Journal of Cognitive psychology
September 2025, Volume 13, Issue 2

A Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Metacognitive Therapy on Cognitive-Emotional Constructs (Thought-Action Fusion and Intolerance of Uncertainty) in Female Students with Obsessive–Compulsive Disorder

Hava Mahmoudzadeh Kenari[1], Afsaneh Khajevand Khoshli [2*], Javanshir Asadi [3*]

[1.] *PhD Student in General Psychology Department of Psychology, Go. C., Islamic Azad University, Gorgan, Iran.*

[2.] *Associate professor Department of Psychology, Go.C., Islamic Azad University, Gorgan, Iran.*

E-mail: a.khajevand@iau.ac.ir

[3.] *Assistant Professor Department of Psychology, Go.C., Islamic Azad University, Gorgan, Iran.*

Citation: Zeidabadinejad, M. M., Noori, N., Fatehi Khoshknab, L., Malek Mohammadi, S., & Poursadeg Gavgani, Z. (2025). The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on cognitive fusion and interpersonal needs in students with suicidal ideation.. **J**ournal of **C**ognitive **P**sychology. 2025; 13(2):1-15 [Persian].

Article Info:

Abstract

Obsessive–compulsive disorder (OCD) in adolescents is associated with maladaptive cognitive–emotional patterns, including thought–action fusion and intolerance of uncertainty, which can impair academic performance and interpersonal relationships. This study aimed to compare the effectiveness of emotion-focused therapy and metacognitive therapy on these constructs in adolescent girls with OCD. The quasi-experimental study employed a pretest–posttest design with a control group and included 45 high school girls in Babolsar, selected through purposive sampling and randomly assigned to three groups of 15 participants each. Interventions consisted of eight weekly 90-minute group sessions. Data were collected using the Thought–Action Fusion Scale and the Intolerance of Uncertainty Questionnaire and analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA). Results indicated that both interventions significantly reduced thought–action fusion and intolerance of uncertainty compared to the control group, and pairwise comparisons showed that metacognitive therapy was more effective in reducing thought–action fusion, whereas emotion-focused therapy was relatively more effective in reducing outcomes related to intolerance of uncertainty. These findings suggest that targeted psychotherapeutic interventions can improve maladaptive cognitive–emotional patterns associated with OCD in adolescents and reduce anxiety and compulsive behaviors. The results provide guidance for selecting tailored treatments based on individual clinical needs and for designing school- and clinic-based intervention programs.

Key words
Obsessive–compulsive disorder, Thought–action fusion, Intolerance of uncertainty, Metacognitive therapy, Emotion-focused therapy

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و فراشناخت‌درمانی بر سازه‌های شناختی–هیجانی (همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی) در دانش‌آموزان دختر با اختلال وسواسی–اجباری

حوا محمودزاده کناری [۱]، افسانه خواجوند خوشلی *[۲]، جوانشیر اسدی [۳]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

۲. نویسنده مسئول: دانشیار گروه روانشناسی ، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.a.khajevand@iau.ac.ir

۳. استادیار گروه روانشناسی، واحد گرگان، دانشگاه آزاد اسلامی، گرگان، ایران.

تاریخ دریافت
1403/11/20
تاریخ پذیرش نهایی
1404/5/20

چکیده

اختلال وسواسی–اجباری (OCD) در نوجوانان با الگوهای شناختی–هیجانی ناکارآمد، از جمله همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی همراه است که می‌تواند عملکرد تحصیلی و روابط بین‌فردی را مختل کند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان فراشناختی بر این سازه‌ها در دانش‌آموزان دختر مبتلا به OCD انجام شد. مطالعه از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون و گروه کنترل بود و شامل ۴۵ دانش‌آموز دختر متوسطه دوم شهر بابلسر بود که با نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری جایگذاری شدند. مداخلات درمانی شامل هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی بود. داده‌ها با استفاده از مقیاس همجوشی فکر و عمل و پرسشنامه عدم تحمل بلاتکلیفی جمع‌آوری و با تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی شد. نتایج نشان داد که هر دو مداخله درمانی نسبت به گروه کنترل موجب کاهش معنادار همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی شدند و مقایسه دوبه‌دویی نشان داد درمان فراشناختی در کاهش همجوشی فکر و عمل مؤثرتر و درمان هیجان‌مدار در کاهش پیامدهای مرتبط با عدم تحمل بلاتکلیفی برتری نسبی داشت. این یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات روان‌درمانی هدفمند می‌توانند الگوهای شناختی–هیجانی ناسازگارانه مرتبط با OCD را در نوجوانان بهبود دهند و سطح اضطراب و رفتارهای وسواسی را کاهش دهند. نتایج پژوهش می‌تواند راهنمای انتخاب درمان هدفمند بر اساس نیازهای بالینی فرد و طراحی برنامه‌های مداخله‌ای در مدارس و مراکز روانشناختی باشد.

واژگان کلیدی
اختلال وسواسی–اجباری، همجوشی فکر و عمل، عدم تحمل بلاتکلیفی، درمان فراشناختی، درمان هیجان‌مدار

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

مقدمه

اختلال وسواسی–اجباری (OCD) یکی از اختلالات روانی شایع و ناتوان‌کننده در دوره نوجوانی است که با ویژگی مزمن بودن، مقاومت نسبی در برابر درمان‌های متعارف و تداوم طولانی علائم مشخص می‌شود (فودستاد و همکاران، ۲۰۲۵). این اختلال در طبقه‌بندی‌های بالینی، در گروه اختلالات اضطرابی–وسواسی جای می‌گیرد و با افکار مزاحم، ناخواسته، تکرارشونده و کنترل‌ناپذیر همراه است که سطح بالایی از اضطراب و آشفتگی هیجانی را ایجاد می‌کند (زالپوری و همکاران، ۲۰۲۵). نوجوانان مبتلا به OCD معمولاً برای کاهش فشار روانی یا پیشگیری از وقوع رویدادهای ناخواسته، دست به انجام رفتارهای اجباری، آیین‌مند یا تکراری می‌زنند (فوسنر و همکاران، ۲۰۲۵). هرچند این رفتارها ممکن است در کوتاه‌مدت اضطراب را کاهش دهند، اما در بلندمدت چرخه‌ای معیوب از وسواس و اجبار را تداوم می‌بخشند و می‌توانند بر عملکرد تحصیلی، توانایی تمرکز، کیفیت یادگیری و روابط بین‌فردی نوجوانان تأثیر منفی داشته باشند(فودستاد و همکاران، ۲۰۲۵). از منظر روان‌شناختی، این چرخه بازخوردی، ایجاد سازوکارهای ناکارآمد شناختی–هیجانی را تسهیل می‌کند و زمینه‌ساز تثبیت رفتارهای جبرانی و مقاومت در برابر درمان می‌شود (زالپوری و همکاران، ۲۰۲۵).

اهمیت پرداختن به OCD در دوره نوجوانی از آنجا ناشی می‌شود که این دوره، مرحله‌ای حساس و تعیین‌کننده در رشد هیجانی، شناختی و اجتماعی است(استیل و همکاران، ۲۰۲۵). نوجوانی زمانی است که هویت فردی و اجتماعی شکل می‌گیرد، استقلال‌طلبی تقویت می‌شود و راهبردهای مقابله‌ای با چالش‌های زندگی تثبیت می‌شوند(توستراپ و همکاران، ۲۰۲۵). ظهور علائم وسواس در این مرحله می‌تواند نه‌تنها احتمال مزمن شدن اختلال را افزایش دهد، بلکه الگوهای ناکارآمد فکری و رفتاری را در ذهن نوجوان نهادینه سازد و رشد روانی–اجتماعی او را در حوزه‌هایی همچون هویت‌یابی، خودمختاری و کیفیت روابط بین‌فردی مختل کند(استیل و همکاران، ۲۰۲۵). به همین دلیل، شناسایی سازوکارهای شناختی–هیجانی دخیل در تداوم اختلال و بررسی مداخلات درمانی متناسب با نیازهای رشدی نوجوانان از اهمیت بالینی و اجتماعی ویژه‌ای برخوردار است(توستراپ و همکاران، ۲۰۲۵).

در میان عوامل متعددی که به عنوان زمینه‌ساز یا تداوم‌بخش علائم وسواسی شناسایی شده‌اند، دو سازه شناختی–هیجانی «همجوشی فکر و عمل» و «عدم تحمل بلاتکلیفی» اهمیت ویژه‌ای دارند و در مدل‌های روان‌شناختی OCD جایگاه محوری یافته‌اند (شمرانی و همکاران، ۲۰۲۵؛ رضا و همکاران ۲۰۲۵). همجوشی فکر و عمل، به عنوان یک سازه فراشناختی، به ارزیابی افکار به عنوان معادل اعمال یا عامل افزایش‌دهنده احتمال وقوع رویدادهای منفی اطلاق می‌شود (لی و همکاران، ۲۰۲۵). در این دیدگاه، ارزیابی ناکارآمد افکار مزاحم به عنوان رویدادهای واقعی موجب تشدید اضطراب و تداوم رفتارهای جبرانی مانند بررسی مکرر، اجتناب یا اطمینان‌جویی می‌شود. به عبارت دیگر، همجوشی فکر و عمل نه تنها یک مشخصه شناختی–هیجانی است، بلکه عامل کلیدی در چرخه بازخوردی اضطراب و اجبار به شمار می‌آید که تداوم اختلال را تسهیل می‌کند (حسینی و همکاران، ۲۰۲۵).

سازه دوم، یعنی عدم تحمل بلاتکلیفی، به ناتوانی فرد در پذیرش شرایط مبهم و پیشامدهای نامطمئن اشاره دارد و در مدل‌های شناختی–رفتاری OCD به عنوان یک عامل اساسی مطرح است (دینگ و همکاران، ۲۰۲۵). افراد با سطح بالای عدم تحمل بلاتکلیفی، حتی در مواجهه با کوچک‌ترین عدم قطعیت، واکنش‌های اضطرابی شدید نشان می‌دهند و تمایل مداومی به جستجوی اطمینان دارند (وو و همکاران، ۲۰۲۵). این ویژگی با تداوم رفتارهای کنترل‌کننده و جبرانی مرتبط است و کاهش آن در طول مداخلات درمانی می‌تواند پیش‌بینی‌کننده بهبود علائم باشد (گائو و همکاران، ۲۰۲۵). پژوهش‌های داخلی

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

و بین‌المللی نشان داده‌اند که شدت همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی با شدت علائم وسواسی رابطه مثبت دارد و در برخی مطالعات به عنوان پیش‌بین پاسخ‌دهی به درمان مطرح شده است(ندایی و همکاران، ۲۰۲۵؛ کاچار-باشاران و گوکداگ، ۲۰۲۵؛ صابرزاده و زارع‌نیستانک، ۲۰۲۴؛ اولیوارس-اولیوارس و همکاران، ۲۰۲۲). با این حال، بیشتر مطالعات بر بزرگسالان متمرکز بوده و پژوهش‌های مداخله‌ای و مقایسه‌ای در جمعیت نوجوان محدود است، که این مسئله شکاف پژوهشی مهمی را ایجاد می‌کند.

در سال‌های اخیر، دو رویکرد درمانی نوین، یعنی درمان هیجان‌مدار و درمان فراشناختی، به عنوان مداخلاتی امیدوارکننده برای OCD معرفی شده‌اند. درمان هیجان‌مدار با تأکید بر نقش محوری هیجان‌ها در پیدایش و تداوم اختلالات روان‌شناختی، تلاش می‌کند با افزایش آگاهی فرد از هیجانات خود، فراهم کردن فضایی امن برای تجربه و پردازش هیجانات دشوار، و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان، چرخه اجتناب و اضطراب را مختل کند(جانی و همکاران، ۲۰۲۳). اهمیت این رویکرد در OCD از آن جهت است که رفتارهای اجباری اغلب به عنوان واکنش‌های مقابله‌ای نسبت به هیجانات ناخوشایند عمل می‌کنند و به‌کارگیری راهبردهای هیجانی سازگارانه می‌تواند اثر مثبتی بر کاهش رفتارهای وسواسی داشته باشد (پویانسب و همکاران، ۲۰۲۴). در مقابل، درمان فراشناختی بر فرایندهای سطح بالای شناختی، به ویژه باورهای فراشناختی مرتبط با ارزیابی و کنترل افکار، تمرکز دارد. این رویکرد بر این فرض مبتنی است که اختلال وسواسی–اجباری عمدتاً ناشی از ارزیابی‌های ناکارآمد فرد از افکار خود است، نه محتوای افکار(ملکیور و همکاران، ۲۰۲۳). اصلاح باورهای فراشناختی و کاهش راهبردهای شناختی ناسازگار مانند نشخوار ذهنی، نگرانی افراطی و پایش مداوم تهدید می‌تواند به کاهش معنادار علائم وسواسی منجر شود. از منظر نظری، تفاوت این دو رویکرد در تمرکز بر سازه‌های شناختی–هیجانی است؛ درمان فراشناختی به طور مستقیم بر همجوشی فکر و عمل اثرگذار است، در حالی که درمان هیجان‌مدار عمدتاً بر کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی تأثیر می‌گذارد(آتماچا، ۲۰۲۲).

با توجه به اهمیت شناخت سازوکارهای شناختی–هیجانی در تداوم و درمان OCD و محدودیت پژوهش‌های مداخله‌ای در جمعیت نوجوان، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان فراشناختی بر همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی در دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال وسواسی–اجباری است. این مطالعه می‌تواند چارچوبی علمی برای انتخاب مداخلات درمانی متناسب با نیازهای شناختی و هیجانی نوجوانان فراهم آورد و شکاف مهم پژوهشی در حوزه مداخلات شناختی–هیجانی برای این جمعیت را برطرف کند. بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان فراشناختی بر سازه‌های شناختی–هیجانی همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی در دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال وسواسی–اجباری است.

روش

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از حیث روش اجرا، یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود که با هدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار و فراشناخت‌درمانی بر سازه‌های شناختی–هیجانی (همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی) در دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال وسواسی–اجباری طراحی شد.

جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه دوم شهر بابلسر در سال تحصیلی ۱۴۰۴–۱۴۰۳ بود که تشخیص اختلال وسواسی–اجباری برای آنان توسط روانپزشک و مصاحبه بالینی تأیید شده بود. معیارهای ورود شامل تشخیص بالینی بر اساس DSM-5 ، سن بین ۱۵ تا ۱۸ سال، عدم دریافت مداخلات روان‌درمانی یا دارویی همزمان و رضایت آگاهانه دانش‌آموز و والدین بود. معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، انصراف داوطلبانه و وجود اختلالات روانی جدی همراه بود که مانع اجرای مداخلات می‌شد.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

نمونه‌گیری به صورت هدفمند و براساس معیارهای تشخیصی انجام شد و افراد واجد شرایط پس از دریافت توضیحات کامل درباره اهداف، روش‌ها و اصول اخلاقی پژوهش، رضایت آگاهانه کتبی خود را ارائه کردند. در نهایت، ۴۵ دانش‌آموز به‌طور تصادفی در سه گروه جایگزین شدند: گروه درمان هیجان‌مدار (۱۵ نفر)، گروه درمان فراشناختی (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر).

مداخلات درمانی در قالب هشت جلسه گروهی ۹۰ دقیقه‌ای، به صورت هفتگی و حضوری ارائه شد. گروه درمان هیجان‌مدار بر شناسایی و پردازش هیجانات، افزایش آگاهی هیجانی و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان تمرکز داشت تا تاب‌آوری روانی در مواجهه با هیجانات نامطمئن و دشوار افزایش یابد. گروه درمان فراشناختی با هدف شناسایی و اصلاح باورهای فراشناختی مرتبط با ارزیابی و کنترل افکار وسواسی، کاهش نشخوار ذهنی و بازسازی راهبردهای شناختی ناکارآمد، مداخلات خود را دریافت کرد. گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد.

ارزیابی اثرات مداخلات در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه انجام شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند و اثرات مداخلات بر متغیرهای پژوهش با تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی بررسی گردید.

ابزار پژوهش

مقیاس تجدیدنظرشده همجوشی فکر و عمل (TAFS-R)

در پژوهش حاضر، برای سنجش همجوشی فکر و عمل از مقیاس تجدیدنظرشده همجوشی فکر و عمل استفاده شد که یک ابزار خودگزارش‌دهی ۱۹ ماده‌ای است و برای ارزیابی میزان همجوشی فکر و عمل طراحی شده است. این مقیاس نخستین بار توسط شفران، توردارسون و راچمن در سال ۱۹۹۶ توسعه یافت و در نمونه‌های دانشجویی، جامعه و بالینی مورد اعتبارسنجی قرار گرفته است. این مقیاس شامل سه خرده‌مقیاس اصلی است که ابعاد مختلف همجوشی فکر و عمل را می‌سنجد؛ خرده‌مقیاس اخلاقی با ۱۲ ماده باور فرد را نسبت به اینکه داشتن یک فکر غیرقابل قبول یا غیراخلاقی معادل ارتکاب همان عمل غیرقابل قبول است، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. خرده‌مقیاس احتمال دیگران با ۴ ماده، باور فرد نسبت به اینکه فکر کردن درباره رویدادهای منفی مرتبط با دیگران احتمال وقوع واقعی آن‌ها را افزایش می‌دهد، اندازه‌گیری می‌کند و خرده‌مقیاس احتمال خود با ۳ ماده، باور فرد نسبت به احتمال وقوع رویدادهای منفی مرتبط با خود را ارزیابی می‌کند. در پژوهش‌های بین‌المللی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس بین ۰٫۸۵ تا ۰٫۹۶ گزارش شده است که نشان‌دهنده پایایی بالا و قابل اعتماد بودن ابزار است.همچنین، روایی هم‌زمان این مقیاس با متغیرهایی مانند مسئولیت‌پذیری، احساس گناه و شدت علائم اختلال وسواسی–اجباری به‌طور مثبت و معناداری همبسته بوده است (سانچز-خاوره‌گوئی و همکاران، ۲۰۲۴). در پژوهش‌های داخلی نیز، نسخه فارسی این مقیاس در نمونه‌های ایرانی مورد استفاده قرار گرفته و نتایج مشابهی در تأیید روایی و پایایی آن به‌دست آمده است(پورفرج و همکاران، ۲۰۰۸).

پرسشنامه عدم تحمل بلاتکلیفی[6] این پرسشنامه برای نخستین بار توسط فریستون و همکاران (۱۹۹۴) به‌منظور اندازه‌گیری نگرش منفی افراد نسبت به موقعیت‌های مبهم و پیش‌بینی‌ناپذیر طراحی شد. نسخه اصلی شامل ۲۷ ماده بود که بعدها کارلتون و همکاران (۲۰۰۷) آن را به فرم کوتاه‌تر ۱۲ ماده‌ای کاهش دادند. این نسخه مختصر شامل سه زیرمقیاس است: واکنش به موقعیت‌های مبهم، پیامدهای بلاتکلیفی، و کنترل آینده. پاسخ‌ها در یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً نادرست) تا ۵ (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل پرسشنامه نشان‌دهنده سطح کلی عدم تحمل بلاتکلیفی است، به‌طوری که نمرات بالاتر دلالت بر حساسیت بیشتر نسبت به عدم قطعیت و دشواری در پذیرش شرایط نامشخص دارد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش گرنیه و همکاران (۲۰۰۵) با ضریب آلفای کرونباخ بین ۰٫۸۸ تا ۰٫۹۱ گزارش شده که دلالت بر ثبات بالای آن دارد. در مطالعات داخلی نیز، زمستانی و همکاران (۲۰۲۲) ضریب آلفای

6 Intolerance of Uncertainty Scale - IUS

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

کرونباخ ۰٫۸۵ را برای نسخه فارسی IUS گزارش کرده اند که نمایانگر اعتبار و اعتمادپذیری مناسب این ابزار در فرهنگ ما است. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه IUS برابر با ۰٫۸۶ برآورد شد که نشان از اعتبار و پایایی مطلوب ابزار در نمونه منتخب دارد.

پرسشنامه اختلال وسواسی-اجباری مادزلی[7]

پرسشنامه مادزلی که توسط هاجسون و راچمن (۱۹۷۷) طراحی شده، به‌منظور ارزیابی گستره‌ای از علائم وسواس فکری-عملی تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۳۰ گویه با پاسخ‌های دوگزینه‌ای (درست/نادرست) است. در فرایند اعتبارسنجی اولیه، این ابزار توانست به‌طور قابل‌توجهی میان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و بیماران نوروتیک تمایز قائل شود. تحلیل عاملی پاسخ‌های ۱۰۰ بیمار، چهار مولفه اصلی علائم وسواسی را شناسایی کرد: وارسی، تمیزی، کندی، و شک وسواسی. علاوه بر این، یک مولفه فرعی به نام نشخوار نیز شناسایی شد که بار عاملی کمتری داشت. بر اساس این مولفه‌ها، چهار خرده‌مقیاس قابل استخراج بوده و نمره کل پرسشنامه از جمع نمرات این زیرمقیاس‌ها به‌دست می‌آید. نمرات بالاتر نمایانگر شدت بیشتر علائم وسواسی هستند.

این ابزار در پژوهش‌های متعددی از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار بوده است. به عنوان نمونه، ساناویو و ویدوتو (۱۹۸۵) در مطالعه اولیه، اعتبار افتراقی مناسبی و ثبات درونی قابل قبولی گزارش کردند. همچنین، در پژوهش‌های داخلی، به ویژه مطالعه خسروانی و همکاران (۲۰۲۰).

مداخلات درمانی

مداخلات درمانی پژوهش حاضر شامل دو رویکرد مجزا بود: درمان هیجان‌مدار و درمان فراشناختی، که هر دو به‌صورت گروهی و در قالب هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به‌صورت هفتگی برگزار شدند. محتوای دقیق هر جلسه و محورهای اصلی آن‌ها در جداول یک و دو ارائه شده است. در درمان هیجان‌مدار، جلسات با هدف افزایش آگاهی هیجانی، شناسایی و پردازش هیجانات دشوار و آموزش راهبردهای تنظیم هیجان طراحی شد تا ظرفیت نوجوانان برای مواجهه با هیجانات نامطمئن و ناخوشایند افزایش یابد و چرخه اضطراب و اجبار در اختلال وسواسی–اجباری مختل شود. درمان فراشناختی نیز بر فرایندهای سطح بالای شناختی، به‌ویژه باورهای فراشناختی مرتبط با ارزیابی و کنترل افکار وسواسی متمرکز بود. این رویکرد شامل شناسایی باورهای ناکارآمد، کاهش نشخوار ذهنی و پایش مداوم تهدید و آموزش مواجهه با افکار وسواسی بدون اجبار بود. تکالیف منزل در هر دو مداخله برای تثبیت مهارت‌های آموخته شده، تمرین مواجهه با موقعیت‌های واقعی و ثبت افکار و هیجانات ارائه شد تا استمرار تغییرات در زندگی روزمره تضمین گردد. استفاده از این دو رویکرد با هدف بررسی اثر آن‌ها بر سازه‌های شناختی–هیجانی همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی انجام گرفت و ارائه جداول یک و دو به وضوح چارچوب عملیاتی هر جلسه را نشان می‌دهد.

7 Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory - MOCI

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

جدول ۱. خلاصه محتوای جلسات درمان هیجان‌مدار

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف منزل
اول	آشنایی با هیجان‌ها و ایجاد فضای امن	معرفی اعضای گروه، تعیین اهداف و قوانین گروه، توضیح نقش هیجان‌ها در اختلال وسواسی–اجباری	ثبت هیجانات روزانه
دوم	آموزش شناسایی و تفکیک هیجانات	تمرین تشخیص هیجان‌ها در موقعیت‌های واقعی، بحث درباره تفاوت هیجان‌ها و واکنش‌ها	تمرین شناسایی هیجانات در موقعیت‌های روزمره
سوم	پردازش هیجانات دشوار	آموزش مواجهه با هیجانات ناخوشایند، تمرین‌های تنفس و آرام‌سازی همراه با هیجان	ثبت واکنش به هیجانات دشوار و تمرین تنفس آگاهانه
چهارم	تنظیم هیجان‌ها	آموزش راهبردهای تنظیم هیجان، تمرین مواجهه با موقعیت‌های اضطراب‌زا	اجرای تمرین تنظیم هیجان در موقعیت‌های واقعی
پنجم	تمرین مواجهه با هیجانات نامطمئن	مرور تمرین‌های هفته قبل، شناسایی مقاومت‌ها و تمرین مواجهه با هیجانات نامطمئن	تمرین مواجهه روزانه با موقعیت‌های نامطمئن
ششم	تقویت تاب‌آوری هیجانی	تمرین‌های گروهی برای مدیریت هیجانات شدید و افزایش تاب‌آوری	ثبت موقعیت‌های دشوار و استفاده از تکنیک‌های آموخته شده
هفتم	تثبیت مهارت‌ها	مرور و ترکیب مهارت‌ها، تمرین‌های تقویتی	ثبت تجربیات مثبت و منفی بدون قضاوت
هشتم	جمع‌بندی و مرور جلسات	مرور کلی جلسات، ارائه بازخورد و برنامه پیگیری	ادامه تمرین‌ها و اجرای برنامه پیگیری فردی

جدول ۲ . خلاصه محتوای جلسات درمان فراشناختی

جلسه	هدف	محتوا	تکالیف منزل
اول	آشنایی با افکار و باورهای فراشناختی	معرفی گروه و اهداف، توضیح نقش باورهای فراشناختی در وسواس	ثبت افکار وسواسی روزانه
دوم	شناسایی باورهای ناکارآمد	آموزش شناسایی باورهای ناکارآمد	ثبت نمونه‌هایی از باورهای فراشناختی در زندگی روزمره
سوم	اصلاح باورهای فراشناختی	ارائه راهبردهای اصلاح باور و تغییر ارزیابی افکار	تمرین اصلاح باورها در موقعیت‌های واقعی
چهارم	کاهش نشخوار ذهنی	آموزش تکنیک‌های کاهش نشخوار ذهنی و نگرانی افراطی	تمرین توقف نشخوار ذهنی
پنجم	کاهش پایش مداوم تهدید	تمرین شناسایی و کاهش پایش مداوم تهدید	ثبت موقعیت‌هایی که پایش مداوم انجام شده و تمرین جایگزینی
ششم	مواجهه با افکار وسواسی	تمرین مواجهه با افکار وسواسی بدون اجبار	اجرای تمرین مواجهه با افکار در زندگی روزمره
هفتم	تثبیت مهارت‌ها	مرور و ترکیب مهارت‌ها، تمرین‌های تقویتی	ثبت مهارت‌های اجرا شده و بازخورد فردی
هشتم	جمع‌بندی و برنامه پیگیری	مرور کامل جلسات، ارائه برنامه پیگیری	ادامه تمرین‌ها و پیگیری فردی برای تثبیت تغییرات

یافته‌ها

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل ۴۵ دانش‌آموز دختر دوره متوسطه دوم مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری از شهر بابلسر در سال تحصیلی ۱۴۰۳–۱۴۰۴ بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در سه گروه جایگذاری شدند: دو گروه آزمایش (درمان هیجان‌مدار و فراشناخت‌درمانی) و یک گروه کنترل، به‌طوری که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. توزیع سنی در گروه درمان هیجان‌مدار به گونه‌ای بود که ٪۴۰ (۶ نفر) در سن ۱۶ سال، ٪۲۷ (۴ نفر) در سن ۱۷ سال و ٪۳۳ (۵ نفر) در سن ۱۸ سال قرار داشتند. در گروه درمان فراشناخت‌درمانی، ٪۳۳ (۵ نفر) در سن ۱۶ سال، ٪۴۰ (۶ نفر) در سن ۱۷ سال و ٪۲۷ (۴ نفر) در سن ۱۸ سال

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

بودند و در گروه کنترل نیز ٪۴۰ (۶ نفر) در سن ۱۶ سال، ٪۳۳ (۵ نفر) در سن ۱۷ سال و ٪۲۷ (۴ نفر) در سن ۱۸ سال قرار داشتند. میانگین سن (انحراف معیار) گروه‌های درمان هیجان‌مدار، فراشناخت‌درمانی و کنترل به ترتیب ۱۷,۰۷ ± ۰,۸۱، ۱۶,۴۰ ± ۱,۳۸ و ۱۶,۳۸ ± ۱,۴۰ بود. برای بررسی همتا بودن گروه‌ها از نظر میانگین سنی، آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه انجام شد که نشان داد بین گروه‌ها تفاوت معناداری وجود ندارد(**P**=۰/۹۱۸؛ **F**=۰/۰۸۶). به منظور توصیف داده‌ها، میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی در سه گروه گواه، فراشناخت‌درمانی و هیجان‌مدار در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون محاسبه شد. نتایج در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی در سه گروه

متغیر	مرحله	M(SD) هیجان‌مدار	M(SD) فراشناخت‌درمانی	M(SD) گواه
همجوشی فکر و عمل	پیش‌آزمون	۰۵/۴۰ (۱۵/۴)	۳۹/۴۰ (۶۰/۴)	۲۷/۴۰ (۱۸/۴)
همجوشی فکر و عمل	پس‌آزمون	۷۰/۶۰ (۷۲/۶)	۲۰/۵۵ (۶۱/۶)	۹۰/۶۰ (۷۹/۶)
عدم تحمل بلاتکلیفی	پیش‌آزمون	۶۲/۷۲ (۹۴/۴)	۲۹/۷۳ (۸۷/۴)	۵۸/۷۲ (۳۷/۴)
عدم تحمل بلاتکلیفی	پس‌آزمون	۰۹/۵۷ (۰۴/۴)	۴۵/۵۲ (۲۵/۳)	۳۳/۷۲ (۳۰/۴)

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی در هر دو گروه درمانی پس از مداخله کاهش یافته است، در حالی که گروه کنترل تغییر قابل‌توجهی نشان نمی‌دهد. این الگو نشان می‌دهد که هر دو مداخله درمانی می‌توانند موجب بهبود سازه‌های شناختی–هیجانی مورد بررسی شوند. برای بررسی اثر مداخلات درمانی بر متغیرهای همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای بررسی اثر گروه بر همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی

متغیر	منبع تغییر	F	سطح معناداری	اندازه اثر (Eta^2)
همجوشی فکر و عمل	گروه	۴۵/۲۴ – ۸۹/۳۹	۰/۰۰۱	۵۲/۰ – ۶۰/۰
عدم تحمل بلاتکلیفی	گروه	۵۳/۸ – ۵۲/۲۰	۰/۰۰۱ – ۰/۰۰۸	۵۲/۰ – ۶۵/۰

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که اثر گروه بر هر دو متغیر همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی معنادار است($P<0.05$) . اندازه اثر (Eta^2) بالای ۰,۵۰ برای هر دو متغیر حاکی از اثر قوی مداخلات درمانی است. این یافته‌ها بیانگر آن است که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، مداخلات درمانی توانسته‌اند تغییرات معناداری در سازه‌های مورد بررسی ایجاد کنند.. برای تعیین اینکه تفاوت میانگین‌ها دقیقاً میان کدام گروه‌ها وجود دارد، از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده شد. نتایج مقایسه‌های دوبه‌دویی در جدول (۵) ارائه شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون تعقیبی (مقایسه دوبه‌دویی گروه‌ها)

متغیر	مقایسه گروه‌ها	تفاوت میانگین	سطح معناداری	نتیجه
همجوشی فکر و عمل	هیجان‌مدار – فراشناختی	۱۳/۷-	۰/۰۰۱	فراشناختی برتر
همجوشی فکر و عمل	هیجان‌مدار – گواه	۸۱/۴	۰/۰۰۱	هر دو برتر از گواه
همجوشی فکر و عمل	فراشناختی – گواه	۶۷/۴	۰/۰۰۱	هر دو برتر از گواه

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

عدم تحمل بلاتکلیفی	هیجان‌مدار – فراشناختی (پیامدها)	۴۱/۳	۰۲۹/۰	هیجان‌مدار برتر
عدم تحمل بلاتکلیفی	هیجان‌مدار – گواه	۸۱/۲	۰/۰۰۱	هر دو برتر از گواه
عدم تحمل بلاتکلیفی	فراشناختی – گواه	۳۹/۱	۰۳۷/۰	هر دو برتر از گواه

مقایسه دوبه‌دویی گروه‌ها با آزمون بن‌فرونی نشان داد که هر دو مداخله درمانی (هیجان‌مدار و فراشناختی) در مقایسه با گروه کنترل موجب کاهش معنادار نمرات همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی شده‌اند.علاوه بر این، مقایسه مستقیم دو گروه درمانی نشان داد که درمان فراشناختی در کاهش همجوشی فکر و عمل مؤثرتر است، در حالی که درمان هیجان‌مدار در کاهش پیامدهای مرتبط با عدم تحمل بلاتکلیفی مؤثرتر بوده است. این نتایج نشان می‌دهد که هر درمان مزیت نسبی در برخی مولفه‌ها دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج کلی پژوهش حاضر نشان داد که هر دو مداخله درمانی هیجان‌مدار و فراشناختی در مقایسه با گروه کنترل، کاهش معناداری در سطوح همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی دانش‌آموزان دختر مبتلا به اختلال وسواسی–اجباری ایجاد کردند. این یافته تأکید می‌کند که مداخلات روان‌درمانی هدفمند، که با اصلاح پردازش‌های شناختی و تنظیم هیجانی طراحی شده‌اند، می‌توانند به شکل مؤثری الگوهای فکری–هیجانی ناسازگارانه مرتبط با OCD را تغییر دهند و سطح اضطراب و اجتناب وسواسی را کاهش دهند. این نتایج با مطالعات پیشین همسو است که نشان داده‌اند درمان‌های شناختی–رفتاری و درمان‌های مبتنی بر هیجان و فراشناخت، توانایی قابل توجهی در کاهش علائم وسواسی–اجباری دارند (پویانسب و همکاران، ۲۰۲۴؛ آتماچا، ۲۰۲۲). یافته کلی پژوهش حاضر نشان‌دهنده اثربخشی مداخلات درمانی نوین در جمعیت نوجوانان ایرانی است و اهمیت بالینی آن در طراحی برنامه‌های مداخله‌ای برای بهبود سلامت روان و کیفیت زندگی دانش‌آموزان تأکید می‌کند.

در بررسی یافته‌های جزیی، مشاهده شد که درمان فراشناختی در کاهش همجوشی فکر و عمل نسبت به درمان هیجان‌مدار مؤثرتر است. این نتیجه با پژوهش‌های پیشین همسو است که نشان داده‌اند باورهای فراشناختی ناکارآمد، مانند باور به اهمیت افکار و تلاش برای کنترل آن‌ها، نقش مستقیم در تداوم همجوشی فکر و عمل دارند و اصلاح این باورها می‌تواند جداسازی بین افکار و رفتارهای واقعی را ممکن سازد (ملکیور و همکاران، ۲۰۲۳؛ آتماچا، ۲۰۲۲). با این حال، برخی مطالعات دیگر، مانند پژوهش کاچار-باشاران و گوکداگ (۲۰۲۵) ، نشان داده‌اند که کاهش همجوشی فکر و عمل می‌تواند از طریق مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) نیز رخ دهد، بدون اینکه تغییر مستقیم در باورهای فراشناختی ضروری باشد. یافته پژوهش حاضر با توجه به تمرکز مستقیم بر بازسازی باورهای فراشناختی، نشان داد که این روش می‌تواند اثر بخشی بیشتری در کاهش همجوشی ایجاد کند و بنابراین یک رویکرد درمانی هدفمند برای نوجوانان مبتلا به OCD محسوب می‌شود.

تبیین علمی این اثر با توجه به نظریه فراشناختی قابل درک است. طبق این نظریه (ولز، ۲۰۱۰)، همجوشی فکر و عمل ناشی از باورهای ناکارآمد درباره قدرت و اهمیت افکار است؛ هنگامی که فرد معتقد است داشتن یک فکر، به معنای وقوع حتمی آن در دنیای واقعی است، دچار اضطراب شدید و رفتارهای اجتنابی یا وسواسی می‌شود. درمان فراشناختی با اصلاح این باورها و آموزش راهبردهای تنظیم توجه، مانند تکنیک تمرکز مجدد، به فرد کمک می‌کند که افکار مزاحم را به عنوان رویدادهای ذهنی و نه واقعیت‌های تهدیدکننده درک کند. این توضیح نظری می‌تواند دلایل اثربخشی بیشتر فراشناخت‌درمانی در کاهش همجوشی فکر و عمل را توجیه کند و نشان دهد که تمرکز بالینی بر اصلاح باورهای فراشناختی می‌تواند به نتایج سریع‌تر و پایدارتری منجر شود. از منظر کاربرد بالینی، این یافته می‌تواند راهنمایی برای مشاوران و روانشناسان تربیتی باشد تا در طراحی برنامه‌های درمانی، تأکید ویژه‌ای بر تغییر باورهای فراشناختی داشته باشند.

یافته جزیی دیگر پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار در کاهش پیامدهای مرتبط با عدم تحمل بلاتکلیفی مؤثرتر از درمان فراشناختی عمل کرده است. این نتیجه با

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

مطالعات پیشین همخوانی دارد که نشان داده‌اند درمان هیجان‌مدار، با فراهم کردن فضای امن برای پردازش هیجانات، می‌تواند تاب‌آوری فرد را افزایش دهد و حساسیت او به موقعیت‌های مبهم و بلاتکلیف را کاهش دهد (پویانسب و همکاران، ۲۰۲۴؛ جانی و همکاران، ۲۰۲۳). در مقابل، برخی پژوهش‌ها مانند پژوهش بومیا و همکاران (۲۰۱۵) بر نقش آموزش مهارت‌های شناختی–رفتاری در کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی تأکید داشته‌اند. یافته حاضر نشان داد که تمرکز مستقیم بر پردازش هیجانات و معنا دادن به تجربه‌های هیجانی نوجوانان می‌تواند راهکار مؤثرتری در مواجهه با بلاتکلیفی و کاهش اضطراب مرتبط با آن باشد، که اهمیت بالینی قابل توجهی دارد.

از نظر نظری، بلاتکلیفی زمانی آزاردهنده می‌شود که فرد نتواند هیجان‌های مرتبط با آن، مانند اضطراب یا ترس، را به شکل سالم تجربه و پردازش کند(دینگ و همکاران، ۲۰۲۵). درمان هیجان‌مدار با شناسایی هیجانات اصلی و کمک به بازسازی معنایی آن‌ها به فرد امکان می‌دهد تا به جای اجتناب، توانایی مواجهه با هیجانات را پیدا کند. کاهش تجربه تهدید ناشی از بلاتکلیفی و افزایش تحمل هیجانی باعث می‌شود اثرات رفتاری و شناختی آن کاهش یابد و فرد بهتر بتواند با شرایط مبهم روبه‌رو شود (وو و همکاران، ۲۰۲۵). از نظر بالینی، این یافته نشان می‌دهد که مداخلات درمانی که بر پردازش هیجانی تمرکز دارند، می‌توانند در تقویت توانایی مقابله نوجوانان با شرایط مبهم و اضطراب‌آور نقش مؤثری ایفا کنند.

پیامدهای عملی این پژوهش قابل توجه است. نخست، استفاده از هر دو مداخله می‌تواند به عنوان گزینه‌های مؤثر درمانی برای کاهش علائم شناختی–هیجانی در نوجوانان مبتلا به OCD مورد توجه قرار گیرد. دوم، برتری نسبی هر درمان در مولفه‌های خاص می‌تواند راهنمایی برای انتخاب درمان بر اساس نیازهای بالینی فرد ارائه دهد؛ به عنوان مثال، برای نوجوانانی که مشکل اصلی آن‌ها همجوشی فکر و عمل است، فراشناخت‌درمانی و برای کسانی که حساسیت بالایی نسبت به بلاتکلیفی دارند، درمان هیجان‌مدار مناسب‌تر است. همچنین این یافته‌ها می‌توانند برای مشاوران و روانشناسان مدارس کاربردی باشند تا با طراحی کارگاه‌ها و برنامه‌های مداخله‌ای، سلامت روان دانش‌آموزان در معرض اختلالات وسواسی–اجباری را ارتقا دهند و مهارت‌های تنظیم هیجان و کنترل افکار را در آن‌ها تقویت کنند.

با وجود اهمیت یافته‌ها، پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز دارد. نخست آنکه نمونه پژوهش نسبتاً کوچک و محدود به دانش‌آموزان دختر در یک شهر خاص بود، که تعمیم نتایج به جمعیت‌های دیگر، مانند پسران یا گروه‌های سنی متفاوت، محدودیت دارد. دوم، پژوهش پیگیری طولانی‌مدت نداشت و نمی‌توان درباره پایداری اثرات درمانی در بازه‌های زمانی طولانی اظهار نظر کرد. سوم، استفاده از ابزارهای خودگزارشی می‌تواند تحت تأثیر سوگیری پاسخ‌دهی قرار گیرد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آتی با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر و با استفاده از طرح‌های طولی چندماهه یا چندساله انجام شوند و ابزارهای عینی‌تر مانند ارزیابی رفتاری یا گزارش والدین و معلمان نیز به کار گرفته شود تا اعتبار نتایج افزایش یابد.

در نهایت، پژوهش حاضر نشان داد که مداخلات درمانی هیجان‌مدار و فراشناختی هر دو توانایی کاهش همجوشی فکر و عمل و عدم تحمل بلاتکلیفی در نوجوانان مبتلا به OCDرا دارند، با این تفاوت که فراشناخت‌درمانی در کاهش همجوشی فکر و عمل و هیجان‌مدار در کاهش پیامدهای مرتبط با بلاتکلیفی برتری نسبی دارد. این یافته‌ها اهمیت کاربردی ویژه‌ای دارند و نشان می‌دهند که مداخلات روان‌درمانی نوین می‌توانند ابزار مؤثری برای ارتقای کیفیت زندگی و سلامت روان نوجوانان مبتلا به اختلالات وسواسی–اجباری باشند و مسیر انتخاب درمان را بر اساس نیازهای بالینی فرد هدایت کنند.

تقدیر و تشکر

با سپاس و قدردانی فراوان از تمامی شرکت‌کنندگان محترم این پژوهش که با همکاری صمیمانه و وقت‌شناسی خود زمینه انجام این مطالعه را فراهم کردند. بدون مشارکت فعال و صادقانه آنان، انجام این تحقیق و دستیابی به نتایج ارزشمند آن ممکن نبود.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

References

Atmaca, M. (2022). Metacognitive Therapy in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder: A review. Alpha Psychiatry, 23(5), 212.

Bomyea, J., Ramsawh, H., Ball, T. M., Taylor, C. T., Paulus, M. P., Lang, A. J., & Stein, M. B. (2015). Intolerance of uncertainty as a mediator of reductions in worry in a cognitive behavioral treatment program for generalized anxiety disorder. *Journal of anxiety disorders*, *33*, 90-94.

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

Feusner, J. D., Farrell, N. R., Nunez, M., Lume, N., MacDonald, C. W., McGrath, P. B., ... & Rhode, A. (2025). Effectiveness of video teletherapy in treating obsessive-compulsive disorder in children and adolescents with exposure and response prevention: Retrospective longitudinal observational study. *Journal of Medical Internet Research*, *27*, e66715.

Feusner, J. D., Farrell, N. R., Nunez, M., Lume, N., MacDonald, C. W., McGrath, P. B., ... & Rhode, A. (2025). Effectiveness of video teletherapy in treating obsessive-compulsive disorder in children and adolescents with exposure and response prevention: Retrospective longitudinal observational study. *Journal of Medical Internet Research*, *27*, e66715.

Fodstad, J. C., Russell, R., Bullington, M., Jones, L. B., Iticovici, M., & Meudt, E. (2025). Treating obsessive compulsive disorder in adolescents and adults with down syndrome: results from a scoping rapid review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *55*(5), 1745-1753.

Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J., & Ladouceur, R. (1994). Why do people worry?. Personality and individual differences, 17(6), 791-802.

Grenier, S., Barrette, A. M., & Ladouceur, R. (2005). Intolerance of uncertainty and intolerance of ambiguity: Similarities and differences. Personality and individual differences, 39(3), 593-600.

Guo, Q., Zhu, R., Zhou, H., Wang, D., & Zhang, X. (2025). Altered resting-state amygdala-cerebellar functional connectivity is associated with intolerance of uncertainty in patients with obsessive-compulsive disorder: A longitudinal study. *Journal of Anxiety Disorders*, 103048.

Hodgson, R. J., & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. Behaviour research and therapy, 15(5), 389-395.

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

Jani, S., Hajloo, N., & Narimani, M. (2023). 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. *Journal of Modern Psychological Researches*, *18*(69), 51-59.

Kaçar-Başaran, S., & Gökdağ, C. (2025). From self-compassion to obsessive-compulsive symptoms: the mediator role of intolerance of uncertainty. *Current Psychology*, *44*(4), 2375-2384.

Lee, S. W., Lee, S. J., & Choi, M. (2025). Psychological Inflexibility, Cognitive Fusion, and Thought–Action Fusion as a Transdiagnostic Construct: Direct Comparisons Among Major Depressive Disorder, Obsessive–Compulsive Disorder, and Healthy Controls. *Psychiatry Investigation*, *22*(1), 93.

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

Nedaei, A., Sheykholeslami, A., & Sadri, E. (2025). The Effectiveness of" Cognitive-Behavioral Therapy" on the Difficulties of Emotional Regulation, Intolerance of Uncertainty and Thought Fusion in People Suffering From Comorbid Depression and Anxiety. *Journal of Health Promotion Management*, *13*(5), 12-29.

Olivares-Olivares, P. J., Rosa-Alcázar, Á., Martínez-Esparza, I. C., & Rosa-Alcázar, A.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

I. (2022). Obsessive beliefs and uncertainty in obsessive compulsive and related patients. *International journal of clinical and health psychology*, *22*(3), 100316.

Pourfaraj, M., Mohammadi, N., & Taghavi, M. (2008). Psychometric properties of revised thought–action fusion questionnaire (TAF-R) in an Iranian population. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *39*(4), 600-609.

Pouyanasab, B., Imani, M., Taghavi, M. R., & Goodarzi, M. A. (2024). The effectiveness of metacognitive therapy and emotion-focused therapy in improving thought fusions and stop signals in people with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Research in Psychopathology*, *5*(16), 36-43.

Reza, F., Asadi, J., Mirani, A., & Khajevand Khoshli, A. (2025). The effect of cognitive-behavioral therapy on reducing perfectionism and the cognitive error of thought-action fusion in women with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Cognitive Psychology*, *13*(1), 1-15.

Saberizadeh, M., & Zarehneyestanak, M. (2024). The effectiveness of mindfulness based cognitive therapy therapy on intolerance of uncertainty, extreme responsibility and thought fusion in obsessive-compulsive women in Arak. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, *13*(2), 81-102.

Sanavio, E., & Vidotto, G. (1985). The components of the Maudsley obsessional-compulsive questionnaire. Behaviour Research and Therapy, 23(6), 659-662.

Sánchez-Jáuregui, G., Gallegos-Guajardo, J., Luna-Huguenin, V., Sánchez-Salinas, V., & Fisak, B. (2024). Validation of the Thought-Action Fusion Scale. *Revista Evaluar*, *24*(1), 77-88.

Shemrani, S., Najafi, M., & Khosravani, V. (2025). Thought-action fusion associated with obsessive–compulsive symptomatology in OCD patients: The pathways from experiential avoidance, thought suppression, and depression. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *43*(1), 19.

Steele, D. W., Kanaan, G., Caputo, E. L., Freeman, J. B., Brannan, E. H., Balk, E. M., ... & Adam, G. P. (2025). Treatment of obsessive-compulsive disorder in children and youth: A meta-analysis. *Pediatrics*, *155*(3), e2024068992.

Thoustrup, C. L., Blair, R. J., Christensen, S. H., Uhre, V., Pretzmann, L., Korsbjerg, N. L. J., ... & Hagstrøm, J. (2025). Emotion regulation difficulties in children and adolescents with obsessive-compulsive disorder: A multi-informant and multi-method study. *Journal of anxiety disorders*, *111*, 103002.

Wells, A. (2010). Metacognitive theory and therapy for worry and generalized anxiety disorder: Review and status. *Journal of Experimental Psychopathology*, *1*(1), jep-007910.

Wu, L., Liu, C., Huang, P., Wang, Z., Cai, M., Fang, P., ... & Liu, X. (2025). The component-to-trait relationship between intolerance of uncertainty and obsessive–compulsive personality traits: a network analysis. *BMC psychiatry*, *25*(1), 659.

Zalpuri, I., Matzke, M., & Joshi, S. V. (2025). Obsessive-Compulsive Disorder in Children and Adolescents: Early Detection in Primary Care Settings. *Pediatrics*, *155*(3), e2024069121.

Zemestani, M., Didehban, R., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2022). Psychometric evaluation of the intolerance of uncertainty scale for children (IUSC): Findings from clinical and community samples in Iran. Assessment, 29(5), 993-1004.

Zemestani, M., Didehban, R., Comer, J. S., & Kendall, P. C. (2022). Psychometric evaluation of the intolerance of uncertainty scale for children (IUSC): Findings from clinical and community samples in Iran. Assessment, 29(5), 993-1004.

.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]