

## Research Article

# Comparing the Effectiveness of Classical Cognitive-Behavioral Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy Based on Purposeful Support on Sexual Function and Disturbance Tolerance

S. Jani<sup>1\*</sup> 

1. PhD Candidate in Psychology Mohaghegh Ardabili University, Ardabil, Iran. Email: setareh.jani1400@gmail.com

### Abstract

**Aim:** The aim of this study was to compare the effectiveness of classical cognitive-behavioral therapy and cognitive-behavioral therapy based on purposeful support on the sexual function and disturbance tolerance. **Method:** The research design was experimental with pre-test and post-test and control group. 48 people were selected by available sampling method and randomly divided into two experimental groups and one control group among female patients with obsessive-compulsive disorder who had referred to counseling centers and psychological and psychiatric services in Parsabad city of Ardabil province in the period from April to July 2021 for treatment. Data collection tools were: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Disorder Scale, Sexual Function and Disorder Tolerance Scale. Interventional treatments were performed in 8 sessions each at different time intervals. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance. **Results:** The results showed that classical cognitive-behavioral therapy and cognitive-behavioral therapy based on purposeful support were effective on the sexual function and disturbance tolerance in people with washing obsession ( $P < 0.05$ ). Also, the effectiveness of cognitive-behavioral therapy based on purposeful support was significantly higher than classical cognitive-behavioral ( $P < 0.05$ ). **Conclusion:** It is suggested to pay attention to the effect of cognitive-behavioral therapy based on purposeful support as a new treatment method.

**Key words:** *Classical Cognitive-Behavioral Therapy, Cognitive-Behavioral Therapy Based on Purposeful Support, Disturbance Tolerance, Sexual Function, Washing Obsession*

**Citation:** Jani, S. (2023). Comparing the Effectiveness of Classical Cognitive-Behavioral Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy Based on Purposeful Support on Sexual Function and Disturbance Tolerance. *Quarterly of Applied Psychology*, 17 (1):213-232.

## مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری کلاسیک و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند بر عملکرد جنسی و تحمل آشفتگی

ستاره جانی<sup>۱</sup>

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران. ایمیل: setareh.jani1400@gmail.com

### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری کلاسیک و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند بر عملکرد جنسی و تحمل آشفتگی بود. **روش:** طرح پژوهش از نوع آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. ۴۸ نفر از بیماران زن مبتلا به وسواس شستشو که در بازه زمانی فروردین تا تیرماه سال ۱۴۰۰ جهت درمان به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و روانپزشکی شهر پارس‌آباد استان اردبیل مراجعه کرده بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت بودند از: مقیاس وسواس فکری- عملی بیل- براون، عملکرد جنسی و مقیاس تحمل آشفتگی. درمان‌های مداخله‌ای هر کدام طی ۸ جلسه و در بازه‌های زمانی مختلف انجام شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری کلاسیک و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند بر عملکرد جنسی و تحمل آشفتگی در افراد مبتلا به وسواس شستشو اثربخش بوده است ( $P < 0/05$ ). همچنین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند به‌طور معناداری بیشتر از شناختی- رفتاری کلاسیک بوده است ( $P < 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** توجه به تأثیر روش درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند به عنوان درمانی جدید، پیشنهاد می‌شود.

**کلید واژه‌ها:** تحمل آشفتگی، درمان شناختی- رفتاری کلاسیک، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند، عملکرد جنسی، وسواس شستشو

استناد به این مقاله: ستاره، جانی، ستاره. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری کلاسیک و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند بر عملکرد جنسی و تحمل آشفتگی. فصلنامه علمی- پژوهشی روان‌شناسی کاربردی، ۱۷ (۱ پیاپی ۶۵): ۲۱۳-۲۳۲.

## مقدمه

زنان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی زن‌شویی و تثبیت‌کننده روابط عاطفی اعضای خانواده هستند. در سال‌های اخیر، آن دسته از اختلال‌های روانی که تحت عنوان اختلال وسواس فکری- عملی مشخص شده، شیوع پررنگی در زنان داشته است. اختلال وسواس فکری- عملی و اختلالات زیرمجموعه آن در ششمین طبقه اختلالات در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی قرار دارند (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۷). طبق اطلاعات گزارش شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم، شیوع کلی این اختلال را ۲/۳ درصد برآورد کرده‌اند (سیمپسون و ردی، ۲۰۱۴). شیوع اختلال وسواس فکری- عملی در کشور ایران برای جمعیت عمومی ۱/۸ درصد و در کلینک‌های روان‌پزشکی تا حدود ۶ درصد تخمین زده می‌شود (محمدی، رهگذر، باقری، مسگرپور، دادرس، غریب‌خانی و زینالی، ۲۰۰۴). مشخصه اصلی این اختلال شامل وسواس‌ها یا بی‌اختیاری‌هاست که شامل افکار، امیال یا تصاویر ذهنی تکراری و دائمی ناخواسته بوده و سبب اختلال در کارکرد و آشفتگی قابل ملاحظه در فرد مبتلا می‌شود (حیدری، عظیمی لولتی، موسوی و موسوی‌نسب، ۱۳۹۹). در میان اختلالات وسواسی، اختلال وسواس شستشو شایع‌ترین تابلوی بالینی اختلال وسواسی- اجباری است (دی سیلوا و راجمن، ۲۰۰۸). بسیاری از مبتلایان به این بیماری بر این باورند که هرگونه تماس اتفاقی یا قرارگیری در معرض آلودگی‌ها منجر به آلودگی کامل و آسیب جدی می‌گردد (ایماندوست، عیسی‌زادگان و سلیمانی، ۱۳۹۹؛ ویلهلم، برمن، کشاویا، استوارتز و استکت، ۲۰۱۵). به دلیل شرایط روابط جنسی زوجین، داشتن وسواس آلودگی و شستشو می‌تواند عملکرد جنسی را مختل سازد.

عملکرد جنسی پایین، مشکلی شایع در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری است که یک یا همه مراحل چرخه جنسی را تحت تأثیر قرار می‌دهد (استیبلر، پولارد و مرکل، ۱۹۹۳؛ به نقل از رئیسی، قاسم‌زاده، کرم‌قدیری، فیروزی خجسته‌فر، میثمی، ناصحی و همکاران، ۱۳۹۵). این حالت در مبتلایان به وسواس آلودگی دیده می‌شود که در آن، بیمار از هر چیزی که مسبب آلودگی می‌شود، پرهیز می‌کند. افراد مبتلا به وسواس، احساس نیاز افراطی به کنترل افکارشان دارند؛ در حالی که لازمه ارگاسم این است که فرد خودش و ذهنش را رها کند، به همین دلیل مبتلایان به وسواس دچار اختلال عملکرد جنسی- هم از تعداد دفعات آمیزش و هم از نظر کیفیت- می‌شوند (آکسوی، آکسوی، مانر، گوکالپ و یانیک، ۲۰۱۲). دشواری تحمل پریشانی و

<sup>1</sup> - American Psychiatric Association

آشفستگی در افراد مبتلا به وسواس شستشو از علائمی است که به دلیل مشاهده زیاد در رفتار این افراد می‌تواند مورد بررسی قرار گیرد (ضابط، کرمی و یزدانبخش، ۱۴۰۰).

تحمل پریشانی اغلب به‌عنوان توانایی ادراک شده خودگزارشی یک فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی منفی یا توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه پریشانی عاطفی تعریف می‌شود (بیلینگسلی و استینمن، ۲۰۲۱). افراد با سطوح کمتر تحمل پریشانی ممکن است در معرض پاسخ سازش نایافته به پریشانی و شرایط برانگیزاننده پریشانی باشند. در نتیجه، این افراد ممکن است برای اجتناب از احساس‌های منفی یا حالت‌های آزارنده مربوط بکوشند. شواهدی وجود دارد که بیان می‌کند تحمل پریشانی به عنوان یک عامل آسیب‌زا برای اختلال وسواسی- جبری است و ترس از هیجان‌های منفی به شدت با علائم اختلال فوق مرتبط است (مک‌کوبین و سامپسون، ۲۰۰۶). نتایج مطالعه ماکاتی، کاپرون، گوتری، اسمیت و کوجل (۲۰۱۵)، نقش تحمل پریشانی را در اختلال وسواسی نشان داده است.

در طی سال‌های گذشته، با توجه به محدودیت‌های دارودرمانی، در حوزه روان‌شناختی توجه زیادی به درمان اختلال وسواس شده است و انواع درمان‌ها برای مقابله مؤثر با این اختلال پیشنهاد شده است. در این راستا استفاده از درمان‌های شناختی رفتاری کلاسیک و درمان جدید شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند در پژوهش حاضر مورد توجه قرار گرفته است. باید توجه داشت که انتخاب درمان‌های مذکور به دلیل تأثیر بسزای آن‌ها در ایجاد تغییرات شناختی، رفتاری و هیجانی در افراد مبتلا بوده است.

درمان شناختی- رفتاری کلاسیک که از دهه ۱۹۷۰ مطرح شده است، مبتنی بر این اندیشه است که وسواس در اثر «سوءتعبیر فاجعه‌آمیز از اهمیت» افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم ذهنی ایجاد می‌شود و تا زمانی که این سوء تعبیرها ادامه پیدا کند، وسواس هم پایدار می‌ماند و با سست شدن آن‌ها کاهش می‌یابد (استورچ، مورفی، گفکن، من، آدکینز، مرلو و همکاران، ۲۰۰۶). مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که این روش موجب تسریع پیامدهای فوری درمان، کاهش قابل توجه علائم و نیز کاهش احتمال عود می‌شود (حمزه‌لو، جعفری و ابراهیمی، ۱۳۹۸؛ سنچز- میکا، روزه آلکازار، اینیستا سپولوساپ و روزا آلکازارا، ۲۰۱۴؛ یه، ژانگ، چن، لیو، لی، لیو و همکاران، ۲۰۱۵). اما به دنبال برخی انتقادات از این رویکرد که منجر به معرفی شدن درمان‌های ترکیبی چون درمان فراشناختی و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی شد (یوسفی، محمدی، عزیزی و اسفندآبادی، ۱۳۹۸)، درمان دیگری نیز با نام درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند برای اولین بار در این پژوهش، با هدف کاهش پایدار علائم اختلال وسواسی- اجباری بویژه وسواس شستشو مورد استفاده قرار گرفته است.

درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند از لحاظ محتوای جلسات، نسخه تکمیل شده درمان شناختی- رفتاری کلاسیک است که در صدد رفع نقاط ضعف آن بوده است و ضمن پایبند بودن به ویژگی‌های مهم درمان شناختی- رفتاری کلاسیک از جمله تجربی بودن، اکتشافی بودن و به کار بردن تکنیک‌های مشابه در درمان فردی و گروهی (موتابی و فتی، ۱۳۹۹)، تغییراتی در ساختار درمان با هدف دستیابی سریع و پایدارتر به رفتار و شناخت‌های مثبت در افراد مبتلا ایجاد شده است. علاوه بر این، در این درمان، دوره تکمیلی در نظر گرفته شده است که به فرد مبتلا کمک می‌کند بعد از طی دوره درمان و رفع رفتار و افکار وسواسی، با افزایش فاصله جلسات ارتباط با درمانگر، همچنان تحت نظارت درمانگر به تکرار تمرین‌های خود بپردازد تا در نهایت به استقلال رسیده و بدون حضور درمانگر، مانع ایجاد رفتارهای وسواسی جدید و عود علائم بهبودیافته شده و جریان بهبودی خود را تحکیم و حفظ نماید. درمان فوق قابلیت اجرا به صورت فردی یا گروهی را داراست. مشخصه بارز و حائز اهمیت این نوع از درمان، ارتباط مستمر و هدفمند درمانگر با درمانجو از اولین لحظات مراجعه به وی می‌باشد؛ به نحوی که در فواصل جلسات نیز درمانگر چه به صورت حضوری و چه به صورت مجازی (آنلاین و آفلاین) با درمانجو در ارتباط بوده و وی را راهنمایی می‌کند. در واقع فواصل بین جلسات مداخله نیز بخشی از درمان بوده و تلاش می‌شود با هدف مدیریت بهتر رفتارهای وسواسی مراجع و همچنین نحوه انجام تکالیف خانگی، ارتباط با وی حفظ و به سوالات پیش آمده پاسخ داده می‌شود. مزیت بزرگ روش جدید این است که یک یا دو سال و حتی در صورت لزوم و بنابر نظر درمانگر در مدت زمانی بیشتر از دو سال، ما را به اطمینان می‌رساند که فرد به استقلال کامل رسیده است. درمانگر با عنوان دوره تکمیلی، حمایت بعد از درمان به فرد ارائه می‌دهد؛ چرا که فرض بر این است فرد بهبود یافته را که علایم وسواس کنترل شده است، نباید به حال خود رها کرد. دوره تکمیلی درمان بنابر نظر درمانگر بلافاصله بعد از کنترل تمام علائم وسواس فکری و عملی شروع می‌شود و بسته به شدت علائم، شرایط فردی مراجعین و همبودی اختلال با اختلالات دیگر از شش ماه تا دو سال می‌تواند ادامه داشته باشد (جانی، ۱۴۰۰).

با در نظر گرفتن تأثیر منفی اختلال وسواس به‌ویژه وسواس شستشو در روابط اجتماعی و خانوادگی و تأثیرهای منفی آن در روابط زناشویی، لزوم انجام تحقیقات گسترده در جهت کاهش تبعات این اختلال در زندگی فردی و زناشویی افراد مشخص می‌شود. همچنین ناپایداری اثرات درمانی یکی از مهم‌ترین دغدغه‌های درمان اختلال وسواس و زیرمجموعه‌های آن می‌باشد، لذا هدف از پژوهش حاضر پاسخگویی بین این سوال است که آیا بین اثربخشی درمان شناختی-

رفتاری کلاسیک و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند بر عملکرد جنسی و تحمل آشفتگی در افراد مبتلا به وسواس شستشو تفاوت معنی داری وجود دارد؟

## روش

این پژوهش، از جمله پژوهش‌های کاربردی می‌باشد. طرح پژوهش از نوع آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق را تمام بیماران زن مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تشکیل می‌دادند که در بازه زمانی فروردین تا تیرماه سال ۱۴۰۰ جهت درمان به مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و روانپزشکی شهر پارس آباد استان اردبیل مراجعه کرده و پس از ارزیابی تست ییل- براون و مصاحبه تشخیصی روانشناس بالینی، تشخیص اختلال وسواس شستشو دریافت کرده بودند. حجم نمونه ۴۸ نفر و انتخاب افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس بود. نمونه انتخاب شده به صورت تصادفی در گروه‌های دریافت‌کننده درمان شناختی- رفتاری کلاسیک (۱۶ نفر)، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند (۱۶ نفر) و گروه کنترل (۱۶ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل ابتلا به اختلال وسواس شستشو، داشتن سن ۲۰ تا ۵۰ سال، تحصیلات حداقل راهنمایی، رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش بود. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش نیز شامل دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر همزمان یا ۳۰ روز قبل، وجود مخاطراتی برای بیمار مثل داشتن افکار جدی در مورد خودکشی (به وسیله بررسی دقیق تکالیف خانگی و نحوه مشارکت شرکت کنندگان در جلسات) که امکان عدم دریافت دارو و ثابت نگه داشتن آن را ناممکن می‌سازد، داشتن غیبت بیش از دو جلسه متوالی و عدم تمایل به ادامه درمان بود.

## ابزار آزمون

۱- **مقیاس وسواس فکری- عملی ییل- براون.** این مقیاس برای اندازه‌گیری شدت علائم وسواسی طراحی شده است. بخش مهمی از آن بر پایه گزارش بیمار تکمیل و نمره‌گذاری نهایی بر پایه قضاوت بالینی مصاحبه‌گر انجام می‌شود. دارای ۱۰ ماده می‌باشد که هر ماده بین صفر تا چهار نمره می‌گیرد. پنج ماده نخست این مقیاس برای ارزیابی وسواس‌های فکری است. پنج ماده بعدی برای ارزیابی وسواس‌های عملی است. این مقیاس برای ارزیابی شدت و تغییرات علائم وسواسی در جهان کاربرد گسترده‌ای دارد. پایایی بین درجه‌بندی‌کنندگان این آزمون ۰/۹۸- ۰/۷۲ گزارش شده است. همچنین نقطه برش ۱۶ به بالا نماینده وسواس بالینی می‌باشد (کوران، ۱۹۹۹). در ایران، پایایی بین مصاحبه‌کنندگان برای این مقیاس، ۰/۹۸ و ضریب همسانی درونی

آن ۰/۸۹ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی به فاصله‌ی دو هفته ۰/۸۴ گزارش شده است (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۲).

**۲- پرسش‌نامه عملکرد جنسی زنان.** این پرسش‌نامه توسط روزن و همکاران (۲۰۰۰) برای ارزیابی عملکرد جنسی زنان در طی ۴ هفته گذشته طراحی شد. این شاخص با ۱۹ عبارت، عملکرد و مشکلات جنسی زنان را در شش زمینه ارزیابی می‌کند. این زمینه‌ها عبارت‌اند از: میل جنسی، برانگیختگی جنسی، لوبریکاسیون واژینال، ارگاسم، رضایت بیمار و احساس درد هنگام مقاربت (روزن، هیمن، لیبوم، مستون، شابسیق، فرگوسن و دی آگوستینو، ۲۰۰۰). پرسشنامه دارای طیف پاسخ از صفر (بدون فعالیت جنسی)، ۱ (هیچگاه یا تقریباً هیچگاه) تا ۵ (همیشه یا تقریباً همیشه) می‌باشد و نمره بالاتر اشاره به عملکرد جنسی بهتر دارد. نمره حداقل در این پرسشنامه، ۱/۲ و نمره حداکثر ۳۶ بود و نمره کمتر از ۲۸ به عنوان عملکرد نامطلوب ارزیابی گردید. این ابزار در بررسی‌های انجام شده در ایران نیز از ثبات درونی بالایی (آلفای کرونباخ ۰/۷۰) برخوردار بوده است (رئیسی و همکاران، ۱۳۹۵). در مطالعه حاضر، روایی محتوای پرسشنامه به روش کیفی، مورد تأیید ۶ تن از متخصصان روانشناسی و مشاوره قرار گرفت. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای پرسشنامه مذکور در پژوهش حاضر ۰/۸۱ بدست آمد که مطلوب بود.

**۳- مقیاس تحمل آشفتگی<sup>۱</sup> (DTS).** مقیاس تحمل آشفتگی توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ساخته شده است. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده‌مقیاس به نام‌های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی است. گزینه‌های این مقیاس بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱= کاملاً موافقم تا ۵= کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در این مقیاس، به ترتیب ۱۵ و ۷۵ است. نمرات بالا بیانگر تحمل پریشانی بالا و نمره پایین در این مقیاس بیانگر تحمل پریشانی پایین است. نتایج حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس دارد. ضابط، کرمی و یزدانبخش (۱۴۰۰) میزان آلفای کرونباخ پرسشنامه رو ۰/۷۴ برآورد کردند. همچنین ضریب قابلیت اعتماد به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ بدست آمد.

<sup>۱</sup> - Distress Tolerance Scale

محتوای جلسات درمان شناختی- رفتاری کلاسیک براساس محتوای جلسات شناختی رفتاری برای بیماران وسواس فکری- عملی برگرفته از استکتی و ویلهلم (۲۰۰۶)، ترجمه اصغری پور، بهفر و کریمی، (۱۳۹۲) در جدول ۱ آمده است که در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان شناختی- رفتاری کلاسیک

جلسه اول	ارزیابی درمان جویان، آشنایی کلی با علائم اختلال وسواس فکری- عملی. آشنایی با اهداف درمان شناختی- رفتاری. بررسی نوع، فراوانی و کیفیت رابطه جنسی، دادن فهرست تصاویر و افکار مزاحم مردم عادی. تمرین آرمیدگی.
جلسه دوم	ترسیم مدل شناختی وسواس. عادی‌سازی افکار وسواسی. ترسیم مثلث شناختی. آشنایی با آناتومی جنسی. کارکرد اعضای تناسلی. بررسی نگرش بیمار به رابطه جنسی و ارزیابی باورهای جنسی غیرمنطقی، دادن فهرست انواع خطاهای شناختی. پُر کردن فرم ثبت افکار روزانه. توضیح اهمیت افکار و آمیختگی آن و اجرای آزمایش‌های رفتاری.
جلسه سوم	استفاده از تکنیک‌های شناختی پرسشگری سقراطی و پرکردن برگه ستونی افکار. بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجان‌ات مرتبط با باورهای جنسی ناکارآمد و کمک به حل آنها، نوشتن فهرست مزایا و معایب افکار مزاحم. اجرای آزمایش رفتاری برای اهمیت افکار.
جلسه چهارم	بررسی فرم ثبت افکار روزانه. آزمایش رفتاری برای عمل خنثی‌سازی افکار. استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای باور برآورد بیش از حد خطر. طرح آزمایش‌های رفتاری برای باور اطمینان‌خواهی.
جلسه پنجم	پرسشگری سقراطی و اجرای تکنیک نمودار دایره‌ای و تکنیک استاندارد دوگانه برای باور مسئولیت‌پذیری افراطی. تعریف کمال‌گرایی و استفاده از پرسشگری سقراطی و تکنیک پیکان روبه پایین در این زمینه. صورت‌بندی آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار.
جلسه ششم و هفتم	آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین آن در حضور درمانگر و در خانه. بازبینی فهرست فرم ثبت افکار روزانه. طرح آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار.
جلسه هشتم	بحث و جمع‌بندی فنون شناختی و رفتاری. بازبینی ثبت افکار روزانه. مرور الگوی شناختی وسواس. توضیح دوباره درباره اهمیت تمرین‌های رفتاری. بحث درباره نشانه‌های عود. آموزش گام‌های حل مسأله. ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه‌های متغیرهای وابسته پژوهش (عملکرد جنسی و تحمل آشفتگی)

به منظور تأیید روایی محتوایی بسته درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند و تطابق آن با اهداف پژوهش، با توجه به اینکه محتوای استفاده شده در تدوین بسته اصلی، استاندارد بوده در مجامع و مؤسسه‌های روان‌شناسی بالینی داخل و خارج از کشور مورد تأیید قرار گرفته است، متن آن در اختیار ده نفر از متخصصان روان‌شناسی بالینی آشنا به موضوع قرار



داده شد تا صحت محتوای آن را تأیید کنند. سپس به منظور بررسی اعتبار بیرونی نیز، بسته بر روی ۵ نفر از افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی دارای مسائل روان‌شناختی نظیر متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش حاضر در قالب یک کلاس غیررسمی ارائه شد تا صحت فهم آن تأیید شود. بعد از این مرحله، بسته درمانی به طور مستقیم مورد استفاده قرار گرفت که شرح مختصر جلسات آن در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند (جانی، ۱۴۰۰)

جلسه اول	ارزیابی درمان‌جویان، آشنایی کلی با علائم اختلال وسواس فکری- عملی. آشنایی با اهداف درمان شناختی- رفتاری. بررسی کیفیت رابطه جنسی و عاطفی، دادن فهرست تصاویر و افکار مزاحم مردم عادی. تمرین آرمیدگی.
فاصله جلسه اول تا دوم	پیگیری انجام تکالیف منزل، پاسخگویی به سوالات مراجع، مصاحبه انگیزشی، کمک و همراهی برای انجام تکالیف در صورت عدم موفقیت، راهنمایی جامع برای ادامه جلسات
جلسه دوم	ترسیم مدل شناختی وسواس. عادی‌سازی افکار وسواسی. ترسیم مثلث شناختی. دادن فهرست انواع خطاهای شناختی. بررسی ترجیحات و خواسته‌های جنسی زوجین و چگونگی ابراز آن به یکدیگر. آشنایی با آناتومی جنسی. کارکرد اعضای تناسلی. پرکردن فرم ثبت افکار روزانه. توضیح اهمیت افکار و آمیختگی آن و اجرای آزمایش‌های رفتاری.
فاصله جلسه دوم تا سوم	پیگیری انجام تکالیف منزل، پاسخگویی به سوالات مراجع، بررسی اضطراب مراجع، مصاحبه انگیزشی، کمک و همراهی برای انجام تکالیف در صورت عدم موفقیت
جلسه سوم	استفاده از تکنیک‌های شناختی پرسشگری سقراطی و پرکردن برگه ستونی افکار. بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجان‌ات جنسی و غیرجنسی و کمک به حل آنها، آشنایی مراجع با اختلالات عملکرد جنسی. نوشتن فهرست مزایا و معایب افکار مزاحم. اجرای آزمایش رفتاری برای اهمیت افکار.
فاصله جلسه سوم تا چهارم	پیگیری انجام تکالیف منزل، پاسخگویی به سوالات مراجع، بررسی موانع تمرین و کمک و همراهی برای انجام تکالیف در صورت عدم موفقیت
جلسه چهارم	بررسی فرم ثبت افکار روزانه. آموزش انواع شیوه‌های مقابله جنسی و روش‌های وابسته به آن. آزمایش رفتاری برای عمل خنثی‌سازی افکار. استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای باور برآورد بیش از حد خطر. طرح آزمایش‌های رفتاری برای باور اطمینان‌خواهی.
فاصله جلسه چهارم تا پنجم	پیگیری تکالیف منزل، پاسخگویی به سوالات مراجع، ارائه راهکارهای مدیریت استرس ناشی از انجام تکالیف، همراهی برای انجام تکالیف جدید در صورت شکست در تمرین

جلسه پنجم	آموزش چگونگی ابراز هیجانات و همچنین نیازهای جنسی، پرسشگری سقراطی و اجرای تکنیک نمودار دایره‌ای و تکنیک استاندارد دوگانه برای باور مسئولیت‌پذیری افراطی. تعریف کمال‌گرایی و استفاده از پرسشگری سقراطی و تکنیک پیکان روبه پایین در این زمینه. صورت‌بندی آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار.
فاصله جلسه پنجم تا ششم	پیگیری تکالیف منزل، پاسخ‌گویی به سوالات مراجع، کمک و همراهی برای تمرینات جدید، بررسی موانع تمرینات
جلسه ششم و هفتم	آموزش و اجرای روش‌های رفتاری مانند توقف فکر، آرام‌سازی عضلانی با ۱۲ ماهیچه، آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین آن در حضور درمانگر و در خانه. بازبینی فهرست فرم ثبت افکار روزانه. طرح آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار.
فاصله جلسه هفتم تا هشتم	پیگیری انجام تکالیف در منزل، پاسخ‌گویی به سوالات مراجع، تمرکز بر روی ایرادات مراجع در انجام تکالیف در جهت استقلال مراجع
جلسه هشتم	بحث و جمع‌بندی فنون شناختی و رفتاری. بازبینی ثبت افکار روزانه. مرور الگوی شناختی و سواس. توضیح دوباره درباره اهمیت تمرین‌های رفتاری. بحث درباره نشانه‌های عود. آموزش گام‌های حل مسأله. ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه‌های متغیرهای وابسته پژوهش (عملکرد جنسی و تحمل آشفتگی)
دوره تکمیلی	

**شیوه اجرای پژوهش:** به منظور اجرای پژوهش بعد از انتخاب نمونه طی یک جلسه گروهی برای هر سه گروه به طور همزمان، درباره پژوهش و هدف آن توضیحاتی داده شده و همکاری بیماران جهت شرکت در پژوهش جلب گردید و فرم رضایت‌نامه و تعهدنامه شرکت در پژوهش توسط آنان تکمیل شد. همچنین به آنان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان محرمانه می‌ماند. در مرحله بعد پرسشنامه‌های متغیرهای پیش‌آزمون بر روی هر سه گروه اجرا شد. بعد از این مرحله با آزمودنی‌های هر دو گروه آزمایشی به منظور شرکت در جلسات درمانی قرارداد بسته شد. گروه درمان شناختی-رفتاری کلاسیک و گروه درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند هر کدام مداخله درمانی را طی ۸ جلسه هفتگی ۹۰ دقیقه‌ای به صورت انفرادی دریافت نمودند و گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. قبل و پس از اتمام جلسات درمانی، پرسشنامه‌های مربوط به عملکرد جنسی و تحمل آشفتگی برای هر سه گروه اجرا گردید. برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، ابتدا پیش‌فرض‌های آن (آزمون-های لوین و باکس) مورد بررسی قرار گرفت. پس از پایان پژوهش با موافقت افراد گروه کنترل بسته‌های درمانی برای آنها نیز اجرا شد. سپس اثربخشی درمان‌های به‌کاررفته با استفاده از آزمون

تحلیل کوواریانس چندمتغیری سنجیده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۴ استفاده شد.

### یافته‌ها

در این مطالعه، اطلاعات مربوط به ۴۸ نفر از بیماران مبتلا به وسواس شستشو که در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار داشتند، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج حاصل از اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که تعداد آزمودنی‌های متأهل (۳۷ نفر معادل ۷۷ درصد)، مجرد (۷ نفر معادل ۱۴/۵ درصد) و مطلقه (۴ نفر معادل ۸/۵ درصد) و میانگین سن نمونه پژوهش ۳۴/۷ سال و در دامنه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال متغیر بوده است. همچنین تعداد آزمودنی‌های دارای تحصیلات سوم راهنمایی تا دیپلم ۲۲ نفر (۴۵/۸۳ درصد)، کاردانی و کارشناسی ۱۹ نفر (۳۹/۵۸ درصد) و ۷ نفر (۱۴/۵۹ درصد) دارای مدرک تحصیلی ارشد و بالاتر بودند.

جدول ۱. شاخص‌های آماری متغیرهای پژوهش (عملکرد جنسی و تحمل آشفتگی)

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	درمان شناختی- رفتاری کلاسیک	۱۹/۶۲	۲/۸۰
		درمان شناختی- رفتاری مبتنی برحمایت هدفمند	۲۰/۰۶	۲/۳۵
	پس‌آزمون	گروه کنترل	۱۹/۱۲	۲/۱۲
		درمان شناختی- رفتاری کلاسیک	۲۰/۳۱	۲/۱۵
تحمل آشفتگی	پیش‌آزمون	درمان شناختی- رفتاری کلاسیک	۳۴/۳۱	۵/۲۹
		درمان شناختی- رفتاری مبتنی برحمایت هدفمند	۳۵/۱۹	۵/۸۳
	پس‌آزمون	گروه کنترل	۳۵/۹۴	۴/۹۶
		درمان شناختی- رفتاری کلاسیک	۳۹/۶۲	۵/۲۵
		درمان شناختی- رفتاری مبتنی برحمایت هدفمند	۴۴/۸۱	۶/۲۰
		گروه کنترل	۳۵/۸۸	۵/۲۸

با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های آماری، نتایج تحلیل داده‌ها در جدول ۲ نشان داده شده که حاکی از آن است که سه گروه در مرحله پیش‌آزمون با همدیگر تفاوت معنی‌دار ندارند. همچنین

با توجه با کنترل اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون، تفاوت میان گروه‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار بود ( $P < 0.001$ ).

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای آزمون اثرات بین‌گروهی در متغیرهای عملکرد جنسی و تحمل آشفستگی

متغیر	منبع	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	ضریب اتا
عملکرد جنسی	پیش‌آزمون	۱	۱۴۸/۱۶۴	۱۰۷/۷۶	۰/۵۲۳	۰/۱۴۷
	گروه	۲	۲۰/۹۹	۱۵/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱۵
	خطا	۴۳	۱/۳۷			
	کل	۴۸				
تحمل آشفستگی	پیش‌آزمون	۱	۱۱۰/۵۱	۷/۴۵	۰/۳۴۹	۰/۱۵
	گروه	۲	۳۶۲/۲۴	۲۴/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲
	خطا	۴۳	۱۴/۷۹			
	کل	۴۸				

به منظور بررسی این نکته که آیا مداخله‌های انجام شده بر عملکرد جنسی و تحمل آشفستگی تأثیرگذار بوده‌اند و این مسأله که کدام روش درمانی بر متغیرهای وابسته مورد اشاره تأثیر بیشتری داشته است، از آزمون تعقیبی LSD استفاده شد. همان‌طور که از نتایج جدول ۳ مشخص است، بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین صورت که بین روش درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند با درمان شناختی- رفتاری کلاسیک و گروه کنترل تفاوت معناداری ملاحظه می‌شود. همچنین بین روش‌های درمانی به کار رفته با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $P < 0.05$ ).

جدول ۳. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش مؤثرتر بر عملکرد جنسی و تحمل آشفستگی

متغیر وابسته	گروه‌ها	میانگین تفاوت‌ها	سطح معناداری
عملکرد جنسی	درمان شناختی- رفتاری کلاسیک و کنترل	۱/۰۳۷	۰/۰۱۷
	درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند و کنترل	۲/۳۱۸	۰/۰۰۱
	درمان شناختی- رفتاری کلاسیک و شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند	-۱/۲۸	۰/۰۰۴
	درمان شناختی- رفتاری کلاسیک و کنترل	۵/۰۳	۰/۰۰۱

درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند و کنترل	۹/۵۴	۰/۰۰۱	تحمل آشفستگی
درمان شناختی- رفتاری کلاسیک و شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند	-۴/۵۱	۰/۰۲۱	

### نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری کلاسیک و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند بر عملکرد جنسی و تحمل آشفستگی در افراد مبتلا وسواس شستشو انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل عملکرد جنسی و تحمل آشفستگی پایین‌تری را گزارش کرده بودند. بدین معنا که درمان شناختی- رفتاری کلاسیک و درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند در افزایش عملکرد جنسی و تحمل آشفستگی در افراد مبتلا به وسواس شستشو مؤثر بودند. همچنین نتایج نشان داد که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند به طور معناداری بیشتر از درمان شناختی- رفتاری کلاسیک بوده است ( $P < 0/05$ ). با توجه به تازگی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند و عدم وجود نتایج مشابه یا ناهمخوان به جز پژوهش جانی (۱۴۰۰)، نتایج پژوهش حاضر با پژوهش صادقی اردوبادی، باقرزاده گل‌مکانی، امیری و منصور (۱۳۹۹)، رستم‌خانی، قمری، باباخانی و مرقاتی‌خوئی (۱۳۹۹)، سنچز- میکا، روزه آل‌کازار، اینیستا سپولوساپ و روزا آل‌کازارا (۲۰۱۴)، استکتی، سیو، یوول، لیت و ویلهلم (۲۰۱۹) و کانکلین، کورری، فارکیون و بارلو (۲۰۲۱) در خصوص تأثیر درمان شناختی- رفتاری کلاسیک در بیماران مبتلا به وسواس شستشو همخوانی داشت.

در تبیین چگونگی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری کلاسیک در افزایش عملکرد جنسی و تحمل آشفستگی افراد مبتلا به وسواس شستشو می‌توان گفت که درمان شناختی- رفتاری کلاسیک با افزایش تبادل مثبت، ارائه اطلاعات در زمینه دانش جنسی، تغییر باورهای تحریف شده (خطاهای شناختی)، بازسازی شناختی و ایجاد مهارت‌های حل مسأله و روابط بین‌فردی مؤثر و مذاکره موجب افزایش عملکرد جنسی شرکت‌کنندگان شده است (هوانگ، بائه، سان‌هونگ و هیونگ‌هان، ۲۰۲۱). در واقع درمان مذکور شرایطی را فراهم آورده تا زنان بتوانند شیوه‌های مناسب برای شناسایی و اصلاح افکار و روش‌های صحیح آمیزشی و ارضای جنسی و بازسازی شناختی را جهت بهبود اختلال‌های جنسی بیاموزند (رستم‌خانی، قمری، باباخانی و مرقاتی‌خوئی، ۱۳۹۹). از آنجایی که درمان شناختی- رفتاری کلاسیک گروهی یک راهکار مؤثر در ارائه اطلاعات و بهبود کیفیت روابط زناشویی می‌باشد و از طرف دیگر، موجب کاهش اضطراب شده می‌تواند

توجه‌کننده اثربخشی این روش درمانی در افزایش عملکرد جنسی باشد. همچنین در تبیین اثربخشی درمان در افزایش تحمل آشفتگی افراد مبتلا به وسواس شستشو می‌توان بیان داشت که اصلاح شناختی کنش‌های ذهنی معیوب بیماران مذکور و تکنیک‌های رفتاری مواجهه با آنها باعث کاهش آشفتگی‌های ذهنی و افزایش تحمل و تاب‌آوری می‌شود (استکتی، سیو، یوول، لیت و ویلهلم، ۲۰۱۹). بازسازی شناختی در این افراد از طریق عادت‌دهی به افکار وسواسی و آموزش نحوه مقابله با آن‌ها صورت می‌پذیرد. از این طریق فرد افکار مزاحم و آشفته‌ساز خود را مهار نموده و بر نشخوارهای ذهنی خود غلبه می‌نماید. باید توجه داشت که یکی از مشکلات جدی که درمان شناختی- رفتاری در درمان اختلالات خلقی و اضطرابی به ویژه اختلال وسواس با آن روبرو بوده است، بحث همبودی بسیار بالای این اختلال‌ها است که فواید درمان فوق را با چالش‌هایی مواجه کرده است. رویکرد جدید شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند تلاش کرده است تا این نقیصه را برطرف ساخته و اثرگذاری درمان را در کوتاه‌مدت و درازمدت افزایش دهد.

در تبیین افزایش عملکرد جنسی و تحمل آشفتگی در افراد مبتلا به وسواس شستشو با اجرای درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند باید توجه داشت که توجه ویژه به هیجانات افراد در طول درمان بسیار مهم و حائز اهمیت است. به طور کلی نشان داده شده است که نقص در تنظیم هیجان به بروز یا تداوم اختلال‌های هیجانی و شدید شدن اضطراب افراد منجر می‌شود (صادقی اردوبادی و همکاران، ۱۳۹۹). درمان شناختی- رفتاری کلاسیک هم با توجه به ماهیت خود بر کنترل هیجانات و آگاهی و پردازش بدون تحریف و کارآمد هیجانات تمرکز داشته و اثرگذار می‌باشد. نقص مشخصی که به درمان فوق و سایر درمان‌های موجود در مورد وسواس گرفته می‌شود، این است که تغییرات در کوتاه‌مدت مثبت می‌باشد اما ماندگاری بالایی ندارند و رفتارهای تشریفاتی به دلیل عدم تغییر مبنایی در تفکر و هجوم افکار مداخله‌گر بازمی‌گردند (ولز، فیشر، میرز، ویتلی، پاتل و بروین، ۲۰۰۹). مسأله بسیار مهمی که در درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند مورد توجه قرار گرفته است، مقدم بودن درمان و رضایت مراجع بر حفظ ساختار درمان به هر شکل می‌باشد. همچنین درمانگر درمان مذکور تلاش کرده است تا به جای کنترل یا حذف افکار وسواسی و اضطراب ناشی از آن در کوتاه‌مدت، با صبوری ارتباط حمایت‌گراانه و مستمر با مراجع را درپیش گرفته و او را از هرگونه مقابله کورکورانه با افکار مزاحم آگاه سازد، بدین ترتیب تلاش درمانگر بر این موضوع است تا به جای مقابله، مدیریت افکار و اضطراب وسواسی پی گرفته شود (جانی، ۱۴۰۰). به نظر می‌رسد افزایش آگاهی‌های جنسی و آموزش شیوه‌های رابطه جنسی در کنار تمرکز بر روی کاهش اضطراب در روزهای اول مداخله و کاهش واکنش‌های ناشی از مواجه شدن یا صحبت کردن در مورد رویدادهای استرس‌زا توانسته است

شرکت‌کنندگان را در شرایط مناسبی برای افزایش عملکرد جنسی قرار دهد؛ به نحوی که مدیریت اضطراب متأثر از عدم انجام رفتارهای تشریفاتی از جمله آماده شدن برای رابطه جنسی به‌وسیله رفتارهای افراطی مانند شستن تشک خواب، ملحفه‌ها و سایر ملزومات خواب و یا ایجاد تأخیر در برقراری آمیزش جنسی به دلیل ترس از آلودگی سبب شناخت درست از رفتار نادرست شده و به کم شدن فراوانی آن کمک نموده است. در این درمان تلاش می‌شود به جای درخواست حذف یک‌باره رفتار و فکر وسواسی توسط خود مراجع - که به دلیل اضطراب زیاد در بیماران وسواسی، احتمال شکست و ترک درمان بالا می‌برد- حضور و پیگیری هدفمند درمانگر به صورت آنلاین و یا فیزیکی در طول دوره درمان در کنار درمانجو افزایش یابد تا تمرینات با موفقیت انجام گردد. بدیهی است که به مرور در طول درمان و در دوره تکمیلی، استقلال مراجع افزایش می‌یابد و تمرینات توسط خود درمانجو بارها و بارها تکرار می‌شود تا نهادینه و عمیق گردد. به نظر می‌رسد تمامی موارد ذکر شده فوق، به ساختاری از درمان انجامیده است که مورد قبول و حمایت مراجع بوده و ضرورت‌های یک درمان انعطاف‌پذیر را فراهم آورده است، به همین دلیل مراجع با درمان و درمانگر در حال آشتی بوده و تکالیف را به شکل مناسب انجام می‌دهد. انجام تکالیف و حضور با انگیزه به واسطه نوع درمان، توانسته است اثرات مثبتی در کوتاه‌مدت و میان‌مدت در افزایش عملکرد جنسی شرکت‌کنندگان در پژوهش داشته و تحمل آشفتگی را برای ایشان ممکن ساخته است. به نظر می‌رسد ضمن توجه به تبیین‌های ذکر شده بالا، افزایش تحمل آشفتگی در این درمان به این شکل نیز قابل تبیین باشد که تنظیم هیجانات و مدیریت اضطراب ناشی از واقع شدن در موقعیت‌های برانگیزاننده رفتارهای تشریفاتی در طول درمان و به واسطه سپری کردن دوره تکمیلی درمان، استقلال هیجانی فرد را به دنبال داشته و سبب می‌شود تاب‌آوری و تحمل وی در برابر حالت‌های فیزیولوژیکی و درونی آزاردهنده افزایش پیدا کند.

یافته‌های نشان داد که بین اثربخشی دو درمان به کار رفته در پژوهش حاضر تفاوت معناداری داشته است. بدین صورت که اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند بیشتر از درمان شناختی- رفتاری کلاسیک بوده است. در تبیین این نتیجه می‌توان چنین گفت که توجه به تفاوت‌های فردی در درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند، زمینه‌های خلاقیت درمانگر در اجرای جلسات مداخله و رضایت مراجع را در پی داشته و شرکت‌کنندگان توانسته‌اند روند درمان را با موفقیت سپری نمایند. باید توجه داشت که فرد وسواس، دچار اضطراب بسیار بالایی است، به همین دلیل انتظار برگزاری جلسات به صورت هفتگی و بدون در نظر گرفتن شرایط وی منطقی به نظر نمی‌آید. از دیگر مشخصه‌های اصلی این روش درمانی، همراهی مستمر و هدفمند با بیمار مبتلا به وسواس در روزهای اول تا پایان درمان و در فواصل جلسات است. به

نظر می‌رسد خصوصیت فوق، قدرت تحمل فرد برای اضطراب شدید روزهای اول را بالا می‌برد. همچنین همراه با کاهش اضطراب، اعتماد به نفس بیشتری هم به فرد داده و در نهایت قدرت فرد را برای درمان وسواس افزایش داده است.

پژوهش حاضر همانند هر پژوهش دیگری با محدودیت‌های متعددی مواجه بود. ممکن است که در جریان جمع‌آوری اطلاعات به وسیله پرسشنامه، افراد به صورت آگاهانه و ناآگاهانه سعی در مطلوب جلوه دادن خود کرده باشند. همچنین تحریف در یادآوری وقایع گذشته جزو معایب پرسشنامه‌های خودگزارشی است. ممکن است ویژگی‌های دموگرافیکی شرکت‌کننده‌ها مانند طبقه اجتماعی- اقتصادی که پژوهشگر کنترلی بر آن‌ها نداشت و در صورت کنترل مستلزم صرف زمان و هزینه بیشتر می‌بود، بر نتایج پژوهش حاضر اثر گذاشته باشند. با توجه به نتایج به دست آمده و انجام پژوهش‌های پیگیرانه توسط پژوهشگران، به کارگیری درمان‌های شناختی- رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند و شناختی- رفتاری کلاسیک می‌تواند راهنمای مشاوران و روان‌شناسان در جهت بهبود پیامدهای منفی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- جبری باشد.

### موازن اخلاقی

در مطالعه حاضر، ملاحظات اخلاقی همچون پُر کردن فرم رضایت‌نامه کتبی قبل از ورود به پژوهش، آگاهی از موضوع و روش اجرای پژوهش، اطمینان از محرمانه ماندن اطلاعات و نبود خسارت یا هر نوع آسیب، توضیح درباره چارچوب پژوهش، هماهنگی با موازین دینی و فرهنگی، آزادی در خروج از پژوهش رعایت شد و در انتها قردادانی از شرکت‌کنندگان انجام گرفت.

### سپاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان پژوهش و تمامی کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### مشارکت نویسندگان

این مقاله حاصل تلاش و ایده‌پردازی نویسنده اول و مسئول مقاله است و تمامی نقش‌ها این مقاله اعم از طراحی، مفهوم‌شناسی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نوشته، توسط نویسنده اول و مسئول مقاله انجام شده است.



## تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

## منابع

- استکتی، گیل، و ویلهلم، سابین. (۲۰۰۶). شناخت درمانی اختلال وسواس فکری-عملی، ترجمه اصغری-پور، نگار، بهفر، زهرا، و کریمی، حسن. (۱۳۹۲). تهران: انتشارات سایه سخن. [پیوند]
- ایزدی، راضیه، و عابدی، محمدرضا. (۱۳۹۲). کاهش علائم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *دوماهنامه علمی-پژوهشی فیض*، ۱۷(۳)، ۲۸۶-۲۷۵. [پیوند]
- ایماندوست، هاله، عیسی‌زادگان، علی، و سلیمانی، اسماعیل. (۱۳۹۹). تحلیل ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه وسواسی-جبری ونکوور. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۴(۳): ۲۴۵-۲۶۷. [پیوند] Doi 10.52547/APS.2021.215660.0
- جانی، ستاره. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری کلاسیک و درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر حمایت هدفمند بر شدت علائم در زنان مبتلا به وسواس شستشو. *ششمین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی و مطالعات اجتماعی ایران، ایران، تهران*. [پیوند]
- حیدری، طاهره، عظیمی‌لولتی، حمیده، موسوی، سیدمحمد، و موسوی‌نسب، سیدنورالدین. (۱۳۹۹). تاثیر برنامه آموزشی خانواده-بیمار محور بر علائم وسواسی بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۳۰(۱۸۴)، ۱۴۱-۱۳۶. [پیوند]
- خیری، بهناز، میرمهدی، سیدرضا، آکوچکیان، شهلا، حیدری، حسن، و آل‌یاسین، سیدعلی. (۱۳۹۸). مقایسه‌ی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان و رفتار درمانی دیالکتیک بر کاهش علائم وسواس بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۷(۵۱۷)، ۱۴۵-۱۵۳. [پیوند]
- رستم‌خانی، فاطمه، قمری، محمد، باباخانی، وحیده، و مرقاتی‌خوبی، عفت‌السادات. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری بر عملکرد و طرحواره‌های جنسی زنان یائسه. *نشریه مدیریت ارتقای سلامت*، ۹(۶)، ۹۶-۱۰۷. [پیوند]
- رئیس، فیروزه، قاسم‌زاده، حبیب‌الله، کرم‌قدیری، نرگس، فیروزی خجسته‌فر، ریحانه، میثمی، علی پاشا، ناصحی، عباسعلی، سرایانی، مریم، فلاح، جلیل، ابراهیم‌خانی، نرگس. (۱۳۹۵). عملکرد جنسی و رضایت‌مندی زناشویی در زنان مبتلا به اختلال وسواس جبری. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۱۹(۴)، ۱۱-۱۹. [پیوند]

- صادقی اردوبادی، آفرین، باقرزاده گلمکانی، زهرا، امیری، مهدی، و منصور، احمد. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری با درمان فراتشخیصی بر نشانگان بالینی و تحمل آشفتگی دانشجویان. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۷(۱۰)، ۱-۱۳. [پیوند]
- ضابط، مریم، کرمی، جهانگیر، و یزدانبخش، کامران. (۱۴۰۰). اثربخشی تصویرسازی ذهنی دستوری و باز پردازش بر توانایی‌های شناختی، تحمل آشفتگی و علائم اختلال وسواس ناخودداری زنان. *فصلنامه علمی پژوهشی علوم روانشناختی*، ۲۰(۱۰۰)، ۵۶۶-۵۵۱. [پیوند]
- قاسمی، سیمین، عزیزی، آرمان، و اسماعیلی، نوشین. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش با درمان شناختی- رفتاری بر رضایت زناشویی زنان مبتلا به اختلال وسواس در سال ۱۳۹۵. *سلامت جامعه*، ۱۱(۲)، ۶۷-۵۸. [پیوند]
- موتابی، فرشته، و فتی، لادن. (۱۳۹۹). راه و رسم درمانگری در نظریه شناختی رفتاری. *تهران: انتشارات دانه*. [پیوند]
- یوسفی، ناصر، محمدی، فاروق، عزیزی، آرمان، و شمس اسفندآبادی، روفیا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری کلاسیک و درمان شناختی رفتاری مبتنی بر غنی‌سازی بر افسردگی و کیفیت زندگی در زنان افسرده. *روان‌شناسی بالینی*، ۱۱(۳)، ۱۰۱-۱۱۲. [پیوند]
- Aksoy, U.M., Aksoy, S.G., Maner, F., Gokalp, P., & Yanik, M. (2012). Sexual dysfunction in obsessive compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatry Danub*, 24(4), 381-5. [Link]
- American Psychiatric Association. (2017). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 6th ed. Washington DC: Author; 253-9. [Link]
- Billingsley, A. L., & Steinman, Sh. A. (2021). [The Role of Emotional Distress Tolerance on Fear Responding in a Heights-Fearful Sample: Perceived Versus Actual Behavior](#). *Behavior Therapy*, 52(4), 945-955. [Link]
- Conklin, L., Curreri, A., Farchione, T., & Barlow, D. (2021). [Homework Compliance and Quality in Cognitive Behavioral Therapies for Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder](#). *Behavior Therapy*, 52(4), 1008-1018. [Link]
- De Siliva P, Rachman S. *Obsessive-compulsive Disorder: The Facts*. London: Oxford University Press; 2008. [Link]
- Gillett, S.B., Bilek, E.L., Hanna, G.L., Fitzgerald, K. D. (2018). Intolerance of uncertainty in youth with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A transdiagnostic construct with implications for phenomenology and treatment. *Clinical Psychology Review*, 60, 100-108. [Link]
- Hwang, H., Bae, S., Sun Hong, J., & Hyun Han, D. (2021). [Comparing Effectiveness between a Mobile App Program and Traditional Cognitive](#)

- [Behavior Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: Evaluation Study.](#) JMIR Mental Health, 8(1), e23778. [[Link](#)]
- Macatee, R. J., Capron, D. W., Guthrie, W., Schmidt, N. B., & Cogle, J. R. (2015). Distress tolerance and pathological worry: Tests of incremental and prospective relationships. *Behavior Therapy*, 46(4), 449-462. [[Link](#)]
- McCubbin, R. A. & Sampson, M. J. (2006). The relationship between obsessive-compulsive symptoms and appraisals of emotional states. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(1), 42-57. [[Link](#)]
- Mohammadi, M., rahgozar, M., Bagheri, A., Mesgarpur, B., Dadras, M., GHarib Khani, H., & Zeinali, A. (2003). Epidemiology of psychiatric disorders in Tehran. *Journal of Tehran university medical science*, 11(3), 37-28. [[Link](#)]
- Rosen, CB., Heiman, J., Leiblum, S., Meston, C., Shabsigh, R., Ferguson, D., & D'Agostino, R. (2000). The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(2): 191-208. [[Link](#)]
- Sanchez Meca, J., Rose Alcazar, AI., Iniesta Sepulvesab, M., & Roza Alcazara, A. (2014). Differential efficacy of cognitive-behavioral oral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A metaanalysis. *T Anxiety Disorder*, 28(1), pp. 31-44. [[Link](#)]
- Simpson, HB., & Reddy, YC. (2014). Obsessive-compulsive disorder for ICD-11: proposed changes to the diagnostic guidelines and specifiers. *Rev Bras Psiquiatria*, 36 Suppl 1, 3-13. [[Link](#)]
- Steketee, G., Siev, J., Yovel, I., Lit, K., & Wilhelm, S. (2019). Predictors and Moderators of Cognitive and Behavioral Therapy Outcomes for OCD: A Patient-Level Mega-Analysis of Eight Sites. *Behavior Therapy*, 50(1), 165-176. [[Link](#)]
- Storch, EA., Murphy, TK., Geffken, GR., Mann, G., Adkins, J., Merlo, LJ, et al. (2006). Cognitive-behavioral therapy for PANDAS-related obsessive-compulsive disorder: findings from a preliminary waitlist controlled open trial. *JAACAP*, 45(10), 1171-8. [[Link](#)]
- Wei, MA., Van Kirk, N., Reid, AM., Garner, LE., Kropfing, JW., Crosby, JM., et al. (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. [[Link](#)]
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, CR. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 291-300. [[Link](#)]

- Wilhelm, S., Berman, NC., Keshaviah, A., Schwartz, RA., & Steketee, G. (2015). Mechanisms of change in cognitive therapy for obsessive compulsive disorder: role of maladaptive beliefs and schemas. *Behavioral Research Therapy*, 65, 5-10. [[Link](#)]
- Ye, Y-Y., Zhang, Y-F., Chen, J., Liu, J., Li, X-J., Liu, Y-Z., et al. (2015). Internet-Based cognitive behavioral therapy for insomnia (ICBT-i) improves Comorbid anxiety and Depression- A Meta-Analysis of Randomized controlled trials. *PLOS ONE*, 10(11), 1-11. [[Link](#)]