

تاریخ دریافت مقاله: ۸۷/۱۲/۳
تاریخ بررسی مقاله: ۸۸/۸/۵
تاریخ پذیرش مقاله: ۸۸/۱۱/۱۷

مجله دست آوردهای روان‌شناختی
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)
دانشگاه شهید چمران اهواز، بهار و تابستان ۱۳۸۸
دوره چهارم، سال شانزدهم، شماره ۱
ص: ۸۷-۱۰۶

تأثیر مرگ آگاهی بر نیرومندی باور، اجتناب و افسردگی مبتلایان به اختلال وسواس - اجبار

دکتر مهناز علی‌اکبری دهکردی*

مجتبی دلیر**

چکیده

هدف پژوهش حاضر مطالعه‌ی تأثیر روش درمانی مواجهه با یاد مرگ (مرگ آگاهی) بر نیرومندی باور، اجتناب و افسردگی مبتلایان به اختلال وسواس - اجبار بود. بدین منظور ۴۰ آزمودنی مبتلا به این اختلال با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده از جامعه‌ای در دسترس انتخاب و در دو گروه آزمایشی و گواه قرار داده شدند. تمامی آزمودنی‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون، مقیاس وسواس - اجبار بیل براون را تکمیل نمودند. تحلیل داده‌ها با روش تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در سطح معنی‌داری $P < 0/05$ نشان داد که مرگ آگاهی در کاهش نیرومندی باور، اجتناب و افسردگی افراد وسواسی تأثیر مثبت دارد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌توان استفاده از روش مرگ آگاهی را به عنوان درمان انتخابی برای اختلال وسواس - اجبار به همهی روان‌درمان‌گران توصیه کرد.

کلید واژگان: اختلال وسواس - اجبار، مرگ آگاهی، مواجهه

E-mail: aliakbaridehkordi@yahoo.com

E-mail: mojtaba_dalir@yahoo.com

* عضو هیئت علمی دانشگاه پیام نور

** دانشجوی دکتری روان‌شناسی

مقدمه

اختلال‌های وسواسی پدیده‌ی جدیدی نیستند؛ نمونه‌ی داستانی برجسته‌ی آن لیدی مکبث^۱ است. بانیان^۲ و داروین^۳ از جمله افراد برجسته‌ی فراوانی به شمار می‌روند که در گذشته مبتلا به این اختلال فلج کننده بوده‌اند (هاوتون، سالکووسکیس، کرک و کلارک^۴، ترجمه‌ی قاسم‌زاده، ۱۳۸۰). توصیف اختلال وسواس - اجبار^۵ (O.C.D) از تاریخ معرفی اولیه آن توسط اسکیرول^۶ در ۱۸۳۸ تاکنون تغییری نیافته است. یک نشانگان وسواسی معمولاً به صورت زیر تعریف می‌شود: یک ایده، فکر، تصور، احساس یا حرکت مکرر یا مُصَرّ که با نوعی احساس اجبار و ناچاری ذهنی و علاقه به مقاومت در برابر آن همراه است. بیمار متوجه بیگانه بودن این حادثه نسبت به شخصیت خود بوده و از غیرعادی و نابهنجار بودن رفتار خود آگاه است (استکتی، فوا و گریسون^۷، ۱۹۸۵ ترجمه مهریار، ۱۳۷۳).

افراد وسواسی سعی می‌کنند از طریق دور نگه داشتن خود از موقعیت‌ها یا اشیاء وسواس برانگیز، از وسواس‌ها اجتناب^۸ کنند. مشخصه‌های اصلی مسائل وسواسی عبارتند از: ۱- اجتناب از اشیاء یا موقعیت‌هایی که وسواس‌ها را بر می‌انگیزند. ۲- وسواس‌ها^۹. ۳- رفتارهای اجباری^{۱۰}. رفتار اجتنابی یعنی فعالیتی به منظور پرهیز از یک محرک درونی یا بیرونی که تصور می‌شود وسواس را برمی‌انگیزد. اجتناب، مانع رویارویی با افکار ترسناک می‌شود. بدین ترتیب اجتناب مانع ارزیابی مجدد می‌گردد؛ اگر فرد وسواسی این رفتارهای اجتنابی را متوقف سازد، در می‌یابد که چیزهایی که او را می‌ترسانند در عمل اتفاق نمی‌افتند (هاوتون و همکاران، ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۸۰). در مدل‌های شناختی برای تبیین اختلال وسواس، شناخت‌هایی مانند باورهای ناکارآمد، ارزیابی‌ها و چگونگی کنترل مزاحمت‌های ذهنی در ایجاد و تداوم این

-
- 1- Lady Macbeth
 - 2- Bunyan
 - 3- Darwin
 - 4- Hawton, Salkovskis, Kirk, & Clark
 - 5- Obsessive Compulsive Disorder
 - 6- Esquirol
 - 7- Steketee, Foa, & Grayson
 - 8- avoidance
 - 9- obsessions
 - 10- compulsive behaviors

اختلال سهیم دانسته شده‌اند. کارر^۱ (۱۹۷۴) معتقد است که در حالات وسواسی، تخمین ذهنی احتمال وقوع عواقب نامطلوب به صورت غیرطبیعی بالا است و این بیش برآورد تهدید مشخصه‌ی حالات وسواسی است. مک فال و والرشیم^۲ (۱۹۷۹) با استناد به نظریه کارر فرض کردند که بیماران مبتلا به وسواس یک ارزیابی اولیه نادرست از تهدید به عمل می‌آورند، یعنی احتمال تهدید و پیامدهای منفی آن را بیش برآورد می‌کنند. علاوه بر این، ارزیابی ثانویه آن‌ها هم غلط است، یعنی بیماران توانایی خویش برای مقابله با تهدید را کم برآورد می‌کنند. می‌دانیم باورها اندیشه‌های نسبتاً پایا هستند که فرا - موقعیتی بوده و ممکن است خاص وسواس باشند یا آن که مفروضه‌هایی عام در مورد خویشتن فرد بوده که با سایر اختلالات بالینی نیز ارتباط دارند. تفاوت بارز افراد مبتلا به وسواس و افراد غیربالینی، وجود باورهای ناکارآمد^۳ مرتبط به وسواس است. در صورت عدم وجود باورهای مرتبط با وسواس، افکار مزاحم راحت‌تر نادیده گرفته می‌شوند و از تبدیل شدن آن‌ها به وسواس جلوگیری می‌شود. پژوهش نشان داده است که تغییر در باورهای مربوط به وسواس‌ها با کاهش علائم وسواسی رابطه دارد (فریستون، لگر و لادوسیر^۴، ۲۰۰۱؛ فریستون، رهیم^۵ و لادوسیر، ۱۹۹۶، به نقل از داودی، ۱۳۸۶). یک پژوهش آینده‌نگر با بررسی گروه ۸۵ نفری از والدینی که در انتظار تولد فرزند خود به سر می‌بردند، دریافت که نمره‌های سنجه‌ی باورهای ناکارآمد، بروز علائم وسواسی در والدین را پس از تولد فرزند پیش‌بینی می‌کند. محققان نتیجه گرفتند که برخی باورهای ناکارآمد از عوامل خطر ساز در ایجاد انواع علائم وسواس هستند (آبراموویتز، خاندکر، نلسون، دیکون و ریگوال^۶، ۲۰۰۶). هم‌چنین مبتلایان به اختلال وسواس - اجبار در معاینه‌ی وضعیت روانی علائم اختلالات افسردگی را نشان می‌دهند و خطر خودکشی در مورد تمام مبتلایان مطرح است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه‌ی رفیعی و سبحانیان، ۱۳۸۲). شیوع علائم افسردگی در مبتلایان به اختلال وسواس - اجبار حدود یک تا دو سوم همه‌ی موارد

1- Carr

2- McFall & Wollersheim

3- dysfunctional belief

4- Freeston, Leger, & Ladouceur

5- Rheume

6- Abramowitz, Khandker, Nelson, Deacon, & Rygwall

تخمین زده می‌شود. اختلال افسردگی اساسی اغلب به عنوان یک اختلال روان‌پزشکی که بیشترین همایندی را با اختلال وسواس - اجبار دارد، در نظر گرفته می‌شود (کاردونر^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). دو اختلال وسواس و افسردگی اگرچه در سطح یک مقایسه کلی، یکسان نبوده و نسخه‌ی بدل یکدیگر نیستند، اما بعضی مؤلفه‌های شناختی جزئی‌تر را به طور مشترک دارا هستند، هرچند سطح و درجه‌ی شدت این مؤلفه‌ها، در این دو اختلال یکسان نیست. به هر حال با افزایش طول مدت اختلال افسردگی، شدت اختلال وسواس - اجبار نیز افزایش می‌یابد (محمدی، ۱۳۸۲).

وسعت ویران‌گری اختلال‌های وسواسی بسیار گسترده است. این موضوع در سایر جوامع پیشرفته مورد توجه جدی قرار گرفته و سازمان‌های مختلفی در این زمینه فعالیت می‌کنند. میزان شیوع مادام‌العمر اختلال وسواس - اجبار در جمعیت عمومی حدود دو تا سه درصد است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۳، ترجمه رفیعی و سبحانیان، ۱۳۸۲). فیشر و ولز^۲ (۲۰۰۶) می‌نویسند: اختلال وسواس - اجبار یک شرایط نسبتاً شایع با حداقل ۶ ماه طول مدت است و با شیوع نسبی ۱/۵٪ تا ۲/۱٪، چهارمین اختلال روانی شایع می‌باشد. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی اختلال وسواس - اجبار دهمین عارضه‌ای است که فرد را به سوی معلولیت (ناتوانی) سوق می‌دهد و همراه با تخریب عملکرد اجتماعی و کیفیت پایین زندگی است. حداقل ۴٪ مردم ایران مبتلا به وسواس عملی هستند (اسلامی نسب^۱، ۱۳۸۳).

قبل از دهه ۱۹۶۰ پیش‌آگهی این بیماران خوب نبود. مه‌یر^۳ (۱۹۶۶) گزارش داد که توانسته است دو مورد روان‌نژندی مزمن وسواس را با شیوه‌ی رفتاری درمان کند. به دنبال آن، گزارش‌هایی از موارد موفقیت‌آمیز درمان رفتاری، ارائه شد. کار مه‌یر سلسله جنبان کاربرد مدل‌های روان‌شناختی در وسواس و گسترش درمان‌های مؤثر، به حساب می‌آید (متزner^۴، ۱۹۶۳).

فروید معتقد بود، نیروهای پویشی اساسی که شخصیت را به تحرک وامی‌دارند، اروس^۵

-
- 1- Cardoner
 - 2- Fisher & Welss
 - 3- Meyer
 - 4- Metzner
 - 5- Eros

(زندگی و میل جنسی) و تاناتوس^۱ (مرگ و پرخاشگری) هستند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹، ترجمه‌ی سیدمحمدی، ۱۳۸۱). هم‌چنین کلاین^۲ ۱۹۴۸، به نقل از دادستان، ۱۳۸۴ معتقد است که تعارض بین کشاننده‌ی زندگی و کشاننده‌ی مرگ، انسان را از بدو تولد در معرض اضطراب قرار می‌دهد. بنابراین از دیدگاه کلاین، برای درک اضطراب باید به غریزه‌ی مرگ یعنی مفهوم پرخاشگری متوسل شد. کلاین اظهار می‌کند که بر پایه‌ی مشاهدات تحلیلی خود توانسته است به این نکته دست یابد که ترس از دست دادن زندگی، در ناهشیار وجود دارد و این ترس به منزله‌ی واکنشی نسبت به غریزه‌ی مرگ است. بدین ترتیب، وی خطری را که از فعالیت درونی غریزه‌ی مرگ به وجود می‌آید، نخستین علت اضطراب می‌داند. آرنت، راتلج، کوکس و گولدنبرگ^۳ طی پژوهشی در سال ۲۰۰۵ می‌نویسند: بر اساس نظریه‌ی مدیریت وحشت^۴ (TMT) کشمکش انسان با آگاهی از مرگ غیرقابل اجتناب می‌تواند به طور زیادی بر بهزیستی جسمی و روان‌شناختی وی تأثیر بگذارد. نظریه‌ی TMT پیشنهاد می‌کند اختلال و سواس - اجبار، مثل هراس‌ها، ممکن است در شرایطی ظهور یابد که نگرانی درباره‌ی مرگ، از طریق باورهای فرهنگی که تهدید مردن را قابل کنترل و کمتر تهدید کننده به نظر برسانند، وجود ندارند. در چنین شرایطی، ممکن است افراد با تلاش برای کسب مجدد احساس کنترل بر خطرات ادراک شده خاصی (به عنوان مثال، میکروب، بیماری، خطرات بالقوه جسمی) عکس‌العمل نشان دهند. یعنی مثل هراس‌ها، اختلال و سواس - اجبار ممکن است تا حدی نشانه‌ی احیاء ترس‌های زیربنایی از مرگ باشد (استراچن^۵ و همکاران، ۲۰۰۵). استراچن و همکاران (۲۰۰۷) می‌نویسند: نظریه مدیریت وحشت شرح می‌دهد که جهان بینی فرهنگی و عملکرد عزت نفس، انسان را در برابر اضطراب مربوط به مردن محافظت می‌کنند. پژوهش‌های مربوط به نظریه مدیریت وحشت نشان داده‌اند رفتارهای با اهمیت به وسیله یاد مرگ تحت تأثیر قرار می‌گیرند، حتی وقتی آشکارا با مرگ مرتبط نیستند.

بیماران و سواسی عموماً از ترس رنج می‌برند. دنیا پر از ترس است به ویژه برای کسانی که تکیه‌گاهی ورای این دنیا ندارند. اصالت وجودی‌ها، مرگ را پایان همه دنیای خود می‌دانند و

1- thanatos

2- Klein

3- Arndt, Routledge, Cox, & Goldenberg

4- Terror Management Theory

5- Strachan

در نتیجه بزرگترین اضطراب آن‌ها زمانی است که یاد مرگ فرا می‌رسد. درمان وسواس در ایران با توجه به اعتقادات مذهبی و دینی با تمام دنیا متفاوت است. همه‌ی ترس‌های دنیا در ترس از مرگ جمع می‌شود. بنابراین اگر در حین درمان، مرگ آگاهی^۱ (یاد مرگ) به خوبی صورت گیرد، می‌تواند آستانه‌ی تحمل فرد را بالا برده و توانایی تحمل ترس‌ها را در فرد افزایش دهد؛ "چرا باید بترسم، وقتی آخر زندگی، شستشوی روی سنگ مرده شورخانه است." مرگ آگاهی فرآیند درمان را سرعت می‌بخشد. به طور خلاصه می‌توان برنامه‌ی مرگ آگاهی را در یک جمله چنین بیان کرد: "تجربه مرگ، قبل از تجربه مرگ". جا به جا کردن ترس از ترس کوچک، با ترس از ترس بزرگ، کمک می‌کند تا فرد احساس امیدواری کند که می‌شود ترس ایجاد شده از آلودگی یا نجاست در وسواس را حل کرد (اسلامی نسب، ۲، ۱۳۸۳).

اساس نظری مرگ آگاهی به فن مواجهه^۲ برمی‌گردد. مرگ آگاهی یا درمان با یاد مرگ یک روش مواجهه کامل^۳ یا روش مواجهه شناختی^۴ می‌باشد (اسلامی نسب، ۱۳۸۶). مواجهه به هر روشی گفته می‌شود که در آن، شخص را با محرکی که نوعاً رفتار نامطلوب یا پاسخ هیجانی ناخواسته‌ای را فرا می‌خواند، رو به رو می‌سازند. برای رسیدن به این هدف، اغلب از روش‌های دیگر نیز استفاده می‌شود (برای مثال فراخوانی مکرر پاسخ در مورد ارضاء یا پاسخ مغایر با اضطراب در مورد ناحساس سازی) که در آن‌ها می‌توان مواجهه را به عنوان یکی از عناصر آن مجموعه روش‌های درمانی خاص تلقی کرد. این روش را می‌توان به بهترین صورت در قالب برخی از اشکال درمان "غرقه سازی"^۵ که هدف آن‌ها کاهش پاسخ‌های هیجانی و حرکتی نامطلوب است، نشان داد (آلن و هرسن، ترجمه‌ی ماهر و ایزدی، ۱۳۷۸). غرقه سازی شامل مواجهه واقعی بیمار با اشیاء و عوامل هراس‌آور در یک مدت طولانی است. این کار به صورت ناگهانی، و با هدف تسریع در روند خاموشی^۶ اضطراب می‌باشد (لوی، ۱۹۹۶، ترجمه‌ی یاسمی و امامی، ۱۳۷۸). در درمان اختلال وسواس - اجبار هدف، درمان ترس شدیدی است که زیربنای وسواس‌ها را تشکیل می‌دهد. هر جلسه بعد از رسیدن به خوگیری

-
- 1- death awareness
 - 2- exposure
 - 3- full exposure
 - 4- cognitive exposure
 - 5- flooding
 - 6- extinction

خاتمه می‌یابد (که به صورت پنجاه درصد کاهش در واکنش‌پذیری نسبت به محرک‌های ترس آور تعریف می‌شود). جلوگیری از پاسخ، به وسیله آموزش، ترغیب، رهنمود، قانع‌سازی و روش‌های غیرجسمانی دیگر، از تشریفات و سواسی مثل شستن ممانعت می‌کند. چون تشریفات، وظیفه‌ی کاهش اضطراب را بر عهده دارند، بیمار باید یاد بگیرد که اگر این تشریفات اجرا نشوند، پیامدهای ناگواری رخ نمی‌دهند (ترنر^۱، ۱۹۹۷).

فوا و میدوس^۲ (۱۹۹۷) می‌نویسند: مواجهه، تداعی‌ها و ارزیابی‌های نادرست را اصلاح می‌کند. این فرایند پردازش هیجانی، به فعال کردن ساختار ترس از طریق ارائه‌ی محرک‌های ترسناک و معرفی اطلاعات اصلاحی نیاز دارد که با عناصر بیمارگون ساختار ترس مغایر باشند. گرینبرگ، آرنت، شمایل، پیسزونسکی و سولومون^۳ (۲۰۰۱) می‌نویسند: فرایندهای شناختی به وسیله یاد مرگ فعال می‌شوند و دفاع‌های جهان‌بینی فرهنگی را توسعه می‌دهند. هم‌چنین فریدمن و رولس^۴ (۲۰۰۷) معتقدند: باورهای بنیادین، به طور موفقیت‌آمیزی در نتیجه افزایش مرگ آگاهی به چالش در می‌آیند. از طرفی در مرگ آگاهی ساختار شناختی که فرد بر اساس آن می‌ترسیده تغییر می‌کند و ساختار شناختی ابدیت نگر، مطلق نگر و امید آفرین ایجاد می‌شود که باورهای فرد را تغییر می‌دهند (اسلامی نسب، ۱۳۸۶). توماس استمفل^۵ اجتناب را مسأله اساسی در آسیب شناسی روانی می‌داند (به نقل از، پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹، ترجمه‌ی سیدمحمدی، ۱۳۸۱). پیترفسا و کولس^۶ (۲۰۰۸) می‌نویسند: نظریه‌های شناختی- رفتاری اختلال و سواس- اجبار، علت اجبارها را اجتناب از صدمه^۷ (HA) می‌دانند. اِکِر و گونر^۸ (۲۰۰۸) و اتل و مایر^۹ و همکاران (۲۰۰۸) نیز اجتناب از صدمه را هسته ایجاد اختلال و سواس- اجبار می‌دانند. اجتناب، مانع مواجه شدن با افکار ترسناک می‌شود و رفتارهای اجباری (آشکار و نهان) به مواجهه خاتمه می‌بخشند. هر دو نوع رفتار، بیمار را از مواجهه با

1- Turner

2- Foa & Meadows

3- Greenberg, Arndt, Schimel, Pyszczynski, & Solomon

4- Friedman & Rholes

5- Thomas Stampfl

6- Pietrefesa & Coles

7- harm avoidance

8- Ecker & Gonner

9- Ettl & Maier

افکار و موقعیت‌های ترسناک، باز می‌دارند. بدین ترتیب، رفتارهای اجباری و اجتناب، مانع ارزیابی مجدد می‌شوند (هاوتون و همکاران، ۱۹۸۹، ترجمه قاسم‌زاده، ۱۳۸۰).

آرون بک^۱ معتقد است، شخص افسرده نظری منفی درباره خود، دنیا و آینده دارد (به نقل از، آزاد، ۱۳۷۵). پس فرد افسرده چون آینده‌ی امیدبخشی را مجسم نمی‌کند، دچار افسردگی می‌شود. اما چنین فردی در طی مرگ آگاهی آینده‌ای را می‌بیند که تا ابدیت ادامه دارد و متوجه می‌شود هنوز امکان تغییر در روش زندگی، جبران گذشته و دستیابی به اهداف خود را دارد، بنابراین به آینده امیدوار می‌شود. به علاوه چون بخشی از افسردگی همراه با اختلال وسواس-اجبار، حالت ثانویه داشته، یعنی در واکنش به علائم وسواس به وجود آمده است، پس با کاهش علائم وسواس در اثر مرگ آگاهی، افسردگی فرد نیز کاهش می‌یابد (اسلامی نسب، ۱۳۸۶).

با توجه به این که به نظر می‌رسد ترس از مرگ، ترس زیربنایی در ایجاد اختلال وسواس-اجبار است، بنابراین پژوهش حاضر با هدف مطالعه‌ی تأثیر روش درمانی مرگ آگاهی (مواجهه با یاد مرگ) بر نیرومندی باور، اجتناب و افسردگی افراد مبتلا به اختلال وسواس-اجبار انجام شد. در همین رابطه سه فرضیه تدوین و آزمون شدند. فرضیه‌های آزمون شده در این پژوهش عبارتند از: مرگ آگاهی بر میزان نیرومندی باور، عملکرد اجتنابی و افسردگی فرد وسواسی تأثیر دارد.

روش

جامعه، نمونه و روش اجرای پژوهش

جامعه آماری در این پژوهش شامل تمام درمان‌جویان مبتلا به اختلال وسواس-اجبار مراجعه کننده به انجمن شفای وسواس ایران بود. نمونه‌ی مورد نظر شامل چهل نفر بود که بیست نفر آن‌ها به عنوان گروه آزمایشی و بیست نفر دیگر به عنوان گروه گواه، به صورت تصادفی انتخاب شدند. در پژوهش حاضر جهت تحلیل داده‌ها از روش آماری تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) توسط نرم افزار SPSS استفاده شده است.

در مجموع هفت نفر از کل نمونه‌ی پژوهشی مشارکت خود را پیش از پایان پژوهش قطع

1- Beck, A.

کردند. پس در پژوهش حاضر با حذف هفت نفر افت آزمودنی، نمونه‌ای برابر سی و سه نفر جهت انجام تجزیه و تحلیل‌های آماری و استخراج نتایج در اختیار داشتیم. حدود نیمی (۵/۵۱ درصد) از آزمودنی‌ها در گروه آزمایشی و تقریباً نیم دیگر (۵/۴۸ درصد) در گروه گواه قرار گرفتند و در مجموع شامل ۳۳ نفر بودند. از بین ۳۳ نفر نمونه پژوهشی باقیمانده پس از افت آزمودنی‌ها، ابتدا افراد گروه سنی ۲۷ سال با ۱۸/۲ درصد و سپس افراد دو گروه سنی ۲۸ و ۳۰ سال هر دو با ۱۵/۲ درصد فراوانی، دارای بیشترین تعداد بودند. میانگین سنی ۲۹/۸ سال بود. از بین ۱۷ نفر آزمودنی در گروه آزمایشی، ۶ آزمودنی با ۳۵/۳ درصد فراوانی مرد و ۱۱ آزمودنی با ۶۴/۷ درصد فراوانی زن بودند. همچنین از بین ۱۶ نفر آزمودنی گروه گواه، ۵ آزمودنی با ۳۱/۲۵ درصد فراوانی مرد و ۱۱ آزمودنی با ۶۸/۷۵ درصد فراوانی زن بودند. فراوانی آزمودنی‌های زن در هر دو گروه آزمایشی و گواه برابر (۱۱ آزمودنی) و تقریباً دو برابر آزمودنی‌های مرد بود.

روش اجرا

مقیاس وسواس- اجبار ییل براون^۱ که یک ابزار خود- گزارش دهی است را پیش از اجرای چهار جلسه مرگ آگاهی در اختیار افراد هر دو گروه آزمایشی و گواه قرار داده و نتایج را ثبت شد. پس از جلسات مرگ آگاهی که صرفاً برای گروه آزمایشی برگزار شد، مجدداً مقیاس مذکور در اختیار دو گروه قرار گرفته و نتایج ثبت گردید. شایان ذکر است هر جلسه مرگ آگاهی به سه بخش عمده تقسیم می‌گردد و فنون پیش از جلسه یاد مرگ، جلسه یاد مرگ و پس از آن را شامل می‌شود:

- ۱- پیش از جلسه یاد مرگ: در این مرحله چهار دستور عمل با هدف حذف موانع یاد مرگ (مرگ آگاهی) توسط درمانجو انجام می‌شود. برخی از این دستور عمل‌ها عبارتند از تهیه وصیت نامه خود، نوشتن متن اعلامیه فوت خود، نگاه (و تمرکز) کردن بر صفحه آخر شناسنامه خود، خداحافظی کردن و حلالیت طلبیدن از اعضای خانواده، دوستان و فامیل و ...
- ۲- جلسه یاد مرگ: فنون این بخش در غسالخانه و محیط بهشت زهرا (س) اجرا می‌گردد. ابتدا درمانجو به مشاهده اجساد می‌پردازد و سپس توسط درمانگر به تصویرسازی مرگ خود

1- Yale Brown Obsessive – Compulsive Scale

و یا عزیزانش تشویق می‌شود. در صورت امکان درمان‌جو جسدی را شسته و غسل می‌دهد. در تشییع جنازه فردی متوفی شرکت کرده و برای او نماز می‌خواند. برخی از فنون دیگر این مرحله عبارتند از مرور داستان زندگی خود هنگام مشاهده اجساد و تصویرسازی مرگ خود، خوابیدن در کفن و قبر، حاضر شدن بر سر قبر نوزادن و شهدای گمنام و

۳- پس از جلسه یاد مرگ: پس از اجرای فنون و تمرین‌هایی که در غسل‌خانه طی چهار ساعت انجام می‌شود، درمان‌جویان در گروه و با کمک درمان‌گر شروع به بیان احساسات، افکار و تجربیات خود از جلسه یاد مرگ می‌کنند (اسلامی نسب ۲، ۱۳۸۳).

ابزار سنجش

ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش مقیاس وسواس-اجبار ییل براون بود که با عنوان YBOCS نیز نامیده می‌شود و توسط واینی گودمن، استیون راسموسن^۱ و همکارانش در سال ۱۹۸۶ تهیه شده است. این مقیاس برای ارزیابی نشانه‌ها، شدت آن‌ها و پاسخ به درمان به کار می‌رود. بخش فهرست علائم ییل براون وسواس‌ها و اجبارها را جداگانه بررسی می‌کند و شامل بیش از پنجاه وسواس و اجبار شایع می‌باشد. نقطه‌ی برش، مقیاس هفده است (دادفر، ۱۳۸۰). هم‌چنین این مقیاس شامل ارزیابی شدت اختلال وسواس-اجبار، باور، اجتناب و افسردگی می‌باشد. نیرومندی باور به وسیله‌ی یک سؤال پنج ماده‌ای و هم‌چنین عملکرد اجتنابی به وسیله‌ی یک سؤال پنج ماده‌ای دیگر از پرسش‌های آزمایشی ابداع شده توسط گودمن، راسموسن و همکارانش در مقیاس وسواس-اجبار ییل براون و افسردگی به وسیله دو سؤال چهار ماده‌ای از یک مقیاس ساده‌ی پرسش‌نامه افسردگی بک به طور جداگانه مورد سنجش قرار می‌گیرد (باثر، ترجمه‌ی محمدی، کوهی و دهگانپور، ۱۳۸۲). پایایی بین‌ارزیابان در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی (ضریب آلفا) ۰/۸۹ بوده است. اعتبار هم‌گرا در خط پایه ۰/۹۷ (n=۲۰) بود (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹، به نقل از صبوری، مهریار و قریب، ۱۳۷۷). صبوری (۱۳۷۷)، ملکوتی (۱۳۸۰) و دادفر (۱۳۸۱) از جمله کسانی هستند که از مقیاس وسواس-اجبار ییل براون به عنوان ابزار اندازه‌گیری در پژوهش خود استفاده کرده‌اند. شایان ذکر است در پژوهش حاضر تنها از خرده مقیاس‌های ارزیابی نیرومندی باور، اجتناب و

1- Goodman & Rasmussen

افسردگی استفاده شده است.

یافته‌ها

جدول ۱ شاخص‌های توصیفی مربوط به نیرومندی باور، اجتناب و افسردگی در دو گروه آزمایشی و گواه را در پیش‌آزمون نشان می‌دهد.

همان‌گونه که مندرجات جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین نیرومندی باور قبل از اجرای مداخله درمانی در گروه آزمایشی ۰/۸۲ و در گروه گواه ۰/۵۶ و میانگین اجتناب در گروه آزمایشی ۱/۷۱ و در گروه گواه ۱/۲۵ و همچنین میانگین افسردگی در گروه آزمایشی ۱/۳۵ و در گروه گواه ۱/۳۸ می‌باشد.

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به نیرومندی باور، اجتناب و افسردگی در دو گروه آزمایشی و گواه در پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایشی و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه	نوع متغیر	میانگین	انحراف معیار
آزمایشی تعداد ۱۷	باور	۰/۸۲	۱/۱۳۱
	اجتناب	۱/۷۱	۰/۹۸۵
	افسردگی	۱/۳۵	۰/۷۰۲
گواه تعداد ۱۶	باور	۰/۵۶	۰/۸۹۲
	اجتناب	۱/۲۵	۰/۷۷۵
	افسردگی	۱/۳۸	۱/۱۴۷

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایشی و گواه در پس‌آزمون

گروه	نوع متغیر	میانگین	انحراف معیار
آزمایشی (تعداد ۱۷)	باور	۰/۱۲	۰/۳۳۲
	اجتناب	۰/۳۵	۰/۴۹۳
	افسردگی	۰/۵۳	۰/۸۷۴
گواه (تعداد ۱۶)	باور	۰/۷۵	۱
	اجتناب	۱/۱۹	۰/۹۸۱
	افسردگی	۱/۵	۱/۰۳۳

همان گونه که مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین نیرومندی باور پس از اجرای مداخله درمانی در گروه آزمایشی ۰/۱۲ و در گروه گواه ۰/۷۵ و میانگین اجتناب در گروه آزمایشی ۰/۳۵ و در گروه گواه ۱/۱۹ و همچنین میانگین افسردگی در گروه آزمایشی ۰/۵۳ و در گروه گواه ۱/۵ می‌باشد.

جدول ۳ میانگین، انحراف معیار دو گروه آزمایشی و گواه را در سه متغیر نیرومندی باور، اجتناب، و افسردگی نشان می‌دهد. این داده‌ها پس از تحلیل اختلاف نمره‌های هر فرد در پیش آزمون و پس آزمون، از طریق کم کردن نمره پس آزمون از نمره پیش آزمون وی (جهت محاسبه میانگین و انحراف معیار) به دست آمده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی تفاوت بین نمره پیش آزمون و پس آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایشی و گواه

گروه	نوع متغیر	میانگین	انحراف معیار
آزمایشی (تعداد ۱۷)	باور	۰/۷۱	۰/۹۲
	اجتناب	۱/۳۵	۰/۸۶۲
	افسردگی	۰/۸۲	۱/۰۷۴
گواه (تعداد ۱۶)	باور	-۰/۱۹	۰/۶۵۵
	اجتناب	۰/۰۶	۰/۵۷۴
	افسردگی	-۰/۱۳	۰/۶۱۹

در پژوهش حاضر جهت آزمون فرضیه‌ها و تعیین معنی‌داری تفاوت بین نمره‌های گروه آزمایشی و گواه در متغیرهای وابسته باور، اجتناب و افسردگی از روش تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) استفاده شد. این امر به دلیل وجود سه متغیر وابسته بود که لزوم استفاده از روش‌های چند متغیری را ایجاب می‌نماید. در ضمن به دلیل یکسان نبودن شیب رگرسیون در گروه‌های آزمایشی و گواه امکان استفاده از کوواریانس چند متغیری وجود نداشت (گیلز^۱، ۲۰۰۲).

جدول ۴. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل MANOVA بر روی میانگین تفاوت نمره‌های پیش آزمون و پس آزمون نیرومندی باور، اجتناب و افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه.

نام آزمون	مقدار	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی داری
اثر پیلایی ^۱	۰/۶۱۱	۱۵/۱۶۹	۳	۲۹	<۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز ^۲	۰/۳۸۹	۱۵/۱۶۹	۳	۲۹	<۰/۰۰۱
اثر هتلینگ ^۳	۱/۵۶۹	۱۵/۱۶۹	۳	۲۹	<۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی ^۴	۱/۵۶۹	۱۵/۱۶۹	۳	۲۹	<۰/۰۰۱

مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای وابسته در سطح $P < ۰/۰۵$ تفاوت معنی داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته (نیرومندی باور، اجتناب یا افسردگی) بین دو گروه تفاوت معنی داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت سه تحلیل واریانس یک راهه در متن MANOVA انجام گرفت که نتایج حاصل از آنها در جدول ۵ درج شده است.

جدول ۵. نتایج حاصل از تحلیل واریانس یک راهه در متن MANOVA بر روی میانگین تفاوت نمره‌های نیرومندی باور، اجتناب و افسردگی پیش و پس آزمون آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری (P)
باور	۶/۵۷۹	۱	۶/۵۷۹	۱۰/۲۱۴	۰/۰۰۳
اجتناب	۱۳/۷۲۶	۱	۱۳/۷۲۶	۲۵/۲۹۷	<۰/۰۰۱
افسردگی	۷/۴۱۶	۱	۷/۴۱۶	۹/۴۹۱	۰/۰۰۴

با توجه به مندرجات جدول ۵ در ستون مربوط به سطح معنی داری مشاهده می‌شود که تفاوت بین گروه آزمایش و گواه از لحاظ متغیرهای نیرومندی باور، اجتناب و افسردگی در

-
- 1- Pillai's Trace
 - 2- Wilk's Lambda
 - 3- Hotelling's Trace
 - 4- Roy's Largest Root

سطح $P < 0/05$ معنی‌دار است. بر این اساس می‌توان بیان داشت که مرگ آگاهی باعث کاهش نیرومندی باور، اجتناب و افسردگی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

آزمون فرضیه‌ی اول نشان داد مرگ آگاهی در کاهش نیرومندی باور فرد و سواسی نسبت به افکار و اعمال و سواسی‌اش مؤثر است. در پیشینه‌ی پژوهش، مطالعه‌ای که این فرضیه را بررسی کرده باشد، یافت نشد. پس مقایسه واقعی این یافته با یافته‌های سایر مطالعات میسر نیست. اما یافته‌های این بخش هماهنگ با پیشینه‌ی نظری پژوهش و پژوهش‌های نسبتاً مرتبط است. همان‌طور که قبلاً گفته شد، مرگ آگاهی یک روش مواجهه شناختی است. مواجهه باید آن قدر به طول بینجامد که فرد محرک را به گونه‌ای ارزیابی کند که دیگر خاصیت تهدیدکنندگی نداشته باشد (آلن و هرسن، ترجمه ماهر و ایزدی، ۱۳۷۸) این شرایط به خوبی در روش مرگ آگاهی ایجاد می‌شود و در نتیجه باورهای فرد دچار تغییر می‌گردد.

فوا و همکاران (۱۹۸۶، ۱۹۹۷) می‌نویسند: مواجهه، تداعی‌ها و ارزیابی‌های نادرست را اصلاح می‌کند. این فرایند پردازش هیجانی، به فعال کردن ساختار ترس از طریق ارایه محرک‌های ترسناک و معرفی اطلاعات اصلاحی نیاز دارد که با عناصر بیمارگون ساختار ترس مغایر باشند. در مرگ آگاهی ساختار شناختی که فرد بر اساس آن می‌ترسیده تغییر می‌کند و ساختار شناختی ابدیت نگر، مطلق نگر و امید آفرین ایجاد می‌شود که باورهای فرد را تغییر می‌دهند (اسلامی نسب، ۱۳۸۶). وقتی فرد و سواسی در مواجهه با یاد مرگ متوجه می‌شود، ترس از مرگ (که با توجه به ادبیات پژوهش و نظریه‌ی مدیریت وحشت ریشه اختلالش است) خود به تنهایی اصالت ندارد و در اصل به خاطر ترس از گناهان و اعمالی است که نادرست می‌دانسته و حتی و سواس نیز یکی از این اعمالش است، به جای ترس از مرگ، از این که عملی نادرست انجام دهد، ترسیده و در نتیجه باورش نسبت به اعمال و افکار و سواسی‌اش تغییر می‌کند (اسلامی نسب، ۱۳۸۶). در همین راستا گرینبرگ و همکاران (۲۰۰۱) می‌نویسند: فرایندهای شناختی به وسیله یاد مرگ فعال می‌شوند و دفاع‌های جهان بینی فرهنگی را توسعه می‌دهند. هم‌چنین فریدمن و رولس (۲۰۰۷) معتقدند: باورهای بنیادین، به

طور موفقیت‌آمیزی در نتیجه افزایش مرگ آگاهی به چالش در می‌آیند. با توجه به این که در مدل شناختی اختلال وسواس - اجبار باورهای ناکارآمد به عنوان زیربنای ایجاد و تداوم علائم وسواس شناخته شده‌اند (تولین، ورهانسکی و مالتبی^۱، ۲۰۰۶؛ کالامری^۲ و همکاران، ۲۰۰۶) وقتی در مرگ آگاهی این باورهای ناکارآمد به چالش در می‌آیند، امکان ارزیابی مجدد پیدا می‌کنند، و با توجه به زمینه‌ی جهان‌بینی فرهنگی و مذهبی در آزمودنی‌های مورد مطالعه، باورهای مثبت جدیدی جایگزین باورهای ناکارآمد می‌شوند (اسلامی نسب، ۱۳۸۶).

تحلیل داده‌ها در زمینه‌ی آزمون فرضیه دوم بیانگر آن بود که مرگ آگاهی در کاهش عملکرد اجتنابی فرد وسواسی مؤثر است. یافته‌های این بخش از پژوهش هماهنگ با پیشینه‌ی نظری و یافته‌های پژوهش‌های نسبتاً مرتبط است. استمفل اجتناب را مسأله‌ی اساسی در آسیب‌شناسی روانی می‌داند (پروچاسکا و نورکراس، ۱۹۹۹، ترجمه‌ی سیدمحمدی، ۱۳۸۱). اجتناب، مانع مواجه شدن با افکار ترسناک می‌شود و رفتارهای اجباری (آشکار و نهان) به مواجهه خاتمه می‌بخشد. هر دو نوع رفتار، بیمار را از مواجهه با افکار و موقعیت‌های ترسناک، باز می‌دارند. بدین ترتیب، رفتارهای اجباری و اجتناب، مانع ارزیابی مجدد می‌شوند (هاوتون و همکاران، ترجمه‌ی قاسم‌زاده، ۱۳۸۰). پیترفسا و کولس (۲۰۰۸) می‌نویسند: نظریه‌های شناختی - رفتاری اختلال وسواس - اجبار، علت اجبارها را اجتناب از صدمه (HA) می‌دانند. اِکِر و گونر (۲۰۰۸) و اتل و همکاران (۲۰۰۸) نیز اجتناب از صدمه را هسته‌ی ایجاد اختلال وسواس - اجبار می‌دانند. وقتی فرد وسواسی در طی اجرای روش مرگ آگاهی اجتناب از محرک بسیار ترسناکِ مرگ را می‌شکند و با یاد مرگ خویش به طور کامل مواجه می‌شود، می‌آموزد اجتناب‌هایی که از محرک‌های دیگر دارد، از جمله محرک‌های وسواس برانگیز را آسان‌تر بشکند، یعنی کمتر اجتناب کند (اسلامی نسب، ۱۳۸۶).

یافته‌های مربوط به آزمون فرضیه سوم تأیید می‌کند که مرگ آگاهی در کاهش افسردگی فرد وسواسی مؤثر بوده است. در ادبیات تحقیق، پژوهشی که این فرضیه را بررسی کرده باشد، یافت نشد. پس مقایسه‌ی واقعی یافته‌های این بخش با یافته‌های پژوهش‌های دیگر نیز امکان‌پذیر نیست. اما یافته‌های حاصل از آزمون فرضیه حاضر هماهنگ با پیشینه‌ی نظری و پژوهش‌های نزدیک و تقریباً مرتبط است.

1- Tolin, Worhunsky, & Maltby

2- Calamari

شیوع علائم افسردگی در بیماران با اختلال وسواس - اجبار در حدود یک تا دو سوم همه‌ی موارد تخمین زده می‌شود. اختلال افسردگی اساسی اغلب به عنوان یک اختلال روان‌پزشکی که بیشترین همبودی را با اختلال وسواس - اجبار دارد، در نظر گرفته می‌شود (کاردونر^۱ و همکاران، ۲۰۰۷). عابدی (۱۳۸۲) می‌نویسد: دو اختلال وسواس و افسردگی اگرچه در سطح یک مقایسه کلی، یکسان نبوده و نسخه بدل یکدیگر نیستند، اما بعضی مؤلفه‌های شناختی جزئی‌تر را به طور مشترک دارا هستند، هرچند سطح و درجه شدت این مؤلفه‌ها، در این دو اختلال یکسان نیست. محمدی (۱۳۸۲) می‌نویسد: با افزایش طول مدت اختلال افسردگی، شدت اختلال وسواس - اجبار افزایش می‌یابد. آرون بک معتقد است، شخص افسرده نظری منفی درباره‌ی خود، دنیا و آینده دارد (آزاد، ۱۳۷۵). پس فرد افسرده چون آینده امیدبخشی را مجسم نمی‌کند، دچار افسردگی می‌شود. اما چنین فردی در طی مرگ آگاهی آینده‌ای را می‌بیند که تا ابدیت ادامه دارد و متوجه می‌شود هنوز امکان تغییر در روش زندگی، جبران گذشته و دستیابی به اهداف خود را دارد، بنابراین به آینده امیدوار می‌شود. به علاوه چون بخشی از افسردگی همراه با اختلال وسواس - اجبار، حالت ثانویه داشته، یعنی در واکنش به علائم وسواس به وجود آمده است، پس با کاهش علائم وسواس در اثر مرگ آگاهی، افسردگی فرد نیز کاهش می‌یابد (اسلامی نسب، ۱۳۸۶).

از آن جایی که بسیاری از درمان‌گران و مؤلفین معتقدند بهترین روش درمانی برای اختلال وسواس - اجبار فن مواجهه است (از جمله اسلامی نسب^۲، ۱۳۸۳ و دادستان، ۱۳۸۴) و با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و پیشینه‌ی نظریِ روش مرگ آگاهی که به فن مواجهه باز می‌گردد، می‌توان گفت مرگ آگاهی در کاهش نیرومندی باورهای ناکارآمد، عملکرد اجتنابی و افسردگی فرد وسواسی تأثیر مثبت دارد. اما آنچه پژوهش حاضر نتوانسته پاسخ دهد تبیین ساز و کار تأثیر مرگ آگاهی بر متغیرهای باور، اجتناب و افسردگی اختلال وسواس - اجبار است. به هر حال، مرگ آگاهی به عنوان روشی نو در فن مواجهه محسوب می‌شود و از طرفی هماهنگ با فرهنگ و مذهب جامعه‌ی ایران است. بنابراین استفاده از این روش به عنوان درمان انتخابی برای اختلال وسواس - اجبار به همه روان‌درمان‌گران توصیه می‌شود.

پژوهش حاضر با چهار محدودیت عمده روبرو بود که تعمیم‌پذیری یافته‌های آن را با مشکل مواجه می‌سازد. این محدودیت‌ها عبارتند از: ۱- جامعه و نمونه در دسترس. ۲- فقدان

پیشینه‌ی پژوهشی. ۳- افت آزمودنی. ۴- استفاده از خرده مقیاس‌های ارزیابی نیرومندی باور، اجتناب و افسردگی که توسط گودمن، راسموسن و همکارانش به مقیاس وسواس - اجبار ییل براون اضافه شده است (به نقل از بائر ترجمه محمدی و همکاران، ۱۳۸۲) و تنها از لحاظ روایی محتوایی در کشور ایران مورد بررسی قرار گرفتند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر و برخی محدودیت‌های بیان شده، موارد زیر برای پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود: ۱- تکرار پژوهش در نمونه‌های دیگر. ۲- کاهش فاصله زمانی بین جلسات مرگ آگاهی. ۳- تکرار پژوهش به همراه انجام مطالعات پی‌گیری با ابزارهای اندازه‌گیری مناسب‌تر. ۴- بررسی سایر متغیرهای مرتبط با اختلال وسواس؛ پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی متغیرهای مرتبطی مثل اختلالات همایند، سایر عوامل شناختی و ... مورد مطالعه قرار گیرد.

منابع

فارسی

- آزاد، حسین (۱۳۷۵). *آسیب شناسی روانی* ۲. تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
- آلن، بلاک، و هرسن، مایکل. (تاریخ انتشار به زبان اصلی؟). *فرهنگ شیوه‌های رفتار درمانی*. ترجمه: فرهاد ماهر و سیروس ایزدی (۱۳۷۸). تهران: رشد.
- اسلامی نسب، علی (۱۳۸۳). *راهنمای عملی درمان وسواس برای متخصصین*. تهران: شفا بخش.
- اسلامی نسب، علی (۱۳۸۳). *شفای وسواس*. تهران: شفا بخش.
- اسلامی نسب، علی (۱۳۸۶). *همایش مرگ آگاهی*. تهران: انجمن شفای وسواس ایران.
- استکتی، گیل، فوآ، ادنا. ب و گریسون، جاناتان ب. (۱۹۸۵). *وسواس، برداشت‌ها و درمان رفتاری*. ترجمه: امیر هوشنگ مهریار (۱۳۷۳). تهران: رشد.
- انجمن شفای وسواس ایران (۱۳۸۵). *آشنایی با انجمن وسواس [بروشور]*. تهران: انجمن شفای وسواس ایران.

- بائر، لی. (تاریخ انتشار به زبان اصلی ؟). *غلبه بر وسواس*. ترجمه: محمدی، مسعود، کوهی، لیلا و دهگانپور، محمد (۱۳۸۲). تهران: رشد.
- پروچاسکا، جمیز و نورکراس، جان سی. (۱۹۹۹). *نظریه‌های روان‌درمانی*. ترجمه: یحیی سیدمحمدی (۱۳۸۱). تهران: رشد.
- دادستان، پریخ (۱۳۸۴). *روان‌شناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی*، جلد اول. تهران: سمت.
- دادفر، محبوبه، بوالهری، جعفر، ملکوتی، کاظم، و بیان‌زاده، سیداکبر. (۱۳۸۰). بررسی شیوع نشانه‌های اختلال وسواسی-جبری. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱ و ۲، ۲۷-۳۲.
- دادفر، محبوبه، ملکوتی، کاظم، بوالهری، جعفر، و مهرابی، فرویدون (۱۳۸۱). بررسی تأثیر درمان دارویی بر تغییر تشخیص اختلال‌های شخصیت در بیماران وسواسی-جبری. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱، ۷۶-۸۸.
- داودی، ایران. (۱۳۸۶). *بررسی عوامل شناختی، شخصیتی، فشار روانی و سابقه خانوادگی به عنوان پیش‌بین‌های ابتلا به اختلال وسواس-اجبار و مقایسه زیرگروه‌های علائم اختلال بر اساس برخی متغیرهای پیش‌بین در شهرستان اهواز*. پایان‌نامه دکتری روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران، چاپ نشده.
- صبوری، شهناز، مهریار، امیرهوشنگ، و قریب، عباس (۱۳۷۷). مقایسه اثربخشی تکنیک‌های شناختی-رفتاری، کلومپیرامین و ترکیب آن‌ها در بهبود مبتلایان به اختلال وسواس فکری-عملی. *فصلنامه اندیشه و رفتار*، ۱، ۲۵-۳۴.
- عابدی، علی. (۱۳۸۲). *بررسی اجزاء و مؤلفه‌های شناختی مرتبط با افسردگی در بیماران وسواسی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه شیراز، چاپ نشده.
- کاپلان، هارولد، و سادوک، ویرجینیا (۲۰۰۳). *خلاصه روان‌پزشکی، علوم رفتاری - روان‌پزشکی بالینی*، جلد دوم. ترجمه: حسن رفیعی و خسرو سبحانیان (۱۳۸۲). تهران: ارجمند.
- لوی، مایکل. ای. (۱۹۹۶). *نکات اساسی روان‌درمانی*. ترجمه: محمدتقی یاسمی و یحیی امامی (۱۳۷۸). تهران: ارجمند.

محمدی، رضا (۱۳۸۲). بررسی میزان شیوع اختلال وسواسی - جبری در بیماران مبتلا به افسردگی اساسی. رساله دکتری روان‌شناسی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشت درمانی کرمان، چاپ نشده.

ملکوتی، کاظم، مهربانی، فریدون، بوالهروی، جعفر، و دادفر، محبوبه (۱۳۸۰). تأثیر اختلال‌های شخصیت بر نتیجه درمان دارویی بیماران وسواسی - جبری. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴، ۱۳-۲۴.

هاوتون، کیت، سالکوس کیس، پال م.، کرک، جوان و کلارک، دیوید م. (۱۹۸۹). رفتار درمانی شناختی راهنمای کاربردی در درمان اختلال‌های روانی. ترجمه: حبیب اله قاسم زاده (۱۳۸۰). تهران: ارجمند

لاتین

Abramowitz, J. S., Khandker, M., Nelson, C. A., Deacon, B. J. & Rygwall, R. (2006). The role of cognitive factors in the pathogenesis of obsessive - compulsive symptoms: A prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 44, 1361 - 1374.

Arndt, J., Routledge, C., Cox, C. R., & Goldenberg, J. L. (2005). The worm at the core: A terror management perspective on the roots of psychological dysfunction. *Applied and Preventive Psychology*, 11, 191 - 213.

Calamari, J. E., Cohen, R. J., Rector, N. A., Szacun-Shimizu, K., Riemann, B. C., & Norberg, M. M. (2006). Dysfunctional belief - based obsessive - compulsive disorder subgroups. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1347 - 1360.

Cardoner, N., ..., & Vallejo, J. (2007). Brain structural correlates of depressive comorbidity in obsessive - compulsive disorder. *Neuro Image*, 38, 413 - 421.

Carr, A. T. (1974). Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 81, 311 - 318.

Ecker, W., Gonner, S. (2008). Incompleteness and Harm avoidance in OCD symptom dimensions. Retrieved from www.sciencedirect.com.

Ettelt, S., ..., & Maier (2008). Harm avoidance in subjects with obsessive - compulsive disorder & their families. *Journal of Affective Disorders*, 107, 265 - 269.

Fisher, P. L., Welss, A. (2006). Met cognitive therapy for obsessive - compulsive disorder: A case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39, 117 - 132.

- Foa, E.B., & Meadows, E.A. (1997). *Psychosocial treatments for post – traumatic stress disorder: A critical review*. In J. Spence (Ed.), *Annual review of psychology* (pp. 449 – 480). Palo Alto, CA: Annual Review.
- Friedman, M., & Rholes, W. S. (2007). Successfully challenging fundamentalist beliefs results in increased death awareness. *Journal of Experimental Social Psychology, 43*, 794 – 801.
- Giles, D. (2002). *Advanced research methods in psychology*. New York: Cambridge University Press.
- Greenberg, J., Arndt, J., Schimel, J., Pyszczynski, T., & Solomon, S. (2001). Clarifying the Function of Mortality Salience – Induced Worldview Defense: Renewed Suppression or Reduced Accessibility of Death – Related Thoughts? *Journal of Experimental Social Psychology, 37*, 70 -76.
- Klein, M. (1948). *Contributions to psycho – analysis*. 1921 -1945. London, Hogarth Press.
- McFall, M. E., & Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive – compulsive neurosis: A cognitive – behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research, 3*, 333 – 348.
- Metzner, R. (1963). Some experimental analogues of obsession. *Behaviour Research and Therapy, 1*, 231 – 6.
- Meyer, V. (1966). Modification of expectations in cases with obsessional rituals. *Behav. Res. Ther., 4*.
- Pietrefesa, A.S., Coles, M.E. (2008). Moving beyond an exclusive focus on harm avoidance in obsessive compulsive disorder: Considering the role of incompleteness. Available in www.sciencedirect.com.
- Strachan, E., Schimel, J., Arndt, J., Williams, T., Solomon, S., Pyszczynski, T. & Greenberg, J. (2007). Terror mismanagement: Evidence that mortality Salience exacerbates phobic and compulsive. Available in <http://psp.sagepub.com>.
- Strachan, E., Solomon, S., Arndt, J., Greenberg, J., Pyszczynski, T., & Schimel, J. (2005). *The effects of mortality salience on anxiety – related psychopathology: terror mismanagement*. Manuscript under review.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are " obsessive " beliefs specific to OCD?: A Comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 469 – 480.
- Turner, S. M. (1997). *Behavior therapy for obsessive – compulsive disorder*. Washington, DC: *American Psychological Association Videotape Series*.