Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 21, Issue 3

Investigating the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on the Intolerance of Uncertainty and Tolerance of Ambiguity in Female Patients Suffering from Compulsive Washing

Jafar Torshizi[1], **Hasan Toozandejani**[2], **Zahra Bagherzade Golmakani**[4]

1. (Corresponding author)* PhD. Student in psychology, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
2. Associate professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.
3. Associate Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran.

Abstract

Aim and Background: Obsessive-compulsive disorder is one of the mental disorders that has a great impact on the quality of life and reducing a person's resistance to the disorder. Therefore, the present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of single-process cognitive-behavioral therapy on intolerance of uncertainty and tolerance of ambiguity in female patients with compulsive washing.

Methods and Materials: The research was a semi-experimental type with a pre-test, post-test and follow-up test design. The statistical population included all young women suffering from washing obsessions who had referred to the counseling and psychological research center in Neyshabur during the first quarter of 2018. Among them, 60 people were voluntarily selected and after the initial pre-test of the Yale Brown Washing Obsession Questionnaire, 30 people who had the highest level of disorder were selected and randomly divided into two groups (15 experimental and 15 control people) were replaced. Then the CBT cognitive behavioral therapy protocol, which was developed by the researcher in the form of 8 sessions of 45 minutes in a period of 2 months, one session per week, was implemented on the experimental group. Two experimental and control groups were taken. The data were analyzed through variance analysis with repeated measurements.

Findings: The results showed that the modular cognitive behavioral intervention increases the intolerance of uncertainty and tolerance of ambiguity ($p<0.05$).

Conclusions: Therefore, it can be concluded that the modular cognitive-behavioral therapy can be suggested as an effective intervention in the treatment of increasing uncertainty tolerance and ambiguity tolerance of the symptoms of obsessive-compulsive disorder.

Keywords: modular cognitive behavioral therapy, intolerance of uncertainty, tolerance of ambiguity, compulsive washing.

Citation: Torshizi J, Toozandejani H, Bagherzade Golmakani Z. **Investigating the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on the Intolerance of Uncertainty and Tolerance of Ambiguity in Female Patients Suffering from Compulsive Washing**. Res Behav Sci 2023; 21(3): 452-462.

* **Hasan Toozandejani,**
Email: h.toozandejani@ymail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.452]

بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازه‌ای بر عدم تحمل بلاتکلیفی و تحمل ابهام در بیماران زن مبتلا به وسواس عملی شستشو

جعفر ترشیزی[۱]، حسن توزنده جانی[۲]، زهرا باقر زاده گلمکانی[۳]

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۲- (نویسنده مسئول) * دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواس فکری- عملی یکی از اختلالات روانی است که تأثیر زیادی بر کیفیت زندگی و کاهش مقاومت فرد در برابر اختلال می گذارد. ازاین‌رو، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری واحدپردازه‌ای بر عدم تحمل بلاتکلیفی و تحمل ابهام در بیماران زن با وسواس شستوشو انجام شد.

مواد و روش‌ها: پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و آزمون پیگیری بود. جامعهٔ آماری، شامل کلیه زنان جوان مبتلا به وسواس شستوشو بود که طی سه‌ماهه نخست سال ۱۳۹۸ به مرکز مشاوره و روان‌شناختی کاوش شهر نیشابور مراجعه کرده بودند. از بین آن‌ها ۶۰ نفر به‌صورت داوطلبانه انتخاب و پس از اجرای اولیهٔ پیش‌آزمون پرسشنامه وسواس شستوشوی ییل براون، تعداد ۳۰ نفر که دارای بیشترین تراز اختلال بودند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) جایگزین شدند. سپس پروتکل درمان شناختی رفتاری CBT که با طرح‌ریزی محقق در قالب ۸ جلسه ۴۵ دقیقه در مدت ۲ ماه هفته‌ای یک جلسه تدوین‌شده بود بر روی گروه آزمایشی اجرا شد در پایان پرسشنامه تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (IUS) و مقیاس عدم تحمل ابهام از هر دو گروه آزمایش و کنترل گرفته شد داده‌ها از طریق تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای به‌طور معناداری موجب بهبود تحمل بلاتکلیفی و تحمل ابهام ($p<۰/۰۵$) در بیماران زن با اختلال وسواس شستوشو شده است.

نتیجه‌گیری: بنابراین می‌توان نتیجه گرفت درمان شناختی- رفتاری واحدپردازه‌ای می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مؤثر در درمان افزایش میزان تحمل‌پذیری بلاتکلیفی و تحمل ابهام زنان مبتلا به اختلال وسواسی- اجباری شستشو پیشنهاد گردد.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای، تحمل بلاتکلیفی، تحمل ابهام، وسواس شستوشو.

ارجاع: ترشیزی جعفر، توزنده جانی حسن، باقرزاده گلمکانی زهرا. **بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازه‌ای بر عدم تحمل بلاتکلیفی و تحمل ابهام در بیماران زن مبتلا به وسواس عملی شستشو**. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۲؛ ۲۱(۳): ۴۵۲-۴۶۲.

*** حسن توزنده‌جانی،**

رایانامه: h.toozandejani@ymail.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.452]

مقدمه

اختلال وسواس فکری- عملی یک بیماری مزمن و ناتوان‌کننده است که دارای دو جنبه‌ی فکری و عملی است (۱). افکار وسواسی، افکار، تکانه‌ها و تصویرهای ذهنی مزاحم و تکرارشونده هستند. اعمال وسواسی، رفتارهای خودآگاه میزان شده و تکراری نظیر شمارش یا اجتناب می‌باشند. فکر وسواسی موجب اضطراب شخص می‌گردد درحالی‌که انجام عمل وسواسی اضطراب شخص را کاهش می‌دهد (۲). تا همین اواخر اختلال وسواس فکری- عملی، اختلال نه‌چندان شایع که پیش‌آگهی ضعیفی به درمان دارد، در نظر گرفته می‌شد (۳)، اما امروزه اختلال وسواس فکری- عملی در ردیف چهارم شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی قرارگرفته است و در DSM-V نیز نشانه‌هایی از ناهمگونی بالینی مشخص‌کننده‌ی تشخیص رسمی و طبقه‌بندی‌های اختلال وسواس فکری- عملی است (۴). به همین خاطر بررسی این اختلال و همبستگی‌ها و تأثیراتی که ممکن است بر دیگر کارکردهای انسان در طول حیاتش داشته باشد، مهم به نظر می رسد.

عدم تحمل بلاتکلیفی، به‌عنوان یکی از آسیب‌های برخاسته از اختلال وسواس فکری- عملی، نوعی سوگیری شناختی است که بر دریافت، تعبیر، تفسیر و نوع پاسخ هیجانی، شناختی و رفتاری تأثیر گذاشته و به موقعیت‌های مبهم و نامشخص تأثیر می‌گذارد (۵). افراد دارای عدم تحمل بلاتکلیفی بالا، اطلاعات مبهم را تهدیدآمیز تعبیر و تفسیر می‌کنند (۶). همین امر، منجر به تشدید اضطراب در فرد شده و توانایی کنار آمدن با موقعیت مبهم را از وی سلب می‌کند؛ چراکه باور دارد هیچ‌یک از پاسخ‌های مقابله ای وی، نمی‌تواند پیامدهای منفی آینده را کنترل کند (۷)

در کنار عدم تحمل بلاتکلیفی، عدم تحمل ابهام نیز می‌تواند منجر به‌شدت آسیب اختلال وسواس فکری- عملی گردد. درحالی که هر دو ویژگی با ناراحتی در عدم اطمینان و وضوح مشخص می‌شوند، عدم تحمل بلاتکلیفی به‌صراحت به وقایع آینده نامعلوم اشاره می‌کند، درحالی‌که عدم تحمل ابهام، تنها به ابهام در زمان حاضر اشاره دارد (۸). عدم تحمل ابهام بر فرایندهای تصمیم‌گیری مبتنی بر ارزش (ارزیابی و انتخاب مبتنی بر ارزش) (۸) و همچنین ایجاد و تداوم نگرانی افراطی اثر می‌گذارد. بر اساس نظریه کرون (۹)، عدم تحمل ابهام می‌تواند به دلیل ایجاد نگرانی و نشخوار فکری، باعث شکل‌گیری نیروی برانگیزاننده‌ای گردد که به نشانگان اختلال وسواس فکری و عملی شدت می‌بخشد.

ازآنجاکه نگرانی، نقش زیادی در وسواس فکری عملی ایفا می‌کند، بنابراین پژوهش‌های زیادی به بررسی تحمل ابهام در این اختلال پرداخته‌اند؛ که نتایج حاکی از این است که پاسخ‌دهی به بلاتکلیفی، پیش‌بینی‌ناپذیری، تازگی و تغییر در افراد وسواسی نسبت به جمعیت عادی بالاتر است، لذا عدم تحمل نیز در افراد اختلال وسواس فکری- عملی نیز باید بالا باشد و نتیجه گرفتند که مشکلات تصمیم‌گیری در این بیماران به علت عدم تحمل ابهام می‌باشد. آن‌ها همیشه دوست دارند به علت کمال‌گرایی‌شان، به پاسخ درست دست یابند (۱۰).

تحمل ابهام به‌عنوان گرایش فرد به نشان دادن واکنش منفی به رویدادها و موقعیت‌های مبهم، مستقل از احتمال رخداد یا پیامدهای مربوط به آن تعریف‌شده است (۱۱).

درمان شناختی- رفتاری به‌عنوان یکی از درمان‌های مطرح برای اختلالات وسواسی و بیماری‌های مزمن، می‌تواند با استمداد از اصول بنیادین این مدل و با توجه به تأثیر متقابل بین شناخت های فرد بیمار در مورد عارضه، احساسات و رفتارهایش، به‌عنوان راهبرد درمانی مؤثر و کارآمد در درمان بسیاری از بیماری‌های پزشکی مورداستفاده قرار گیرد (۱۲). روش شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازه‌ای یک الگوی عملی از مشکل فرد و عوامل مؤثر تعدیل‌کننده درونی و بیرونی است که برای مشخص ساختن مشکل اساسی به بررسی منظم عوامل می‌پردازد و با فردی‌سازی مداخلات با مشکل فرد هماهنگ می‌شود. تفاوت پروتکل مذکور با درمان شناختی رفتاری سنتی در تعداد جلسات، طول مدت جلسه، سرعت، حرکت درمان و مکان جلسات است تغییرات شناختی بر اثر مداخله درمانی با رویکرد -شناختی رفتاری واحد پردازه‌ای، آزمودنی‌ها را قادر می‌سازد تا تجربه‌های موجود را از منظری متفاوت و مرتبط با فضاهای مختلف بنگرند. این آگاهی لزوماً باعث ایجاد نگرش در افراد نمی‌شوند، بلکه شیوه نوینی در مشاهده تجارب شناختی ایجاد می‌کنند که آن‌ها به‌وسیله آن می توانند از تجارب خودآگاهی یابند. به‌این‌ترتیب، فرد قادر خواهد بود به تعریف بهتری از خود دست یابد و مشکل به‌عنوان یک تجربه فراگیر تلقی شده و با روش مناسبی به حل آن بپردازد و می‌تواند به‌طور مؤثری باعث کاهش نشانگان بالینی شود (۱۳).

درمان شناختی رفتاری واحد پردازه‌ای که با هدف شناسایی افکار و رفتارهای ناکارآمد و نادرست به درمانجو کمک می‌کند تا افکار مثبت و الگوهای رفتاری کارآمد را جایگزین کنند روان شناس به کمک رفتاردرمانی شناختی به درمانجو می‌آموزد که چگونه مشکلات خود را مدیریت کند و راهکارهای درست را

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.452]

برگزیند. کار روان‌شناس در CBT بر روی افکار، احساسات و رفتار متمرکز است و با طرح‌ریزی یک پروتکل درمانی اقدام به این عمل می‌کند بنابراین در این پژوهش با توجه به ارزیابی‌های صورت گرفته جهت طرح‌ریزی یک پروتکل درمانی از تکنیک‌های شناختی مهم درمانی ازجمله خودپایشی، آموزش روان‌شناختی، مواجهه، آموزش مهارت‌های اجتماعی، بازسازی شناختی، پاداش، راهبردهای تقویت‌کننده، حفظ و تقویت نقاط قوت، پیشگیری و توجه به زمان استفاده شد تا در هریک از مراحل درمان به کاهش مشکلات مربوط به هریک از بیماران ازجمله، کاهش وارسی مکرر، رفتارهای تکراری، اضطراب زیاد و نشخوار فکری پرداخته و زمینه درمان سایر اختلال‌های همبود را به کمک آموزش‌های آرمیدگی و حساسیت‌زدایی تدریجی، تغییر محتوای افکار و باورها در کمک به بیمار فراهم سازد.

با توجه به آنچه بیان شد، با در نظر گرفتن مشکلات برآمده از رنج حاصل از اختلال وسواس فکری – عملی از نوع شست‌وشو و هیجانات منفی حادث از آن، لزوم کاهش نشانگان بالینی وسواس، عدم تحمل ابهام و بلاتکلیفی و افزایش شاخصه‌های بهزیستی روان‌شناختی، بهبود روند درمان و اقدام به‌موقع برای این دسته از بیماران کمک شایانی خواهد کرد. ازاین‌رو با توجه به پیشینه کم این مداخله در ایران هدف تحقیق حاضر پاسخگویی به سؤال ذیل است.

آیا درمان شناختی رفتاری واحدپردازه‌ای بر عدم تحمل بلاتکلیفی و تحمل ابهام در بیماران زن مبتلا به وسواس عملی شستشو اثربخش است؟

مواد و روش‌ها

این تحقیق ازنظر هدف از نوع کاربردی بود و ازنظر روش از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به اختلال وسواس شست‌وشو بودند که طی ۶ ماهه دوم سال ۱۳۹۸ به مراکز مشاوره و روان‌شناسی کاوش شهر نیشابور مراجعه کرده بودند. نمونه‌گیری به روش داوطلبانه انجام شد، بدین‌صورت که پس از اعلام فراخوان جهت شرکت در جلسات مداخله‌ای، از تعداد ۶۰ نفر از بیماران داوطلب مصاحبه بالینی و پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس شرکت‌کنندگانی که دارای نمره‌ی بیشتر از ۲۵ در علائم اختلال وسواس فکری و عملی در پرسشنامه ییل براون و بالاتر از ۱۰۰ در پرسشنامه تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و بالاتر از ۴۰ در مقیاس عدم تحمل ابهام بودند انتخاب شدند

و دارای معیارهای ورود و خروج از پژوهش بودند، تعداد ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل انتخاب شدند سپس پروتکل درمان شناختی رفتاری تدوین‌شده توسط پژوهشگر به‌صورت انفرادی در طی بازه‌ی زمانی ۲ ماه هفته‌ای یک جلسه در مرکز مشاوره کاوش نیشابور بر روی گروه آزمایش اجرا شد با توجه به این‌که هیچ‌کدام از آزمودنی‌ها اجباری برای شرکت در پژوهش و ادامه‌ی روند درمان نداشتند و آگاهانه و با رضایت در این پژوهش شرکت کردند سعی شده تا ملاحظات اخلاقی رعایت شود و برای ترغیب آزمودنی‌ها به شرکت و ادامه روند درمان اطمینان داده شد که روند درمان بدون هزینه و بی‌خطر و مؤثر است

معیارهای ورود عبارت بودند از: بیماران زن مبتلا به اختلال وسواس شست‌وشو در یک سال اخیر دارا بودن سن حداقل ۱۹ تا ۴۰ سال، داشتن مدرک تحصیلی حداقل فوق‌دیپلم و رضایت آگاهانه به شرکت در جلسه‌های درمان. معیارهای خروج عبارت‌اند بودند از: غیبت بیش از دو جلسه در جلسات درمانی و خستگی ناشی از طول مدت درمان وعدم همکاری در تحقیق.

داده‌های به‌دست‌آمده از اجرای پژوهش، با استفاده از روش های آمار توصیفی (نمودار، میانگین و انحراف استاندارد) و آمار استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر)، به کمک نرم‌افزار $SPSS_{20}$ مورد تجزیه‌وتحلیل آماری قرار گرفت.

ابزار گردآوری داده

پرسشنامه وسواس شست‌وشوی ییل براون: مقیاس شدت وسواس فکری- عملی ییل- براون، این مقیاس در سال ۱۹۸۹ ساخته‌شده و ۱۰ ماده دارد که پنج ماده آن متمرکز بر وسواس‌های فکری و ۵ ماده متمرکز بر وسواس‌های عملی است روش نمره‌گذاری در این پرسشنامه به این صورت است که اعدادی را که در کنار پاسخ‌های سؤالات یک تا ده نوشته‌شده‌اند و برای پاسخ دادن به سؤالات یکی از آن‌ها را علامت زده‌شده باهم جمع می‌گردد. در ایران پایایی بین مصاحبه‌کنندگان برای این مقیاس r=۰/۹۸ ، ضریب همسانی درونی آن r= ۰/۸۹ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته r= ۰/۸۴ گزارش‌شده است. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب همیلتون به ترتیب r= ۰/۶۴ و r= ۰/۵۹ به دست آمد. امانی و همکاران (۱۴) در پژوهشی ضمن بررسی روایی صوری این ابزار به بررسی ضریب آلفای کرونباخ پرداختند که بالاتر از ۰/۷ حاصل شد. در پژوهش راجزی اصفهانی و همکاران (۱۵) به بررسی روایی و پایایی این

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.452]

پرسشنامه پرداخته شد. در این پژوهش پایایی به سه روش آلفای کرانباخ، بازآزمایی، دونیمه‌سازی، روایی به‌صورت ملاک همزمان (همبستگی با دو آزمون (I-SCID و OCS-R-90-SCL) و سازه تحلیل عامل اکتشافی بررسی شد که بیان‌گر وجود روایی و پایایی بالا در این پرسشنامه می‌باشد.

مقیاس تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی (IUS): این مقیاس نخستین بار توسط فریستون و همکاران (۱۶) برای سنجش میزان تحمل افراد در برابر موقعیت‌های نامطمئن و حاکی از بلاتکلیفی طراحی‌شده است. این مقیاس از ۲۷ گویه تشکیل‌شده که آزمودنی ها بر اساس یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (به‌هیچ‌وجه= ۱ تا بسیار زیاد= ۵) به سؤال‌ها پاسخ می‌دهند. دوگاس و بوهر (۱۷) ضریب آلفای کرانباخ به‌دست‌آمده را برای این مقیاس ۰/۹۴ و ضریب بازآزمایی آن را در فاصله ۵ هفته‌ای ۰/۷۸ گزارش کرده اند. در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی فرم فارسی این مقیاس در نمونه‌ای از جمعیت دانشجویی، ضرایب آلفای کرونباخ برای همسانی درونی نپذیرفتن و اجتناب از بلاتکلیفی ۰/۸۷، برای بلاتکلیفی بازدارنده از عمل ۰/۸۴ و برای نمره کل تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی ۰/۸۹ محاسبه گردید (۱۸).

مقیاس عدم تحمل ابهام: مقیاس عدم تحمل ابهام، توسط مک‌لین (۱۹۹۳) ساخته شد. آزمون نام‌برده دارای ۲۲ ماده است که آزمودنی‌ها بر اساس یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) به گویه‌ها پاسخ می‌دهند. نمره بین ۱۵ تا ۳۰ نشانه تحمل ابهام پایین است؛ نمره بین ۳۰ تا ۴۵ به معنای تحمل ابهام متوسط است و نمره بالاتر از ۴۵ حاکی از تحمل ابهام بالا است. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۷۴ گزارش‌شده است (۱۵).

پروتکل درمان شناختی رفتاری واحد پردازه‌ای طرح‌ریزی‌شده توسط پژوهشگر

جلسه اول: هدف اصلی هدایت مراجعین، کمک به درک مشکلاتشان و ارائه توضیحاتی در مورد شیوه و روش درمانی به آن‌هاست. معرفی و ایجاد رابطه درمانی. توصیف مشکل توسط مراجعین: موقعیت‌ها و عوامل راه‌انداز ترس، نشانگان فیزیکی، افکار، رفتارهای اجتنابی و رفتارهای امنیتی. تشکیل فهرستی از موارد، موقعیت‌ها و افکار برانگیزاننده رفتار وسواسی.

جلسه دوم: ارائه دستورالعمل‌های درمانی و توصیف ماهیت وسواس. مطرح کردن سه مؤلفه فیزیکی، شناختی، رفتاری و تعامل میان این سه مؤلفه. مروری بر انواع درمان وسواس و بررسی انگیزه مراجعین و بحث در مورد فواید و مضرات درمان اختلال وسواس شستشو و راهبردهایی برای برخورد و مقابله با موانعی که در جریان درمان با آن‌ها مواجه می‌شویم.

جلسه سوم: بازسازی شناختی در موارد مواجهه تصوری و آشنایی با موارد بیش برآورد احتمالات، افکار فاجعه‌آمیز. ثبت افکار دو ستونی موقعیت، فکر

جلسه چهارم: آموزش مهارت‌های اجتماعی مانند مواجهۀ واقعی و ایفای نقش با موقعیت‌های برانگیزاننده افکار وسواسی و بی‌توجهی فعال.

جلسه پنجم: بررسی تکالیف منزل، ارائۀ بازخوردهای اصلاحی و کمک برای مبارزه با تفکر برانگیزاننده رفتار وسواسی در مواجهه و تمارین منزل از مراجعین می‌خواهیم این کار را ابتدا از موارد پایین سلسله‌مراتب مواجهۀ خود شروع کنند و بعد به سمت موارد بالا پیش بروند.

جلسه ششم: تکنیک‌های بازسازی شناختی و بررسی تکلیف خانگی و به‌ویژه هرگونه اجتناب، آیین‌مندی و باورهای باقیمانده کار بر روی باورها و رفتارهای باقیمانده پیشگیری از عود، تحکیم برنامه‌ی جدید برای مقابله با وسواس‌ها در آینده نهایی کردن طرح کلی درمان.

جلسه هفتم: تکنیک‌های بازسازی شناختی و بررسی تکلیف خانگی و کار بر روی باورها و تمرین مواجهه.

جلسه هشتم: بررسی تکالیف منزل، تکنیک‌های بازسازی شناختی، تحکیم برنامه برای مقابله با وسواس‌ها در آینده و نهایی کردن طرح کلی درمان.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا به بررسی داده‌های جمعیت‌شناختی پرداخته‌شده است و سپس یافته‌های توصیفی و استنباطی مطرح می‌شوند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.452]

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه آزمایش و کنترل

گروه	فوق‌دیپلم		لیسانس		فوق‌لیسانس	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
کنترل	۵	۳۳/۳۳	۶	۴۰	۴	۲۶/۶۷
آزمایش	۵	۳۳/۳۳	۷	۴۶/۶۷	۳	۲۰

ادامه جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی دو گروه آزمایش و کنترل

مدت بیماری	میانگین براساس ماه				
کنترل	۱۶				
آزمایش	۱۵				
سن	تعداد	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	۱۵	۱۹	۳۷	۲۹/۴	۵/۳۹
آزمایش	۱۵	۲۱	۴۰	۳۱/۷۳	۵/۵۹

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی و تحمل ابهام

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		M	SD	M	SD
عدم تحمل بلاتکلیفی	درمان شناختی واحد پردازه‌ای	۸۶/۱۳	۶/۳۶	۸۲/۴۶	۶/۵۶
	کنترل	۸۵/۸۰	۷/۴۱	۸۵/۶۷	۷/۴۲
تحمل ابهام	درمان شناختی واحد پردازه‌ای	۴۵/۴۰	۴/۹۱	۴۸/۹۳	۵/۱۰
	کنترل	۴۵/۲۶	۴/۶۹	۴۵/۴۰	۴/۴۰

میانگین متغیرهای تحمل ابهام و تحمل بلاتکلیفی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون بهبود پیداکرده بود. برای بررسی معناداری این تفاوت‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از اجرای آزمون پیش‌فرض‌های این آزمون موردبررسی قرار گرفت که نتایج نشان داد تمام پیش‌فرض‌ها رعایت شده بود.

جدول ۳. نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنف

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		آماره آزمون	سطح معناداری	آماره آزمون	سطح معناداری
عدم تحمل	کنترل	۰/۷۲۴	۰/۶۷۲	۰/۷۰۷	۰/۷۰۰
	درمان شناختی واحد پردازه‌ای	۰/۴۰۳	۰/۹۹۷	۰/۴۹۷	۰/۹۶۶
تحمل ابهام	کنترل	۰/۴۶۳	۰/۹۸۳	۰/۴۳۶	۰/۹۹۱
	درمان شناختی واحد پردازه‌ای	۰/۷۷۸	۰/۵۸۰	۰/۶۲۳	۰/۸۳۳

یافته‌های آزمون کولموگروف – اسمیرنف حاکی از آن است که سطح معناداری برای گروه کنترل و آزمایش در هر مرحله آزمون بیش از ۰/۰۵ می‌باشد لذا فرضیه صفر آزمون مذکور رد نمی‌شود ($p>۰/۰۵$).

سطح معناداری در آزمون برای متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی در درمان شناختی–رفتاری واحد پردازی بیش از ۰/۰۵ می‌باشد این‌گونه استنباط می‌گردد که پیش‌فرض کرویت در این مورد تائید می‌گردد و نیاز به تصحیح نمی‌باشد.

سطح معناداری آزمون M باکس بیش از ۰/۰۱ هست، بنابراین فرض کوواریانس میان گروه‌ها همگن است. اگر معناداری کم‌تر از ۰/۰۰۱ باشد نشان‌دهنده آن است که در تمامی گروه‌ها، ماتریس‌های کوواریانس مشاهده‌شده متغیرهای وابسته، مساوی نیست.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.452]

جدول ٤. نتایج آزمون کرویت مخلی

درمان	متغیر	کرویت ماچلی	کای دو	df	p	اپسیلون گرین‌هوس و گیسر
درمان شناختی رفتاری واحد پردازه‌ای	عدم تحمل بلاتکلیفی	۰/۷۹۷	۴/۹۸۳	۲	۰/۰۸۳	۰/۸۳۱
	تحمل ابهام	۰/۶۹۱	۸/۱۴۰	۲	۰/۰۱۷	۰/۷۶۴

جدول ۵. نتایج آزمون M باکس

		آماره M باکس	آماره F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	p
عدم تحمل بلاتکلیفی	درمان شناختی-رفتاری واحد پردازه‌ای	۷/۷۴۵	۱/۱۴۰	۶	۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۳۳۶
تحمل ابهام	درمان شناختی-رفتاری واحد پردازه‌ای	۱۳/۳۰۹	۱/۹۵۸	۶	۵۶۸۰/۳۰۲	۰/۰۶۸

جدول ٦. نتایج آزمون لوین

		آماره F	درجه آزادی صورت	درجه آزادی مخرج	سطح معناداری
تحمل ابهام	پس‌آزمون	۱/۴۶۵	۳	۵۶	۰/۲۳۴
	پیگیری	۰/۷۴۰	۳	۵۶	۰/۵۳۳
عدم تحمل بلاتکلیفی	پس‌آزمون	۰/۴۴۳	۳	۵۶	۰/۷۲۳
	پیگیری	۱/۳۲۸	۳	۵۶	۰/۲۷۵

یافته‌های جدول فوق نشان می‌دهد که سطح معناداری در هر سه متغیر برای گروه کنترل و آزمایش بیش از ۰/۰۲۵ می‌باشد و شرط برابری واریانس‌ها تائید می‌گردد. با عنایت به برقراری پیش‌فرض‌های تحلیل واریانس چند متغیره با اندازه‌های مکرر نتایج در ادامه برای فرضیه پژوهش ارائه‌شده است.

جدول ۷. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای متغیرهای تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و تحمل ابهام

مقیاس	منبع اثر	SS	df	MS	F	p	ضریب اثر
تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی	مرحله*گروه	۱۹۶/۱۵۶	۱/۴۸۳	۱۳۲/۲۵۸	۷۹/۲۶۷	<۰/۰۰۱	۰/۷۳۹
	خطا	۶۹/۲۸۹	۴۱/۵۲۷	۱/۶۶۹			
	گروه	۱۷۶/۸۱۷	۱	۱۷۶/۸۱۷	۲۲۲/۳۴۴	<۰/۰۰۱	۰/۸۸۸
	خطا	۲۲/۶۷۶	۲۸	۰/۷۹۵			
تحمل ابهام	مرحله*گروه	۴۰/۱۵۶	۱/۱۵۷	۳۴/۶۹۹	۱۱/۹۷۳	<۰/۰۰۱	۰/۳۰۰
	خطا	۹۳/۹۱۱	۳۲/۴۰۳	۲/۸۹۸			
	گروه	۲۹/۴۰۰	۱	۲۹/۴۰۰	۱۰/۷۸۴	۰/۰۰۳	۰/۲۷۸
	خطا	۷۶/۳۳۳	۲۸	۰/۶۲۸			

جدول ۷ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر را برای متغیر تحمل بلاتکلیفی و تحمل ابهام نشان می‌دهد. نتایج نشان می‌دهد که اثر اصلی زمان برای متغیر تحمل بلاتکلیفی ($p<۰/۰۰۱$) و تحمل ابهام ($p<۰/۰۰۱$) معنادار است. همچنین تعامل زمان و گروه برای متغیر تحمل بلاتکلیفی ($p<۰/۰۰۱$) و تحمل ابهام ($p<۰/۰۰۱$) معنادار است. اثر اصلی گروه نیز برای هم متغیر تحمل بلاتکلیفی ($p<۰/۰۰۱$) و هم متغیر تحمل ابهام ($p=۰/۰۰۳$) معنادار است. اثر زمان نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. اندازه اثر در اثر اصلی گروه نشان می‌دهد که ۸۹ درصد تغییرات متغیر تحمل بلاتکلیفی و نیز ۲۸ درصد تغییرات متغیر تحمل ابهام شرکت‌کنندگان ناشی از عضویت گروهی است.

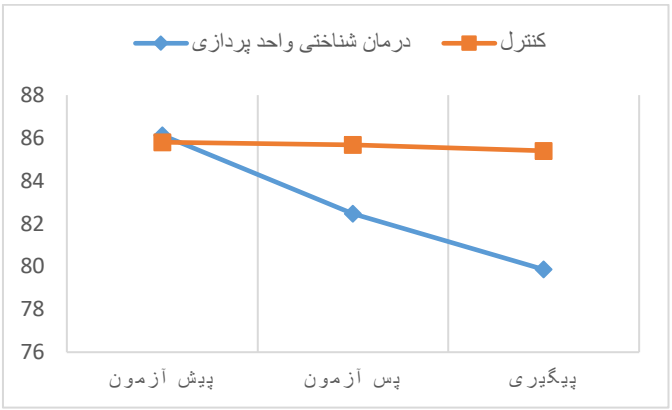
[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.452]

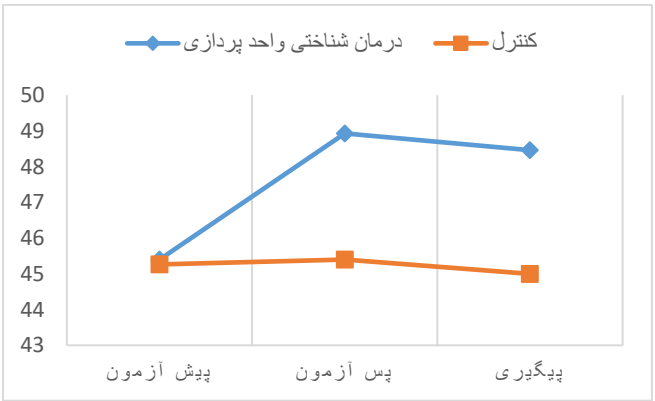
جدول ۸. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه میانگین پس‌آزمون عدم تحمل بلاتکلیفی و تحمل ابهام در گروه آزمایش و گواه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
عدم تحمل بلاتکلیفی	۱۶۷/۷۵۶	۱	۸۳/۸۷۸	۵۲/۱۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱
تحمل ابهام	۵۵/۰۸۹	۱	۴۲/۴۸۷	۵۱/۰۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۴۶

پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تأثیر شناخت درمانی بر نمرات پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر عدم تحمل بلاتکلیفی و تحمل ابهام بررسی شد. همان‌طور که داده‌های جدول ۳ نشان می‌دهند، بین میانگین دو گروه در عدم تحمل بلاتکلیفی $P< ۰/۰۵$ و $F = ۵۲/۱۶۵$ تفاوت معناداری وجود دارد و شناخت درمانی بر عدم تحمل بلاتکلیفی در مرحله پس‌آزمون مؤثر بوده است. بین میانگین دو گروه در تحمل ابهام $P< ۰/۰۵$ و $F =۴۲/۴۸۷$ ۵۱/۰۳۸ تفاوت معنادار وجود دارد و شناخت درمانی بر تحمل ابهام مؤثر بوده است مجذور اتا، نشان می‌دهد که ۰/۶۵ و ۰/۶۴ از تفاوت گروه‌ها در نمره عدم تحمل بلاتکلیفی و تحمل ابهام در پس‌آزمون، ناشی از شناخت درمانی بوده است برای بررسی بیشتر تفاوت میانگین تحمل بلاتکلیفی و تحمل ابهام در سه مرحله ارزیابی نمودار ۱ و ۲ اثرات اصلی گروه و زمان را به شکل هندسی نشان می‌دهد.



نمودار ۱. نمودار تغییرات متغیر تحمل بلاتکلیفی بین سه مرحله ارزیابی به تفکیک دو گروه



نمودار ۲. نمودار تغییرات متغیر تحمل ابهام بین سه مرحله ارزیابی به تفکیک دو گروه

همان‌طور که در آزمون تحلیل واریانس جدول ۸ و نمودار ۱ و ۲ نشان داده‌شده است، به نظر می‌رسد تفاوت معناداری بین نمرات تحمل بلاتکلیفی و تحمل ابهام پس از مرحله‌ی پیش‌آزمون در شرکت‌کنندگانی که درمان شناختی رفتاری واحد پردازه‌ای را دریافت کرده بودند، وجود دارد. ازاین‌رو می‌توان گفت درمان شناختی رفتاری واحد پردازه‌ای در افزایش تحمل بلاتکلیفی و همچنین افزایش تحمل ابهام زنان مبتلا به اختلال وسواس شست‌وشو اثربخش بوده است و با توجه به میانگین

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.452]

نمرات پیگیری در جدول ۲ به نظر می‌رسد این تأثیر در تحمل بلاتکلیفی بیشتر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری واحد پردازه‌ای بر تحمل‌ناپذیری بلاتکلیفی و تحمل ابهام در بیماران زن مبتلا به وسواس عملی شستشو بود. این یافته با پژوهش‌هایی ازجمله آقایی و آل یاسین (۱۹) میرجلیلی و بهرامی احسان (۲۰)، بخشی پور رودسری، هاشمی نصرت آباد و نکونام (۲۱)، سلمانی و حسنی (۲۲) قمری گیوی، نریمانی و محمودی (۲۳) همخوان است.

درمان شناختی رفتاری واحد پردازه‌ای، ازجمله خودپایشی، آموزش روان‌شناختی، مواجهه، آموزش مهارت‌های اجتماعی، بازسازی شناختی، پاداش، راهبردهای تقویت‌کننده، حفظ و تقویت نقاط قوت، پیشگیری و توجه به زمان در هریک از مراحل درمان به کاهش مشکلات مربوط به هریک از بیماران ازجمله، کاهش وارسی مکرر، رفتارهای تکراری، اضطراب زیاد و نشخوار فکری پرداخته و زمینه درمان سایر اختلال‌های همبود را به کمک آموزش‌های آرمیدگی و حساسیت‌زدایی تدریجی، تغییر محتوای افکار و باورها در کمک به بیمار فراهم سازد. در همین راستا نتایج پژوهش بابایی و همکاران (۲۴) نشان داد درمان شناختی رفتاری واحد پردازه‌ای به کاهش نشانگان اختلال وسواس فکری و عملی منجر شد. نتایج پژوهش عباسی، امیری و طالبی (۲۵) نیز حاکی از اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر واحد پردازه‌ای بر کاهش علائم اضطراب کودکان ۶ و ۷ ساله بود. نتایج پژوهش بکر، بکر و گینزبرگ (۲۶) و چورپیتا و همکاران (۲۷) نیز حاکی از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری واحد پردازه‌ای بر اضطراب فراگیر و اختلالات مرتبط بود.

طبق نظریات مختلف درباره عدم تحمل بلاتکلیفی با سه مؤلفه شناختی، عاطفی و رفتاری رابطه مستقیم دارد. به‌عنوان نمونه طبق نظریه پیرداین و همکاران (۲۸) بلاتکلیفی با ارزیابی موقعیت‌ها رابطه مستقیم دارد و به علت اینکه افراد دارای اختلال وسواس شستشو در ارزیابی موقعیت به جزئیات بیشتری اهمیت می‌دهند باعث بالا رفتن این شاخص در آن‌ها شده و درمان واحد پردازه‌ای انجام‌شده به دلیل پاداش‌هایی که فرد در طی درمان دریافت می‌کند توانایی انتخاب را اندکی به دست آورده و کاهش در نمرات عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند به‌این‌علت باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که روش شناختی-رفتاری با رویکرد واحد پردازه‌ای یک الگوی عملی از مشکل فرد و عوامل مؤثر تعدیل‌کننده درونی و بیرونی است که برای مشخص ساختن مشکل اساسی به بررسی منظم عوامل می‌پردازد و با فردی سازی مداخلات با مشکل فرد هماهنگ می‌شود. تفاوت پروتکل مذکور با درمان شناختی رفتاری سنتی در تعداد جلسات، طول مدت جلسه، سرعت، حرکت درمان و مکان جلسات است (۲۹).

در پژوهش حاضر با توجه به آنچه بیان شد، با در نظر گرفتن مشکلات برآمده از رنج حاصل از اختلال وسواس شستوشو و هیجانات منفی حادث از آن، لزوم کاهش نشانگان بالینی وسواس، عدم تحمل ابهام و بلاتکلیفی و افزایش شاخصه‌های بهزیستی روان‌شناختی، بهبود روند درمان و اقدام به‌موقع برای این دسته از بیماران کمک شایانی کرده است. از محدودیت‌های تحقیق حاضر می‌توان به عدم انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها، نمونه محدود پژوهش و استفاده از پرسشنامه خودگزارشی اشاره کرد.

تعارض منافع

نویسندگان این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافعی را گزارش نمی کنند.

حمایت مالی

این پژوهش با ا ستفاده از منابع مالی شخ صی به انجام ر سیده است.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نیشابور با کد IR.IAU.NEYSHABUR.REC.1398.004 به تصویب رسیده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول دانشجوی دکترا و مجری پژوهش بوده است، نویسنده دوم استاد راهنما و نویسنده سوم استاد مشاور این پژوهش که مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است، بوده‌اند.

تقدیر و تشکر

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.452]

با تشکر خالصانه خدمت همه کسانی که به‌نوعی مرا در به انجام
رساندن این مهم یاری نموده‌اند.

References

1. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Translated by Yahya Seyed Mohammadi. Agah Publications, Tehran; 2014. (In Persian).
2. Gillan CM, Kalanthroff E, Evans M, Weingarden HM, Jacoby RJ, Gershkovich M, et al. Comparison of the association between goal-directed planning and self-reported compulsivity vs obsessive-compulsive disorder diagnosis. JAMA psychiatry. 2020;77(1): 77-85.
3. Riesel A, Kathmann N, Klawohn J. Flexibility of error-monitoring in obsessive–compulsive disorder under speed and accuracy instructions. Journal of abnormal psychology. 2019;128(7): 671.
4. Jeppesen P, Wolf RT, Nielsen SM, Christensen R, Plessen KJ, Bilenberg N, Thomsen PH, Thastum M, Neumer SP, Puggaard LB, Pedersen MM. Effectiveness of transdiagnostic cognitive-behavioral psychotherapy compared with management as usual for youth with common mental health problems: a randomized clinical trial. JAMA psychiatry. 2021 Mar 1;78(3): 250-60.
5. Leckman JF, Denys D, Simpson HB, Mataix-Cols D, Hollander E, Saxena S, Miguel EC, Rauch SL, Goodman WK, Phillips KA, Stein DJ. Obsessive–compulsive disorder: a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. Depression and anxiety. 2010 Jun;27(6): 507-27.
6. Dugas MJ, Schwartz A, Francis K. Brief report: Intolerance of uncertainty, worry, and depression. Cognitive therapy and research. 2004 Dec;28: 835-42.
7. Hirsch CR, Mathews A. A cognitive model of pathological worry. Behaviour research and therapy. 2012 Oct 1;50(10): 636-46.
8. Jensen D, Kind AJ, Morrison AS, Heimberg RG. Intolerance of uncertainty and immediate decision-making in high-risk situations. Journal of Experimental Psychopathology. 2014 Jun;5(2): 178-90.
9. Taha S, Matheson K, Cronin T, Anisman H. Intolerance of uncertainty, appraisals, coping, and anxiety: The case of the 2009 H 1 N 1 pandemic. British journal of health psychology. 2014 Sep;19(3): 592-605.
10. Loewenthal K, Lewis CA. An introduction to psychological tests and scales. Psychology press; 2018 Oct 8.
11. Gentes EL, Ruscio AM. A meta-analysis of the relation of intolerance of uncertainty to symptoms of generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and obsessive–compulsive disorder. Clinical psychology review. 2011 Aug 1;31(6): 923-33.
12. Pushkarskaya H, Smithson M, Joseph JE, Corbly C, Levy I. Neural correlates of decision-making under ambiguity and conflict. Frontiers in behavioral neuroscience. 2015 Nov 27;9: 325.
13. Dugas MJ, Gagnon F, Ladouceur R, Freeston MH. Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. Behaviour research and therapy. 1998 Feb 1;36(2): 215-26.
14. Amani A, Abulqasmi M; Narimani M, Investigating the effectiveness of inference-based treatment on reducing obsessive-compulsive symptoms. practical Journal of Clinical Psychology and Counseling Research. Year 3, Number 1 (2012): Spring and Summer. (In Persian).
15. Esfahani SR, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahiredin A, Janbozorgi M. Reliability and Validity of the Persian version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive scale (Y-BOCS). Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology. 2012 Jan 1;17(4). . (In Persian).
16. Freeston MH, Rhéaume J, Letarte H, Dugas MJ, Ladouceur R. Why do people worry?. Personality and individual differences. 1994 Dec 1;17(6): 791-802.
17. Buhr K, Dugas MJ. Investigating the construct validity of intolerance of uncertainty and its unique relationship with worry. Journal of anxiety disorders. 2006 Jan 1;20(2): 222-36.
18. van Niekerk J, Brown G, Aardema F, O'Connor K. Integration of inference-based therapy and cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder—a case series. International Journal of Cognitive Therapy. 2014 Mar;7(1): 67-82.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.452]

19. Aghaei F. Al-Yasin S, The effectiveness of cognitive behavioral therapy in obsessive compulsive disorder of washing. 7th International Conference of Psychology and Social Sciences, Tehran. (2015).. (In Persian).
20. Basharat M; Mir Jalili R, Al Sadat E, Bahrami h, The moderating role of metacognitive beliefs and cognitive emotion regulation failure in the relationship between intolerance of uncertainty and worry in patients with obsessive-compulsive disorder. New Psychological Research Quarterly,(2014). , 10(37), 1-24. . (In Persian).
21. Bakhshipour Rudsari A; Hashemi N, Abad T; Nekunam, M Comparison of ambiguity intolerance and perfectionism among patients with obsessive-compulsive disorder and normal people. Journal of Clinical Psychology,(2014). , 1(25), 41-50. . (In Persian).
22. Salmani B, Hasani J. The role of intolerance of uncertainty and positive metacognitive beliefs in obsessive compulsive disorder and depression. Razi Journal of Medical Sciences. 2016 Apr 10;23(142): 64-72. . (In Persian).
23. Ghamarigivi H, Narimani M, Mahmoodi H. Comparing the Efficacy of Cognitive and Exposure Therapy Methods in the Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder. MEJDS 2014; 3 (3): 1-9. . (In Persian).
24. Babaee M, Akbarzade N, Pourshahriari M, Najlerahim A. The Impact of the composed approach of cognitive-behavioral therapy and danger ideation reduction therapy on obsessive-compulsive disorder among Female university students. Journal of Psychological Studies. 2010 Mar 21;6(1): 43-56. . (In Persian).
25. Abbasi Z; Amiri S; Talebi H, The effectiveness of unit-focused cognitive-behavioral therapy (MCBT) on reducing separation anxiety symptoms in 6- and 7-year-old children. Clinical Psychology and Personality, (2014). 13(2), 1-25. . (In Persian).
26. Becker EM, Becker KD, Ginsburg GS. Modular cognitive behavioral therapy for youth with anxiety disorders: A closer look at the use of specific modules and their relation to treatment process and response. School Mental Health. 2012 Dec;4: 243-53.
27. Chorpita BF, Taylor AA, Francis SE, Moffitt C, Austin AA. Efficacy of modular cognitive behavior therapy for childhood anxiety disorders. Behavior Therapy. 2004 Mar 1;35(2): 263-87
28. Pepperdine E, Lomax C, Freeston MH. Disentangling intolerance of uncertainty and threat appraisal in everyday situations. Journal of Anxiety Disorders. 2018 Jun 1;57: 31-8.
29. Turner KA, Lai C, Carpenter CR. 80 Screening Instruments for Mild Cognitive Impairment in the Emergency Department: The Confounding Influence of Health Literacy and Race. Annals of Emergency Medicine. 2012 Oct 1;60(4): S30.

© 2022 The Author(s). Published by Isfahan University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License (http: //creativecommons. org/licenses/by/4. 0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.452]