



The Effectiveness of Psychological Well-being Treatment on Obsessive - compulsive Disorder Improvement and the Fear of Negative Evaluation of Women with Washing Compulsive

Afsaneh Gandaharizadeh ^{1,*}, Hamidreza Aghamohammadian Sharbaf ² ,
Fariborz Bagheri ³

¹ Ph.D. Student, General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

² Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

³ Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Hamidreza Aghamohammadian Sharbaf, Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran. E-mail: aghamohammadian@um.ac.ir

Received: 16 Apr 2018

Accepted: 16 Sep 2018

Abstract

Introduction: Obsessive- compulsive disorder is one of the most common psychiatric disorders that effect on life aspects. With the respect to high prevalence of obsessive -compulsive disorder and destructive effects of this disorder on interpersonal and social relationships in the long term, this study evaluates the effectiveness of psychological well-being treatment on clinical symptoms and the fear of negative evaluation of patients with washing compulsive disorder.

Methods: Present study is semi-experimental with pre-test and post-test design and follow-up study. statistical society was all women with washing compulsive disorder at Khane Mehr and Holy Shrine clinics in Mashhad city in 2017 that a random sample (n=30) was selected, then randomly divided into two groups: experimental group (n=15) and control group (n=15). Then for experimental group, wellbeing-based treatment was performed at 12 sessions of 90 minutes once a week. The data was collected by Yale-Brown obsessive- compulsive disorder scale (Goodman et al, 1989) and negative evaluation questionnaire (Leary, 1983). The data were analyzed using descriptive statistics and analysis of variance (ANOVA) using SPSS 23.

Results: Findings showed that psychological well-being therapy had a significant and positive effect on practical and obsessive-compulsive disorder ($P < 0.001$), which persisted two months after the intervention. Data analysis showed that psychological well-being therapy had a significant effect on the fear of negative evaluation of patients with washing compulsive disorder, which persisted at follow-up study.

Conclusions: Study results showed that psychological well-being treatment is effective in reducing practical obsessive-compulsive disorder and also the fear of negative evaluation of washing compulsive disorder. This interventional method can be used as an effective method in the treatment of people with obsessive-compulsive disorder in counseling centers.

Keywords: Psychological Well-being Therapy, Obsessive Compulsive Disorder, Fear of Negative Evaluation, Washing Compulsive Disorder



اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر بهبودی وسواس فکری-عملی و ترس از ارزیابی منفی زنان مبتلا به وسواس شستشو

افسانه قندهاری زاده^{۱*}، حمیدرضا آقا محمدیان شعراف^۲ ID، فریبرز باقری^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران
^۲ استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران
^۳ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران، تهران، ایران
 * نویسنده مسئول: حمیدرضا آقامحمدیان شعراف، استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران. ایمیل: aghamohammadian@um.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۰۶/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۰۱/۲۷

چکیده

مقدمه: اختلال وسواسی اجباری یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی است که بر تمام جنبه‌های زندگی اثر می‌گذارد. با توجه به شیوع بالای اختلال وسواس جبری و اثرات مخربی که این اختلال در طولانی مدت بر روابط بین فردی و ارتباطات اجتماعی دارد. مطالعه‌ای با هدف بررسی اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر نشانگان بالینی و ترس از ارزیابی منفی بیماران وسواس شستشو انجام گرفت. **روش کار:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با مطالعه پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان مبتلا به وسواس شستشو مراجعه کننده به کلینیک‌های حرم مطهر و کلینیک خانه مهر در شهر مشهد در سال ۱۳۹۶ بود. از این جامعه یک نمونه تصادفی ۳۰ نفره انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره کنترل و آزمایش گمارده شدند. سپس برای گروه آزمایش درمان مبتنی بر بهزیستی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت یک بار در هفته به عمل آمد. داده‌های پژوهش با استفاده از مقیاس شدت وسواس فکری-عملی ییل-براون (گودمن وهمکاران، ۱۹۸۹) و پرسشنامه ارزیابی منفی (لری، ۱۹۸۳) گردآوری و با استفاده از روش تحلیل واریانس باندازه گیری‌های مکرر نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان بهزیستی روانشناختی بر وسواس فکری و وسواس عملی اثر مثبت معناداری داشته ($P < 0/001$) که در پیگیری دو ماهه پس از مداخله نیز نتایج پایدار باقی مانده است. همچنین تحلیل داده‌ها نشان دهنده آن بود که درمان بهزیستی روانشناختی بر نشانگان بالینی بر ترس از ارزیابی منفی بیماران وسواس شستشو تأثیر تأثیر معنی داری دارد، و این تأثیر نیز در مطالعه پیگیری باقی مانده است ($P < 0/001$).

نتیجه گیری: نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که درمان بهزیستی روانشناختی در کاهش وسواس فکری و عملی و نیز کاهش ترس ارزیابی منفی بیماران وسواس شستشو مؤثر است و از این روش مداخله‌ای می‌توان به عنوان یک شیوه کارآمد در درمان افراد وسواس در مراکز مشاوره استفاده کرد.

واژگان کلیدی: درمان بهزیستی روانشناختی، وسواس فکری-عملی، ترس از ارزیابی منفی، وسواس شستشو

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

نظر گرفته می‌شود. شدت و استمرار این اختلال گاه به حدی می‌رسد که نیرو و کارایی فرد را کاملاً پایین می‌برد و اثری فلج کننده در زندگی شخصی و اجتماعی بیمار بر جا می‌گذارد [۱]. شیوع کلی این اختلال را ۲/۳ درصد برآورد کرده‌اند [۲]. اهمیت این اختلال و توجه به آن تا جایی است که در DSM-5 از اختلالات اضطرابی جدا شده و فصل

شناخت آن دسته از اختلال‌های روانی که تحت عنوان اختلال وسواس فکری-عملی مشخص می‌شوند توجه بسیاری از روانشناسان، روانپزشکان و پژوهندگان را به خود جلب کرده است. اختلال وسواس فکری-عملی یک اختلال اضطرابی بسیار ناتوان ساز است که معمولاً به مثابه یک بیماری بد علاج که نیازمند درمان مادام العمر است، در

بیماران به علت فشار بیماری و مشکلات عدیده همراهان آن‌ها از جمله خانواده باعث می‌گردد تا این افراد بخش زیادی از مراجعان به مراکز مشاوره را به خود اختصاص دهند [۱۲]. از جمله درمان‌های مؤثر بر اختلال وسواس فکری - عملی دارودرمانی است که متأسفانه علاوه بر داشتن عوارض جانبی، در طول دوره درمان به تدریج اثربخشی دارودرمانی کاهش می‌یابد [۱۳]. بهترین درمان غیر دارویی برای درمان اختلال وسواس جبری رفتاردرمانی است که مواجهه برای اکثر بیماران ناخوشایند است و منجر به ریزش بیماران می‌شود [۱۴]. شیوع بالای این اختلال و نیاز جامعه برای مداخله و چالش درمانگران با این بیماران، منجر شده تا پژوهشگران همواره به دنبال بررسی روش‌های درمانی جدید با بهترین اثربخشی و کمترین عارضه باشند تا بتواند به عنوان پیشنهاد به روان‌درمانگران ارائه نمایند [۱، ۱۵، ۱۶]. اخیراً توجه محققان و درمانگران به سودمندی تلفیق شیوه‌های درمانی دیگر با شیوه‌های شناختی رفتاری، برای بهبود بیماران جلب شده است. نگاهی به این مطالعات نشان می‌دهد که در گذشته روش‌های چند بعدی مختلفی توسط درمانگران شناختی رفتاری مورد استفاده قرار می‌گرفت. یک رویکرد جدید در زمینه درمان، رویکرد بهزیستی درمانی (Well-Being Therapy) می‌باشد [۱۷، ۱۸]. این راهبرد درمانی نوین نشأت گرفته از درمان شناختی- رفتاری برای افزایش بهزیستی روانشناختی که در تحقیقات مختلفی چه به صورت تنهایی و چه به همراه CBT برای درمان اختلالات عاطفی به کار رفته است [۱۹]. درمان بهزیستی با هدف افزایش بهزیستی روانشناختی به وجود آمده است و یکی از مداخلات روانشناسی مثبت نگر محسوب می‌شود که منطق و بنیان آن موجب تغییر رویکرد روانشناسان از مدل پزشکی یا آسیب رسان به مدل‌های مثبت نگر در موضوع سلامت روانی می‌باشد [۱۷].

مدل ریف از مهم‌ترین مدل‌های حوزه بهزیستی به شمار می‌رود. در این دیدگاه ریف بهزیستی روانشناختی را تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی‌های بالقوه واقعی فرد می‌داند. تکنیک اصلی مورد استفاده در این درمان، خویشتن‌نگری با استفاده از دفترچه یادداشت روزانه و تعامل مثبت و سازنده میان درمانگر و بیمار است [۲۰]. تکنیک‌هایی که در WBT برای بهبود بهزیستی روانشناختی استفاده می‌شود، شامل بازسازی شناختی (اصلاح افکار خودآیند و غیرمنطقی)، فعالیت‌های زمان‌بندی شده (فعالیت‌های لذت‌بخش و نمره‌گذاری شده)، آموزش جرأت‌ورزی و حل مسئله است [۱۷]. درمان بهزیستی روانشناختی یک راهبرد درمانی کوتاه مدت است که هدف آن افزایش بهزیستی روانشناختی است و معمولاً حدود ۸ تا ۱۲ جلسه که هفته‌ای یک بار انجام می‌شود، به طول می‌انجامد [۲۱]. درمان بهزیستی روانشناختی بر گسترش مهارت‌ها و ظرفیت توجه به تجربیات و هیجاناتی که مثبت هستند و در نهایت موجب افزایش بهزیستی روانشناختی و در نتیجه کاهش پریشانی روانشناختی می‌شوند [۱۸]. براساس الگوی ریف بهزیستی روانشناختی از شش عامل تسلط محیطی؛ رشد شخصی (Personal Growth)، هدفمندی زندگی (purpose in life)؛ خودمختاری (self-determination)؛ خودپذیری (self-acceptance)؛ داشتن روابط مثبت با دیگران (positive relations with others) و تسلط بر محیط (environmental mastery) تشکیل می‌شود [۲۲]. لازم به ذکر است، بررسی منابع اطلاعاتی در دسترس نشان داد که تا کنون پژوهش منتشر شده در زمینه

جداگانه‌ای را به خود اختصاص داده است [۲]. بر اساس تخمین برخی از پژوهشگران، اختلال وسواس فکری- عملی بیش از ده درصد از بیماران سر پایی مطبها و درمانگاههای روانپزشکی را شامل می‌شود لیکن می‌توان گفت اختلال وسواس فکری- عملی چهارمین بیماری روانپزشکی پس از فوبی، اختلالات مرتبط با مواد، و اختلال افسردگی عمده است [۴]. اگرچه اختلال وسواس معمولاً در نوجوانی یا اوایل بزرگسالی شروع می‌شود اما ممکن است در دوران کودکی نیز آغاز شود. اختلال وسواس فکری- عملی در بزرگسالان اختلال شایعی است که در صورت عدم درمان مزمن خواهد شد [۵]. مشخصه اصلی این اختلال افکار ناخواسته، تکراری و مزاحم و نیز رفتارهای تکراری و آزاردهنده، آئین مند (Ritualistic) می‌باشد، که بیمار به منظور اجتناب از اضطراب یا خنثی‌سازی افکار وسواسی انجام می‌دهد [۳]. در میان اختلالات وسواسی اختلال وسواس شستشو، شایع‌ترین تابلوی بالینی اختلال وسواسی اجباری است [۶]. بسیاری از مبتلایان به این بیماری بر این باورند که هرگونه تماس اتفاقی یا فرارگیری در معرض آلودگی‌ها منجر به آلودگی کامل و آسیب جدی می‌گردد. بیماری که به موجب این طرز تفکر دائماً نگران حفظ خود از آلودگی‌هاست، به نظافت و شستشوی افراطی روی می‌آورد، اما باز هم به سختی احساس تمیزی می‌نماید [۷]. علائم بالینی در وسواس شستشو به گونه‌ای است که مشکلات عدیده‌ای را برای فرد ایجاد نموده و به طور کلی بیمار با اعمال شدید وسواسی خود آسیب رسان در پی کاهش اضطراب خود می‌باشد [۸].

علاوه بر علائم بالینی اصلی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی نشانه‌های جانبی دیگری نیز وجود دارد که می‌تواند روند درمان در این افراد را تحت تأثیر قرار داده و همچنین باعث تشدید نشانه‌های دیگر در آن‌ها شود. یکی از مشکلات این بیماران از جمله آن‌هایی که مبتلا به وسواس شستشو هستند ترس از ارزیابی منفی توسط دیگران است. مدل‌های مختلف آسیب‌شناسی بیان می‌کنند که در اختلالاتی مانند وسواس، طولانی شدن ابتلا به بیماری که با سرزنش دیگران و تحقیر فرد مبتلا و خود سرزنش گری همراه می‌شود، توجه به سمت محرک‌های تهدیدکننده‌ای معطوف می‌شود که به طور خاص به ترس از ارزیابی منفی مربوط است. برای مثال Hayes و Masuda (۲۰۰۷) بیان می‌کنند وقتی افراد مبتلا می‌ترسند که دیگران آنها را مورد ارزیابی منفی قرار دهند، توجهشان را به سوی محرک‌های تهدیدکننده درونی مثل واکنش‌های وسواسی سوق می‌دهند. این مسأله شانس ارزیابی مجدد موقعیت را از بین می‌برد و با عملکرد اجتماعی در تعارض قرار می‌گیرند و باعث می‌شوند شخص به این نتیجه برسد که ممکن است همان گونه که خود احساس می‌کند از نظر دیگران نیز مضطرب به نظر برسد [۹]. Gaston و همکاران (۲۰۰۹) در پژوهش خود نشان دادند که بین ترس از ارزیابی منفی و اختلالات اضطرابی همبستگی معناداری وجود دارد [۱۰]. نظریه‌های شناختی- رفتاری، ترس از ارزیابی منفی را به عنوان هسته اصلی در اختلالات اضطرابی همچون وسواس، فوبی و ... گزارش می‌کنند [۱۱]. با توجه به آنچه گفته شد علائم اصلی در بیماران وسواس فکری عملی و ویژگی‌های جانبی از جمله ترس از ارزیابی و عواطف منفی از جمله عواملی هستند که در این بیماران باعث می‌شوند که فرد به شدت تحت تأثیر این اختلال منفعل شده و واکنش‌های شدیدی را از خود نشان دهد. درگیری‌های شدید این

شد [۲۴]. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰/۷۳ محاسبه شد که حاکی از قابل قبول بودن پایایی ابزار تحقیق در جامعه مورد نظر می‌باشد.

پرسشنامه ترس از ارزیابی منفی (Fear of Negative Evaluation Scale): نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی Leary و همکاران (۱۹۸۳) دارای ۱۲ پرسش است که میزان اضطراب تجربه‌شده افراد یا ارزیابی منفی آنان را اندازه‌گیری می‌کند که در یک طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره گذاری می‌شوند. آیتم‌های ۲، ۴، ۷ و ۱۰ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشانگر میزان بالاتر ترس از ارزیابی منفی می‌باشند.

در پژوهش گراوند و همکاران (۱۳۹۰) نتایج تحلیل عامل اکتشافی با استفاده از چرخش اولیمن نیز نشان داد که نسخه کوتاه مقیاس ترس از ارزیابی منفی از دو عامل تشکیل شده است. همبستگی معنادار بین نمره کلی و زیرمقیاس‌های ترس از ارزیابی منفی با زیرمقیاس‌ها و نمره کلی پرسشنامه دشواری‌های بین فردی و مقیاس اضطراب اجتماعی نوجوانان، روایی همگرای FNE را تأیید کرد. ضرایب آلفای کرانباخ و ضرایب بازآزمایی با فاصله (دو هفته) نمره کلی و زیرمقیاس‌های FNE نشان داد که این مقیاس پایایی مقبولی دارد. ضرایب آلفای کرانباخ برای نمره کلی، FNE و زیرمقیاس‌های سؤال‌های نمره گذاری شده مثبت و سؤال‌های نمره گذاری شده منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۸۲، ۰/۸۰ و ضرایب بازآزمایی با فاصله (دو هفته) برای نمره کلی، FNE و زیرمقیاس‌ها بین ۰/۷۷ - ۰/۷۹ به دست آمد [۲۵].

در این پژوهش ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کلی مقیاس ترس از ارزیابی منفی و زیرمقیاس‌های سؤال‌های نمره گذاری شده مثبت و سؤال‌های نمره گذاری شده منفی به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۸۲، ۰/۸۰ محاسبه شده که حاکی از قابل قبول بودن پایایی ابزار تحقیق در جامعه مورد نظر می‌باشد. در این پژوهش، گروه آزمایش طی ۱۲ جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به مدت ۳ ماه باروش مدل نظری بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۸) تحت درمان قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار استفاده از خدمات رایگان بلافاصله بعد از انجام پژوهش قرار گرفتند. تمامی جلسات ساختارمند بود به نحوی که هر جلسه دارای هدف و محتوی و نیز تکالیف خانگی بود که خلاصه آن در جدول ۱ گزارش شده است.

اثر بخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر روی بیماران وسواس وجود ندارد، لذا پژوهش حاضر به عنوان یک نوآوری و ابتکار در استفاده از این مداخله درمانی بر روی بیماران وسواس شستشو بشمار می‌رود.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه‌های آزمایش و کنترل و مطالعه پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان مبتلا به وسواس شستشو مراجعه کننده به کلینیک‌های حرم مطهر و کلینیک خانه مهر در شهر مشهد در سال ۹۶ بود. از این جامعه یک نمونه تصادفی ۳۰ نفره انتخاب گردید. شرط ورود به مطالعه دارا بودن اختلال وسواس شستشو بر اساس تشخیص روانشناس بالینی، تمایل و رضایت آگاهانه برای مشارکت در پژوهش، داشتن تحصیلات حداقل راهنمایی، داشتن سن بین ۵۰-۲۰ سال بود. در ضمن غیبت بیش از دو جلسه، شرکت همزمان در سایر برنامه‌های درمانی از ملاک‌های خروج این پژوهش بود. درمان مبتنی بر بهزیستی در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت گروهی یک بار در هفته بر روی گروه آزمایش به عمل آمد و در این مدت گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکرد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند تا به محض پایان پژوهش از خدمات رایگان درمان استفاده نمایند. بعد از پایان جلسات برای هر دو گروه پس از آزمون اجرا شد. به منظور گردآوری داده‌ها از مقیاس شدت وسواس فکری عملی ییل براون (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹) و سیاهه ارزیابی منفی (لری، ۱۹۸۳) استفاده شد. مقیاس شدت وسواس فکری- عملی ییل- براون (YBOCS)، این مقیاس در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و ۱۰ ماده دارد که پنج ماده آن متمرکز بر وسواس‌های فکری و ۵ ماده متمرکز بر وسواس‌های عملی است [۲۳]. روش نمره گذاری در این پرسشنامه به این صورت است که اعدادی را که در کنار پاسخ‌های سؤالات یک تا ده نوشته شده‌اند و برای پاسخ دادن به سؤالات یکی از آنها را علامت زده شده با هم جمع می‌گردد. در ایران پایایی بین مصاحبه‌کنندگان برای این مقیاس (۰/۹۸) $r =$ ، ضریب همسانی درونی آن (۰/۸۹) $r =$ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته (۰/۸۴) $r =$ گزارش شده است. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون به ترتیب (۰/۶۴) $r =$ و (۰/۵۹) $r =$ به دست آمد. امانی و همکاران (۲۰۱۳) در پژوهشی ضمن بررسی روایی صوری این ابزار به بررسی ضریب آلفای کرونباخ پرداختند که بالاتر از ۰/۷ حاصل

جدول ۱: درمان بهزیستی روانشناختی بر اساس مدل نظری ریف ۱۹۸۹

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف خانگی
جلسات آغازین (۱-۲)	- آماده کردن گروه، - برقراری رابطه، - معرفی منطق درمان	- خوش آمد گویی، - معرفی هریک از اعضای گروه، - تعریف بهزیستی روان شناختی و جایگاه آن در موقعیت‌های زندگی، - بیان منطق درمان	از درمانجویان خواسته می‌شود که حوادث روزانه زندگی‌شان را در یک دفتر به طور منظم یادداشت نموده و هر حادثه، اتفاق یا مشکل را بر اساس بهزیستی روان شناختی که برای خود در آن موقعیت متصور هستند از صفر تا صد نمره‌گذاری کنند
جلسات میانی (۳-۶)	- مشخص کردن موانع موجود در راه بهزیستی روان شناختی	- بیرون کشیدن عقاید غیرمنطقی با هدف خویشتن‌نگری درمانجویان	مشخص کردن افکار و باورهای خود کار که سبب انقطاع زود هنگام بهزیستی روان شناختی می‌شود
جلسات پایانی (۶-۱۲)	معرفی ابعاد شش‌گانه مدل بهزیستی روان شناختی	بحث درباره حوزه‌های بهزیستی روانشناختی و تغییر شش بعد آسیب‌دیده بهزیستی روان شناختی	آموزش مراجع در جهت تغییر از سطح آسیب دیده و رسیدن به سطح بهینه در ابعاد تسلط بر محیط، رشد فردی، زندگی هدفمند، خودمختاری، پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران و ثبت روزانه تغییرات

داده‌های بدست آمده با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی و به کمک برنامه SPSS نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت که در بخش توصیفی به ارائه میانگین و انحراف استاندارد و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر استفاده گردید.

یافته‌ها

در این مطالعه، اطلاعات مربوط به ۳۰ نفر از بیماران مبتلا به وسواس شست و شو که در دو گروه آزمایش و کنترل قرار داشتند مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که تعداد آزمودنی‌های متأهل (۸۰ درصد) آزمودنی‌های مجرد (۱۳ درصد) و مطلقه (۷ درصد) بوده و میانگین سنی در گروه آزمایش ۳۱/۴ سال و در دامنه ۲۱ تا ۵۰ سال متغیر می‌باشد. در گروه کنترل نیز میانگین سن (۳۱/۷ سال) بود و از ۲۱ سال تا ۴۵ سال متغیر می‌باشد. همچنین تعداد آزمودنی‌های دارای تحصیلات دیپلم در هر دو گروه بالاتر از ۵۰ درصد و بیشتر از سایر تحصیلات بوده است. همچنین کمترین فراوانی مربوط به تحصیلات لیسانس به بالا در هر دو گروه (۷ درصد) می‌باشد. به طور کلی از نظر مشخصات عمومی یا ملاک‌های ورودی نظیر سن، میزان تحصیلات و وضعیت تأهل تفاوت معنی‌داری در سطح خطای ۰/۰۱ بر اساس یافته‌های حاصل از آزمون تی دو نمونه‌ای مستقل برای سن ($P\text{-Value} = ۰/۹۲۷$) و آزمون ضریب کندال جداول توافقی برای میزان تحصیلات ($P\text{-Value} = ۰/۷۷۸$) و وضعیت تأهل ($P\text{-Value} = ۰/۸۳۰$) بین دو گروه کنترل و آزمایش وجود نداشت. در جدول ۲، شاخص‌های توصیفی بدست آمده از آزمون وسواس فکری و عملی و ترس از ارزیابی منفی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان داده شده است. همانطور که از داده‌های جدول ۲ نیز ملاحظه می‌شود میانگین وسواس فکری و وسواس عملی در پس آزمون گروه آزمایش کاهش یافته است. همچنین در مرحله پیگیری این کاهش حفظ شده است. این در حالی است که در گروه کنترل در پس آزمون و پیگیری نمرات تقریباً ثابت است. نتایج توصیفی حاصل از ترس از ارزیابی منفی نیز نشان‌دهنده آن است که در

پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش و گروه کنترل نمرات ترس از ارزیابی منفی تقریباً ثابت است. اما این یافته‌ها در سطح توصیفی است و برای بررسی معنی‌داری تفاوت‌های ملاحظه شده نیاز به تحلیل‌های استنباطی می‌باشد.

با استفاده از آزمون کرویت موشلی کروی بودن شکل ماتریس واریانس-کواریانس متغیر وابسته مورد بررسی قرار گرفت. آزمون کرویت موشلی این فرض صفر را به آزمون می‌گذارد که ماتریس کواریانس خطای مربوط به متغیرهای وابسته نرمال شده، یک ماتریس همبندی است. با توجه به جدول ۲، مقادیر احتمال به‌دست آمده در آزمون فرضیه کرویت موشلی برای چهار متغیر وابسته وسواس عملی و فکری و ترس از ارزیابی منفی از سطح معنی‌داری آزمون ۰/۰۵ کمتر می‌باشد. لذا فرضیه کرویت (همگنی ماتریس واریانس-کواریانس) با مقادیر کرویت موشلی گزارش شده در این جدول در سطح خطای ۰/۰۵ رد می‌شود. لذا از آزمون‌های جایگزین گرین هاوس-گیزر یا هین فلدت برای بررسی فرضیه تأثیرگذاری درمان بهزیستی روانشناختی بر نشانگان بالینی و ترس از ارزیابی منفی بیماران مبتلا وسواس شستشو استفاده می‌شود. یکی دیگر از پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر برابری واریانس‌های خطا می‌باشد که برای سنجش آن از آزمون لون استفاده گردید. نتایج بررسی برابری واریانس‌های خطا که در جدول ۲ گزارش شده است، نشان داد که مقادیر احتمال در آزمون‌های لون برای متغیرهای مورد بررسی بیشتر از ۰/۰۱ می‌باشد، لذا در سطح معنی‌داری ۰/۰۱ پیش فرض همگنی واریانس‌های خطا در گروه‌های مورد مطالعه محقق شده است. به‌عبارتی واریانس‌های خطای متغیرهای وسواس فکری و عملی و ترس از ارزیابی منفی در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اختلاف معنی‌داری ندارند. لذا پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر برقرار بوده و می‌توان از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر برای تحلیل نمرات وسواس فکری و عملی و نمرات ترس از ارزیابی منفی آزمودنی‌ها استفاده نمود. نتایج آزمون تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر برای متغیر نشانگان بالینی و ترس از ارزیابی منفی در جدول ۴ و جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۲: یافته‌های مربوط به آزمون‌های کرویت موشلی و لون برای متغیرهای وسواس فکری، عملی و ترس از ارزیابی منفی

متغیر	آزمون کرویت موشلی		آزمون لون	
	مقدار ضریب موشلی	مقدار آماره کای دو	مقدار آماره F	P-Value
وسواس فکری	۰/۷۳	۸/۴۵	۰/۰۱۵	
			۰/۱۰	۰/۷۵۱
			۳/۷۵	۰/۰۶۳
وسواس عملی	۰/۴۹	۱۹/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۱۳۴
			۰/۰۷	۰/۷۹۵
			۲/۸۰	۰/۱۰۵
ترس از ارزیابی منفی	۰/۳۱	۳۱/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۹
			۰/۷۱	۰/۴۰۷
			۰/۲۸	۰/۶۰۰
پیگیری			۰/۱۹	۰/۶۷۰

بهزیستی روانشناختی دریافت نموده‌اند، کاهش یافته است. همچنین، مولفه‌ی ترس از ارزیابی منفی در گروه آزمایش پس از دریافت مداخله

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد وسواس فکری و عملی در مراحل پس آزمون و پیگیری گروه آزمایش که مداخله درمان

اثر ۵۲ درصد که طبق طبقه‌بندی کوهن، اندازه اثر متوسطی می‌باشد، اثربخش است. لازم به ذکر است که بنا بر طبقه‌بندی کوهن، اندازه اثر بین ۰ تا ۰/۲ اندازه اثر ناچیز، اندازه اثر بین ۰/۲ تا ۰/۵ اندازه اثر کوچک، اندازه اثر بین ۰/۵ تا ۰/۸ اندازه اثر متوسط (مناسب) و اندازه اثر بالای ۰/۸ اندازه اثر زیاد تلقی می‌شود [۲۶].

کاهش یافته است. معنی‌داری این کاهش و افزایش‌ها در جداول ذیل مورد آزمون و تحلیل قرار گرفته است. نتایج آزمون مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که مقدار معنی‌داری در تمامی آزمون‌ها برابر ۱/۰۰۰ از خطای ۵ درصد کمتر است. با توجه به آزمون چندمتغیره لاندای ویلکز که معروفیت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌ها دارد، درمان بهزیستی روانشناختی بر نشانگان بالینی با اندازه

جدول ۳: یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای وسواس فکری، عملی و ترس از ارزیابی منفی در گروه‌های آزمایش و کنترل

گروه	وسواس فکری		وسواس عملی		ترس از ارزیابی منفی	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش						
پیش آزمون	۱۲/۸	۳/۹۷	۱۳/۹	۴/۰۳	۳۹/۲	۳/۵۹
پس آزمون	۸/۵	۲/۸۵	۱۰/۷	۲/۸۹	۳۴/۸	۴۵/۳
پیگیری	۸/۹	۲/۹۷	۱۱/۲	۲/۹۳	۳۴/۵	۷۲/۳
کنترل						
پیش آزمون	۱۴/۳	۳/۶۴	۱۳/۰	۴/۰۹	۳۵/۵	۴/۰۰
پس آزمون	۱۴/۵	۳/۷۶	۱۳/۳	۴/۰۳	۳۴/۷	۳/۶۴
پیگیری	۱۵/۱	۳/۵۰	۱۴/۱	۴/۱۵	۳۴/۵	۴/۰۷

جدول ۴: نتایج آزمون‌های چندمتغیره تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر به منظور بررسی اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر نشانگان بالینی و ترس از ارزیابی منفی

نام آزمون	مقدار	مقدار آماره F	درجه آزادی df	P-Value	اندازه اثر Eta squared
آزمون اثر پیلای	۰/۷۷	۱۱/۵۶	۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹
آزمون لاندای ویلکز	۰/۲۳	۱۹/۷۹	۶	۰/۰۰۰۱	۰/۵۲
آزمون اثر هتلینگ	۳/۴۰	۳۰/۰۷	۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۳/۴۰	۶۲/۴۰	۳	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷

جدول ۵: نتایج آزمون گرین هاوس-گیزر به منظور بررسی اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر وسواس فکری و عملی و ترس از ارزیابی منفی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	میانگین مربعات	درجه آزادی df	مقدار آماره F	P-Value	اندازه اثر Eta squared
وسواس فکری* گروه	۶۶/۱۶	۴۱/۹۶	۱/۵۸	۳۱/۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳
خطا	۵۸/۲۲	۱/۳۲	۴۴/۱۴			
وسواس عملی* گروه	۱۰۶/۰۷	۸۰/۱۹	۱/۳۲	۶۰/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸
خطا	۴۹/۲۰	۱/۳۳	۳۷/۰۴			
ترس از ارزیابی منفی* گروه	۶۶/۰۲	۵۵/۷۱	۱/۱۹	۱۳/۹۱	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳
خطا	۱۳۲/۸۹	۴/۰۰	۳۳/۱۸			

بیماران وسواس شستشو انجام نشده است. لذا پژوهش حاضر به عنوان یک نوآوری و ابتکار در استفاده درمان بهزیستی روان‌شناختی بر کاهش نشانگان بالینی و ترس از ارزیابی منفی بر روی بیماران وسواس شستشو به شمار می‌رود. به همین جهت نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های مربوط به متغیرهای مشابه مقایسه و در نهایت تبیین می‌گردد. این تحقیق همسو بود با تحقیقاتی که اثربخشی درمان بهزیستی را بر کاهش اضطراب، کاهش افسردگی، کاهش نامیدی، کاهش نشانه‌های پریشانی و افزایش بهزیستی روانشناختی مطالعه کرده بودند.

فلاوهمکاران (۲۰۰۵)، آنان در پژوهشی با عنوان درمان بهزیستی روانشناختی برای اختلال اضطرابی فراگیر، درمان بهزیستی روانشناختی را بر روی بیماران مبتلا به GAD به کار بردند. درمان سبب کاهش نشانه‌های اضطرابی بیماران و افزایش بهزیستی روانشناختی آنان گردید [۱۹].

روئینی و همکاران (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای به مقایسه اثربخشی درمان بهزیستی و درمان شناختی- رفتاری بر دانش‌آموزان پرداختند. نتایج تحقیق آنان آشکار ساخت که این دو درمان، در افزایش بهزیستی و

همچنین نتایج آزمون گرین هاوس-گیزر که برای سنجش اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر وسواس فکری و عملی و ترس از ارزیابی منفی انجام شده است، نشان می‌دهد که تأثیر درمان بهزیستی روانشناختی بر وسواس عملی (اندازه اثر ۶۸ درصد) بیش از وسواس فکری (۵۳ درصد) می‌باشد. همچنین اندازه اثر درمان بهزیستی روانشناختی بر ترس از ارزیابی منفی بیماران مبتلا به وسواس شستشو ۳۲ درصد می‌باشد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی بر کاهش نشانگان بالینی و ترس از ارزیابی منفی بیماران وسواس شستشو انجام شد و نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که درمان بهزیستی روانشناختی بر وسواس فکری و عملی و نیز کاهش ترس از ارزیابی منفی بیماران وسواس شستشو مؤثر بود. و نیز نتایج درمانی تا مطالعه پیگیری باقی ماند. بررسی منابع اطلاعاتی در دسترس نشان می‌دهد که تاکنون پژوهش منتشر شده مشابه‌ای در زمینه اثربخشی این نوع درمان بر روی

طبق مصاحبه‌های بالینی به عمل آمده، سابقه ابتلای بیماران بیش از ۷ سال بود. گروهی از آنها برای اولین بار برای درمان مراجعه کرده بودند و گروهی هم درمان‌های متعددی را تجربه کرده بودند و با شکست درمان مواجه شده بودند و به عبارتی مقاوم به درمان بودند. از آنجایی که از شرایط ورود به درمان، عدم مصرف دارو بود با این حال موفقیت روش درمانی در چنین شرایطی حائز اهمیت می‌باشد. باتوجه به مصاحبه‌های به عمل آمده و نیز گزارشات مراجعین، این درمان نه تنها منجر به کاهش وسواس‌های فکری و عملی شده بود بلکه منجر به هدفمندی و رضایت از زندگی و ارتباط بهتر با اطرافیان و به طور کلی افزایش بهزیستی روانشناختی شده بود. نتایج حاصل از این مطالعه نشان داد که درمان بهزیستی روانشناختی در کاهش وسواس فکری و عملی و نیز در کاهش ارزیابی منفی در بیماران وسواس شستشو مؤثر است و از این روش مداخله‌ای می‌توان به عنوان یک شیوه کارآمد در درمان افراد وسواس در مراکز مشاوره استفاده کرد. بدون شک هر پژوهشی هر چند کامل، دارای کاستی‌ها و محدودیت‌هایی می‌باشد و پژوهش حاضر نیز دارای محدودیت‌هایی می‌باشد، نمونه در این پژوهش فقط شامل افراد مؤنث بود که تعمیم نتایج آن به سایرین با احتیاط خواهد بود. از آنجایی که وسواس شستشو، بیماری ناتوان‌کننده‌ای برای فرد وسواس است و اطرافیان را نیز درگیر می‌کند و به نوعی به جامعه هم با مصرف بیش از حد آب در این شرایط بحرانی ضرر می‌رساند، لذا پیشنهاد می‌گردد که دولت با قرار دادن امکانات بهتر و تشکیل انجمن حمایت از بیماران وسواس این قشر آسیب‌دیده را در جهت درمان مورد حمایت قرار دهد.

سپاسگزاری

بدین وسیله از کلیه افراد شرکت کننده و نیز مسئولان گرامی که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، سپاسگزاری می‌گردد.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

کاهش نشانه‌های پریشانی روانشناسی دانش‌آموزان مؤثر بوده است [۲۷].

فرگسون و همکاران (۲۰۰۹) درمان گروهی بهزیستی مبتنی بر آموزش تعیین هدف و برنامه‌ریزی بر روی زندانیان مرد به کار بردند. در انتهای درمان، نتایج حاکی از کاهش ناامیدی و نشانه‌های منفی در شرکت کنندگان و افزایش رضایت از زندگی، تفکر مثبت و بهزیستی در آنان بود [۲۸]. در مطالعه دیگری تومبا و همکاران (۲۰۱۰) به بررسی تأثیر درمان بهزیستی و مدیریت اضطراب به شیوه شناختی- رفتاری بر افزایش بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان پرداختند. نتایج این مطالعه حاکی از اثربخشی بیشتر درمان بهزیستی بر میزان بهزیستی روانشناختی دانش‌آموزان نسبت به مدیریت اضطراب بود [۲۹]. نتایج پژوهش معینی‌زاده و کومار (۲۰۱۰) در تحقیقی اثربخشی درمان بهزیستی روانشناختی و درمان شناختی رفتاری را بر روی بیماران مبتلا به افسردگی مقایسه کردند، نتایج نشان داد درمان بهزیستی روانشناختی هم در کاهش افسردگی و هم در افزایش بهزیستی روانشناختی مؤثرتر از درمان شناختی- رفتاری بوده است [۲۶].

نتیجه گیری

به طور کلی نتایج این گروه از پژوهش‌ها حاکی از مؤثر بودن این درمان می‌باشد. در تبیین ساز و کار این نتیجه می‌توان گفت که محققان تحت تأثیر فرهنگ غالب مردم، تنها به بررسی جنبه‌های منفی بیماران پرداخته و تلاش می‌کنند تا آن را کاهش دهند. حال آن که طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، سلامتی انسان چیزی فراتر از فقدان نشانه‌های منفی و بیماری‌ها می‌باشد [۳۰]. درمان بهزیستی با توجه به منطق و بنیان اولیه خود، با افزایش بهزیستی روان‌شناختی مراجعین و توجه به احساسات مثبت و سازنده آنان، در پی کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی است. به عبارتی در این نوع درمان باتوجه کردن به ایجاد احساسات مثبت پریشانی‌های روانشناختی کاهش می‌یابد.

References

1. Abrantes AM, Brown RA, Strong DR, McLaughlin N, Garnaat SL, Mancebo M, et al. A pilot randomized controlled trial of aerobic exercise as an adjunct to OCD treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2017;49:51-5. doi: 10.1016/j.genhospsych.2017.06.010 pmid: 29122148
2. Simpson HB, Reddy YC. Obsessive-compulsive disorder for ICD-11: proposed changes to the diagnostic guidelines and specifiers. *Rev Bras Psiquiatr*. 2014;36 Suppl 1:3-13. pmid: 25388607
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Text Revision)*. 4th ed. Washington, DC.
4. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2015.
5. Fornaro M, Gabrielli F, Albano C, Fornaro S, Rizzato S, Mattei C, et al. Obsessive-compulsive disorder and related disorders: a comprehensive survey. *Ann Gen Psychiatry*. 2009;8:13. doi: 10.1186/1744-859X-8-13 pmid: 19450269
6. De Siliva P, Rachman S. *Obsessive-compulsive Disorder: The Facts*. London: Oxford University Press; 2008.
7. Jenike MA, Bear L, Minichiello WE. *Handbook of Obsessive compulsive disorder practical management*. New York: Mosby Inc; 2002.
8. Wilhelm S, Berman NC, Keshaviah A, Schwartz RA, Steketee G. Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: role of maladaptive beliefs and schemas. *Behav Res Ther*. 2015;65:5-10. doi: 10.1016/j.brat.2014.12.006 pmid: 25544403
9. Masuda A, Hayes SC, Sackett CF, Twohig MP. Cognitive defusion and self-relevant negative thoughts: examining the impact of a ninety year old

- technique. *Behav Res Ther.* 2004;42(4):477-85. doi: [10.1016/j.brat.2003.10.008](https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.10.008) pmid: 14998740
10. Gaston JE, Abbott MJ, Rapee RM, Neary SA. Do empirically supported treatments generalize to private practice? A benchmark study of a cognitive-behavioural group treatment programme for social phobia. *Br J Clin Psychol.* 2006;45(Pt 1):33-48. doi: [10.1348/014466505X35146](https://doi.org/10.1348/014466505X35146) pmid: 16480565
 11. Weeks JW, Jakatdar TA, Heimberg RG. Comparing and Contrasting Fears of Positive and Negative Evaluation as Facets of Social Anxiety. *J Soc Clin Psychol* 2010;29(1):68-94. doi: [10.1521/jscp.2010.29.1.68](https://doi.org/10.1521/jscp.2010.29.1.68)
 12. Lebowitz ER, Panza KE, Bloch MH. Family accommodation in obsessive-compulsive and anxiety disorders: a five-year update. *Expert Rev Neurother.* 2016;16(1):45-53. doi: [10.1586/14737175.2016.1126181](https://doi.org/10.1586/14737175.2016.1126181) pmid: 26613396
 13. Ackerman DL, Greenland S. Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 2002;22(3):309-17. pmid: 12006902
 14. Hammond DC. QEEG-Guided Neurofeedback in the Treatment of Obsessive Compulsive Disorder. *J Neurother.* 2003;7(2):25-52. doi: [10.1300/J184v07n02_03](https://doi.org/10.1300/J184v07n02_03)
 15. Asnaani A, Kaczurkin AN, Alpert E, McLean CP, Simpson HB, Foa EB. The effect of treatment on quality of life and functioning in OCD. *Compr Psychiatry.* 2017;73:7-14. doi: [10.1016/j.comppsy.2016.10.004](https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2016.10.004) pmid: 27838572
 16. Olatunji BO, Berg H, Cox RC, Billingsley A. The effects of cognitive reappraisal on conditioned disgust in contamination-based OCD: An analogue study. *J Anxiety Disord.* 2017;51:86-93. doi: [10.1016/j.janxdis.2017.06.005](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2017.06.005) pmid: 28705679
 17. Ruini C, Ottolini F, Tomba E, Belaise C, Albieri E, Visani D, et al. School intervention for promoting psychological well-being in adolescence. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2009;40(4):522-32. doi: [10.1016/j.jbtep.2009.07.002](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.07.002) pmid: 19683703
 18. Nyer M. Stimulant Enhancement of Well-Being Therapy for Depression. *Clin Trials Gov Identifier.* 2017;12:27-34.
 19. Fava GA, Ruini C, Rafanelli C, Finos L, Salmaso L, Mangelli L, et al. Well-being therapy of generalized anxiety disorder. *Psychother Psychosom.* 2005;74(1):26-30. doi: [10.1159/000082023](https://doi.org/10.1159/000082023) pmid: 15627853
 20. Ryff CD, Keyes CL. The structure of psychological well-being revisited. *J Pers Soc Psychol.* 1995;69(4):719-27. pmid: 7473027
 21. Moeenizadeh M, Salagame KK. The Impact of Well - Being Therapy on Symptoms of Depression. *Int J Psychol Stud* 2010;2(2). doi: [10.5539/ijps.v2n2p223](https://doi.org/10.5539/ijps.v2n2p223)
 22. Fava GA, Ruini C. Development and characteristics of a well-being enhancing psychotherapeutic strategy: well-being therapy. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2003;34(1):45-63. pmid: 12763392
 23. Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. II. Validity. *Arch Gen Psychiatry.* 1989;46(11):1012-6. pmid: 2510699
 24. Amani M. The effectiveness of inferential treatment on the reduction of obsessive-compulsive and practical symptoms. *Clin Psychol Res Consult.* 2013;5(12):55-68.
 25. Gravand F, Shokri O, Khoda'i A. Standardization, Validity and Reliability of the Short Version of the Scale of Fear of Negative Evaluation in Adolescents. *Psychol Stud.* 2011;7(1):65-95.
 26. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences.* 2nd ed. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 27. Ruini C, Belaise C, Brombin C, Caffo E, Fava GA. Well-being therapy in school settings: a pilot study. *Psychother Psychosom.* 2006;75(6):331-6. doi: [10.1159/000095438](https://doi.org/10.1159/000095438) pmid: 17053333
 28. Ferguson G, Conway C, Endersby L, MacLeod A. Increasing subjective well-being in long-term forensic rehabilitation: evaluation of well-being therapy. *J Forens Psychiatry Psychol* 2009;20(6):906-18. doi: [10.1080/14789940903174121](https://doi.org/10.1080/14789940903174121)
 29. Tomba E, Belaise C, Ottolini F, Ruini C, Bravi A, Albieri E, et al. Differential effects of well-being promoting and anxiety-management strategies in a non-clinical school setting. *J Anxiety Disord.* 2010;24(3):326-33. doi: [10.1016/j.janxdis.2010.01.005](https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2010.01.005) pmid: 20181456
 30. Keyes C, Shapiro A. Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. In: Ryff C, Kessler R, editors. *How healthy are we: A national study of well-being at midlife.* Chicago: University of Chicago Press; 2004. p. 350-73.