رویش روان شناسی، سال۱۵، شماره ۷، شماره پیاپی ۱۲۴، مهر ۱۴۰۵
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),15(7), 2026

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر تحمل ابهام در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی

Comparing the effectiveness of emotion focused therapy (EFT) and intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on tolerance of uncertainty in women with obsessive-compulsive disorder

آزاده سهرابی
دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
دکتر فاطمه گلشنی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
دکتر آنیتا باغداساریانس
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.
دکتر فریبا حسنی
دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Azadeh Sohrabi
PhD student in general psychology, Department of Psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Dr. Fatemeh Golshani *
Assistant Professor, Department of Psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran. Fat.golshani@ctb.iau.ac.ir
Dr. Anita Baghdasarians
Associate Professor, Department of Psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.
Dr. Fariba Hasani
Associate Professor, Department of Psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر تحمل ابهام در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی بود که به تازگی (کمتر از دو ماه) به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی منطقهٔ ۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند. ۴۵ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به روش تصادفی در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس عدم تحمل ابهام (IUS؛ باهر و داگاس، ۲۰۰۲) استفاده شد. گروه‌های مداخله هر یک به‌صورت مجزا طی ۱۰ جلسه تحت مداخله قرار گرفتند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر آمیخته انجام شد. یافته‌ها نشان داد که که بین میانگین پیش آزمون و پس‌آزمون تحمل ابهام در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت (P<۰/۰۵). اما بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود نداشت (P>۰/۰۵) و نتایج در دوره پیگیری حفظ شدند. همچنین بین دو گروه آزمایش، تفاوت معناداری مشاهده شد (P<۰/۰۵). در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت تاثیر بیشتر نسبت به درمان هیجان‌مدار در بهبود تحمل ابهام نشان داده است.

واژه‌های کلیدی: *درمان هیجان‌مدار، روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت، تحمل ابهام، اختلال وسواس فکری و عملی.*

Abstract
The present study aimed to compare the effectiveness of emotion-focused therapy (EFT) and intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) on tolerance of uncertainty in women with obsessive-compulsive disorder. The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design and a control group with a two-month follow-up period. The statistical population of the study included women with obsessive-compulsive disorder who had been referred to clinics and counseling and psychological service centers in Region 3 of Tehran in 2024. 45 people were selected using the convenience sampling method and randomly assigned to three groups: experimental 1 (15 people), experimental 2 (15 people), and control (15 people). The Intolerance of Uncertainty Scale (IUS; Buhr & Dugas, 2002) was used to collect data. Each intervention group underwent the intervention separately for ten sessions. Data analysis was performed using mixed repeated measures analysis of variance. The findings showed that there was a significant difference between the mean pre-test and post-test scores of tolerance of ambiguity in the two experimental and control groups (P<0.05). However, there was no significant difference between the post-test and follow-up (P<0.05), and the results were maintained in the follow-up period. Also, a significant difference was observed between the two experimental groups (P<0.05). Overall, it can be concluded that ISTDP has shown a greater effect than EFT in improving tolerance of uncertainty.

Keywords: *Emotion Focused Therapy, Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy, Tolerance of Uncertainty, Obsessive-Compulsive Disorder.*

نوع مقاله: پژوهشی | **دریافت:** خرداد ۱۴۰۵ | **پذیرش:** تیر ۱۴۰۵ | **ویرایش نهایی:** مهر ۱۴۰۵

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی (OCD)[1] یکی از اختلالات روانی است که در آن فرد افکار یا تصاویر مزاحم و ناخواسته‌ای را تجربه می‌کند و احساس می‌کند که مجبور است برای کاهش اضطراب، رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی انجام دهد، حتی اگر این تسکین معمولاً موقتی باشد. این علائم می‌توانند زمان‌بر، ناراحت‌کننده و مختل‌کننده زندگی روزمره، کار، روابط و عملکرد اجتماعی باشند (ستین[2] و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش در مورد زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مهم از اهمیت بالایی برخوردار است؛ زیرا اختلال وسواس فکری-عملی می‌تواند در طول عمر به طور متفاوتی بروز کند، به طوری که علائم در زنان اغلب در دوران بلوغ، بارداری یا پس از زایمان ظاهر یا تغییر می‌کند (ناکیس رادوس[3] و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعات همچنین نشان می‌دهد که زنان ممکن است بیشتر وسواس آلودگی، فکری و سطوح بالاتری از افسردگی و اضطراب همبود را نشان دهند که می‌تواند بر تشخیص و برنامه‌ریزی درمان تأثیر بگذارد (مجگانی[4] و همکاران، ۲۰۲۶).

عدم تحمل ابهام در اختلال وسواس فکری-عملی بسیار حائز اهمیت است، زیرا بسیاری از افکار وسواسی ناشی از نیاز شدید به قطعیت هستند و خود عدم قطعیت می‌تواند غیرقابل تحمل به نظر برسد. این ناراحتی اغلب افراد را به سمت بررسی، شستشو، تکرار، جستجوی اطمینان یا مرور ذهنی چیزها سوق می‌دهد تا شک و تردید را کاهش دهند، حتی زمانی که این تسکین موقتی باشد (نولس[5] و همکاران، ۲۰۲۲). به این ترتیب، عدم قطعیت فقط با اختلال وسواس فکری-عملی همراه نیست؛ بلکه به حفظ چرخه وسواس و اجبار کمک می‌کند (دینگ[6] و همکاران، ۲۰۲۵). تحقیقات نشان می‌دهد که عدم تحمل ابهام با چندین بعد از علائم اختلال وسواس فکری-عملی، از جمله بررسی، نگرانی‌های مربوط به آلودگی و افکار غیرقابل قبول، مرتبط است. همچنین به توضیح این موضوع کمک می‌کند که چرا برخی از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی حتی به مقادیر کم ابهام یا خطر نیز واکنش شدیدی نشان می‌دهند (نولس و همکاران، ۲۰۲۳). از نظر بالینی، این موضوع نیز داری اهمیت است زیرا درمان می‌تواند ترس فرد از عدم قطعیت را هدف قرار دهد؛ همچنین درک این عامل ارزیابی را بهبود می‌بخشد، زیرا حساسیت بالای به عدم قطعیت ممکن است نشان دهنده نوعی پایدارتر یا ناتوان‌کننده‌تر از اختلال وسواس فکری-عملی باشد (پینکیوتی[7] و همکاران، ۲۰۲۱).

بنابراین اجرای مداخلات روانشناختی به‌منظور کاهش عدم تحمل ابهام در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی از اهمیت بالایی برخوردار است؛ چراکه عدم تحمل ابهام یک مکانیسم کلیدی است که به تداوم اختلال وسواس فکری-عملی منجر می‌شود (ازون[8] و همکاران، ۲۰۲۵). وقتی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی نمی‌توانند ابهام را تحمل کنند، اغلب با بررسی، اطمینان‌جویی، اجتناب یا مرور ذهنی پاسخ می‌دهند که به طور موقت اضطراب را کاهش می‌دهد اما به مرور زمان اختلال را تقویت می‌کند (ویلسون[9] و همکاران، ۲۰۲۳). مداخلات روانشناختی می‌تواند به مراجعان کمک کند تا یاد بگیرند بدون خنثی کردن فوری آن، با عدم قطعیت روبرو شوند، که این امر چرخه وسواس فکری-عملی را تضعیف می‌کند. هدف قرار دادن این فرآیند مفید است زیرا عدم تحمل ابهام فقط یک علامت نیست؛ بلکه یک آسیب‌پذیری قابل اصلاح مرتبط با شدت و تداوم اختلال وسواس فکری-عملی نیز هست؛ بنابران کاهش آن عملکرد روزانه را بهبود می‌بخشد و پریشانی روانشناختی را کاهش دهد (اسپرلینگ[10]، ۲۰۲۳).

در پژوهش‌های فراتحلیل اخیر درمان شناختی رفتاری (CBT)[11] (اوست[12] و همکاران، ۲۰۲۲) و تکنیک مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ (ERP)[13] (استفنسون[14] و همکاران، ۲۰۲۵) اندازه اثر بالایی در بهبود علائم اختلال وسواس فکری- عملی نشان داده‌اند؛ این در حالی است که اثربخشی برخی از رویکردها همچون درمان هیجان مدار در این اختلال کمتر مورد توجه بوده است؛ بررسی مطالعات پیشین

1 Obsessive-compulsive disorder (OCD)
2 Stein
3 Nakić Radoš
4 Mojgani
5 Knowles
6 Ding
7 Pinciotti
8 Uzun
9 Wilson
10 Sperling
11 Cognitive behavior therapy (CBT)
12 Öst
13 exposure–response prevention (ERP)
14 Stephenson

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

نشان می‌دهد که درمان هیجان‌مدار (EFT) ممکن است برای اختلال وسواس فکری-عملی مفید باشد زیرا فرآیندهای عاطفی که علائم را حفظ می‌کنند، نه فقط خود آیین‌ها را هدف قرار می‌دهد (تیمولاک و کوق[1]، ۲۰۲۰). در رویکرد درمان هیجان‌مدار، هیجان به عنوان پایه و اساس ساخت خود و عامل تعیین‌کننده کلیدی خودسازماندهی در نظر گرفته می‌شود. افراد علاوه بر داشتن هیجان، در فرآیند مداومی از معنا بخشیدن به هیجانات خود نیز زندگی می‌کنند. معنای شخصی به عنوان چیزی که از طریق خودسازماندهی و توضیح تجربه هیجانی خود فرد پدیدار می‌شود، دیده می‌شود و سازگاری بهینه شامل ادغام عقل و هیجان است. در این چارچوب، درمانگران به عنوان مربیان هیجان در نظر گرفته می‌شوند که با کمک به افراد برای آگاهی، پذیرش و معنا بخشیدن به تجربه هیجانی خود، برای افزایش مقابله متمرکز بر هیجان تلاش می‌کنند (گرینبرگ[2]، ۲۰۰۴)؛ تمرکز اصلی این درمان بر این است که مراجع یاد بگیرد هیجان‌های خود را بشناسد، بپذیرد، ابراز و تنظیم کند و در نهایت آن‌ها را تغییر دهد (الیوت و گرینبرگ[3]، ۲۰۰۷). یک مطالعه گزارش داد که درمان هیجان‌مدار علائم وسواس فکری-عملی را در بیماران به طور قابل توجهی کاهش داده و در مقایسه با گروه کنترل، بهبود معناداری را در پس‌آزمون نشان داده است (تیمولاک و همکاران، ۲۰۲۰). مطالعه دیگری نشان داد که درمان هیجان‌مدار به طور قابل توجهی حساسیت اضطرابی و عدم تحمل ابهام را در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی کاهش داده است (سروش و همکاران، ۱۴۰۰؛ محمودزاده کناری و همکاران، ۱۴۰۴). درمان هیجان‌مدار با کمک به مراجعین در شناسایی، تحمل و تنظیم هیجان‌های دشوار، ممکن است فوریت جستجوی قطعیت را از طریق بررسی، اطمینان خاطر یا اجتناب کاهش دهد. به عبارت دیگر، درمان هیجان‌مدار ممکن است سوخت عاطفی را که باعث ادامه اجبارها می‌شود، تضعیف کند (گرینبرگ، ۲۰۱۰).

همچنین بررسی مطالعات موجود نشان می‌دهد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت (ISTDP) می‌تواند رویکرد مفیدی برای اختلال وسواس فکری-عملی باشد، زیرا بر روی تعارضات و دفاع‌های عاطفی که اغلب علائم را در جای خود نگه می‌دارند، کار می‌کند؛ یک بررسی مروری اخیر نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت می‌تواند در طیف وسیعی از جمعیت‌های بالینی مؤثر باشد (میلر و مکگیو[4]، ۲۰۲۳). در تحقیقات مرتبط با اختلال وسواس فکری-عملی، گزارش شده است که درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت به طور قابل توجهی علائم وسواس فکری-عملی و همجوشی شناختی را کاهش می‌دهد و دستاوردهای آن در پیگیری حفظ می‌شود، این نشان می‌دهد که درمان‌هایی که تعارض ناخودآگاه، اجتناب عاطفی و دفاع‌های سخت را هدف قرار می‌دهند، ممکن است به کاهش نیاز به آیین‌های اجباری کمک کنند (حسینی و همکاران، ۲۰۲۵). اگرچه مداخلات آزمایشی مستقیم روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت به طور خاص برای اختلال وسواس فکری-عملی و عدم تحمل ابهام هنوز محدود است (رضا و همکاران، ۱۴۰۴)، اما شواهد گسترده‌تر از توانایی آن در بهبود تنظیم هیجان و کاهش تداوم علائم پشتیبانی می‌کند (سوما و عباس[5]، ۲۰۲۲).

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر مؤلفه تحمل ابهامدر زنان مبتلاء به اختلال وسواس فکری-عملی، از لحاظ مکانیسم‌های تغییر، بسیار قابل توجه است. در درمان هیجان‌مدار، بهبود تحمل ابهام از طریق تسهیل فرآیند شناسایی، تنظیم و دگرگونی هیجان‌های ناسازگار محقق می‌شود که مستقیماً نیاز مراجع به رفتارهای ایمنی‌بخش را کاهش می‌دهد (کادیرگلو و همکاران، ۲۰۲۶؛ محمودزاده کناری و همکاران، ۱۴۰۴). در سوی دیگر، درمان پویشی فشرده بر نقش تعارضات ناخودآگاه و دفاع‌های ناپایدار تمرکز دارد و از طریق تسهیل تجربه عاطفی عمیق و کاهش مقاومت‌ها، ادراک فرد از ابهام را تغییر می‌دهد (رضا و همکاران، ۱۴۰۴).

با توجه به اینکه این دو درمان مسیر متفاوتی برای بهبود تحمل ابهام سپری می‌کنند، مقایسه آن‌ها می‌تواند نقش موثری در شناسایی مداخلات روانشناختی بهینه برای افراد مبتلاء به اختلال وسواس فکری-عملی داشته باشد. از نظر بالینی مقایسه این دو مداخله می‌تواند نقش موثری در انتخاب بهترین مداخله جهت کاهش عدم تحمل ابهام در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی داشته باشد؛ بر این اساس این مطالعه با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر تحمل ابهام در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی انجام شد.

1 Timulak & Keogh
2 Greenberg
3 Elliott & Greenberg
4 Miller & McGuire
5 Thoma & Abbass

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماه بود. جامعه آماری پژوهش، شامل زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی بود که به تازگی (کمتر از دو ماه) به کلینیک‌ها و مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی منطقهٔ ۳ شهر تهران در سال ۱۴۰۳ مراجعه کرده بودند. حجم نمونه با استفاده از جدول کوهن با اندازه اثر ۰/۵۰و توان آزمون ۰/۸۵ برابر ۱۵ نفر برای هر گروه برآورد شد که از بین افراد دارای ملاک‌های ورود به پژوهش ۴۵ نفر با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس از مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی انتخاب و در سه گروه آزمایش ۱ (۱۵ نفر)، آزمایش ۲ (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به‌صورت تصادفی جایگزین شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، حداقل تحصیلات دیپلم، محدوده سنی ۱۸ تا ۴۰ سال، دریافت تشخیص اختلال وسواس فکری و عملی، عدم ابتلاء به بیماری‌های خودایمنی مزمن، عدم تجربه سوگ طی یک سال اخیر، مصرف داروهای روانپزشکی و عدم سابقه طلاق و متارکه بود. تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی با بهره‌گیری از مصاحبه بالینی بر اساس معیارهای تشخیصی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روان-ویرایش پنجم تجدیدنظر شده (DSM-5-TR)[1] توسط روانشناس بالینی انجام شد. معیارهای خروج نیز شامل شرکت همزمان در جلسات درمان فردی و گروهی دیگر و غیبت بیش از دو جلسه در حین مداخلات و عدم تمایل به ادامه شرکت در جلسات درمانی بود. ملاحضات اخلاقی هم در تمام مراحل پژوهش در نظر گرفته شد. به تمامی افراد نمونه اطمینان داده شد که اسم آن‌ها در هیچ قسمتی از پژوهش ذکر نخواهد شد و تنها از نتایج داده‌ها استفاده می‌شود. به منظور انجام پژوهش، یک جلسه توجیهی برگزار و فرم رضایت نامه و پرسشنامه حاوی اطلاعات جمعیت‌شناختی بین شرکت کنندگان توزیع شد. با هدف ناشناس بودن و برای اینکه حریم خصوصی شرکت کنندگان تضمین شود، برای هر شرکت کننده کد متناسب اختصاص داده شد. پس از اجرای حضوری پیش‌آزمون، اعضای گروه‌های مداخله تحت درمان قرار گرفتند و سپس از هر دو گروه پس آزمون و پس از گذشت دو ماه مجددا آزمون پیگیری اجرا شد. در نهایت، تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر آمیخته انجام شد.

ابزار سنجش

مقیاس عدم تحمل ابهام (IUS)[2]: این مقیاس با ۲۷ سوال توسط باهر و داگاس[3] (۲۰۰۲) طراحی و اعتباریابی شده است؛ این مقیاس بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای از اصلاً شبیه من نیست (نمره ۱) الی کاملاً شبیه من است (نمره ۵) پاسخ داده می‌شود؛ دامنه نمرات در این مقیاس بین ۲۷ الی ۱۳۵ است و نمرات بالاتر نشان دهنده عدم تحمل ابهام است و هرچه نمره کاهش پیدا کند به معنی این است که تحمل ابهام در فرد بهبود پیدا کرده است (باهر و داگاس، ۲۰۰۲). روایی همگرای این مقیاس با سیاههٔ افسردگی بک ۰/۵۹ و پایایی بازآزمایی با فاصله پنج هفته ۰/۷۴ محاسبه شده است (باهر و داگاس، ۲۰۰۲). در نمونه ایرانی ضریب ا آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و روایی همگرا با نسخهٔ کوتاه سیاهه درد ۰/۶۱ گزارش شده است (ضرغام حاجبی و همکاران، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه شد.

محتوای جلسات درمان هیجان‌مدار: در این پژوهش جهت انجام مداخله، درمان هیجان‌مدار بر اساس مدل گرینبرگ (۲۰۱۰) به صورت هفته‌ای یک بار به مدت زمان ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت فردی در افراد گروه آزمایش اجرا شد. در جدول ۱ خلاصه جلسات درمان هیجان مدار ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان هیجان مدار

جلسه	اهداف اصلی	فنون و مداخلات کلیدی	تمرکز بر متغیرهای پژوهش
۲-۱	ایجاد اتحاد درمانی، روان‌آموزش و افزایش آگاهی هیجانی	کاوش همدلانه، بازتاب هیجانی، ثبت تجربه هیجانی	آگاهی اولیه از همجوشی شناختی
۴-۳	تمایز هیجان اولیه و ثانویه، تعمیق تجربه هیجانی مرتبط با وسواس	تمرکز تجربی، نمادسازی	پردازش هیجان‌های زیربنایی وسواس و شرم

1 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)
2 The Intolerance of Uncertainty Scale (IUS)
3 Buhr & Dugas

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

۶-۵	پردازش تعارض‌های درونی و هیجان‌های حل‌نشده	تکنیک صندلی دوگانه، صندلی خالی	کاهش همجوشی شناختی و خودانتقادی
۸-۷	دگرگونی هیجان‌های ناسازگار به انطباقی و کاهش اجتناب	فعال‌سازی هیجان‌های سالم، مواجهه هیجانی هدایت‌شده	افزایش تحمل ابهام و حس انسجام
۱۰-۹	تثبیت تغییرات، تعمیم به زندگی واقعی و پیشگیری از عود	مرور پیشرفت، برنامه‌ریزی	تثبیت تغییرات در همجوشی شناختی، حس انسجام و تحمل ابهام

محتوای جلسات روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت: این آموزش مطابق با دستورالعمل پروتکل روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر اساس مدل دوانلو[1] (۱۹۹۶) اجرا شد. این برنامه در طی ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای ۱ روز در هفته به صورت فردی اجرا شد. در جدول ۲ خلاصه جلسات روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت ارائه شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت

جلسه	مراحل اصلی توالی پویشی	اهداف کلیدی	تمرکز بر متغیرهای پژوهش
۲-۱	پرسش درباره مشکل + فشار	ارزیابی اولیه و فعال‌سازی	شناسایی دفاع‌ها و همجوشی شناختی
۴-۳	چالش با دفاع‌ها + مقاومت انتقالی	کاهش دفاع‌های ناسازگار	کاهش همجوشی شناختی و اجتناب
۶-۵	دسترسی به ناهشیار + تحلیل انتقال	تجربه احساسات سرکوب‌شده	افزایش حس انسجام و بینش رابطه‌ای
۸-۷	کاوش پویشی تعارضات ناهشیار	پردازش تجربیات گذشته	تقویت تحمل ابهام
۱۰-۹	تثبیت تغییرات + جمع‌بندی	مرور فرایند و پیشگیری از عود	تثبیت تغییرات در سه متغیر پژوهش

یافته ها

در پژوهش حاضر ۴۵ نفر در سه گروه ۱۵ نفری مشارکت داشتند، میانگین و انحراف معیار سنی گروه درمان هیجان‌مدار (۳۴/۴۰±۴/۱۰)، روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت (۳۶/۷۳±۲/۶۸) و کنترل (۳۴/۲۰±۴/۰۷) بر حسب سال همگون بود. از نظر وضعیت اشتغال در گروه درمان هیجان‌مدار ۵ نفر شاغل و ۱۰ نفر بیکار بودند، در گروه روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت ۶ نفر شاغل و ۹ نفر بیکار بودند، در گروه کنترل ۷ نفر شاغل و ۸ نفر بیکار بودند. از نظر تحصیلات در گروه درمان هیجان‌مدار ۴ نفر دیپلم، ۱۰ نفر کارشناسی و ۱ نفر کارشناسی ارشد بودند، در گروه روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت ۵ نفر دیپلم، ۹ نفر کارشناسی و ۱ نفر کارشناسی ارشد بودند، در گروه کنترل ۵ نفر دیپلم، ۸ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد بودند. مدت ابتلاء به اختلال وسواس فکری-عملی همه شرکت‌کنندگان کمتر از دو ماه بود و همه افراد در حال مصرف داروهای روانپزشکی روند. همچنین همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش متاهل بودند. در جدول ۳ شاخص‌های گرایش مرکزی متغیر تحمل ابهام و نرمال بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است.

جدول ۳: شاخص‌های توصیفی متغیر تحمل ابهام به تفکیک گروه‌ها

مراحل سنجش	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو ویلک	
				آماره	معناداری
پیش آزمون	درمان هیجان‌مدار	۸۸/۸۷	۱۱/۰۳	۰/۹۰	۰/۱۲
	روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت	۸۸/۸۰	۱۱/۰۸	۰/۹۹	۰/۹۹
	کنترل	۹۰/۳۳	۱۴/۳۹	۰/۸۷	۰/۰۵
پس آزمون	درمان هیجان‌مدار	۶۲/۶۰	۱۶/۱۱	۰/۹۵	۰/۵۵
	روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت	۴۵/۶۶	۱۱/۲۰	۰/۹۴	۰/۴۱
	کنترل	۹۲/۲۶	۱۶/۱۱	۰/۹۳	۰/۲۷
پیگیری	درمان هیجان‌مدار	۶۰/۰۷	۱۳/۶۳	۰/۹۳	۰/۲۷

1 Davanloo

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت	۴۱/۶۰	۱۳/۳۲	۰/۸۹	۰/۰۶
کنترل	۹۱/۰۰	۱۳/۷۸	۰/۸۸	۰/۰۵

در جدول ۳ نتایج نشان می‌دهد که گروه‌های مداخله نسبت به کنترل در طول مراحل سنجش تغییرات بیشتری در متغیر تحمل ابهام داشته است؛ در واقع روند تغییرات در گروه‌های مداخله کاهشی بوده است؛ به این معنی که با کاهش عدم تحمل ابهام میزان تحمل ابهام بهبود یافته است. همچنین نتایج آزمون شاپیرو ویلک نشان داد، داده‌ها در مراحل مختلف سنجش به تفکیک گروه‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند (P>۰/۰۵)؛ بر این اساس می‌توان از آزمون‌های پارامتری استفاده کرد. جهت بررسی همگونی خطای واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد، نتایج نشان داد که خطای واریانس‌ها در متغیر تحمل ابهام به تفکیک مراحل سنجش پیش‌آزمون (P=۰/۲۸، F=۱/۳۰)، پس‌آزمون (P=۰/۲۹، F=۱/۲۷) و پیگیری (P=۰/۹۴، F=۰/۰۶) همگون می‌باشد؛ همچنین نتایج آزمون ام باکس نشان داد که ماتریس کوواریانس‌ها در حالت چندمتغیره برقرار است (P>۰/۰۵). نتایج آزمون کرویت موچلی با حضور گروه کنترل نشان داد که مقادیر متغیر تحمل ابهام (P=۰/۰۷، W=۰/۸۸) معنادار نمی‌باشد، بر این اساس گزارش شاخص F در آزمون تحلیل واریانس نیاز به اصلاح ندارد. با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، جهت آزمون مقایسه اثربخشی مداخله‌ها در مراحل سنجش و مقایسه آن‌ها از این آزمون استفاده شده است. در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای متغیر تحمل ابهام

اثر	آزمون‌ها	ارزش	مقدار F	درجه آزادی اثر	درجه خطا	آزادی	معناداری	ضریب اتا	توان آماری
گروه	اثر پیلایی	۰/۸۲	۹۳/۳۵	۲	۴۱		۰/۰۱	۰/۸۲	۱
	لامبدای ویلکز	۰/۱۸	۹۳/۳۵	۲	۴۱		۰/۰۱	۰/۸۲	۱
	اثر هتلینگ	۴/۵۵	۹۳/۳۵	۲	۴۱		۰/۰۱	۰/۸۲	۱
	بزرگترین ریشه‌روی	۴/۵۵	۹۳/۳۵	۲	۴۱		۰/۰۱	۰/۸۲	۱

در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مختلط (میکس آنوا) ارائه شده است؛ نتایج ارزیابی درون گروهی نشان می‌دهد نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ترکیب گروه‌ها و متغیر وابسته به‌طور همزمان (P=۰/۰۱، F=۹۳/۳۵، ۰/۳۸=اثرپیلایی) تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی یافته‌های فوق حاکی از آن است که روند تغییر معناداری در میانگین متغیر مورد بررسی در مراحل ارزیابی مشاهده شده و میزان تغییرات مربوط به متغیر طی مراحل ارزیابی در سه گروه مورد مطالعه متفاوت بوده است، اما دقیق مشخص نسیت که در کدام یک از گروه‌ها این چنین بوده است، برای بررسی دقیق روند تغییرات در ادامه، نتایج تک متغیره در متن میکس آنوا ارائه خواهد شد.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر در متن میکس آنوا برای تحمل ابهام در سه مرحله اندازه‌گیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
زمان	۱۷۱۴۷/۹۱	۲	۸۵۷۳/۹۶	۱۲۴/۱۸	۰/۰۱	۰/۷۴	۱
زمان*گروه	۱۱۰۳۴/۳۱	۲	۲۷۵۸/۵۸	۳۹/۹۵	۰/۰۱	۰/۶۶	۱
خطا	۵۷۹۹/۷۸	۰/۸۴	۶۹/۰۵				
بین گروهی	۲۴۳۷۱/۵۱	۱	۲۴۳۷۱/۵۱	۲۹/۵۹	۰/۰۱	۰/۵۹	۱

نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر در جدول ۵ نشان داد که بین گروه‌ها در متغیر تحمل ابهام (P=۰/۰۱، F=۲۹/۵۹، η=۰/۵۹) تفاوت معنادار وجود دارد. جهت بررسی روند تغییرات در گروه‌ها در ادامه نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی به تفکیک گروه‌ها در جدول ۴ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی برای مقایسه تغیرات درون گروهی و بین‌گروهی متغیر تحمل ابهام

مراحل سنجش		درمان هیجان‌مدار		روان‌درمانی پویشی		گروه کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲۶/۳۷	۰/۰۱	۴۳/۱۳	۰/۰۱	۱/۹۳	۰/۶۹
پیش‌آزمون	پیگیری	۲۸/۸۰	۰/۰۱	۴۷/۲۰	۰/۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
پس‌آزمون	پیگیری	۲/۵۳	۰/۸۸	۴/۰۷	۰/۷۵	۱/۲۷	۱/۰۰
مقایسه گروهی		درمان هیجان‌مدار * روان‌درمانی پویشی		درمان هیجان‌مدار * کنترل		روان‌درمانی پویشی * کنترل	
		اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری	اختلاف میانگین	معناداری
		۱۱/۸۲	۰/۰۳	۲۰/۶۸	۰/۰۱	۳۲/۵۱	۰/۰۱

نتایج آزمون بن‌فرونی در جدول ۶ نشان داد که فقط در گروه‌های مداخله بین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد (P=۰/۰۱)؛ این در حالی است که در گروه‌های مداخله بین پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد که نشان دهنده ثبات نتایج در طول زمان است (P<۰/۰۵). نتایج مقایسه زوجی بین گروه‌ها گویای این است که بین گروه‌های درمان هیجان‌مدار (P=۰/۰۱) و روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت (P=۰/۰۱) در مقایسه با گروه کنترل تا مرحله پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت؛ در واقع هر دو درمان نسبت به گروه کنترل موجب بهبود تحمل ابهام (کاهش نمره عدم تحمل ابهام) شده‌اند. علاوه بر این نتایج مقایسه زوجی نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت نسبت به درمان هیجان‌مدار به‌طور معنادار تا مرحله پیگیری بیشتر باعث بهبود تحمل ابهام شده است (P<۰/۰۵).

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر تحمل ابهام در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی انجام شد. یافته اول نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر کاهش عدم تحمل ابهام در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی موثر بوده است؛ این یافته با پژوهش‌های سروش و همکاران (۱۴۰۰)، محمودزاده کناری و همکاران (۱۴۰۴) و تیمولاک و همکاران (۲۰۲۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که درمان هیجان‌مدار با تغییر تمرکز از استراتژی‌های اجتناب شناختی به تجربیات عاطفی زیربنایی که نیاز به پیش‌بینی‌پذیری را تقویت می‌کنند، به طور مؤثر عدم تحمل ابهام را کاهش می‌دهد. عدم تحمل ابهام اغلب به عنوان یک مکانیسم دفاعی ثانویه عمل می‌کند و احساسات اولیه آسیب‌پذیر مانند ترس، ناکافی بودن یا رها شدن را که برای سیستم عصبی طاقت فرسا به نظر می‌رسند، پنهان می‌کند. با ایجاد یک اتحاد درمانی ایمن، درمان هیجان‌مدار یک محیط نگهدارنده امن فراهم می‌کند که در آن افراد می‌توانند به این عواطف خفته و دردناک دسترسی پیدا کرده و آنها را پردازش مجدد کنند، نه اینکه آنها را از طریق کنترل سختگیرانه محیطی مدیریت کنند (محمودزاده کناری و همکاران، ۱۴۰۴). همانطور که مراجعین یاد می‌گیرند این احساسات اولیه را شناسایی و ابراز کنند، تنظیم هیجان و تاب‌آوری روانشناختی بیشتری را ایجاد می‌کنند که به طور طبیعی نیاز اجباری به حذف ابهام را کاهش می‌دهد. این درمان، تغییر از یک حالت ناامن و واکنشی به یک حالت امن‌تر و هماهنگ‌تر از خودآگاهی و ارتباط را تسهیل می‌کند. این فرآیند به طور مؤثر پاسخ فرد به غیرقابل پیش‌بینی‌ها را تغییر می‌دهد و اضطراب ناشی از ندانستن را با آرامش ناشی از حضور عاطفی مطمئن جایگزین می‌کند (تیمولاک و کوق، ۲۰۲۰).

یافته دوم پژوهش نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بر کاهش تحمل ابهام در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی موثر بوده است؛ این یافته با پژوهش‌های میلر و مکگیو (۲۰۲۳)، حسینی و همکاران (۲۰۲۵) و رضا و همکاران (۱۴۰۴) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت با شناسایی عدم تحمل ابهام به عنوان محصول جانبی اضطراب ناخودآگاه که توسط احساسات سرکوب‌شده و پیچیده نسبت به چهره‌های دلبستگی گذشته تقویت می‌شود، به این موضوع می‌پردازد. او توضیح می‌دهد که وقتی افراد احساسات متناقضی مانند خشم یا گناه را در خود پرورش می‌دهند، این تعارضات ناخودآگاه درونی، اضطراب جسمی یا دفاع‌های اولیه‌ای را تحریک می‌کنند که درک واقعیت را تحریف می‌کنند. درمانگر با نظارت دقیق و تنظیم این

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

اضطراب، مراجع را تشویق می‌کند تا به جای عقب‌نشینی در دفاع عقلانی نیاز به پیش‌بینی‌پذیری مطلق، مستقیماً با این احساسات اساسی روبرو شود (سوما و عباس، ۲۰۲۲). همانطور که درمانگر مراجع را برای پردازش احساسات دردناک اصلی که قبلاً دفع شده بودند، راهنمایی می‌کند، فشار درونی برای حل بلاتکلیفی به عنوان یک مکانیسم ایمنی شروع به از بین رفتن می‌کند (رضا و همکاران، ۱۴۰۴). عدم تحمل ابهام به عنوان یک سپر شکننده دیده می‌شود که برای دور نگه داشتن خود از شدت ناخودآگاه طراحی شده است. بنابراین، با حل تعارض عاطفی درونی، نیاز به این ساختار دفاعی منسوخ می‌شود. از طریق این فرآیند، مراجع ظرفیتی برای تحمل سطوح بالاتر صمیمیت عاطفی و پیچیدگی درونی ایجاد می‌کند که به طور طبیعی باعث سرسختی بیشتر در برابر ابهام می‌شود (میلر و مکگیو، ۲۰۲۳).

یافته سوم نشان داد که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت در مقایسه با درمان هیجان‌مدار تاثیر بیشتری بر تحمل ابهام در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی داشته است، در بررسی مطالعات قبلی و پیشینه شواهدی همسو یا ناهمسو با یافته حاضر یافت نشد؛ در تبیین احتمالی می‌توان بیان نمود که روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت را می‌توان برای کاهش عدم تحمل ابهام، مؤثرتر از درمان هیجان‌مدار دانست، زیرا به صراحت تعارض ناخودآگاه و دفاع‌هایی را که نیاز به قطعیت را مقاوم، سخت و اجباری نگه می‌دارند، هدف قرار می‌دهد (رضا و همکاران، ۱۴۰۴). روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت به طور ساختارمند دفاع‌هایی مانند توجیه عقلانی، نگرانی و کنترل بیش از حد را آشکار و از بین می‌برد و آنها را به عنوان استراتژی‌های فعال برای اجتناب از احساسات عمیق‌تر و ممنوعه نسبت به چهره‌های دلبستگی که اضطراب مزمن را ایجاد می‌کنند، در نظر می‌گیرد (حسینی و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت با نظارت مداوم بر علائم جسمی و ادراکی اضطراب، نه تنها به مراجع کمک می‌کند تا هیجانات را احساس کند، بلکه سطح فعال‌سازی عاطفی را نیز بهینه می‌کند تا منجر به بازسازی به جای غرق شدن شود، که می‌تواند برای افرادی که با وحشت به عدم قطعیت واکنش نشان می‌دهند، بسیار مهم باشد. فشار متمرکز آن برای مواجهه با احساسات اجتناب‌شده، همراه با شفاف‌سازی سریع و به چالش کشیدن دفاع‌ها، منجر به دسترسی سریع‌تر به عواطف اصلی و در نتیجه کاهش سریع‌تر تنش درونی می‌شود که تحمل ابهام را تقویت می‌کند (دوانلو، ۱۹۹۶). در حالی که درمان هیجان‌مدار بر ایجاد تجربیات عاطفی اصلاحی جدید در روابط فعلی تأکید دارد (محمودزاده کناری و همکاران، ۱۴۰۴)، روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت بیشتر بر حل احساس گناه، خشم، اندوه و ناخودآگاه که باعث می‌شوند ابهام در وهله اول خطرناک به نظر برسد، تأکید دارد. از طریق گشودن قفل ناخودآگاه و بررسی ساختارمند این احساسات پیچیده، اضطراب پایه مراجع اغلب به طور قابل توجهی کاهش می‌یابد و همان موتور محرک تفکر فاجعه‌بار در مورد آینده را کاهش می‌دهد. این رویکرد عمیق و کارآمد از نظر زمان، به مراجع تجربه مستقیمی می‌دهد که می‌تواند احساسات شدید را ادغام کند، که باعث می‌شود عدم قطعیت خارجی کمتر به عنوان تهدیدی برای بقاء روانی و بیشتر به عنوان جنبه‌ای قابل تحمل از زندگی احساس شود (میلر و مکگیو، ۲۰۲۳).

در مجموع می‌توان نتیجه گرفت که هر دو مداخله درمان هیجان‌مدار و روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت به دلیل تمرکز بر لایه‌های عمیق روانی و پردازش تجربیات هیجانی، ابزارهای موثری برای کاهش عدم تحمل ابهام در زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی هستند. با این حال، برتری روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت نشان می‌دهد که مواجهه مستقیم با مقاومت‌ها، تجربه عمیق احساسات دوسوگرا و بازنگری در سازوکارهای دفاعی در یک بازه زمانی فشرده، می‌تواند کارایی بیشتری در تعدیل ساختارهای شناختی-هیجانی صلب (مانند نیاز به قطعیت در وسواس) داشته باشد. در واقع، در حالی که درمان هیجان‌مدار به بازسازی هیجانی کمک می‌کند، روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت با هدف قرار دادن ریشه‌های پویای اضطراب و گسست‌های هیجانی، در شکستن چرخه نیاز به اطمینان‌طلبی وسواسی موفق‌تر عمل کرده است.

مطالعه حاضر در نمونه محدودی از زنان مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی نیازمند دریافت خدمات روانشناختی شهر تهران به شیوه در دسترس انجام شد؛ امکان نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، بر این اساس تعمیم نتایج با محدودیت همراه است. همچنین در این پژوهش طول دوران ازدواج، سابقه قبلی ابتلاء به اختلال وسواس فکری-عملی و سایر اختلالات روانشناختی کنترل نشد؛ پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده این موارد کنترل شود. همچنین این پژوهش از نظر پیشینه پژوهشی به‌منظور مقایسه یافته‌های دو مداخله با محدودیت همراه است و مقایسه یافته‌ها را محدود می‌سازد. پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده از طرح‌های کارآزمایی بالینی کنترل شده تصادفی استفاده شود تا تعمیم‌دهی نتایج بهتر انجام شود. همچنین در این پژوهش سابقه دریافت خدمات روانشناختی افراد کنترل نشد؛ پیشنهاد می‌شود که در مطالعات آینده مورد توجه پژوهشگران باشد. در زمینه کاربردی اجرای روان‌درمانی پویشی فشرده کوتاه‌مدت و سپس درمان هیجان‌مدار به منظور بهبود تحمل ابهام افراد به مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی پیشنهاد می‌شود.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

منابع

رضا، ف.، اسدی، ج.، میرانی، الف.، و خواجوند خوشلی، الف. (۱۴۰۴). اثربخشی درمان روان‌پویشی کوتاه‌مدت بر اضطراب و تحمل ابهام در زنان مبتلا به وسواس فکری–عملی. *پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۹* (۱)، ۱۰۶-۱۲۰. https://rph.khu.ac.ir/article-1-4628-fa.html

سروش، س.، زارع بهرام آبادی، م.، و نصراللهی، ب. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار و رفتاری- یکپارچه‌نگر بر نشانگان وسواس و دلزدگی زناشویی زوجین دارای تشخیص وسواس. *روان‌شناسی فرهنگی، ۵* (۱)، ۳۰۴-۳۲۷. https://jcp.samt.ac.ir/article_140956.html?lang=fa

ضرغام حاجبی، م.، شاهمرادی پیله رود، م.، و میرهاشمی، م. (۱۴۰۳). عدم تحمل ابهام و درد مزمن در مبتلایانِ مالتیپل اسکلروزیس:اجتناب شناختی، جهت‌گیری منفی به مشکل، باورهای مثبت به نگرانی. *روانشناسی کاربردی، ۱۸* (۴)، ۱۲۴-۱۴۶. https://apsy.sbu.ac.ir/article_105063.html

محمودزاده کناری، ح.، خواجوند خوشلی، الف.، و اسدی، ج. (۱۴۰۴). بررسی اثر بخشی درمان هیجان مدار بر حساسیت اضطرابی و عدم تحمل بلاتکلیفی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواسی – اجباری. *پژوهش در سلامت روانشناختی، ۱۹* (۲)، ۷۵-۶۱. https://rph.khu.ac.ir/article-1-4629-fa.html

Buhr, K., & Dugas, M. K. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour Research and Therapy*, *40*, 931-945. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12186356/

Davanloo, H. (1996). Management of tactical defenses in intensive short-term dynamic psychotherapy, Part I: Overview, tactical defenses of cover words and indirect speech. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, *11*(3), 129-152. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/(SICI)1522-7170(199609)11:3%3C129::AID-SHO120%3E3.0.CO;2-7

Ding, X., Zhao, Z., Wang, J., Chen, C., Ding, S., Gao, J., ... & Liu, D. (2025). Relationships between different components of intolerance of uncertainty and symptoms of obsessive–compulsive disorder: a network analysis. *PeerJ*, *13*, e19791. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12318506/

Elliott, R., & Greenberg, L. S. (2007). The essence of process-experiential/emotion-focused therapy. *American Journal of Psychotherapy*, *61*(3), 241-254. https://psycnet.apa.org/record/2014-29890-003

Greenberg, L. S. (2004). Emotion–focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*, *11*(1), 3-16. https://doi.org/10.1002/cpp.388

Greenberg, L. S. (2010). Emotion-focused therapy: An overview. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, *4*(33), 1-12. https://dergipark.org.tr/en/pub/tpdrd/article/229828

Hosseini, S. A., Nasri, M., & Dastgerdi, R. (2025). Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Short-Term Psychodynamic Therapy on Cognitive Fusion and Obsessive-Compulsive Symptoms in Individuals with Obsessive-Compulsive Disorder. *Health*, *3*(1), 45-54. https://doi.org/10.61838/kman.hn.3.1.6

Kadiroğlu, İ., Çoban, S., & Şenkal Ertürk, İ. (2026). Emotion-focused therapy and trauma: an integrative review. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, *25*(1), 91-107. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14779757.2025.2541414

Knowles, K. A., & Olatunji, B. O. (2023). Intolerance of uncertainty as a cognitive vulnerability for obsessive-compulsive disorder: A qualitative review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *30*(3), 317. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11488751/

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. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9193982/

Miller, M. L., & McGuire, J. F. (2023). Targeting intolerance of uncertainty in treatment: A meta-analysis of therapeutic effects, treatment moderators, and underlying mechanisms. *Journal of Affective Disorders*, *341*, 283-295. https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.08.132

Mojgani, J. S., Rzepka, A. M., Kang, Y., Al-Bya, H., Patterson, B., & Van Ameringen, M. (2026). The effect of the menstrual cycle on obsessive-compulsive and related disorders: A scoping review. *Comprehensive Psychiatry*, *211*, 152696. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X26000350

Nakić Radoš, S., Brekalo, M., Matijaš, M., & Žutić, M. (2025). Obsessive-compulsive disorder (OCD) symptoms during pregnancy and postpartum: prevalence, stability, predictors, and comorbidity with peripartum depression symptoms. *BMC pregnancy and childbirth*, *25*(1), 176. https://doi.org/10.1186/s12884-025-07302-y

Öst, L. G., Enebrink, P., Finnes, A., Ghaderi, A., Havnen, A., Kvale, G., ... & Wergeland, G. J. (2022). Cognitive behavior therapy for obsessive-compulsive disorder in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *159*, 104170. https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104170

Pinciotti, C. M., Riemann, B. C., & Abramowitz, J. S. (2021). Intolerance of uncertainty and obsessive-compulsive disorder dimensions. *Journal of Anxiety Disorders*, *81*, 102417. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33991818/

Sperling, J. (2023). 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*, *8*(4), 429-438. https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/23794925.2022.2051215

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]

Stein, D. J., Ruscio, A. M., Altwaijri, Y., Chiu, W. T., Sampson, N. A., Aguilar-Gaxiola, S., ... & Kessler, R. C. (2025). Obsessive-compulsive disorder in the World Mental Health surveys. *BMC medicine*, *23*(1), 416. https://doi.org/10.1186/s12916-025-04209-5

Stephenson, C., Philipp-Muller, A., Moghimi, E., Nashed, J. Y., Cook, D. J., Shirazi, A., ... & Alavi, N. (2025). Effects of cognitive behavioural therapy and exposure–response prevention on brain activation in obsessive–compulsive disorder patients: systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *275*(5), 1491-1507. https://doi.org/10.1007/s00406-024-01852-6

Thoma, N. C., & Abbass, A. (2022). Intensive short-term dynamic psychotherapy (ISTDP) offers unique procedures for acceptance of emotion and may contribute to the process-based therapy movement. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *25*, 106-114. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S221214472200062X

Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *50*(1), 1-13. https://link.springer.com/article/10.1007/s10879-019-09426-7

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*, 7. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7140776/

Uzun, A., Özdin, S., Laçiner, K., Böke, Ö., Sarısoy, G., Karabekiroğlu, A., & Güz, H. Ö. (2025). The Relationship Between Intolerance of Uncertainty and Psychological Resilience with Quality of Life in Patients with Obsessive Compulsive Disorder: A Comparative Study. *Turkish Journal of Psychiatry*, *36*, 627. https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12811947/

Wilson, E. J., Abbott, M. J., & Norton, A. R. (2023). The impact of psychological treatment on intolerance of uncertainty in generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, *97*, 102729. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37271039/

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-25]