنندگان به مرکز روان‌شناختی آرتیمان شهر مشهد در سال ۱۴۰۱ که تشخیص اختلال وسواسی-جبری را دریافت کرده‌اند، تشکیل می‌داد. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر بود که به صورت هدفمند انتخاب شده بودند و به صورت تصادفی به سه گروه رفتاردرمانی دیالکتیک (۱۵ نفر)، درمان شناختی رفتاری (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) تقسیم شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل مصاحبه بالینی ساختارمند جهت تشخیص اختلال وسواسی-جبری، پرسشنامه سبک پاسخ‌دهی نشخوار فکری و پرسشنامه احساس گناه کوگلز و جونز اخذ شد. مداخله به صورت گروهی در طی ۱۱ جلسه هفتگی به مدت ۹۰ دقیقه برگزار شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها نشان داد هر دو درمان رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان شناختی رفتاری در کاهش احساس گناه ( $p < 0.001$ ) و نشخوار فکری ( $p < 0.001$ ) اثربخش هستند. نتایج مقایسه اثربخشی دو درمان نشان داد که درمان شناختی رفتاری نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیکی اثربخش‌تر است ( $p < 0.001$ ).

**نتیجه‌گیری:** این نتایج بیانگر کاربرد درمان شناختی رفتاری و رفتاردرمانی دیالکتیکی در کار با بیماران دارای اختلال وسواسی-جبری است و هر دو درمان به عنوان مداخلاتی که مبتنی بر شواهد هستند برای کار با افرادی که مبتلا به اختلال وسواسی-جبری هستند، نویدبخش است.

برای تمرکز حواس، تحمل پریشانی، تنظیم هیجان و اثربخشی بین فردی می‌آموزند. یکی از جنبه‌های منحصر به فرد رفتاردرمانی دیالکتیکی تأکید آن بر مفهوم دیالکتیک است، که به این ایده اشاره دارد که ایده‌ها یا تجربیات به ظاهر متضاد می‌توانند هر دو در یک زمان درست باشند. به عنوان مثال، ممکن است فردی بخواهد رفتار خود را تغییر دهد و در عین حال خود را همان‌گونه که هستند بپذیرد. در رفتاردرمانی دیالکتیکی، مراجعان یاد می‌گیرند که تنش‌های دیالکتیکی را متعادل کنند و حد متعادلی پیدا کنند که به آن‌ها اجازه می‌دهد زندگی رضایت‌بخش‌تری داشته باشند (۲۰). تحقیقات نشان داده‌اند که رفتاردرمانی دیالکتیکی یک درمان مؤثر برای طیف وسیعی از شرایط سلامت روان است، با اینکه مطالعات بر اثربخشی آن برای افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی متمرکز است؛ با این حال، نشان داده شده است که برای سایر شرایط، از جمله افسردگی، اختلالات اضطرابی و اختلالات مصرف مواد نیز مؤثر است (۲۱).

رفتاردرمانی دیالکتیکی بیشتر برای درمان افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی و سایر اختلالات مشخص شده با اختلالات شدید هیجانی استفاده می‌شود، در حالی که درمان شناختی رفتاری برای طیف وسیع‌تری از شرایط سلامت روان استفاده می‌شود. علاوه بر این، رفتاردرمانی دیالکتیکی تأکید بیشتری بر ذهن آگاهی و پذیرش دارد، در حالی که درمان شناختی رفتاری بیشتر بر تغییر الگوهای فکری و رفتارهای منفی متمرکز دارد. انجام تحقیقاتی در مورد مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری برای درک بیشتر ما از این درمان‌ها و بهبود زندگی افرادی که با این وضعیت چالش‌برانگیز زندگی می‌کنند ضروری است. هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری و احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بود. درک اثربخشی این درمان‌ها می‌تواند به روان‌درمانگران و روان‌پزشکان کمک کند تا تصمیمات آگاهانه‌ای در مورد اینکه کدام درمان را برای بیماران خود استفاده کنند و در نهایت نتایج را برای افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بهبود بخشد.

#### مواد و روش‌ها

##### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح این پژوهش از نوع طرح‌های نیمه آزمایشی با گروه کنترل، همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره آرتمان مشهد در بهار و تابستان سال ۱۴۰۱ بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی به سه گروه (هر گروه ۱۵ نفر) تقسیم شدند.

مصاحبه بالینی ساختاریافته پنجمین نسخه راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی: SCID-5-CV یک ابزار تشخیصی استاندارد شده است که برای ارزیابی و تشخیص اختلالات روانی مختلف بر اساس معیارهای مشخص شده در راهنمای تشخیصی و

که اجبار آن‌ها می‌تواند از اتفاقات بد جلوگیری کند - و وقتی اتفاقات بد رخ می‌دهد، ممکن است احساس کنند که مسئول هستند، که منجر به احساس گناه می‌شود (۱۰). در بسیاری از موارد، احساس گناه در اختلال وسواسی-جبری ناشی از ترس از افکار یا اعمالی است که برخلاف هویت، ارزش‌ها و خواسته‌های واقعی فرد هستند (۱۱). همچنین افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری اغلب نشخوار فکری را تجربه می‌کنند که می‌تواند در زندگی روزمره آن‌ها اختلال ایجاد کند (۱۲). نشخوار فکری مکرر در مورد یک فکر یا ایده خاص است که می‌تواند ترس یا نگرانی خاص مانند آلودگی یا آسیب رساندن به خود یا دیگران باشد (۱۳). افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ممکن است نتوانند از فکر کردن به این ترس‌ها دست بکشند، حتی زمانی که می‌دانند این ترس‌ها غیرمنطقی هستند (۱۴). ترکیبی از نشخوار فکری و احساس گناه می‌تواند یک چرخه معیوب برای افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری ایجاد کند (۱۵). آن‌ها ممکن است احساس کنند در افکار خود گرفتار شده و قادر به رهایی از چرخه اضطراب و گناه نیستند. این می‌تواند منجر به احساس ناامیدی و پریشانی آن‌ها شود (۱۶). درمان اختلال وسواسی-جبری معمولاً شامل ترکیبی از روان‌درمانی، دارودرمانی و استراتژی‌های مراقبت از خود است که متناسب با نیازها و علائم خاص فرد است (۱۷).

درمان شناختی رفتاری (درمان شناختی رفتاری) نوعی روان‌درمانی است که از دهه ۱۹۶۰ به طور گسترده مورد استفاده قرار گرفته است. این درمان بر اساس این ایده است که افکار، احساسات و رفتارهای ما به هم مرتبط هستند و تغییر یکی می‌تواند منجر به تغییر در دو مورد دیگر شود. درمان شناختی رفتاری یک رویکرد ساختاریافته و هدف‌گرا است که به افراد کمک می‌کند تا الگوهای منفی تفکر و رفتار را شناسایی و اصلاح کنند. تکنیک‌ها شامل بازسازی شناختی، فعال‌سازی رفتاری، مواجهه درمانی و تمرین آرامش‌بخشی است. درمان شناختی رفتاری با آموزش این مهارت‌ها به افراد به آن‌ها کمک می‌کند تا راه‌های سازگارانه‌تری برای مقابله با موقعیت‌های ناراحت‌کننده و مدیریت احساسات خود ایجاد کنند (۱۸). تحقیقات نشان داده شده است که درمان شناختی رفتاری برای انواع شرایط سلامت روان، از جمله اختلال وسواسی-جبری مؤثر است. به عنوان مثال، در مورد اختلال وسواسی-جبری، درمان شناختی رفتاری می‌تواند به افراد کمک کند تا افکار وسواسی و رفتارهای اجباری خود را به چالش بکشند، که منجر به کاهش علائم در طول زمان می‌شود. به طور مشابه، برای افرادی که با نشخوار فکری یا احساس گناه دست‌وپنجه نرم می‌کنند، درمان شناختی رفتاری می‌تواند به آن‌ها کمک کند تا الگوهای فکری منفی را که به این احساسات کمک می‌کنند شناسایی و به چالش بکشند (۱۹). رفتاردرمانی دیالکتیکی نیز نوعی روان‌درمانی است که توسط روانشناس مارشا لیبهان در اواخر دهه ۱۹۸۰ توسعه یافت. تمرکز رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کمک به افراد برای توسعه مهارت‌های مدیریت هیجان و بهبود روابط بین فردی است. این کار از طریق ترکیبی از جلسات درمانی فردی و جلسات آموزشی مهارت‌های گروهی انجام می‌شود، جایی که مراجعان تکنیک‌های خاصی را

مقیاس‌های معیارهای اخلاقی، خصیصه گناه و حالت گناه ۰/۷۲، ۰/۸۱ و ۰/۵۶ گزارش شده است (۲۷).

#### شرح مختصر جلسات درمانی

پس از انتخاب اعضای نمونه، پیش‌آزمون از گروه‌های آزمایش و گروه کنترل اخذ گردید و سپس مداخلات درمانی گروه‌های آزمایش به ترتیب زیر صورت گرفت:

**گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی:** در این پژوهش از پروتکل رفتاردرمانی دیالکتیک لینهان (۲۸) استفاده شد. برنامه درمانی شامل ۱۲ جلسه مداخله بود که طی جلسات ۹۰ دقیقه‌ای و در طی ۱۲ هفته متوالی به شیوه گروهی اجرا شد. محتوای جلسات گروه رفتاردرمانی دیالکتیکی مبتنی بر آشنایی مراجع با ذهن آگاهی و مهارت‌های ارتقادهنده آن، تبیین فواید ذهن آگاهی، تشریح تکنیک‌های مفید برای تمرکز ذهن، مهارت‌ها و تکنیک‌های ارتقای ذهن آگاهی، شامل ۱. اقداماتی برای رسیدن به ذهن آگاهی فراگیر (مشاهده، توصیف و شرکت کردن)، ۲. چگونگی انجام این کارها (اتخاذ موضع غیرقضاوتی، ذهن آگاهی فراگیر و کارآمد عمل کردن) بود. همچنین شامل آموزش مهارت‌های تحمل پریشانی، راهبردهای بقا در بحران و پذیرش واقعیت، تشریح ساختار مدل هیجانی، آموزش حضور ذهن در قبال حالت هیجانی حال حاضر، آموزش تنظیم هیجان شامل شناسایی هیجان‌ها، کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌ها منفی، افزایش رویدادهای هیجانی مثبت، آموزش تغییر هیجان‌ها به وسیله انجام عملی متضاد حالت هیجانی، ارائه مهارت‌های پذیرش واقعیت (پذیرش محض - برگرداندن ذهن - رضایتمندی)، آموزش راهبردهای تحمل مشتمل بر راه‌های انحراف حواس می‌شود.

**گروه درمانی شناختی رفتاری:** در این پژوهش از پروتکل درمان شناختی رفتاری جونز و همکاران (۲۹) استفاده شد. برنامه درمانی شامل ۱۱ جلسه مداخله بود که طی جلسات ۹۰ دقیقه‌ای و در طی ۱۱ هفته متوالی به شیوه گروهی اجرا شد. محتوای جلسات گروه درمان شناختی رفتاری شامل تهیه سلسله‌مراتبی از افکار و سواسی و موقعیت‌های مورد اجتناب، کاهش افکار مزاحم، مواجهه تخیلی با ماده‌های اولیه سلسله‌مراتب و کمک به مراجع جهت توقف رفتارهای وسواسی، افزایش کنترل بر افکار و احساسات، روبه‌رو شدن با موقعیت‌های ایجادکننده احساسات، ترس، شکست، آلودگی با گناه، ارائه تکنیک‌های مواجهه، آموزش تکنیک مواجهه به همراه جلوگیری از پاسخ (تجربه منظم افکار وسواسی بدون تلاش برای اجتناب یا خنثی‌سازی)، کاهش اعمال وسواسی، تمرین و تکرار تکنیک‌های مواجهه با مورد وسواسی و ثبت و کنترل موانع در بازداری از پاسخ، ارزیابی اجتناب از تکالیف خانگی، بازبینی ستون افکار، نوشتن مزایا و معایب افکار مزاحم، جایگزینی افکار وسواسی با افکار منطقی، آزمایش رفتاری اهمیت افکار، ارائه آزمایش‌های رفتاری برای افکار وسواسی، آزمایش رفتاری برای عمل خنثی‌سازی افکار، استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای برآورد بیش‌ازحد خطر، اصلاح باورهای شناختی و کاهش افکار وسواسی، آزمایش رفتاری برای باورهای شناختی وسواس

آماری اختلالات روانی استفاده می‌شود. این ابزار تشخیصی استاندارد طلایی در مصاحبه‌های تشخیصی در نظر گرفته می‌شود و به طور گسترده توسط متخصصان سلامت روان مانند روان‌پزشکان، روانشناسان و پزشکان استفاده می‌شود. نسخه بالینی مصاحبه بالینی ساختاریافته، به طور خاص برای استفاده در تنظیمات بالینی طراحی شده است. این مصاحبه شامل سؤالات اضافی برای ارائه اطلاعات دقیق‌تر در مورد علائم و اختلالات مرتبط است. نسخه بالینی مصاحبه بالینی ساختاریافته یک رویکرد سیستماتیک، قابل اعتماد و معتبر را برای تشخیص اختلالات روانی تضمین می‌کند؛ به تشخیص دقیق بیماران کمک می‌کند و در نتیجه نقطه شروع مؤثری برای برنامه‌ریزی و مداخله درمانی فراهم می‌کند. این نسخه توسط شریفی و همکاران (۲۲) به فارسی ترجمه شده است. شریفی و همکاران (۲۳) قابلیت اجرا و پایایی نسخه پیشین آن را در جمعیت ایرانی مورد بررسی قرار دادند. یافته‌های بررسی آن‌ها پایایی قابل قبول تشخیص‌های داده شده با نسخه فارسی SCID و قابلیت اجرای مطلوب آن را نشان داد (کاپای بالاتر از ۰/۶) و اکثر مصاحبه‌شوندگان و مصاحبه‌کنندگان قابلیت اجرای آن را مطلوب گزارش کردند.

**پرسشنامه سبک پاسخ‌دهی نشخوار فکری:** مقیاس سبک پاسخ نشخواری زیر مقیاسی از پرسشنامه سبک‌های پاسخ نولن هوکسما و مورو (۲۴) است. دارای ۲۲ گویه ۴ گزینه‌ای لیکرت است و نشان می‌دهد که وقتی شرکت‌کننده افسرده می‌شود، چقدر در فکر و رفتار نشخواری درگیر می‌شود. نمره کل مقیاس بین ۲۲ تا ۸۸ است. ضریب آلفای این مقیاس ۰/۹۰ و اعتبار بازآزمایی ۰/۶۷ گزارش شده است (۲۵). در ایران همسانی درونی خرده مقیاس‌های تعمق و در فکر فرو رفتن را به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۹ و همبستگی بازآزمایی این مقیاس را ۰/۶۷ گزارش شده است (۲۶).

**پرسشنامه احساس گناه:** این پرسشنامه توسط کوگلز و جونز بین سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۲ ساخته، تکمیل و اصلاح گردیده است. این پرسشنامه دارای ۴۵ گویه و سه خرده مقیاس خصیصه گناه، حالت گناه و معیارهای اخلاقی است. خصیصه گناه زمینه مستعد و پایدار احساس گناه، ندامت و سرزنش خود تعریف شده است. حالت گناه تجربه آنی فرد از این احساس است که اخیراً یکی از معیارهای اخلاقی خود را نقض کرده یا تصور می‌کند که نقض کرده است. معیارهای اخلاقی درجه پابندی فرد به مجموعه‌ای از اصول اخلاقی تعریف شده است. در هیچ یک از این مقیاس‌ها رفتارهای خاص یا معیارهای ویژه مطرح نبوده بلکه احساسات، حالات و پابندی‌های کلی فرد مدنظر است. پاسخ‌ها در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. ضریب همبستگی درونی این پرسشنامه ۰/۷۹ در مورد حالت گناه و ۰/۸۹ در مورد خصیصه گناه گزارش شده است. در ایران روایی محتوا و صوری آن به وسیله نظرخواهی از ۱۵ نفر از اساتید روان‌پزشک، دستیاران سال آخر روان‌پزشکی و کارشناسان ارشد روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت که همگی این افراد روایی محتوا و صوری آن را مورد تأیید قرار دادند. پایایی حاصل از بازآزمایی در یک فاصله ۱۰ هفته‌ای به ترتیب برای خرده

اجرا شد. هر یک از گروه‌ها شامل ۱۵ نفر بود. دامنه سنی افراد شرکت‌کننده بین ۲۰ تا ۵۰ بود که ۲۱ نفر زن و ۲۴ نفر مرد بودند. ۱۵ نفر آن‌ها مجرد و ۳۰ نفر آن‌ها متأهل بودند. ۲ نفر از آن‌ها زیردپلم، ۶ نفر دپلم، ۱ نفر فوق‌دپلم، ۱۷ نفر لیسانس، ۱۵ نفر فوق‌لیسانس و ۴ نفر دکتری بودند.

میانگین و انحراف معیار مربوط به نمرات متغیر افسردگی به تفکیک گروه و مرحله آزمون در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش در سه گروه

مقیاس	مرحله/گروه	رفتاردرمانی دیالکتیکی		درمان شناختی رفتاری		گروه کنترل	
		انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	۷/۳۸	۶۸/۰۰	۵/۹۵	۶۹/۹۳	۴/۹۶	۶۹/۹۳
	پس‌آزمون	۶/۴۱	۵۲/۴۶	۴/۵۴	۶۸/۲۰	۴/۷۰	۶۸/۲۰
احساس گناه	پیش‌آزمون	۱۲/۷۱	۱۵۳/۱۳	۸/۶۲	۱۵۱/۸۰	۱۳/۰۹	۱۵۱/۸۰
	پس‌آزمون	۱۰/۴۵	۱۴۱/۸۰	۷/۷۳	۱۵۱/۲۶	۱۲/۰۰	۱۵۱/۲۶

چندمتغیره از تحقق پیش‌فرض‌های آن از قبیل توزیع نرمال داده‌ها، همگنی شیب رگرسیون، همگنی ماتریس وارینانس-کواریانس و همگونی وارینانس‌های متغیرهای پژوهش اطمینان حاصل شد.

جدول ۲ آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره

منبع	متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر
گروه	نشخوار فکری	۱۳۶۴/۰۷	۲	۱۹۵/۵۵	۱۳۴/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۸۷۶
(پس‌آزمون)	احساس گناه	۸۲۰/۲۲	۲	۱۱۳/۱۱	۴۲/۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۹۰

آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳ آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر (پس‌آزمون)	گروه (۱)	گروه (۲)	تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده	خطای معناداری
نشخوار فکری	رفتاردرمانی دیالکتیکی	درمان شناختی رفتاری	۶/۵۴۷	۰/۵۱۰
	گروه کنترل	گروه کنترل	-۷/۵۷۲	۰/۰۰۱
درمان شناختی رفتاری	رفتاردرمانی دیالکتیکی	گروه کنترل	-۶/۵۴۷	۰/۵۱۰
	گروه کنترل	گروه کنترل	-۱۴/۱۹۹	۰/۰۰۱
گروه کنترل	رفتاردرمانی دیالکتیکی	گروه کنترل	۷/۵۷۲	۰/۵۰۴

می‌شود. همچنین در هر جلسه برای کسب مهارت و توانایی و تمرین مهارت‌های آموخته‌شده در زندگی تکالیفی به مراجعان داده شد. پژوهش حاضر از نوع طرح‌های اندازه‌گیری پیش‌آزمون-پس‌آزمون بود و برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. یافته‌ها

یافته‌های این پژوهش درباره ۴۵ نفر در دو گروه آزمایش (رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان شناختی رفتاری) و گروه کنترل

مندرجات جدول ۱ میانگین و انحراف متغیرهای نشخوار فکری و احساس گناه را در سه گروه نشان می‌دهد.

برای بررسی تفاوت نمرات متغیرهای پژوهش از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از اقدام به انجام تحلیل کواریانس

مندرجات جدول ۱ میانگین و انحراف متغیرهای نشخوار فکری و احساس گناه را در سه گروه نشان می‌دهد.

برای بررسی تفاوت نمرات متغیرهای پژوهش از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از اقدام به انجام تحلیل کواریانس

مندرجات جدول ۱ میانگین و انحراف متغیرهای نشخوار فکری و احساس گناه را در سه گروه نشان می‌دهد.

برای بررسی تفاوت نمرات متغیرهای پژوهش از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از اقدام به انجام تحلیل کواریانس

مندرجات جدول ۱ میانگین و انحراف متغیرهای نشخوار فکری و احساس گناه را در سه گروه نشان می‌دهد.

برای بررسی تفاوت نمرات متغیرهای پژوهش از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از اقدام به انجام تحلیل کواریانس

مندرجات جدول ۱ میانگین و انحراف متغیرهای نشخوار فکری و احساس گناه را در سه گروه نشان می‌دهد.

برای بررسی تفاوت نمرات متغیرهای پژوهش از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از اقدام به انجام تحلیل کواریانس

مندرجات جدول ۱ میانگین و انحراف متغیرهای نشخوار فکری و احساس گناه را در سه گروه نشان می‌دهد.

برای بررسی تفاوت نمرات متغیرهای پژوهش از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. پیش از اقدام به انجام تحلیل کواریانس

مندرجات جدول ۱ میانگین و انحراف متغیرهای نشخوار فکری و احساس گناه را در سه گروه نشان می‌دهد.

درمان شناختی رفتاری	۱۴/۱۱۹	۰/۵۰۸	۰/۰۰۱
احساس گناه	رفتاردرمانی دیالکتیکی	درمان شناختی رفتاری	۲/۲۹۳
گروه کنترل	۸/۰۹۵-	۰/۹۸۱	۰/۰۰۱
درمان شناختی رفتاری	رفتاردرمانی دیالکتیکی	درمان شناختی رفتاری	۲/۲۹۳-
گروه کنترل	۱۰/۳۸۸-	۰/۹۸۹	۰/۰۰۱
گروه کنترل	رفتاردرمانی دیالکتیکی	گروه کنترل	۸/۰۹۵
درمان شناختی رفتاری	رفتاردرمانی دیالکتیکی	گروه کنترل	۱۰/۳۸۸

نمود که رفتاردرمانی دیالکتیک با تمرکز بر پذیرش و عدم قضاوت احساسات به درمان اختلال وسواسی-جبری کمک می‌کند. مهارت‌های رفتاردرمانی دیالکتیک به مراجع کمک می‌کند تا با استرس‌های زندگی روزمره مقابله کند، کیفیت زندگی، مهارت‌های خودکنترلی و کاهش احساس ناامیدی در مراجع مبتلا به اختلال وسواسی-جبری را بهبود ببخشد. پذیرش، قضاوت نکردن و تمرکز حواس، همگی در کمک به مراجع در مدیریت اختلال وسواسی-جبری مؤثر هستند. رابطه بین فرد و درمانگر برای موفقیت بسیار مهم است. مراجع می‌آموزد که در مورد رفتارها و احساسات خود صادق باشد. درمانگر محیطی عاری از شرم و احساس شکست ایجاد می‌کند تا مراجع مایل به پذیرش ریسک و ایجاد تغییرات پایدار باشند. همه این عوامل به فرد کمک می‌کند تا بتواند در فضایی امن احساسات خود را بپذیرد و برای تغییر آماده شود. به طور کلی، اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک برای اختلال وسواسی-جبری ممکن است به تمرکز آن بر تنظیم هیجان، تمرکز حواس، اثربخشی بین فردی و تحمل پریشانی نسبت داده شود. با یادگیری این مهارت‌ها، افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری می‌توانند روش‌های سازگارانه‌تری برای مقابله با علائم خود و بهبود کیفیت زندگی خود ایجاد کنند. به عبارت دیگر می‌توان بیان نمود که رفتاردرمانی دیالکتیکی شامل چندین مؤلفه است که برای کمک به افراد در توسعه استراتژی‌های مقابله‌ای برای مدیریت هیجانات دشوار طراحی شده است. یکی از اجزای رفتاردرمانی دیالکتیکی تمرین ذهن آگاهی است که شامل توجه به لحظه حال بدون قضاوت است. این مؤلفه به افراد کمک می‌کند تا از افکار و هیجانات خودآگاه‌تر شوند و یاد بگیرند که احساسات خود را به طور مؤثرتری تنظیم کنند. یکی دیگر از مؤلفه‌های مهم رفتاردرمانی دیالکتیکی آموزش تنظیم هیجان است که به افراد می‌آموزد چگونه هیجانات خود را به روش‌های سالم‌تری شناسایی و مدیریت کنند. از طریق این تکنیک‌ها، به افراد آموزش داده می‌شود که محرک‌های احساس گناه و نشخوار فکری را بشناسند و افکار مثبت را جایگزین افکار منفی کنند. علاوه بر این مؤلفه‌ها، رفتاردرمانی دیالکتیکی همچنین شامل آموزش مهارت‌هایی در اثربخشی بین فردی و تحمل پریشانی است که می‌تواند بیشتر از افراد در مدیریت هیجانات و کاهش احساس گناه و نشخوار فکری حمایت کند.

همچنین یافته‌های پژوهش حاکی از اثربخش بودن درمان شناختی رفتاری در بهبود نشخوار فکری و احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بود. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های

یافته‌های به دست آمده از آزمون تعقیبی بونفرونی نشان‌دهنده آن است که بین میانگین‌های نمرات متغیرهای پژوهش در هر سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.001$ ). همچنین یافته‌های پژوهش نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری در کاهش نشخوار فکری و احساس گناه نسبت به رفتاردرمانی دیالکتیکی اثربخش‌تر بوده است.

### نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان شناختی رفتاری بر کاهش نشخوار فکری و احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری بود. نتایج پژوهش نشان داد که رفتاردرمانی دیالکتیکی بر کاهش نشخوار فکری و احساس گناه در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری مؤثر بود که این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش نوش کیا و همکاران (۳۰)، غواصی و همکاران (۳۱)، خیری و همکاران (۳۲) و آهوان و همکاران (۳۳) همسو و همخوان است. در پژوهش‌های خارجی انجام شده تمرکز بیشتر بر بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اختلال شخصیت مرزی و اختلال آسیب پس از سانحه است و پژوهشی که مستقیماً به بررسی اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی بر اختلال وسواسی-جبری و نشانه‌های آن پرداخته باشد، یافت نشد. با این حال می‌توان سرخ‌هایی از اثربخشی آن در دیگر اختلال‌های بالینی که در نشانه‌ها با اختلال شخصیت مرزی مشترک هستند پیدا کرد. در چارچوب نظری رفتاردرمانی دیالکتیکی، افراد مبتلا به اختلال شخصیت مرزی خودویرانگر هستند زیرا فاقد مهارت‌های مهم بین فردی، خودتنظیمی (از جمله تنظیم عاطفی) و تحمل پریشانی هستند (۲۰). در نتیجه، رفتاردرمانی دیالکتیکی به طور خاص بر روی اهدافی متمرکز است که رفتارهای آسیب‌زننده را کاهش و مهارت‌های رفتاری مانند تنظیم هیجانی، ذهن آگاهی و خودمدیریتی را افزایش دهد. علیرغم اینکه افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری معمولاً ترس‌ها و افکاری در مورد آسیب به دیگران را تجربه می‌کنند، اما به ندرت به دیگران آسیب می‌رسانند. از سوی دیگر، خودآزاری در اختلال وسواسی-جبری دارای شیوع ۷/۳ درصد و با اشکالی مختلفی شایع است (۳۴). لذا می‌توان از این یافته‌ها استنباط نمود که اختلالات بالینی در لایه‌های وجودی خود دارای ماهیت و ریشه مشترکی هستند که اصول و تکنیک‌های درمانی که آن‌ها را هدف قرار داده‌اند می‌تواند صرف‌نظر از برجسب اختلال در بهبود نشانه‌های اختلال مؤثر واقع شود. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان

اقدامات خود گزارشی باشد. علاوه بر این، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی کوتاه‌مدت پرداخت و تداوم اثرات درمان‌ها را ارزیابی نکرد. تحقیقات قبلی نشان داده است که حفظ دستاوردهای درمانی می‌تواند برای افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری چالش‌برانگیز باشد و مطالعات آینده باید دوام اثرات درمان را در دوره‌های زمانی طولانی‌تر بررسی کنند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده بر مکانیسم‌های اساسی تغییر در هر دو روش درمانی را تمرکز کنند و نیز با توجه به اینکه اختلال وسواسی-جبری می‌تواند با طیف وسیعی از علائم و بیماری‌های همراه ظاهر شود، پیشنهاد می‌شود بررسی شود که آیا رفتاردرمانی دیالکتیکی یا درمان شناختی رفتاری می‌توانند برای پرداختن به نیمرخ‌های خاص علائم و نشانه‌ها طراحی شوند یا خیر. در نهایت با توجه به نرخ بالای همبودی بین اختلال وسواسی-جبری و سایر شرایط سلامت روان، پیشنهاد می‌شود بررسی شود که آیا رویکردهای فراتشخیصی که عناصر رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری را در برمی‌گیرند می‌توانند در درمان طیف وسیع‌تری از اختلالات روانی مؤثر باشند یا خیر.

هر دو روش درمانی دارای نقاط قوت منحصربه‌فرد خود هستند و می‌توانند برای رفع نیازهای خاص افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری طراحی شوند. تحقیقات آینده ممکن است از مقایسه مستقیم این دو درمان در کارآزمایی‌های تصادفی‌سازی و کنترل‌شده بزرگ‌تر برای تعیین اینکه کدام رویکرد برای انواع مختلف اختلال وسواسی-جبری یا برای افراد مبتلا به تشخیص‌های همبود مؤثرتر است، سود ببرند. با این حال، واضح است که هر دو درمان به عنوان مداخلات مبتنی بر شواهد برای افرادی که با اختلال وسواسی-جبری و علائم مرتبط دست‌وپنجه نرم می‌کنند، نویدبخش هستند.

#### تشکر و قدردانی

نویسندگان مقاله به رسم احترام و وظیفه از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش کمال قدردانی و تشکر را دارند.

کاتمن و همکاران (۳۵)، ردی و همکاران (۳۶)، قراملکی و محب (۳۷) و تقوی زاده و همکاران (۳۸) و احمدی و همکاران (۳۹) همسو همخوان است. درمان شناختی رفتاری نوعی درمان است که به افراد کمک می‌کند تا با افکار، رفتارها و احساسات مشکل‌ساز کنار بیایند و آن‌ها را تغییر دهند. یکی از تکنیک‌هایی که در این درمان اثربخشی آن فراوان اثبات شده است تکنیک مواجهه و پیشگیری از پاسخ است. این درمان برای شکستن دو نوع ارتباطی که در اختلال وسواسی-جبری رخ می‌دهد طراحی شده است. اولین مورد ارتباط بین احساس پریشانی و اشیا، موقعیت‌ها یا افکاری است که این ناراحتی را ایجاد می‌کنند. رابطه دوم بین انجام رفتار مناسبی و کاهش پریشانی است. درمان شناختی رفتاری پیوند خودکار بین احساس اضطراب و رفتارهای آیینی و تشریفاتی را از بین می‌برد. همچنین به فرد آموزش می‌دهد که در مواقعی که مضطرب است، تشریفات را انجام ندهد. این برنامه درمانی شامل سه جزء است که شامل مواجهه و پیشگیری از پاسخ، مواجهه خیالی و پیشگیری آیینی می‌شود. افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری برای تجربه رهایی موقت از افکار وسواسی که باعث ناراحتی شدید آن‌ها می‌شود، اجبارهای خاصی را انجام می‌دهند. درمان شناختی رفتاری برای شکستن پیوند خودکار بین افکار وسواسی و رفتار اجباری آیینی عمل می‌کند.

این پژوهش همانند هر پژوهش دیگری دارای محدودیت‌هایی در روش و در تعمیم و تفسیر نتایج است. یکی از محدودیت‌ها عدم مقایسه رفتاردرمانی دیالکتیکی و درمان شناختی رفتاری با سایر درمان‌های مبتنی بر شواهد برای اختلال وسواسی-جبری، مانند درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ یا درمان پذیرش و تعهد است. مطالعات قبلی نشان داده‌اند که این درمان‌ها در کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری مؤثر هستند و مقایسه آن‌ها با درمان‌های استفاده شده در پژوهش حاضر ممکن است درک جامع‌تری از اثربخشی درمان‌های مختلف برای بهبود نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری ارائه دهد. همچنین مطالعات آتی می‌تواند شامل معیارهای ارزیابی شده توسط مشاهده‌گر یا ارزیابی‌های رفتاری برای تکمیل

## References

1. Remmerswaal KC, Batelaan NM, Hoogendoorn AW, van der Wee NJ, van Oppen P, van Balkom AJ. Four-year course of quality of life and obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2020;55:989-1000.
2. Almutairi AM, Aladhadh KM, Alsayed SA, Alhuwairini FF, Alzuwayed AM, Agha S. Prevalence of obsessive-compulsive disorder symptoms among medical students. *International Journal of Medicine in Developing Countries*. 2021;5(5):1183-.
3. Mohammadi MR, Ahmadi N, Hooshyari Z, Khaleghi A, Yazdi FR, Mehrparvar AH. Prevalence, comorbidity, and predictors of obsessive-compulsive disorder in Iranian children and adolescents. *Journal of Psychiatric Research*. 2021;141:192-8.
4. Ruscio AM, Stein DJ, Chiu WT, Kessler RC. The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Molecular psychiatry*. 2010;15(1):53-63.
5. Hofmeijer-Sevink MK, van Oppen P, van Megen HJ, Batelaan NM, Cath DC, van der Wee NJ, et al. Clinical relevance of comorbidity in obsessive compulsive disorder: the Netherlands OCD Association study. *Journal of affective disorders*. 2013;150(3):847-54.
6. Osland S, Arnold PD, Pringsheim T. The prevalence of diagnosed obsessive compulsive disorder and associated comorbidities: A population-based Canadian study. *Psychiatry research*. 2018;268:137-42.
7. Macy AS, Theo JN, Kaufmann SC, Ghazzaoui RB, Pawlowski PA, Fakhry HI, et al. Quality of life in obsessive compulsive disorder. *CNS spectrums*. 2013;18(1):21-33.
8. Baxter AJ, Scott KM, Ferrari AJ, Norman RE, Vos T, Whiteford HA. Challenging the myth of an "epidemic" of common mental disorders: trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010. *Depression and anxiety*. 2014;31(6):506-16.
9. Mancini A, Granzio U, Gragnani A, Femia G, Migliorati D, Cosentino T, et al. Guilt Feelings in Obsessive Compulsive Disorder: An Investigation between Diagnostic Groups. *Journal of Clinical Medicine*. 2022;11(16):4673.
10. Melli G, Carraresi C, Poli A, Marazziti D, Pinto A. The role of guilt sensitivity in OCD symptom dimensions. *Clinical psychology & psychotherapy*. 2017;24(5):1079-89.
11. Gangemi A, Mancini F. Obsessive patients and deontological guilt: a review. *Psychopathology Review*. 2017;4(2):155-68.
12. Wahl K, van den Hout M, Heinzl CV, Kollárik M, Meyer A, Benoy C, et al. Rumination about obsessive symptoms and mood maintains obsessive-compulsive symptoms and depressed mood: An experimental study. *Journal of Abnormal Psychology*. 2021;130(5):435.
13. Raines AM, Vidaurri DN, Portero AK, Schmidt NB. Associations between rumination and obsessive-compulsive symptom dimensions. *Personality and Individual Differences*. 2017;113:63-7.
14. Kollarik M, van den Hout M, Heinzl CV, Hofer PD, Lieb R, Wahl K. Effects of rumination on unwanted intrusive thoughts: A replication and extension. *Journal of Experimental Psychopathology*. 2020;11(1):2043808720912583.
15. Chaturvedi SK. Masked Obsessive Compulsive Disorder: It's a Headache! *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*. 2023:1-3.
16. Ekici E, Ugurlu M, Yigman F, Safak Y, Ozdel K. How much are they predictive for obsessive-compulsive symptom dimensions: beliefs, emotions, emotional schemas? *Current Psychology*. 2022:1-18.



17. Krzyszkowiak W, Kuleta-Krzyszkowiak M, Krzanowska E. Treatment of obsessive-compulsive disorders (OCD) and obsessive-compulsive-related disorders (OCRD). *Psychiatr Pol.* 2019;53(4):825-43.
18. Beck JS. *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*: Guilford Publications; 2020.
19. Clark DA. *Cognitive-behavioral therapy for OCD*: Guilford Press; 2006.
20. Dimeff L, Linehan MM. Dialectical behavior therapy in a nutshell. *The California Psychologist.* 2001;34(3):10-3.
21. Panos PT, Jackson JW, Hasan O, Panos A. Meta-analysis and systematic review assessing the efficacy of dialectical behavior therapy (DBT). *Research on Social Work Practice.* 2014;24(2):213-23.
22. Michael B. F, Janet B. W. W, Rhonda S. K, Robert L. S. *User's guide for the SCID-5-CV Structured Clinical Interview for DSM-5® disorders: Clinical version.*: Eb-Sina; 2016.
23. Sharifi V, Asadi SM, Mohammadi MR, Amini H, Kaviani H, Semnani Y, et al. Reliability and Feasibility of The Persian Version of The Structured Diagnostic Interview for DSM-IV (SCID). *Advances in Cognitive Sciences.* 2004;6(1):10-22.
24. Nolen-Hoeksema S, Morrow J, Fredrickson BL. Response styles and the duration of episodes of depressed mood. *Journal of abnormal psychology.* 1993;102(1):20.
25. Treynor W, Gonzalez R, Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research.* 2003;27:247-59.
26. Mohammadkhani S, S. Purmand N, Hassanabadi H. An Empirical Test of a Metacognitive Model of d Rumination and Depression in Non-clinical Population. *Journal of Modern Psychological Researches.* 2013;8(30):183-204.
27. Naziri G, Birashk B. Optional Bias toward Guilt Feeling Signs in the Course of Information Processing in Obsessive-Compulsive Patients`. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology.* 2002;8(1):61-9.
28. Linehan MM. *Skills training manual for treating borderline personality disorder*: Guilford press; 1993.
29. Jones SL, Hadjistavropoulos HD, Soucy JN. A randomized controlled trial of guided internet-delivered cognitive behaviour therapy for older adults with generalized anxiety. *Journal of anxiety disorders.* 2016;37:1-9.
30. Nooshkia M, Rasooli M, Zare Bahram Abadi M. Comparison of the effectiveness of dialectical behavior therapy and acceptance and commitment therapy on cognitive emotion regulation and reduction of rumination in patients with generalized anxiety disorder. *Islamic Life Style.* 2020;4(1):26-34.
31. Ghavasi F, Akbarzadeh I, Hesari BS, Shams J, Ghezelghabr RM, Fatemizadeh M. The Effectiveness of Group Dialectical Behavior Therapy on Emotional Regulation and Rumination in Girls with Traumatic Experience. *Int J Appl Behav Sci [Internet]* 2019Jun. 2019;19(6):2.
32. Khayeri B, Mirmahdi R, Akouchekian S, Heydari H, Aleyasin SA. The effectiveness of emotion-focused therapy and dialectical behavior therapy on reducing obsessive-compulsive symptoms in women with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Isfahan Medical School.* 2019;37(517):145-53.
33. Ahovan M, Balali S, Shargh NA, Doostian Y. Efficacy of dialectical behavior therapy on clinical signs and emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder. *Mediterranean Journal of Social Sciences.* 2016;7(4):412.
34. Lochner C, Fineberg NA, Zohar J, Van Ameringen M, Juven-Wetzler A, Altamura AC, et al. Comorbidity in obsessive-compulsive disorder (OCD): A report from the International

College of Obsessive–Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS). *Comprehensive psychiatry*. 2014;55(7):1513-9.

35. Kathmann N, Jacobi T, Elsner B, Reuter B. Effectiveness of individual cognitive-behavioral therapy and predictors of outcome in adult patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2022;91(2):123-35.

36. Reddy YJ, Arumugham SS, Balachander S. Cognitive-behavioral and related therapies for obsessive–compulsive and related disorders. *Current Opinion in Psychiatry*. 2021;34(5):467-76.

37. Garamaleki MT, Moheb N. The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Rumination, Worry and Anxiety Sensitivity in People with Anxiety Disorders1. *Journal of Instructio and Evaluation Vol*. 2021;14(53).

38. Taghavizadeh M, Akbari B, Hosein Khanzadeh A, Moshkbid Haghighi M. Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral and Acceptance and Commitment Therapies on Emotional Regulation, and Excessive Responsibility of Obsessive-Compulsive Personality Disorder. *Journal of Applied Psychological Research*. 2019;10(2):119-36.

39. Ahmadi Bejagh S, Bakhshipour B, Faramarzi M, amp, #039, boube. The effectiveness of group mindfulness –Based cognitive Therapy on obsessive-compulsive disorder, metacognition beliefs and rumination. *Clinical Psychology Studies*. 2015;5(20):79-109.