Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol. 10/ No. 5/ 2023
Page: 87-102

# Comparison the effectiveness of dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral therapy on anxiety and aggression in people with obsessive-compulsive disorder

**Haleh Amighi[1], Hossein Ebrahimi Moghadam[2], Leila Kashani Vahid[3]**

1-PhD Student, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran.
2- Associate Professor, Department of Psychology, Roudehen Branch, Islamic Azad University, Roudehen, Iran (Corresponding Author). E-mail: Hem_psy@yahoo.com
3- Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exeptaional Children, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

**Received:** 02/06/2023 **Accepted:** 01/11/2023

## Abstract

**Introduction:** Obsessive-compulsive disorder (OCD) is a serious and incapacitating disorder that can be managed effectively, despite its chronic progression.

**Aim:** The present study aimed to compare the impact of dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral therapy on anxiety and aggression in patients with OCD.

**Method:** In this quasi-experimental research, employing a pretest-posttest control group design, the study population comprised girls diagnosed with OCD from the first and second level secondary schools in districts 1 and 3 of Tehran, Iran, during 2022. Through convenience sampling, a total of 45 participants were randomly selected and allocated to the experimental and control groups. In order to collect data, the Maudsley's Obsessive Compulsive Test (1977), the Beck's Anxiety Inventory (1988), and the Bass Perry's Aggression Questionnaire (1992) were employed. The cognitive-behavioral therapy and dialectical behavior therapy were administered to experimental groups 1 and 2, respectively. The analysis of the collected data was conducted using SPSS Version 22, employing the method of multivariate mixed analysis of variance.

**Results:** The results showed that both cognitive-behavioral therapy and dialectical behavior therapy improved anxiety ($F=50.539$) and aggression ($F=80.878$) in people with OCD when compared to the control group (MD=-12.759 and -12.654 for anxiety, respectively; MD=-20.446 and -25.609 for aggression, respectively; $P<0.05$). Moreover, it was found that dialectical behavior therapy was more effective than cognitive-behavioral therapy in alleviating aggression (MD=-5.143, $P<0.05$).

**Conclusion:** The two methods of cognitive-behavioral therapy and dialectical behavior therapy improved the level of anxiety and aggression in individuals with OCD. Therefore, considering the effectiveness of therapeutic methods, they can be used as effective psychological interventions to reduce anxiety and aggression.

**Keywords:** Anxiety, Aggression, Cognitive-behavioral therapy, Dialectical behavior therapy, Obsessive-compulsive disorder

**How to cite this article:** Amighi H, Ebrahimi Moghadam H, Kashani Vahid L. Comparison the effectiveness of dialectical behavior therapy and cognitive-behavioral therapy on anxiety and aggression in people with obsessive-compulsive disorder. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2023; 10(5): 87-102. URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1891-en.pdf

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]

[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دهم، شماره ۵، ۱۴۰۲
صفحات: ۱۰۲-۸۷

# مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و پرخاشگری افراد دارای وسواس فکری- عملی

**هاله آمیغی[۱]، حسین ابراهیمی مقدم[۲]، لیلا کاشانی وحید[۳]**

۱.دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران (مولف مسئول). ایمیل: Hem_psy@yahoo.com
۳. استادیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

**تاریخ دریافت مقاله:** ۱۴۰۲/۰۳/۱۲ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۲/۰۸/۱۰

## چکیده

**مقدمه:** وسواس فکری- عملی اختلالی شدید و ناتوان‌کننده اما قابل درمان است که سیری مزمن دارد.

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و پرخاشگری افراد دارای وسواس فکری- عملی انجام شد.

**روش:** مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دختران دارای وسواس فکری- عملی در مقطع متوسطه اول و دوم مناطق ۱ و ۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود، که از بین آن‌ها ۴۵ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل جایدهی شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های وسواس فکری عملی مادزلی (۱۹۷۷)، اضطراب بک (۱۹۸۸) و پرخاشگری باس و پری (۱۹۹۲) استفاده شد. در گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ به ترتیب، بسته‌های درمان شناختی- رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیک اجرا شد. تجزیه‌وتحلیل داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و روش تحلیل واریانس آمیخته چندمتغیری انجام شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد هر دو روش درمان شناختی- رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیک سبب بهبود اضطراب (F=۵۰/۵۳۹) و پرخاشگری (F=۸۰/۸۷۸) افراد دارای وسواس فکری- عملی نسبت به گروه کنترل شد (به ترتیب با ۱۲/۷۵۹- و ۱۲/۶۵۴-=MD در متغیر اضطراب و ۲۰/۴۴۶- و ۲۵/۶۰۹-=MD در متغیر پرخاشگری، P<۰/۰۵)؛ همچنین روش رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش پرخاشگری از درمان شناختی- رفتاری مؤثرتر بود (MD=-۵/۱۴۳ ، P<۰/۰۵).

**نتیجه‌گیری:** دو روش درمانی شناختی- رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیک سبب بهبود سطح اضطراب و پرخاشگری در افراد دارای وسواس فکری- عملی شد؛ بنابراین، با توجه به مؤثر بودن روش‌های درمانی، می‌توان از آن‌ها به‌عنوان مداخله روانشناختی مؤثر جهت کاهش اضطراب و پرخاشگری بهره برد.

**کلیدواژه‌ها:** اضطراب، پرخاشگری، درمان شناختی- رفتاری، رفتار درمانی دیالکتیک، وسواس فکری- عملی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]

[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]

**مقدمه**

اختلال وسواس فکری- عملی[1] در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی[2]، از دیگر اختلالات اضطرابی جدا شده است (کرمی، آقا یوسفی، جان بزرگی و نامور، ۱۴۰۱). این اختلال شدید و ناتوان-کننده است که چالش‌های زیادی را برای علوم اعصاب به وجود می‌آورد (رابینز، واقی و بانکا[3]، ۲۰۱۹)؛ که با افکار وسواسی یا اجبار به انجام کاری و یا هر دو مشخص می-شود (کومار و سومانی[4]، ۲۰۲۰). وسواس، در برگیرنده فکر یا احساسی عود کننده و اجبار رفتاری آگاهانه، نظیر شمارش، وارسی یا اجتناب است؛ لذا افراد دارای این اختلال چنین حس می‌کنند که مجبورند برای خنثی کردن یا خاموش کردن افکار وسواسی، رفتارهای خاصی مانند تمیز کردن را مرتباً و به اجبار انجام دهند (چاکرابورتی و کارماکار[5]، ۲۰۲۰). این اختلال با آسیب عمده در عملکرد و کاهش کیفیت زندگی همراه است (تایوب- شیف، ریکتور، یانگ، لارین و ریچتر[6]، ۲۰۲۰). علیرغم جدایی اختلالات وسواسی از اضطرابی، همچنان شباهت‌های زیادی ازنظر بالینی، سبب‌شناسی زیستی و درمانی بین وسواس و اضطراب وجود دارد. مدل مفهومی غالب برای اختلال وسواس نشان می‌دهد عامل زیربنایی وسواس، اضطراب و حساسیت اضطرابی است (استین، فینبرگ، بینون، دنیز، لوچنر و همکاران[7]، ۲۰۱۹؛ گاتیرزه، هیرانی، کارتیس و لادلوو[8]، ۲۰۲۰). به این صورت که در ۴۰ درصد موارد علائم اضطراب در مراحل مختلف اختلال وسواس دیده می‌شود (ایوارسون، ملین و والین[9]، ۲۰۱۸). در این راستا مطالعات نشان داده که افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا بیش از حد مراقب هستند و احساسات مبهم جسمی را بسیار خطرناک ارزیابی می-کنند (احدی و نریمانی[10]، ۲۰۲۰).

در کنار اضطراب، پرخاشگری نیز روابط قوی و چندبعدی با اختلال وسواس دارد (استاد محمدعلی و پیرخائفی، ۱۳۹۸). قدیمی‌ترین نظریه‌ها، خصومت و پرخاشگری را زیربنای این اختلال می‌دانند. اختلال وسواس با تثبیت در مرحله مقعدی یعنی همزمان با شکل-گیری اصل مازوخیسم به‌عنوان اصلی از غریزه مرگ، با سرکوب پرخاشگری توسط کودک که به اجبار والدین صورت می‌گیرد، پیش می‌رود. زمانی‌که فرد نوروتیک به سنین بالاتر رسید و اجبار منبع قدرت بیرونی (والدین) برای سرکوب کردن پرخاشگری نسبت به زمان کودکی کمتر می‌شود، به میزان بیشتری نسبت به سایرین پرخاشگری را ابراز می‌کند (استاد محمدعلی و پیرخائفی، ۱۳۹۸). طبق نظر درمان روان‌پویشی فشرده و کوتاه‌مدت مشکلاتی در دستیابی به هیجانات ناخودآگاه و احساسات دفع شد (مثل وسواس) باعث بروز رفتارهای نابهنجار (مثل پرخاشگری) می‌شود (اپل[11]، ۲۰۱۸). در این راستا در مطالعه‌ای نشان داده شد که افراد دارای اختلال وسواس در مقایسه با گروه بهنجار تجربه خشم درونی بیشتری دارند (دیلاکیوییز، جویس، زلوسکی و کاتز[12]، ۲۰۲۱)؛ این افراد آمادگی بالاتری برای تجربه عصبانیت گزارش نمودند، درحالی‌که ممکن است این تمایل با بروز آشکار خشم مطابقت نداشته باشد

[1]- Obsessive-compulsive disorder (OCD)
[2]- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
[3]- Robbins, Vaghi & Banca
[4]- Kumar & Somani
[5]- Chakraborty & Karmakar
[6]- Taube-Schiff, Rector,Young, Larkin & Richter
[7]- Stein, Fineberg, Bienvenu, Denys, Lochner & et al
[8]- Gutierrez, Hirani, Curtis & Ludlow
[9]- Ivarsson, Melin &Wallin
[10]- Ahadi & Narimani
[11]- Eppel
[12]- Delaquis, Joyce, Zalewski & Katz



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]

[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]

(شاهی صدرآبادی، خسروی، بنی جمالی و چراغ ملایی، ۱۳۹۷).

تاکنون روش‌های درمانی مختلف شناختی و رفتاری جهت بهبود علائم و ویژگی‌های افراد دارای اختلال وسواس فکری به کار گرفته شده است که در پیش‌آگهی این اختلال تغییراتی ایجاد کرده است؛ اما از آنجایی‌که بعضی شواهد بیانگر آن است که درمان افکار وسواسی به مراتب دشوارتر از درمان اعمال وسواسی است، در چنین مواردی ترکیب درمان‌های شناختی و رفتاری (رفتار درمانی دیالکتیک و درمان شناختی- رفتاری) می‌تواند احتمالاً نرخ بهبودی را افزایش دهد.

رفتاردرمانی دیالکتیک[1] توسط لینهان[2] با نگرشی کاملاً انسان‌مدار و دلسوزانه ابداع شده است، مداخلات مربوط به درمان‌های شناختی- رفتاری که مبتنی بر اصل تغییر است با آموزه‌ها و فنون فلسفه شرقی ذهن که مبتنی بر اصل پذیرش با هدف تعادل آفرینی بین تغییر و پذیرش درآمیخته است. در این رویکرد درمانی با مهارت‌های ذهن‌آگاهی و با هدف کاهش سردرگمی در مورد خود، به فرد کمک می‌شود افکار و هیجانات خود را بدون قضاوت صرفاً تجربه کند؛ این تجربه باعث می‌شود فرد افکار و احساسات خویش را بپذیرد و آن‌ها را به‌صورت دقیق‌تر بررسی کند و این بررسی به فرد فرصت ارزیابی عمیق‌تر از موقعیت را می‌دهد و درنهایت فرد، با اعمال تغییرات، افکار خود را متوازن‌تر می‌کند و با ایجاد شرایط مطلوب‌تر امکان عمل فکری را افزایش می‌دهد (وان-دایک[3]، ۲۰۱۸). شواهد نشان می‌دهند این رویکرد در درمان مشکلات هیجانی (فیتزپاتریک، بایلی و ریزوی[4]، ۲۰۲۰)، درمان اختلال شخصیت و درمان رفتارهای خود آسیب‌رسان و کاهش تکانش‌گری (تومليسون و هاکن[5]، ۲۰۱۷) موفقیت‌آمیز بوده است؛ طبق پژوهش‌ها رفتار درمانی دیالکتیک برای درمان اختلالات اضطرابی بکار گرفته‌شد؛ اما پژوهشی یافت نشد که به بررسی آن در بیماران با اختلال وسواس فکری- عملی بپردازد.

درمان رایج دیگر برای اختلال وسواس، درمان شناختی- رفتاری[6] است. در این راستا مودی، مورفینی، چنگ، شن، تادایونجاد و همکاران[7] (۲۰۱۷) در بررسی مکانیسم‌های درمان اختلال وسواس فکری- عملی اذعان داشتند که این بیماران اتصال‌های قوی هشت‌گانه را در شبکه مغزی نشان دادند؛ افزایش اتصال با افزایش مقاومت در برابر اجبار همراه است که مکانیسم‌های درمان شناختی- رفتاری با ایجاد یکپارچگی شبکه‌ای تقویت شده، هم در داخل و هم در خارج از نواحی کلاسیک کورتیکو- استریاتال- تالاموس- قشر می‌تواند منعکس‌کننده کسب رفتارها و الگوهای فکری جدید غیراجباری باشند. در این روش فرصتی برای افراد فراهم می‌آید تا شیوه‌های شناسایی و اصلاح افکار و رفتارهای خود تخریبی را آموخته و هنگام رویارویی با مسائل مختلف از آن‌ها استفاده نمایند (دارسانا، سارنی، سادارسانا، پارامارتا و احمد[8]، ۲۰۲۰). نتایج پژوهش‌های اوته[9] (۲۰۲۲) و صمدی آجی بیشه (۱۳۹۹) نشان داد که درمان شناختی- رفتاری می‌تواند بر مؤلفه‌های روانشناختی، هیجانی، عاطفی و ارتباطی افراد مختلف مؤثر باشد. در پژوهشی دیگر نیز توصیه شد که درمان شناختی- رفتاری قویاً

[1]- Dialectical Behavior Therapy
[2]- Linehan
[3]- Van Dijk
[4]- Fitzpatrick, Bailey & Rizvi
[5]- Tomlinson & Hoaken
[6]- Cognitive-Behavioral Therapy
[7]- Moody, Morfini, Cheng, Sheen, Tadayonnejad & et al
[8]- Dharsana, Suarni, Sudarsana, Paramartha & Ahmad
[9]- Otte



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]
[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]

جهت درمان اختلال وسواس فکری- عملی استفاده شود (کاتهامان، جاکوبی، السنر و ریتر[1]، ۲۰۲۲).

اختلال وسواس دارای دو جنبه شناختی- رفتاری است. طبق تبیین‌های پیشین رفتاری علت وقوع و افزایش اعمال اجباری بیشتر به نقش این اعمال در کاهش اضطراب نسبت داده شد؛ اما امروزه توجه بیشتر به سازه‌های شناختی و رفتاری به‌صورت توأمان جهت تبیین وسواس مدنظر است. همچنین، در پژوهش‌های پیشین به بررسی میزان اثربخشی و مقایسه این شیوه‌های درمانی شناختی- رفتاری و دیالکتیک بر اضطراب و پرخاشگری بیماران دارای وسواس فکری به‌طور همزمان پرداخته نشده است؛ لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و پرخاشگری افراد دارای وسواس فکری بود.

## روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش-آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه پژوهش شامل دختران دانش‌آموز دارای وسواس فکری در مقطع متوسطه اول و دوم مناطق ۱ و ۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. جهت انتخاب نمونه پس از اخذ مجوزهای لازم از اداره آموزش‌وپرورش از بین مدارس دخترانه مقطع متوسطه مناطق ۱ و ۳ شهر تهران (حدود ۱۲۰ مدرسه) ۴ مدرسه (تقوی‌نیا و کوشش دوره متوسطه اول؛ روشنگران و شوق پرواز دوره متوسطه دوم) انتخاب شد. پس از هماهنگی با مسئولان مدارس مربوطه به دانش‌آموزان از طریق پیام‌رسان شاد جهت شرکت در کار پژوهشی فراخوان داده شد. سپس افراد براساس پرسشنامه وسواس فکری مادزلی غربال شدند. پس از گردآوری اطلاعات از بین افرادی که دارای ملاک‌های ورود و خروج بودند با توجه به آنکه حداقل حجم نمونه در پژوهش‌های نیمه-آزمایشی برای هر زیرگروه ۱۵ نفر است (دلاور، ۱۳۹۹)؛ نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر دانش‌آموز دختر مقطع اول و دوم متوسطه دارای وسواس فکری بود، که به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس از این ۴ مدرسه انتخاب و به شیوه تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری جایدهی شدند. ملاک ورود شامل دختران دارای وسواس فکری، محصل در مقطع متوسطه اول و دوم (سن بین ۱۳ تا ۱۸ سال)، ملاک‌های خروج نیز شامل دریافت درمان‌های روانشناختی در ۶ ماه گذشته، مصرف داروهای روانپزشکی، غیبت بیش از ۲ جلسه در فرایند درمان و عدم پاسخ‌دهی به پرسشنامه‌ها بود.

جهت رعایت موازین اخلاقی در پژوهش، داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت افراد در پژوهش، تشریح حقوق و وظایف طرفین و محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات بدست آمده در طی اجرای پژوهش و خروج آزادانه از پژوهش مدنظر قرار گرفت. پس از نمونه‌گیری افراد گروه‌های آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه‌های اضطراب بک (۱۹۹۸) و پرخاشگری پری و باس (۱۹۹۲) را تکمیل نمودند. سپس روی گروه آزمایش اول بسته درمان شناختی- رفتاری اوور هولمسر جامس[2] (۱۹۹۹) طی ۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و در گروه آزمایش دوم بسته رفتار درمانی دیالکتیک لینهان[3] (۱۹۹۳) طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به‌صورت هفته‌ای توسط متخصص روانشناس اجرا شد؛ لازم به ذکر است که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات درمان، در مرحله

[1]- Kathmann, Jacobi, Elsner & Reuter

[2]- Overholmser James's Cognitive Behavioral Therapy Protocol

[3]- Linehan's Dialectical Behavior Therapy Protocol



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]

[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]

پس‌آزمون و نیز بار دیگر در پایان دوره دوماهه، در مرحله پیگیری مجدداً گروه‌های آزمایش و کنترل پرسشنامه‌های اضطراب و پرخاشگری را تکمیل نمودند. در این پژوهش جهت تجزیه‌وتحلیل توصیفی داده‌ها از آمار توصیفی و جهت مقایسه از آزمون تحلیل واریانس آمیخته (تحلیل واریانس مختلط بین- درون آزمودنی‌ها) با آزمون تعقیبی بونفرونی و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. محتوای خلاصه جلسات درمان شناختی- رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیک در جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

**جدول ۱ خلاصه جلسات درمان شناختی- رفتار ی (اوور هولمسر جامس، ۱۹۹۹)**

| جلسه | محتوای جلسه |
|---|---|
| **اول** | معارفه، بیان قوانین و صحبت درباره وظایف و مسئولیت‌های هر بیمار و مشاور و از هریک از مراجعین خواسته شد که مشکلات و اهداف خود را برای درمان بیان کنند. همچنین درباره تلاش‌های موفق و ناموفقی که پیش از این برای مقابله با این مشکل انجام داده بودند صحبت کنند. صحبت درباره چیستی وسواس، توضیح درباره سبک زندگی با اختلال وسواس بیان این موضوع که با ادامه سبک زندگی مبتنی بر فرونشاندن موجبات تقویت رفتار وسواس‌گونه خواهند شد، تعریف اصطلاحات مهم<br>تکلیف منزل: تکمیل برگه‌های بازبینی و بررسی و گزارش مواردی که در طی هفته دچار وسواس شده و شدت اضطراب، پرخاشگری و عدم توجه |
| **دوم** | مرور و بررسی تکالیف،<br>آموزش روانشناختی، مدل شناختی رفتاری و توضیح چرخه اثرگذاری تفکر- احساس- عمل همراه با مثال و معرفی انواع تحریف‌های شناختی<br>تکلیف منزل: بازبینی تکالیف شناختی |
| **سوم** | مرور و بررسی تکالیف<br>آموزش روانشناختی، بررسی راهبردهای مقابله با تحریف‌های شناختی با مثال‌هایی از جانب خود آزمودنی‌ها<br>تکلیف منزل: تمرین شناسایی تحریف‌های شناختی، پر کردن برگه افکار و وقایع روزانه |
| **چهارم** | مرور تکالیف منزل<br>آموزش روانشناختی، معرفی مواجهه و پیشگیری از افکار و رفتارهای آیینی، انجام حرکات ورزشی و آرمیدگی |
| **پنجم** | مرور تکالیف منزل<br>آموزش روانشناختی، پیشگیری از افکار وسواسی و مواجهه با آن‌ها و تفکر جایگزین نرمال، ادامه یادداشت برداری از افکار و تشخیص تحریف‌های ذهنی |

**جدول ۲ خلاصه جلسات رفتار درمانی دیالکتیک (لینهان، ۱۹۹۳)**

| جلسه | محتوای جلسه |
|---|---|
| **اول** | پس از آشنایی با اهداف و قوانین، اعضای گروه در بخش مهارت‌های هشیاری فراگیر، با سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا آشنا می‌شوند. به اعضای گروه توضیح داده می‌شود که منظور از حالت ذهنی در این طرح، سه حالت ذهنی منطقی، هیجانی و خردگرا است. در این جلسه پیش‌آزمون گرفته شد. |
| **دوم** | در این جلسه علاوه بر تمرین حالت ذهنی جلسه قبل، به آموزش مهارت‌های چه چیز و مهارت‌های چگونگی هشیاری فراگیر، شامل مشاهده، توصیف و شرکت کردن و مهارت‌های چگونه شامل اتخاذ موضع غیر قضاوتی، خود ذهن‌آگاهی و کارآمد عمل کردن اختصاص یافت. |
| **سوم** | مهارت‌های چه چیزی و چگونگی به‌طور عملی در گروه تمرین شد، چون این تمرین‌ها هسته مرکزی آموزش رفتار درمانی |



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]

[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]

| | |
|---|---|
| | دیالکتیک محسوب می‌شود؛ بنابراین در ابتدا آموزش داده می‌شود. |
| **چهارم** | علاوه بر مرور تمرین‌های جلسات قبل، به آموزش بخشی از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل تعریف هیجان و مؤلفه‌های آن پرداخته شد. |
| **پنجم** | بخش دیگری از مهارت‌های تنظیم هیجانی، شامل الگوی شناسایی هیجانات و برچسب زدن به آن‌ها که منجر به افزایش توانایی کنترل کردن هیجانات می‌گردد، آموزش داده شد. |
| **ششم** | ضمن مرور مهارت‌های قبلی، به آموزش مهارت‌های پذیرش هیجان‌ها، حتی در صورت منفی بودن و آموزش مهارت‌هایی برای کاهش آسیب‌پذیری نسبت به هیجان‌های منفی پرداخته شد. |
| **هفتم** | به آموزش بخشی از مؤلفه تحمل پریشانی، یعنی راهبردهای بقا در بحران شامل مهارت‌های پرت کردن حواس و خودآرام-سازی با حواس پنج‌گانه پرداخته شد. |
| **هشتم** | در جلسه آخر، ضمن مرور آموزش‌های قبلی، مهارت‌های بهسازی لحظات و تکنیک سود و زیان در هنگام مواجه شدن با ناکامی یا احساس خشم از راهبردهای بقا در بحران به‌صورت عملی در گروه تمرین شد؛ همچنین آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه درمان مدنظر قرار گرفت. در این جلسه پس‌آزمون اجرا گردید. |

## ابزار

***پرسشنامه وسواس فکری- عملی[1] (MOCI):*** پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی در سال ۱۹۷۷ توسط راچمن و هاجسون[2] به‌منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواسی معرفی شد. این ابزار که یک پرسشنامه خود گزارشی ۳۰ سؤالی صحیح- غلط است، شامل یک نمره کل و چهار زیر مقیاس وارسی (۹ سؤال)، شستشو (۱۱ سؤال)، کندی/ تکرار (۷ سؤال) و شک و تردید وظیفه‌شناسی (۷ سؤال) است. هر پاسخی که با نمره کلید هم‌خوانی دارد نمره یک و در غیر اینصورت نمره صفر تعلق می‌گیرد. این پرسشنامه به‌گونه‌ای طراحی شده است که یک فرد کاملاً وسواس دقیقاً به نیمی از سؤالات جواب مثبت و به نیم دیگر جواب منفی می‌دهد. دامنه نمره بین صفر تا ۳۰ است که در آن نمره بالاتر به معنای وسواس فکری- عملی بیشتر است. راچمن و هاجسون (۱۹۸۰) پایایی خرده مقیاس‌های این پرسشنامه را به روش ضریب‌آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۸۰، ۰/۷۰ و ۰/۷۰ و روایی همگرای آن را ۰/۸۷ گزارش نمودند. در ایران پایایی به‌روش دو نیمه‌سازی برای کل مقیاس ۰/۷۸ برآورد شد (یوسفی و منیر پور، ۱۴۰۰).

***پرسشنامه اضطراب بک[3] (BAI):*** این پرسشنامه در سال ۱۹۸۸ توسط بک برای تعیین سطح اضطراب طراحی شده است و شامل ۲۱ عبارت است که در برابر هر عبارت، چهار گزینه جهت پاسخ وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا کسانی که در وضعیت اضطراب‌انگیز قرار می‌گیرند، تجربه می‌کنند. شیوه امتیاز-دهی در این پرسشنامه به‌صورت، اصلاً (۰)، خفیف (۱)، متوسط (۲) و شدید (۳) است. بنابراین، دامنه نمرات اضطراب از صفر تا ۶۳ است. براساس مطالعات انجام شده در خارج از کشور، پنج نوع اعتبار محتوا، همزمان، ساده، تشخیصی و عاملی برای آن سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری اضطراب است (بک و استر، ۱۹۹۰). در پژوهشی ایرانی مقدار پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای‌کرونباخ ۰/۸۷

[1]- Maudsley Obsessive- Compulsive Inventory
[2]- Rachman & Hadson
[3]- Beck Anxiety Inventory



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]
[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]

محاسبه شده است (بادان‌فیروز، مکوند حسینی و محمدی فر، ۱۳۹۶).

***پرسشنامه پرخاشگری (BPAQ):*** این پرسشنامه توسط باس و پری در سال ۱۹۹۲ با ۲۹ سؤال طراحی شده است که چهار گونه رفتارهای پرخاشگرانه شامل: پرخاشگری بدنی (۹ سؤال)، پرخاشگر کلامی (۵ سؤال)، خشم (۷ سؤال)، کینه‌ورزی یا خصومت (۸ سؤال) را ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری این پرسشنامه براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده است و دو عبارت ۹ و ۱۶ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در این پرسشنامه حداقل نمره برابر با ۲۹ و حداکثر آن برابر با ۱۴۵ است که نمره بالاتر بیانگر میزان پرخاشگری بیشتر است. باس و پری (۱۹۹۲) طی پژوهشی نشان دادند که نتایج ضریب بازآزمایی برای چهار زیرمقیاس (با فاصله ۹ هفته) ۰/۸۰ تا ۰/۷۲ و همبستگی بین چهار زیرمقیاس ۰/۳۸ تا ۰/۴۹ بدست‌آمده است؛ همچنین جهت سنجش اعتبار درونی مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده نمودند که نتایج نشانگر همسان درونی زیرمقیاس پرخاشگری بدنی ۰/۸۲، پرخاشگری کلامی ۰/۸۱، خشم ۰/۸۳ و خصومت ۰/۸۰ بود. در ایران در پژوهشی ضریب پایایی این پرسشنامه به شیوه بازآزمایی، برابر ۰/۷۸ بدست آمد. همچنین همبستگی بالای عوامل با نمره کل پرسشنامه، همبستگی ضعیف عوامل با یکدیگر و مقادیر ضریب آن‌ها همگی نشان‌دهنده کفایت و کارایی این پرسشنامه برای کاربرد پژوهشگران و متخصصان در ایران است (عابدین و حیدری، ۱۴۰۰).

## یافته‌ها

شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر ازنظر جنسیت فقط شامل دختران بودند. از لحاظ سن، ۸ نفر (۱۷/۸٪) ۱۳ ساله، ۱۰ نفر (۲۲/۲٪) ۱۴ ساله، ۹ نفر (۲۰٪) ۱۵ ساله، ۵ نفر (۱۱/۱٪) ۱۶ ساله، ۹ نفر (۲۰٪) ۱۷ ساله و ۴ نفر (۸/۹٪) ۱۸ ساله؛ از لحاظ پایه تحصیلی ۱۰ نفر (۲۲/۲٪) پایه هفتم یا نهم، ۸ نفر (۱۷/۸٪) پایه هشتم یا دهم،۶ نفر (۱۳/۳٪) پایه یازدهم، ۳ نفر (۶/۶٪) پایه دوازدهم بودند. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پرخاشگری و اضطراب در سه گروه؛ شناختی- رفتاری، رفتار درمانی و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

**جدول ۳ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در سه گروه پژوهش و سه مرحله زمانی**

| گروه | تعداد | مرحله | اضطراب | | پرخاشگری | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | میانگین | انحراف‌معیار | میانگین | انحراف‌معیار |
| **درمان شناختی- رفتاری** | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۳۰/۶۷ | ۱/۹۸ | ۶۳/۱۳ | ۵/۵۱ |
| | | پس‌آزمون | ۱۹/۶ | ۱/۹۹ | ۴۶/۲۷ | ۵/۲۶ |
| | | پیگیری | ۱۶/۹۳ | ۱/۹۱ | ۴۵/۶۷ | ۴/۷۷ |
| **رفتار درمانی دیالکتیک** | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۳۱/۲۷ | ۲/۱۲ | ۶۴/۰۷ | ۳/۶۱ |
| | | پس‌آزمون | ۲۰/۰۷ | ۱/۷۹ | ۴۱/۸۷ | ۳/۰۴ |
| | | پیگیری | ۱۶/۴۷ | ۱/۶۸ | ۳۹/۸ | ۲/۵۷ |
| **کنترل** | ۱۵ | پیش‌آزمون | ۳۱/۰۷ | ۲/۹۱ | ۶۶/۷۳ | ۳/۹۱ |
| | | پس‌آزمون | ۳۲/۶ | ۳/۷۷ | ۶۹/۶ | ۴/۱ |



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]

[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | پیگیری | ۳۵/۷۳ | ۴/۳۷ | ۷۲ | ۵/۱۱ |

با توجه به نتایج جدول ۳ می‌توان گفت که میانگین اضطراب و پرخاشگری پس‌آزمون و پیگیری در هر دو گروه آزمایش نسبت به پیش‌آزمون کاهش پیدا کرده است. در میان سه گروه مورد بررسی بیشترین میانگین اضطراب و پرخاشگری در گروه کنترل با مقادیر به ترتیب ۳۲/۶ و ۶۹/۶ و کمترین میانگین اضطراب مربوط به درمان شناختی- رفتاری با مقدار ۱۹/۶ و کمترین میانگین پرخاشگری مربوط به رفتار درمانی دیالکتیک با مقدار ۴۱/۸۷ بود. پس از بررسی و برقراری مفروضه‌های نرمال بودن (آزمون نرمالیته کلوموگروف اسمیرنف) (P>۰/۰۵)، همگنی واریانس (آزمون لوین)، کرویت (آماره W موخلی) و همگنی کوواریانس‌ها (آزمون ام- باکس) (P<۰/۰۱). نتایج تحلیل واریانس آمیخته (تحلیل واریانس مختلط بین- درون آزمودنی‌ها) نمرات پیش- آزمون- پس‌آزمون و پیگیری اضطراب و پرخاشگری در گروه‌های مورد مطالعه در جدول ۴ ارائه شده است.

**جدول ٤ نتایج تحلیل واریانس آمیخته اضطراب، پرخاشگری در گروه‌های مورد مطالعه و سه مرحله زمانی**

| متغیر | منبع | F | درجه آزادی ۱ و ۲ | سطح معناداری | مجذور اتا |
|---|---|---|---|---|---|
| اضطراب | گروه | ۱۰۷/۶۰۹ | ۲ و ۴۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۳۷ |
| | زمان | ۱۸۹/۶۹۲ | ۲ و ۴۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۹۰۲ |
| | گروه*زمان | ۵۰/۵۳۹ | ۴ و ۸۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۷۱۱ |
| پرخاشگری | گروه | ۵۷۰۲/۹۴۵ | ۲ و ۴۲ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۸۴۷ |
| | زمان | ۵۳۶/۰۰۱ | ۲ و ۴۱ | ۰/۰۰۰۱ | ۰/۹۶۳ |
| | گروه*زمان | ۸۰/۸۷۸ | ۴ و ۸۲ | ۰/۰۰۰۰۱ | ۰/۷۹۸ |

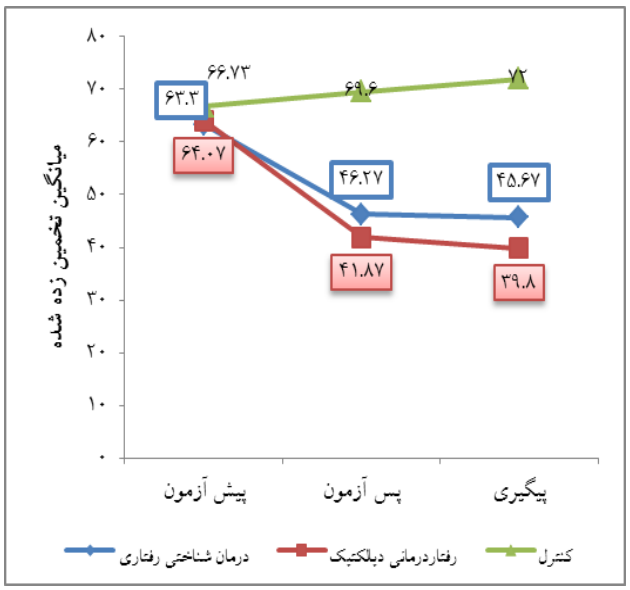
نتایج تحلیل واریانس آمیخته نمرات اضطراب و پرخاشگری نشان می‌دهد که میزان تفاوت گروهی در گروه‌های مورد مطالعه معنی‌دار بود (P<۰/۰۱). همچنین نتایج نشان می‌دهد که اعمال درمان‌های گروهی شناختی- رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیک بر میزان اضطراب و پرخاشگری آزمودنی‌ها در سه بازه زمانی پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار ایجاد کرده است (P<۰/۰۱). از سویی نتایج اثر تعاملی گروه*زمان در متغیرهای اضطراب و پرخاشگری معنی‌دار بود (P<۰/۰۱)، که بیانگر وجود تغییرات عملکرد آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل در سه بازه زمانی اندازه‌گیری بود. نتایج حاصل از این تغییرات اضطراب و پرخاشگری در گروه‌های مطالعه و سه مرحله زمانی در نمودارهای ۱ و ۲ و نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای بررسی تفاوت میانگین اضطراب و پرخاشگری گروه‌های مطالعه در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۵ ارائه شده است.

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]

[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]




**نمودار ۱ تغییرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در اضطراب و سه بازه زمانی مختلف**




**نمودار ۲ تغییرات آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در پرخاشگری در سه بازه زمانی مختلف**

**جدول ۵ آزمون تعقیبی بونفرونی اضطراب و پرخاشگری گروه‌های مطالعه در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری**

| مراحل | متغیر | گروه‌ها | تفاوت میانگین | خطای معیار | سطح معناداری |
|---|---|---|---|---|---|
| پس‌آزمون | اضطراب | شناختی رفتاری- کنترل | -۱۲/۷۵۹ | ۰/۸۳۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| | | رفتار درمانی دیالکتیک- کنترل | -۱۲/۶۵۴ | ۰/۸۳۴ | ۰/۰۰۰۱ |
| | | شناختی رفتاری- رفتار درمانی دیالکتیک | -۰/۱۰۵ | ۰/۸۳۸ | ۰/۹۰۱ |
| | پرخاشگری | شناختی رفتاری- کنترل | -۲۰/۴۶۶ | ۰/۹۱۴ | ۰/۰۰۰۱ |
| | | رفتار درمانی دیالکتیک- کنترل | -۲۵/۶۰۹ | ۰/۸۹۲ | ۰/۰۰۰۱ |
| | | شناختی رفتاری- رفتار درمانی دیالکتیک | ۵/۱۴۳ | ۰/۸۶۸ | ۰/۰۰۰۱ |
| پیگیری | اضطراب | شناختی رفتاری- کنترل | -۱۸/۵۸۶ | ۰/۹۷۳ | ۰/۰۰۰۱ |
| | | رفتار درمانی دیالکتیک- کنترل | -۱۹/۳۷۴ | ۰/۹۷۱ | ۰/۰۰۰۱ |
| | | شناختی رفتاری- رفتار درمانی دیالکتیک | ۰/۷۸۸ | ۰/۹۷۶ | ۰/۴۲۴ |
| | پرخاشگری | شناختی رفتاری- کنترل | -۲۳/۶۶۳ | ۱/۰۸۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| | | رفتار درمانی دیالکتیک- کنترل | -۳۰/۲۲۲ | ۱/۰۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| | | شناختی رفتاری- رفتار درمانی دیالکتیک | ۶/۵۵۹ | ۱/۰۳۲ | ۰/۰۰۰۱ |

براساس نمودارهای ۱ و ۲ نشان داده شد که در نمرات پیش‌آزمون اضطراب و پرخاشگری گروه‌های مورد مطالعه به یکدیگر نزدیک است؛ اما با اعمال درمان شناختی- رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیک بر روی گروه‌های آزمایش ۱ و ۲ مشخص شد که نمرات اضطراب و پرخاشگری در مرحله پس‌آزمون کاهش معناداری داشته است، درحالی‌که تغییر محسوسی در نمرات این متغیرها در گروه کنترل مشاهده نشد؛ لازم به



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]

[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]

ذکر است، با توجه به نمودارهای ۱ و ۲ و جدول ۵ نشان داده شد که در مرحله پس‌آزمون گروه رفتار درمانی دیالکتیک پرخاشگری کمتری را نسبت به گروه درمان شناختی- رفتاری با اختلاف میانگین ۵/۱۴۳- در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۱ داشت؛ این در حالی است که در متغیر اضطراب بین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایشی ۱ و ۲ تفاوتی معناداری با اختلاف میانگین ۰/۱۰۵- و سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ دیده نشد.

در مرحله پیگیری بین گروه‌های آزمایش ماندگاری اثر دیده شد؛ اما در گروه کنترل تغییرات در سه بازه زمانی محسوس به نظر نمی‌آید؛ بنابراین می‌توان اذعان داشت که هر دو روش درمان شناختی- رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیک سبب بهبود سطح اضطراب و پرخاشگری افراد دارای وسواس فکری نسبت گروه کنترل شده است. همچنین، نشان داده شد که در متغیر پرخاشگری عملکرد شیوه رفتار درمانی دیالکتیک بهتر از درمان شناختی- رفتاری بود.

## بحث

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک و درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و پرخاشگری افراد دارای وسواس فکری بود. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که هر دو روش درمان شناختی- رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیک موجب کاهش سطح اضطراب افراد دارای وسواس فکری در مرحله پس-آزمون و ماندگاری اثر آن‌ها در مرحله پیگیری دوماهه شد؛ اما تفاوت معناداری بین مقایسه روش‌های مداخله‌ای بر میزان اضطراب مشاهده نشد. این یافته‌ها با نتایج پژوهش‌های اوته (۲۰۲۲)؛ دارسانا و همکاران (۲۰۲۰) و صمدی آجی بیشه (۱۳۹۹) مبتنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر اضطراب و نتایج پژوهش فیتزپاتریک و همکاران (۲۰۲۰) مبتنی بر اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی بر کاهش سطح اضطراب بیماران همسو بود.

در تبیینی در مورد اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب افراد وسواسی می‌توان به مؤلفه‌های این درمان اشاره کرد. راهبردهایی که مؤلفه فیزیولوژی اضطراب را هدف قرار می‌دهند شامل آموزش تنفس دیافراگمی یا عمیق، آموزش آرمیدگی پیش‌رونده و آموزش آرمیدگی ذهنی است. این راهبردها مؤلفه جسمانی و فیزیولوژی اضطراب را مورد هدف قرار می-دهند. افراد با آموزش این راهبردها یاد می‌گیرند که در برابر نشانه‌ها و راه‌اندازهای اضطراب به‌طور مناسب مقابله کنند، به‌طوری‌که سطح پایه تنش جسمانی را کاهش دهند. این راهبردها را می‌توان مهارت‌های تنظیم هیجانات اساسی دانست که معمولاً بیماران دارای وسواس فاقد آن هستند. تمرین آرمیدگی نیز مستلزم آن است که فرد توجه خود را بر زمان حال و اینجا و اکنون متمرکز کند و به همین دلیل برای افراد دارای وسواس مناسب است، چراکه ماهیت آن عدم نگرانی معطوف به آینده است (استراس[1] و همکاران، ۲۰۱۸). راهبردهای شناختی به مراجعه کنندگان یاد می‌دهد که افکار اضطرابی خود را شناسایی کنند و آن‌ها را به‌طور عینی مورد آزمون قرار دهند؛ لذا، درمانگر سعی می‌کند که بیمار را با اطلاعات جدیدی روبرو کند، که قبلاً آن‌ها را نادیده گرفته است. این راهبردها به مراجعه‌کنندگان کمک می‌کند که تفسیرها و برداشت‌های نادرست خود از رویدادهای محیطی را تعدیل و تصحیح کنند و

[1]- Strauss



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]

[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]

دیدگاه‌های جدیدی را ایجاد کنند. افراد یاد می‌گیرند که پیچیدگی و ابهام ویژگی در اکثر موقعیت‌های زندگی است؛ بنابراین، ابهام و عدم قطعیت را تحمل کرده و از لحاظ شناختی انعطاف‌پذیری بیشتری خواهند داشت. درنهایت مراجعه کنندگان این دیدگاه‌های شناختی جدید را به‌عنوان پاسخ مقابله‌ای متفاوتی در برابر رویدادهای اضطراب‌زا بکار می‌برند (موسوی، ۱۴۰۰).

در مورد اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر اضطراب می‌توان گفت که در این درمان با تمرکز بر مؤلفه‌های اضطراب مانند ارزیابی، حس، قصدمندی، احساس، رفتار حرکتی و مؤلفه بین فردی اضطراب کاهش می‌یابد؛ بدین‌صورت که آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی سبب می‌شود شخص شرایط بیماری خود در موعد مقرر را بدون قضاوت کردن خود و توانمندی‌ها، به‌منزله یک نقصان برای خود در نظر نگیرد و آن را به‌عنوان یک تجربه و بدون ارزیابی پذیرش کند. ازسوی دیگر آموزش مهارت‌های بین فردی سبب می‌شود شخص ارتباط مطلوب خود با دیگران را حفظ کند و به روابط گرم و عاطفی خود به نحو رضایت‌بخشی ادامه دهد. همچنین مهارت‌های تنظیم هیجان و تحمل پریشانی موجب می‌شود تنش‌های جسمانی شخص کاهش یابد و احساسات وی مدیریت شود؛ در این صورت آموزش مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی با تمرکز بر مؤلفه‌های اضطراب، موجب کاهش اضطراب و تنش در فرد می‌شود. در واقع بخش زیادی از اضطراب افراد وسواسی به دلیل حضور افکار مزاحم است که آموزش مهارت‌های رفتار درمانی دیالکتیکی موجب سازگاری هرچه بیشتر فرد با شرایط فعلی و کمک به تحولات درونی می‌شود؛ به این صورت که برای مثال آموزش ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند تا بدون قضاوت و واکنش‌گری به تحولات درونی و بیرونی احترام بگذارد و این نکته را در نظر بگیرد که این تحولات، هیجان‌های طبیعی با خود به همراه دارند که اجتناب از تجربه کردن آنان موجب تنش بیشتر در آنان می‌شود (بن‌نینک[1]، ۲۰۱۴).

طبق یافته‌های پژوهش نشان داده شد که هر دو روش درمان شناختی- رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیک موجب کاهش سطح پرخاشگری افراد دارای وسواس فکری در مرحله پس‌آزمون و ماندگاری اثر آن‌ها در مرحله پیگیری دوماهه شد؛ این یافته‌ها با نتایج پژوهش صمدی آجی بیشه (۱۳۹۹) مبتنی بر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر پرخاشگری و پژوهش تواملینسون و هاکن (۲۰۱۷) مبتنی بر اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیکی و بر کاهش سطح پرخاشگری بیماران همسو بوده است.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری در کاهش پرخاشگری می‌توان اذعان داشت که در این رویکرد تغییر دادن تفکر نادرست و کژکار مستقیم‌ترین راه برای تغییر دادن هیجان‌ها و رفتارهای کژکار مراجعه‌کنندگان است؛ لذا در این رویکرد، مبنای تغییر افراد تأثیری است که در روند درمان به دلیل آگاهی یافتن مراجعه‌کنندگان از چگونگی تأثیر متقابل شناخت و افکار خود آیند و هیجان‌های منفی در کم شدن قدرت تحمل هیجان خشم و ابراز نامناسب آن در قالب پرخاشگرانه بدست می‌آید. در نتیجه مراجعه‌کنندگان یاد می‌گیرند که افکار خودآیند منفی و خطاهای شناختی خود را در موقعیت مشکل‌ساز (خشم برانگیز) شناسایی کرده و از طریق اصلاح باورهای غیرمنطقی، کاهش افکار خودآیند منفی، کاهش استفاده از تحریف‌های شناختی و افزایش استفاده از

[1]- Bannink



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]

[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]

درک عینی از رویدادها و منطق درست و کارآمد و استفاده از راهبردهای رفتاری (مثل ترک موقعیت) زمینه کاهش میزان خشم و پرخاشگری ایجاد می‌شود؛ از سویی، با یادگیری راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه و جایگزین کردن افکار و موضوعات لذت‌بخش به‌جای تفکر درباره رخدادهای منفی شرایط بهبود بخشیده و شده به‌تبع آن مشکلات پرخاشگری در افراد به‌طور چشم‌گیری کاهش یابد (سهرابی و همکاران، ۱۳۹۳).

در مورد اثربخشی رفتار درمانی دیالکتیک بر پرخاشگری می‌توان بیان کرد که این شیوه درمانی می‌تواند از طریق مؤلفه‌های اساسی و محتوای درمانی بر کاهش آن تأثیر داشته باشد به‌گونه‌ای که آموزش مؤلفه تنظیم هیجانی می‌تواند به‌طور مستقیم بر پرخاشگری تأثیر ویژه‌ای بگذارد؛ زیرا در این مؤلفه بر شناسایی هیجان‌ها، برچسب‌زنی، آگاهی هیجانی و شیوه‌های کنترل هیجان‌ها تأکید می‌شود (هاگن[1] و همکاران، ۲۰۱۴). بعد خشم پرخاشگری از نظر باس و پری (۱۹۹۲) یک بعد هیجانی و عاطفی است که به‌صورت خشم بروز می‌کند و عوامل و شرایط درونی ارگانیسم را برای برانگیختگی فیزیولوژیکی و هیجانی آماده می‌کند؛ بنابراین می‌توان این‌طور نتیجه گرفت که آموزش هیجان توانسته به‌طور مستقیم خشم فرد را کاهش دهد. در زمینه مکانیسم احتمالی اثرگذاری تنظیم هیجان بر پرخاشگری می‌توان بدین‌گونه مفهوم‌سازی کرد که توانایی تنظیم و درک هیجان‌ها به‌عنوان بخش‌جدایی‌ناپذیر رشد بهنجار می‌تواند تعامل بین فردی مؤثر، تصمیم‌گیری و رفتارهای سازگارانه را موجب شود؛ داشتن توانایی تنظیم هیجان‌ها اثری قوی در توانایی خودتنظیمی افراد دارد؛ خودتنظیمی به همه فرایندهای روانی که افراد باید به‌منظور کارکرد انطباقی انجام دهند اشاره دارد. همچنین، در این رویکرد فرد با فراگیری راهکارهای گوناگون رفتار درمانی دیالکتیک مثل فن قاصدک می‌آموزد که واقعیت زندگی خود را بپذیرد و سعی کند زیبایی‌های آن را بیشتر از گذشته لمس کند و محدودیت‌ها را به‌عنوان بخشی از جریان زندگی تعبیر و تفسیر کند و در کنار محدودیت‌ها سعی کند معنای جدیدی برای زندگی بسازد (گودینی و همکاران، ۱۴۰۰).

## نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج بدست‌آمده می‌توان گفت که هر دو روش درمان شناختی- رفتاری و رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش اضطراب و پرخاشگری افراد دارای وسواس مؤثر بود؛ اما روش رفتار درمانی دیالکتیک در کاهش پرخاشگری مؤثرتر عمل کرده بود، ازاین‌رو می‌توان از این دو شیوه درمانی به‌عنوان روشی مناسب، کم‌هزینه و مؤثر در کاهش سطح اضطراب و پرخاشگری افراد دارای وسواس در مراکز درمان روانشناختی استفاده نمود. با توجه به محدودیت پژوهش مبنی بر دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه اول و دوم مناطق ۱ و ۳ شهر تهران، پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی پسران و در سایر مناطق انجام شود و جهت تعمیم‌پذیری نتایج بهتر است پژوهش در سایر نقاط کشور نیز انجام گیرد. محدودیت دیگر پژوهش نمونه‌گیری در دسترس است که پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از سایر روش‌های نمونه‌گیری (خوشه‌ای، طبقه‌ای و...) استفاده شود.

## سپاسگزاری

[1]- Hagen



[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]

[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]

این مطالعه بخشی از رساله دکترای روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن به کد اخلاق IR.IAU.TNB.REC.1401.084 و بدون دریافت هیچ‌گونه کمک مالی از موسسه یا سازمانی انجام شد. هیچ‌کدام از نویسندگان این مطالعه و یا دستگاه‌ها تعارض منافعی برای انتشار این مقاله ندارند. بدین‌وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان محترم در این مطالعه نهایت تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

## References

Abedin S, Heydari S. (2021). Comparatively, interpret the family drawings test for normal and divorced children as well as orphans and abandoned (9 to 14 years old) with an emphasis on the study of anxiety, depression, and aggression. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 8, 140-155. (In Persian)

Ahadi B, Narimani M. (2020). The role of disgust, anxi - ety and depression in explaining obsessive-compul - sive symptoms in a non-clinical sample. J Res Psychol Health, 3, 37-44.

Badan Firoz A, Makvand Hosseini S, Mohammadifar MA. (2017). The relationship of emotion regulation with depression and anxiety symptoms of university students: The Mediating Role of Mindfulness. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 4, 24-38. (In Persian)

Bannink FP. (2014). Positive CBT: From reducing distress to building success. Journal of Contemperary Psychotherapy, 44, 18-36.

Beck AT, Steer RA. (1990). Beck Anxiety Inventory Manual. San Anto: Psychological Corporation.

Buss A, Perry M. (1992). The Aggression Questionnaire. Journal of Personality and Social Psychology, 63, 452-459.

Chakraborty A, Karmakar S. (2020). Impact of COVID-19 on Obsessive Compulsive Disorder (OCD). Iranian Journal of Psychiatry, 15, 256-259.

Delaquis PC, Joyce MK, Zalewski M, Katz L, Roos L. (2021). Dialectical behaviour therapy skills training groups for common mental health disorders: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 300.

Delavar A. (2019). Theoretical and scientific foundations of research in humanities and social sciences, Tehran, Rushd Publications. (In Persian)

Dharsana IK, Suarni NK, Sudarsana GN, Paramartha WE, Ahmad M. (2020). Cognitive-Behavioral Therapy counseling in developing Cross-Gender Friendship in adolescents. Enfermería Clínica, 30, 206-208.

Eppel A. (2018). Short -Term psychodynamic psychotherapy. Hamilton.

Fitzpatrick S, Bailey K, Rizvi SL. (2020). Changes in emotions over the course of dialectical behavior therapy and the moderating role of depression, anxiety, and posttraumatic stress disorder. Behavior therapy, 51, 946-957.

Godini AA, Rasuli M, Mohsenzade F. (2022). Comparing the Effectiveness of Group Counseling based on Dialectical Behavior Therapy and Metacognitive Therapy on Reducing Aggression in Adolescent Boys with Divorced Parents. QJCR, 20, 77-105. (In Persian)

Gutierrez R, Hirani T, Curtis L, Ludlow AK. (2020). Metacognitive beliefs mediate the relationship between anxiety sensitivity and traits of obsessive -compulsive symptoms. BMC psychology, 8, 1-7.

Hagen S, Woods-Giscombe CL, Chung J, Beeber LS. (2014). Potential Benefits of Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents Receiving Treatment for Borderline Personality Disorder Traits: Implications for Psychiatric Nurses. Nursing and Health, 2, 89-99.

Ivarsson T, Melin K, Wallin L. (2018). Categorical and dimensional aspects of co-morbidity in obsessive-com - pulsive disorder (OCD). Eur Child Adolescent Psychiatry, 17, 20-31.

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]

[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]

Karami S, Janbozorgi M, Aghayousefi A, Namvar H. (2022). Providing a structural model for predicting symptoms of practical obsessive compulsive disorder based on religious adherence the mediating role of personality function. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry, 9(3), 1-15. (In Persian)

Kathmann N, Jacobi T, Elsner B, Reuter B. (2022). Effectiveness of Individual Cognitive-Behavioral Therapy and Predictors of Outcome in Adult Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. Psychotherapy and Psychosomatics, 1-13.

Kumar A, Somani A. (2020). Dealing with Corona virus anxiety and OCD. Asian Journal of Psychiatry, 51, 122-153.

Moody TD, Morfini F, Cheng G, Sheen C, Tadayonnejad R, Reggente N, Feusner JD. (2017). Mechanisms of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder involve robust and extensive increases in brain network connectivity. Translational psychiatry, 7, 1230.

Mousavi M. (2022). Comparison of the effectiveness of reality therapy and cognitive-behavioral therapy on coronary anxiety and the effects of grief during the Covid pandemic 19. Journal of Analytical - Cognitive Psychology, 12, 113-125. (In Persian)

Ostad Mohammad Ali F, Pirkhaefi AR. (2017). Relationship between Aggression & Obsessive-Compulsive Disorder in students (with emphasis on Freud's super ego theory). Journal of Analitical-Cognitive Psycholoy, 8, 23-32. (In Persian)

Otte C. (2022). Cognitive behavioral therapy in anxiety disorders: current state of the evidence. Dialogues in clinical neuroscience.

Rachman SJ, Hadson RJ. (1980). obsessive-compulsive. Englewood cliffs. New Yourk.

Robbins TW, Vaghi MM, Banca P. (2019). Obsessive-compulsive disorder: puzzles and prospects. Neuron, 102, 27-47.

Samadi Aji Bisheh A. (2019). Effectiveness of cognitive behavioral group therapy on physical, cognitive, behavioral anxiety and cognitive flexibility and aggression in male patients with irritable bowel syndrome (IBS). Master's thesis of Payam Noor University, Astan Ashrafieh. (In Persian)

Shahi Sadrabadi F, Khosravi Z, Banijamali S, Cheraghmollaei L. (2018). A Phenomenological Study of experience of the anger in individual with Obsessive Compulsive Disorder. Journal of Research in Psycho - logical Health, 12, 28-47. (In Persian)

Sohrabi F, Karami H, Barati sadeh F, Khakbaz H. (2014). Effectiveness of Anger Management Cognitive-behavioral Therapy based on Reilly & Shopshire Model in the Reduction of Aggression and Improvement of Marital Satisfaction in Patients with Substance Abuse. Journal of Modern Psychological Researches, 9, 99-116. (In Persian)

Stein DJ, Fineberg NA, Bienvenu OJ, Denys D, Lochner C, Nestadt G, … & et al. (2019). Should OCD be classified as an anxiety disorder in DSM-V? J Depress Anxiety, 27, 495-506.

Strauss C, Lea L, Hayward M, Forrester E, Leeuwerik T, Jones AM, Rosten C. (2018). Mindfulness-based exposure and response prevention for obsessive compulsive disorder: Findings from a pilot randomised controlled trial. Journal of Anxiety Disorders, 57, 39-47.

Taube-Schiff M, Rector NA, Young R, Larkin P, Richter MA. (2020). Filling the gap for obsessive-compulsive disorder services in Canada: Implementing an intensive care program. The Journal of Nervous and Mental Disease, 208, 38-47.

Tomlinson MF, Hoaken PN. (2017). The potential for a skills-based dialectical behavior therapy program to reduce aggression, anger, and hostility in a canadian forensic psychiatric sample: a pilot study. International journal of forensic mental health, 16, 215-226.

Van Dijk S. (2018). Dialectical behavior therapy: A stepby-step guide. Translation, Najafabadi J, Piraman MJ. Tehran: Arasbaran Publishing. (In Persian)

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]

[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]

Yousefi N, Monirpoor N. (2022). The role of alexithymia and irrational beliefs in predicting obsessive-compulsive disorder in people with obsessive-compulsive disorder. Rooyesh, 10, 159-168. (In Persian)

[ Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-10-30 ]

[ DOI: 10.32598/shenakht.10.5.87 ]