



مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و درمان متمرکز بر هیجان بر عدم تحمل تردید و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۳۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۱۸

خلاصه

مقدمه: هدف از انجام این پژوهش تعیین تفاوت اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و درمان متمرکز بر هیجان بر عدم تحمل تردید و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری بود. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون با پیگیری دو ماهه به همراه گروه گواه بود.

روش کار: جامعه آماری در این پژوهش کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری در شهرستان بابل در بازه زمانی پاییز و زمستان ۱۴۰۲ بودند. تعداد ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری جایگماری شدند. سپس مداخله درمانی بر روی گروه‌های آزمایشی اجرا و پس از پایان دوره مداخله نیز پس آزمون برگزار شد. آزمون پیگیری، پس از دو ماه به عمل آمد. گروه آزمایشی اول خلاصه بسته درمانی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و گروه دوم خلاصه بسته درمان متمرکز بر هیجان را طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد.

نتایج: نتایج نشان داد که اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و درمان متمرکز بر هیجان بر عدم تحمل تردید و تنظیم شناختی هیجان سازگار در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری از نظر آماری معنی دار می باشد. بعلاوه، اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ در کاهش عدم تحمل تردید بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری از درمان متمرکز بر هیجان بیشتر است. همچنین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در افزایش تنظیم شناختی هیجان سازگار در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری از درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ بیشتر بود.

نتیجه گیری: پیشنهاد میشود که درمانگران می توانند از هر دو رویکرد درمانی در جهت درمان بیماران وسواس اجباری بهره ببرند.

کلمات کلیدی: عدم تحمل تردید، تنظیم شناختی هیجان، درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ، درمان متمرکز بر هیجان، وسواس اجباری

مهدی میرزاپور علمداری^۱

ارسلان خانمحمدی اطاقسرا^{۲*}

علی خانه کشی^۳

^۱ دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

^۲ استادیار، گروه روان شناسی، واحد آیت ...آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده روانشناسی، واحد بهبهان، دانشگاه آزاد اسلامی، بهبهان، ایران.

نویسنده مسئول: دکتر ارسلان خانمحمدی اطاقسرا،

استادیار، گروه روان شناسی، واحد آیت ...آملی، دانشگاه آزاد اسلامی، آمل، ایران.

Email:

ar.khanmohammadi@gmail.com

مقدمه

یکی از مشکلات جدی در سلامت روانشناختی و از جمله هزینه‌برترین مشکلات روانشناختی، چه از لحاظ اقتصادی و چه از لحاظ اجتماعی، اختلال وسواس اجباری^۱ است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۴۰۲). اختلال وسواس اجباری شامل وسواس‌های فکری افکار یا تصاویر ذهنی یا تکانه‌های مزاحم و تکراری بوده که مقاوم و مهارنشده‌اند هستند. وسواس عملی رفتارها یا اعمال ذهنی تکراری و به وضوح افراطی هستند که شخص احساس می‌کند وادار به انجام آن است و زندگی فرد را مختل می‌کند. وسواس فکری و عملی به هیچ عنوان از یکدیگر جدا نیستند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۴۰۲). در حال حاضر آمارهای بین‌المللی نشان می‌دهد که اختلال وسواسی فکری عملی چهارمین اختلال شایعه در جهان است (فاست^۳ و همکاران، ۲۰۲۰). این بیماری سبب اختلال در عملکردهای شناختی، مانند توجه، تفکر، حافظه، پردازش شنیداری کلمات و شناخت بصری می‌شود (هیوانگ^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). اختلال وسواس اجباری می‌تواند منجر به کیفیت زندگی نامطلوب‌تر، به همراه اختلال در خوروتوجهی در عملکرد و سازگاری فردی، روانی، اجتماعی و شغلی شود (پیرسی^۵ و همکاران، ۲۰۱۶).

مطالعات نشان می‌دهد که فرآیندهای شناختی، زیربنای اختلال وسواس اجباری بوده (براکولیاس^۶ و همکاران، ۲۰۱۷؛ پینسیوتی^۷ و همکاران، ۲۰۲۱) و یکی از فرآیندهای شناختی کلیدی زمینه‌ساز اختلال وسواس اجباری، عدم تحمل تردید^۸

است (هبرت و دوگاس^۹، ۲۰۱۹). عدم تحمل تردید به عنوان گرایش فرد برای نشان دادن واکنش منفی به رویدادها و موقعیت‌های مبهم، مستقل از احتمال رخداد یا پیامدهای مربوط به آن تعریف شده است (نولس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۲). نتایج مطالعات گذشته نشان می‌دهد که همبستگی مثبت معناداری بین عدم تحمل تردید با نگرانی، مسئولیت‌پذیری افراطی، افسردگی و اختلال وسواس اجباری وجود دارد (ساده و بردمیر^{۱۱}، ۲۰۲۱). عدم تحمل تردید با سایر آسیب‌های شناختی وسواس اجباری مانند اعتماد کمتر به فرآیندهای شناختی همچون حافظه، ادراک یا توانایی تمرکز (پاسکال-ورا^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۱) و پیش‌بینی شدت اختلال وسواس اجباری مرتبط است (توفولو^{۱۳} و همکاران، ۲۰۱۴). مطالعه ویتن^{۱۴} و همکاران (۲۰۲۱) همبستگی مثبتی را بین عدم تحمل تردید، اضطراب سلامت و علائم وسواس اجباری نشان می‌دهد. همچنین پژوهش اسپرلینگ^{۱۵} (۲۰۲۲) نیز نشان داد که عدم تحمل تردید بالاتر با سطوح بالاتر اضطراب، علائم وسواس اجباری و اختلال عملکردی مرتبط بود، در نتیجه افرادی که سطح بالایی از عدم تحمل تردید را تجربه می‌کنند؛ نیازمند مداخلات بیشتر روان‌درمانی هستند.

از دیگر مشکلات افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری، توانایی پایین و عدم مدیریت صحیح در تنظیم هیجان^{۱۶} است (یاب^{۱۷} و همکاران، ۲۰۱۸). تنظیم هیجانی شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیار و ناهشیار است که جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان فعالیت می‌کنند (گراس^{۱۸}، ۲۰۱۵). هیجان‌ها می‌توانند از طریق راهبردهای

10 Knowles, K. A.

11 Sadeh, N., & Bredemeier, K.

12 Pascual-Vera, B.

13 Toffolo, M. B.

14 Wheaton, M. G.

15 Sperling, J.

16 emotion regulation

17 Yap, K.

18 Gross, J. J.

1 obsessive compulsive disorder (OCD)

2 american psychiatric association (APA)

3 Fawcett, J. M.

4 Huang, Y.

5 Percy, C. P.

6 Brakoulias, V.

7 Pinciotti, C. M.

8 intolerance of uncertainty (IU)

9 Hebert, E. A., & Dugas, M. J.

شناختی نه گانه مدیریت و تنظیم شوند. راهبردهای مذکور به دو دسته سازگارانه (تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، پذیرش و ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه^۱) و ناسازگارانه (ملامت خویش، فاجعه‌سازی، نشخوار فکری و ملامت دیگران^۲) تقسیم می‌شوند. تنظیم هیجانی سازگار، به فرد اجازه می‌دهد که کارکرد موفقیت‌آمیزی در محیط داشته باشند و هنگام مواجه شدن با یک تجربه هیجانی مشکل‌زا بتواند رفتارهای متناسب با هدف را به کار گیرند (وانگ^۳ و همکاران، ۲۰۲۱). درواقع بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری از اجبار، رفتار خنثی‌کننده و اجتنابی، به عنوان راهبردی ناسازگار جهت کاهش پریشانی عاطفی-هیجانی استفاده می‌کنند (خسروانی و همکاران، ۲۰۲۰). شواهد تجربی بسیاری حاکی از آن است که اختلال در تنظیم هیجان نقش مهمی در اختلال وسواس اجباری ایفا می‌کند (فریرا^۴ و همکاران، ۲۰۲۱؛ یاپ^۵ و همکاران، ۲۰۱۸؛ فرگوس و باردین^۶، ۲۰۱۴). مطالعه ایچهلز^۷ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که افرادی که علائم وسواسی و باورهای وسواسی بیشتری دارند، در تنظیم هیجان نیز دارای مشکلات فراوانی هستند. همچنین مطالعه وی^۸ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که علائم بالای وسواس با نشخوار فکری و سرکوب رابطه مثبت داشته اما با ارزیابی مجدد رابطه منفی داشته است و هرچه افراد مبتلا، علائم وسواسی‌شان کمتر شده، استفاده از راهبرد ارزیابی مجدد بیشتر شده است.

نرخ شیوع سالانه اختلال وسواس اجباری در سطح جهان ۱/۱ تا ۱/۸ درصد است (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۴۰۲). نرخ شیوع این اختلال در

کشورهای درحال توسعه مانند ایران نیز رو به افزایش است (ترابی و بهرامی پوراصفهان، ۱۴۰۲). اگر مبتلایان به اختلال وسواس اجباری تحت درمان قرار نگیرند، روند بیماری‌شان معمولاً مزمن بوده و علائم وسواس آنان بصورت سینوسی افزایش و کاهش می‌یابد. همچنین این اختلال سبب افت عملکرد روزانه فردی و اجتماعی در سطوح مختلف زندگی می‌شود (ژیانگ^۹ و همکاران، ۲۰۲۱). با توجه به افزایش میزان شیوع اختلال وسواس اجباری در ایران و بار اجتماعی و اقتصادی ناشی از آن، اجرای رویکرد درمانی مناسب بیشتر از پیش، احساس می‌شود. بررسی مطالعات گذشته نشان می‌دهد خط اول درمان جهت بهبود علائم وسواسی بعد از دارودرمانی، درمان شناختی-رفتاری^{۱۰} است و ازجمله موثرترین روش‌های درمان شناختی-رفتاری، استفاده از روش درمانی مواجهه (مقابله مکرر) و جلوگیری از پاسخ (مقاومت در برابر تشریفات اجباری و سایر رفتارهای اجتنابی) است که بطور مشترک با عنوان درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ^{۱۱} شناخته می‌شود (اونگ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۰). این روش درمانی شامل رویارویی بیمار با موقعیت‌های گوناگون ایجادکننده ترس‌ها و وسواس‌ها و سپس جلوگیری از انجام هرگونه پاسخ رفتاری یا خنثی‌کننده و سرانجام بازسازی با هدف شناختی، اصلاح باورهای ناکارآمد و جایگزینی باورهای منطقی‌تر است (تامپسون^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعه مروری و متاآنالیز فرناندو و سلاي^{۱۴} (۲۰۲۱) که بر روی ۲۴ مطالعه انجام شده، پیرامون اثربخشی روش مواجهه-جلوگیری از پاسخ در سال‌های ۱۹۹۷ تا ۲۰۱۸ نشان داد که این روش درمانی در درمان افراد دارای وسواس موثر بوده

7 Eichholz, A.

8 Wei, M. A.

9 Xiong, A.

10 cognitive-behavioral therapy (CBT)

11 exposure and response prevention (ERP)

12 Ong, C. W.

13 Thompson, B. L.

14 Ferrando, C., & Selai, C.

1 positive refocusing, refocusing on planning, acceptance, positive reassessment, adopt a perspective

2 blame yourself, catastrophe, rumination, blame others

3 Wang, Q. Q.

4 Ferreira, S.

5 Yap, K.

6 Fergus, T. A., & Bardeen, J. R.

است. پژوهش حسن‌پور و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که مواجهه سازی و پیشگیری از پاسخ در بهبود اجتناب تجربه‌ای و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به وسواس اجباری موثر است. بررسی پژوهش پینسیوتی^۱ و همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که روش درمانی مواجهه-جلوگیری از پاسخ در درمان عدم تحمل تردید، مسئولیت‌پذیری افراطی و حساسیت اضطرابی افراد دارای وسواس اجباری موثر واقع شد. با اینحال، پژوهش کشاورزی ارشدی و همکاران (۱۳۹۷) نشان داد که روش درمانی مواجهه-جلوگیری از پاسخ بر اجتناب تجربی افراد دارای وسواس موثر واقع نشد. بنابراین با توجه به تناقض موجود، بررسی اثربخشی روش درمانی مواجهه-جلوگیری از پاسخ بر عدم تحمل تردید و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به وسواس اجباری مهم بنظر می‌رسد.

در سال‌های اخیر از رویکرد درمان هیجان‌مدار^۲ بر علائم وسواسی در افراد دارای وسواس اجباری و اختلالات اضطرابی استفاده شده است (شاو^۳ و همکاران، ۲۰۲۰؛ تیمولاک^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). درمان هیجان‌مدار دارای سه مرحله اصلی پیوستگی و آگاهی، فراخوانی و کشف و بازسازی هیجانی است (زواک و گرینبرگ^۵، ۲۰۲۰). در درمان هیجان‌مدار نظر بر این است که شیوه‌ای که افراد تجارب هیجانی را سازماندهی و پردازش می‌کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت می‌کنند، منجر به درماندگی آنها می‌شود (شربانی و گرینبرگ^۶، ۲۰۲۳). درواقع درمان مبتنی بر هیجان، به مراجعین با افزودن دانش هیجانی این امکان را می‌دهد که توانایی کنترل هیجانات خود و همچنین بهبود کارکرد هیجانی‌شان را بدست آورند. مطالعه شکرالهی و همکاران (۱۴۰۰) نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی هیجان موثر است. همچنین مطالعه زواک و گرینبرگ (۲۰۲۰) نیز نشان داد که چگونه درمان مبتنی بر هیجان می‌تواند به تنظیم شناختی هیجان کمک نماید.

استفاده از رویکردهای درمانی مختلف در درمان اختلال وسواس اجباری طی سالیان اخیر، ماهیت مزمن و برگشت‌پذیر این اختلال و نیاز به جلسات درمانی متعدد و پرهزینه، پژوهشگران را برانگیخت تا در پی یافتن بهترین رویکرد مداخله در درمان اختلال وسواس اجباری باشند. از سویی دیگر، پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که دارودرمانی به‌تنهایی نمی‌تواند در بهبود این بیماری موفق عمل کند (محی‌الدینی و همکاران، ۱۳۹۹). با توجه به کمبودها و محدودیت‌ها در حوزه دارودرمانی، آنچه باید مورد توجه قرارگیرد تفاوت مداخلات روان‌شناختی از نظر تازگی، استقبال مراجعین و میزان تأثیر و تداوم نتایج درمان است. همچنین باید توجه داشت که بررسی چالش میان روانشناسان مبدع درمان‌های موج دوم و سوم به دلیل تأثیر مولفه‌های هیجانی در درمان‌های موج سوم همچنان از جذابیت پژوهشی قابل توجهی برخوردار است (جانی و همکاران، ۱۴۰۱). اگرچه درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ موفقیت‌های زیادی در درمان اختلال وسواس اجباری داشته است، اما بررسی به منظور دستیابی به روش‌های مؤثرتر، همچنان انگیزه پژوهش‌های گسترده و متنوع در این حوزه درمانی است. در همین راستا، در پژوهش حاضر، از رویکرد هیجان‌مدار نیز استفاده شد و با رویکرد درمانی مواجهه-جلوگیری از پاسخ هم از نظر میزان تأثیرگذاری و هم دوام روش‌های درمانی مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت. بنابراین با توجه به مطالب بیان شده، سوال اصلی پژوهش این است که آیا بین اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و درمان هیجان‌مدار بر عدم تحمل تردید و تنظیم شناختی هیجان در افراد دارای وسواس اجباری تفاوت وجود دارد؟

روش کار

روش این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری دو ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری

4 Timulak, L.

5 Zwack, J., & Greenberg, L.

6 Sharbanee, J. M., & Greenberg, L. S.

1 Pinciotti, C. M.

2 emotion-focused therapy

3 Shaw, A. M.

در این پژوهش کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری در شهرستان بابل در بازه زمانی پاییز و زمستان ۱۴۰۲ بودند که پس از پاسخ به سوالات مقیاس وسواس اجباری ییل- براون و کسب نمره برش ۱۶ و بالاتر وارد پژوهش شدند. سپس این افراد پرسشنامه‌های عدم تحمل تردید و تنظیم شناختی هیجان را تکمیل نمودند که از میان آنها ۶۰ نفر نمره نقطه برش پرسشنامه‌ها را کسب نمودند. از این تعداد، ۴۵ نفر با توجه به ملاک‌های ورود و خروج، با روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری جایگماری شدند. در مرحله بعد دو گروه بطور تصادفی بعنوان گروه‌های آزمایشی (گروه درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و گروه درمان مبتنی بر هیجان) انتخاب شدند. سپس مداخله درمانی بر روی گروه‌های آزمایشی اجرا شد و پس از پایان مداخله، پس‌آزمون برگزار شد. جهت پیگیری میزان دوام درمان‌ها پس از دو ماه، آزمودنی‌ها به سوالات پرسشنامه‌های عدم تحمل تردید و تنظیم شناختی هیجان پاسخ دادند. ابزار پژوهش به شرح ذیل است:

مقیاس عدم تحمل تردید: نسخه ۲۷ گویه‌ای مقیاس

عدم تحمل تردید یا عدم تحمل قطعیت برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ توسط فریستون^۱ و همکاران ساخته شد. گویه‌ها روی مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (از نمره ۱ برای گزینه کاملاً غلط تا نمره ۵ برای گزینه کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالاتر نشان دهنده مشکلات بیشتر در عدم تحمل تردید است. کوئرر و دوگاس^۲ (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ را برای این مقیاس به دست آوردند و ضریب پایایی بازآزمون بعد از پنج هفته را ۰/۷۴ گزارش کردند. در پژوهش حسینی و همکاران (۱۴۰۱) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ گزارش شده است.

پرسشنامه تنظیم شناختی: فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم

شناختی هیجان^۳ توسط گارنفسکی^۴ و همکاران (۲۰۰۶) به

منظور ارزیابی استراتژی‌های شناختی که هر فرد بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌های زندگی به کار می‌برد، ابداع شد. این آزمون دارای ۱۸ گویه و ۹ خرده‌مقیاس که دو راهبرد کلی را می‌سنجد؛ شامل راهبردهای سازگارانه، مثبت یا انطباقی (دیدگاه‌گیری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، با دامنه نمرات ۸ تا ۴۰) و راهبردهای ناسازگارانه، منفی یا غیرانطباقی (ملامت خویش، ملامت دیگران، نشخوارفکری، فاجعه‌سازی و پذیرش، با دامنه نمرات ۱۰ تا ۵۰) است. نمره‌گذاری این مقیاس بر روی طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (از نمره ۱ برای هرگز تا نمره ۵ برای همیشه) صورت می‌گیرد. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۶) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای استراتژی‌های سازگارانه و ناسازگارانه به ترتیب برابر با ۰/۹۱ و ۰/۸۷ بدست آوردند. در ایران نیز در پژوهشی پایایی این پرسشنامه از طریق ضریب آلفای کرونباخ برای استراتژی‌های سازگارانه ۰/۸۶ و برای استراتژی‌های ناسازگارانه برابر ۰/۸۰ بدست آمد (محمدی و فولادچنگ، ۱۳۹۷).

مقیاس وسواس اجباری: مقیاس وسواس اجباری

ییل- براون^۵ توسط گودمن^۶ و همکاران (۱۹۸۹) ساخته شد. این مقیاس شامل ۱۰ گویه است. نحوه پاسخ دهی به این پرسشنامه بدین صورت است که برای هر سوال پنج گزینه (از صفر تا چهار امتیاز) وجود دارد. آزمودنی که نمره بالاتر از ۱۶ کسب نماید دارای علائم و نشانه متوسط وسواس اجباری است و هرچه نمره بالاتر کسب نماید از شدت و علائم وسواسی بیشتری برخوردار است. گودمن و همکاران (۱۹۸۹) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس را ۰/۹۱ بدست آوردند. در پژوهش باقری و همکاران (۱۴۰۱) ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۴ بدست آمد.

4 Garnefski, N.

5 yale-brown obsessive-compulsive scale

6 Goodman, W. K.

1 Freeston, M. H.

2 Koerner, N., & Dugas, M. J.

3 cognitive emotion regulation questionnaire- short version (CERQ- short)

گروه درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ طی ۱۰ جلسه
 ۹۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر و گروه درمان مبتنی بر هیجان
 طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان توسط درمانگر
 تخصصی درمان هیجان‌مدار قرار گرفتند و گروه گواه هیچ
 مداخله‌ای دریافت نکرد. خلاصه جلسات درمانی و مداخله‌ای
 پژوهشگر در ادامه به شرح زیر آمده است:

جدول ۱. خلاصه بسته درمانی مواجهه-جلوگیری از پاسخ

جلسه	محتوا
جلسه اول	آشنایی با درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ و ایجاد رابطه صمیمانه با مراجع، آشنایی با منطق درمان و مشخص ساختن قوانین کلی و ثابت جلسه‌های درمان و تنظیم قرارداد
جلسه دوم	خوگیری مراجع در هنگام جلسه‌های درمان، تمرین و آمادگی برای رویارویی تجسمی
جلسه سوم	مواجهه تخیلی با افکار مزاحم، مواجهه تخیلی با ماده‌های اولیه سلسله مراتب و کمک به مراجع جهت توقف رفتارهای وسواسی
جلسه چهارم تا هفتم	ارائه تکنیک‌های مواجهه، آموزش تکنیک مواجهه به همراه جلوگیری از پاسخ
جلسه هشتم	ارزیابی اجتناب از تکالیف خانگی، بازیابی برگه ۵ ستون افکار، پر کردن برگه ۷ ستونی افکار و نوشتن مزایا و معایب افکار مزاحم
جلسه نهم	ارائه آزمایش‌های رفتاری برای افکار وسواسی، آزمایش رفتاری برای عمل خنثی سازی افکار، استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای برآورد بیش از حد خطر
جلسه دهم	مرور و جمع‌بندی تکنیک‌ها، بحث و جمع‌بندی فنون درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه‌های پژوهش، تقدیر و تشکر و اعلام پایان جلسه

جدول ۲. خلاصه بسته درمانی درمان متمرکز بر هیجان

جلسه	محتوا
جلسه اول	برقراری ارتباط و ایجاد تعهد در درمان، توضیح در مورد ماهیت علائم وسواس و اضطراب، مفهوم سازی درمان متمرکز بر هیجان و مشاهده و ارزیابی آزمودنی‌ها بر اساس توانایی تمرکز بر تجربیات درونی.
جلسه دوم	شناسایی چرخه تعاملی معیوب و شناسایی هیجان‌های اساسی که زیربنای موقعیت‌های تعاملی هستند. شناسایی احساس‌های متناقض، دوگانه و انتقادی درباره خود و اشخاص مهم و تاثیرگذار در زندگی، توزیع برگه‌های ثبت هیجانی، برگه تقویت هیجان و برگه ثبت افکار ناکارآمد به لحاظ هیجانی.
جلسه سوم	بیان و فهماندن تاثیر تفکر غیرمنطقی روی آشفتگی هیجانی، معرفی چهار سبک توأم با خطا و بیرون کشیدن اطلاعات مربوط به علائم وسواس و اضطراب.
جلسه چهارم	پیوستگی و آگاهی، شناسایی فرایندهای شناختی-عاطفی زیربنایی، شناخت نیازها و رساندن آن به آگاهی.
جلسه پنجم	آرام سازی عضلانی، شناسایی طرح‌واره‌های هیجانی، تاکید بر پذیرش تجربیات، مواجهه تجسمی و اجرای صندلی داغ.
جلسه ششم	مطالبه نیازی که بیمار از آن امتناع می‌کند و تصدیق تجربه‌ای که قبال نماد گذاری نشده یا از آن اجتناب شده است. گسترده کردن مفهوم خود با بازسازی هیجان‌ها در ارتباط با موقعیت‌های مختلف.
جلسه هفتم	تقویت پردازش هیجانی، ردیابی احساسات حل نشده، بازسازی مجدد هیجان، فراخوانی و برانگیختن مجدد احساسات منفی، فراهم نمودن حمایت برای هیجان‌ها و حل و فصل مجدد هیجان نسبت به نوع وسواس و اضطراب فرد.
جلسه هشتم	ایجاد راه حل‌های جدید برای مشکلات قبلی، آموزش فرایند انتقال احساسات ناخوشایند به ایجاد و افزایش توانایی مواجهه با مشکلات و تغییرات جنبه‌های مهم زندگی در خارج از جلسه درمان.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش های آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس آمیخته و آزمون بنفرونی با استفاده از SPSS 26 استفاده شد.

نتایج

نتایج تحلیل واریانس یکراهه ویژگی‌های جمعیت شناختی تعداد ۴۵ آزمودنی مطالعه حاضر نشان داد تفاوت

معناداری میان گروه درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ، گروه درمان متمرکز بر هیجان و گروه گواه از لحاظ سن، تحصیلات و جنسیت وجود ندارد و گروه‌ها از لحاظ ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مذکور همگن هستند.

شاخص‌های توصیفی عدم تحمل تردید و تنظیم شناختی هیجان به همراه ابعاد آن در دو گروه آزمایشی و گروه گواه در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی عدم تحمل تردید و تنظیم شناختی هیجان در گروه‌های آزمایشی و گواه

متغیر	گروه	درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ				درمان متمرکز بر هیجان		گواه
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف	
ناتوانی برای انجام عمل	پیش‌آزمون	۳۲/۶۷	۷/۸۸۲	۳۴/۲۷	۵/۳۹۱	۳۴/۲	۷/۶۳۶	
	پس‌آزمون	۲۴/۶۷	۵/۰۱	۳۳/۰۷	۵/۹۳۴	۳۴/۶	۷/۶۷۹	
	پیگیری	۲۴/۴	۴/۸۲۳	۳۲/۸	۶/۰۹۷	۳۴/۰۰	۷/۷۸۳	
پوشان‌کننده بودن ابهام	پیش‌آزمون	۳۲/۸۲	۶/۷۴	۳۳/۲۷	۷/۳۷۲	۳۳/۰۱	۸/۰۵۸	
	پس‌آزمون	۲۵/۶۷	۵/۶۷۸	۲۶/۶	۶/۴۹	۳۳/۲۰	۷/۳۰۸	
	پیگیری	۲۵/۶	۵/۷۳	۲۸/۴۷	۷/۳۴۷	۳۳/۰۶	۶/۸۹۶	
منفی بودن رویداد ابهام آمیز و اجتناب از آنها	پیش‌آزمون	۱۷/۸۷	۴/۲۵۷	۱۷/۹۳	۵/۰۳۵	۱۷/۰۴	۴/۱۲	
	پس‌آزمون	۱۰/۷۳	۲/۶۳۱	۱۴/۴۷	۴/۴۲۲	۱۸/۲۷	۴/۱۱۴	
	پیگیری	۱۰/۲۷	۳/۰۳۵	۱۴/۲	۳/۸۲۱	۱۸/۱۳	۳/۸۷۱	
ابهام در مورد آینده	پیش‌آزمون	۱۲/۷۷	۲/۹۴۴	۱۲/۴۷	۲/۴۴۶	۱۳/۲	۲/۹۸۱	
	پس‌آزمون	۱۰/۰۷	۲/۶۳۱	۱۳/۳۳	۳/۲	۱۳/۷۳	۲/۹۶۳	
	پیگیری	۹/۸	۲/۷۳۱	۱۳/۸	۱/۹۷۱	۱۴/۰۲	۳/۲۶۲	
عدم تحمل تردید (کل)	پیش‌آزمون	۹۶/۱۳	۱۶/۳۲۶	۹۷/۹۳	۱۶/۷۶۵	۹۷/۴۵	۱۷/۰۱	
	پس‌آزمون	۷۱/۱۳	۱۱/۳۴۴	۸۷/۴۷	۱۳/۴۳۲	۹۹/۸	۱۴/۵۲	
	پیگیری	۷۰/۰۷	۱۲/۸۷۶	۸۹/۲۷	۱۴/۶۷	۹۹/۲۱	۱۴/۳۵	
تنظیم شناختی هیجان	پیش‌آزمون	۲۲/۸	۲/۴۵۵	۲۳/۳۳	۴/۸۸	۲۱/۶۷	۵/۲۷۳	
	پس‌آزمون	۲۹/۷۳	۷/۱۴۶	۳۶/۴	۴/۶۸۷	۲۰/۰۷	۵/۰۶۳	
	پیگیری	۳۱/۳۳	۷/۳۳۵	۳۶/۶۷	۵/۳۵۴	۱۹/۸	۴/۷۹۹	
تنظیم شناختی هیجان ناسازگار	پیش‌آزمون	۲۵/۳۳	۵/۰۱	۲۶/۸	۴/۶۱۷	۲۵/۴	۳/۸۱۴	
	پس‌آزمون	۱۷/۶	۲/۶۴	۱۶/۴	۴/۹۸۳	۲۶/۲۷	۲/۴۶۳	
	پیگیری	۱۷/۴	۲/۴۷۳	۱۶/۱۳	۵/۱۸۱	۲۷/۵۳	۳/۴۶۱	

جدول ۳ نشان می دهد که در ابعاد مختلف عدم تحمل تردید و همچنین نمره کل آن از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری میانگین نمرات آزمودنی های گروه های درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و درمان متمرکز بر هیجان کاهش یافته است. همچنین، در راهبردهای شناختی تنظیم هیجان سازگار از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری میانگین نمرات آزمودنی های گروه های درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و درمان متمرکز بر هیجان افزایش و در راهبردهای شناختی تنظیم هیجان ناسازگار کاهش یافته است. در این پژوهش جهت بررسی فرضیه های پژوهش از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. آزمون تعقیبی بن فرونی

نیز برای مقایسه بر حسب مراحل آزمون و رویکردها به کار گرفته شد. برای انجام آزمون های تحلیل واریانس آمیخته، علاوه بر فاصله ای بودن مقیاس اندازه گیری متغیرها، تحقق مفروضات بهنجار بودن توزیع متغیرها، همگنی واریانس ها، همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس، همبستگی متغیرهای وابسته و مفروضه کرویت^۱ مورد بررسی قرار گرفت و مشخص شد استفاده از تحلیل واریانس آمیخته برای تجزیه و تحلیل داده ها مانعی ندارد.

نتایج تحلیل واریانس چندمتغیره در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون چندمتغیره برای بررسی تفاوت های بین گروهی در تنظیم شناختی هیجان و عدم تحمل تردید

متغیرها	منبع تغییرات	لامبدای ویلکز	F	سطح معناداری	مجدوراتای سهمی
تنظیم شناختی هیجان سازگار	آزمون	۰/۴۸۶	۲۱/۶۴۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱۴
	آزمون × عضویت گروهی	۰/۴۷	۹/۴۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۱۵
تنظیم شناختی هیجان ناسازگار	آزمون	۰/۳۷۷	۳۳/۸۳۷	۰/۰۰۱	۰/۶۲۳
	آزمون × عضویت گروهی	۰/۴۰۲	۱۱/۸۱۸	۰/۰۰۱	۰/۳۶۶
ناتوانی برای انجام عمل	آزمون	۰/۷۶۲	۶/۴۰۵	۰/۰۰۴	۰/۲۳۸
	آزمون × عضویت گروهی	۰/۶۴۹	۴/۹۴۸	۰/۰۰۱	۰/۱۹۴
پیشانی کننده بودن ابهام	آزمون	۰/۷۴۴	۷/۰۴۴	۰/۰۰۲	۰/۲۵۶
	آزمون × عضویت گروهی	۰/۷۲۱	۳/۶۴۰	۰/۰۰۹	۰/۱۵۱
منفی بودن رویداد ابهام آمیز و اجتناب از آنها	آزمون	۰/۶۸۴	۹/۴۸۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۶
	آزمون × عضویت گروهی	۰/۶۷۳	۴/۴۸۶	۰/۰۰۳	۰/۱۸۰
ابهام در مورد آینده	آزمون	۰/۹۹۹	۰/۰۲۰	۰/۹۸	۰/۰۰۱
	آزمون × عضویت گروهی	۰/۶۶۸	۴/۵۷۵	۰/۰۰۲	۰/۱۸۲
عدم تحمل تردید (کل)	آزمون	۰/۶۲۷	۱۲/۲۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۷۳
	آزمون × عضویت گروهی	۰/۵۸۶	۶/۲۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۳۴

جدول فوق نشان می دهد که آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز برای ابعاد تنظیم شناختی هیجان درخصوص مراحل آزمون و تعامل آزمون و عضویت گروهی معنادار است ($P < ۰/۰۵$). همچنین، آزمون چندمتغیره لامبدای ویلکز برای ابعاد عدم تحمل تردید درخصوص مراحل آزمون و تعامل

آزمون (به جز ابهام در مورد آینده) و عضویت گروهی معنادار است ($P < ۰/۰۵$). نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر برای نمره کل و ابعاد تنظیم شناختی هیجان و عدم تحمل تردید در جدول ۵ آورده شده است.

جدول ۵. بررسی تفاوت‌های درون گروهی و بین گروهی در تنظیم شناختی هیجان و عدم تحمل تردید

متغیرها	منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجات آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معناداری	مجدورات ای سهمی
تنظیم شناختی هیجان سازگار	آزمون	۱۲۳۵/۲	۱/۲۵۷	۹۸۳/۰۲۹	۳۹/۲۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۸۳
	عضویت گروهی	۳۱۱۹/۲۴۴	۲	۱۵۵۹/۶۲۲	۲۷/۹۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱
	آزمون × عضویت گروهی	۱۱۵۵/۵۵۶	۲/۵۱۳	۴۵۹/۸۲۲	۱۸/۳۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶۶
تنظیم شناختی هیجان ناسازگار	آزمون	۹۴۹/۸۸۱	۱/۲۳۱	۷۷۱/۷۷۷	۶۰/۵۵۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	عضویت گروهی	۱۲۵۲/۷۲۶	۲	۶۲۶/۳۶۳	۱۹/۴۳۴	۰/۰۰۱	۰/۴۸۱
	آزمون × عضویت گروهی	۸۰۸/۶۰۷	۲/۴۶۲	۳۲۸/۴۹۶	۲۵/۷۷۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵۱
ناتوانی برای انجام عمل	آزمون	۲۲۵/۵۲۶	۱/۱۴۵	۱۹۶/۹۴۹	۱۰/۶۱۵	۰/۰۰۱	۰/۲۰۲
	عضویت گروهی	۱۵۱۵/۱۲۶	۲	۷۵۷/۵۶۳	۶/۹۷	۰/۰۰۲	۰/۲۴۹
	آزمون × عضویت گروهی	۴۳۷/۴۹۶	۲/۲۹	۱۹۱/۰۳	۱۰/۲۹۶	۰/۰۰۱	۰/۳۲۹
پیش‌اند بودن ابهام	آزمون	۳۷۳/۳۷۸	۱/۴۶	۲۵۵/۷۴	۹/۹۶۸	۰/۰۰۱	۰/۱۹۲
	عضویت گروهی	۱۳۱۸/۷۱۱	۲	۶۵۹/۳۵۶	۶/۲۹۱	۰/۰۰۴	۰/۲۳۱
	آزمون × عضویت گروهی	۴۱۷/۳۷۸	۲/۹۲	۱۴۲/۹۳۸	۵/۵۷۱	۰/۰۰۲	۰/۲۱
منفی بودن رویداد ابهام	آزمون	۳۰۵/۶۱۵	۱/۶۳۹	۱۸۶/۴۷۲	۱۴/۲۰۴	۰/۰۰۱	۰/۲۵۳
	عضویت گروهی	۸۸۲/۴۱۵	۲	۴۴۱/۲۰۷	۱۶/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۴۴۷
	آزمون × عضویت گروهی	۳۲۲/۰۳	۳/۲۷۸	۹۸/۲۴۴	۷/۴۸۳	۰/۰۰۱	۰/۲۶۳
آمیز و اجتناب از آنها	آزمون	۰/۱۳۳	۱/۷۰۴	۰/۰۷۸	۰/۰۱۶	۰/۹۷۳	۰/۰۰۱
	عضویت گروهی	۲۷۰/۰۴۴	۲	۱۳۵/۰۲۲	۸/۷۶۶	۰/۰۰۱	۰/۲۹۵
	آزمون × عضویت گروهی	۱۱۲/۳۵۶	۳/۴۰۹	۳۲/۹۶۱	۶/۶۷۴	۰/۰۰۱	۰/۲۴۱
عدم تحمل تردید (کل)	آزمون	۳۶۵۲/۰۴۴	۱/۱۶۰	۳۱۴۶/۹۹	۲۱/۵۶۴	۰/۰۰۱	۰/۳۳۹
	عضویت گروهی	۸۹۷۸/۹۷۸	۲	۴۴۸۹/۴۸۹	۹/۳۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰۹
	آزمون × عضویت گروهی	۳۸۵۸/۸۴۴	۲/۳۲۱	۱۶۶۲/۵۹۶	۱۱/۳۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۵۲

نتایج جدول ۵ نشان می‌دهد که میان سه گروه درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ، درمان متمرکز بر هیجان و گواه در راهبردهای تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار، برحسب عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). همچنین، میان سه گروه درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ، درمان

متمرکز بر هیجان و گواه در نمره کل و ابعاد عدم تحمل تردید برحسب آزمون (به جز ابهام درمورد آینده)، عضویت گروهی و اثر تعاملی آزمون و عضویت گروهی تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). نتایج آزمون بن‌فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها برحسب عضویت گروهی و مراحل آزمون در گروه‌ها در جدول ۶ آورده شده است.

جدول ۶. آزمون بن فرونی جهت مقایسه میانگین تنظیم شناختی هیجان و عدم تحمل تردید بر حسب رویکرد و مراحل آزمون

متغیرها	رویکردها و مراحل	مقایسه جفتی رویکردها-مراحل	تفاوت میانگینها	خطای استاندارد	سطح معناداری
تنظیم شناختی هیجان سازگار	رویکردهای درمان	مواجهه-جلوگیری از پاسخ	*۴/۱۷۸- *۷/۴۴۴	۱/۵۷۵ ۱/۵۷۵	۰/۰۳۴ ۰/۰۰۱
	مراحل	متمركز بر هیجان	*۱۱/۶۲۲	۱/۵۷۵	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	*۶/۱۳۳-	۰/۹۴۹	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	*۶/۶۶۷-	۱/۰۱۶	۰/۰۰۱
		پس آزمون	-۰/۵۲۳	۰/۴۰۹	۰/۵۹۷
	رویکردهای درمان	مواجهه-جلوگیری از پاسخ	*۰/۳۳۳ *۶/۲۸۹-	۱/۱۹۷ ۱/۱۹۷	۱/۰۰ ۰/۰۰۱
تنظیم شناختی هیجان ناسازگار	مراحل	متمركز بر هیجان	*۶/۶۲۲-	۱/۱۹۷	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	*۵/۷۵۶	۰/۶۹۲	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	*۵/۴۸۹	۰/۷۰۳	۰/۰۰۱
		پس آزمون	-۰/۲۶۷	۰/۲۷	۰/۹۸۹
	رویکردهای درمان	مواجهه-جلوگیری از پاسخ	*۶/۲۰۰-	۲/۱۹۸	۰/۰۲۲
		مواجهه-جلوگیری از پاسخ	*۷/۷۵۶-	۲/۱۹۸	۰/۰۰۳
فانوانی برای انجام عمل	مراحل	متمركز بر هیجان	-۱/۵۵۶	۲/۱۹۸	۱/۰۰
		پیش آزمون	*۲/۵۳۳	۰/۸۱۸	۰/۰۱
		پیش آزمون	*۲/۹۱۱	۰/۸۲۷	۰/۰۰۳
		پس آزمون	۰/۳۷۸	۰/۲۵۴	۰/۴۳۱
	رویکردهای درمان	مواجهه-جلوگیری از پاسخ	-۱/۶۸۹	۲/۱۵۸	۱/۰۰
		مواجهه-جلوگیری از پاسخ	*۷/۳۱۱-	۲/۱۵۸	۰/۰۰۵
پرشان کننده بودن ابهام	مراحل	متمركز بر هیجان	*۵/۶۲۲-	۲/۱۵۸	۰/۰۳۸
		پیش آزمون	*۳/۸۴۴	۱/۰۲۲	۰/۰۰۲
		پیش آزمون	*۳/۰۸۹	۱/۰۶	۰/۰۱۷
		پس آزمون	-۰/۷۵۶	۰/۵۷۳	۰/۵۸۳
	رویکردهای درمان	مواجهه-جلوگیری از پاسخ	*۲/۷۱۱-	۱/۰۷۶	۰/۰۴۷
		مواجهه-جلوگیری از پاسخ	*۶/۲۴۴-	۱/۰۷۶	۰/۰۰۱
منفی بودن رویداد ابهام آمیز و اجتناب از آنها	مراحل	متمركز بر هیجان	*۳/۵۳۳-	۱/۰۷۶	۰/۰۰۶
		پیش آزمون	*۳/۱۱۱	۰/۷۴۲	۰/۰۰۱
		پیش آزمون	*۳/۲۶۷	۰/۷۹۱	۰/۰۰۱
		پس آزمون	۰/۱۵۶	۰/۵۰۸	۱/۰۰
	رویکردهای درمان	مواجهه-جلوگیری از پاسخ	*۲/۳۵۶-	۰/۸۲۷	۰/۰۲
		مواجهه-جلوگیری از پاسخ	*۳/۳۷۸-	۰/۸۲۷	۰/۰۰۱
ابهام در مورد آینده	مراحل	متمركز بر هیجان	-۱/۰۲۲	۰/۸۲۷	۰/۶۷۱
		پیش آزمون	۰/۰۶۷	۰/۴۹۴	۱/۰۰
		پیش آزمون	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲	۱/۰۰

متغیرها	رویکردها و مراحل	مقایسه جفتی رویکردها-مراحل	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنادار ی
عدم تحمل تردید (کل)	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۳۳۵	۱/۰۰
	رویکردهای درمان	مواجهه-جلوگیری از پاسخ	-۱۲/۴۴۴*	۴/۶۱۲	۰/۰۳۰
		مواجهه-جلوگیری از پاسخ	-۱۹/۷۵۶*	۴/۶۱۲	۰/۰۰۱
		متمرکز بر هیجان	-۷/۳۱۱	۴/۶۱۲	۰/۳۶۱
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۱۱/۰۴۴*	۲/۲۱۵	۰/۰۰۱
	مراحل	پیگیری	۱۱/۰۲۲*	۲/۴۰۴	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۲۲	۰/۷۷۶	۱/۰۰

نتایج آزمون تحلیل واریانس دوعاملی با اندازه گیری‌های مکرر روی یک عامل در جدول ۵ نشان داد تفاوت میانگین تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار و زیرمقیاس‌های آن‌ها در گروه‌های مورد مطالعه معنادار است ($P < 0/01$). مجذور اتای سهمی نشان می‌دهد ۵۷/۱ درصد از تغییرات تنظیم شناختی هیجان سازگار و ۴۸/۱ درصد از تغییرات تنظیم شناختی هیجان ناسازگار بر اساس متغیر گروه‌بندی (مداخله) تبیین می‌شود. در ادامه نتایج آزمون بن فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب عضویت گروهی در جدول ۶ نشان داد تفاوت بین میانگین تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار در گروه درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ با گروه گواه معنادار است ($P < 0/01$). همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان‌ها نشان می‌دهد که تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار بعد از اتمام دوره درمان پاپرجا مانده است. بنابراین می‌توان گفت درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری موثر است.

نتایج آزمون بن فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب عضویت گروهی در جدول ۶ نشان داد تفاوت بین میانگین بین میانگین تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار در گروه درمان متمرکز بر هیجان با گروه گواه معنادار است ($P < 0/01$). همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر

زمان‌ها نشان می‌دهد که تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار بعد از اتمام دوره درمان پاپرجا مانده است. بنابراین می‌توان گفت درمان متمرکز بر هیجان بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری موثر است.

بر اساس نتایج جدول ۶ تفاوت میانگین نمره تنظیم شناختی هیجان سازگار بین گروه درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ با درمان متمرکز بر هیجان معنادار است ($P < 0/05$). نتایج آزمون بن فرونی در جدول ۶ نشان می‌دهد که دو گروه در افزایش نمرات پذیرش و نمرات تنظیم شناختی هیجان ناسازگار تفاوت معناداری با هم ندارند، اما نمرات تنظیم شناختی هیجان سازگار در گروه درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ به صورت معناداری بیشتر افزایش یافته‌است. بنابراین می‌توان گفت اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در افزایش تنظیم شناختی هیجان سازگار در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری از درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ بیشتر است.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری معنادار نیستند ($P > 0/05$). به این معنا که اثرات درمانی در طول زمان ثابت داشته‌اند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و درمان متمرکز بر هیجان بر تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری در طول زمان ثابت دارد.

نتایج آزمون تحلیل واریانس دو عاملی با اندازه گیری‌های مکرر روی یک عامل در جدول ۵ نشان داد تفاوت میانگین عدم تحمل تردید و زیرمقیاس‌های آن در گروه‌های مورد مطالعه معنادار است ($P < 0/01$). مجذور اتای سهمی نشان می‌دهد ۳۰/۹ درصد از تغییرات عدم تحمل تردید بر اساس متغیر گروه‌بندی (مداخله) تبیین می‌شود. در ادامه نتایج آزمون بن فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها برحسب عضویت گروهی در جدول ۶ نشان داد تفاوت بین میانگین عدم تحمل تردید و ابعاد آن در گروه درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ با گروه گواه معنادار است ($P < 0/01$). همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان‌ها نشان می‌دهد که تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات عدم تحمل تردید بعد از اتمام دوره درمان پیرجا مانده است. بنابراین درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ بر عدم تحمل تردید در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری موثر است.

نتایج آزمون بن فرونی جهت مقایسه میانگین‌ها بر حسب عضویت گروهی در جدول ۶ نشان داد تفاوت نمرات گروه درمان متمرکز بر هیجان در پریشان‌کننده بودن ابهام و منفی بودن رویداد ابهام‌آمیز و اجتناب از آنها با گروه گواه معنادار است و گروه درمان متمرکز بر هیجان در کاهش این زیرمقیاس‌ها موثر بوده است. اما تفاوت بین میانگین نمره کل عدم تحمل تردید و ابعاد آن شامل ناتوانی برای انجام عمل و ابهام در مورد آینده در گروه درمان متمرکز بر هیجان با گروه گواه معنادار نیست ($P > 0/05$). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت درمان متمرکز بر هیجان بر عدم تحمل تردید بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری موثر نیست.

بر اساس نتایج جدول ۶ تفاوت میانگین نمره کل عدم تحمل تردید و ابعاد آن (به جز پریشان‌کننده بودن ابهام) بین گروه درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ با درمان متمرکز بر هیجان معنادار است ($P < 0/05$). نتایج آزمون بن فرونی در جدول ۶ نشان می‌دهد که دو گروه در کاهش نمرات پریشان‌کننده بودن ابهام تفاوت معناداری با هم ندارند اما درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ در مقایسه با درمان متمرکز

بر هیجان میانگین عدم تحمل تردید ($p = 0/03$)، و سایر ابعاد آن را به صورت معنادار بیشتر کاهش داده است. بنابراین می‌توان گفت اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ در کاهش عدم تحمل تردید بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری از درمان متمرکز بر هیجان بیشتر است.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری میانگین‌ها کاهش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$). تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری معنادار نیستند ($P > 0/05$). به این معنا که اثرات درمانی در طول زمان ثبات داشته‌اند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و درمان متمرکز بر هیجان بر عدم تحمل تردید بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری در طول زمان ثبات دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه پیرامون اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری نشان داد تفاوت میانگین تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار و زیرمقیاس‌های آن‌ها در گروه‌های مورد مطالعه معنادار است. نتایج نشان داد تفاوت بین میانگین تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار در گروه درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ با گروه گواه معنادار است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار بعد از اتمام دوره درمان پیرجا مانده است. نتایج چند پژوهش با این یافته پژوهشی همسو می‌باشد. پژوهش‌های همسو شامل قاسمی‌زاده و همکاران (۲۰۱۷)، ساریچ‌لو و همکاران (۲۰۲۰)، پرایس و سالزمن (۲۰۱۰)، جنیگس (۲۰۲۲)، و پری‌ئیلو (۲۰۲۲) هستند که به تأثیر مثبت درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ بر تنظیم هیجان و کاهش علائم اختلال وسواس اجباری اشاره دارند. در مقابل، اکتای (۲۰۱۹) به بررسی وسواس به عنوان یک راهبرد نادرست تنظیم هیجان پرداخته و به تأثیر منفی اختلال وسواس بر تنظیم هیجان اشاره

دارد که با یافته پژوهش حاضر ناهمسو است. در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری از وسواس‌هایشان به عنوان تلاشی برای تنظیم ناراحتی ناشی از وسواس‌ها استفاده می‌کنند، به طوری که این وسواس‌ها به عنوان مکانیزم تنظیم هیجان ناسازگار در نظر گرفته می‌شوند (فینک^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). تنظیم شناختی هیجان به فرآیندهایی اطلاق می‌شود که از طریق آن‌ها افراد می‌توانند احساسات و واکنش‌های هیجانی خود را مدیریت کنند و تغییر دهند. این فرآیند شامل تکنیک‌هایی است که به فرد کمک می‌کند تا از شدت و تداوم هیجانات منفی بکاهد و با آنها به طور مؤثرتر مقابله کند (فوا و گُراک، ۱۹۹۶). در درمان درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ، مواجهه با محرک‌های وسواسی و جلوگیری از رفتارهای اجتنابی، به بیمار کمک می‌کند تا با تفکرات و هیجانات مرتبط با وسواس‌ها به شیوه‌ای سازگارتر برخورد کند. این روش باعث کاهش شدت اضطراب و افزایش توانایی بیمار در مدیریت هیجانات منفی می‌شود، زیرا بیمار یاد می‌گیرد که بدون نیاز به رفتارهای اجتنابی به محرک‌های وسواسی واکنش نشان دهد. یکی از ویژگی‌های برجسته درمان درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ، پایداری نتایج آن در طولانی مدت است. مطالعات نشان داده‌اند که بهبودهایی که از طریق درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ حاصل می‌شود، نه تنها در طول دوره درمان بلکه پس از آن نیز ادامه می‌یابد (سمپسون و همکاران، ۲۰۱۳). این پایداری به دلیل تغییرات عمیق در الگوهای شناختی و هیجانی بیمار در اثر مواجهه مکرر با محرک‌های وسواسی و عدم انجام رفتارهای اجتنابی است. به عبارت دیگر، بیمارانی که درمان درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ را دریافت کرده‌اند، بهبودهای خود را در تنظیم هیجانات و کاهش نشانه‌های اختلال وسواس اجباری در طولانی مدت حفظ می‌کنند. در نهایت، می‌توان نتیجه‌گیری کرد که درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ به طور مؤثر بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواس

اجباری تأثیر می‌گذارد. این تأثیر از طریق کاهش اضطراب و بهبود توانایی بیمار در مواجهه با محرک‌های وسواسی و تنظیم هیجانات خود، امکان‌پذیر می‌شود. یافته‌های این مطالعه پیرامون اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری نشان داد تفاوت بین میانگین بین میانگین تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار در گروه درمان متمرکز بر هیجان با گروه گواه معنادار است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات تنظیم شناختی هیجان سازگار و ناسازگار بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است. نتایج پژوهش افتخارزاده و همکاران (۱۳۹۵)، شاملی و همکاران (۱۳۹۷)، هاشمی و همکاران (۱۳۹۳)، علیمردانی صومعه و همکاران (۱۳۹۶)، پل و همکاران (۲۰۱۶)، فرگوس و باریدن (۲۰۱۴)، و برمان و همکاران (۲۰۱۸) همگی بر تأثیر مثبت درمان‌های مبتنی بر هیجان در کاهش علائم وسواس و بهبود تنظیم هیجان تأکید دارند. در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت که کارکرد اصلی این نوع درمان، مبتنی بر نظریه هیجان است. هیجان به عنوان پایه‌ای برای سازگاری، به افراد کمک می‌کند تا اطلاعات پیچیده محیطی را به طور مداوم پردازش کرده و به طور خودکار در جهت نیازهای مهم خود اقدام کنند (گرینبرگ، ۲۰۱۰). در این درمان، تکنیک‌هایی مانند آموزش درباره هیجانات مثبت و منفی، ارزیابی مجدد، و کمک به پذیرش بی‌قید و شرط هیجانات به کار گرفته می‌شود، تا مراجعان بتوانند به جای سرکوب هیجانات، آنها را مجدداً پردازش کرده و تجربه عمیق‌تری از هیجانات خود داشته باشند. این فرایند باعث می‌شود که مراجعان به خودآگاهی بیشتری دست یابند. در طول جلسات، مراجعان درک کردند که هیجانات نه ترسناک هستند و نه پایدار؛ از این رو، به جای فرار یا غرق شدن در آنها، می‌توان پیام پنهان آنها را شنید و از این طریق به تنظیم هیجانی دست یافت.

^۱ Fink

یافته‌های این مطالعه پیرامون مقایسه اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و درمان متمرکز بر هیجان بر تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری نشان داد تفاوت میانگین نمره تنظیم شناختی هیجان سازگار بین گروه درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ با درمان متمرکز بر هیجان معنادار است. نتایج نشان می‌دهد که دو گروه در افزایش نمرات پذیرش و نمرات تنظیم شناختی هیجان ناسازگار تفاوت معناداری با هم ندارند، اما نمرات تنظیم شناختی هیجان سازگار در گروه درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ به صورت معناداری بیشتر افزایش یافته است. بنابراین می‌توان گفت اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در افزایش تنظیم شناختی هیجان سازگار در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری از درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ بیشتر است. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری معنادار نیستند؛ به این معنا که اثرات درمانی در طول زمان ثبات داشته‌اند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و درمان متمرکز بر هیجان بر تنظیم شناختی هیجان بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری در طول زمان ثبات دارد. پژوهش‌های همسو با یافته پژوهش حاضر شامل مطالعات ساوج و همکاران (۲۰۱۸)، پویان‌نسب و همکاران (۲۰۲۴)، جانی و همکاران (۲۰۲۳)، و امان‌لو و همکاران (۲۰۲۴) هستند که همگی نشان می‌دهند درمان متمرکز بر هیجان به طور مؤثری به بهبود تنظیم هیجان، کاهش تحریف‌های شناختی، و بهبود آمیختگی شناختی در اختلالات مختلف کمک می‌کند و به اثربخشی بالاتر درمان متمرکز بر هیجان در مقایسه با سایر درمان‌ها اشاره دارند. پژوهشی که به طور خاص و مستقیم به مقایسه اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و درمان متمرکز بر هیجان در زمینه تنظیم شناختی هیجان پرداخته باشد، یافت نشد. با این حال، با توجه به اینکه درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ مبتنی بر اصول درمان شناختی-رفتاری است، می‌توان به طور تلویحی به تبیین این موضوع پرداخت که درمان متمرکز بر

هیجان ممکن است در زمینه تنظیم شناختی هیجان مؤثرتر از درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ باشد. اصول درمان شناختی-رفتاری به‌ویژه بر تغییر افکار و رفتارهای خاص تأکید دارد، در حالی که درمان متمرکز بر هیجان بیشتر بر افزایش آگاهی و تنظیم هیجان تأکید می‌کند. از این رو، درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند به بهبود تنظیم شناختی هیجان و پردازش هیجانات به‌طور کلی کمک کند، که ممکن است در مقایسه با روش‌های مبتنی بر شناختی-رفتاری، نتایج بهتری به همراه داشته باشد. همچنین می‌توان استدلال کرد یکی از دلایل اصلی اثربخشی بالاتر درمان متمرکز بر هیجان در تنظیم شناختی هیجان سازگار، توجه به فرآیندهای هیجانی درونی است. این درمان به بیماران کمک می‌کند تا به صورت عمیق‌تر به هیجانات خود توجه کرده و آن‌ها را به خوبی پردازش کنند. به عبارت دیگر، درمان متمرکز بر هیجان به بیماران اجازه می‌دهد تا هیجانات خود را درک کنند و راهبردهای مؤثرتری برای تنظیم آن‌ها توسعه دهند که این امر می‌تواند به کاهش نشانه‌های اختلال وسواس اجباری منجر شود (گرینبرگ، ۲۰۰۴). در مقابل، درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ بیشتر بر کاهش نشانه‌های بیرونی و جبرانی تمرکز دارد و ممکن است در پردازش و تنظیم هیجانات عمیق‌تر تأثیر کمتری داشته باشد. در نهایت، درمان متمرکز بر هیجان با تمرکز بر فرآیندهای هیجانی و شناختی به بهبود تنظیم هیجان در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری کمک می‌کند. این درمان از طریق توجه به هیجانات درونی و پردازش مؤثر آن‌ها، به بیماران کمک می‌کند تا تنظیم هیجان سازگارانه‌تری را تجربه کنند و در مقایسه با درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ، نتایج بهتری در بهبود کیفیت زندگی و کاهش نشانه‌های اختلال وسواس اجباری به همراه دارد (گرینبرگ، ۲۰۰۲).

یافته‌های این مطالعه پیرامون اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ بر عدم تحمل تردید در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری نشان داد تفاوت میانگین عدم تحمل تردید و زیرمقیاس‌های آن در گروه‌های مورد مطالعه معنادار

است. همچنین نتایج نشان داد تفاوت بین میانگین عدم تحمل تردید و ابعاد آن در گروه درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ با گروه گواه معنادار است. همچنین نتایج آزمون بن فرونی در مقایسه اثر زمان‌ها نشان می‌دهد که تغییرات ایجاد شده در میانگین نمرات عدم تحمل تردید بعد از اتمام دوره درمان پابرجا مانده است. پژوهش‌های همسو با فرضیه پژوهش حاضر، مانند پینچوتی و همکاران (۲۰۲۱)، نایب‌آقایی و همکاران (۱۳۹۸)، هزل و همکاران (۲۰۱۶) و بوخولز و همکاران (۲۰۱۹)، به اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ در کاهش عدم تحمل تردید و اضطراب‌های مرتبط با آن اشاره دارند و نشان می‌دهند که این درمان از طریق مواجهه مداوم با تردیدها، اضطراب را کاهش می‌دهد. در مقابل، پژوهش‌های ناهمسو مانند نولز و اولاتونجی (۲۰۲۳) و گارسیا (۲۰۱۰) به پیچیدگی‌های فردی و روانشناختی در اثرگذاری درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و نیاز به ترکیب آن با سایر رویکردهای درمانی اشاره دارند، که نشان‌دهنده تأثیرات متغیر این درمان بر عدم تحمل تردید است. در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت عدم تحمل تردید یکی از دامنه‌های باوری است که به عنوان زمینه‌ساز وسواس در نظر گرفته می‌شود (ساروگی ۱ و همکاران، ۲۰۱۳) افرادی که عدم تحمل تردید را تجربه می‌کنند ممکن است به عدم تحمل تردید با اجتناب از آن پاسخ دهند و/یا در مواجهه با عدم تحمل تردید دچار مشکلات عملکردی شوند. کرونه (۱۹۸۹) در مدل هیپریپسینانه-اجتنابی خود از اضطراب، عدم تحمل تردید را در نظر می‌گیرد به طوری که عدم تحمل تردید منجر به هایپرپیش‌بینی برای عدم قطعیت و به دنبال آن برانگیختگی منفی و عاطفی می‌شود. بنابراین، افراد تلاش می‌کنند تا از عدم قطعیت اجتناب کنند تا از تجربه برانگیختگی عاطفی نامطلوب و احساسات منفی که توسط عدم تحمل تردید ایجاد می‌شود، جلوگیری کنند و احساسات منفی ممکن است عملکرد مناسب را مختل کند. درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ به عنوان یک روش مؤثر در کاهش عدم تحمل تردید در

بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری شناخته شده است. در اختلال وسواس اجباری، افراد معمولاً با احساس عدم قطعیت شدید مواجه هستند و به همین دلیل، برای کاهش اضطراب و افزایش احساس کنترل، اقدام به انجام رفتارهای اجبارگونه می‌کنند. این درمان با مواجهه تدریجی با محرک‌های وسواس‌برانگیز، به بیماران کمک می‌کند تا با عدم قطعیت و تردید کنار بیایند و احساسات خود را بدون نیاز به انجام رفتارهای اجبارگونه مدیریت کنند. به این ترتیب، درمان به کاهش عدم تحمل تردید و اضطراب مرتبط با آن کمک می‌کند و به بیماران امکان می‌دهد تا با موقعیت‌های مبهم و غیرقطعی به طور مؤثری برخورد کنند.

یافته‌های این مطالعه پیرامون اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر عدم تحمل تردید در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری نشان داد تفاوت نمرات گروه درمان متمرکز بر هیجان در پریشان‌کننده بودن ابهام و منفی بودن رویداد ابهام‌آمیز و اجتناب از آنها با گروه گواه معنادار است و گروه درمان متمرکز بر هیجان در کاهش این زیرمقیاس‌ها مؤثر بوده است. اما تفاوت بین میانگین نمره کل عدم تحمل تردید و ابعاد آن شامل ناتوانی برای انجام عمل و ابهام در مورد آینده در گروه درمان متمرکز بر هیجان با گروه گواه معنادار نیست. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت درمان متمرکز بر هیجان بر عدم تحمل تردید بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری مؤثر نیست. با اینحال، نتایج پژوهش‌های الیسون و همکاران (۲۰۰۴)، تیمولاک و مک‌الوانی (۲۰۱۶)، تیمولاک و همکاران (۲۰۱۴) و لی و همکاران (۲۰۱۵) به طور تلویحی از اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر عدم تحمل تردید حمایت می‌کنند. در تبیین این یافته پژوهشی می‌توان گفت درمان متمرکز بر هیجان بر اساس ایده‌هایی شکل گرفته که هیجانات نقش مهمی در شکل‌گیری و تداوم مشکلات روانی ایفا می‌کنند. در افراد مبتلا به اختلال وسواس اجباری، عدم تحمل تردید و تلاش مداوم برای اطمینان از کنترل وضعیت‌ها و جلوگیری از پیامدهای ناخواسته، بخشی از مشکل اصلی

است. این افراد معمولاً با نگرانی‌های شدیدی مواجه هستند که ریشه در احساسات عمیق مانند ترس، اضطراب، و عدم امنیت دارند. درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند به این بیماران کمک کند که به جای تلاش برای فرار از تردیدها یا کنترل کامل آن‌ها، به هیجانات پشت این تردیدها توجه کنند و آن‌ها را به طور مستقیم تجربه و پردازش کنند. این رویکرد به آن‌ها یاد می‌دهد که هیجاناتی مانند ترس و اضطراب طبیعی هستند و نیازی نیست همیشه از آن‌ها اجتناب کنند یا آن‌ها را سرکوب کنند. وقتی فرد یاد می‌گیرد که به طور موثر هیجانات خود را مدیریت کند و به آن‌ها اجازه بروز دهد، نیاز به اطمینان‌طلبی و رفتارهای وسواسی کاهش می‌یابد. در نتیجه، عدم تحمل تردید نیز کاهش می‌یابد زیرا بیمار به تدریج می‌آموزد که با تردیدها و نااطمینانی‌ها زندگی کند و آن‌ها را به عنوان بخشی طبیعی از زندگی بپذیرد. همچنین، درمان متمرکز بر هیجان بر ایجاد خودآگاهی نسبت به هیجانات و واکنش‌های هیجانی تمرکز دارد. این آگاهی به بیماران وسواس اجباری کمک می‌کند که رفتارهای خودکار و واکنش‌های افراطی خود را نسبت به تردید شناسایی کنند و به جای پاسخ‌های اجباری، انتخاب‌های بهتری در مواجهه با آن‌ها داشته باشند.

یافته‌های این مطالعه پیرامون مقایسه اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و درمان متمرکز بر هیجان بر عدم تحمل تردید در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری نشان داد تفاوت میانگین نمره کل عدم تحمل تردید و ابعاد آن (به جز پریشان‌کننده بودن ابهام) بین گروه درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ با درمان متمرکز بر هیجان معنادار است. نتایج نشان می‌دهد که دو گروه در کاهش نمرات پریشان‌کننده بودن ابهام تفاوت معناداری با هم ندارند اما درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ در مقایسه با درمان متمرکز بر هیجان میانگین عدم تحمل تردید و سایر ابعاد آن را به صورت معنادار بیشتر کاهش داده است. بنابراین می‌توان گفت اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ در کاهش عدم تحمل تردید بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری از

درمان متمرکز بر هیجان بیشتر است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که در هر دو گروه آزمایشی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیش‌آزمون به پیگیری میانگین‌ها کاهش یافته و تفاوت معناداری وجود دارد. تفاوت‌ها از پس‌آزمون به پیگیری معنادار نیستند؛ به این معنا که اثرات درمانی در طول زمان ثابت داشته‌اند. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و درمان متمرکز بر هیجان بر عدم تحمل تردید بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری در طول زمان ثابت دارد. نتایج چند پژوهش با این یافته پژوهشی همسو می‌باشد؛ فوا و گلدستین (۱۹۷۸)، ویلهلم و همکاران (۲۰۱۵) و فوا و مک‌لین (۲۰۱۶)، به اثربخشی درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ در کاهش اضطراب و تفسیر نادرست اشاره دارند و نشان می‌دهند که این درمان از طریق مواجهه مکرر با محرک‌های ترسناک و جلوگیری از رفتارهای اجبارآمیز به تدریج اضطراب را کاهش می‌دهد. در مقابل، پژوهش‌هایی مانند گرینبرگ و واتسون (۱۹۹۳) و تیمولاک و مک‌الوانی (۲۰۱۶) به درمان متمرکز بر هیجان تأکید دارند که به طور غیرمستقیم به کاهش علائم اختلال کمک می‌کند و بر پردازش هیجانات و تغییر رفتارهای اجبارآمیز متمرکز است. این تفاوت‌ها نشان‌دهنده ناهمسانی نسبی بین دو رویکرد است که ممکن است نیاز به تکمیل یکدیگر داشته باشند. بر اساس مقایسه محتوای جلسات درمان متمرکز بر هیجان و مواجهه-جلوگیری از پاسخ، می‌توان استدلال کرد که اثربخشی مواجهه-جلوگیری از پاسخ در کاهش عدم تحمل تردید در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری بیشتر از درمان متمرکز بر هیجان است. مواجهه-جلوگیری از پاسخ مستقیماً بر روی چرخه‌های وسواسی و رفتارهای اجتنابی تمرکز می‌کند و با ارائه تکنیک‌های عملی و هدفمند، بیمار را به مواجهه با افکار مزاحم و توقف رفتارهای خنثی‌ساز تشویق می‌کند. از جلسه سوم تا هفتم، مواجهه-جلوگیری از پاسخ به بیمار آموزش می‌دهد که از طریق مواجهه تخیلی و واقعی، به تدریج با موقعیت‌های اضطراب‌زا روبرو شود و از پاسخ‌های اجتنابی خودداری کند.

این فرایند منجر به خوگیری بیمار نسبت به اضطراب ناشی از تردید شده و با کاهش تدریجی شدت واکنش‌های هیجانی، به بهبود عدم تحمل تردید کمک می‌کند. در جلسات هشتم و نهم نیز، با استفاده از تکنیک‌های شناختی مانند پرسشگری سقراطی و محاسبه احتمال خطر، باورهای ناسازگار بیمار در خصوص پیامدهای احتمالی تردید مورد بازبینی قرار می‌گیرد و جایگزین‌های منطقی‌تر و سازنده‌تر معرفی می‌شوند. این ساختار مثبتی بر شواهد و تمرکز مستقیم بر عوامل اصلی ایجاد تردید، مواجهه-جلوگیری از پاسخ را به یک درمان هدفمند و کارآمد در کاهش عدم تحمل تردید تبدیل کرده است. درمقابل، درمان متمرکز بر هیجان با تأکید بر شناسایی و پردازش هیجانات، بازسازی هیجانی و ایجاد آگاهی نسبت به نیازهای هیجانی، به طور غیرمستقیم می‌تواند به کاهش برخی علائم اختلال وسواس اجباری کمک کند. برای مثال، جلسات پنجم تا هفتم درمان متمرکز بر هیجان به بیمار کمک می‌کند که هیجانات حل‌نشده خود را شناسایی کرده و آن‌ها را پردازش کند؛ همچنین، پذیرش تجربیات و تقویت پردازش هیجانی از طریق تکنیک‌هایی مانند مواجهه تجسمی و صندلی داغ می‌تواند در بهبود کلی وضعیت هیجانی بیمار مؤثر باشد. با این حال، این رویکرد بر کاهش مستقیم تردید تمرکز ندارد و معمولاً زمان بیشتری برای ایجاد تغییرات نیاز دارد. به همین دلیل، مواجهه-جلوگیری از پاسخ با فراهم کردن ابزارهای عملی، تمرین‌های هدفمند، و تأکید بر اصلاح باورهای مرتبط با تردید، نتایج ملموس‌تر و سریع‌تری در کاهش عدم تحمل تردید ارائه می‌دهد. این تفاوت در اهداف و روش‌های هر دو درمان نشان می‌دهد که مواجهه-جلوگیری از پاسخ به دلیل ساختار منسجم و سیستماتیک خود، برای بهبود این جنبه خاص از اختلال وسواس اجباری نسبت به درمان متمرکز بر هیجان اثربخشی بیشتری دارد. با توجه به مزایای هر دو درمان، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ به دلیل تمرکز مستقیم و مؤثر بر مواجهه با محرک‌های ترسناک و کاهش تفسیر نادرست، احتمالاً اثربخشی بیشتری در کاهش عدم تحمل تردید دارد.

این درمان به طور خاص به کاهش اضطراب و نیاز به اطمینان و رفتارهای اجباری کمک می‌کند. از سوی دیگر، درمان متمرکز بر هیجان با تمرکز بر پردازش هیجانات و افزایش خودآگاهی نسبت به هیجانات، ممکن است به طور غیرمستقیم به کاهش عدم تحمل تردید پردازد و به عنوان مکملی برای درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ مورد استفاده قرار گیرد.

به طور کلی، این پژوهش به درک بهتر نقش‌های مختلف درمانی در مدیریت اختلال وسواس اجباری کمک کرده و نشان می‌دهد که ترکیب روش‌های مختلف می‌تواند به بهبود نتایج درمانی منجر شود. با توجه به اثربخشی هر دو روش در زمینه‌های مختلف، ممکن است ترکیب درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ و درمان متمرکز بر هیجان بتواند به بهبود جامع‌تر نتایج در بیماران مبتلا به اختلال وسواس اجباری منجر شود. این ترکیب می‌تواند شامل استفاده از درمان متمرکز بر هیجان برای پردازش عمیق‌تر هیجانات و درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ برای کاهش رفتارهای وسواسی باشد. درمانگران می‌توانند بر اساس نیازهای خاص هر بیمار، برنامه‌های درمانی را به گونه‌ای تنظیم کنند که از نقاط قوت هر دو روش بهره‌برداری کنند. برای مثال، در بیمارانی که مشکل عمده‌ای با عدم تحمل تردید دارند، ممکن است استفاده بیشتر از درمان مواجهه-جلوگیری از پاسخ مفید باشد، در حالی که در بیمارانی که نیاز به بهبود در تنظیم هیجانات دارند، درمان متمرکز بر هیجان می‌تواند مؤثرتر باشد. ارزیابی منظم و جامع از تأثیرات هر دو روش درمانی بر جنبه‌های مختلف اختلال وسواس اجباری می‌تواند به بهبود استراتژی‌های درمانی کمک کند. به ویژه، توجه به جنبه‌های هیجانی و شناختی در برنامه‌های درمانی می‌تواند به شناسایی و تقویت نقاط قوت درمان‌ها کمک کند.

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران می‌باشد." و دارای کد اخلاق به شناسه

IR.IAU.TON.REC.1402.092 از کمیته اخلاق در

تعارض منافع

پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن می باشد.
در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

فهرست منابع

- انجمن روان پزشکی آمریکا (۲۰۱۳). راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی. چاپ چهارم. ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۴۰۲). تهران: روان.
- باقری شیخانگفته، فرزین؛ فتحی آشتیانی، علی؛ صوابی نیری، وحید؛ نخستین آصف، زهرا و بوربور، زینب (۱۴۰۱). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اختلال وسواس فکری-عملی و اختلال استرس پس از ضربه در پرستاران دارای فرسودگی کووید-۱۹: یک مطالعه نیمه تجربی. مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان، ۲۱(۱)، ۱۱۱۵-۱۱۳۲.
- ترابی، هانیه و بهرامی پوراصفهان، منصوره (۱۴۰۲). اثربخشی پروتکل درمانی تن انگاره تایلور بر عوامل حمایت کننده فردی و پذیرش خود نوجوانان دختر دارای وسواس تن انگاره. فصلنامه روان شناسی تحلیلی شناختی، ۱۴(۱)، ۹۱-۱۰۷.
- جانی، ستاره؛ حاجلو، نادر و نیمانی، محمد (۱۴۰۱). 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. روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، ۲۰(۳۹)، ۸۹-۷۷.
- حسن پور، پگاه؛ آقاییوسفی، علیرضا؛ ضمیر، محسن و علیپو، احمد (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و مواجهه سازی - بازداری پاسخ بر اجتناب تجربه ای و تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به وسواس فکری -عملی. روانشناسی بالینی، ۱۱(۴۳)، ۳۸-۲۵.
- حسینی، سیدناصر؛ ثابت، مهرداد؛ درتاج، فریبرز و شمالی اسکویی، آرزو (۱۴۰۱). پیش بینی اعتیاد به تلفن همراه بر اساس عوامل فراتشخیصی (بدتنظیمی هیجانی، باورهای فراشناختی و عدم تحمل بلا تکلیفی) و اضطراب. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۶(۴)، ۳۳۹-۳۲۸.
- شکرالهی، مژگان؛ هاشمی، سید اسماعیل؛ مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ زرگر، یداله و نعامی، عبدالزهرا (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان هیجان مدار و درمان شناختی تحلیلی بر حساسیت اضطرابی، فاجعه آمیز کردن درد، اجتناب تجربی و تنظیم شناختی هیجان در بیماران مبتلا به درد مزمن با ناگویی هیجانی. تحقیقات علوم رفتاری. ۱۹(۴)، ۷۵۲-۷۳۹.
- کشاورزی ارشدی، فرناز؛ حسنی، فریبا و محمدنژاد، الهام (۱۳۹۷). اثربخشی درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ، بر نشانگان افسردگی و اجتناب تجربه ای در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی. مجله مطالعات ناتوانی، ۸(۱)، ۴۱-۳۴.
- محمدی، حمیده و فولادچنگ، محبوبه (۱۳۹۷). نقش واسطه ای سبک های پردازش هویت در رابطه بین سبک های دلبستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. مجله روانشناسی، ۲۲(۸۷)، ۳۲۵-۳۰۸.
- محمی الدینی، حمید؛ بختیارپور، سعید؛ پاشا، رضا و احتشامزاده، پروین (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی گروه درمانی شناختی رفتاری و دارو درمانی (فلوکستین) بر علائم اختلال وسواس-اجبار. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت، ۱۰(۱)، ۳۳-۲۳.

- Brakoulias, V., Starcevic, V., Belloch, A., Brown, C., Ferrao, Y. A., Fontenelle, L. F., ... & Viswasam, K. (2017). Comorbidity, age of onset and suicidality in obsessive-compulsive disorder (OCD): an international collaboration. *Comprehensive psychiatry*, 76, 79-86.
- Eichholz, A., Schwartz, C., Meule, A., Heese, J., Neumüller, J., & Voderholzer, U. (2020). Self-compassion and emotion regulation difficulties in obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 27(5), 630-639.
- Fawcett, J. M., Wakeham-Lewis, R. M., Garland, S., & Fawcett, E. J. (2020). 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*, 25, 100527.
- Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2014). Emotion regulation and obsessive-compulsive symptoms: A further examination of associations. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(3), 243-248.
- Ferrando, C., & Selai, C. (2021). A systematic review and meta-analysis on the effectiveness of exposure and response prevention therapy in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 31, 100684.
- Ferreira, S., Couto, B., Sousa, M., Vieira, R., Sousa, N., Pico-Perez, M., & Morgado, P. (2021). Stress influences the effect of obsessive-compulsive symptoms on emotion regulation. *Frontiers in psychiatry*, 11, 594541.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2006). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.

- Goodman, W. K., Price, L. H., Rassmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & et al. (1989). Yale-Brown obsessive-compulsive scale: Development, use and reliability. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11), 1006-1011.
- Gross, J. J. (2015). *Handbook of emotion regulation*. California: Guilford Publications.
- Hebert, E. A., & Dugas, M. J. (2019). Behavioral experiments for intolerance of uncertainty: Challenging the unknown in the treatment of generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, 26(2), 421-436.
- Huang, Y., Wang, Y. U., Wang, H., Liu, Z., Yu, X., Yan, J., ... & Wu, Y. (2019). Prevalence of mental disorders in China: a cross-sectional epidemiological study. *The Lancet Psychiatry*, 6(3), 211-224.
- Khosravani, V., Samimi Ardestani, S. M., Sharifi Bastan, F., & Malayeri, S. (2020). Difficulties in emotion regulation and symptom dimensions in patients with obsessive-compulsive disorder. *Current psychology*, 39(5), 1578-1588.
- Knowles, K. A., Cole, D. A., Cox, R. C., & Olatunji, B. O. (2022). Time-varying and time-invariant dimensions in intolerance of uncertainty: Specificity in the prediction of obsessive-compulsive symptoms. *Behavior therapy*, 53(4), 686-700.
- Koerner, N., & Dugas, M. J. (2006). A cognitive model of generalized anxiety disorder: The role of intolerance of uncertainty. *Worry and its psychological disorders: Theory, assessment and treatment*, 201-216.
- Ong, C. W., Blakey, S. M., Smith, B. M., Morrison, K. L., Bluett, E. J., Abramowitz, J. S., & Twohig, M. P. (2020). Moderators and processes of change in traditional exposure and response prevention (ERP) versus acceptance and commitment therapy-informed ERP for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 24, 100499.
- Pascual-Vera, B., Belloch, A., Ghisi, M., Sica, C., & Bottesi, G. (2021). To achieve a sense of rightness: The joint role of Not Just Right Experiences and Intolerance of Uncertainty in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 29, 100627.
- Pearcy, C. P., Anderson, R. A., Egan, S. J., & Rees, C. S. (2016). A systematic review and meta-analysis of self-help therapeutic interventions for obsessive-compulsive disorder: Is therapeutic contact key to overall improvement?. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 51, 74-83.
- Pinciotti, C. M., Riemann, B. C., & Wetterneck, C. T. (2020). Differences in intolerance of uncertainty in OCD and comorbid PTSD underlying attenuated treatment response. *Annals of Psychiatry and Mental Health*, 8(1), 1142.
- Pinciotti, C. M., Riemann, B. C., & Wetterneck, C. T. (2020). Differences in intolerance of uncertainty in OCD and comorbid PTSD underlying attenuated treatment response. *Annals of Psychiatry and Mental Health*, 8(1), 1142.
- Sadeh, N., & Bredemeier, K. (2021). Engaging in risky and impulsive behaviors to alleviate distress mediates associations between intolerance of uncertainty and externalizing psychopathology. *Journal of personality disorders*, 35(3), 393-408.
- Sharbanee, J. M., & Greenberg, L. S. (2023). Emotion-focused therapy for grief and bereavement. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 22(1), 1-22.
- Shaw, A. M., Halliday, E. R., & Ehrenreich-May, J. (2020). The effect of transdiagnostic emotion-focused treatment on obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 26, 100552.
- Sperling, J. (2022). The Role of Intolerance of Uncertainty in Treatment for Pediatric Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 1-10.
- Thompson, B. L., Twohig, M. P., & Luoma, J. B. (2021). Psychological flexibility as shared process of change in acceptance and commitment therapy and exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: a single case design study. *Behavior Therapy*, 52(2), 286-297.
- Timulak, L., Keogh, D., McElvaney, J., Schmitt, S., Hession, N., Timulakova, K., ... & Ward, F. (2020). Emotion-focused therapy as a transdiagnostic treatment for depression, anxiety and related disorders: Protocol for an initial feasibility randomised control trial. *HRB open research*, 3.
- Toffolo, M. B., van den Hout, M. A., Engelhard, I. M., Hooge, I. T., & Cath, D. C. (2014). Uncertainty, checking, and intolerance of uncertainty in subclinical obsessive compulsive disorder: An extended replication. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(4), 338-344.
- Wang, Q. Q., Fang, Y. Y., Huang, H. L., Lv, W. J., Wang, X. X., Yang, T. T., ... & Zhang, Y. H. (2021). Anxiety, depression and cognitive emotion regulation strategies in Chinese nurses during the COVID-19 outbreak. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1263-1274.
- Wei, M. A., Van Kirk, N., Reid, A. M., Garner, L. E., Krompinger, J. W., Crosby, J. M., ... & Weisz, J. R. (2020). Emotion regulation strategy use and symptom change during intensive treatment of transitional age youth patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 30(2), 95-102.

- Wheaton, M. G., Messner, G. R., & Marks, J. B. (2021). Intolerance of uncertainty as a factor linking obsessive-compulsive symptoms, health anxiety and concerns about the spread of the novel coronavirus (COVID-19) in the United States. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 28, 100605.
- Xiong, A., Lai, X., Wu, S., Yuan, X., Tang, J., Chen, J., ... & Hu, M. (2021). Relationship between cognitive fusion, experiential avoidance, and obsessive-compulsive symptoms in patients with obsessive-compulsive disorder. *Frontiers in Psychology*, 12, 655154.
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., & Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 695-709.
- Yap, K., Mogan, C., Moriarty, A., Dowling, N., Blair-West, S., Gelgec, C., & Moulding, R. (2018). Emotion regulation difficulties in obsessive compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 74(4), 695-709.
- Zwack, J., & Greenberg, L. (2020). Where Are the Emotions? How Emotion-Focused Therapy Could Inspire Systemic Practice. In *Systemic Research in Individual, Couple, and Family Therapy and Counseling* (pp. 249-264).

Original Article

Comparing the effectiveness of exposure-response prevention therapy and emotion-focused therapy on intolerance of uncertainty and cognitive emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder

Received: 20/12/2024 - Accepted: 16/02/2025

Mehdi Mirzapour Alamdari¹
Arsalaln Khanmohammadi Otaghsara^{2*}
Ali Khaneh Keshi³

¹PhD student General Psychology,
Department of Psychology, Tonekabon
Branch, Islamic Azad University,
Tonekabon, Iran.

² Assistant Professor, Department of
Psychology, Ayatollah Amoli Branch,
Islamic Azad University, Amol, Iran.
(Corresponding author)

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

Corresponding author: Arsalaln
Khanmohammadi Otaghsara, Assistant
Professor, Department of Psychology
,Ayatollah Amoli Branch, Islamic Azad
University, Amol, Iran.

Email:
ar.khanmohammadi@gmail.com

Abstract

Introduction: The aim of this study was to determine the difference in the effectiveness of exposure-response prevention therapy and emotion-focused therapy on uncertainty intolerance and cognitive emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder.

Methods: The present study method was a semi-experimental pre-test-post-test with a two-month follow-up with a control group. The statistical population in this study was all people with obsessive-compulsive disorder in Babol city in the fall and winter of 1402. 45 people were selected by simple random sampling method and then randomly assigned to three groups of 15 people. Then, the therapeutic intervention was implemented on the experimental groups and a post-test was held after the end of the intervention period. In order to follow up on the durability of the effects of the treatments, a two-month follow-up was conducted. The first experimental group received a summary of the exposure-response prevention therapy package during 10 90-minute sessions and the second group received a summary of the emotion-focused therapy package during 8 90-minute sessions, and the control group did not receive any intervention. In order to analyze the data, a mixed analysis of variance test was performed using SPSS version 26.

Results: The results showed that the effectiveness of exposure-response prevention therapy and emotion-focused therapy on intolerance of uncertainty and adaptive cognitive emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder is statistically significant. In addition, the effectiveness of exposure-response prevention therapy in reducing intolerance of uncertainty in patients with obsessive-compulsive disorder is greater than that of emotion-focused therapy. Also, the effectiveness of emotion-focused therapy in increasing adaptive cognitive emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder was greater than that of exposure-response prevention therapy. As a result, therapists can benefit from both therapeutic approaches in treating obsessive-compulsive patients.

Conclusion: The results show that yoga and hanging exercises can be effective in improving working memory and gross motor performance of DCD children. But training programs do not affect fine motor performance.

Keywords: Intolerance of uncertainty, cognitive emotion regulation, exposure-response prevention therapy, emotion-focused therapy, obsessive-compulsive disorder