

مجله دست آوردهای روان‌شناختی  
(علوم تربیتی و روان‌شناسی)  
دانشگاه شهید چمران اهواز، پاییز و زمستان ۱۳۹۸  
دوره‌ی چهارم، سال ۲۶، شماره‌ی ۲  
ص:ص: ۶۶-۴۹

تاریخ دریافت مقاله: ۹۷/۰۴/۰۵  
تاریخ پذیرش مقاله: ۹۸/۰۶/۰۳

## اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی اجباری

فریده نرگسی \*

علی فتحی آشتیانی \*\*

ایران داودی \*\*\*

عماد اشرفی \*\*\*\*

### چکیده

درمان فراتشخیصی یکپارچه از جمله درمان‌های جدید روان‌شناسی است که اثر آن بر بسیاری از متغیرهای روان‌شناسی تایید شده است. هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی-اجباری بود. روش تحقیق این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. در این پژوهش، ۳۰ نفر از بیماران دارای اختلال وسواسی-اجباری شهر سنجندج به صورت تصادفی در گروه آزمایشی (۹ زن و ۶ مرد) و کنترل (۹ زن و ۶ مرد) جایگزین شدند. جلسات درمان هفته‌ای یک جلسه به مدت ۶۰ دقیقه طی ۱۲ هفته متوالی برگزار شد. برای جمع‌آوری داده‌ها در پیش‌آزمون پس‌آزمون از پرسشنامه‌های مقیاس حساسیت اضطرابی (ریس، ۱۹۸۶)، پرسشنامه تحمل

\* دانشجوی دکترای روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

\*\* مرکز تحقیقات علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی بقیه الله (عج) و گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه علم و

[afa1337@gmail.com](mailto:afa1337@gmail.com)

فرهنگ، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

\*\*\* گروه روان‌شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

\*\*\*\* گروه روان‌شناسی، دانشگاه علم و فرهنگ، تهران، ایران.

پریشانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) و پرسشنامه وسواس ییل براون (گودمن، ۱۹۸۶) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس چند متغیری (MANOVA) تجزیه و تحلیل شدند. نتایج MANOVA نشان داد که بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۰۱$  و  $F = ۴/۶۳۴$ ). یافته‌ها نشان داد که درمان فراتشخیص بر کاهش حساسیت اضطرابی و علائم وسواسی اجباری و افزایش تحمل پریشانی در افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری موثر است. بر اساس یافته‌ها درمان فراتشخیصی یکپارچه باعث کاهش حساسیت اضطرابی و علائم وسواسی-اجباری و افزایش تحمل پریشانی در افراد دارای اختلال وسواسی-اجباری استفاده شد.

**کلید واژگان:** اختلال وسواسی-اجباری، تحمل پریشانی، درمان فراتشخیصی یکپارچه، حساسیت اضطرابی، علائم وسواسی-اجباری.

#### مقدمه

اختلال وسواسی-اجباری<sup>۱</sup> اختلال مزمن و ناتوان‌کننده‌ای است که نرخ شیوع آن تقریباً ۲ تا ۳ درصد در کل جامعه می‌باشد که علائم آن شامل افکار مزاحم ناخواسته و رفتارهای اجباری می‌باشد که منجر به ناتوانی در حفظ عملکرد اجتماعی و شغلی می‌شود (cited in Brunelin, Mondino, Bation, Palm, Saoud & Poulet, 2018). این اختلال یک اختلال ناهمگن با حضور نشانه‌های متنوع است. تحقیقات وسیعی که ناهمگونی اختلال وسواسی-اجباری را می‌سنجند، به طور وسیعی بر باورهای ناسازگار خاصی تمرکز می‌کنند، اما عوامل زیاد دیگری (از قبیل ارزیابی هیجانی) نیز در پیشرفت، ثبات، شدت و پیش‌بینی اختلال وسواسی-اجباری سهم دارد (Smith & Wetterneck, 2012). در تلاش برای درک عوامل موثر بر OCD، تحقیقات نقش هیجان و تجربه‌های درونی را مهم می‌دانند (Robinson & Freeston, 2014). حساسیت اضطرابی<sup>۲</sup> یکی از سازه‌هایی است که با OCD ارتباط دارد (Timpano, 2009; Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell & Schmidt, 2010; Robinson & Freeston, 2014; Deacon & Abramowitz, 2006). حساسیت اضطرابی را به عنوان ترس از احساس‌های مرتبط با اضطراب تعریف می‌کنند که از باور به اینکه این احساسات، تهدید اجتماعی، جسمانی یا روان‌شناختی برای فرد دارد، ناشی می‌شود. پژوهش‌ها حاکی از آن است که حساسیت اضطرابی عامل خطری برای رشد اختلالات اضطرابی به حساب می‌آید. برخلاف

1- obsessive-compulsive disorder

2- Anxiety sensitivity

باور اولیه برخاسته از مطالعات طولی که این سازه شناختی را فقط در آسیب پذیری اختلال پانیک دخیل می‌دانست، مطالعات همبستگی نشان می‌دهد که این عامل با سایر اختلالات اضطرابی نیز رابطه دارد (Rabian, 1993). (Cisler (2007) به تازگی نشان داد که حساسیت اضطرابی ترس از آلودگی را در افراد مبتلا به OCD، پیش‌بینی می‌کند. متغیر دیگری که همسو با حساسیت اضطرابی پژوهش‌ها نقش آن را در OCD نشان داده‌اند، تحمل پریشانی<sup>۱</sup> است (Laposa, Mancuso, Abraham & Loli-Dano, 2015; Robinson & Freeston, 2014; ) (Keough et al., 2010; McCubbin & Sampson, 2006). افراد دارای تحمل پریشانی پایین، هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفته‌گی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند، این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفته‌گی می‌کنند زیرا توانایی مقابله‌ای خود با هیجان‌ها را دست کم می‌گیرند. لازم به ذکر است که اگر این افراد قادر به تسکین این هیجان‌ها نباشند، تمام توجه‌شان جلب این هیجان آشفته کننده می‌گردد و عملکردشان به طور قابل ملاحظه‌ای کاهش می‌یابد (Simons & Gaher, 2004). شواهدی وجود دارد که بیان می‌کند تحمل پریشانی به عنوان یک عامل آسیب‌زا برای اختلال وسواسی-اجباری است. محققان پی برده‌اند که ترس از هیجان‌های منفی به شدت با علائم OCD مرتبط است (McCubbin & Sampson, 2006).

درمان‌های رایج در OCD شامل ترکیبی از دارو درمانی و مداخلات روان‌شناختی از جمله درمان شناختی رفتاری می‌باشد که با وجود راهبردهای گسترش یافته و پیشرفت در درمان به نظر می‌رسد تقریباً ۴۰٪ از بیماران پاسخ کافی به درمان‌های مرسوم نمی‌دهند (Fineberg et al., 2015)، بنابراین، توسعه روش‌های درمانی جدید ضروری است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نقص در کاربرد راهبردهای تنظیم هیجان<sup>۲</sup> ممکن است عوامل فراتشخیصی بسیار مهمی باشند که زیربنای انواع مختلف آسیب‌های روانی را تشکیل می‌دهند (Mansell, Harvey, Watkins & Shafraan, 2009; ) (Kring & Sloan, 2009). با توجه به این یافته‌ها، به تازگی برخی از پژوهشگران پیشنهاد کرده‌اند که مداخلات درمانی باید به‌طور ویژه بر راهبردهای تنظیم هیجان تمرکز کنند، زیرا چنین مداخلاتی ممکن است اثرهای مثبتی بر دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی داشته باشند (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; Mennin & Fresco, 2014). کارشناسانی که در

1- distress tolerance  
2- emotion regulation strategies

این زمینه مطالعه کرده‌اند، معتقدند که یک رویکرد جدید در راه طبقه‌بندی، تدوین، فرمول‌بندی و درمان اختلال‌های هیجانی مورد نیاز است (Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody & Dalgligh, 2015). یکی از درمان‌هایی که به تازگی مورد توجه قرار گرفته، درمان فراتشخیصی یکپارچه<sup>۱</sup> است. این درمان در جهت جبران محدودیت‌های درمان‌های قبلی طراحی شده و نسبتاً موفق بوده که طی سال‌های اخیر (Barlow et al., 2011) تدوین شده است. بر اساس این رویکرد درمانی، افراد با تجربیات هیجانی نامناسب خود روبرو می‌شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ می‌دهند. در این روش سعی بر آن است که با تنظیم عادت‌های هیجانی، شدت و وقوع آنها را کاهش داده و میزان آسیب را کاهش و کارکرد را افزایش دهد. در این رویکرد، افکار، رفتارها و احساسات باهم تعامل پویایی دارند و هر یک در تجربه هیجانی اثر دارند (cited in Nasri, Ahadi & Dortaj, 2017). تحولات اخیر در زمینه پروتکل‌های واحد و درمان‌های یکپارچه پیشنهاد می‌کنند که رویکرد فراتشخیصی ممکن است کارا تر و اثربخش تر از درمان اختلال‌های هیجانی به شیوه جداگانه و زنجیره‌وار باشد (Barlow et al., 2011). هدف فرضیه فراتشخیصی یکپارچه شناسایی عوامل فراتشخیصی و یا سازه‌هایی است که نقش مهمی در شروع و یا نگهداری اختلال‌های مختلفی بازی می‌کنند (Fernandez, Jazaieri & Gross, 2016). با توجه به این پیشرفت‌ها، Barlow et al. (2001) پروتکل یکپارچه‌ای را برای درمان فراتشخیصی اختلال‌های هیجانی وضع کرد. پروتکل یکپارچه، یک درمان فراتشخیصی و شناختی-رفتاری متمرکز بر هیجان محسوب می‌شود که بر ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان‌ها تأکید دارد و بدنبال شناسایی و تصحیح تلاش‌های ناسازگارانه برای تنظیم تجارب هیجانی در نتیجه تسهیل پردازش مناسب و خاموش کردن پاسخ‌های مفرط هیجانی به نشانه‌های درونی و بیرونی است و برای دامنه گسترده‌ای از اختلال‌های هیجانی قابلیت کاربرد دارد (Payne, Ellard, Farchione, Fairholme & Barlow, 2014; Farchione et al., 2012).

(Mohamadi, Birashk and Gharabi (2013) در پژوهشی به مقایسه اثربخشی گروه درمانی فراتشخیصی یکپارچه و گروه درمانی شناختی بر عواطف مثبت و منفی و فرایندهای تنظیم هیجان پرداختند. نتایج نشان داد که در هر دو گروه، روش درمانی بر مؤلفه‌های تنظیم هیجان و عواطف مثبت و منفی اثرگذار بوده است. همچنین، نتایج نشان دهنده اثربخشی بیشتر گروه درمانی

#### 1- Unified Transdiagnostic Treatment

فراتشخیصی بر بهبود ارزیابی مجدد و افزایش عاطفه مثبت بود (Zemestani & Imani, 2016). Boisseau, Farchione, Fairholme, Ellard and Barlow (2010) کارآمدی این روش درمانی را در یک مطالعه موردی برای درمان یک بیمار وسواس مبتلا به اضطراب منتشر و هراس تأیید کرد (Ellard, Fairholme, Boisseau, Farchione and Barlow (2010) در اولین مطالعه مقدماتی به منظور بررسی کارایی نسخه اولیه پروتکل درمان یکپارچه به صورت مقدماتی در نمونه ۱۸ نفری از بیماران با تشخیص اولیه یکی از اختلالات هیجانی شامل اختلال اضطراب فراگیر، اختلال وسواسی اجباری، اختلال اضطراب اجتماعی، اختلال استرس پس از سانحه و اختلال افسردگی اساسی و افسرده خوبی مورد ارزیابی قرار گرفت. این درمان به کاهش قابل ملاحظه‌ای در فراوانی و شدت اختلال‌ها پس از درمان نسبت به پیش از درمان منجر شد. نتایج مطالعه (Farchione et al. (2012 نیز حاکی از اثربخشی این درمان بر اختلالات وسواسی-اجباری، اضطراب فراگیر، اختلال وحشتزدگی و اختلال اضطراب اجتماعی می‌باشد. درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش حساسیت اضطرابی موثر بوده (Abdi, Bakhshipour, Rudsari & Mahmood-Alilou, 2010) و همچنین این درمان بر عدم تحمل پریشانی مؤثر می‌باشد (cited in Laposa et al., 2015).

با توجه به یافته‌های تحقیقاتی که در زمینه وسواسی-اجباری و عوامل مؤثر بر آن و درمان‌های موجود انجام شده، خلاءهای موجود در درک محققین از عواملی که به نظر می‌رسد در ایجاد و حفظ علائم OCD نقش دارند. همچنین با بررسی منابع در دسترس تا کنون پژوهشی که تأثیر این درمان را بر حساسیت اضطرابی و تحمل پریشانی در افراد دچار OCD بسنجد، یافت نشد. بنابراین، مسئله اساسی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد مبتلا به OCD بود.

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود.

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را کل بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری شهر سمنان تشکیل دادند. به منظور انتخاب نمونه پژوهشی مطالعه، از بین بیمارانی که به کلینیک‌های

درمانی شهر سنج مرجعه کرده بودند، ۳۰ نفر مراجع زن و مرد با تشخیص اختلال وسواسی-اجباری بر اساس مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلال‌های اضطرابی، خلقی و اختلال وسواسی-اجباری و اختلالات مرتبط بر اساس DSM-5 (Tolin et al., 2016)، ملاک‌های تشخیصی DSM-5 و از طریق نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند، سپس به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. گروه اول تحت درمان فراتشخیصی یکپارچه قرار گرفتند و گروه دوم، گروه کنترل (لیست انتظار) بودند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل کوواریانس استفاده شد. ملاک‌های ورود در پژوهش عبارتند از رضایت از شرکت در پژوهش، داشتن سن حداقل ۱۸، تحصیلات حداقل دیپلم بود. ملاک‌های خروج نیز شامل عدم شرکت مداوم در جلسات، مبتلا بودن به بیماری جسمی (به عنوان نمونه کم کاری تیروئید)، ابتلا به یکی از اختلالات شخصیت و یا تحت روان‌درمانی بودن، بود.

### ابزارهای پژوهش

در این پژوهش برای ارزیابی متغیرها از مقیاس‌های زیر استفاده شد:

۱- پرسشنامه وسواس ییل براون (Y-BOCS): پرسشنامه وسواس ییل براون<sup>۱</sup> که در سال ۱۹۸۶ توسط Goodman, Price, and Rasmussen ابداع شده است دارای ۱۰ ماده است که ۵ ماده برای ارزیابی افکار وسواسی و ۵ ماده برای ارزیابی اعمال اجباری در نظر گرفته شده است. این مقیاس، شامل مدت زمان صرف شده، میزان تداخل، میزان ناراحتی، میزان مقاومت و میزان کنترل است و علایم افکار وسواسی و اعمال وسواسی را جداگانه می‌سنجد (Goodman et al., 1986). هر ماده از صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمره‌گذاری برای هر خرده مقیاس (وسواس - اجبار) از ۰ تا ۲۰ و برای کل مقیاس از ۰ تا ۴۰ است. از یک نقطه برش ۱۶ و بالاتر در مطالعات دارویی استفاده می‌شود. وقتی از هر دو خرده مقیاس Y\_BOCS استفاده می‌شود بیماران مبتلا به وسواس متوسط نمره در حدود ۲۵ و بالاتر و بیماران با وسواس شدید بالاتر از ۳۰ و نمره بیماران با وسواس بسیار شدید بالای ۳۵ می‌گیرند (Izadi, 2012). ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش‌های Goodman et al. (1989) و Jacobsen (2003) به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۰ به دست آمد (cited in Izadi, Abedi & Samaneh, 2012).

1- the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

در ایران، پایایی بین مصاحبه کنندگان برای این مقیاس ۰/۹۸؛ ضریب همسانی درونی آن ۰/۸۹ و پایایی آن به روش بازآزمایی در فاصله‌ی دو هفته ۰/۸۴ و اعتبار تشخیصی آن به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ گزارش شده است (Izadi et al., 2012).

۲- **مقیاس حساسیت اضطرابی (ASI-R):** مقیاس حساسیت اضطرابی<sup>۱</sup> یک پرسشنامه‌ی خود گزارش‌دهی است این پرسشنامه توسط Reiss در سال ۱۹۸۶ ساخته شده که دارای ۱۶ گویه است. هر گویه، این عقیده را که احساسات اضطرابی به صورت ناخوشایند تجربه شده و توان منتهی شدن به پیامد آسیب‌زا را دارد، منعکس می‌کند. ساختار این پرسشنامه از سه عامل ترس از نگرانی‌های بدنی (۸ گویه)، ترس از عدم کنترل شناختی (۴ گویه) و ترس از مشاهده شدن اضطراب توسط دیگران (۴ گویه) تشکیل شده و نمره‌گذاری بر اساس مقیاس پنج درجه‌ای لیکرتی (۰ تا ۴) از خیلی کم تا خیلی زیاد است. درجه تجربه ترس از نشانه‌های اضطرابی با نمره‌های بالاتر مشخص می‌شود. دامنه نمره‌ها بین ۰ تا ۶۴ است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، ثبات درونی و اعتبار بازآزمایی بالای آن را نشان داده است (Fluid, 2005 cited in Moradi Manesh, Mirjafari, Goudarzi & Muhammad, 2007). پایایی در نمونه ایرانی براساس سه روش همسانی درونی، باز آزمایی و دو نیمه کردن به ترتیب ۰/۹۳، ۰/۹۵ و ۰/۹۷ گزارش شده است (Moradi & Manesh et al., 2007). روایی همزمان از طریق اجرای همزمان با پرسشنامه «SCL-90» انجام شد که ضریب همبستگی ۰/۵۶ حاصل آن بود. ضرایب همبستگی با نمره کل در حد رضایت‌بخش و بین ۰/۷۴ تا ۰/۸۸ متغیر بود. همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها نیز بین ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ متغیر بود (cited in Amir Khani & Haghayegh, 2017).

۳- **پرسشنامه تحمل پریشانی (DTS):** پرسشنامه تحمل پریشانی<sup>۲</sup> یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که توسط Simons and Gaher در سال 2005 ساخته شد. این مقیاس دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس 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 نمره‌گذاری می‌شوند. نمره یک به

1- Anxiety Sensitivity Index-Revised (ASI-R)

2- Distress Tolerance Scale (DTS)

معنای توافق کامل با گزینه مورد نظر و نمره پنج به معنای عدم توافق کامل با گزینه مورد نظر می‌باشد. نتایج حاکی از وجود یک عامل کلی در مقیاس دارد. در این پژوهش از نمره کل این پرسشنامه استفاده شد. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت ۶ ماه، ۰/۶۱ بود (Ward, Swan, 2010 cited in Azizi, Mirzaei & Shams, 2010). بر اساس داده‌های حاصل از پژوهش (Azizi et al., 2010) میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۶۷ و ضریب پایایی به روش بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۸۱ و برای خرده‌مقیاس‌های تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۷۷ و ۰/۷۳ می‌باشد. همبستگی درون طبقه‌ای پس از گذشت شش ماه، ۰/۶۱ گزارش شده است.

### روش مداخله

در این پژوهش از درمان فراتشخیصی که توسط Barlow et al. (2011) طراحی شده است، استفاده شد. برنامه درمانی شامل ۱۲ جلسه مداخله بود که طی جلسات ۶۰ دقیقه‌ای و در طی ۱۲ هفته متوالی به شیوه فردی در کلینیک دانشگاه آزاد اسلامی واحد سنندج اجرا گردید. جلسات فردی هفته‌ای یک جلسه و بر اساس چهارچوب جلسات که در جدول زیر آمده است برگزار شد. به منظور یکسان بودن شرایط درمان برای آزمودنی‌ها سعی شد فضای درمان، ساعت برگزاری جلسات و محتوای جلسات یکسان باشد. شرح جلسات در جدول ۱ آمده است.

Table 1.  
Summary of twelve sessions for treatment

جلسه نخست: افزایش انگیزه، مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان و اجرای پیش‌آزمون.
جلسه دوم: ارائه آموزش روانی، بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی.
جلسه سوم و چهارم: آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده هیجانی، (هیجان‌ها و واکنش‌های هیجان‌ها) با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی.
جلسه پنجم: ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تأثیر متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.
جلسه ششم: شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
جلسه هفتم: بررسی رفتارهای ناشی از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک



تأثیر آن‌ها روی تجارب هیجانی و شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین بواسطه رویارو شدن با رفتارها.

**جلسه هشتم:** آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه و رویارویی احشایی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.

**جلسه نهم، دهم و یازدهم:** رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت؛ آگاهی یافتن از منطق رویارویی، آموزش نحوه تهیه سلسله‌مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.

**جلسه دوازدهم:** مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی و اجرای پس‌آزمون.

روش تحقیق این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود و به منظور تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و از روش آمار استنباطی مانند تجزیه و تحلیل واریانس چند متغیری MANOVA استفاده شد.

### یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد آزمودنی‌های پژوهش از نظر سن در دامنه سنی ۲۱ تا ۴۵ (با میانگین ۳۲/۳۶ و انحراف معیار ۶/۷) سال قرار داشتند. از نظر جنسیت ۶۰ درصد (۱۸ نفر) آزمودنی‌ها زن و ۴۰ درصد (۱۲ نفر) مرد بودند؛ گروه آزمایشی شامل ۹ زن و ۶ مرد و گروه کنترل نیز شامل ۹ زن و ۶ مرد بود. آزمودنی‌ها از نظر وضعیت تأهل در گروه آزمایشی شامل ۹ نفر مجرد و ۶ نفر متأهل و در گروه کنترل ۸ نفر مجرد و ۷ نفر متأهل بودند. جدول ۲ میانگین و انحراف معیار متغیرها را در دو گروه نشان می‌دهد.

Table 2.

In the experimental and control groups, the mean and standard deviation of anxiety sensitivity, distress tolerance and obsessive-compulsive symptoms by pre-test and post-test

Variables	Experimental group		Control group	
	Pretest	Posttest	Pretest	Posttest
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)
Anxiety Sensitivity	(17.67) 47.46	13.75 (35.26)	(8.93) 45.95	(9.12) 46.05
Distress Tolerance	(0.73) 3.78	(0.97) 2.76	(0.62) 3.60	(0.62) 3.62
Obsessive-Compulsive Symptoms	(4.06) 29.46	(4.08) 10.13	(4.06) 24.66	(4.91) 24.40

قبل از اجرای تحلیل کواریانس یکسان بودن واریانس‌ها و شیب‌های خط رگرسیون بررسی شد. نتایج آن در جدول ۳ گزارش شده است.

Table 3.  
Levin test for homogeneity of variances

Variable	F	df1	df2	sig
Anxiety Sensitivity	5.28	1	28	0.29
Distress Tolerance	4.72	1	28	0.38
Obsessive-Compulsive Symptoms	0.40	1	28	0.53

همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون همگنی واریانس‌های دو گروه (آزمون لوین) در رابطه با متغیرهای حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری معنی‌دار نشد و در نتیجه دو گروه همگن بودند. همچنین، آزمون ام باکس جهت بررسی شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کواریانس به عمل آمد که با توجه به عدم معنی‌داری آن در این پژوهش، این شرط رعایت شده است. ( $F=1/312$ ,  $p<0/248$ ). بر همین اساس نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف (جدول ۴) بیانگر عدم تخطی داده‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون از شاخص‌های مورد بررسی فرض نرمال بود (معنی‌داری بیشتر از ۰/۰۵ است).

Table 4.  
Kolmogorov-Smirnov test

Variable	Pretest		Posttest	
	Static	Sig	Static	Sig
Anxiety Sensitivity	0.106	0.200	0.075	0.200
Distress Tolerance	0.123	0.200	0.136	0.164
Obsessive-Compulsive Symptoms	0.112	0.200	0.148	0.200

برای بررسی تأثیر درمان فراتشخیصی بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی-اجباری از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج در جدول ۵ آمده است.

مندرجات جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد. جهت پی بردن به این تفاوت تحلیل کواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا در جدول ۶ نشان داده شده است.

Table 5.  
Quadruple tests of multivariate covariance analysis

	Value	F	Hypothesizes df1	Error df2	Sig
Pillai's Trace	0.982	4.634	3	26	<0.001
Wilks' Lambda	0.018	4.634	3	26	<0.001
Hotelling's Trace	53.471	4.634	3	26	<0.001
Roy's Largest Root	53.471	4.634	3	26	<0.001

Table 6.  
The results of one-variable covariance analysis in Mancova text on the mean post-test scores of anxiety sensitivity, distress tolerance and obsessive-compulsive symptoms in two groups with pre-test control

Variable	Type III Sum of Square	Df	Mean Square	F	p	Partial Eta Squared
Anxiety Sensitivity	809.203	1	809.203	8.048	0.01	0.21
Distress Tolerance	5.800	1	5.800	8.578	0.007	0.24
Obsessive-Compulsive Symptoms	1602.384	1	1602.384	106.366	0.001	0.79

همانطور که در جدول ۶ مشاهده شد، با کنترل پیش آزمون بین دو گروه آزمایشی و کنترل، در حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری تفاوت معنی دار وجود داشت. به عبارت دیگر درمان فراتشخیصی بر کاهش حساسیت اضطرابی، کاهش علائم وسواسی-اجباری و افزایش میزان تحمل پریشانی تأثیر معنی داری داشته است.

### بحث و نتیجه گیری

هدف این پژوهش اثربخشی درمان فراتشخیصی بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی-اجباری بود. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری نشان داد که با کنترل پیش آزمون بین نمره‌های پس آزمون حساسیت اضطرابی در گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی داری وجود داشت؛ به این معنی که درمان فراتشخیصی بر کاهش حساسیت اضطرابی است تأثیر گذاشته است. این نتیجه در راستای یافته‌های Abdi et al. (2010) است که نشان داد درمان فراتشخیصی بر کاهش حساسیت اضطرابی مؤثر بوده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که همان‌طور که گفته شد حساسیت اضطرابی ترس از احساس‌های مرتبط با اضطراب می‌باشد که از باور به اینکه این احساسات، تهدید اجتماعی،

جسمانی یا روان‌شناختی برای فرد دارد، ناشی می‌شود و از آنجایی که یکی از تکنیک‌های موجود در درمان فراتشخیص، ارزیابی مجدد شناختی است که از طریق آن فرد از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها آگاه می‌شود و ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک شناسایی می‌شوند (Barlow et al., 2011)، و بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که باعث کاهش حساسیت به اضطراب شود. از طرفی با توجه به منطقی پدیدآیی این روش درمانی، بهبودی و تغییرات معنادار بالینی در این متغیر می‌تواند به واسطه آماج قرار گرفتن عوامل مشترکی همچون تنظیم هیجانی، عاطفه مثبت و منفی در مدول‌های پروتکل روی آنها تأکید می‌شود و همچنین این پروتکل بر ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان‌ها تأکید دارد و بدنبال شناسایی و تصحیح تلاش‌های ناسازگارانه برای تنظیم تجارب هیجانی در نتیجه تسهیل پردازش مناسب و خاموش کردن پاسخ‌های مفرط هیجانی به نشانه‌های درونی و بیرونی است (Farchione et al., 2012).

نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که با کنترل پیش‌آزمون بین نمره‌های پس‌آزمون تحمل پریشانی در دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌دار وجود داشت؛ به این معنی که درمان فراتشخیص بر افزایش تحمل پریشانی تأثیر معنی‌دار داشته است. این نتیجه همسو با مطالعه (lajosa et al., 2015) بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان فراتشخیص شامل تکنیک‌هایی است که هیجان‌های افراد را تعدیل می‌کنند؛ به عنوان نمونه می‌توان به بازشناسی هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده هیجانی، آشنایی با راهبردهای مختل اجتناب از هیجان و آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب از هیجان، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان (Barlow et al., 2011) اشاره کرد. بنابراین، می‌توان گفت آموزش فراتشخیص با تکیه بر تکنیک‌های تنظیم هیجان موجب می‌شود که بیماران به بازاریابی هیجان‌ها و مخصوصاً هیجانات منفی خود پردازند و این باعث می‌شود بیماران هیجان‌ها را در درون خویش بپذیرند که این امر موجب افزایش تحمل پریشانی در آنان خواهد شد.

بر اساس یافته‌های این پژوهش در علائم وسواسی-اجباری بین دو گروه آزمایشی و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. این یعنی درمان فراتشخیصی بر کاهش علائم وسواسی-اجباری موثر بوده است. این یافته با پژوهش‌های (Boisseau et al., 2010)، (Ellard (2010) و Farchione et al. (2016) همخوان می‌باشد. فرد دچار اختلال وسواسی اجباری، از علائم وسواسی-اجباری به عنوان یک روش ناسازگار برای تنظیم هیجان استفاده می‌کند. مداخله‌های فراتشخیصی به افراد

کمک می‌کند تا بیاموزند چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبرو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. این روش سعی دارد تا با تنظیم عادت‌های نظم‌بخشی هیجانی، شدت و وقوع عادت‌های هیجانی را کاهش دهد، میزان آسیب را کم کند و کارکرد را ارتقا بخشد. در رویکرد یکپارچه، افکار، رفتارها و احساس‌ها با هم تعامل پویایی دارند و هر یک از آنها در تجربه هیجانی نقش دارند و بر آن تأثیر می‌گذارند (Barlow et al., 2011).

بر اساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه باعث کاهش حساسیت اضطرابی و علائم وسواسی اجباری و همچنین افزایش تحمل پریشانی در بیماران مبتلا به OCD شد. این تحقیق با محدودیت‌هایی همراه بود؛ عواملی مانند استفاده از مراجعین مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر سنندج، که تعمیم پذیری نتایج را محدود می‌کند، نبود یک برنامه درمانی دیگر جهت مقایسه بین انواع درمان، از جمله محدودیت‌های این تحقیق می‌باشد. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارش‌دهی برای ارزیابی متغیرها بوده است که ممکن است سوگیری در پاسخ دادن به سؤالات پرسشنامه را به همراه داشته باشد که در تحقیقات بعدی برای رفع این محدودیت بهتر است در کنار پرسشنامه‌ها از مصاحبه نیز استفاده شود. عدم تفکیک اثرات این درمان بر جنسیت‌ها و عدم استفاده از مرحله پیگیری از دیگر محدودیت‌های مهم این پژوهش است. پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های آتی پژوهشگران به منظور بررسی دقیق‌تر اثربخشی این رویکرد درمانی به مقایسه بین این درمان با رویکردهای درمانی دیگر از جمله دارودرمانی، درمان شناختی رفتاری و ... بپردازند.

## References

- Abdi, R., Bakhshipour-Rudsari, A. & Mahmood-Alilou, M. (2010). Efficacy of Unified Transdiagnostic Treatment on reduction of transdiagnostic factors and symptoms severity in Emotional Disorders. *Journal Management System*, 4(13), 1-27. [Persian]
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychotherapy: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Amir Khani Z. & Haghayegh S.A. (2017). The impact of mindfulness training on stress reduction, quality sleeping, disturbing thoughts and anxiety sensitivity among patients with post-traumatic stress disorder from war. *Journal of military Psychology*, 8(29), 5-17. [Persian]

- Azizi, A., Mirzaei, A. & Shams, J. (2010). Correlation between Distress Tolerance and Emotional Regulation with students Smoking Dependence. *Hakim Research Journal*, 13(1), 11- 18. [Persian]
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., et al. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Boisseau, C. L., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K. & Barlow, D. H. (2010). The development of the Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: a case study. *Cogn Behav Pract*, 17,102-113.
- Brunelin, J., Mondino, M., Bation, R., Palm, U., Saoud, M. & Poulet, E. (2018) Transcranial direct current stimulation for Obsessive-Compulsive Disorder: A systematic review. *Brain sciences*, 8(37), 1-11.
- Cisler, J., Reardon, J., Williams, N. & Lohr, J. M. (2007). Anxiety sensitivity and disgust sensitivity interact to predict contamination fears. *Personality and Individual Differences*, 42, 935-946.
- Deacon, B. & Abramowitz, J. (2006). Anxiety sensitivity and its dimensions across the anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 20(7), 837-857.
- Ellard, K. K., Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Farchione, T. J. & Barlow, D. H. (2010). Unified protocol for the transdiagnostic treatment of emotional disorders: Protocol development and initial outcome data. *Cognitive and Behavioral Practice*, 17(1), 88-101.
- Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K.K., Boisseau, C. L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R., Gallagher, M. W. & Barlow, D. H. (2012). Unified protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, in press.
- Fernandez, K. C., Jazaieri, H. & Gross, J. (2016). Emotion Regulation: A Transdiagnostic perspective on a new RDoC domain. *Cognitive Therapy and Research*, 40, 426-440.
- Fineberg, N. A., Reghunandan, S., Simpson, H. B., Phillips, K. A., Richter, M. A., Matthews, K., Stein, D. J., Sareen, J., Brown, A. & Sookman, D. (2015). Accreditation task force of the Canadian Institute for Obsessive Compulsive Disorders Obsessive-compulsive disorder (OCD): Practical strategies for pharmacological and somatic treatment in adults. *Psychiatry Res*, 227, 114–25.
- Goodman, W. K., Price, L. H. & Rasmussen, S. A. (1989). The Yale-Brown obsessive-compulsive scale (YBOCS), Part I: Development, use, and reliability. *Journal of Archives of General Psychiatry*, 46, 1006- 1011.
- Izadi, R., Abedi, M. R. & Samaneh, M. (2012). Factor structure, reliability and validity of Vancouver Obsessional Compulsive Inventory (VOCI). *Journal of Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 6(23), 57-90. [Persian]
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A. & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: The association with distress

- tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4), 567–574.
- Kring, A. M. & Sloan Sloan, D. S. (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- Laposa, J. M., Mancuso, E., Abraham, G., & Loli-Dano, L. (2016). Unified Protocol Transdiagnostic Treatment in Group Format: A Preliminary Investigation With Anxious Individuals. *Journal of Behavior Modification*, 1-16.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23, 6-19.
- 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.
- Mennin, D. S. & Fresco, D. M. (2014). *Emotion regulation therapy*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 469- 490). New York: Guilford Press.
- Moradi-Manesh, F., Mirjafari, A., Goudarzi, M.A. & Muhammad, N. (2007). Evaluate the psychometric properties of the revised index of anxiety sensitivity (ASIR). *J Psychol*, 11(4), 426-46. [Persian]
- Nasri, M., Ahadi, H. & Dortaj, F. (2017). The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Cognitive Flexibility, Emotion Regulation and Hb Factor in Patients with Type 2 Diabetes. *Journal of psychological achievements*, 4(24), 81-100. [Persian].
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S. & Dalglis, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110.
- Payne, L. A., Ellard, K. K., Farchione, T, J., Fairholme, C, P. & Barlow, D. H. (2014). *Emotional disorders: A unified transdiagnostic protocol*. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (pp. 237-275). New York: Guilford Press.
- Robinson, L. J. & Freeston, M. H. (2014). Emotion and internal experience in Obsessive Compulsive Disorder: Reviewing the role of alexithymia, anxiety sensitivity and distress tolerance. *Clinical Psychology Review*, 34, 256–271.
- Simons, J. S. & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, 29(2), 83-102.
- Smith, A. H., Wetterneck, C. T., Hart, J. M., Short, M. B. & Bjorgvinsson, T. (2012). Differences in obsessional beliefs and emotion appraisal in obsessive compulsive symptom presentation. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(1), 54-61.
- Timpano, K. R., Buckner, J. D., Richey, J. A., Murphy, D. L. & Schmidt, N. B. (2009). Exploration of anxiety sensitivity and distress tolerance as vulnerability factors for hoarding behaviors. *Depression & Anxiety*,

26(4), 343-353.

Tolin, D. F., Gilliam, C., Wootton, B., Bowe, W., Bragdon, L. B., Davis, E., Hannan, S. E., Steinman, S.A., Worden, B. & Hallion, L.S. (2016). Psychometric properties of a structured diagnostic interview for DSM-5 Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Disorders. *Assessment*, 25(1), 3-13.

Zemestani, M. & Imani, M. (2016). Effectiveness of transdiagnostic treatment on depression/anxiety symptoms and emotion regulation. *Contemporary Psychology*, 11(1), 21-32. [Persian].

