

Research Article

# Comparing the Effectiveness of Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Ambiguity Tolerance and Threat Sensitivity in Married Women with Obsessive-Compulsive Disorder

Authors

Setareh Jani<sup>1</sup>, Nader Hajloo<sup>2\*</sup>, Mohammad Narimani<sup>3</sup>

1- PhD Candidate, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran. [setareh.jani1400@gmail.com](mailto:setareh.jani1400@gmail.com)

2- Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran (Corresponding Author)

3- Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran. [m\\_narimani@uma.ac.ir](mailto:m_narimani@uma.ac.ir)

Abstract

Receive Date:  
17/04/2021

Accept Date:  
22/08/2021



**Introduction:** This study aims to compare the effectiveness of Internet-based cognitive-behavioral therapy and emotion-focused therapy on ambiguity tolerance and threat sensitivity in married women with obsessive-compulsive disorder.

**Method:** The research design was quasi-experimental with pre-test, post-test, and control group. The statistical population consisted of all married female patients suffering from obsessive-compulsive disorder who were referred to one of the psychological and psychiatric counseling and services centers in Pars-Abad city of Ardabil province for treatment between July and October of 2021. among which 45 were randomly selected by purposeful sampling in the groups receiving Internet-based cognitive-behavioral therapy (15 people), emotion-focused therapy (15 people), and the control group (15 people). Data collection tools were: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Disorder Scale, Ambiguity Tolerance Scale, and Threat Sensitivity Questionnaire. Each interventional treatment was performed during 8 weekly sessions, and the control group did not receive any specific treatment during this period of time. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

**Results:** The results showed that cognitive-behavioral therapy based on the Internet and focused on emotion was effective on ambiguity tolerance and threat sensitivity in married women with obsessive-compulsive disorder ( $P < 0.05$ ). Moreover, there is no significant difference between the effectiveness of these two treatment methods ( $P < 0.05$ ).

**Discussion and Conclusion:** The results have potentially significant practical effects for specialists and therapists to pay attention to the effectiveness of treatment methods used in improving the consequences of obsessive-compulsive disorder.

Keywords

Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy, Emotion-Focused Therapy, Ambiguity Tolerance, Threat Sensitivity, Obsessive-Compulsive Disorder.

Corresponding Author's E-mail

[hajloo53@uma.ac.ir](mailto:hajloo53@uma.ac.ir)

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان بر تحمل ابهام و حساسیت به تهدید در زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری

نویسندگان

ستاره جانی<sup>۱</sup>، نادر حاجلو<sup>۲\*</sup>، محمد نریمانی<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. setareh.jani1400@gmail.com

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران (نویسنده مسئول)

۳. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. m\_narimani@uma.ac.ir

چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان بر تحمل ابهام و حساسیت به تهدید در زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بود.

**روش:** طرح پژوهش از نوع شبه تجربی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق را تمام بیماران زن متأهل مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تشکیل می‌دادند که در بازه زمانی تیر تا مهرماه سال ۱۴۰۰ جهت درمان به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و روانپزشکی شهر پارس‌آباد استان اردبیل مراجعه کرده بودند. ۴۵ نفر از ایشان به روش نمونه‌گیری هدفمند و به صورت تصادفی در گروه‌های دریافت‌کننده درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت (۱۵ نفر)، درمان متمرکز بر هیجان (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت بودند از: مقیاس وسواس فکری- عملی ییل- براون، مقیاس تحمل ابهام مکین و مقیاس سیستم بازداری رفتاری. درمان‌های مداخله‌ای هر کدام طی ۸ جلسه‌ی هفتگی انجام شد و گروه کنترل درمان خاصی را طی این دوره زمانی دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**نتایج:** نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و متمرکز بر هیجان بر تحمل ابهام و حساسیت به تهدید در زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری اثربخش بوده ( $P < 0.05$ ) و بین اثربخشی این دو شیوه درمانی، تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > 0.05$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** نتایج به دست آمده، به طور بالقوه اثرات کاربردی مهمی برای متخصصان و درمانگران جهت توجه به اثربخشی روش‌های درمانی به کار رفته در بهبود پیامدهای اختلال وسواسی- اجباری دارد.

تاریخ دریافت:  
۱۴۰۰/۰۱/۲۸

تاریخ پذیرش:  
۱۴۰۰/۰۵/۳۱



کلیدواژه‌ها

درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت، درمان متمرکز بر هیجان، تحمل ابهام، حساسیت به تهدید، اختلال وسواسی- اجباری

پست الکترونیکی  
نویسنده مسئول

hajloo53@uma.ac.ir

این مقاله بر گرفته از رساله دکتری نویسنده اول است.

## مقدمه

اختلال وسواسی- اجباری<sup>۱</sup> یکی از مشکلات جدی سلامت روان‌شناختی بوده و سالیانه هزینه‌های اقتصادی و اجتماعی هنگفتی به جامعه تحمیل می‌کند. مشکلات همراه با این اختلال و علائم ناتوان‌کننده‌ی آن کارکرد میان فردی، شغل و زندگی فردی و زناشویی افراد را مختل می‌کند. طبق تخمین پژوهشگران، اختلال وسواسی- اجباری در ده درصد افراد بیمار که به صورت سرپایی در مطب‌های خصوصی و درمانگاه-ها مداوا می‌شوند، مشاهده می‌شود و چهارمین اختلال روان-پزشکی شایع بعد از فوبیا، اختلالات مرتبط با مواد و افسردگی محسوب می‌شود [۱]. طبق اطلاعات گزارش شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم، نرخ شیوع سالانه برای اختلال وسواسی- اجباری در آمریکا ۱/۲ درصد و در سطح جهان ۱/۱ تا ۱/۸ درصد است [۲]. اختلال وسواسی- اجباری یکی از اختلالات رفتاری ناتوان‌کننده‌ای است که با افکار مزاحم تکراری و ناخواسته، فرد را به انجام اعمال اجباری و بی‌هوده و همچنین فرو رفتن در اعماق افکار ناراحت‌کننده وادار می‌کند [۳]. چنانچه اختلال مذکور تحت درمان قرار نگرفته باشد، روند آن معمولاً مزمن است و علائم اغلب به صورت سینوسی افزایش و کاهش می‌یابند. درصد بهبودی بدون به کارگرفتن راه‌کارهای درمانی در افراد بزرگسال ناچیز است و حوزه‌های مختلف زندگی آنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سبب افزایش اختلال در عملکردهای روزانه فردی و اجتماعی می‌گردد [۴].

یکی از متغیرهایی که نقشی برجسته در بروز و تداوم اختلال وسواس فکری و عملی دارد، تحمل ابهام<sup>۲</sup> است. مفهوم فوق به عنوان تمایل شخص به تظاهر عکس‌العمل منفی به رخدادهای و شرایط مبهم، فارغ از احتمال اتفاق افتادن و یا نتایج مرتبط با آن تعریف شده است [۵، ۶]. طبق نظر کارلتون [۷]، عدم تحمل ابهام، نداشتن ظرفیت تحمل پاسخ بیزارکننده است که به واسطه ادراک اطلاعات برجسته، کلیدی و مهم راه‌اندازی شده است و این باور وجود دارد که به واسطه ادراک بلا تکلیفی تقویت می‌شود. مطالعات نیز ارتباط عدم تحمل ابهام با سبب‌شناسی پریشانی، اضطراب تعمیم یافته و علائم اختلال وسواسی- اجباری را نشان داده‌اند [۸]. اغلب اشخاصی که به اختلال وسواسی- اجباری دچار هستند، بر این عقیده‌اند که توانایی سازگار شدن با دگرگونی‌های پیش-بینی‌ناپذیر را ندارند و تمایل دارند اطمینان یابند که قطعاً

اتفاق بدی نخواهد افتاد [۹]. فرناندز، جزایری و گراس [۱۰] عقیده دارند که اشخاص وسواسی، افکار کمال‌گرایانه زیادی دارند و تحمل ابهام برای ایشان یک مسأله است. جاکوبی، فیریسنت، لئونارد، ریمن و آبرامویچ [۱۲] اشاره نمودند که با استفاده از میانگین نمرات عدم تحمل ابهام می‌توان افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری را شناسایی کرد. بولن و کارلتون [۱۳] در پژوهش خود نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی سطوح بالاتری از عدم تحمل ابهام را نسبت به گروه کنترل نشان می‌دهند. اشخاصی که قادر به تحمل ابهام نیستند، شرایط ناواضح را پر از تنش و فشار می‌دانند و تلاش می‌کنند از آن دوری نمایند. چنانچه در شرایط فوق قرار گیرند، عملکردشان مختل خواهد شد [۱۴]. همان‌طور که گفته شد افرادی که عدم تحمل بالاترکیفی در آنها بالاست، اغلب خود را فاقد مهارت‌های لازم برای مقابله با نگرانی و اضطراب ناشی از شرایط مبهم تصور می‌کنند و در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری، از طریق اجبارها و اعمال تشریفاتی در پی مقابله با اضطراب و پریشانی خود هستند [۱۵]. این مقابله زمانی دشوار می‌شود که فرد نسبت به تهدید حساسیت بالایی داشته باشد. ویژگی سرشتی حساسیت به تهدید<sup>۳</sup>، الگوی زیستی پاسخ‌دهی نسبت به محرک‌ها و موقعیت‌های تهدیدکننده و ناخوشایند اعم از طبیعی، شرطی و درونی است که منجر به رفتارهای اجتنابی، پرهیز از خطر، ترس و اضطراب می‌شود [۱۶، ۱۷]. این سیستم از طریق دریافت اطلاعات محیط اطراف، در صورت وجود هرگونه تهدید، به تناسب اهمیت خطر سریعاً واکنش نشان می‌دهد؛ هرچند این حساسیت و هشجاری نسبت به تهدید برای حفظ و بقا مفید است؛ ولی میزان حساسیت آن باتوجه به درجه خطر، از اهمیت زیادی برخوردار است. حساسیت بالا نسبت به تهدیدات محیطی که در اصل چندان خطر محسوب نمی‌شوند، موجب به خطر افتادن سلامت روانی می‌شود [۱۸]. برگر و آناسکی [۱۹] نشان دادند که حساسیت به تهدید یا بازداری رفتاری با اختلال وسواس جبری به‌ویژه با مؤلفه انباشت و خنثی‌سازی ارتباط مثبت دارد. حساسیت بالا به تهدید ناشی از فعالیت سیستم بازداری رفتاری است که موجب برانگیختگی و بازداری می‌شود. علی‌یاری و محمودعلیلو [۲۰] در جمعیت ایرانی نشان دادند که بازداری رفتاری با اختلال وسواس جبری رابطه مثبت و معنادار دارد.

3 - threat sensitivity

1- obsessive-compulsive disorder

2- ambiguity tolerance

حمزه‌لو و همکاران [۲۶] در پژوهش خود بر روی ۱۸ نفر مبتلا به اختلال وسواس اجباری، تأثیر مثبت درمان شناختی- رفتاری را بر روی علائم اختلال گزارش نمودند. اخیراً برنامه‌های درمانی مبتنی بر اینترنت در ارائه خدمات درمانی و پیشگیری در پاسخ به اشکالات درمان شناختی رفتاری سنتی که شامل کمبود درمانگر، محدودیت زمانی و جغرافیایی و هزینه بالای آن است، مورد استفاده قرار می‌گیرد. اینترنت، فراتر از جغرافیای زندگی واقعی، بین افراد رابطه برقرار می‌کند و افراد، محتوای درمان را با استفاده از برنامه‌های الکترونیکی سلامت (توسط رایانه‌ها و تلفن‌های هوشمند)، ۲۰ بار کم- هزینه‌تر از درمان شناختی- رفتاری سنتی دریافت می‌کنند [۲۷].

درمان دیگری که در سال‌های اخیر برای کاهش علائم اختلال وسواسی- اجباری به کار می‌رود، درمان متمرکز بر هیجان است. این درمان، به شیوه مؤثری توانایی محدودیت دادن به هیجان‌ها و تمرکز بر آن‌ها را دارد [۲۸]. این روش درمانی که اساس ساختار روانی و تعیین کننده کلیدی برای سازماندهی خود است، همچنین یکی از معدود درمان‌هایی است که بر تنظیم هیجان و عواطف منفی تأثیرگذار بوده و تاکنون کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است [۲۹]. در درمان متمرکز بر هیجان، تغییر هیجان در منشأ و درمان مشکلات بیماران در نظر گرفته می‌شود. هدف از درمان متمرکز بر هیجان، تغییر سازماندهی خود از طریق استفاده بیشتر از هیجان، تنظیم عاطفه و تغییر خاطره‌ی هیجان است. این اهداف از طریق ترکیب تخلیه‌ی هیجانی (تجربه هیجانی اصلاحی) و انتخاب (آزاد کردن خود یا احساس تعهد نسبت به شیوه‌های تازه بودن) به انجام می‌رسد [۳۰]. به نظر می‌رسد افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری به دلیل پایین بودن مهارت در شناسایی و توصیف هیجانات، نسبت به پیش‌بینی نحوه اتمام موقعیت‌های اضطراب‌زا ناآگاه‌اند. همچنین در چنین شرایط مبهمی، موقعیت‌هایی را که دچار اضطراب بیشتری می‌شوند، به عنوان تهدید قلمداد می‌کنند، لذا تأثیرگذاری درمان متمرکز بر هیجان در بهبود تحمل ابهام و کاهش حساسیت به تهدید در افراد وسواسی محتمل می‌باشد [۳۱]. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی نسبت به گروه‌های گواه مهارت‌های کم‌تری در شناسایی و توصیف هیجانات خود و تنظیم هیجانات نشان دادند، علاوه بر این درک ضعیف هیجانات علائم وسواس را پیش‌بینی می‌کند [۲۸، ۳۲].

در طول سالین گذشته، روش‌های درمانی و آموزشی گوناگونی جهت بهبود مؤلفه‌های روان‌شناختی، هیجانی، عاطفی و ارتباطی افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری به کار گرفته شده است. همچنین پژوهش‌ها در حیطه دارودرمانی حاکی از آن بوده‌اند که این روش، به تنهایی تأثیر معناداری بر بهبودی بیماران ندارد و بسیاری از افراد نگرش منفی نسبت به آن داشته‌اند [۲۱، ۲۲]. لذا با توجه به کمبودها و محدودیت‌ها در حوزه دارودرمانی، آنچه باید مورد توجه قرار گیرد، تفاوت مداخلات روان‌شناختی از نظر سهولت اجرا، تازگی، استقبال مراجعین و میزان تأثیر و تداوم نتایج درمان است. در همین راستا استفاده از درمان‌های شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان در پژوهش حاضر مورد توجه قرار گرفته است. باید توجه داشت که انتخاب درمان‌های مذکور به دلیل تأثیر بسزای آن‌ها در ایجاد تغییرات شناختی، رفتاری و هیجانی در افراد مبتلا و پاسخگویی مناسب به درمان از سوی مراجعین بوده است. همچنین بررسی چالش میان روان‌شناسان مبدع درمان‌های موج دوم و سوم به دلیل تأثیر هیجان در درمان‌های موج سوم همچنان از جذابیت پژوهشی قابل توجهی برخوردار است. در همین راستا درمان‌های موج دوم با ایجاد در تغییراتی در روش اجرا سعی در اثرگذاری بیشتر درمان دارند، لذا با توجه به گفته‌های فوق، واقع شدن در شرایط شیوع ویروس کرونا، محدودیت‌های اجرای مداخلات حضوری و مزایای مداخلات مبتنی بر اینترنت، درمان شناختی- رفتاری به صورت اینترنتی اجرا می‌شود.

دیدگاه شناختی- رفتاری بر الگوهای تفکر سازش ناپافته‌ای تأکید می‌کند که در ایجاد و تداوم نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری دخالت دارند. درمانگر شناختی- رفتاری فرآیندی را اتخاذ می‌کند که در نهایت پاسخ به سوال‌ها و راه حل مسائل در ذهن خود بیمار شکل می‌گیرد [۲۳]. عمده رفتاردرمانی‌های شناختی از فرض‌های بنیادی الگوهای ارزیابی شناختی معیوب نشأت گرفته‌اند. این رویکردهای درمانی در کاهش علائم از هر دو راهبرد شناختی و رفتاری از طریق اصلاح تردیدها، باورها و ارزیابی‌های معیوب و پاسخ‌های خنثی‌سازی که افکار وسواسی را تداوم می‌بخشد، استفاده می‌کنند [۲۴]. شواهد تجربی متعددی مؤثر بودن روش شناختی رفتاری را در قلمرو اختلال وسواسی- اجباری ثابت کرده‌اند. یافته‌های سنچز- میکا، آلكازار، سپول وساب و آلكازارا [۲۵]، نیز به تأثیر روش شناختی رفتاری بر کاهش علائم اختلال وسواسی- اجباری اشاره نموده‌اند. همچنین

**ب) نمونه پژوهش**

حجم نمونه ۴۵ نفر و انتخاب افراد به روش نمونه‌گیری هدفمند بود. حجم نمونه مطالعه حاضر با مراجعه به جدول کوهن برای تعیین حجم نمونه در مطالعات آزمایشی در سطح اطمینان ۹۵ درصد، اندازه اثر ۰/۵۰ و توان آزمون ۰/۸۰ برای هر گروه ۱۵ نفر تعیین شد. نمونه انتخاب شده به صورت تصادفی در گروه‌های دریافت‌کننده درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت (۱۵ نفر)، درمان متمرکز بر هیجان (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. نحوه قرارگیری افراد در گروه‌های پژوهش بدین صورت بود که ابتدا اسامی بر روی کاغذ نوشته شد. سپس داخل لیوانی قرار داده شده و به ترتیب اسامی اعضای گروه‌ها از داخل لیوان خارج شدند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل کسب نمره ۱۶ و بالاتر در مقیاس ییل- براون، داشتن سن ۲۰ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، رضایت جهت شرکت در پژوهش و جنسیت زن و داشتن حداکثر ۵ سال سابقه اختلال وسواس بود. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش نیز شامل دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر همزمان یا ۳۰ روز قبل، وجود مخاطراتی برای بیمار مثل داشتن افکار جدی در مورد خودکشی که امکان عدم دریافت دارو و ثابت نگه داشتن آن را ناممکن می‌سازد، داشتن سه جلسه غیبت متوالی و عدم تمایل به ادامه درمان بود.

**ابزارهای پژوهش**

۱) مقیاس وسواس فکری- عملی ییل- براون: این مقیاس برای اندازه‌گیری شدت علائم وسواسی طراحی شده است. بخش مهمی از آن بر پایه گزارش بیمار تکمیل و نمره- گذاری نهایی بر پایه قضاوت بالینی مصاحبه‌گر انجام می‌شود. دارای ۱۰ ماده می‌باشد که هر ماده بین صفر تا چهار نمره می‌گیرد. پنج ماده نخست این مقیاس برای ارزیابی وسواس- های فکری است. پنج ماده بعدی برای ارزیابی وسواس‌های عملی است. این مقیاس برای ارزیابی شدت و تغییرات علائم وسواسی در جهان کاربرد گسترده‌ای دارد. پایایی بین درجه- بندی‌کنندگان این آزمون ۰/۷۲-۰/۹۸ گزارش شده است. همچنین نقطه برش ۱۶ به بالا نماینده وسواس بالینی می‌باشد [۳۳]. در ایران، پایایی بین مصاحبه‌کنندگان برای این مقیاس، ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی آن ۰/۸۹ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی به فاصله‌ی دو هفته ۰/۸۴ گزارش شده است [۳۴].

به دلیل این که مطابق با DSM-5، زنان بزرگسال بیشتر از مردان از علائم وسواس رنج می‌برند، لزوم پرداختن به امر بهداشت روان زنان به ویژه زنان متأهل به دلیل چالش‌هایی که اختلال وسواسی- اجباری می‌تواند برای ایشان در محیط خانواده به همراه داشته باشد، حائز اهمیت است [۲]. همچنین در تحقیقات پیشین، اثربخشی هر یک از رویکردهای شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان بر وسواس به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفته است، اما تا به حال اثربخشی درمان‌های مذکور به صورت همزمان مورد بررسی و مقایسه قرار نگرفته است، ضمن اینکه ترکیب متغیرها نیز برای اولین بار مورد بررسی قرار می‌گیرد، لذا هدف از پژوهش حاضر پاسخگویی به این سوال است که آیا بین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان بر تحمل ابهام و حساسیت به تهدید در زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

**روش****نوع پژوهش**

این پژوهش، از جمله پژوهش‌های کاربردی می‌باشد. طرح پژوهش از نوع شبه‌تجربی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود.

**آزمودنی****الف) جامعه آماری**

جامعه آماری تحقیق را تمام بیماران زن متأهل مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تشکیل می‌دادند که در بازه زمانی تیر تا مهرماه سال ۱۴۰۰ جهت درمان به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و روانپزشکی شهر پارس‌آباد استان اردبیل مراجعه کرده و از طرف متخصصان، تشخیص اختلال وسواسی- اجباری دریافت کرده بودند. لازم به ذکر است بخشی از مراجعین افرادی بودند که با تشخیص اختلال وسواسی- جبری، پرونده درمانی ایشان در حال آغاز بوده و صرفاً جهت حضور در فرایند پژوهش در بازه زمانی مذکور فراخوانده شدند. جهت اطمینان از صحت تشخیص بیماران مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر پارس‌آباد که تشخیص آن‌ها توسط روان‌پزشک یا دکتری روان‌شناسی عمومی یا بالینی داده شده بود، از پرسشنامه استاندارد نشانه‌های وسواس ییل- براون استفاده گردید و نمونه‌هایی که در این مقیاس نمره ۱۶ و یا بالاتر کسب کردند، دارای تشخیص قطعی اختلال وسواسی- اجباری شدند.

بعد از این مرحله با آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایشی به منظور شرکت در جلسات درمانی قرارداد بسته شد. گروه درمان متمرکز بر هیجان و گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت هر کدام مداخله درمانی را طی ۸ جلسه هفتگی دو ساعته دریافت نمودند و گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. قبل و پس از اتمام جلسات درمانی، پرسشنامه‌های مربوط به تحمل ابهام و حساسیت به تهدید برای هر سه گروه اجرا گردید.

محتوای جلسات درمان متمرکز بر هیجان که بر اساس پروتکل درمان هیجان‌مدار گرینبرگ [۳۰] بوده است، در ادامه آمده است.

جلسه اول: برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح در مورد ماهیت اختلال وسواسی- اجباری و عوامل و نشانه‌های آن، مفهوم‌سازی درمان متمرکز بر هیجان. جلسه دوم: شناسایی چرخه‌ی تمایلی معیوب و شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند. شناسایی احساس‌های متناقض، دوگانه و انتقادی درباره‌ی خود و اشخاص مهم و تأثیرگذار در زندگی، توزیع برگه‌های ثبت هیجانی، برگه‌ی تقویت هیجان و برگه ثبت افکار ناکارآمد به لحاظ هیجانی. جلسه سوم: بیان و فهماندن تأثیر تفکر غیرمنطقی بر آشفتگی هیجانی، معرفی چهار سبک توأم با خطا و بیرون کشیدن اطلاعات مربوط به اختلال وسواسی- اجباری. جلسه چهارم: شناسایی فرایندهای شناختی عاطفی زیربنایی، شناسایی شرایط ایجاد مشکل. جلسه پنجم: آرام‌سازی عضلانی، تأکید بر پذیرش تجربیات، مواجهه، تجسمی و اجرای صندلی داغ (حل و فصل مسایل مربوط به اختلال وسواسی- اجباری). جلسه ششم: تسهیل در بیان و توصیف احساسات، نیازها و آرزوها از طریق توصیف و گفتگو درباره‌ی حالت صدا، بروز میزان ناراحتی، خشم و درد آزمودنی‌ها. جلسه هفتم: تقویت پردازش هیجانی، ردیابی احساسات حل نشده، بازسازی مجدد هیجان، فراخوانی و برانگیختن مجدد احساسات بد، فراهم کردن حمایت برای هیجان‌ات و حل و فصل مجدد هیجان نسبت به نوع وسواس- های فرد. جلسه هشتم: آرایه‌ی بروشور تکنیک‌های آموزشی، قرارداد تعهد و اجرا، گرفتن پس‌آزمون.

محتوای جلسات درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت براساس محتوای جلسات شناختی رفتاری برای بیماران وسواس فکری- عملی برگرفته از استکتی و ویلهلم [۳۷] در ادامه آمده است. جلسه اول: ارزیابی درمان‌جویان، آشنایی کلی با علائم اختلال وسواس فکری- عملی. آشنایی با اهداف

۲) **مقیاس تحمل ابهام مکین:** این پرسشنامه دارای ۱۳ آیتم می‌باشد که توسط مکین [۱۱] ساخته شده است و بر روی طیف لیکرت پنج گزینه‌ای از دامنه ۱ (بسیار مخالفم) تا ۵ (بسیار موافقم) نمره‌گذاری می‌شود. بر اساس شیوه نمره- گذاری این پرسشنامه، افرادی که نمره تحمل ابهام آن‌ها از ۴۵ بالاتر باشد، دارای سطح مناسبی از تحمل ابهام هستند. در واقع کسب نمره بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده تحمل ابهام پایین‌تر است و بالعکس. مکین [۱۱] با استفاده از روش آلفای کرونباخ ضریب پایایی پرسشنامه را ۰/۸۲ گزارش کرده است. در پژوهش سلمانی و حسنی [۱۱] نیز آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۹۴ به دست آمد، ضمن این‌که مطابق نظر ۵ نفر از متخصصین در پژوهش فوق، مقیاس تحمل ابهام از روایی قابل قبولی برخوردار بود.

۳) **مقیاس بازداری و فعال‌سازی رفتاری:** این ابزار توسط کارور و وایت در سال ۱۹۹۴، براساس نظریه سیستم‌های مغزی/ رفتاری گری ساخته شده است [۳۵]. این مقیاس شامل چهار خرده‌مقیاس پاسخ‌دهی به پاداش، سیستم بازداری رفتاری، سائق و جست و جوی سرگرمی است. در این تحقیق تنها از خرده‌مقیاس سیستم بازداری رفتاری استفاده شد که حساسیت به تهدید را به وسیله هفت آیتم اندازه‌گیری می‌کند. همه گویه‌ها در مقیاس اندازه‌گیری لیکرت از «کاملاً موافقم» (۴) تا «کاملاً مخالفم» (۱) سنجیده می‌شود. ثبات درونی اندازه‌گیری شده، توسط ضریب آلفا در مورد نمونه‌های بالینی و غیربالینی برای سیستم بازداری رفتاری برابر با ۰/۷۴ به دست آمده است [۱۶]. اعتبار این مقیاس‌ها که به روش بازآزمایی توسط محمدی [۳۶] بر روی دانشجویان شیراز انجام شد، برای سیستم بازداری رفتاری، ۰/۷۱ به دست آمد و ویژگی‌های روان‌سنجی آن مطلوب گزارش شد. روایی گزارش شده در این پژوهش نیز برای مقیاس بازداری و فعال‌سازی رفتاری مطلوب بوده است.

### شیوه انجام پژوهش

به منظور اجرای پژوهش بعد از انتخاب نمونه طی یک جلسه گروهی برای هر سه گروه به طور همزمان، درباره‌ی پژوهش و هدف آن توضیحاتی داده شده و همکاری بیماران جهت شرکت در پژوهش جلب گردید و فرم رضایت‌نامه و تعهدنامه شرکت در پژوهش توسط آنان تکمیل شد. همچنین به آنان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان محرمانه می‌ماند. در مرحله بعد پرسشنامه‌های متغیرهای پیش‌آزمون (تحمل ابهام و حساسیت به تهدید) بر روی هر سه گروه اجرا شد.

مداخلات، اجازه داده شد با یکدیگر در گروه به مبحث و تبادل افکار بپردازند. محدودیتی برای آزمودنی‌ها از نظر تعداد ارسال سوال وجود نداشت و درمانگر حداکثر ظرف ۲۴ ساعت به سوالات پاسخ می‌داد.

### شیوه تحلیل داده‌ها

برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، ابتدا پیش‌فرض‌های آن (آزمون‌های لوین و باکس) مورد بررسی قرار گرفت. سپس اثربخشی درمان‌های به‌کاررفته با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری سنجیده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۴ استفاده شد.

### نتایج

میانگین سن نمونه در این پژوهش ۳۲/۴ سال بوده است. همچنین ۲۲ نفر از زنان (۴۸/۸۸ درصد) دارای ۱ فرزند، ۱۱ نفر (۲۴/۴۴ درصد) ۲ فرزند، ۵ نفر (۱۱/۱۱ درصد) ۳ فرزند، ۱ نفر (۲/۲۲ درصد) ۴ فرزند و ۶ نفر (۱۳/۳۳ درصد) بدون فرزند بودند. میانگین مدت سپری شده از ازدواج زنان شرکت کننده در پژوهش،  $7/20 \pm 4/38$  سال بود. یافته‌ها نشان داد ۳۳ نفر از زنان (۷۳/۳ درصد) خانه‌دار و ۱۲ نفر از زنان (۲۶/۷ درصد) شاغل بودند. بررسی تحصیلات آزمودنی‌ها نیز نشان داد که ۲۸ نفر (۶۲/۲ درصد) دارای تحصیلات سوم راهنمایی تا دیپلم، ۱۳ نفر (۲۸/۹ درصد) تحصیلات کاردانی و کارشناسی و ۴ نفر (۸/۹ درصد) دارای مدرک تحصیلی ارشد و بالاتر بودند. در جدول ۱ میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته پژوهش را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های مداخله نشان داده شده است. باتوجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود، برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت پیش‌فرض اولیه شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل و همگنی ماتریس واریانس کوواریانس توسط آزمون ام‌باکس بود که با بررسی‌های به عمل آمده تمامی پیش‌فرض‌ها رعایت شده بودند.

درمان شناختی- رفتاری. دادن فهرست تصاویر و افکار مزاحم مردم عادی. تمرین آرمیدگی. جلسه دوم: ترسیم مدل شناختی وسواس. عادی‌سازی افکار وسواسی. ترسیم مثلث شناختی. دادن فهرست انواع خطاهای شناختی. پُرکردن فرم ثبت افکار روزانه. توضیح اهمیت افکار و آمیختگی آن، پرهیز از همجوشی شناختی و اجرای آزمایش‌های رفتاری. جلسه سوم: استفاده از تکنیک‌های شناختی پرسشگری سقراطی و پُرکردن برگه ستونی افکار. بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجان‌ات و کمک به حل آنها، نوشتن فهرست مزایا و معایب افکار مزاحم. اجرای آزمایش رفتاری برای اهمیت افکار. جلسه چهارم: بررسی فرم ثبت افکار روزانه. آزمایش رفتاری برای عمل خنثی‌سازی افکار. استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای باور برآورد بیش از حد خطر. طرح آزمایش‌های رفتاری برای باور اطمینان‌خواهی. جلسه پنجم: پرسشگری سقراطی و اجرای تکنیک نمودار دایره‌ای و تکنیک استاندارد دوگانه برای باور مسئولیت‌پذیری افراطی. تعریف کمال‌گرایی و استفاده از پرسشگری سقراطی و تکنیک پیکان رو به پایین در این زمینه. صورت‌بندی آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار. جلسه ششم تا هفتم: آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین آن در حضور درمانگر و در خانه. بازبینی فهرست فرم ثبت افکار روزانه. طرح آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار. جلسه هشتم: بحث و جمع‌بندی فنون شناختی و رفتاری. بازبینی ثبت افکار روزانه. مرور الگوی شناختی وسواس. توضیح دوباره درباره اهمیت تمرین‌های رفتاری. بحث درباره نشانه‌های عود. آموزش گام‌های حل مسأله. ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه‌های متغیرهای وابسته پژوهش (تحمل ابهام و حساسیت به تهدید)

برای اجرای درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت آزمودنی‌ها را در یک گروه واتساپی عضو کرده و محتوای جلسات با فیلم‌های کوتاه ضبط شده به آن‌ها ارائه شد، ضمن این‌که در زمان برگزاری هفتگی جلسات، به صورت برخط نیز مطالب لازم ارائه شده و به سوالات آزمودنی‌ها پاسخ‌های لازم داده شد. همچنین به آزمودنی‌ها در بخش‌هایی از روند

جدول ۱. شاخص‌های آماری متغیرهای پژوهش (تحمل ابهام و حساسیت به تهدید)

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
		درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت	۴۳/۸	۵/۳۲
تحمل ابهام	پیش‌آزمون	درمان متمرکز بر هیجان	۴۴/۲	۵/۱۸
		گروه کنترل	۴۳/۳۳	۴/۵۹

۶/۲۳	۳۹/۶۷	درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت	پس آزمون	حساسیت به تهدید
۵/۱۱	۴۰	درمان متمرکز بر هیجان		
۵/۳۲	۴۳/۸	گروه کنترل		
۱/۹۲	۱۵/۵۳	درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت	پیش آزمون	
۲/۲۶	۱۵/۳۳	درمان متمرکز بر هیجان		
۲/۱۳	۱۵/۶۷	گروه کنترل		
۱/۸۸	۱۴/۳۳	درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت	پس آزمون	
۲/۳۵	۱۳/۶۷	درمان متمرکز بر هیجان		
۱/۸۵	۱۵/۵۳	گروه کنترل		

معنی دار ندارند. همچنین با توجه به کنترل اثر پیش آزمون بر پس آزمون، تفاوت میان گروه‌ها از لحاظ آماری معنی دار بود ( $P < 0.001$ ).

با توجه به رعایت پیش فرض‌های آماری، نتایج تحلیل داده‌ها در جدول ۲ نشان داده شده که حاکی از آن است که سه گروه در مرحله پیش آزمون با همدیگر تفاوت

### جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای آزمون اثرات بین گروهی در متغیرهای تحمل ابهام و حساسیت به تهدید

متغیر	منبع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	ضریب اتا
تحمل ابهام	پیش آزمون	۱	۱/۸۱	۱/۴۳	۰/۲۳۹	۰/۰۳۴
	گروه	۲	۱۹۴/۷۵	۵/۰۹۹	۰/۰۱۱	۰/۲۰۳
	خطا	۴۰	۱۹/۰۹۸			
	کل	۴۵				
حساسیت به تهدید	پیش آزمون	۱	۱/۰۵۳	۰/۰۵۵	۰/۰۸۲	۰/۰۰۱
	گروه	۲	۹/۵۴	۷/۵۱	۰/۰۰۲	۰/۲۷۳
	خطا	۴۰	۱/۲۷			
	کل	۴۵				

تفاوت معنی داری وجود دارد. بدین صورت که بین دو روش درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان تفاوت معناداری ملاحظه نمی‌شود اما بین روش‌های درمانی به کار رفته با گروه کنترل تفاوت معنی داری وجود دارد.

به منظور بررسی این نکته که آیا مداخله‌های انجام شده بر تحمل ابهام و حساسیت به تهدید تأثیرگذار بوده‌اند و این مسأله که کدام روش درمانی بر متغیرهای وابسته مورد اشاره تأثیر بیشتری داشته است، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. همان طور که از نتایج جدول ۳ مشخص است، بین گروه‌ها

### جدول ۳. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش مؤثرتر بر تحمل ابهام و حساسیت به تهدید

متغیر وابسته	گروه‌ها	میانگین تفاوت‌ها	سطح معناداری
تحمل ابهام	شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و کنترل	-۴/۴۶	۰/۰۰۸
	درمان متمرکز بر هیجان و کنترل	-۴/۳۹	۰/۰۰۹
	شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان	-۰/۰۶۲	۰/۹۶
حساسیت به تهدید	شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و کنترل	-۱/۰۷۵	۰/۰۱۳
	درمان متمرکز بر هیجان و کنترل	-۱/۵۷	۰/۰۰۱
	شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان	۰/۴۹	۰/۲۴



## بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان بر تحمل ابهام و حساسیت به تهدید در زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تحمل ابهام و حساسیت به تهدید پایین‌تری را گزارش کرده بودند. بدین معنا که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان در افزایش تحمل ابهام و کاهش حساسیت به تهدید زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مؤثر بودند. همچنین تفاوتی در اثربخشی مداخلات انجام یافته در مورد متغیرهای وابسته پژوهش مشاهده نگردید. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های زرگرانی، مشهدی و طبیبی (۳۸)، شاملی، مهرابی‌زاده، نعامی و داودی [۳۹]، رهبر کرباسدهی، ابوالقاسمی، حسین‌خانزاده، زبردست و رهبر کرباسدهی [۴۰]، قاسمی و همکاران [۲۴]، خیری و همکاران [۲۹]، قاسمی اعظم، کشمیری، محمدی و ساداتی‌نژاد [۴۱]، لوسی و همکاران [۴۲]، مک‌کینون و گرینبرگ [۴۳]، اندرسون، ریس و فینلای-جونز [۴۴]، ویب جانسون، بورگس موزر، داگلیش و تسکا [۴۵]، هازل، استیوارت، ریمان و مک‌نالی [۴۶]، لو، میلارد، نیوبی، هاسکلبرگ، هویز و ماهونی [۴۷]، ولترز و همکاران [۴۸] و هوانگ، بائه، سان هوانگ و هیون هان [۴۹] همخوانی داشت.

نتیجه اول پژوهش حاضر تأثیرگذاری مداخلات درمانی به کار رفته در افزایش تحمل ابهام زنان متأهل وسواسی بود. در تبیین چگونگی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر اینترنت در افزایش تحمل ابهام باید در نظر داشت که عدم تحمل ابهام تمایل سرستی به تجربه ترس از ناشناخته‌هاست که عامل مهمی در ایجاد و حفظ اختلال وسواسی-اجباری است. مطالعات آسیب‌شناسی روانی تجربی نیز نشان می‌دهند که بین عدم تحمل ابهام و اضطراب و نگرانی موجود در افراد وسواسی رابطه علت و معلولی وجود دارد. به این معنا که در درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر اینترنت با دستکاری عدم تحمل ابهام روی اضطراب فرد تأثیر گذاشته شده و در نهایت رفتارهای تشریفاتی وسواسی وی کنترل می‌گردد [۴۶]. مداخله حاضر با کار کردن اختصاصی بر روی عدم تحمل ابهام و تغییر در شناخت‌واره‌های بیماران در خصوص موقعیت‌های مبهم و یا عدم قطعیت (موقعیت‌هایی که نامطمئن، جدید یا پیش‌بینی‌ناپذیر هستند) به آن‌ها این توانایی را می‌دهد که در

چنین موقعیت‌هایی بر نگرانی‌های خود غلبه کنند و شرایط مبهم را فاجعه‌آمیز نپندارند [۴۷]. باید توجه نمود که تأکید عمده در تمامی فنون درمان مذکور، بر تغییر شناخت‌های سازش‌نا یافته و جایگزینی شناخت‌های کارآمد به جای آن‌ها بود، لذا در درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر اینترنت به بیماران کمک می‌شود تا پیچیدگی‌ها و ابهامات رویدادهایی که با آن‌ها مواجه می‌شوند را به جای تفسیر فاجعه‌بار و تهدیدآمیز آنها، مورد مشاهده و تجربه قرار داده و شناخت‌های خود را پس از روبرو شدن و پذیرش رویداد اضطراب‌زا بازسازی نمایند [۴۴].

در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر افزایش تحمل ابهام زنان متأهل وسواسی، باید در ابتدا به این نکته توجه نمود که پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در مؤلفه‌های مربوط به هیجان همچون بازداری هیجانی، بازشناسی هیجانی، پردازش هیجانی و توانش هیجانی دچار آسیب‌های جدی‌اند [۴۶]. نقص در عملکرد این مؤلفه‌ها می‌تواند سبب افزایش عدم تحمل ابهام و تجربه بیشتر اضطراب در افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری شود. ترس از تجربه هیجانات منفی مرتبط با وسواس سبب می‌شود افراد موقعیت‌های مبهم را نپذیرفته و از آن‌ها دوری کنند [۲۹]. تحقیقات در زمینه‌ی کاهش هیجانات منفی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری مبتنی بر اثربخشی روش درمان متمرکز بر هیجان بوده است که در آن به بیماران کمک می‌شود تا به واسطه افزودن به دانش هیجان‌اتشان و کار کردن با آن‌ها (نه مقابله با هیجان‌ها) تغییر کنند و بهبود یابند. بهبود دانش هیجانات در افراد وسواسی می‌تواند به درک و شناخت درست آن‌ها از اتفاقات عینی (و نه مبهم) که در زمان حال رخ می‌دهد انجامیده و اثرگذاری شناخت‌های مبتنی بر گذشته را در تفکرات اکنون فرد کاهش داده و سبب افزایش تحمل ابهام و روبه‌رو شدن با شرایط ناشناخته در ایشان شود [۳۹].

درمان متمرکز بر هیجان این فرصت را فراهم می‌کند تا با افزایش آگاهی و بیان درست تجربیات درونی هیجانات و شناسایی درست موقعیت‌های اضطراب‌زا، تحمل کردن آن‌ها ممکن شده و به جای اجتناب از این تجربیات، در قالب کلمات، معنا و انعکاس نمادگذاری شوند تا بتوان با برچسب مجدد، هیجانات سالمی را فعال نمود که با نیازها و اعمال مربوط با آن مرتبط شوند. در چنین شرایطی افراد گرایش

کمتر باعث بروز مشکلات سلامت روان می‌شود، استفاده کنند. در درمان متمرکز بر هیجان، افراد با هیجان‌های مثبت و منفی خود آشنا شده و آگاهی هیجانی خود را افزایش می‌دهند. پذیرش حالت‌های هیجانی به جای بازداری افراطی آن و تعدیل شناخت‌ها و فرض‌های زیربنایی، به مدیریت هرچه بیشتر خلق کمک می‌کند و از این رو مشکلات مرتبط با هیجانات و رفتارها در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری کاهش می‌یابد [۴۵].

مسئله مهمی که در تبیین تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر حساسیت به تهدید در زنان متأهل به مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری باید به آن توجه داشت این است که حساسیت به تهدید در این افراد در نتیجه رخداد چندباره شرایط هیجانی کنترل نشده‌ای است که تبدیل به خاطرات هیجانی گشته است و مانند یک تکانه، فرد را به سمت اجتناب از شرایطی سوق می‌دهد که هنوز به وقوع نپیوسته است [۳۸]. درمان متمرکز بر هیجان به بیماران به تنظیم عاطفه (راهبردهای شناختی، عاطفی و رفتاری که برای افزایش هیجانات سازگارانه و کاهش هیجانات ناسازگارانه استفاده می‌شود) و تغییر خاطرات هیجانی کمک می‌کند. باید توجه نمود که تغییر سازماندهی خود از طریق استفاده بیشتر از هیجان، تنظیم عاطفه و تغییر خاطرات هیجانی است. این اهداف در درمان فوق، از طریق ترکیب تخلیه‌ی هیجانی (تجربه‌ی هیجانی اصلاحی) و انتخاب (آزاد کردن خود با احساس تعهد نسبت به شیوه‌ی تازه بودن) به انجام رسیده و سبب کاهش بازداری پاسخ و حساسیت به تهدید در افراد وسواسی می‌شود [۳۱].

یافته‌های اصلی پژوهش در خصوص تفاوت اثربخشی دو درمان به کار رفته در پژوهش، حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار در میزان تأثیر مداخلات اجرا شده بود. در تبیین عدم تفاوت معنادار در اثربخشی دو متغیر مستقل (درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان) باید توجه نمود که در طی درمان متمرکز بر هیجان در بیماران پردازش هیجانی صورت می‌گیرد و به صورت فعالی، پاسخ‌های هیجانی سازگار و واقع‌گرایانه جانشین عناصر هیجانی ناکارآمد در موقعیت می‌شود. از این رو قابل انتظار است که در بیماران وسواسی تحت این روش درمانی نیز هیجان‌های دردناک و ناسازگار و شناخت‌های نادرست که پایه و اساس ناتوانی در تحمل ابهام و حساسیت منفی و هیجانی نسبت به تهدید و تفسیر نادرست و هیجانی موقعیت‌ها می‌باشند، جای خود را به مدیریت هیجانی، تأمل و انعطاف‌پذیری

بیشتر و آگاهانه‌تری نسبت به تجربه شرایط هیجانی ناشناخته خواهند داشت و تحمل ابهام در ایشان افزایش می‌یابد [۳۹]. نتیجه دیگر پژوهش حاضر تأثیرگذاری مداخلات درمانی به کار رفته در کاهش حساسیت به تهدید زنان متأهل وسواسی بود. ضمن اینکه نتایج بیانگر عدم تفاوت در اثربخشی دو روش درمانی در میزان از افزایش متغیر وابسته بود. باید در نظر داشت که حساسیت به تهدید ریشه در عدم تحمل ابهام افراد وسواسی می‌تواند داشته باشد. در واقع عدم تحمل بلا تکلیفی ناتوانی در تحمل شرایط آزاردهنده ناشی از فقدان اطلاعات کافی و کلیدی است که موجب پیش‌بینی احتمال وقوع رویداد منفی تهدیدآمیز و غیرقابل پذیرش (حساسیت به تهدید) می‌شود. بنابراین ضروری است که مکانیزم‌های تأثیرگذاری درمان شناختی- رفتاری بر روی میزان آگاهی افراد وسواسی مورد توجه قرار گیرد. افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری دارای قابلیت‌های شناختی- اجتماعی ناکارآمد هستند و این اختلال به درک صحیح موقعیت‌های وسواسی پیش آمده آسیب می‌رساند. این قابلیت‌های ناکارآمد در واقع همان افکار مزاحمی هستند که افراد را از شناخت صحیح شرایط آینده ناتوان می‌سازند [۴۸]. به نظر می‌رسد در پژوهش حاضر، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت کمک نموده است که تحلیل و بررسی‌های بدبینانه و منفی که با نشانگرهای مختلف از جمله افکار، تصاویر و تکانه‌های مزاحم همراه می‌باشند، شناسایی و بازتحلیل شده و موارد منطقی‌تری جایگزین گردند. همچنین درمان فوق، حاوی تکالیفی بوده است که مراجع با انجام مستمر آن‌ها، توانسته است تغییرات وسیعی در نگرش‌های خود نسبت به نحوه مقابله با رویدادها و پدیده‌های مرتبط با وسواس ایجاد نماید [۳۸].

در تبیین تأثیر معنادار درمان متمرکز بر هیجان در کاهش حساسیت به تهدید در زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری باید توجه داشت که فعالیت بالای سیستم حساسیت به تهدید در محیط‌های تازه و ناآشنا، موجب فراخوانی حالت عاطفی منفی و در نتیجه بازداری هیجانی و رفتاری می‌شود. هرچند این حساسیت و هشجاری نسبت به تهدید برای حفظ و بقا مفید است؛ ولی میزان حساسیت آن با توجه به درجه خطر، از اهمیت زیادی برخوردار می‌باشد. حساسیت بالا نسبت به تهدیدات محیطی که در اصل چندان خطر محسوب نمی‌شوند، موجب به خطر افتادن سلامت روانی می‌شود [۴۳]. مطابق با رسالت و اهداف درمان متمرکز بر هیجان، مدیریت شناخت‌ها، احساسات و هیجان‌ها فرد را قادر می‌سازد تا برای مواجه شدن با هیجان‌های منفی از یک الگوی وفق‌دهنده که

در پاسخ هیجانی دهند [۳۹، ۵۰]. با توجه به سبب‌شناسی متغیرهای وابسته پژوهش که برپایه شناخت نادرست و سوء مدیریت هیجانی استوار است، می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری هم تأثیر مشابهی دارد اما در این درمان تأکید زیادی بر به کارگیری احساسات نمی‌شود. افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری به دلیل تجربه اضطراب زیاد، از هیجانات خود به عنوان منبع اطلاعاتی برای ارزیابی‌ها و قضاوت‌ها استفاده می‌کنند؛ در این صورت ارزیابی‌های منفی سبب نابسامانی‌های روانی و نداشتن عملکرد صحیح می‌شود. در واقع منطق کلی کاربرد شیوه‌های شناختی- رفتاری عبارت است از مشاهده شیوه مقابله افراد با استرس‌های زندگی روزمره که می‌تواند راه‌انداز، تشدید کننده یا تداوم‌بخش مشکلات شناختی و هیجانی باشد [۴۷، ۴۸].

با توجه به اثربخش بودن درمان‌های شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان، بر اهمیت کاربرد این روش‌های درمانی در مورد سایر بیماران روانشناختی تأکید می‌شود. پیشنهاد می‌شود در کنار روان‌شناسان، از نهادها و انجمن‌های حمایتی و مسئول، جهت درمان و کاهش بار سنگین اقتصادی استفاده شده و کار تیمی جایگزین کار فردی شود. با توجه به کوتاه‌مدت بودن روش‌های درمانی به کار رفته در پژوهش و عملکرد خوب آنها، پیشنهاد می‌شود روش‌های درمانی مذکور در مورد پیامدهای روان‌شناختی ناشی از قرنطینه ناشی از بیماری کرونا نیز به کار برده شود. شباهت شرایط پژوهش حاضر با پژوهش پیشنهاد شده در این است که در شرایط کرونا نیز ممکن است افراد به دلیل فشار خانه- نشینی اجباری و قطع یا نقصان ارتباط با بیرون از منزل، دچار اختلال در تحمل ابهام شوند. همچنین به دلیل تازه بودن شرایط و سبک زندگی در شرایط کرونایی امکان بالا رفتن حساسیت به تهدید محتمل می‌باشد. پژوهش حاضر محدودیت‌هایی به همراه داشت که از آن جمله می‌توان به مواردی همچون جامعه پژوهش اشاره کرد که فقط از زنان تشکیل شده بود. از این رو در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد، ضمن این‌که پیشنهاد می‌گردد اثربخشی رویکردهای مورد استفاده در تحقیق حاضر در نمونه‌های بالینی مردان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری نیز مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به نتایج به دست آمده و انجام پژوهش‌های پیگیرانه توسط پژوهشگران، به کارگیری درمان‌های شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند راهنمای مشاوران و روان‌شناسان در جهت بهبود پیامدهای منفی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری باشد.

## منابع

- افسردگی اساسی. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۱۳۹۵؛ ۲۳(۱۴۲): ۶۴-۷۲.
12. Jacoby R.J, Fabricant L.E, Leonard R.C, Riemann B.C, & Abramowitz J.S. Just to be certain: Confirming the factor structure of the Intolerance of Uncertainty Scale in patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 2013; 27(5): 535-542.
13. Boelen PA, & Carleton RN. Intolerance of uncertainty, hypochondriacal concerns, obsessive compulsive symptoms and worry. *Journal of Nerv Mental Disorder*, 2012; 200(3): 200-8.
۱۴. نریمانی، محمد، علیمردانی صومعه، سجاد، میکائیلی، نیلوفر و بشرپور، سجاد. مقایسه‌ی عدم تحمل بلاتکلیفی، تنظیم هیجان و رضامندی زناشویی در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و عادی. *فصلنامه روانشناسی بالینی*، ۱۳۹۳؛ ۶(۴): ۲۱-۳۲.
15. Faleer H.E, Fergus T.A, Bailey B.E, & Wu K.D. Examination of an experimental manipulation of intolerance of uncertainty on obsessive-compulsive outcomes. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2017; 15: 64-73.
16. Gray J.A, & McNaughton N. Fundamentals of the septo-hippocampal system. *The Neuropsychology of Anxiety: An Enquiry into the Functions of Septohippocampal System*, 2nd ed. Oxford University Press, Oxford, 2000; 204-232.
17. Stein D.J, & Nesse R.M. Threat detection, precautionary responses, and anxiety disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2011; 35(4): 1075-79.
18. Blanchard D.C, Griebel G, Pobbe R, & Blanchard R.J. Risk assessment as an evolved threat detection and analysis process. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2011; 35(4): 991-998.
19. Berger U, & Anaki D. The behavioral inhibition system (BIS) mediates major aspects of the relationship between disgust and OCD symptomology. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2014; 3(3): 249-256.
- ۲۰- علی‌یاری، نگین و محمودعلیلو، مجید. پیش‌بینی نشانه‌های اختلال وسواسی- اجباری بر اساس سیستم‌های مغزی رفتاری، کنگره بین‌المللی بهداشت روان و علوم روان‌شناختی، تهران، ۱۳۹۶.
1. Fawcett J, Wakeham-Lewis R., Garland, Sh., & Fawcett, E. *Obsessive compulsive disorder prevalence may not increase with latitude: A re-analysis and extension of Coles et al. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2020; 25: 100527.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5nd ed. Washington DC: Author; 2013; 253-9.
3. Watson J, & Sharbanee J. *Emotion Focused Therapy- Case Conceptualization and Treatment: Adults. Comprehensive Clinical Psychology (Second Edition)*, 2022; 6: 105-128.
۴. حیدری طاهره، عظیمی لولتی حمیده، موسوی سید محمد، موسوی نسب سید نورالدین. تاثیر برنامه آموزشی خانواده-بیمار محور بر علائم وسواسی بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*. ۱۳۹۹؛ ۳۰ (۱۸۴): ۱۴۱-۱۳۶.
5. Gillett S.B, Bilek E.L, Hanna G.L, & Fitzgerald K.D. Intolerance of uncertainty in youth with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A transdiagnostic construct with implications for phenomenology and treatment. *Clinical Psychology Review*, 2018; 60: 100-108.
6. Furnham A, & Marks J. Tolerance of ambiguity: A review of the recent literature. *Psychology*, 2013; 4(09): 717.
7. Carleton R.N. Fear of the unknown: One fear to rule them all? *Journal of Anxiety Disorders*, 2016; 41, 5-21.
8. Lind C, & Boschen M. Intolerance of uncertainty mediates the relationship between responsibility beliefs and compulsive checking. *Journal of Anxiety Disorders*, 2009; 23(8): 1047-1052.
۹. آهنگر، احد، اسدی، فاطمه، سلامت، سکینه. اثربخشی درمان فراشناختی بر عدم تحمل ابهام دانش آموزان با علائم وسواس فکری-عملی. *زن و مطالعات خانواده*. ۱۳۹۹؛ ۱۳(۴۷): ۷۱-۹۱.
10. Fernandez K.C, Jazaieri H, & Gross J. Emotion regulation: a transdiagnostic perspective on a new RDoC domain. *Cognitive therapy and research*, 2016; 40(3): 426-440.
۱۱. سلمانی، بهزاد و حسنی، جعفر. نقش عدم تحمل ابهام و باورهای فراشناختی مثبت در اختلال های وسواس فکری عملی و

۳۱. نصری‌نیا، سجاد و برجعلی، محمود. اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر علائم وسواس و اضطراب در بیماران مبتلا به کرونا. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*، ۱۳۹۹؛ ۱۰(۳۹): ۱۳۵-۱۵۵.
32. Stern M.R, Nota J.A, Heimberg R.G, Holaway R.M, & Coles M.E. "An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms". *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2014; 3, 109-114.
33. Koran L.M. *Obsessive-compulsive and related disorders in adults*. London: Cambridge University Press. 1999.
۳۴. ایزدی، راضیه؛ عابدی، محمدرضا. کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *دوماهنامه علمی- پژوهشی فیض*، ۱۳۹۲؛ ۱۷(۳): ۲۷۵-۲۸۶.
35. Carver C.S, & White T.L. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: the BIS/BAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994; 67(2): 319-333.
۳۶. محمدی، نادر. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس‌های سیستم بازداری و فعال‌سازی رفتار در دانشجویان دانشگاه شیراز. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۳۸۷؛ ۱۵(۲۸): ۶۱-۶۸.
۳۷. استکتی، گیل؛ ویلهلم، سابین (۲۰۰۶). شناخت درمانی اختلال وسواس فکری- عملی، ترجمه اصغری پور، نگار؛ بهفر، زهرا و کریمی، حسن (۱۳۹۲). تهران: انتشارات سایه سخن.
۳۸. زرگرانی، نیکو، مشهدی، علی و طبیبی، زهرا. اثربخشی آموزش گروهی نظم‌جویی هیجان مبتنی بر الگوی گروس بر بازداری رفتاری و شناختی دختران نوجوان مبتلا به نشانگان اختلال شخصیت مرزی و اختلال نارسایی توجه/افزون کنشی. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۳۹۳؛ ۶(۴): ۹-۱۹.
۳۹. شاملی، لیلا، مهرابی زاده هنرمند، مهناز، نعمی، عبدالزهرا و داوودی، ایران. اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان، بر سبک‌های تنظیم هیجان و شدت علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواسی اجباری. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۳۹۷؛ ۲۴(۴): ۳۵۶-۳۶۹.
۴۰. رهبر کرباسدهی، فاطمه، ابوالقاسمی، عباس، حسین‌خانزاده، عباسعلی، زبردست، عذرا و رهبر کرباسدهی، ابراهیم. تأثیر آموزش شناختی-رفتاری مهارت‌های اجتماعی بر بازداری پاسخ و مشکلات هیجانی-رفتاری دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/افزون کنشی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۳۹۶؛ ۷(۸۳): ۸-۱۰.
۴۱. قاسمی، اعظم، کشمیری، علی، محمدی، سارا و ساداتی‌نژاد، زهرا. اثربخشی رفتاردرمانی عقلانی-هیجانی (REBT) بر
21. Hammond D.C. Nearofeedback treatment of depression with Roshi. *Journal of Neurotherapy*, 2001; 4(2): 45-56.
22. Hammond, D. C. QEEG- Guided Neurofeedback in the treatment of OCD. *Journal of Neurotherapy*. 2003; 7(2): 25-51.
23. Storch EA, Murphy TK, Geffken GR, Mann G, Adkins J, Merlo LJ, et al. Cognitive-behavioral therapy for PANDAS-related obsessive-compulsive disorder: findings from a preliminary waitlist controlled open trial. *JAACAP*, 2006; 45(10): 1171-8.
۲۴. قاسمی، سیمین؛ عزیزی، آرمان؛ اسماعیلی، نوشین. مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با درمان شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به اختلال وسواس در سال ۱۳۹۵. *سلامت جامعه*، ۱۳۹۶؛ ۱۱(۲): ۵۸-۶۷.
25. Sanchez Meca J, Rose Alcazar AI, Iniesta Sepulvesab M, Roza Alcazara A. (2014). Differential efficacy of cognitive-behavioral oral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A metaanalysis. *T Anxist ty Disord*, 2014; 28(1): 31-44.
۲۶. حمزه لو، راحله، جعفری، داود، ابراهیمی، محمداسماعیل. مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با شناخت‌درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر اختلال وسواس اجباری. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۳۹۸؛ ۱۷(۱): ۱۳۳-۱۴۴.
27. Ye Y-Y, Zhang Y-F, Chen J, Liu J, Li X-J, Liu Y-Z, et al. Internet-Based cognitive behavioral therapy for insomnia (ICBT-i) improves Comorbid anxiety and Depression-A Meta-Analysis of Randomized controlled trials. *PLOS ONE*, 2015; 10(11): 1-11.
28. Kang J.I, Namkoong K, Woo Yoo S, Jung K, & Kim S.J. "Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive compulsive disorder", *Journal of Affective Disorders*, 2012; 141(2): 286-293.
۲۹. خیری، بهناز؛ میرمهدی، سیدرضا؛ آکوچکیان، شهلا؛ حیدری، حسن؛ آل‌یاسین، سیدعلی. مقایسه‌ی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش علائم وسواس بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۱۳۹۸؛ ۳۷(۵۱۷): ۱۴۵-۱۵۳.
30. Greenberg LS. Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2017; 16(2): 106-17.

*focused treatment on obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents*. Journal of *Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2020; 26: Article 100552.

سیستم‌های فعال ساز/ بازداری رفتاری (BAS/BIS)، رفتارهای پرخطر جنسی و اجتناب تجربی در نوجوانان دارای سابقه فرار از خانه. رویش روان‌شناسی، ۱۴۰۰؛ ۱۰(۱۲): ۲۶۱-۲۷۲.

42. Lucey J.V, Kearns C, Tone Y, & Rush G. (2010). Effectiveness of group-based cognitive behavioural therapy in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatrist*, 2010; 34: 6-9.

43. McKinnon J.M, & Greenberg L.S. Revealing underlying vulnerable emotion in couple therapy: impact on session and final outcome. *Journal of Family Therapy*, 2013; 35(3): 303-319.

44. Anderson R, Rees C, & Finlay-Jones A. Internet-based cognitive behavioural therapy for young people with obsessive-compulsive disorder: Lessons learned. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2017; 15, 7-12.

45. Wiebe S.A, Johnson S.M, Burgess Moser M, Dalgleish T.L, & Tasca G.A. Predicting follow up outcomes in emotionally focused couple therapy: The role of change in trust, relationship specific attachment, and emotional engagement. *Journal of Marital and Family Therapy*, 2017; 43(2): 213-226.

46. Hezel D.M, Stewart S.E, Riemann B.C, & McNally R.J. Standard of proof and intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2019; 64: 36-44.

47. Luu J, Millard M, Newby J, Haskelberg H, Hobbs M, & Mahoney A. Internet-based cognitive behavioral therapy for treating symptoms of obsessive compulsive disorder in routine care. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2020; 26, 100561.

48. Wolters L, Hagen A, Op de Beek V, Dol P, De Haan E, & Salemink E. Effectiveness of an online interpretation training as a pre-treatment for cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder in youth: A randomized controlled trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2021; 29, 100636.

49. Hwang H, Bae S, Sun Hong J, & Hyun Han D. Comparing Effectiveness between a Mobile App Program and Traditional Cognitive Behavior Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: Evaluation Study. *JMIR Mental Health*, 2021; 8(1): e23778.

50. Shaw A, Halliday E, & Ehrenreich-May J. *The effect of transdiagnostic emotion-*