

Research Paper



Comparison of the Effectiveness of Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy and Emotion-Focused Therapy on Cognitive Fusion and Sexual Intimacy in Married Women with Obsessive-Compulsive Disorder



Setareh Jani¹, Nader Hajloo^{2*}, Mohammad Narimani³

1. PhD Candidate, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran.
2. Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran.
3. Professor, Department of Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardebil, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16240

DOR: [20.1001.1.27173852.1402.18.69.16.9](https://doi.org/10.22034/JMPR.2023.16240)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16240.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Internet-based cognitive-behavioral therapy, emotion-focused therapy, cognitive fusion, sexual intimacy, obsessive-compulsive disorder

Received: 2022/04/24
Accepted: 2022/06/03
Available: 2023/05/21

ABSTRACT

The purpose of this study was to comparison of the effectiveness of internet-based cognitive-behavioral therapy and emotion-focused therapy on cognitive fusion and sexual intimacy in married women with obsessive-compulsive disorder. The research design was experimental with pre-test and post-test and control group. The statistical population of the study consisted of all married female patients with obsessive-compulsive disorder who had referred to one of the counseling centers and psychological and psychiatric services for treatment in Parsabad city of Ardabil province between July and September 2021. 45 of them were located by purposive sampling method and randomly divided into groups receiving cognitive-behavioral therapy based on the Internet (n= 15), emotion-focused therapy (n= 15) and the control group (n= 15). Data collection tools were: Yale-Brown Obsessive-Compulsive Disorder Scale, Gilanders et al. Cognitive Fusion Scale, and the Bagarozzi Intimacy Needs Questionnaire. Each treatment was performed in 8 weekly sessions and the control group did not receive any specific treatment during this period. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The results showed that Internet-based cognitive-behavioral therapy and emotion-focused therapy were effective on cognitive fusion and sexual intimacy in married women with obsessive-compulsive disorder ($P < 0.05$) and there was no significant difference between the effectiveness of these two therapies. ($P > 0.05$). The results have potentially significant practical effects for specialists and therapists to pay attention to the effectiveness of the treatment methods used to improve the consequences of obsessive-compulsive disorder.



* Corresponding Author: Nader Hajloo

E-mail: hajloo53@uma.ac.ir

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان بر همجواری شناختی و صمیمیت جنسی در زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری



ستاره جانی^۱، نادر حاجلو*^۲، محمد نریمانی^۳

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. استاد گروه روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۳. استاد گروه روان شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2023.16240

DOR: 20.1001.1.27173852.1402.18.69.16.9

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_16240.html



چکیده

مشخصات مقاله

هدف پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان بر همجواری شناختی و صمیمیت جنسی در زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری بود. طرح پژوهش از نوع آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق را تمام بیماران زن متأهل مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تشکیل می‌دادند که در بازه زمانی تیر تا مهرماه سال ۱۴۰۰ جهت درمان به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و روانپزشکی شهر پارس‌آباد استان اردبیل مراجعه کرده بودند. ۴۵ نفر از ایشان به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های دریافت‌کننده درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت (۱۵ نفر)، درمان متمرکز بر هیجان (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ابزار جمع‌آوری داده‌ها عبارت بودند از: مقیاس وسواس فکری- عملی ییل- براون، مقیاس همجواری شناختی گیلاندرز و همکاران و پرسشنامه نیازهای صمیمیت باگاروزی. درمان‌های مداخله‌ای هر کدام طی ۸ جلسه‌ی هفتگی انجام شد و گروه کنترل درمان خاصی را طی این دوره زمانی دریافت نکرد. داده با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و متمرکز بر هیجان بر همجواری شناختی و صمیمیت جنسی در زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری اثربخش بوده است ($P < 0.05$) و بین اثربخشی این دو شیوه درمانی، تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$). نتایج به دست آمده، به طور بالقوه اثرات کاربردی مهمی برای متخصصان و درمانگران جهت توجه به اثربخشی روش‌های درمانی به کار رفته در بهبود پیامدهای اختلال وسواسی- اجباری دارد.

کلیدواژه‌ها:

درمان شناختی- رفتاری
مبتنی بر اینترنت، درمان
متمرکز بر هیجان، همجواری
شناختی، صمیمیت جنسی،
اختلال وسواسی- اجباری

دریافت شده: ۱۴۰۱/۰۲/۰۴

پذیرفته شده: ۱۴۰۱/۰۳/۱۳

منتشر شده: ۱۴۰۲/۰۲/۳۰

مقدمه

روان‌شناسی است. منظور از همجوشی شناختی این است که فرد به گونه‌ای متأثر از افکارش باشد که انگار مبتنی بر واقعیت‌اند و سبب می‌شوند رفتار و تجربه بر سایر عوامل تنظیم‌گر اعمال احاطه داشته باشند و فرد نسبت به درک پیامدهای مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می‌کند (گیلاندرز و همکاران، ۲۰۱۵). همجوشی شناختی، چنان شخص را گیج می‌کند که پس از مدت زمانی به عنوان تحلیل منطقی از تجربیات فردی فرض شده و دیگر قابل تمییز از تجربیات واقعی افراد نیستند (زارع، ۱۳۹۳). نتایج تحقیق گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که همجوشی شناختی با اختلالات روان‌شناختی مرتبط است. افرادی که همجوشی شناختی در آن‌ها بالا باشد، بیشتر مستعد اختلالات روان‌شناختی خواهند بود. بر همین اساس نتایج پژوهش ریمان و همکاران (۲۰۱۸) بیان‌کننده آن بود که همجوشی شناختی، توانایی پیش‌بینی بروز اختلال وسواس فکری- عملی را دارد. مهارت‌های ارتباطی و هیجانی زنان متأهل به دلیل ابتلا به اختلال وسواس فکری و عملی تحت تأثیر قرار گرفته و روابط عاطفی و صمیمیت جنسی^۵ زوجین را به مخاطره می‌اندازد.

منظور از صمیمیت جنسی، صمیمیت، نزدیکی و رابطه‌ی شخصی عاشقانه و عاطفی با یک فرد دیگر است که لازمه‌ی آن فهم عمیق از آن فرد برای بیان افکار و احساساتی است که منشأ صمیمیت به شمار می‌رود (رحیمی و موسوی، ۱۳۹۹). این بُعد از صمیمیت به طور خاص مربوط به برانگیختگی و میل جنسی است. به عبارت دیگر، صمیمیت جنسی شامل به اشتراک نهادن تجربیات عاشقانه با همدیگر، نیاز به تماس بدنی، رابطه جنسی و فعالیت‌هایی است که سبب تحریک و رضایت جنسی می‌شود (روتلیج و همکاران^۶، ۲۰۱۸). عوامل مختلفی روی صمیمیت جنسی تأثیر گذارند. در عین حال صمیمیت جنسی مسأله‌ای چندبعدی است که مستلزم توجه پرنرنگ می‌باشد، زیرا افزایش رضایت در این بخش، بر سایر ابعاد روابط زناشویی تأثیر می‌گذارد.

یکی از اختلالاتی که تأثیر چشمگیری بر کیفیت زندگی افراد به خصوص روابط زناشویی دارد، اختلال وسواسی- اجباری است که توجه بسیاری از محققان را به خود جلب نموده است و ادامه دار بودن آن در مواقعی به اندازه ای می‌رسد که انرژی و اثربخشی فرد را به طور کامل تقلیل داده و تأثیری فلج‌کننده در زندگی و رضایت زناشویی برجای می‌گذارد. نتایج تحقیق هوور و اینسل^۷ (۲۰۰۸) حاکی از آن بود که افراد مبتلا به وسواس به دلیل نبود صمیمیت جنسی مستعد مشکلات زناشویی هستند. اختلال وسواسی- اجباری، توانمندی شخص را برای ایجاد یک رابطه صمیمانه تحت تأثیر قرار می‌دهد. در واقع بیماران وسواسی به علت نگرانی از آشکار کردن افکار و احساساتشان، صمیمیت و رضایت‌مندی آن‌ها کاهش می‌یابد. عدم تحمل ابهام دیگر مؤلفه‌ای است که در پدیدآیی و پایداری اختلال وسواسی- اجباری

اختلال وسواسی- اجباری^۱ و اختلالات زیرمجموعه آن در ششمین طبقه اختلالات در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی قرار دارند. این اختلال معمولاً در کودکی یا اوایل بزرگسالی آغاز می‌شود و غالباً با سیر مزمن خود تأثیر منفی شدیدی بر کارکرد روانی- اجتماعی و شغلی بیمار دارد (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). در نسخه پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، اختلال وسواسی- اجباری از طبقه اختلالات اضطرابی مجزا شده و در طبقه وسواس فکری- عملی و اختلالات زیرمجموعه آن واقع شده است (خیری و همکاران، ۱۳۹۸). طبق اطلاعات گزارش شده در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویرایش پنجم، نرخ شیوع سالانه برای اختلال وسواسی- اجباری در آمریکا ۱/۲ درصد و در سطح جهان ۱/۱ تا ۱/۸ درصد است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). شیوع اختلال وسواسی- اجباری در کشور ایران برای جمعیت عمومی ۱/۸ درصد و در کلینک‌های روان‌پزشکی تا حدود ۶ درصد تخمین زده می‌شود (شیخ مونس و همکاران، ۲۰۱۳). اختلال وسواسی- اجباری با افت در کیفیت زندگی و همچنین افزایش ناکارآمدی‌ها در مسائل اجتماعی و شغلی همراه است (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

اختلال وسواسی- اجباری شامل وسواس‌ها یا بی‌اختیاری‌هاست که سبب اختلال در کارکرد و آشفتگی قابل ملاحظه در فرد مبتلا می‌شود. وسواس‌ها، افکار، امیال یا تصاویر ذهنی تکراری و دائمی است که فرد در برهه‌ای از زمان آن‌ها را ناخواسته و مزاحم می‌داند و در اکثر افراد اضطراب یا استرس شدید ایجاد کرده است و فرد تلاش می‌کند تا فکرها، خواسته‌ها یا خیالپردازی‌های ذهنی را از مرکز توجه خود دور سازد یا آن‌ها را سرکوب نماید یا با فکر یا عملی دیگر آن‌ها را خنثی نماید. به طور معمول، فرد این افکار وسواسی را تنفرانگیز، هجوم‌آور، غیرقابل کنترل، محرک احساس گناه و پایدار می‌داند (حیدری و همکاران، ۱۳۹۹).

اختلال وسواسی- اجباری در سرتاسر جهان، ساختار نشانه‌ای مشابهی دارد که نظافت و شستشو، احتکار، افکار ممنوع یا ترس از آسیب را شامل می‌شود، با این حال در ابراز نشانه‌ها، تنوع منطقه‌ای وجود دارد و عوامل فرهنگی می‌توانند محتوای وسواس‌ها را شکل دهند. افراد مبتلا از نظر شناختی، شرایط را فراتر از واقعیت قضیه، بُحرانی ارزیابی می‌کنند و باور شدید به کمال‌گرایی و مسئولیت‌پذیری دارند (جونز و همکاران^۳، ۲۰۱۸). این افراد دچار اختلالاتی در علائم شناختی نیز می‌شوند که افزایش همجوشی شناختی^۴ یکی از آن‌هاست.

همجوشی شناختی، مؤلفه‌ی شناختی آسیب‌پذیر در افراد مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری است که با آسیب در قطعه پیشانی در ارتباط است (ریمان و همکاران^۵، ۲۰۱۸). تاکنون پژوهش‌های اندکی در حوزه‌ی همجوشی شناختی اجرا شده و این مؤلفه، از مؤلفه‌های جدید در حوزه‌ی

5. Reuman, et al.
6. sexual intimacy
7. Rutledge, et al.
8. Hoover & Insel

1. obsessive-compulsive disorder
2. American Psychiatric Association
3. Jones, et al.
4. cognitive fusion

درمان دیگری که در سال‌های اخیر برای کاهش علائم اختلال وسواسی-اجباری به کار می‌رود، درمان متمرکز بر هیجان است. امروزه در این زمینه، توافق گسترده‌ای وجود دارد که فعال‌سازی و پردازش هیجان در ایجاد تغییرات درمانی روان‌شناختی مهم است. درمان متمرکز بر هیجان به شیوه مؤثری توانایی محدودیت دادن به هیجان‌ها و تمرکز بر آن‌ها را دارد (کانگ و همکاران^۶، ۲۰۱۲). این روش درمانی که اساس ساختار روانی و تعیین‌کننده کلیدی برای سازماندهی خود است. همچنین یکی از محدود درمان‌هایی است که بر تنظیم هیجان و عواطف منفی تأثیر گذار بوده و تاکنون کمتر مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (خیری و همکاران، ۱۳۹۸). این درمان نوعی درمان کوتاه‌مدت و مبتنی بر شواهد است. در درمان متمرکز بر هیجان، تغییر هیجان در منشأ و درمان مشکلات بیماران در نظر گرفته می‌شود (گرینبرگ^۷، ۲۰۱۷). در واقع نوعی رویکرد تجربی می‌باشد که هیجان را اساس و پایه‌ی تجربه در ارتباط با کارکردهای انطباقی و غیرانطباقی می‌داند. این درمان تلفیقی از رویکردهای درمانی مراجع‌محور، گشتالت درمانی و شناختی است (برقی‌ایرانی و همکاران، ۱۳۹۳). هدف از این درمان، تغییر سازماندهی خود از طریق استفاده بیشتر از هیجان، تنظیم عاطفه و تغییر خاطره‌ی هیجان است. این اهداف از طریق ترکیب تخلیه‌ی هیجانی (تجربه هیجانی اصلاحی) و انتخاب (آزاد کردن خود یا احساس تعهد نسبت به شیوه‌های تازه بودن) به انجام می‌رسد (گرینبرگ، ۲۰۱۷). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی نسبت به گروه‌های گواه مهارت‌های کم‌تری در شناسایی و توصیف هیجانات خود و تنظیم هیجانات نشان دادند، علاوه بر این درک ضعیف هیجانات علائم وسواس را پیش‌بینی می‌کند (کانگ و همکاران، ۲۰۱۲؛ استرن و همکاران^۸، ۲۰۱۴). با در نظر گرفتن تأثیر منفی اختلال وسواس در روابط اجتماعی، خانوادگی و زناشویی و آسیب‌هایی که می‌تواند به تبع آن جامعه را تحت تأثیر قرار دهد، لزوم به انجام تحقیقات گسترده در جهت کاهش تبعات این اختلال در زندگی فردی و زناشویی افراد مشخص می‌شود. در تحقیقات گذشته، اثربخشی هر یک از رویکردهای شناختی-رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان بر وسواس به صورت جداگانه مورد بررسی قرار گرفته است، اما تا به حال اثربخشی هر یک از روش‌های درمانی ذکر شده بر علائم وسواس مورد مطالعه قرار نگرفته و کارآیی آن‌ها در این زمینه مقایسه نشده است، لذا هدف از پژوهش حاضر پاسخگویی به این سوال است که آیا بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان بر همجواری شناختی و صمیمیت جنسی در زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری تفاوت معنی‌داری وجود دارد؟

دارای نقش پُرننگی است؛ چرا که نقش اصلی را در برقراری و استمرار پُریشانی افراطی ایفا می‌نماید (گیلت و همکاران^۱، ۲۰۱۸).

در طی سال‌های گذشته، درمان‌های مختلفی برای بهبود و کاهش علائم اختلال وسواسی-اجباری پدید آمده‌اند. پژوهش‌ها در حوزه دارودرمانی نشان داده‌اند که این شیوه درمانی به تنهایی منجر به بهبود این بیماری نمی‌گردد (هاموند^۲، ۲۰۰۱؛ هاموند، ۲۰۰۳)، لذا 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؛ اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد، تفاوت این مداخلات از نظر سهولت اجرا و میزان تأثیر و تداوم نتایج درمان است. در این راستا استفاده از درمان‌های شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت^۳ و درمان متمرکز بر هیجان^۴ 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 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 سوءتعبیرها ادامه پیدا کند، وسواس هم پایدار می‌ماند و با سست شدن آن‌ها کاهش می‌یابد (استورچ و همکاران^۵، 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. درمان فوق بر شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس مسئولیت افراطی در افراد مبتلا به وسواس فکری-عملی و جلوگیری از خنثی‌سازی ناشی از این احساس، افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز است (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۶). شواهد تجربی متعددی توانسته‌اند مؤثر بودن روش شناختی رفتاری را در قلمرو اختلال وسواسی-اجباری ثابت کنند. یافته‌های سنچز-میکا و همکاران^۶ (۲۰۱۴)، نیز به تأثیر روش شناختی رفتاری بر کاهش علائم اختلال وسواسی-اجباری اشاره نموده‌اند. همچنین حمزه‌لو و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود بر روی ۱۸ نفر مبتلا به اختلال وسواس اجباری، تأثیر مثبت درمان شناختی-رفتاری را بر روی علائم اختلال گزارش نمودند. اخیراً برنامه‌های درمانی مبتنی بر اینترنت در ارائه‌ی خدمات درمانی و پیشگیری در پاسخ به اشکالات درمان شناختی رفتاری سنتی که شامل کمبود درمانگر، محدودیت زمانی و جغرافیایی و هزینه بالای آن است، مورد استفاده قرار می‌گیرد. اینترنت، خارج از محدودیت‌های جغرافیایی، بین افراد رابطه برقرار می‌کند و مراجعین، درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر اینترنت را با استفاده از رایانه و دیگر دستگاه‌های الکترونیکی (تلفن‌های هوشمند)، ۲۰ بار مقرون به صرفه‌تر از برنامه‌های درمانی حضوری دریافت می‌کنند (به و همکاران^۷، ۲۰۱۵).

6. Sanchez Meca, et al.
7. Ye, Zhang, Chen, Liu, Li, Liu et al
8. Kang, Namkoong, Woo Yoo, Jung & Kim
9. Greenberg
10. Stern, Nota, Heimberg, Holaway & Coles

1. Gillett, et al.
2. Hammond
3. internet-based cognitive-behavioral therapy
4. emotion-focused therapy
5. Storch, et al.

روش

این پژوهش، از جمله پژوهش‌های کاربردی است. طرح پژوهش از نوع آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری تحقیق را تمام بیماران زن متأهل مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری تشکیل می‌دادند که در بازه زمانی تیر تا مهرماه سال ۱۴۰۰ جهت درمان به یکی از مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی و روانپزشکی شهر پارس‌آباد استان اردبیل مراجعه کرده و از طرف متخصصان، تشخیص اختلال وسواسی- اجباری دریافت کرده بودند. جهت اطمینان از صحت تشخیص بیماران مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر پارس‌آباد که تشخیص آن‌ها توسط روان‌پزشک یا دکتری روان‌شناسی عمومی یا بالینی داده شده بود، از پرسشنامه استاندارد نشانه‌های وسواس ییل- براون استفاده گردید و نمونه‌هایی که در این مقیاس نمره ۱۶ و بالاتر کسب کردند، دارای تشخیص قطعی اختلال وسواسی- اجباری شدند. حجم نمونه ۴۵ نفر و انتخاب افراد به روش نمونه‌گیری هدفمند بود. نمونه انتخاب شده به صورت تصادفی در گروه‌های دریافت‌کننده درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت (۱۵ نفر)، درمان متمرکز بر هیجان (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود آزمودنی‌ها به پژوهش شامل کسب نمره ۱۶ و بالاتر در مقیاس ییل- براون، داشتن سن ۲۰ تا ۵۰ سال، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، رضایت جهت شرکت در پژوهش، جنسیت زن، عدم وجود اختلالات روانی همزمان مانند اختلالات طیف سایکوز، دوقطبی و سوء مصرف مواد و عدم مصرف دارو بود. معیارهای خروج آزمودنی‌ها از پژوهش نیز شامل دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر همزمان یا ۳۰ روز قبل، وجود مخاطراتی برای بیمار مثل داشتن افکار جدی در مورد خودکشی که امکان عدم دریافت دارو و ثابت نگه داشتن آن را ناممکن می‌سازد، داشتن سه جلسه غیبت متوالی و عدم تمایل به ادامه درمان بود.

ابزارها

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 ۰/۷۲-۰/۹۸ 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).

مقیاس همجوشی شناختی گیلاندرز و همکاران^۱ (۲۰۱۴): این پرسشنامه را گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴) ارائه دادند که حاوی ۷ سؤال است

که بر اساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (از همیشه درست تا هرگز درست نیست) تنظیم شده است. دامنه نمرات این مقیاس بین ۷ تا ۴۹ می‌باشد. گیلاندرز و همکاران (۲۰۱۴) ضریب آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی را در فاصله ۴ هفته‌ای ۰/۸۰ گزارش کردند. زارع (۱۳۹۶) برای هنجاریابی پرسشنامه مذکور، ۳۷۹ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های پیام‌نور و دولتی را آزمود. نتایج حاکی از این بود که این پرسشنامه از روایی و پایایی مطلوبی برخوردار است؛ به نحوی که ضریب آلفای کرونباخ برای آن ۰/۷۶ به دست آمده است (زارع، ۱۳۹۶).

پرسشنامه نیازهای صمیمیت باگاروزی: این پرسشنامه ۴۱ سؤال دارد و نیازهای صمیمیت زوج و ابعاد آن را می‌سنجد که شامل نیازهای عاطفی، روان‌شناختی، عقلانی، جنسی، جسمانی، معنوی، زیباشناختی و اجتماعی تفریحی می‌شود. در این پرسشنامه برای هر یک از ابعاد صمیمیت ۵ سؤال ارزیابی در نظر گرفته شده است و در طیفی ده گزینه‌ای از (۱ ابتدا این نیاز در من وجود ندارد) تا (۱۰ کاملاً این نیاز در من وجود دارد)، درجه‌بندی شده است (باگاروزی^۲، ۱۹۹۷). در این پژوهش از خرده‌مقیاس صمیمیت جنسی برای سنجش نیاز به صمیمیت جنسی استفاده شد. این پرسشنامه سؤالات کم و همسانی درونی بالایی دارد که از جملات ساده و آسانی برای آزمودنی‌های با سطح سواد متوسط استفاده کرده است. پایایی این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه برابر با ۰/۸۲ و برای خرده‌مقیاس صمیمیت جنسی برابر با ۰/۹۱ است. همچنین ضریب روایی این خرده‌مقیاس از طریق ضریب همبستگی با پرسشنامه‌ی صمیمیت زناشویی روی ۳۰ زوج برابر ۰/۶۵ است (ساک‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۷).

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

روند اجرای پژوهش

به منظور اجرای پژوهش بعد از انتخاب نمونه طی یک جلسه گروهی برای هر سه گروه به طور همزمان، درباره‌ی پژوهش و هدف آن توضیحاتی داده شده و همکاری بیماران جهت شرکت در پژوهش جلب گردید و فرم رضایت‌نامه و تعهدنامه شرکت در پژوهش توسط آنان تکمیل شد. همچنین به آنان اطمینان داده شد که تمامی اطلاعات آنان محرمانه می‌ماند. در مرحله بعد پرسشنامه‌های متغیرهای پیش‌آزمون 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 متمرکز بر هیجان و گروه درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت هر کدام مداخله درمانی را طی ۸ جلسه هفتگی دوساعته دریافت نمودند و گروه کنترل در این مدت هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. قبل و پس از اتمام جلسات درمانی، پرسشنامه‌های مربوط به همجواری شناختی و صمیمیت جنسی برای هر سه گروه اجرا گردید. برای اجرای آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، ابتدا پیش‌فرض‌های آن (آزمون‌های لوین و باکس) مورد بررسی قرار گرفت. سپس اثربخشی درمان‌های به‌کاررفته با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری سنجیده شد. برای تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS ویرایش ۲۴ استفاده شد.

نتایج

دامنه سنی و اطلاعات مربوط به تحصیلات شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول شماره ۱ آورده شده است.

جدول ۱. اطلاعات جمعیت‌شناختی نمونه پژوهش

گروه‌ها	دامنه سنی		
	کمترین	بیشترین	
درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت	۲۳	۴۰	
درمان متمرکز بر هیجان	۲۱	۴۱	
گروه کنترل	۲۱	۴۷	
تحصیلات (نفر(درصد))			
	دیپلم	و کاردانی	و کارشناسی ارشد
	پایین‌تر	کارشناسی	و بالاتر
درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت	۹ (۶۰)	۵ (۳۳/۳)	۱ (۶/۷)
درمان متمرکز بر هیجان	۹ (۶۰)	۵ (۳۳/۳)	۱ (۶/۷)
گروه کنترل	۱۰ (۶۶/۷)	۳ (۲۰)	۲ (۱۳/۳)

جدول ۲، میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته پژوهش را در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های مداخله نشان داده است.

هشتم: رایبه‌ی بروشور تکنیک‌های آموزشی، قرارداد تعهد و اجرا، گرفتن پس‌آزمون.

محتوای جلسات درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت: براساس محتوای جلسات شناختی رفتاری برای بیماران وسواس فکری- عملی برگرفته از استکتی و ویلهلم (۲۰۰۶)، ترجمه اصغری‌پور و همکاران، (۱۳۹۲) بدین شرح می‌باشد. جلسه‌ی اول: ارزیابی درمان‌جویان، آشنایی کلی با علائم اختلال وسواس فکری- عملی. آشنایی با اهداف درمان شناختی- رفتاری. دادن فهرست تصاویر و افکار مزاحم مردم عادی. تمرین آرمیدگی. جلسه‌ی دوم: ترسیم مدل شناختی وسواس. عادی‌سازی افکار وسواسی. ترسیم مثلث شناختی. دادن فهرست انواع خطاهای شناختی. پرکردن فرم ثبت افکار روزانه. توضیح اهمیت افکار و آمیختگی آن، پرهیز از همجواری شناختی و اجرای آزمایش‌های رفتاری. جلسه‌ی سوم: استفاده از تکنیک‌های شناختی پرسشگری سقراطی و پرکردن برگه ستونی افکار. بررسی مشکلات احتمالی در ثبت افکار و شناسایی هیجانانگیز و کمک به حل آنها، نوشتن فهرست مزایا و معایب افکار مزاحم. اجرای آزمایش رفتاری برای اهمیت افکار. جلسه‌ی 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. جلسه‌ی پنجم: پرسشگری سقراطی و اجرای تکنیک نمودار دایره‌ای و تکنیک استاندارد دوگانه برای باور مسئولیت‌پذیری افراطی. تعریف کمال‌گرایی و استفاده از پرسشگری سقراطی و تکنیک پیکان رو به پایین در این زمینه. صورت‌بندی آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار. جلسه‌ی ششم تا هفتم: آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین آن در حضور درمانگر و در خانه. بازبینی فهرست فرم ثبت افکار روزانه. طرح آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار. جلسه‌ی 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.

برای اجرای درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت آزمودنی‌ها را در یک گروه واتس‌اپی عضو کرده و محتوای جلسات با فیلم‌های کوتاه ضبط شده به آن‌ها ارائه شد، ضمن این‌که در زمان برگزاری هفتگی جلسات، به صورت برخط نیز مطالب لازم ارائه شده و به سوالات آزمودنی‌ها در همان لحظه، پاسخ‌های لازم داده شد. جلسات در زمان‌های مشخص به صورت هفتگی برگزار شد. در عین حال مراجعین می‌توانستند به غیر از زمان‌های اصلی جلسات، در سایر روزهای هفته سوالات خود را در گروه مطرح کنند و پاسخ خود را حداکثر ظرف ۲۴ ساعت دریافت کنند. محدودیتی برای آزمودنی‌ها از نظر تعداد سوال وجود نداشت. محتوای مداخله، همان مطالبی بود که در درمان حضوری به شرکت‌کنندگان ارائه می‌شود. همچنین به آزمودنی‌ها در بخش‌هایی از روند مداخلات، اجازه داده شد با یکدیگر در گروه به بحث و تبادل افکار بپردازند. محدودیتی برای آزمودنی‌ها از نظر تعداد ارسال سوال وجود نداشت و درمانگر حداکثر ظرف ۲۴ ساعت به سوالات پاسخ می‌داد.

جدول ۲. شاخص‌های آماری متغیرهای پژوهش (همجویشی شناختی و صمیمیت جنسی) در گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
پیش-آزمون	درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت	درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت	۲۹/۴۰	۳/۷۲
		درمان متمرکز بر هیجان	۲۹/۷۳	۴/۷۹
		گروه کنترل	۳۰/۴۷	۶/۲۲
پس‌آزمون	درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت	درمان متمرکز بر هیجان	۲۵/۴	۵/۷۹
		گروه کنترل	۳۰/۸۰	۵/۵۱
		درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت	۱۷/۶	۴/۷۲
صمیمیت جنسی	درمان متمرکز بر هیجان	درمان متمرکز بر هیجان	۱۸/۱۳	۵/۴۱
		گروه کنترل	۱۸/۰۷	۵/۵۹
		درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت	۱۹/۸	۶/۳۹
پس‌آزمون	درمان متمرکز بر هیجان	درمان متمرکز بر هیجان	۲۱/۶	۵/۳۰
		گروه کنترل	۱۷/۶	۶/۰۱

با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های آماری، نتایج تحلیل داده‌ها در جدول ۴ نشان داده شده که حاکی از آن است که سه گروه در مرحله پیش‌آزمون با همدیگر تفاوت معنی‌دار ندارند. همچنین با توجه به کنترل اثر پیش‌آزمون بر پس‌آزمون، تفاوت میان گروه‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار بود ($P < 0.001$).

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس برای آزمون اثرات بین‌گروهی در متغیرهای همجویشی شناختی و صمیمیت جنسی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی‌داری	ضریب اتا
همجویشی شناختی	پیش-آزمون گروه	۸/۲۵	۱	۸/۲۵	۱/۲۳	۰/۲۷	۰/۰۳
	خطا	۲۷۷/۱۹	۴۰	۱۳۸/۵۹	۶/۲۹	۰/۰۰۴	۰/۲۴
	کل	۳۴۲۹۶	۴۵	۲۲/۰۴			
صمیمیت جنسی	پیش-آزمون گروه	۵/۲۰	۱	۵/۲۰	۰/۲۴	۰/۶۳	۰/۰۰۶
	خطا	۱۱۵/۷۱	۴۰	۵۷/۸۵	۸/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۳۰
	کل	۱۸۹۹۷	۴۵	۶/۷۳			

به منظور بررسی این نکته که آیا مداخله‌های انجام شده بر همجویشی شناختی و صمیمیت جنسی 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 ۵ مشخص است، بین گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بدین صورت که بین دو روش درمانی شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان تفاوت معناداری ملاحظه نمی‌شود اما بین روش‌های درمانی به کار رفته با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد.

جدول ۵. آزمون تعقیبی LSD به منظور تعیین تأثیر روش مؤثرتر بر همجویشی شناختی و صمیمیت جنسی گروه‌های مورد مطالعه

متغیر وابسته	گروه‌ها	میانگین تفاوت‌ها	سطح معناداری
همجویشی شناختی	شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و کنترل	-۵/۶۲	۰/۰۰۲
	درمان متمرکز بر هیجان و کنترل	-۴/۸۸	۰/۰۰۷
صمیمیت جنسی	شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و کنترل	-۰/۷۴	۰/۶۷
	درمان متمرکز بر هیجان و کنترل	۲/۵۸	۰/۰۱
صمیمیت جنسی	درمان متمرکز بر هیجان و کنترل	۳/۸۸	۰/۰۰۱
	شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان	-۱/۲۹	۰/۱۸۲

باتوجه به اینکه طرح پژوهش حاضر از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود، برای تجزیه و تحلیل داده‌های به دست آمده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت پیش‌فرض اولیه شامل نرمال بودن توزیع نمرات، همگنی واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل و همگنی ماتریس واریانس کوواریانس توسط آزمون ام‌باکس بود که با بررسی‌های به عمل آمده تمامی پیش‌فرض‌ها رعایت شده بودند. جدول ۳، اطلاعات مربوط به همگنی ماتریس واریانس‌های گروه‌های مداخله را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین برای متغیرهای همجویشی شناختی و صمیمیت جنسی

متغیر	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی‌داری
همجویشی شناختی	۲/۲۴	۲	۴۲	۰/۱۱۹
صمیمیت جنسی	۲/۹۶	۲	۴۲	۰/۰۶۳

بحث و نتیجه‌گیری

می‌شود که فرد وسواسی خود را با برداشته‌ها، احساس‌ها و افکار مربوط به انواع اعمال وسواسی یکسان پدیدار (هوانگ و همکاران^۷، ۲۰۲۱). همچوشی باعث می‌شود فرد وسواسی به شیوه‌ای زندگی کند که به جای زمان حال، غرق در گذشته و آینده بوده و تمرکز لازم را در ارتباط با افکار و اعمال خود نداشته باشد. مداخلات مربوط به درمان شناختی- رفتاری شامل تمریناتی می‌شود که معنای لفظی رویدادهای درونی را می‌شکند. هدف تمرینات و تکالیف آن است که به مراجع وسواسی بیاموزد افکار را فقط افکار، احساسات را فقط احساسات و خاطرات را فقط خاطرات ببینند و آن را در زمان حال تحلیل کنند. باید توجه داشت که ارزش ارتباط با زمان حال در خدمت انعطاف‌پذیری روان‌شناختی قرار گرفته و سبب کاهش همچوشی شناختی می‌شود (حمزه‌لو و همکاران، ۱۳۹۸).

خیری و همکاران (۱۳۹۸) در پژوهش خود بر روی بیماران وسواسی، ضمن اثبات اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در بیماران وسواسی، به این نتیجه رسیدند در تبیین اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در کاهش همچوشی شناختی ذکر این نکته حائز اهمیت است که آنچه سبب افزایش همچوشی شناختی در افراد وسواسی می‌شود، تفکرات آن‌ها بر پایه هیجانات منفی است که با تمرکز بر اتفاقات گذشته و آینده روی شناخت فرد اثر می‌گذارند. تحقیقات در زمینه‌ی کاهش هیجانات منفی در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری مبتنی بر اثربخشی روش درمان متمرکز بر هیجان بوده است که در آن به بیماران کمک می‌شود تا به واسطه افزودن به دانش هیجان‌اتشان و کار کردن با آن‌ها (نه مقابله با هیجان‌ها) تغییر کنند و بهبود یابند. بهبود دانش هیجانات در افراد وسواسی می‌تواند به درک و شناخت درست آن‌ها از اتفاقات عینی که در زمان حال رخ می‌دهد انجامیده و اثرگذاری شناخت‌های مبتنی بر گذشته را در تفکرات اکنون فرد کاهش داده و سبب پایین آمدن همچوشی و آمیختگی شناختی در ایشان شود (شاملی، ۱۳۹۴).

نتیجه دیگر پژوهش حاضر تأثیرگذاری مداخلات درمانی به کار رفته در افزایش صمیمیت جنسی زنان متأهل وسواسی بود. ضمن اینکه نتایج بیانگر عدم تفاوت در اثربخشی دو روش درمانی در میزان افزایش متغیر وابسته بود. باید در نظر داشت که وسواس با ایجاد اختلال در کارکردهای اجتماعی و شغلی، صرف وقت زیاد برای انجام تشریفات وسواسی، دوری از موقعیت‌های محرک وسواس و به تبع آن، اجتناب از ارتباطات اجتماعی و خانوادگی، تحمیل قوانین و ممنوعیت‌های خود بر خانواده باعث اختلال در عملکرد خانواده و زوجین می‌شود که کاهش صمیمیت جنسی یکی از پیامدهای واضح آن است (علوی و همکاران، ۱۳۹۷). در درمان شناختی- رفتاری با ارائه تکالیفی که بر روی نگرش افراد در رابطه با فواید صمیمیت در ارتباط جنسی تأثیرگذار بود. تلاش شد تا گذرگاه‌های فکری شرکت‌کنندگان که ایشان را به سمت تشدید وسواس با انجام رابطه‌ی جنسی سوق می‌دهد، مسدود گردد. بخشی از عدم صمیمیت در رابطه مربوط به عدم آگاهی، نگرش

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان بر همچوشی شناختی و صمیمیت جنسی در زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل همچوشی شناختی پایین‌تر و صمیمیت جنسی بالاتری را گزارش کرده بودند. بدین معنا که درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان در کاهش همچوشی شناختی و افزایش صمیمیت جنسی زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری مؤثر بودند. همچنین تفاوتی در اثربخشی مداخلات انجام یافته در مورد متغیرهای وابسته پژوهش مشاهده نگردید. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های قاسمی و همکاران (۱۳۹۶)، علوی پایدار و همکاران (۱۳۹۷)، علوی و همکاران (۱۳۹۷)، خیری و همکاران (۱۳۹۸)، الفونه و همکاران (۱۳۹۹)، هویز و همکاران^۱ (۲۰۰۹)، لوسی و همکاران^۲ (۲۰۱۰)، مک‌کینون و گرینبرگ^۳ (۲۰۱۳)، ویب و همکاران^۴ (۲۰۱۷)، لو و همکاران^۵ (۲۰۲۰)، ولترز و همکاران^۶ (۲۰۲۱) همخوانی داشت.

الفونه و همکاران (۱۳۹۹) در تحقیقی که با عنوان مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی شناختی بر اجتناب تجربی و همچوشی شناختی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی انجام دادند، نتایج درمان‌های به کار رفته بر روی افراد نمونه پژوهش، حاکی از اثربخشی درمان شناختی- رفتاری بر روی همچوشی یا هم‌آمیزی شناختی بود. یافته فوق همسو با نتایج پژوهش حاضر بوده است. در تبیین چگونگی اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت در کاهش همچوشی شناختی باید در نظر داشت که تأکید عمده در تمامی فنون درمان مذکور، بر تغییر شناخت‌های سازش نایافته و جایگزینی شناخت‌های کارآمد به جای آن‌ها بود. در واقع تلاش درمانگر بر این بود ادراک و شناخت فرد آسیب‌دیده از خود را تغییر دهد. همچنین لحاظ این مسأله حائز اهمیت می‌باشد که در درمان شناختی- رفتاری که از طریق اینترنت به انجام رسید تأکید اصلی بر نحوه ارتباط با افکار و هیجانات است. یکی از تئوری‌های قابل استناد در سبب‌شناسی اختلالات روانی، تغییر نحوه‌ی مواجهه فرد با افکار، شناخت‌ها و هیجانات است و این نکته در درمان به کار رفته مورد توجه بوده است که سبب خارج شدن ارتباط فرد با افکار و هیجانات خود از حالت بهنجار و نزدیکی به حالت طبیعی شده که همین امر باعث بهبودی می‌شود. از طرف دیگر سازوکارهای درمان شناختی- رفتاری، تشخیص خطاهای شناختی و چالش با آن‌ها و آزمایش رفتاری محتوای افکار درباره‌ی خود، اجتماع و شناخت‌های منفی در این باره است که موجب اثربخشی این درمان می‌گردد (قاسمی و همکاران، ۱۳۹۶؛ لو و همکاران، ۲۰۲۰).

توجه دیگر اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت بر روی همچوشی شناختی به این مسأله مربوط است که همچوشی شناختی باعث

5. Luu, Millard, Newby, Haskelberg, Hobbs & Mahoney
6. Wolters, Hagen, Op de Beek, Dol, De Haan & Salemkink
7. Hwang, Bae, Sun Hong & Hyun Han

1. Hoyer, Uhmman, Rambow & Jacoboi
2. Lucey, Kearns, Tone & Rush
3. McKinnon & Greenberg
4. Wiebe, Johnson, Burgess Moser, Dalgleish & Tasca

می‌تواند راهنمای مشاوران و روان‌شناسان در جهت بهبود پیامدهای منفی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری باشد.

منابع

استکتی، گیل؛ ویلهلم، سابین (۲۰۰۶). شناخت درمانی اختلال وسواس فکری- عملی، ترجمه اصفری پور، نگار؛ بهفر، زهرا و کریمی، حسن (۱۳۹۲). تهران: انتشارات سایه سخن.

الفونه، انیسه؛ ایمانی، مهدی؛ سرافراز، مهدی رضا (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی گروه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی شناختی بر اجتناب تجربی و همجوشی شناختی بیماران مبتلا به سردرد میگرنی. *ارمغان دانش*، ۱(۱): ۸۳-۶۹.

ایزدی، راضیه؛ 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*، ۳(۱۷): ۲۷۵-۲۸۶.

بساک‌نژاد، سوادبه؛ عباده اهوازی، پریا؛ مهربانی‌زاده هنرمند، مهناز (۱۳۹۷). مقایسه صمیمیت جنسی، رضایت از زندگی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان یائسه و غیر یائسه مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی. *مجله علمی دانشکده پرستاری و مامایی همدان*، ۶(۲۶): ۳۸۹-۳۹۶.

حمزه لو، راحله؛ جعفری، داود؛ ابراهیمی، محمداسماعیل (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با شناخت درمانی مبتنی بر حضور ذهن بر اختلال وسواس اجباری. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱(۱۱۷): ۱۳۳-۱۴۴.

حیدری، طاهره؛ عظیمی لولتی، حمیده؛ موسوی، سیدمحمد؛ موسوی نسب، سیدنورالدین (۱۳۹۹). تاثیر برنامه آموزشی خانواده-بیمار محور بر علائم وسواسی بیماران مبتلا به اختلال وسواس جبری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۳۰(۱۸۴): ۱۳۶-۱۴۱.

خیری، بهناز؛ میرمهدی، سیدرضا؛ آکوچکیان، شهلا؛ حیدری، حسن؛ آل یاسین، سیدعلی (۱۳۹۸). مقایسه 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): ۱۵۳-۱۴۵.

رحیمی، پوپک؛ سادات موسوی، آرزو (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی آموزش با رویکرد هیجان‌مدار بر صمیمیت جنسی و بخشودگی بین فردی زوجین متعارض زناشویی. *مجله علوم روانشناختی*، ۱۹(۸۶): ۲۲۹-۲۳۶.

زارع، حسین (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود انعطاف‌پذیری و همجوشی شناختی. *دوفصلنامه علمی- پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۶(۱): ۱۳۴-۱۲۵.

شاملی، لیلا (۱۳۹۴). تأثیر درمان متمرکز بر هیجان بر خودتنظیمی هیجانی، اجتناب تجربه‌ای و علائم وسواس در زنان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری شهر اهواز. پایان‌نامه دکتری، دانشگاه شهید چمران اهواز، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.

علوی پایدار، سلاله سادات اصل؛ خدابخش، روشنک؛ مهری نژاد، سیدابوالقاسم (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری و فراشناختی بر درهم‌آمیختگی فکر بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی. *روان‌شناسی بالینی و شخصیت*، ۱۶(۲): ۵۱-۴۱.

علوی، زهرا؛ امان‌الهی، عباس؛ عطاری، یوسفعلی؛ کرابی، امین (۱۳۹۷). اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر هیجان بر صمیمیت هیجانی و جنسی زوج‌های ناسازگار. *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۲(۲): ۴۶-۲۵.

قاسمی، سیمین؛ عزیزی، آرمان؛ 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.

مثبت و عملکرد صحیح در زنان متأهل می‌باشد که به نظر می‌رسد گنجاندن مطالب آموزشی این خلأ را در آن‌ها رفع نموده است (هویر و همکاران، ۲۰۰۹؛ واتسون و شربانی^۱، ۲۰۲۲).

ذکر این نکته مهم است که تا زمانی که رفتارها و افکار وسواسی در فرد متأهل مشاهده شود، نمی‌توان به صمیمیت جنسی در رابطه زناشویی امید چندانی داشت. به نظر می‌رسد درمان شناختی- رفتاری به بیماران کمک کرده است تا تمام ارزیابی‌های منفی را که با افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم فراخوانده می‌شوند را پیدا کرده و سوءتعبیرهای فاجعه‌آمیز را که در طول زمان به عادت تبدیل شده است، بیازمایند و با موارد کارآمدتری جایگزین کنند (کوکارو، دراسوس، کلاین، لازاروس، جوزف و دی گروت^۲، ۲۰۲۲).

علوی، امان‌الهی، عطاری و کرابی (۱۳۹۷) در پژوهشی که با جامعه آماری ۱۰۰ زوج مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز اجرا گردید، مشخص ساختند که درمان متمرکز بر هیجان، در افزایش صمیمیت هیجانی و صمیمیت جنسی مؤثر بوده است که با یافته پژوهش حاضر همسو بوده است. در خصوص اثربخشی معنادار درمان متمرکز بر هیجان در افزایش صمیمیت جنسی زنان متأهل مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری توجه به چالش‌های ایجاد شده در بستر اختلال وسواسی- اجباری برای رابطه زناشویی و به‌طور ویژه رابطه جنسی حائز اهمیت است. با این مقدمه، محتمل است که رویکرد درمانی متمرکز بر هیجان توانسته است با شناسایی ترس‌ها، هیجان‌ها و نیازهای دلبستگی زنان متأهل و در نهایت درک اهمیت رابطه جنسی در زندگی زناشویی، سبب افزایش صمیمیت جنسی شود (مک‌کینون و گرینبرگ، ۲۰۱۳). در تبیین بهتر یافته فوق شاید بتوان گفت که عدم صمیمیت جنسی در روابط زوجی که غالباً با سرزنش کردن و عیب‌جویی از یکدیگر، شکایت کردن و غر زدن آشکار به‌ویژه از طرف شریک مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری آشکار می‌شود، نتیجه به مخاطره افتادن و تهدید دلبستگی است. در این مدل درمانی فرد با تمرکز بر روی احساسات، بیان نیازهای ارضا نشده و احساسات منفی بدون حمله از طرف همسر تغییر می‌کند؛ بنابراین درمان مذکور می‌تواند با شناسایی و تمرکز بر چرخه‌های تعاملی منفی ناشی از افکار و اعمال وسواسی، تغییر و بازسازی چرخه‌های تعاملی با همسر و مشارکت هیجانی بیشتر با وی کمک کند که نتیجه آن ایجاد فضایی امن همراه با صمیمیت در ابعاد گوناگون از جمله صمیمیت جنسی خواهد بود (ویب و همکاران، ۲۰۱۷).

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی به همراه داشت که از آن جمله می‌توان به مواردی همچون نداشتن دوره پیگیری به دلیل محدودیت زمانی و افراد جامعه پژوهش اشاره کرد که فقط از زنان تشکیل شده بود. از این رو در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد، ضمن این‌که پیشنهاد می‌گردد اثربخشی رویکردهای مورد استفاده در تحقیق حاضر در نمونه‌های بالینی مردان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری نیز مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به نتایج به دست آمده و انجام پژوهش‌های پیگیرانه توسط پژوهشگران، به کارگیری درمان‌های شناختی- رفتاری مبتنی بر اینترنت و درمان متمرکز بر هیجان

2. Cocco, Drossos, Kline, Lazarus, Joseph & De Groot

1. Watson & Sharbanee

- American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5nd ed. Washington DC: Author; 253-9.
- Bagarozzi, DA. (1997). marital intimacy needs questionnaire: Preliminary report. *The American Journal of Family Therapy*, 25(3), 285-290.
- Coccaro, E., Drossos, T., Kline, D., Lazarus, S., Joseph, J., & De Groot, M. (2022). Diabetes distress, emotional regulation, HbA1c in people with diabetes and a controlled pilot study of an *emotion-focused behavioral therapy* intervention in adults with type 2 diabetes. *Primary Care Diabetes*, 16(3), 381-386.
- Gillanders DT, Bolderston H, Bond FW, Dempster M, Flaxman PE, Campbell L, & Masley S. (2014). The development and initial validation of the cognitive fusion questionnaire. *Behavior Therapy*, 45(1), 83-101.
- 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.
- Greenberg LS. Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies* 2017; 16(2), 106-17.
- Hammond, D. C. (2001). Nearofeedback treatment of depression with Roshi. *Journal of Neurotherapy*, 4(2), 45- 56.
- Hammond, D. C. (2003). QEEG- Guided Neurofeedback in the treatment of OCD. *Journal of Neurotherapy*. 7(2), 25-51.
- Hoover, CF., & Insel, TR. (2008). Families of origin in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 172(4), 207-15.
- Hoyer, J., Uhmman, S., Rambow, J., & Jacobi, F. (2009). Reduction of Sexual Dysfunction: by Product of Cognitive-behavioral Therapy for Psychological Disorders, *Journal Sexual and Relationship Therapy*, 24, 64-73.
- 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.
- Jones, P. J., Mair, P., Riemann, B. C., Mugno, B. L., & McNally, R. (2018). A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 53, 1-8.
- Kang, J. I., Namkoong, K., Woo Yoo, S., Jhung, K., & Kim, S. J. (2012). "Abnormalities of emotional awareness and perception in patients with obsessive compulsive disorder", *Journal of Affective Disorders*, 141(2), 286-293.
- Koran, L. M. (1999). Obsessive- compulsive and related disorders in adults. London: Cambridge University Press.
- Luu, J., Millard, M., Newby, J., Haskelberg, H., Hobbs, M., & Mahoney, A. (2020). Internet-based cognitive behavioral therapy for treating symptoms of obsessive compulsive disorder in routine care. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 26, 100561.
- McKinnon, J. M., & Greenberg, L. S. (2013). Revealing underlying vulnerable emotion in couple therapy: impact on session and final outcome. *Journal of Family Therapy*, 35(3), 303-319.
- Rutledge, SE., Jemmott, JB., O'Leary, A., & Icard, LD. (2018). What's in an identity label? Correlates of sociodemographics, psychosocial characteristics, and sexual behavior among African American men who have sex with men. *Archives of sexual behavior*, 47(1), 157-167.
- 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. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(1), 31-44.
- Stern, M. R., Nota, J. A., Heimberg, R. G., Holaway, R. M. & Coles, M. E. (2014). "An initial examination of emotion regulation and obsessive compulsive symptoms". *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 109-114.
- 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.
- Watson, J., & Sharbanee, J. (2022). *Emotion Focused Therapy – Case Conceptualization and Treatment: Adults*. *Comprehensive Clinical Psychology* (Second Edition), 6, 105-128.
- Wiebe, S. A., Johnson, S. M., Burgess Moser, M., Dalgleish, T. L., & Tasca, G. A. (2017). Predicting follow up outcomes in emotionally focused couple therapy: The role of change in trust, relationship specific attachment, and emotional engagement. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 213-226.
- 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.