رویش روان شناسی، سال۱۴، شماره ۶، شماره پیاپی ۱۱۱، شهریور ۱۴۰۴
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),14(6), 2025

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و مواجهه‌سازی/بازداری از پاسخ بر بدتنظیمی هیجانی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری

Comparison of the effectiveness of Emotion efficacy therapy and Exposure and Response prevention on emotional dysregulation of people with obsessive-compulsive disorder

مرجان چمانی
دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی عمومی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
حکیمه آقائی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
محبوبه طاهر
دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.
سیدموسی طباطبایی
استادیار، گروه علوم شناختی، دانشگاه سمنان، سمنان، ایران.

Marjan Chamani
PhD Student, Department of General Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
Hakimeh Aghaei *
Assistant Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran. h.aghaei@iau-shahrood.ac.ir
Mahboobe Taher
Associate Professor, Department of Psychology, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.
Seyed Mosa Tabatabaee
Assistant Professor, Department of cognitive sciences, Semnan University, Semnan, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و مواجهه‌سازی/بازداری از پاسخ بر بدتنظیمی هیجانی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری انجام شد. روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه‌آماری پژوهش تمامی زنان و مردانی که در پاییز سال ۱۴۰۱ به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره و روان‌درمانی تحت نظارت سازمان نظام روانشناسی و مشاوره منطقه ۳ شهر تهران مراجعه کردند و توسط روانپزشک تشخیص قطعی اختلال وسواسی-جبری دریافت نمودند، بودند. تعداد ۵۱ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی به شیوه هدفمند وارد مطالعه شدند و بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. سپس گروه آزمایش اول (درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی) و دوم (درمان مواجهه‌سازی/بازداری پاسخ) هر یک طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت فردی، تحت مداخله قرار گرفتند. ابزار پژوهش مقیاس وسواس فکری-جبری ییل-براون (Y-BOCS، گودمن و همکاران، ۱۹۸۹)، و پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان (CERQ، گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶)، بود. تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون بونفرونی انجام شد. یافته‌های بدست آمده نشان داد که هر دو روش مداخله در مقایسه با گروه گواه به طور معنی‌داری موجب کاهش بدتنظیمی هیجانی می‌شوند (P<۰/۰۱) و بین میزان اثربخشی دو روش تفاوت معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۱). بطورکلی با بکارگیری هر یک از روش‌های مداخله‌ای درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و مواجهه‌سازی /بازداری از پاسخ می‌توان گام مهمی در تنظیم هیجان بیماران OCD برداشت.

واژه‌های کلیدی: *بدتنظیمی هیجانی، مواجهه‌سازی/بازداری از پاسخ، اختلال وسواسی-جبری، درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی.*

Abstract
The present study aimed to compare the effects of emotion efficiency and response exposure/inhibition therapies on emotional dysregulation of people with obsessive-compulsive disorder. The method of this study was quasi-experimental with a pre-test-post-test design and a 2-month follow-up. The statistical population of the research was all men and women who were referred to the counseling and psychotherapy centers under the supervision of the Psychology and Counseling System Organization in District 3 of Tehran in the fall of 2022 and received a definitive diagnosis of obsessive-compulsive disorder by a psychiatrist. 51 people were included in the study using a non-random sampling method purposefully and were randomly divided into two experimental groups and a control group. Then, the first experimental group (emotional efficiency therapy) and the second experimental group (response exposure/inhibition therapy) were intervened during 12 1-hour sessions a week. The study tools included the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS, Goodman et al., 1989) and cognitive emotion regulation questionnaires (CERQ, Garnefski & Kraaij, 2006). Data analysis using repeated measurement tests and Bonferroni's post hoc test showed that both treatments significantly decreased emotional dysregulation compared to the control group (P< 0.01), and there was no significant difference between the effects of the two methods (P> 0.01). Thus, an important step can be taken in reducing the consequences caused by the lack of emotional dysregulation in OCD by using any of the emotion efficiency and response exposure/inhibition therapies for emotional dysregulation.

Keywords: *Emotional Dysregulation, Exposure and Response Prevention, Obsessive-Compulsive Disorder, Emotion Efficacy Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** آبان ۱۴۰۳ | **پذیرش:** دی ۱۴۰۳ | **ویرایش نهایی:** شهریور ۱۴۰۴

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

مقدمه

اختلال وسواسی- جبری[1] یک اختلال روانپزشکی ناهمگن (فیشر[2] و همکاران، ۲۰۲۴) با علل ناشناخته که با افکار، تکانه‌ها و تمایلاتی که به صورت ناخواسته، تردیدآمیز و تکراری برای فرد مزاحمت ایجاد می‌کنند و همچنین رفتارهای وسواسی که در پاسخ به این افکار انجام می‌شود، تعریف می‌شوند. از نشانگان این اختلال افکار، تصاویر، یا تمایلات مداوم و مزاحم (وسواس) هستند که اغلب باعث ایجاد اجبارهایی می‌گردد که برای کاهش پریشانی یا جلوگیری از یک نتیجه ترسناک انجام می‌شود (گرویل-هریس[3]و همکاران، ۲۰۲۴). این رفتارهای تکراری و اجبارها با هدف کاهش اضطراب ناشی از وسواس‌ها، معمولاً روزانه یک ساعت یا بیشتر وقت فرد را به خود اختصاص می‌دهند و اختلال در عملکرد اجتماعی و/یا شغلی ایجاد می‌کنند (لوی[4] و همکاران، ۲۰۲۴). در سطح جهانی نرخ شیوع مادام‌العمر اختلال وسواسی-جبری ۲.۳٪ گزارش شده است (دی ورا[5]، ۲۰۲۴) و بنابر گزارش‌ها در میزان شیوع این اختلال برحسب جنسیت تفاوت معناداری وجود ندارد (گرنتس[6] و همکاران، ۲۰۱۹). علت وسواس- جبری پیچیده و چندوجهی است و شامل عوامل گوناگون شناختی، بیولوژیکی، گرایشی و هیجانی است که به عنوان عواملی برای تداوم این اختلال معرفی شده‌اند (گرویل-هریس و همکاران، ۲۰۲۴).

یک فرآیند مرکزی که در پیدایش و حفظ اختلال وسواسی-جبری (OCD) نقش دارد بدتنظیمی هیجانی[7] است (بیشوف[8] و همکاران، ۲۰۲۴)؛ که به عنوان افول و اضمحلال مهارت‌های اضطراری مانند هوشیار بودن و آگاهی از هیجانات، پذیرش هیجانات، کنترل رفتارهای تکانشی و اقدام در راستای اهداف و دستیابی به خواسته‌ها تعریف می‌شود (اینالتکین و یاغجی[9]، ۲۰۲۴). شدت علائم وسواسی جبری به طور مثبت با ابعاد متعدد بدتنظیمی هیجانی، از جمله عدم پذیرش عاطفی، مشکلات درگیر شدن در رفتار هدفمند در هنگام پریشانی، مشکلات کنترل، رفتارهای تکانشی در هنگام پریشانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی مؤثر، فقدان آگاهی عاطفی و عدم وضوح هیجانی مرتبط است (مانور و یاپ[10]، ۲۰۲۴؛ اصلان و همکاران، ۲۰۲۴؛ اوزتورک[11]و همکاران، ۲۰۲۳). به عنوان مثال، ناتوانی در تنظیم مؤثر هیجانات با احتمال بیشتر درگیر شدن در رفتارهای تکراری برای اجتناب یا فرار از هیجانات ناخواسته همراه است (سیکساس[12] و همکاران، ۲۰۲۱) و با این ایده سازگار است که افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری برای تسکین ناراحتی هیجانی مرتبط با افکار وسواسی، اجبار را انجام می‌دهند (اینالتکین و یاغجی، ۲۰۲۴).

به منظور بهبودی علائم آسیب‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس-جبری رویکردها و روش‌های مداخله‌ای و آموزشی گوناگونی به کار گرفته شده است. یکی از درمان‌های فراتشخیصی یکپارچه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی[13] است؛ که به نظر می‌رسد در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری مؤثر باشد.

درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی یک مداخله رفتاری است که یافته‌های حاصل از درمان شناختی- رفتاری سنتی، علوم هیجانات[14]، درمان‌های موج سوم[15] و نظریه‌های مرتبط با یادگیری انسان را ترکیب می‌کند. در واقع این روش درمانی براساس چندین درمان شناختی-رفتاری توسعه می‌یابد و مؤلفه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد[16] (ACT) و رفتاردرمانی دیالکتیک[17](DBT) را با درمان مبتنی بر مواجهه[18] یکپارچه می‌سازد (مظلوم و همکاران، ۲۰۲۳). فرضیه اصلی در درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی این است که افراد مبتلا به اختلالات هیجانی، راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگارانه را به کار می‌برند و اساساً سعی می‌کنند تا از هیجانات ناخوشایند اجتناب کرده و یا شدت آن را کاهش دهند که باعث نتیجه عکس و تداوم علائم آنها می‌شود. این رویکرد درمانی به کمک پنج مهارت افزایش آگاهی از هیجان،

1 obsessive-compulsive disorder
2 Fisher
3 Greville-Harris
4 Levy
5 De Vera
6 Gerentes
7 emotional dysregulation
8 Bischof
9 İnaltekin, & Yağcı
10 Manor, & Yap
11 Öztürk
12 Seixas
13 emotion efficacy therapy
14 emotion sciences
15 third waves therapies
16 acceptance and commitment based therapy
17 dialectical behavior therapy
18 exposure therapy

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

پذیرش توجه‌آگاهانه، اقدام مبتنی بر ارزش‌ها، مقابله توجه‌آگاهانه و مواجهه سه مکانیسم عدم تحمل پریشانی، اجتناب هیجانی بالا و تفکر منفی تکرارشونده را مورد هدف قرار می‌دهد (مک‌کی و وست، ۲۰۱۶؛ ترجمه محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۷). بر پایه رفتاردرمانی دیالکتیکی از طیف گسترده‌ای از روش‌های درمان شناختی و رفتاری برای گسترش مهارتهای تنظیم هیجانی استفاده می‌شود (فاسبیندر[1] و همکاران، ۲۰۱۶). در این میان، درمانجویان بر پایه رویکرد ACT می‌آموزند به جای تلاش برای کنترل پریشانی آن را بپذیرند و متعهد شوند تا براساس ارزش‌های خود عمل کنند (ساتن-اسمولین[2]، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش‌ها اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی را در سایر گروه‌های بالینی مورد بررسی قرار داده و تأیید نموده‌اند (کویپرز[3] و همکاران، ۲۰۲۳؛ کارلوسی[4] و همکاران، ۲۰۲۱؛ بیرامی و همکاران، ۱۳۹۹؛ سهرابی و همکاران، ۱۴۰۱؛ زارعی فسخودی و همکاران، ۱۴۰۰؛ حسینی و همکاران،۱۴۰۰؛ قادری و همکاران، ۱۴۰۰).

یکی دیگر از روش‌های مداخله رایج که به عنوان خط اول درمان غیردارویی برای اختلال وسواسی- جبری شناخته شده درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر مواجهه‌سازی/بازداری از پاسخ[5] (ERP) است (تورک[6] و همکاران، ۲۰۲۴). مواجهه و بازداری از پاسخ شامل ارائه آموزش روان‌شناختی با هدف کمک به رویارویی و مواجهه با ترس ناشی از افکار وسواسی و مقاومت در مقابل اجبارها (بازداری از پاسخ) می‌شود (دایمکی[7]، ۲۰۲۴). با اینکه در میان تمامی درمان‌های رفتاری، مواجهه و بازداری از پاسخ بطور پیوسته موجب بهبود کامل اختلال وسواسی شده است؛ اما مطالعات نشان داده‌اند که ۱۰ تا ۳۷ درصد از بیماران مبتلا به وسواس، در درمان مواجهه و بازداری از پاسخ، بازتاب و انعکاسی ندارند؛ و بین ۲۵ تا ۳۰ درصد بیماران از این روش امتناع کرده و به علت ترس از مواجهه، درمان را نیمه کاره رها می‌سازند (هیمل[8] و همکاران، ۲۰۲۴). نتایج پژوهش‌ها (پونزینی[9] و همکاران، ۲۰۲۴؛ ملکیور[10] و همکاران، ۲۰۲۳؛ اولاتونجی[11] و همکاران، ۲۰۲۲؛ مائو[12] و همکاران، ۲۰۲۲؛ اصفهانی و همکاران، ۱۴۰۲؛ هریوندی و همکاران، ۱۴۰۰) تأثیر مواجهه‌سازی/بازداری از پاسخ را در بیماران مبتلا به OCD نشان می‌دهد.

با توجه به مطالب و پژوهش‌های فوق و از آنجا که اختلال وسواسی-جبری با وجود داشتن پیشینه غنی در زمینه درمان، همچنان با محدودیت‌هایی روبرو است و هنوز به صورت خاص نتایج درمانی مناسبی ندارد و بررسی به منظور دستیابی به روش‌های مؤثرتر، همچنان انگیزه پژوهش‌های گسترده و متنوع در این حوزه درمانی است (پونزینی و همکاران، ۲۰۲۴). تا بر اساس آن، درمانگران بالینی با اطمینان خاطر بسیار به استفاده کاربردی از آن بپردازند. آن‌چه این ناکافی بودن درمان را جبران خواهد نمود، به‌کارگیری رویکردهای درمانی جایگزین است. بدین منظور پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و مواجهه‌سازی/بازداری از پاسخ بر بدتنظیمی هیجانی افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری انجام شد.

روش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری ۲ ماهه انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل تمامی زنان و مردانی بود که در پاییز سال ۱۴۰۱ به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره و روان‌درمانی تحت نظارت سازمان نظام روانشناسی و مشاوره منطقه ۳ شهر تهران مراجعه کردند و توسط روانپزشک تشخیص قطعی اختلال وسواسی-جبری دریافت نمودند. با توجه به این که جهت انجام تحقیقات مداخله‌ای نمونه‌ای بین ۱۰ تا ۳۰ نفر کفایت می‌کند (حسن‌زاده، ۱۴۰۰)، با در نظر گرفتن احتمال افت شرکت‌کنندگان در این پژوهش برای هر گروه ۲۰ نفر در نظر گرفته شد. بنابراین، نمونه مورد مطالعه در پژوهش ۶۰ فرد مبتلا بود که به شیوه هدفمند وارد مطالعه شدند و بطور تصادفی در سه گروه (دوگروه آزمایش و یک گروه کنترل) قرار گرفتند. به این صورت که پس از اعلام موافقت و همکاری، از سه مرکز مشاوره و خدمات روانشناسی (چمان ۱، چمان ۲ و کلینیک مددکاری اجتماعی ایران) مجوز دریافت شد و با انجام هماهنگی‌های لازم، برای ۶۰ فرد مبتلا که از ملاک‌های ورود به پژوهش برخوردار بودند یک جلسه مشاوره فردی در نظر گرفته شد و اهداف و ملاحظات اخلاقی پژوهش برای آنان شرح داده

1 Fassbinder
2 Sutton-Smolin
3 Cuijpers
4 Carlucci
5 exposure and rresponse prevention (ERP)
6 Tuerk
7 Dymecki
8 Himle
9 Ponzini
10 Melchior
11 Olatunji
12 Mao

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

شد. سپس بطور تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. اما در نهایت تا پایان جلسات مداخله با احتساب ریزش شرکت‌کنندگان، ۵۱ نفر (۱۸ نفر گروه مداخله درمان کارآمدی هیجانی)، ۱۷ نفر گروه مداخله (مواجهه‌سازی/بازداری پاسخ) و ۱۷ نفر گروه کنترل) گروه نمونه پژوهش را تشکیل دادند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۴۵-۲۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، تشخیص قطعی ابتلا به اختلال وسواس جبری (وسواس فکری و رفتاری اجباری، هر دو را داشته باشد) توسط روانپزشک، سابقه اختلال وسواس حداقل به مدت ۲ سال، کسب نمره بالاتر از ۱۰ در پرسشنامه وسواس ییل براون، عدم مصرف دارو همزمان با شرکت در جلسات درمان یا در صورت مصرف دارو حداقل ۶ ماه از مصرف آن گذشته باشد، رضایت آگاهانه و کتبی جهت شرکت در پژوهش بود. همچنین معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از ۲ جلسه، عدم تمایل به ادامه همکاری در طی جلسات، عدم پاسخگویی یا پاسخ ناقص به فرم‌های مربوطه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بود. ملاحظات اخلاقی پژوهش عبارت بود از: ایجاد اطمینان در شرکت‌کنندگان گروه نمونه به منظور حفظ حریم خصوصی و احترام به حقوق آنها و محرمانه ماندن اطلاعات، توضیح اهداف و فرآیند پژوهش، پاسخ به سؤالات و ابهامات در طی فرایند جلسات؛ ایجاد اطمینان در شرکت‌کنندگان که جهت انصراف از ادامه همکاری در هر مقطعی از پژوهش آزادند و هیچگونه خسارت و زیانی در ارائه خدمات روتین نسبت به آنان وارد نخواهد شد؛ توافق با مراجعین شرکت کننده در گروه کنترل که پس از اتمام جلسات آموزشی گروه آزمایش و تحلیل نتایج به دست آمده، آن‌ها نیز تحت تأثیر متغیر مستقلی قرار بگیرند که نتایج حاکی از تأثیر آن بر گروه آزمایش بوده است. در پایان داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر (آمیخته) و آزمون تعقیبی بونفرونی با در نظر گرفتن سطح معنی‌داری α =۰/۰۵ بوسیله نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ تجزیه و تحلیل شد.

ابزار سنجش

مقیاس وسواس فکری-جبری ییل-براون[1] (Y-BOCS): یک مصاحبه نیمه ساختار یافته[2]، که توسط گودمن[3] و همکاران (۱۹۸۹) تدوین شده است، و دو بخش سیاهه نشانه[4] و دیگری مقیاس شدت[5] شامل می‌شود. ۱۶ گویه نشانه‌ها در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و به صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شود. در مقیاس شدت هر یک از وسواس‌ها و اجبارها در پنج بعد میزان آشفتگی[6]، فراوانی[7]، تداخل[8]، مقاومت[9] و کنترل نشانه‌ها[10] برآورد می‌سازد. سؤال‌ها روی یک مقیاس ۵ گزینه‌ای (اصلاً= صفر تا شدید/سخت=۴) درجه‌بندی شده است. نمرات کمتر از ۱۰=وسواس بسیار خفیف، نمرات ۱۵-۱۰=وسواس نسبتاً خفیف، نمرات ۲۵-۱۶=وسواس متوسط، و نمرات بیش از ۲۵ =وسواس شدید را نشان می‌دهد. این مقیاس سه نمره به دست می‌دهد: شدت وسواس‌ها، شدت اجبارها و یک نمره کل که در برگیرنده تمامی گویه‌ها است. پایایی بین ارزیاب‌های مختلف در ۴۰ بیمار ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹). دیکون و آبراموویتز[11] (۲۰۰۵) ضریب همبستگی مقیاس را با پرسشنامه تجدیدنظر شده وسواس فکری-عملی ۰/۴۵، مقیاس باورهای براون ۰/۳۴، پرسشنامه افسردگی بک ۰/۴۶، مقیاس اضطراب زونگ ۰/۳۸ و مقیاس ناتوانی شیهان ۰/۵۵ گزارش کردند. در ایران راجزی اصفهانی و همکاران (۱۳۹۰) همسانی درونی بخش نشانه و مقیاس شدت را به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵، پایایی دونیمه‌سازی را برای نشانه و مقیاس شدت به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی یکماهه را ۰/۹۹ گزارش کردند. در پژوهش شیرخانی و همکاران (۱۴۰۱) آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۷ گزارش شده است و در پژوهش حاضر ۰/۷۴ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ): توسط گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) با ۱۸ ماده تنظیم شده است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در پاسخ به حوادث تهدید کننده و تنیدگی‌زای زندگی در دو دسته کلی هیجان سازش‌یافته و سازش‌نایافته اندازه‌گیری می‌کند. پاسخ به ماده‌ها بصورت ۵ درجه‌ای لیکرت (هرگز=۱ تا همیشه=۵) تنظیم شده است. حداقل و حداکثر نمره در راهبردهای سازش‌یافته ۱۰ و ۵۰ و در راهبردهای سازش‌نایافته ۱۰ و ۴۰ می‌باشد. نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی به شمار می‌رود (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). روایی محتوای با روش ضرایب توافق کندال برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۸۲ محاسبه و گزارش شده است. جهت تعیین روایی همگرا و واگرا همبستگی مؤلفه‌های پرسشنامه با پرسشنامه افسردگی بک نشان داد بین مؤلفه‌های خودسرزنش‌گری، فاجعه‌سازی و سرزنش دیگران در راهبردهای سازش نایافته با افسردگی همبستگی مثبت و معنادار وجود دارد که مقادیر آن به ترتیب ۰/۲۲، ۰/۲۹، ۰/۴۵، و ۰/۳۸ است.

1 Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
2 semi-structured
3 Goodman
4 Symptom Checklist
5 Severity Scale
6 distress
7 frequency
8 intervention
9 resistance
10 symptoms control
11 Deacon, & Abramowitz

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

همچنین بین مؤلفه‌های پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری در راهبردهای سازش یافته با افسردگی همبستگی معکوس و معنادار وجود دارد که مقدار آن به ترتیب برابر با ۰/۲۱-، ۰/۲۳-، ۰/۱۹-، ۰/۲۶-، و ۰/۱۷- است (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). روایی محتوایی پرسشنامه در ایران براساس ضریب توافق کندال برای زیرمؤلفه‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ بدست آمده است (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳). بشارت (۱۳۸۸) در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت عمومی (۳۶۸ نفر)، ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده مقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ و ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان (۴۳زن، ۳۶ مرد) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه از ۰/۵۷ تا ۰/۷۶ گزارش نمود (بشارت، ۱۳۹۵). نتایج مطالعه حسنی (۱۳۹۰) نیز نشان داد که ۹ زیرمقیاس نسخه فارسی پرسشنامه همسانی درونی خوبی داشتند، دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲ بود. در پژوهش حاضر همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای هیجان سازش یافته ۰/۷۲ و هیجان سازش نایافته ۰/۷۶ بدست آمد.

جلسات مداخله‌ی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی: برنامه‌ای درمانی فراتشخیصی که توسط مک‌کی و وست (۲۰۱۶؛ ترجمه محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۸) در قالب یک رویکرد یکپارچه بصورت پروتکل درمانی کوتاه مدت تنظیم شده است و در پژوهش حاضر طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بصورت هفتگی بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش اول در قالب جلسات مشاوره فردی برگزار شد (خلاصه جلسات در جدول ۱ ارائه شده است).

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی

جلسه	اهداف جلسه
اول و دوم	تعیین اهداف، آشنایی مختصر با درمان و منطق درمانی و ساختار جلسات، تنظیم قرارداد درمانی و پیش‌آزمون.، آموزش روانی درباره هیجان‌ها و آگاهی از هیجان، تمرین تماشای هیجان، معرفی تمرین مهارت‌ها و ثبت نتایج مهارت‌ها و تکلیف مهارت‌ها.
سوم	مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی پذیرش ذهن آگاهانه، تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه، معرفی اجتناب هیجانی، آموزش درباره چرخه عمر نسبتاً کوتاه هیجان، بدون اجتناب و نشخوار فکری و عملی مبتنی بر هیجان، آموزش روانی مواجهه و تمرین، تکلیف هانگی تمرین مهارت‌ها.
چهارم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره لحظه انتخاب، معرفی عمل مبتنی بر ارزش‌ها، تمرین وایت برد با ارزش‌ها و موانع هیجانی، تمرین عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصوری و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌ها.
پنجم	تمرین پذیرش ذهن آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، تمرین هیولا در اتوبوس، عمل مبتنی بر ارزش‌ها با استفاده از مواجهه تصوری و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت‌های جلسه گذشته.
ششم و هفتم	تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره مقابله ذهن‌آگاهانه، معرفی تن آرامی و خودتن آرامی، تمرین مهارت‌های تن آرامی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تمرین مهارت‌های خودآرام سازی همراه با مواجهه هیجانی و بازخورد، تعیین تکلیف تمرین مهارت.
هشتم و نهم	تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی در ارتباط با افکار مقابله‌ای، تمرین افکار مقابله‌ای از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، آموزش روانی درباره پذیرش بنیادین، تمرین پذیرش بنیادین از طریق مواجهه با هیجان و بازخورد، تعیین تکلیف.
دهم	تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، آموزش روانی درباره توجه برگردانی و وقت استراحت، توجه برگردانی همراه با مواجهه تصوری یا هیجانی و بازخورد، معرفی طرح کارآمدی هیجان فردی، تعیین تکلیف.
یازدهم و دوازدهم	تمرین پذیرش ذهن‌آگاهانه و بازخورد، مرور تمرین مهارت‌ها، مرور برنامه کارآمدی هیجانی شخصی، دریافت بازخورد و رفع اشکال، مواجهه تصوری یا هیجانی با استفاده از مهارت درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی و دریافت بازخورد، درجه‌بندی کارآمدی هیجانی، جمع‌بندی جلسات، اجرای پس‌آزمون.

جلسات مداخله مبتنی بر مواجهه سازی/بازداری از پاسخ: برنامه درمانی رفتاری بر مبنای اصول درمانی هاوتون و سالکوسکیس[1] (۲۰۱۱) و فری[2] (۲۰۰۹) که توسط اصفهانی و همکاران (۱۳۹۲) تنظیم شده و مورد استفاده قرار گرفته است؛ در پژوهش حاضر طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بصورت هفتگی بر روی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دوم در قالب جلسات مشاوره فردی برگزار شد (خلاصه جلسات در جدول ۲ ارائه شده است).

جدول ۲. خلاصه محتوای جلسات مواجهه سازی/بازداری از پاسخ

جلسه	اهداف جلسه

1 Hawton, & Salkovskis
2 Ferry

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

اول	تعیین اهداف، آشنایی مختصر با درمان و منطق درمانی و ساختار جلسات، تنظیم قرارداد درمانی، آشنایی با مدل روان‌شناختی وسواس با تأکید بر عوامل مؤثر در شکل‌گیری و تداوم وسواس.
دوم	آموزش جامع و دقیق باورهای تأثیرگذار در وسواس؛ تبیین نقش خلق در تشدید علائم وسواس؛ آموزش فنون فعال سازی رفتاری و اصول سبک زندگی (تنظیم خواب، تغذیه، فعالیت جسمانی، روابط اجتماعی، تفریح) با هدف افزایش خلق.
سوم	آموزش عادی سازی افکار و نحوه ارزیابی افکار مزاحم؛ آموزش منطق درمان مواجهه و بازداری از پاسخ؛ آموزش راهبردهای برخورد با اضطراب مواجه شده طی درمان، معرفی مواجهه و بازداری از رفتارهای آیینی.
چهارم تا هشتم	چالش با باور بیش برآورد تهدید و یافتن باورهای جایگزین مناسب؛ چالش با باور سوگیری آمیختگی فکر-عمل (احتمال و اخلاقی)؛ چالش با باور مسئولیت‌پذیری افراطی؛ چالش با باورهای مبتنی بر اهمیت بیش از حد قائل شدن برای افکار؛ چالش با باور عدم تحمل حالات غیرقطعی؛ چالش با باور کمال‌گرایی افراطی؛ چالش با باور نیاز به کنترل فکر و خنثی‌سازی؛ چالش با باور ترس از اضطراب؛ اجرای فنون زمینه‌یابی اضطراب؛ بازبینی اضطراب دیگران و اثر آن در عملکرد؛ مقایسه اضطراب در تکالیف عادی و اعمال وسواسی؛ پیش‌بینی اضطراب؛ مواجهه در حین این جلسات و جلوگیری از وسواس‌های فکری و عملی.
نهم و دهم	برنامه‌ریزی جهت مواجهه در حین جلسات و جلوگیری از وسواس‌های فکری و عملی.
یازدهم و دوازدهم	بحث و بررسی عوامل مؤثر در بازگشت نشانه‌ها و مطرح ساختن راهبردهای پیشگیری از عود مجدد؛ مرور مباحث ارائه شده، ارزیابی دقیق وضعیت مراجع از لحاظ میزان بهبود و کاهش نشانه‌ها، تبیین بازگشت نظام فکری ناکارآمد و نحوه مقابله با آنها؛ پیش‌بینی موانع و مشکلات احتمالی موجود.

یافته ها

در این پژوهش ۵۱ فرد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری در دو گروه آزمایش اول (کارآمدی هیجانی) (۱۸نفر)، دوم (مواجهه‌سازی/ بازداری از پاسخ) (۱۷نفر) و گواه (۱۶نفر) مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان گروه کارآمدی هیجانی (۷/۱۱ ± ۳۰/۷۲) سال، گروه مواجهه سازی/بازداری از پاسخ (۷/۸۰± ۳۳/۰۵) سال و گروه گواه (۷/۳۷ ± ۳۳/۱۸) سال بود. بیشترین فراوانی نمونه مورد مطالعه از نظر سطح تحصیلات کارشناسی (۶ نفر در گروه کارآمدی هیجانی، ۷ نفر در گروه مواجهه‌سازی/بازداری از پاسخ و ۷ نفر در گروه گواه) و از نظر جنسیت زن (۱۴ نفر در گروه کارآمدی هیجانی، ۱۴ نفر در گروه مواجهه سازی/بازداری از پاسخ و ۱۱ نفر در گروه گواه) بودند. براساس نتایج آزمون کای اسکوئر سه گروه از نظر جنسیت و سطح تحصیلات و بر اساس آزمون آنالیز واریانس از نظر سن تفاوت معنی‌دار بین سه گروه مشاهده نشد بدین معنا که سه گروه از لحاظ این متغیرها همگن بودند ($P>۰/۰۵$).

میانگین و انحراف‌معیار بدتنظیمی هیجانی (سازش‌یافته و سازش‌نایافته)، شرکت‌کنندگان در گروه آزمایشی اول و دوم همچنین گروه گواه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار بدتنظیمی هیجانی (سازش یافته و سازش نایافته)

متغیر	مرحله	کارآمدی هیجانی		مواجهه/بازداری پاسخ		گواه	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سازش‌یافته	پیش‌آزمون	۱۹/۴۴	۳/۳۸	۲۰/۸۸	۴/۵۳	۲۰/۵۰	۲/۸۷
	پس‌آزمون	۳۰/۲۷	۵/۰۰	۳۰/۰۰	۳/۷۵	۲۰/۷۵	۴/۱۳
	پیگیری	۲۹/۲۲	۴/۹۰	۲۹/۱۱	۳/۹۰	۲۴/۰۶	۴/۸۶
سازش نایافته	پیش‌آزمون	۲۷/۸۸	۳/۸۱	۲۴/۷۰	۴/۵۶	۲۵/۱۸	۳/۷۴
	پس‌آزمون	۱۶/۵۰	۲/۶۴	۱۸/۱۷	۲/۴۸	۲۳/۶۲	۴/۴۵
	پیگیری	۱۷/۶۶	۳/۳۰	۱۸/۲۳	۴/۴۸	۲۱/۳۱	۲/۱۲

به طور کلی نتایج نشانگر آن است که در سه گروه آزمایش نسبت به گروه گواه تنظیم هیجان سازش یافته و تنظیم هیجان سازش نایافته، در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون تغییر داشته است. به منظور بررسی نرمال بودن بدتنظیم هیجانی در افراد مبتلا به اختلال وسواسی-جبری از آزمون شاپیرو ویلکز استفاده شد. نتایج نشان داد مشخصه Z آزمون مربوط به نرمال بودن بدتنظیمی هیجانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گواه بالاتر از ۰/۰۵ بود ($P>۰/۰۵$) بدین معنا که توزیع نمره‌ها با توزیع طبیعی این ابعاد تفاوت

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

ندارد. همچنین نتایج آزمون لوین به منظور بررسی همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع نشان داد واریانس‌های خطا برای بدتنظیمی هیجانی یکسان است (P>۰/۰۵). جهت بررسی فرض صفر تساوی کوواریانس در گروه‌ها از آزمون باکس استفاده شد. نتایج نشان داد که پیش فرض برابری ماتریس های کوواریانس مشاهده شده متغیر وابسته در گروه ها برقرار است (P>۰/۰۵). همچنین نتایج حاصل ازآزمون کرویت موخلی نشان داد متغیر ترکیبی وارد شده به مدل تحلیل کوواریانس چندمتغیره، بین دوگروه آزمایش و گروه گواه تفاوت آماری معناداری وجود ندارد (P>۰/۰۵). خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط برای عوامل درون گروهی و بین گروهی در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل واریانس مختلط با عوامل درون گروهی و بین گروهی در متغیر بدتنظیمی هیجانی (سازش یافته و سازش نایافته)

متغیر	عوامل	منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال	اندازه اثر	توان آزمون
هیجان سازش‌یافته	عامل درون گروهی	مراحل زمان	۱۶۴۹/۸۵۵	۲	۸۲۴/۹۲۷	۱۰۵/۰۵۳	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۶	۱
		تعامل مراحل *گروه	۵۴۰/۰۶۹	۴	۱۳۵/۰۱۷	۱۷/۱۹۴	<۰/۰۰۰۱	۰/۴۱۷	۱
		خطا	۷۵۳/۸۴۰	۹۶	۷/۸۵۲				
	عامل بین گروهی	گروه	۷۵۳/۵۳۳	۲	۳۶۷/۷۶۶	۹/۷۴۹	<۰/۰۰۰۱	۰/۲۸۹	۰/۹۷۶
		خطا	۱۸۱۰/۷۹۴	۴۸	۳۷/۷۲۵				
هیجان سازش نایافته	عامل درون گروهی	مراحل زمان	۱۵۱۴/۶۲۸	۱/۶۶۴	۹۱۰/۴۰۳	۱۰۱/۹۹۴	<۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۰	۱
		تعامل مراحل *گروه	۴۲۴/۰۴۱	۳/۳۲۷	۱۲۷/۴۴۰	۱۴/۲۷۷	<۰/۰۰۰۱	۰/۳۷۳	۱
		خطا	۷۱۲/۸۰۹	۷۹/۸۵۷	۸/۹۲۶				
	عامل بین گروهی	گروه	۲۶۸/۵۶۶	۲	۱۳۴/۲۸۳	۶/۸۱۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۲۱	۰/۹۰۳
		خطا	۹۴۶/۱۵۳	۴۸	۱۹۷/۷۱۲				

با توجه به یافته‌های جدول فوق، در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در بدتنظیمی هیجانی (سازش یافته و سازش نایافته) معنادار است (P<۰/۰۱). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بدتنظیمی هیجانی (سازش‌یافته و سازش نایافته) در سه گروه تفاوت معنادار وجود دارد؛ و برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح کوچکتر از ۰/۰۱ معنادار است. در نتیجه بین میانگین کلی بدتنظیمی هیجانی (سازش یافته و سازش نایافته) در سه گروه مداخله و گواه تفاوت معنادار وجود ندارد.

نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی (مقایسه‌های چندگانه) به منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌های مراحل آزمون در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی (مقایسه‌های چندگانه) در متغیر بدتنظیمی هیجانی (سازش‌یافته و سازش‌نایافته)

متغیر		مراحل/گروه‌ها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار احتمال
هیجان سازش‌یافته	مراحل	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	-۶/۷۳۴	۰/۴۸۴	<۰/۰۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	-۷/۱۹۲	۰/۶۰۹	<۰/۰۰۰۱
		پس‌آزمون- پیگیری	-۰/۴۵۸	۰/۵۶۶	۱
	گروه‌ها	کارآمدی هیجانی- مواجهه سازی/ بازداری	-۰/۳۵۲	۱/۱۹۹	۱
		کارآمدی هیجانی - گواه	۴/۵۴۴	۱/۲۱۸	<۰/۰۰۱
		مواجهه سازی/ بازداری - گواه	۴/۸۹۶	۱/۲۳۵	<۰/۰۰۱
هیجان سازش‌نایافته	مراحل	پیش‌آزمون- پس‌آزمون	۶/۴۹۴	۰/۵۹۲	<۰/۰۰۰۱
		پیش‌آزمون- پیگیری	۶/۸۵۶	۰/۶۰۳	<۰/۰۰۰۱
		پس‌آزمون- پیگیری	۰/۳۶۲	۰/۴۰۱	۱
	گروه‌ها	کارآمدی هیجانی- مواجهه‌سازی/ بازداری	-۰/۳۱۳	۰/۸۶۷	۱
		کارآمدی هیجانی - گواه	-۲/۶۹۰	۰/۸۸۱	<۰/۰۱
		مواجهه‌سازی/ بازداری - گواه	-۳/۰۰۲	۰/۸۹۳	<۰/۰۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

با توجه به یافته‌های جدول ۵، بین نمرات بدتنظیمی هیجانی (سازش‌یافته و سازش‌نایافته) در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین تفاوت بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری معنادار است. مقایسه میانگین‌های تعدیل شده نشان می‌دهد که نمرات بدتنظیمی هیجانی (سازش‌یافته و سازش‌نایافته) در مرحله پیش‌آزمون پایین‌تر از مرحله پس‌آزمون و پیگیری است. همچنین بین اثر گروه‌های مداخله اول و دوم و گروه گواه مقایسه میانگین‌ها نشان می‌دهد که نمرات بدتنظیمی هیجانی (سازش‌یافته و سازش نایافته) در گروه مداخله اول و دوم، کمتر از گروه گواه است. همچنین در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین سه گروه مداخله و گواه در متغیر بدتنظیمی هیجانی (سازش‌یافته و سازش‌نایافته) معنادار است ($P<۰/۰۱$). در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بدتنظیمی هیجانی (سازش‌یافته و سازش‌نایافته) در سه گروه تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و مواجهه‌سازی/بازداری از پاسخ بر بدتنظیمی هیجانی افراد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری بود. یافته‌های پژوهش نشان داد هر دو روش مداخله در مقایسه با گروه گواه موجب بهبود بدتنظیمی هیجانی (افزایش هیجان سازش‌یافته و کاهش هیجان سازش‌نایافته) در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری شده است. همچنین در بررسی مقایسه درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و درمان مواجهه سازی/ بازداری از پاسخ، نتایج نشان داد بین میزان اثربخشی دو روش مداخله تفاوت معناداری وجود ندارد.

یافته به دست آمده مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر کاهش بدتنظیمی هیجانی افراد مبتلا به اختلال وسواسی- جبری با نتایج پژوهش محمدنژاد و همکاران (۱۴۰۰) همسو و در راستای نتایج مطالعات سهرابی و همکاران (۱۴۰۱)، زارعی فسخودی و همکاران (۱۴۰۰)، قادری و همکاران (۱۴۰۰)، بیرامی و همکاران (۱۳۹۹)، کوپرز و همکاران (۲۰۲۳)، کارلوسی و همکاران (۲۰۲۱) بود. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت: در درمان فراتشخیصی، شناخت هیجان‌ها، مواجهه و پذیرش آن‌ها نقشی اساسی در درمان دارد. درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی با استفاده از پنج مؤلفهٔ آگاهی از هیجان، پذیرش ذهن‌آگاهانه، اقدام مبتنی بر ارزش‌ها، مقابله ذهن‌آگاهانه و تمرین مهارت‌های مبتنی بر مواجهه بر افزایش بردباری و کاهش آشفتگی و اجتناب هیجانی بالا، همچنین تفکر منفی تکرارشونده تمرکز می‌کند. درمان کارآمدی هیجانی با هدف قراردادن دو فرایند فراتشخیصی، یعنی عدم تحمل پریشانی و اجتناب تجربه‌ای به افزایش کارآمدی هیجانی می‌پردازد (مک‌کی و وست، ۲۰۱۶؛ ترجمه محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۷) و بدین ترتیب با افزایش تحمل پریشانی زمینه را برای دسترسی به راهبردهای تنظیم هیجان تسهیل می‌کند. استفاده از فنون شناختی، تجربی و رفتاری در کنار فن مواجهه برای بیماران مبتلا به اختلال وسواسی این فرصت را فراهم می‌آورد که ذهن بیمار بتواند ابعاد مختلف محرک اضطراب‌زا را مورد تجزیه و تحلیل قرار دهد و در نتیجه پاسخ مناسبی به آن ارائه دهد (کوپرز و همکاران، ۲۰۲۳). اعمال و افکار وسواسی برای بیمار بسیار واقعی و طبیعی جلوه می‌کند و اصلاً به نظرش این کارها مصنوعی نمی‌رسد، ولی پاتالوژیک و آزاردهنده است. همچنین عمل و فکر وسواسی دستوری نیست، یعنی در حالت واقعی کسی به شخص وسواسی دستور نمی‌دهد که ده بار دست‌هایت را بشور. وقتی درمانگر به او می‌گوید همین کارهای وسواسی را انجام بده، اما در زمان‌های از پیش تعیین‌شده، با این تمرین اعمال و افکار بیمار براساس دستور درمانگر انجام می‌شود، نه براساس حمله‌های وسواسی. بدین ترتیب می‌توان گفت کارآمدی هیجانی با استفاده از فنون، تکنیک‌ها و تمرین‌های گوناگون در سطوح متفاوت موجب می‌شود بینشی جدید در نظام شناختی فرد مبتلا به وسواس بوجود آمده و در نهایت کاهش نشخوارهای ذهنی و اضطراب و بهبود بدتنظیمی هیجانی را منجر می‌شود.

یافته دیگر پژوهش نشان داد درمان مواجهه‌سازی/بازداری از پاسخ بر بهبود بدتنظیمی هیجانی (سازش یافته و سازش نایافته) اثربخش است. این یافته با نتایج مطالعات هریوندی و همکاران (۱۴۰۰)، اولاتونجی و همکاران (۲۰۲۲)، مائو و همکاران (۲۰۲۲)، همسو بود. اغلب افراد وقتی با استرس، حوادث منفی و مضر مواجه می‌شوند، با موفقیت، آنها را از لحاظ هیجانی پردازش می‌کنند. چنانچه در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا پردازش هیجانی تحقق نیابد، در آن صورت اثرات موقعیت‌های استرس‌زا تشدید شده و پیامدهای منفی دیگری به شکل علائم آسیب‌شناختی بروز خواهد یافت (اینالتکین و یاغجی، ۲۰۲۴). مواجهه‌سازی/بازداری پاسخ بعنوان یکی از روش‌های پردازش هیجانی، فرد بر نشانه‌های اختلال کنترل داشته باشد تا از این طریق بتواند اثرات اختلال را در زندگی روزانه به حداقل برساند و توانایی خود را در رسیدن به پتانسیل کامل خود افزایش دهد (ملکیور و همکاران، ۲۰۲۳). در فرایند درمان، اضطراب بیمار به تدریج افزایش پیدا می‌کند، سپس بیمار در همان حالت باقی می‌ماند تا متوجه شود آنطور که فکر می‌کرده، اضطراب تا آن حد آسیب زننده نیست و در انتهای درمان به تدریج میزان اضطراب فرد کاهش یافته و به میزان عادی می‌رسد (اوزتورک و همکاران، ۲۰۲۴). مواجهه‌سازی/بازداری پاسخ، فرآیندی است که از طریق آن، ساختارهای حافظه ترس تغییر می‌یابند. به عبارتی در طی درمان ابتدا با رویارویی فرد با موضوع اضطراب‌زا، ساختار ترس فرد فعال شده و به دلیل افزایش اضطراب، میزان نبض

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

و ضربان قلب فرد نیز بالا می‌رود و بعد از آن به تدریج اضطراب فرد کاهش می‌یابد که می‌توان استنباط کرد که اطلاعات ناسازگار با عوامل پاتولوژیک، ساختار ترس را تغییر داده‌اند، به نحوی که فرد بیمار متوجه می‌شود که بدون اجتناب هم می‌تواند اضطرابش را کاهش دهد.

یافته نهایی نشان داد بین میزان اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و درمان مواجهه‌سازی/ بازداری از پاسخ تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته با نتایج پژوهش حسینی و همکاران (۱۴۰۰) که اثربخشی بیشتر درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی را در مقایسه با مواجهه سازی/بازداری پاسخ بر تنظیم هیجان افراد مبتلا به OCD بررسی و تأیید کرده‌اند، ناهمسو می‌باشد. در تبیین عدم تفاوت معنادار بین اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و مواجهه‌سازی/بازداری از پاسخ بر بدتنظیمی هیجانی می‌توان گفت: که همه رویکردها و مداخلات درمانی فارغ از تفاوت‌های اساسی در مبانی نظری و فنون مورد استفاده خود دارای عوامل مشترکی هستند که به شدت با نتایج مثبت درمانی ارتباط دارند. در این راستا پژوهش زاربو[1] و همکاران (۲۰۱۶) نشان می‌دهد که در فرایند درمانی عاملی چون برقراری رابطه درمانی مناسب، ایجاد شناخت نسبت به وضعیت موجود، ایجاد امید و انتظار درمان و اصلاح پاسخ‌های مراجع به عنوان عوامل مشترک مؤثر هستند. همچنین می‌توان به این نکته توجه کرد که مهم‌ترین فرایند و تأثیر درمانی در درمان اختلال وسواسی-جبری، مواجهه است که در هر دو رویکرد، به نحوی اتفاق می‌افتد و شاید به همین دلیل است که افزودن مؤلفه‌های شناختی و پذیرش به درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی باعث ارتقا اثربخشی آن در درمان بیماران دچار اختلال وسواسی-جبری در پژوهش حاضر نشده است.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن جامعه و نمونه به یک شهر و چند مرکز مشاوره، در بازه زمانی محدود، استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند و دامنه سنی محدود اشاره نمود، بنابراین باید در تعمیم نتایج جوانب احتیاط رعایت شود. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابه در جوامع آماری دیگر، با استفاده از شیوه‌های نمونه‌گیری تصادفی انجام شود تا بتوان به نتیجه قطعی‌تر دست یافت. بدلیل محدودیت زمانی در پژوهش از پیگیری دو ماهه استفاده شد. پیشنهاد می‌شود برای مشخص شدن بهتر میزان پایداری نتایج درمانی پیگیری‌ها در فواصل زمانی متفاوت (۳ ماهه، ۶ ماهه، یک ساله و...) نیز انجام شود. به درمانگران، مشاوران و گروه‌های متخصص پیشنهاد می‌شود در کنار دارودرمانی از درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی و روش مواجهه‌سازی/بازداری از پاسخ به منظور کاهش و بهبود بدتنظیمی هیجانی مبتلایان به اختلال وسواس بهره ببرند.

منابع

اصفهانی، ز.، قربانی م.، و اصفهانی م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و حکایت‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواس-اجبار. *روانشناسی بالینی*، ۱۵(۲)، ۷۲-۵۹. https://doi.org.10.22075/jcp.2023.31191.2680

بشارت، م. ع. (۱۳۹۵). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: روش اجرا و نمره‌گذاری. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۳(۵۰)، ۲۲۳-۲۲۱. https://journals.iau.ir/article_529166.html

بشارت، م.ع.، و بزازیان، س. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *پیشرفت در پرستاری و مامایی*، ۲۴(۸۴)، ۷۰-۶۱. https://journals.sbmu.ac.ir/en-jnm/article/view/7360

بیرامی م.، هاشمی نصرت آباد ت.، اسماعیل پور خ.، و شیری ع. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی بر وابستگی به اینترنت و راهبردهای ناسازگار شناختی تنظیم هیجان در دانش‌آموزان مبتلا به اعتیاد اینترنتی. *مطالعات علوم پزشکی*، ۳۱(۱۲)، ۹۳۳-۹۲۷. http://umj.umsu.ac.ir/article-1-5279-fa.html

حسن‌زاده ر. (۱۴۰۰). *روش تحقیق کاربردی*. تهران: روان.

زارعی فسخودی ب.، کربلایی محمد میگونی ا.، رضابخش ح.، و قلیچی ل. (۱۴۰۰). مقایسهٔ اثربخشی درمان یکپارچهٔ فراتشخیص اختلالات هیجانی و درمان فراتشخیص کارآمدی هیجانی بر تنظیم هیجان بزرگسالان دارای لکنت زبان. *پژوهش‌های روانشناختی*، ۱۲(۲)، ۱۸۵-۲۰۹. https://doi.org.10.22059/japr.2021.312232.643672

سهرابی ف.، برجعلی احمد، فلسفی نژاد م.، اسکندری ح.، زینتی افخم ع. (۱۴۰۱). بررسی اثربخشی برنامه فراتشخیصی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر میزان افکار منفی تکراری و اختلالات افسردگی، اضطراب و وسواس فکری-عملی. *مطالعات ناتوانی*، ۱۲، ۲۰۴-۲۰۴. http://jdisabilstud.org/article-1-2801-fa.html

قادری ف.، اکرمی ن.، نامداری ک.، عابدی ا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی‌رفتاری یکپارچه با درمان فراتشخیصی بر علائم بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر همبود با افسردگی. *روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۷(۴)، ۴۵۷-۴۴۰. http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-3224-fa.html

مک‌کی م.، و وست آ. (۲۰۱۶). *درمان مبتنی بر کارآمدی هیجانی: یکپارچه سازی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی همراه با پروتکل درمان فراتشخیصی ۸ هفته ای*. ترجمه محمدخانی ش.، اکبری ا.، و خالقی م. (۱۳۹۷). تهران: ابن سینا.

1 Zarbo

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]

هریوندی ع.، ثناگوی محرر غ.، و شیرازی م. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ بر استرس و انسجام روانی در بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی. *مطالعات ناتوانی*، ۱۱، ۱۴-۱۴. http://jdisabilstud.org/article-1-1924-fa.html

Aslan, I., Dorey, L., Grant, J., & Chamberlain, S. (2024). Emotion regulation across psychiatric disorders. *CNS spectrums*, *29*(3), 215-220. https://doi.org/10.1017/S1092852924000270

Bischof, C., Hohensee, N., Dietel, F., Doebler, P., Klein, N., & Buhlmann, U. (2024). Emotion Regulation in Obsessive-Compulsive Disorder: An Ecological Momentary Assessment Study. *Behavior Therapy*. 55(5), 935-949. https://doi.org/10.1016/j.beth.2024.01.011

Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 87, 101999. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999

Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova M., Ebert, D., Harrer, M., & Karyotaki, E. (2023). Transdiagnostic treatment of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(14), 6535-6546. https://doi.org/10.1017/S0033291722003841

De Vera, P. (2024). The Effectiveness of Transcranial Magnetic Stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder. *MacEwan University Student eJournal*, 8(1). https://doi.org/10.31542/zpsq9043

Dymecki, D. (2024). *General Public's Knowledge of Exposure and Response Prevention for Obsessive-Compulsive Disorder* (Doctoral dissertation, William James College). https://www.proquest.com/openview/525fbb539691f1fe894277c9195fba0e/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y

Fassbinder, E., Schweiger, U., Martius, D., Brand-de Wilde, O., & Arntz, A. (2016). Emotion regulation in schema therapy and dialectical behavior therapy. *Frontiers in psychology*, 7, 1373. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01373

Fisher, A., Arora, K., Maehashi, S., Schweitzer, D., & Akefe, I. (2024). Unveiling the neurolipidome of obsessive-compulsive disorder: A scoping review navigating future diagnostic and therapeutic applications. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 105885. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2024.105885

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: a comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669. https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009

Gerentes, M., Pelissolo, A., Rajagopal, K., Tamouza, R., & Hamdani, N. (2019). Obsessive-compulsive disorder: autoimmunity and neuroinflammation. *Current psychiatry reports*, *21*, 1-10. https://doi.org/10.1007/s11920-019-1062-Z

Greville-Harris, M., Vuillier, L., Goodall, S., Talbot, C., Walker, C., & Appleton, K. (2024). Striving for the perfect diet? The mediating role of perfectionism in the relationship between obsessive compulsive symptoms and traits of Orthorexia Nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 12(1), 91. https://doi.org/10.1186/s40337-024-01032-w

Himle, J., Grogan-Kaylor, A., Hiller, M., Mannella, K., Norman, L., Abelson, J., & Fitzgerald, K. (2024). Exposure and response prevention versus stress management training for adults and adolescents with obsessive compulsive disorder: A randomized clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 172, 104458. https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104458

İnaltekin, A., & Yağcı, İ. (2024). Difficulty in Emotion Regulation, Metacognition, Psychiatric Symptoms, and Suicide Probability in Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 34(1), 57-63. https://doi.org/10.5152/pcp.2024.23688

Levy, D., Arush, O., Carmi, L., Wetzler, A., & Zohar, J. (2024). Off-label higher doses of serotonin reuptake inhibitors in the treatment of obsessive-compulsive disorder: Safety and tolerability. *Comprehensive Psychiatry*, *133*, 152486. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2024.152486

Manor, Y., & Yap, K. (2024). Does nonacceptance of emotions and the fear of guilt influence the association between trait guilt and obsessive-compulsive symptoms? A moderation analysis in a non-clinical sample. Clinical Psychologist, 28(3), 286-296. https://doi.org/10.1080/13284207.2024.2404986

Mao, L., Hu , M., Luo, L., Wu, Y., Lu, Z., & Zou, J. (2022). The effectiveness of exposure and response prevention combined with pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 973838. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.973838

McKay, M., & West, A. (2016). *Emotion efficacy therapy: A brief, exposure-based treatment for emotion regulation integrating ACT and DBT*. New Harbinger Publications.

Melchior, K., van der Heiden, C., Deen, M., Mayer, B., & Franken, I. (2023). The effectiveness of metacognitive therapy in comparison to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 36, 100780. https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2023.100780

Olatunji, B., Cole, D., McGuire, J., Schneider, S., Small, B., Murphy, T., & Storch, E. (2022). Decoupling of obsessions and compulsions during cognitive behavioral therapy for youths with obsessive compulsive disorder. *Clinical Psychological Science*, 10(1), 175-185. https://doi.org/10.1177/21677026211013771

Öztürk, Y., Özyurt, G., Turan, S., Tufan, A. E., & Akay, A. P. (2023). Emotion dysregulation and social communication problems but not ToM properties may predict obsessive-compulsive disorder symptom severity. *Nordic Journal of Psychiatry*, 77(8), 778-787. https://doi.org/10.1080/08039488.2023.2251953

Ponzini, G., Hundt, N., Christie, I., Chen, P., Ecker, A., Lindsay, J., & Fletcher, T. (2024). A protocol for a randomized controlled trial of exposure and response prevention for veterans with obsessive compulsive disorder. *Contemporary Clinical Trials*, 138, 107445. https://doi.org/10.1016/j.cct.2024.107445

Seixas, R., Pignault, A., & Houssemand, C. (2021). Emotion regulation questionnaire-adapted and individual differences in emotion regulation. *Europe's Journal of Psychology*, 17(1), 70-84. https://doi.org/10.5964/ejop.2755

Sutton-Smolin, M. (2019). *Effectiveness of a transdiagnostic treatment for low emotion efficacy*. A Dissertation for the degree of Doctor of Psychology, submitted to the Wright Institute. https://www.proquest.com/openview/194c72d662bd0656de8d47325d3f8858/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&diss=y

Tuerk, P., McGuire, J., & Piacentini, J. (2024). A randomized controlled trial of OC-go for childhood obsessive–compulsive disorder: augmenting homework compliance in exposure with response prevention treatment. *Behavior Therapy*, *55*(2), 306-319. https://doi.org/10.1016/j.beth.2023.07.005

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-07]