



## Effectiveness of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy (ICBT) on Excessive Responsibility and Irritability among Young-Adult Girls with Obsessive-Compulsive Disorder

**Mohaddeseh Pourkhiyabi**

M.A. in Psychology and Education of Exceptional Children, Department of Psychology, Faculty of Literature and Human Sciences, Guilan University, Rasht, Iran. Email: m.pourkhiyabi265@gmail.com.

**Mousa Kafie Masouleh**

Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Guilan University, Rasht, Iran. Email: mosakafie@guilan.ac.ir.

**Abbas Abolghasemi**

Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, Guilan University, Rasht, Iran. Email: Abolghasemi1344@guilan.ac.ir

Received: 2022-11-22      Revised: 2023-10-30      Accepted: 2024-03-04      Published: 2024-03-15

**Citation:** Pourkhiyabi, M., Kafie, M., & Abolghasemi, A. (2024). The effectiveness of Internet-based cognitive-behavioral therapy on extreme responsibility and irritability of adolescent girls with symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 13(2), 103-126. doi: 10.22067/tpccp.2024.79513.1397

### Abstract

#### Introduction

Obsessive-compulsive disorder (OCD) is viewed to be one the most prevalent psychiatric disorders among children and young adults, leading to harmful impacts on their normal growth and other problems in their adulthood. Based on some cognitive models, there are six kinds of dysfunctional cognitive problem among people suffering obsession, including excessive responsibility, threat overestimation, uncertainty intolerance, perfectionism, excessive attention to thoughts, and the need of controlling thoughts (Group, 1997). Salkovskis believes that exaggerated sense of responsibility plays a fundamental role in OCD and those with obsessive problems perceive the intrusive thoughts or normal impulses occurring in all people responsible of harming them and others. Therefore, they see themselves responsible for these issues and try to prevent the actions. Moreover, underestimating control over thoughts and excessive perfectionism in those with OCD will result in irritable behaviors they fail to achieve their desired goals. In this regard, Guzick et al. (2021) estimated that irritability increases 22% among those with OCD. Some studies have utilized Internet-based Cognitive Behavioral Therapy (including uncontrolled, semi-controlled, and controlled) for various mental disorders. Therefore, its effectiveness has been confirmed. This method, however, has not been applied to the Iranian context, this research aimed to examine the effectiveness of Internet-based Cognitive Behavioral Therapy in excessive responsibility and irritability among young-adult girls with OCD symptoms.

#### Method

Taking quasi-experimental method and using pre-test, post-test, and control group, this study examined excessive responsibility and irritability among young-adult girls. The statistical population consisted all young-adult girls with obsessive-compulsive disorder symptoms in grades 5 and 6 of two elementary schools in the academic year 2021-2022 in Rasht, Iran. The participants were selected, using clustering sampling, to be students of 5th and 6th grades of



Shahid Siadati and Hamrah elementary schools (shift 2), located in District 1 of Rasht. Necessary permissions were received from Rasht Education Organization for including the students. From among 487 students, 24 students were diagnosed to have obsessive-compulsive disorder symptoms and were divided evenly and randomly into experimental and control groups. The inclusion criteria were minimum score of 16 in the Yale-Brown questionnaire, being 11 to 12 years old, not having other physical and mental illness, voluntary participating, having access to the Internet and a personal computer. Moreover, a short telephone diagnostic interview (average 15 minutes for each person) was conducted to help select the participants. The treatment group received the necessary interventions online in eight sessions. The tools were Yale-Brown's (1989) ten-item Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS), a structured diagnostic clinical interview, Salkovskis' (2000) 26-item responsibility attitude scale, and Stringers et al. (2012) six-item emotional reactivity questionnaire for measuring stimulation acceptability of children. The data were analyzed using descriptive and inferential statistics and Mann-Whitney U test.

### **Results**

The results of Yeoman-Whitney test on the difference in ratings of excessive responsibility and irritability of pre-test and post-test of the two experimental and control groups indicated that the impact of intervention on responsibility ( $U=4.500$ ,  $P=0.001$ ,  $r=18.2$ ) and irritability ( $U=10.000$ ,  $P=0.007$ ,  $r=1.04$ ) was significant from pre-test to post-test. Internet-based cognitive-behavioral therapy, excessive responsibility and irritability of the participants were improved to a relatively good extent.

### **Discussion and conclusion**

This research aimed to explore the effectiveness of Internet-based cognitive behavioral therapy (ICBT) on excessive responsibility and irritability among young-adult girls with OCD. The results showed that this method improved participants' excessive responsibility and irritability. Therefore, using pictures, therapy manuals and therapist guidance, ICBT may be applied as a training-oriented and self-help treatment method to remarkably reduce the problems of face-to-face treatments among children and young adults, including clinics' unfamiliar and strange environment, long-lasting waiting lists, and lack of necessary facilities. This way the method can improve the services needed for those suffering obsessive issues.

**Keywords:** Obsessive-Compulsive Disorder, Irritability, Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy, Responsibility, Young Adults

## پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره



مقاله پژوهشی

<https://tpccp.um.ac.ir>

دسترسی آزاد

### اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت بر مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری نوجوانان دختر دارای علائم اختلال وسواسی - جبری

محدثه پورخیایی

دانش آموخته گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. (نویسنده مسئول)، [m.pourkhiyabi265@gmail.com](mailto:m.pourkhiyabi265@gmail.com)

موسی کافی ماسوله

استاد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. [mosakafie@guilan.ac.ir](mailto:mosakafie@guilan.ac.ir)

عباس ابوالقاسمی

استاد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران. [Abolghasemi1344@guilan.ac.ir](mailto:Abolghasemi1344@guilan.ac.ir)

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۹/۰۱	تاریخ بازنگری: ۱۴۰۲/۰۸/۰۸	تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۱۴	تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۲/۲۵
<p><b>استناد:</b> پورخیایی، محدثه؛ کافی ماسوله، موسی؛ ابوالقاسمی، عباس. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت بر مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری نوجوانان دختر دارای علائم اختلال وسواسی - جبری. پژوهش‌های روان‌شناسی بالینی و مشاوره، ۱۳(۲)، ۱۰۳-۱۲۶. doi: 10.22067/tpccp.2024.79513.1397</p>			

#### چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت بر مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری نوجوانان دختر دارای علائم اختلال وسواسی-جبری شهر رشت در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود.

**روش:** روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل، بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه نوجوانان دختر پایه‌های پنجم و ششم دارای اختلال وسواس فکری - جبری دبستان‌های ابتدایی شهر رشت در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود که از میان آنان، ۲۸ نفر به‌عنوان نمونه شناسایی شدند و پس از غربالگری بر اساس ملاک‌های ورود، ۲۴ نفر آن‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل به‌صورت تصادفی جای‌دهی شدند. گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (انفرادی) درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت را دریافت کردند. در این پژوهش از مقیاس وسواسی - جبری بیل براون، برای غربالگری، مصاحبه بالینی برای تشخیص، نگرش مسئولیت‌پذیری سالکوسکیس و پرسش‌نامه واکنش‌پذیری عاطفی استرینگز برای پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون یومان ویتی مورد تحلیل قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** نتایج پژوهش نشان می‌دهد درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت در کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری دختران نوجوان مؤثر بوده است. این نتایج حاکی از آن است که استفاده از درمان شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت، می‌تواند به‌عنوان یک خط درمانی منجر به ارتقا خدمات درمانی برای بیماران مبتلا به وسواس گردد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال وسواسی - جبری، تحریک‌پذیری، درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت، مسئولیت‌پذیری، نوجوانان

## مقدمه

امروزه مشکلات مربوط به سلامت روان کودکان و نوجوانان از موضوعات مهم اجتماعی محسوب می‌شود؛ و در این میان، اختلال وسواسی-جبری (OCD)<sup>۱</sup> جز شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی دوران کودکی و نوجوانی به حساب می‌آید و وسواس‌های فکری و عملی قریب به ۳٪ کودکان و نوجوانان را مبتلا ساخته و در حدود ۸۴٪ این کودکان و نوجوانان پایدار می‌ماند (Kakhi & Soomro., 2015). میزان شیوع این اختلال در جمعیت عمومی در طول عمر ۲ تا ۳ درصد، در جمعیت بالینی ۱/۸۹ درصد و در جمعیت غیر بالینی ۲/۷۷ درصد گزارش شده است (Politis et al., 2017). در جمعیت ایرانی نیز میزان شیوع کلی این اختلال بین ۱/۵ تا ۲/۳ درصد برآورد گردیده است (Hajebi et al., 2018) و در پژوهشی مروری که در خصوص شیوع اختلالات اضطرابی در میان کودکان و نوجوانان ایرانی انجام شده، نتایج برگرفته از ۲۹ مطالعه، نشان داده است که اختلال وسواسی-جبری دومین اختلال شایع (۱ درصد تا ۱۱/۹ درصد به تفکیک شهر) از این گروه در میان کودکان و نوجوانان ایرانی محسوب می‌شود (Zarafshan et al., 2015) و به طور کلی ۲۱ تا ۲۵ درصد از جمعیت عمومی ممکن است علائم و نشانه‌های این اختلال را در بازه‌ای از زندگی خود بروز دهند (Farrell et al., 2016).

اختلال وسواس فکری - عملی می‌تواند از سنین کودکی آغاز شود و در برخی موارد حتی در سن ۲ سالگی نیز مشاهده شده است. وسواس در دوران کودکی می‌تواند بر رشد طبیعی کودک اثرات زیان‌بار بگذارد و اغلب زمینه‌ساز بروز این اختلال در دوران بزرگسالی شود. وسواس کودکان و نوجوانان، تنها زمانی تشخیص داده می‌شود که اختلال بسیار شدید بوده و کودک یا نوجوان پس از سال‌ها رنج برای کمک به دنیای بیرونی رو می‌آورد (Halvaiepour et al., 2013). این اختلال، شامل دو مشخصه اصلی از جمله افکار و اعمال وسواسی، تکرار شونده و مزاحم می‌باشد که ناراحتی قابل ملاحظه‌ای را برای فرد مبتلا به بار می‌آورند. افکار وسواسی به طور مشخص، تصاویر ذهنی یا تکانه‌های ناخواسته، عود کننده، مداوم و مزاحم بوده که کنترل آن‌ها برای فرد مبتلا بسیار دشوار می‌باشد. در حالی که فرد به بی‌معنی بودن این افکار واقف است، اما وجود این افکار برای فرد ایجاد آشفتگی روانشناختی و هیجانی می‌کند. همچنین اعمال وسواسی، رفتارهای تکراری یا فعالیت‌های ذهنی تکراری هستند که فرد احساس می‌کند باید آن‌ها را در پاسخ به یک فکر وسواسی یا بر طبق قوانینی که باید به دقت اجرا شوند، انجام دهد تا بتواند از رنج و آشفتگی روانشناختی و هیجانی این افکار بکاهد (Amerio et al., 2019).

در بحث سبب‌شناسی اختلال وسواس فکری - عملی، مدل‌های شناختی OCD بر ارزیابی‌ها و باورهای

ناکارآمدی در ایجاد و حفظ این اختلال تأکید می‌کنند و این باورها یا تفسیر افکار مزاحم (عادی) به روش‌های غیرمفید را عامل ایجاد اضطراب در این افراد در نظر می‌گیرند (Rachman et al., 2006; Salkovskis, 1985). اگرچه مدل‌های شناختی مختلفی برای OCD وجود دارد، اما اجماع گسترده‌ای در مورد شش نوع ارزیابی شناختی ناکارآمدی که در آن اهمیت حیاتی دارند، وجود دارد، که این شش عامل شامل مسئولیت افراطی، بیش برآورد تهدید، ناتوانی در تحمل عدم قطعیت، کمال‌گرایی، اهمیت بیش از حد افکار و نیاز به کنترل فکر می‌باشد (Group, 1997).

در میان مدل‌های شناختی مختلف که هر یک به یک نقص بارز در اختلال وسواس فکری - عملی می‌پردازند، سالکوسکیس (Salkovskis et al., 2000) تحلیل شناختی گسترده‌ای از اختلال وسواس ارائه داده است که در آن حس افراطی مسئولیت‌پذیری مضمون اصلی باورهای افراد مبتلا به OCD است و ادراک مبالغه آمیز مسئولیت‌پذیری در اختلال وسواسی - جبری نقش مرکزی را داراست. بر پایه این مدل، افرادی که مشکلات وسواسی دارند، افکار مزاحم و یا تکانه‌های عادی را که در سایر افراد هم رخ می‌دهد مسئول صدمه زدن به خود و دیگران تفسیر می‌کنند، و خود را در قبال آن‌ها مسئول می‌دانند و تلاش می‌کنند برای پیشگیری از آن اقدامی انجام دهند، همین امر منجر به مسئولیت‌پذیری افراطی این افراد برای جلوگیری از وقوع آسیب و خطر و تجربه‌ی ناراحتی و اضطراب به دنبال رخداد آن‌ها می‌شود (Niemeyer et al., 2013). به عبارت دیگر، این باور در این افراد به گونه‌ای تعریف می‌شود که شخص در خود قدرتی می‌بیند که برای ایجاد یا جلوگیری از نتایج منفی ذهنی حیاتی است (Salkovskis et al., 2000) و اگرچه تحقیقات کمی در حوزه‌ی باورهای فراشناختی به خصوص باورهای مربوط به مسئولیت‌پذیری افراطی افراد مبتلا به OCD صورت گرفته است اما در دسته‌ای از تحقیقات آزمایشی و پیمایشی موجود شواهد حاکی از وجود این نوع مدل مسئولیت‌پذیری اغراق شده هم در گروه‌های سنی بزرگسالان و هم کودکان و نوجوانان بوده است (Arntz et al., 2007; Luppino et al., 2018; Nayebaghayee et al., 2019).

برای مثال ریورز و همکاران (Reeves et al., 2010) در پژوهش خود با هدف اینکه آیا مدل مسئولیت‌پذیری افراطی سالکویس برای کودکان نیز قابل تعمیم است اقدام به دستکاری تجربی مسئولیت در کودکان غیربالینی کردند؛ در این پژوهش که متشکل از ۳ گروه از کودکان (سن ۹-۱۲ سال) بود، به دنبال این بودند که آیا مسئولیت‌پذیری افراطی در بروز رفتارهای وسواسی نقش علی را بازی می‌کند یا خیر. نتایج این پژوهش نشان داد که در گروهی با القای مسئولیت‌پذیری افراطی، انجام اعمال وسواسی بیشتر از گروه‌هایی با مسئولیت متوسط و کم بود، این نتیجه با یافته‌ی پژوهش آرتنز و همکاران (Arntz et al., 2007) که به

بررسی باورهای مسئولیت پذیری در گروهی از دانش آموزان مبتلا به OCD پرداخته بودند، همسو بوده و با نتایج پژوهش لادوسر و همکاران (Ladouceur et al., 1997) که تحقیقی در همین راستا در گروه سنی بزرگسال انجام داده‌اند غیر همسو بوده است.

با توجه به این نتایج، می‌توان این فرضیه را مطرح نمود که جمعیت جوان نسبت به افزایش مسئولیت پذیری افراطی، آسیب پذیرند و فاکتور سن می‌تواند به عنوان یک عامل خطر برای ابتلا به این باور شناختی در کودکان مبتلا به OCD در نظر گرفته شود.

از طرفی دیگر، در کنار ارزیابی نادرست فرد از مسئولیت خود در قبال این حوادث، نواقص شناختی دیگر فرد، از جمله کم برآورد کنترل بر افکار و کمال‌گرایی افراطی آن‌ها منجر به بروز رفتارهای تحریک پذیرانه این افراد در موقعیت‌هایی می‌شود که به نتایج مطلوب مورد انتظار خود دست نمی‌یابند. به‌طور کلی تحریک‌پذیری به عنوان یک واکنش بیش از حد حساس به تهدید مطرح شده است. عدم وجود نتیجه مطلوب یا پاداش امیدوارکننده با وجود درگیر شدن در رفتارهایی که برای دستیابی به آن نتیجه در نظر گرفته شده است، منجر به بروز رفتارهای پرخاشگرانه و ناکام‌کننده می‌شود. OCD همپوشانی پدیدارشناختی با نیاز به کمال و تحریک‌پذیری دارد، زیرا چیزهایی که کامل یا درست نیستند ممکن است برای بسیاری از کودکان مبتلا به OCD ناامیدکننده تلقی شده و بر این اساس، کمال‌گرایی با خشم، افسردگی و اضطراب در این کودکان ارتباط دارد (Hewitt et al., 2002). علاوه بر این تجزیه و تحلیل‌های اخیر ارائه شده، از ارتباط میانجی بین تحریک‌پذیری، اضطراب، عدم تحمل قطعیت و آسیب‌پذیری شناختی در OCD و اختلالات اضطرابی حمایت کرده‌اند (Evans et al., 2020) در پژوهش استورج و همکاران (Storch et al., 2012). نشان داده شده است که بیش از نیمی از کودکان مبتلا به OCD حملات خشم را تجربه می‌کنند. همچنین کریز و همکاران (Krebs et al., 2018) نیز مطرح کرده‌اند که یک سوم جوانان مبتلا به OCD طغیان‌های خشم را از خود بروز می‌دهند و گازیک و همکاران (Guzick et al., 2021) نیز تخمین زده‌اند که در افراد مبتلا به OCD، تحریک‌پذیری تا ۲۲ درصد قابل افزایش است.

همان‌طور که ذکر گردید بیماران مبتلا به اختلال وسواسی - جبری درجات گوناگونی از نقص در عملکرد را در ابعاد مختلف شناختی، رفتاری و عصب‌شناختی تجربه می‌کنند که لزوم به کارگیری شیوه‌های درمانی گوناگونی از جمله درمان‌های دارویی و غیردارویی را برای بهبود علائم این اختلال پررنگ می‌کنند. در حوزه درمان‌های دارویی، پژوهشگران نشان داده‌اند که این درمان‌ها به تنهایی برای بهبود علائم این اختلال مؤثر نخواهد بود و نگرش منفی افراد نسبت به این درمان، هزینه و عوارض بالا و ترس و اضطرابی که افراد

به‌ویژه کودکان و نوجوانان نسبت به این درمان دارند، موجب می‌شود که درمانگران در استفاده از آن‌ها با محدودیت‌هایی روبه‌رو شوند. در بین درمان‌های غیردارویی نیز، رایج‌ترین درمانی که برای OCD مورد استفاده قرار می‌گیرد درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ است که به طور معمول در محیط‌های کلینیکی اجرا می‌شوند (Eddy et al., 2004) و اگرچه در پژوهش‌های مختلف اثربخشی آن مورد تایید قرار گرفته است (Blanco et al., 2006)، اما نتایج نشان داده است که تنها ۱۰ درصد از افراد مبتلا به OCD به این درمان دسترسی دارند، و میزان بهبود بیماران در این روش درمانی بین ۴۰ تا ۶۵ درصد متغیر است (O'Kearney et al., 2007). عواملی مانند هزینه‌ی بالای درمان، فقدان درمانگران آموزش دیده، مسائل مربوط به برجسب خوردن و لیست‌های انتظار طولانی از موانعی هستند که منجر به بدتر شدن علائم و کاهش انگیزه برای این نوع درمان می‌شوند (Krebs et al., 2018; Saleminck et al., 2015).

در چند سال اخیر پژوهشگران روش‌های نوینی را در جهت برطرف کردن موانع پیشرو روش‌های درمانی موجود مورد آزمایش قرار داده‌اند که از جمله این روش‌ها، درمان‌های مبتنی بر اینترنت هستند که هم راستا با اهداف ویژه سازمان بهداشت جهانی (Organization., 2019) مبنی بر افزایش مداخلات و خدمات در محیط‌های مبتنی بر جامعه و فراهم آوردن پوشش بهداشت عمومی برای اکثریت افراد جامعه محسوب می‌شوند. این نوع روش‌های درمانی، ۲۰ برابر مقرون به صرفه‌تر از درمان شناختی-رفتاری سنتی و ۵۰ بار به صرفه‌تر از دارودرمانی هستند (Cheng et al., 2019). یکی از پرکاربردترین این نوع درمان‌های اینترنتی، درمان‌های شناختی رفتاری مبتنی بر اینترنت (ICBT) است که در آن CBT از طریق اینترنت ارائه می‌گردد و یک درمانگر به صورت همزمان (از طریق تماس تلفنی، مشاوره‌ی تصویری) و یا غیرهمزمان (از طریق ایمیل و یا چت متنی) به مشاوره و راهنمایی می‌پردازد. این روش امکان ارائه خدمات مبتنی بر محتوای جلسات حضوری CBT را در محیط‌های غیرکلینیکی فراهم می‌آورد. ICBT بسیار شبیه به یک دوره‌ی آنلاین آموزش الکترونیکی ارائه می‌شود. درمان به طور معمول توسط درمانگر پشتیبانی می‌شود، که به طور همزمان به پیام‌ها پاسخ می‌دهد و یا تکالیف خانه را از طریق ایمیل در داخل ICBT Online Platform دریافت می‌کند. این روش بر پایه‌ی همان محتوای CBT استاندارد رو در رو است، اما این محتوا از طریق یک پورتال امن اینترنتی، ارائه داده می‌شود (Hedman et al., 2012; Lenhard et al., 2017). در این درمان برنامه‌های دیگری از جمله صدا، فیلم و انیمیشن نیز مورد استفاده قرار می‌گیرد. بیماران این امکان را دارند تا مطالب را با سرعت دلخواه خود بخوانند، تمرین کنند و از تکنیک‌های مواجهه در زندگی روزمره نیز

استفاده کنند. این روش درمانی، بسته به میزان مشارکت درمانگر به سه دسته تقسیم می‌شود، برنامه‌های بدون راهنما، که شبیه به یک برنامه خودیاری می‌باشند و به صورت آنلاین ارائه می‌شوند، برنامه‌هایی با حضور یک دستیار درمانگر که در آن‌ها مشارکت درمانگر به میزان حداقل است و ویدیو کنفرانس‌های آنلاین که درمانگر به صورت کامل در آن‌ها ایفای نقش می‌کنند (Karyotaki et al., 2019). طبق بررسی‌های انجام شده اثربخشی هر سه روش درمانی ICBT برای اختلال وسواسی - جبری در نوجوانان در کشورهای مختلف مورد بررسی قرار گرفته است و نتایج حاکی از اثربخشی این روش درمانی بوده است (Conzelmann et al., 2022; Hollmann et al., 2021; Imai et al., 2022; Lenhard et al., 2020; Lenhard et al., 2017; Lenhard et al., 2014; Lundström et al., 2022; Schröder et al., 2020; Wootton et al., 2015; Wootton et al., 2021; Wootton et al., 2019) اما تاکنون در ایران در رابطه با اثربخشی این روش درمانی تحقیقی انجام نشده است. بنابراین پژوهش حاضر با توجه به خلا پژوهشی موجود در این زمینه، به دنبال بررسی اثربخشی این روش درمانی بر مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری نوجوانان دختر دارای اختلال وسواسی - جبری می‌باشد.

## روش

پژوهش حاضر از لحاظ روش شبه آزمایشی بود که با طرح توسعه یافته پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری این پژوهش کلیه نوجوانان دختر دارای نشانه‌های اختلال وسواس فکری - جبری پایه‌های پنجم و ششم دبستان، در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ در شهر رشت بود. جهت جمع آوری نمونه در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری خوشه‌ای استفاده گردید و ابتدا از بین دو ناحیه آموزش و پرورش شهر رشت، ناحیه یک آن به صورت تصادفی انتخاب و پس از هماهنگی با اداره آموزش و پرورش این ناحیه، مجوز فعالیت پژوهشی در ۲ دبستان دخترانه شهید سیادتی و همراه (شیفت ۲) صادر گردید (طبق گزارش‌های ارائه شده، این دو مدرسه شامل ۲۳۴ دانش‌آموز کلاس پنجم و ۲۵۳ دانش‌آموز کلاس ششم بودند).

همچنین جهت شناسایی افراد دارای اختلال وسواس فکری - جبری، لینک پرسش‌نامه اختلال وسواس فکری - عملی (بیل - براون)، بین گروه‌های درسی پایه‌های پنجم و ششم این دو مدرسه توزیع گردید که ۲۶۸ نفر از ۴۸۷ دانش‌آموز این پرسش‌نامه را تکمیل کردند و ۲۸ نفر آن‌ها بر اساس نمره برش ۱۶ به عنوان افراد دارای اختلال وسواس فکری - جبری شناسایی شدند. سپس پس از بررسی ملاک‌های ورود (از جمله، دامنه سنی ۱۱ تا ۱۲ سال، نداشتن بیماری جسمی و روانی دیگر، رضایت داوطلبانه، دسترسی به اینترنت و



رایانه شخصی) و پس از مصاحبه تشخیصی تلفنی کوتاه (میانگین ۱۵ دقیقه برای هر فرد) جهت اطمینان از وجود علائم اختلال وسواسی - جبری در این افراد، ۲۴ نفر از آن‌ها غربال گردیدند و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) جای‌دهی شدند. ملاک‌های خروج این پژوهش نیز عبارت‌اند از: غیبت بیش از دو جلسه در فرایند درمان و عدم رضایت فرد جهت ادامه همکاری.

### ابزار

**مقیاس وسواس فکری - عملی ییل براون کودکان:** این مقیاس توسط گودمن و همکاران (Goodman et al., 1989) طراحی شده است؛ و دارای ۱۰ گویه در طیف لیکرت و دو بخش می‌باشد که میزان و شدت وسواس‌ها و اجبارها را در پنج بعد میزان آشفتگی، فراوانی، تداخل، مقاومت و مهار نشانه‌ها می‌سنجد. در این مقیاس ۳ نمره شدت وسواس‌ها، شدت اجبارها و نمره کل که در برگیرنده تمام گویه‌هاست به دست می‌آید و افراد بر اساس نمراتشان در طبقات بسیار خفیف (۰ تا ۷) خفیف (۸ تا ۱۵) متوسط (۱۶ تا ۲۳) شدید (۲۴ تا ۳۱) و بسیار شدید (۳۲ تا ۴۰) جای می‌گیرند. همچنین نقطه برش این پرسش‌نامه برای کودکان و نوجوانان نیز ۱۶ در نظر گرفته شده است. ضابط و همکاران (Zabet et al., 2021) در پژوهش خود ثبات درونی این پرسش‌نامه را برای سیاهه نشانه ۰/۹۲ و مقیاس شدت، ۰/۹۰ و آلفای کرونباخ برای کل آزمون را ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند.

**مصاحبه بالینی تشخیصی ساختاریافته ۲:** ابزار جامع استاندارد شده‌ای است که توسط فرست و همکاران (First & Gibbon., 2004) برای ارزیابی اختلالات اصلی روانپزشکی بر اساس معیارهای DSM-IV طراحی شده است. روایی نسخه فارسی این مصاحبه در ایران توسط شریفی و همکاران (Sharifi et al., 2004)، در مطالعه‌ای متشکل از ۲۲۹ مراجعه کننده ۱۸ تا ۶۵ ساله، بررسی شد، که نتایج این مطالعه حاکی از توافق تشخیصی نسبتاً خوب برای بیشتر تشخیص‌های خاص و کلی (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد) بود. همچنین توافق کلی این ابزار نیز (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای تشخیص‌های کل طول عمر ۵۵ درصد) گزارش گردید.

**مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری ۳:** مقیاس نگرش مسئولیت‌پذیری (Salkovskis et al., 2000)، یک ابزار خود گزارشی است که باورهای فرد را درباره‌ی مسئولیت‌پذیری می‌سنجد، این مقیاس ۲۶ گویه دارد که آزمودنی‌ها میزان موافقت خود را با هر گویه در یک طیف لیکرت هفت درجه‌ای (۱- کاملاً مخالفم تا ۷-

1. Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS)
2. Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID)
3. Responsibility Attitudes Scale (RAS)

کاملاً موافقم) بیان می‌کنند که هر چه نمره فرد در مجموع بیشتر باشد، نشان دهنده مسئولیت‌پذیری بیشتر در فرد می‌باشد. همچنین سالکوسکیس و همکاران (Salkovskis et al., 2000) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب پایایی بازآزمایی ۰/۹۴ را در یک دوره‌ی چهار هفته‌ای برای این مقیاس گزارش کرده‌اند. در جامعه‌ی ایران نیز شریفی و همکاران (Kabirmezahad et al., 2010) پایایی این مقیاس را با روش بازآزمایی در فاصله‌ی یک هفته از آزمایش اول ۰/۸۴، به روش دونیمه کردن ۰/۶۱ و به روش همبستگی ماده‌های زوج و فرد ۰/۹۲ و ضریب همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آورده‌اند.

**پرسش‌نامه واکنش‌پذیری عاطفی ۱:** این پرسش‌نامه توسط استرینگرز و همکاران (Stringaris et al., 2012) برای بررسی تحریک‌پذیری کودکان و نوجوانان به دوشویه‌ی خودگزارشی و سوال از والدین طراحی شده است. در نسخه‌ی والد محور آن، والدین باید به ۶ سوال پرسش‌نامه بر اساس این که در ۶ ماهه گذشته کودکشان در مقایسه با سایر کودکان هم سن چگونه رفتار می‌کردند، پاسخ دهند. در نسخه‌ی خودگزارشی نیز از کودکان و نوجوانان می‌خواستند که به جملات حاوی توصیف رفتارشان پاسخ دهند. این پاسخ‌ها در یک طیف ۳ درجه‌ای ۰= نادرست، ۱= تا حدی درست و ۲= مطمئناً درست می‌باشد که نمره فرد را در یک دامنه ۰ تا ۱۲ گزارش می‌دهند. همچنین سوال مجزای دیگری که آیا تحریک‌پذیری موجب مشکلاتی در من یا او شده است نیز به عنوان شاخص آسیب به دلیل تحریک‌پذیری در آن در نظر گرفته شده است. مولرانی و همکاران (Mulraney et al., 2014) با استفاده از تحلیل (ROC: Receiver Operating Characteristic) نمره برش ۴ را برای تحریک‌پذیری در حالت خودگزارشی و نمره ۳ را هنگامی که والدین به آن پاسخ می‌دهند برآورد کرده‌اند. سازندگان این مقیاس پایایی این پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ در نمونه‌ی آمریکایی ۰/۸۸ و در نمونه بریتانیایی ۰/۹۰ گزارش کرده‌اند. همچنین در پژوهش شیبانی و همکاران (Sheybani et al., 2018) پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است.

### روش مداخله:

پایه و مبنای مداخله مبتنی بر اینترنت مورد استفاده در پژوهش حاضر بر اساس مدل مداخله مبتنی بر اینترنتی که توسط واحد روان‌شناسی بالینی گروه روانپزشکی و روان‌درمانی در مرکز پزشکی دانشگاه هامبورگ آلمان ایجاد شده است و شرودر و همکاران (Schröder et al., 2020) در پژوهش خود از آن استفاده کرده‌اند، بود اما به دلیل همسان‌سازی آن با اهداف پژوهش حاضر این مدل با پروتکل درمانی که کلارک (Clark., 2006) برای اصلاح ارزیابی‌های ثانویه و سالکوسکیس (Salkovskis et al., 2000)

برای اصلاح باورهای مسئولیت‌پذیری افراطی تدوین کرده‌اند؛ و ایزدخواست و همکاران (Izadi et al., 2013) از آن‌ها در پژوهش خود استفاده کرده‌اند، ترکیب شده است.

جدول شماره ۱: پروتکل درمانی استفاده شده

۱	معارفه	در این جلسه ویژگی‌های مداخله، هدف پژوهش، نحوه انجام تمرینات در منزل، تعداد جلسات، مدت‌زمان هر جلسه توضیح داده می‌شود و شرکت‌کنندگان آزمون‌های لازم را انجام می‌دهند، و فرم رضایت آگاهانه را نیز پر می‌کنند.
۲	آموزش روانی	در آموزش روانی به ویژگی‌های اصلی OCD، وسواس‌ها و اجبارها، تفاوت افکار و وسواسی با افکار بهنجار، مدل‌های مختلف استرس پرداخته می‌شود.
۳	شناختی	افزایش آگاهی و اصلاح سه حوزه اعتقادی ناکارآمد در OCD (بیش‌برآورد تهدید، عدم تحمل قطعیت، مسئولیت افراطی)، مقابله با سوگیری‌های شناختی و شبکه‌های اسنادی و ارائه آزمایش رفتاری برای عمل‌خنثی‌سازی افکار
۴	فراشناختی	اصلاح دو حوزه باورهای ناکارآمد ویژه OCD (اهمیت بیش از حد افکار، اهمیت کنترل افکار)، ناکارآمدی نشخوار فکری، ذهن آگاهی، مهارت حل مسئله کارآمدتر
۵	کنترل تکانه	شناخت هیجانات مثبت و منفی، آشنایی با فواید کنترل تکانه، استفاده از روش ABC و مهارت حل مسئله در برخورد با موقعیت تحریک‌کننده، آموزش مهارت‌های مهار تکانه
۶	ذهن آگاهی	تأثیر توجه به زمان حال به جای تلاش برای خنثی‌سازی تجربیات داخلی، تلاش برای درک اینکه افکار یک سری واحد هستند که می‌توان آن‌ها را بدون تهدید در نظر گرفت.
۷	مواجهه تجسمی	تهیه لیست موقعیت‌های وسواسی، آموزش تکنیک‌های مواجهه و جلوگیری از پاسخ بر اساس سلسله‌مراتب اضطراب، تمرین و تکرار مواجهه تجسمی و واقعی و ثبت و کنترل موانع بازداری از پاسخ
۸	مواجهه واقعی	انجام تمرینات مواجهه واقعی، چالش‌های شجاعانه و قرار گرفتن در موقعیت‌های اضطراب‌زا
۹	پس‌آزمون	ارزیابی میزان اثربخشی درمان با استفاده از پس‌آزمون، ارائه توصیه‌هایی جهت حفظ بهبودی در ادامه روند زندگی

### نحوه جمع‌آوری اطلاعات

بعد از دریافت معرفی‌نامه از سوی دانشکده، برای جمع‌آوری نمونه پژوهش ابتدا به اداره کل آموزش و پرورش استان گیلان مراجع نموده و پس از بررسی‌های لازم از سوی پژوهشکده اداره مربوطه و

حذف تعدادی از سؤالات مربوط به وسواس جنسی از پرسش‌نامه تشخیصی به دلیل نامناسب بودن سؤالات بر حسب گروه سنی مورد هدف، مجوز لازم از سمت این اداره دریافت شد و جهت بازبینی به حراست و مدیریت آموزش پرورش ناحیه ۱ رشت ارجاع داده شد. پس از بررسی‌های لازم از سوی حراست این اداره مجوز انجام این پژوهش را در ۳ مدرسه (شهید سیادت‌تی ۲، همراه ۲، شاهد ۲) صادر نمودند، سپس با مدیران و معلمان ۲ مدرسه شهید سیادت‌تی ۲ و همراه ۲ هماهنگی‌های لازم صورت گرفت و پس از آن پرسش‌نامه آنلاین اختلال وسواسی - جبری ییل براون جهت غربالگری دانش‌آموزان دارای نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری در گروه‌های درسی تحت وب دانش‌آموزان کلاس پنجم و ششم دبستان این دو مدرسه قرار داده شد که از بین ۴۸۷ دانش‌آموز در حال تحصیل در این دو پایه در این مدارس، ۲۶۸ نفر از آن‌ها این پرسش‌نامه را تکمیل نمودند که از بین آن‌ها ۲۸ نفر (با نمره ۱۶) به عنوان افراد دارای اختلال وسواسی - جبری شناسایی شدند و از این میان پس از در نظر گرفتن ملاک‌های ورود (از جمله، دامنه سنی ۱۱ تا ۱۲ سال، نداشتن بیماری جسمی و روانی دیگر، رضایت داوطلبانه، دسترسی به اینترنت و رایانه شخصی) و مصاحبه تشخیصی تلفنی کوتاه (میانگین ۱۵ دقیقه برای هر فرد) جهت اطمینان از وجود علائم اختلال وسواسی - جبری در این افراد، ۲۴ نفر انتخاب گردیدند و در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۲ نفر) جای‌دهی شدند و پیش‌آزمون‌ها را تکمیل کردند و گروه آزمایش در ۸ جلسه به صورت آنلاین (غیرحضور)، هفته‌ای یک‌بار مداخلات لازم را در قالب پاورپوینت‌های آموزشی، صدا، کاربرگ‌های تمرینی و جلسات هفتگی ویدئوکنفرانس انفرادی کوتاه‌مدت (میانگین ۱۵ دقیقه برای هر نفر) دریافت نمودند و گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکردند. به علت عدم همکاری، مشغله تحصیلی به وجود آمده به دلیل حضوری شدن مدارس و تداخل جلسات پایانی با زمان امتحانات میان‌ترم مدارس و نقص در تکمیل داده‌ها، سه نفر از گروه آزمایش انصراف دارند که پیرو آن نیز سه نفر به صورت تصادفی از گروه کنترل (به علت مساوی‌سازی تعداد گروه‌ها) حذف شدند. مجدد از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون گرفته شد و نتایج مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. همچنین با گروه کنترل بعد از مداخله هماهنگ گردید که در صورت تمایل می‌توانند این آموزش را در ۸ جلسه دریافت نمایند. قابل ذکر است که در پژوهش حاضر جهت جلوگیری از افت آزمودنی‌ها سعی گردید که مطالب با زبانی کاملاً صمیمی، کودکانه و متناسب‌سازی شده با گروه سنی هدف ارائه شود و همچنین در جلسات ابتدایی تمریناتی برای افزایش انگیزه شرکت‌کنندگان برای مشارکت در روند درمان در نظر گرفته شده بود.

### روش تحلیل

در پژوهش حاضر، داده‌های به دست آمده در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی از شاخص‌های فراوانی و درصد متغیرهای جمعیت‌شناختی و در بخش استنباطی از آزمون

یومان ویتنی جهت مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل با یکدیگر در مراحل دوگانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون استفاده شد. محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS - 24 انجام شد.

### یافته‌ها

در پژوهش حاضر، یافته‌های جمعیت‌شناختی در دو گروه آزمایش و کنترل بر اساس سن، ترتیب تولد، معدل، تحصیلات پدر و تحصیلات مادر در جدول ۱ ذکر شده است. همانطور که در جدول ۱ قابل مشاهده است، تمام شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر در بازه‌ی سنی ۱۱-۱۲ سال بودند و بیشترین فراوانی علائم و سواسی - جبری در شرکت‌کنندگان پژوهش حاضر، بر اساس ترتیب تولد در فرزندان دوم خانواده قابل رویت است، همچنین تمام شرکت‌کنندگان این پژوهش دارای معدل خوب تا خیلی خوب بودند و به جز ۲ نفر تحصیلات پدر و مادرشان، سیکل یا دیپلم بوده است.

جدول ۲: توزیع فراوانی و درصد ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه آزمایش و کنترل

متغیر	گروه آزمایش		گروه کنترل	
	فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۱۱ سال	۷	۳	۳۳.۳
	۱۲ سال	۲	۶	۶۶.۶
ترتیب تولد	فرزند اول	۳	۲	۲۲.۲
	فرزند دوم	۲	۴	۴۴.۴
	فرزند سوم و چهارم	۱	۱	۱۱.۱
	تک‌فرزند	۳	۲	۲۲.۲
معدل	خیلی خوب	۸	۷	۷۷.۷
	خوب	۱	۲	۲۲.۲
	قابل قبول	۰	۰	۰
تحصیلات پدر	سیکل	۵	۳	۳۳.۳
	دیپلم	۲	۵	۵۵.۵
	لیسانس	۱	۰	۰
	فوق لیسانس	۱	۱	۱۱.۱
تحصیلات مادر	سیکل	۳	۴	۴۴.۴
	دیپلم	۴	۵	۵۵.۵
	لیسانس	۲	۰	۰
	فوق لیسانس	۰	۰	۰

جهت بررسی فرض بهنجار بودن توزیع دو متغیر مسئولیت پذیری افراطی و تحریک پذیری در پژوهش حاضر، از آزمون شاپیرو - ویلک استفاده گردید که مقدار آن حاکی از آن است که توزیع هر دو متغیر به تفکیک گروه‌ها نرمال است ( $P > 0/05$ ). در جدول ۲ نیز میانگین و انحراف معیار متغیر مسئولیت پذیری افراطی و تحریک پذیری ارائه شده است.

دول ۲: میانگین و انحراف معیار متغیر مسئولیت پذیری افراطی و تحریک پذیری در پیش‌آزمون - پس‌آزمون

مؤلفه‌ها		موقعیت		گروه کنترل		گروه آزمایش	
				میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مسئولیت پذیری افراطی	پیش‌آزمون	۱۲۱/۶۷	۲۹/۲۲	۱۰۱/۱۱	۸/۱۱		
	پس‌آزمون	۱۱۵/۶۷	۲۶/۹۸	۶۹/۲۲	۱۵/۸۶		
تحریک پذیری	پیش‌آزمون	۶/۶۷	۲/۳۹	۸/۱۱	۱/۹۰		
	پس‌آزمون	۷/۱۱	۲/۶۱۹	۵/۰۰	۱/۱۸۰		

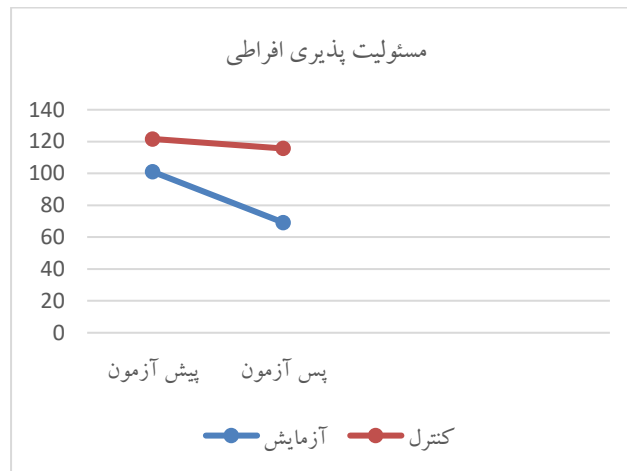
به منظور بررسی اثربخشی مداخله به کار رفته در پژوهش حاضر، به دلیل تعداد کم نمونه، تفاضل بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای پژوهش با استفاده از تحلیل آماری یومان ویتنی، مورد مقایسه قرار گرفت.

جدول ۲: نتایج حاصل از آزمون یومان ویتنی بر تفاضل رتبه‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون متغیرهای مسئولیت

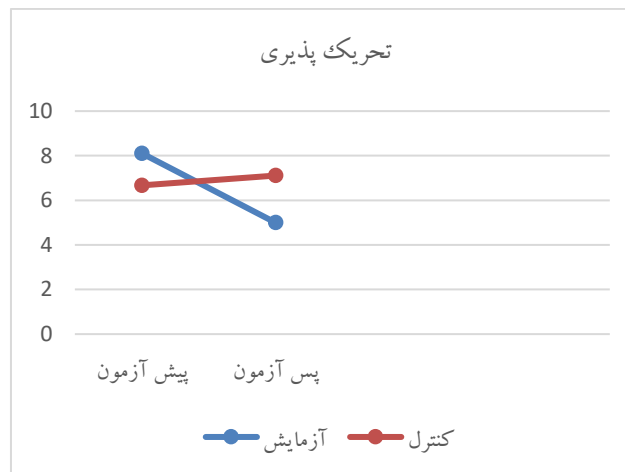
پذیری افراطی و تحریک پذیری

متغیر	گروه	میانگین رتبه	مقدار یومان - ویتنی	مقدار نمره Z	P	اندازه اثر	توان آماری
مسئولیت پذیری افراطی	آزمایش	۱۳/۵۰	۴/۵۰۰	-۳/۱۸۲	۰/۰۰۱	۲/۱۸	۰/۹۹
	کنترل	۵/۵۰					
تحریک پذیری	آزمایش	۱۲/۸۹	۱۰/۰۰۰	-۲/۷۰۷	۰/۰۰۷	۱/۰۴	۰/۷۷
	کنترل	۶/۱۱					

همانطور که در جدول ۳ نشان داده شده است نتایج حاصل از آزمون یومان ویتنی بر تفاضل رتبه‌های مسئولیت پذیری افراطی و تحریک پذیری در پس‌آزمون و پیش‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل نشان داده است که اثر مداخله برای متغیرهای مسئولیت پذیری افراطی و تحریک پذیری از پیش‌آزمون تا پس‌آزمون معنادار بوده است.



نمودار ۱: میانگین مسئولیت پذیری افراطی در پیش آزمون - پس آزمون گروه آزمایش و کنترل



نمودار ۲: میانگین تحریک پذیری در پیش آزمون - پس آزمون گروه آزمایش و کنترل

## نتیجه

پژوهش حاضر، باهدف بررسی اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت بر مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری دختران نوجوان دارای نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری صورت گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که این روش درمانی منجر به کاهش مسئولیت‌پذیری افراطی و تحریک‌پذیری نوجوانان دختر دارای نشانه‌های این اختلال می‌گردد ( $p < 0/001$ ). این یافته‌ها هم راستا با نتایج پژوهش‌های

پیشین که به بررسی اثربخشی این روش درمانی پرداخته‌اند، است (Conzelmann et al., 2022; Hollmann et al., 2021; Imai et al., 2022; Lenhard et al., 2020; Lenhard et al., 2017; Lenhard et al., 2014; Lundström et al., 2022; Schröder et al., 2020; Wootton et al., 2015; Wootton et al., 2021; Wootton et al., 2019).

مدل‌های شناختی اخیر در رابطه با اختلال وسواسی - جبری، نقش علی را برای مسئولیت و احساس گناه در ایجاد و حفظ این اختلال در نظر می‌گیرند. این دیدگاه‌ها بر این باور هستند که افراد مبتلا به OCD احساس مسئولیت افراطی دارند و می‌ترسند مرتکب اشتباهاتی شوند که مورد سرزنش قرار بگیرند (Mancini & Gangemi., 2004; Rachman et al., 2006; Salkovskis., 1985; Salkovskis & Wahl., 2003) اگر فرض کنیم که مسئولیت‌پذیری افراطی در واقع یک عامل سببی در OCD باشد، می‌توان به این نتیجه رسید که افراد مبتلا به OCD، در مواقعی که در آن مسئولیت شخصی‌ای برای جلوگیری از یک تهدید را در خود حس می‌کنند، بیش از سایر افراد، دست به انواع مختلفی از رفتارها می‌زنند تا از خطر مرتکب شدن به یک اشتباه جبران ناپذیر و یا نادیده گرفتن موارد ضروری مصمون بمانند، همان طور که آن‌ها برای کاهش این خطرات تلاش می‌کنند، تعدد رفتارهای آن‌ها ممکن است منجر به ایجاد تشریفات اجباری شود، و عدم اطمینان در مورد اینکه آیا رفتار خاص به کار برده شده، واقعا موثر خواهد بود، منجر به بروز مجدد آن رفتار جهت برطرف کردن نگرانی آن‌ها خواهد شد (Van den Heuvel et al., 2022). در تایید این موضوع نیز راجمن (Rachman., 2002) اخیراً یک نظریه شناختی ویژه‌ای را در مورد اختلال وسواسی - جبری فرموله کرده است، که در آن استدلال می‌کند که حاصل ضرب مسئولیت درک شده، احتمال آسیب درک شده و میزان جدیت آسیب درک شده، شدت و مدت زمان بروز رفتارهای اجباری را تعیین می‌کنند. راجمن (Rachman., 2002) در این نظریه به سه بیانیه می‌پردازد، اول اینکه او بر این اعتقاد است که مسئولیت و خطر درک شده نقش اساسی در بررسی رفتار دارند، دوم اینکه مسئولیت بالا منجر به افزایش ادراک خطر می‌شود و سوم رفتارهای اجباری طولانی مدت منجر به مسئولیت‌پذیری بیشتر این افراد می‌گردد. به عبارت دیگر، احساس مسئولیت افراطی، هم می‌تواند از عوامل زمینه‌ای و هم تداوم بخش اختلال وسواس فکری - جبری در نظر گرفته شود.

طبق مفاهیم نظری توضیح داده شده، برای کاهش تعدد رفتارهای اجباری و افکار تحریف‌شده فرد مبتنی بر مسئولیت‌پذیری شخصی خود در موقعیت‌های تهدید برانگیز لازم است تا پ باورهای شناختی نادرست این افراد تغییر یابد؛ بنابراین در پژوهش حاضر در جلسات ابتدایی درمان سعی گردید تا با آموزش روانی که یکی از تکنیک‌های درمان شناختی - رفتاری محسوب می‌شود، شرکت‌کنندگان را با ارائه مثال‌های متعدد ساده‌سازی شده متناسب با سن آن‌ها با ماهیت این افکار تحریف شده و اثرات آن‌ها آگاه کنیم، و پس از آن



در جلسات بعدی، هر فرد با شناسایی افکار بیش برآورد مسئولیت خود در موقعیت‌ها و ارزیابی مجدد آن‌ها با استفاده از تکنیک‌های پرسشگری سقراطی توانست این افکار را به چالش بکشد، و این کار موجب گردید تا میزان اعتماد شرکت‌کنندگان به این افکار تحریف شده کاهش یابد، به عبارت دیگر با انجام این تکالیف، شرکت‌کنندگان توانستند دید واقع‌بینانه‌تری در مورد میزان مسئولیت خود، احتمال و جدیت آسیب و خطری که با آن مواجه خواهند شد، داشته باشند. در پروتکل درمانی پژوهش حاضر با توجه به اینکه درمان به صورت اینترنتی ارائه می‌گردد، در جلسات درمانی بر بعد شناختی درمان ICBT تمرکز بیشتری شد، و جلسات درمانی بر اساس این اصل که با اصلاح باورها و تحریف‌های شناختی افراد وسواسی می‌توان رفتارهای اجباری آن‌ها را کاهش داد، طراحی گردیدند، چرا که همان‌طور که در توضیح اختلال وسواسی - جبری نیز به آن اشاره شد افکار وسواسی به خودی خود می‌توانند از عوامل ایجادکننده و تداوم‌بخش این اختلال در نظر گرفته شوند، و فرد جهت اجتناب از تکرار این افکار و تسکین اضطراب ناشی از آن‌ها، دست به انجام فعالیت‌های تکراری (رفتارهای اجباری) می‌زند، بنابراین با درهم شکستن این افکار و کاهش اعتبار آن‌ها، می‌توانیم چرخه باطلی که این افکار ایجاد می‌کنند را بشکنیم و فرد را به درک و واکنش بهتری از موقعیت‌ها برسانیم. همان‌طور نتایج پژوهش حاضر نیز نشان داد که این شیوه درمانی اثربخشی قابل قبولی در بهبود مسئولیت‌پذیری افراطی و علائم اختلال وسواسی - جبری شرکت‌کنندگان داشته است.

از طرف دیگر تحریک‌پذیری شدید نیز، یک نگرانی رایج درمانی در میان کودکان و نوجوانانی است که برای خدمات بهداشت روانی مراجعه می‌کنند، اگرچه درجاتی از تحریک‌پذیری در طول رشد، بهنجار محسوب می‌شود، اما تحریک‌پذیری شدید به‌عنوان یک اختلال در تنظیم هیجان‌ها که با تمایل شدید خشم مشخص می‌شود، تعریف شده و به‌عنوان یک علامت فرا تشخیصی و ضروری مرتبط با بسیاری از مقوله‌های تشخیصی مختلف (مانند اختلالات خلق مخرب<sup>۱</sup>، افسردگی<sup>۲</sup>، اختلالات اضطرابی<sup>۳</sup>، اختلالات شخصیت<sup>۴</sup>، و اختلالات مرتبط با استرس<sup>۵</sup>) شناخته شده است (Stringaris et al., 2018). به طور کلی نظریه پردازان بر این باور هستند که اختلال در تنظیم هیجان‌ها، به یک الگوی ناسازگار در مدیریت و ابزار هیجان اشاره دارد و دسته‌ای از پژوهشگران معتقدند که اختلال در تنظیم هیجان ناشی از اختلال در فرایندهایی است که احساسات را ایجاد می‌کنند (اختلالات آگاهی و درک عاطفی) و دسته‌ای دیگر آن را ناشی از اشکالاتی در

---

1. Disruptive mood dysregulation disorder  
 2. Depression  
 3. Anxiety Disorders  
 4. Personality Disorders  
 5. Stress-related disorders

فرایندهای تنظیم کننده هیجان‌ها مانند توانایی اجرای استراتژی‌های تنظیم هیجان در نظر می‌گیرند. در واقع دو مولفه بی‌نظمی هیجان - تولید و تنظیم - در توسعه و حفظ مشکلات درونی و برونی سازی نوجوانان تحریک پذیر دخیل هستند و در میان نوجوانان مبتلا به اختلالات علائم اضطرابی از جمله وسواس فراوانی بیشتر تجارب عاطفی منفی، مشکلات استفاده از ارزیابی مجدد شناختی موثر و نقص در درک و مدیریت احساسات و هیجان‌ها خود وجود دارد (Biederman & Jellinek., 1998). الگوهای استفاده از استراتژی تنظیم هیجان در مشکلات و اختلالات برونی سازی جوانان نیز دخیل است، و با نشخوار خشم که رفتار پرخاشگرانه را پیش بینی می‌کند، واکنش عاطفی بالا، نقص در درک عاطفی، و مشکل در مدیریت احساسات منفی مرتبط است (Adleman et al., 2012) و بسیاری از کاستی‌های تنظیم کننده هیجان که در سایر زمینه‌های آسیب‌شناسی روانی ناسازگار هستند نیز در تحریک‌پذیری نقش دارند (Leibluft & Stoddard., 2013). بنابراین می‌توان چنین استنتاج کرد که تحریک‌پذیری، عموماً به دلیل اختلال در فرایندهای تنظیم هیجان، از جمله تولید و فرایند آن ایجاد می‌شود.

همچنین همان‌طور که ذکر گردید، افراد مبتلا به OCD اغلب تمایلات کمال‌گرایانه‌ای دارند که چنین تمایلاتی دستیابی آن‌ها به اهداف مورد انتظار آن‌ها را سخت می‌کند، و زمانی که آن‌ها انتظار دریافت پاداشی را دارند؛ اما آن را دریافت نمی‌کنند، به دلیل بی‌نظمی‌های هیجانی و پاسخ نابهنجاری که به این ناامیدی ناشی از عدم دریافت پاداش مورد انتظار دارند، از خود رفتارهای پرخاشگرانه را بروز می‌دهند. از طرف دیگر، افراد مبتلا به OCD عموماً، باورهای مربوط به آمیختگی فکر و عمل، بیش برآورد خطر و اهمیت زیاد افکار را دارند، بنابراین در ارزیابی میزان پتانسیل خطر بالقوه، دچار مشکل هستند و ممکن است هرگونه فکر بهنجار و یا رویداد طبیعی را نیز بسیار مهلک و ترسناک برآورد کنند، نتیجه این پردازش نابهنجار محرک‌های تهدیدزا، ممکن است منجر به بروز واکنش پرخاشگرانه ناسازگار در آن‌ها شود. همچنین قابل ذکر است که دسته‌ای از افراد مبتلا به OCD که درگیر افکار وسواسی هستند، دائماً با نشخوارهای خشم خصوصاً در وسواس‌های فکری پرخاشگرانه، مواجه می‌شوند که این نشخوار خشم، و تلاش برای سرکوب خشم بیرونی به جهت اینکه منجر به ایجاد ویژگی منفور در آن‌ها می‌گردد، منجر به بروز خشم متوجه خود و رفتارهای پرخاشگرانه انفجاری در این افراد می‌گردد.

بنابراین، همان‌طور که در مفاهیم نظری تحریک‌پذیری ذکر گردید این مؤلفه در افراد دارای اختلال وسواسی - جبری را می‌توان ناشی از دو عامل در نظر گرفت، در عامل اول، فرض بر این است که رفتارهای تحریک پذیرانه به دلیل باورهای نادرست افراد وسواسی - جبری است؛ این باورها که شامل باورهای

کمال‌گرایانه، آمیختگی فکر و عمل، بیش برآورد تهدید و عدم توانایی کنترل بر افکار است، منجر می‌شود تا فرد برآورد غیرواقعی و تحریف شده‌ای از موقعیت‌ها و نقش خود در آن داشته باشد و در نتیجه در این موقعیت‌ها واکنش‌های افراطی و نامتناسب از خود بروز دهد؛ بنابراین یکی از مواردی که در پروتکل درمانی پژوهش حاضر در نظر گرفته شد، افکار پایه‌ای زمینه‌ساز این واکنش‌ها بود؛ به این صورت که در جلسات درمانی با آگاهی، ارزیابی و تغییر این افکار و جایگزینی افکار واقع‌بینانه‌تر تلاش گردید تا حدی این عوامل زمینه‌ساز خنثی گردند که به سبب آن نیز این رفتارهای تحریک پذیرانه کاهش یافت. از طرفی دیگر عامل زمینه‌ساز دوم در بروز تحریک‌پذیری افراد دارای OCD، اختلالات در تنظیم هیجانات (نحوه پردازش و بیان هیجانات) می‌باشد که در رابطه با این عامل نیز، در پروتکل درمانی حاضر با اختصاص دادن جلسات آموزش تکنیک‌های تنظیم هیجان صحیح، مهارت‌های حل مسئله (نحوه یافتن مشکل اصلی، اولویت‌بندی کردن، پاسخ‌دهی صحیح) و روش‌های مقابله در شرایط استرس‌زا، تلاش گردید تا این نقص مهارتی نوجوانان نیز اصلاح گردد.

در مجموع قابل‌ذکر است که درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر اینترنت، می‌تواند یک روش کارآمد در بهبود اختلالات روانی به‌خصوص اختلالات خود - ناهمخوان برای رده سنی کودکان و نوجوانان باشد، چرا که این روش درمانی یک شیوه درمانی آموزش‌محور و خودیاری را در قالب کتابچه‌های آموزشی، با همراهی مربی یا مشاور، برای دانش‌آموزان فراهم می‌آورد که تا حد بسیار زیادی شبیه به آموزش‌های مدرسه‌ای است و همین امر موجب می‌شود که دانش‌آموزان چندان در این روش درمانی، احساس ناآشنایی و غریبگی نداشته باشند. از طرف دیگر، انتقال پروتکل‌های درمانی نوجوانان از محیط‌های کلینیکی به محیط‌هایی مثل خانه که آن‌ها احساس امنیت بیشتری در آن‌ها می‌کنند موجب می‌شود که نوجوانان با فشار و ترس کمتر ناشی از حضور در مراکز درمانی و برچسب خوردن بتوانند روند درمانی خود را اتمام ببخشند. در این بین اما ساده‌سازی مفاهیم درمانی و ارائه مثال‌های متعدد متناسب با رده سنی کودکان و نوجوانان که بتوانند به‌صورت خودمحور روند درمان خود را طی کنند از سختی‌های کار ICBT محسوب می‌شود که لازم است در آینده، مطالعات و اقدامات بیشتری جهت تسهیل این روش درمانی نوین صورت گیرد.

## References

- Adleman, N. E., Fromm, S. J., Razdan, V., Kayser, R., Dickstein, D. P., Brotman, M. A., Pine, D. S., & Leibenluft, E. (2012). Cross-sectional and longitudinal abnormalities in brain structure in children with severe mood dysregulation or bipolar disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1149-1156. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2012.02568.x
- Amerio, A., Maina, G., & Ghaemi, S. (2019). Updates in treating comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 256, 433-440. DOI:10.1016/j.jad.2019.06.015
- Arntz, A., Voncken, M., & Goosen, A. C. (2007). Responsibility and obsessive-compulsive disorder: An experimental test. *Behaviour research and therapy*, 45(3), 425-435. DOI: 10.1016/j.brat.2006.03.016
- Biederman, J., & Jellinek, M. S. (1998). Resolved: mania is mistaken for ADHD in prepubertal children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 37(10), 1091-1099. DOI: 10.1097/00004583-199810000-00020
- Blanco, C., Olfson, M., Stein, D. J., Simpson, H. B., Gameroff, M. J., & Narrow, W. H. (2006). Treatment of obsessive-compulsive disorder by US psychiatrists. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(6), 946-951. DOI: 10.4088/jcp.v67n0611
- Cheng, Y.-F., Chen, V. C.-H., Yang, Y.-H., Chen, K.-J., Lee, Y.-C., & Lu, M.-L. (2019). Risk of schizophrenia among people with obsessive-compulsive disorder: A nationwide population-based cohort study. *Schizophrenia Research*, 209, 58-63. DOI: 10.1016/j.schres.2019.05.024
- Clark, D. A. (2006). *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. Guilford Press.[Book].
- Conzelmann, A., Hollmann, K., Haigis, A., Lautenbacher, H., Bizu, V., App, R., Nickola, M., Wewetzer, G., Wewetzer, C., & Ivarsson, T. (2022). Internet-based psychotherapy in children with obsessive-compulsive disorder (OCD): protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 23(1), 1-12. DOI: 10.1186/s13063-022-06062-w
- Eddy, K. T., Dutra, L., Bradley, R., & Westen, D. (2004). A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology review*, 24(8), 1011-1030. DOI: 10.1016/j.cpr.2004.08.004
- Evans, S. C., Weisz, J. R., Carvalho, A. C., Garibaldi, P. M., Bearman, S. K., & Chorpita, B. F. (2020). Effects of standard and modular psychotherapies in the treatment of youth with severe irritability. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 255. DOI: 10.1037/ccp0000456.
- Farrell, L. J., Oar, E. L., Waters, A. M., McConnell, H., Tiralongo, E., Garbharan, V., & Ollendick, T. (2016). Brief intensive CBT for pediatric OCD with E-therapy maintenance. *Journal of anxiety disorders*, 42, 85-94. DOI: 10.1016/j.janxdis.2016.06.005.
- First, M. B., & Gibbon, M. (2004). The structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders (SCID-I) and the structured clinical interview for DSM-IV axis II disorders (SCID-II). DOI: 10.1007/978-0-387-79948-3\_2011
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R. L., Hill, C. L., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 1006-1011. DOI: 10.1001/archpsyc.1989.01810110048007.
- Group, O. C. C. W. (1997). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder.

- Behaviour research and therapy*, 35(7), 667-681.
- Guzick, A. G., Geller, D. A., Small, B. J., Murphy, T. K., Wilhelm, S., & Storch, E. A. (2021). Irritability in children and adolescents with OCD. *Behavior Therapy*, 52(4), 883-896. DOI: 10.1016/j.beth.2020.11.001.
- Hajebi, A., Motevalian, S. A., Rahimi-Movaghar, A., Sharifi, V., Amin-Esmaeili, M., Radgoodarzi, R., & Hefazi, M. (2018). Major anxiety disorders in Iran: prevalence, sociodemographic correlates and service utilization. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-8. DOI 10.1186/s12888-018-1828-2. (In Persian)
- Halvaeipour, Z., Khormaei, F., Khanzadeh, M., & Nosratabadi, M. (2013). Validation of the persian version of obsessive beliefs questionnaire-child and teenager version in group of Iranian adolescents. *SSU\_Journals*, 21(3), 319-329. DOI: 20.1001.1.17353165.1393.13.5.2.1. (In Persian)
- Hedman, E., Ljótsson, B., & Lindfors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: a systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 12(6), 745-764. DOI: 10.1586/erp.12.67.
- Hewitt, P. L., Caelian, C. F., Flett, G. L., Sherry, S. B., Collins, L., & Flynn, C. A. (2002). Perfectionism in children: Associations with depression, anxiety, and anger. *Personality and individual Differences*, 32(6), 1049-1061. DOI: 10.1016/S0191-8869(01)00109-X.
- Hollmann, K., Allgaier, K., Hohnecker, C. S., Lautenbacher, H., Bizu, V., Nickola, M., Wewetzer, G., Wewetzer, C., Ivarsson, T., & Skokauskas, N. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy in children and adolescents with obsessive compulsive disorder: a feasibility study. *Journal of Neural Transmission*, 128(9), 1445-1459. DOI: 10.1007/s00702-021-02409-w.
- Imai, H., Tajika, A., Narita, H., Yoshinaga, N., Kimura, K., Nakamura, H., Takeshima, N., Hayasaka, Y., Ogawa, Y., & Furukawa, T. (2022). Unguided Computer-Assisted Self-Help Interventions Without Human Contact in Patients With Obsessive-Compulsive Disorder: Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of medical Internet research*, 24(4), e35940. DOI: 10.2196/35940.
- Izadi, R., & ABEDI, M. (2013). Comparison of the Effectiveness of Treatment based on Correcting of Secondary Control Appraisals and Treatment based on Correcting of Inflated Responsibility in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. DOI: 10.22075/JCP.2017.2113. (In Persian).
- Kabirnezhad, S., M, A. M., & Sharifi, M. A. (2010). Validity and Reliability of the Responsibility Attitude Scale (RAS). DOI: 10.22054/jcps.2019.35742.1969. (In Persian).
- Kakhi, S., & Soomro, G. M. (2015). Obsessive compulsive disorder in children and adolescents: duration of maintenance drug treatment. *BMJ Clinical Evidence*, 2015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26046809/>.
- Karyotaki, E., Furukawa, T. A., Efthimiou, O., Riper, H., & Cuijpers, P. (2019). Guided or self-guided internet-based cognitive-behavioural therapy (iCBT) for depression? Study protocol of an individual participant data network meta-analysis. *BMJ open*, 9(6), e026820. DOI: 10.1136/bmjopen-2018-026820.
- Krebs, G., Pile, V., Grant, S., Degli Esposti, M., Montgomery, P., & Lau, J. Y. (2018). Research review: Cognitive bias modification of interpretations in youth and its effect on anxiety: A meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(8), 831-

844. DOI: 10.1111/jcpp.12809.
- Ladouceur, R., Rhéaume, J., & Aublet, F. (1997). Excessive responsibility in obsessional concerns: A fine-grained experimental analysis. *Behaviour research and therapy*, 35(5), 423-427. DOI: 10.1016/S0005-7967(96)00117-9.
- Leibenluft, E., & Stoddard, J. (2013). The developmental psychopathology of irritability. *Development and psychopathology*, 25(4pt2), 1473-1487. DOI: 10.1017/S0954579413000722.
- Lenhard, F., Andersson, E., Mataix-Cols, D., Rück, C., Aspvall, K., & Serlachius, E. (2020). Long-term outcomes of therapist-guided Internet-delivered cognitive behavior therapy for pediatric obsessive-compulsive disorder. *NPJ digital medicine*, 3(1), 1-5. DOI: 10.1038/s41746-020-00327-x.
- Lenhard, F., Ssegonja, R., Andersson, E., Feldman, I., Rück, C., Mataix-Cols, D., & Serlachius, E. (2017). Cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behaviour therapy for paediatric obsessive-compulsive disorder: results from a randomised controlled trial. *BMJ open*, 7(5), e015246. DOI: 10.1136/bmjopen-2016-015246.
- Lenhard, F., Vigerland, S., Andersson, E., Rueck, C., Mataix-Cols, D., Thulin, U., Ljotsson, B., & Serlachius, E. (2014). Internet-delivered cognitive behavior therapy for adolescents with obsessive-compulsive disorder: an open trial. *PloS one*, 9(6), e100773. DOI: 10.1371/journal.pone.0100773.
- Lundström, L., Flygare, O., Andersson, E., Enander, J., Bottai, M., Ivanov, V. Z., Boberg, J., Pascal, D., Mataix-Cols, D., & Rück, C. (2022). Effect of internet-based vs face-to-face cognitive behavioral therapy for adults with obsessive-compulsive disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 5(3), e221967-e221967. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2022.1967.
- Luppino, O. I., Tenore, K., Mancini, F., & Basile, B. (2018). A theoretical integration of schema therapy and cognitive therapy in OCD treatment: goals and beliefs of the obsessive mind (part I). *Psychology*, 9(09), 2261. DOI: 10.4236/psych.2018.99130.
- Mancini, F., & Gangemi, A. (2004). Fear of guilt from behaving irresponsibly in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 35(2), 109-120. DOI: 10.1016/j.jbtep.2004.04.003.
- Mulraney, M. A., Melvin, G. A., & Tonge, B. J. (2014). Psychometric properties of the affective reactivity index in Australian adults and adolescents. *Psychological assessment*, 26(1), 148. DOI: 10.1037/a0034891.
- Nayebaghayee, A., Aleyasin, S. A., Heidari, H., & Davodi, H. (2019). Effectiveness of Metacognitive Therapy on Dysfunctional Beliefs, Inflated Sense of Responsibility, and Intolerance of Uncertainty in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of clinical psychology studies*, 9(33), 1-24. DOI: 10.22054/jcps.2019.35742.1969. (In Persian).
- Niemeyer, H., Moritz, S., & Pietrowsky, R. (2013). Responsibility, metacognition and unrealistic pessimism in obsessive-compulsive disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 2(2), 119-129. DOI: 10.1016/j.jocrd.2013.01.001.
- O'Kearney, R., Anstey, K., & von Sanden, C. (2007). Cochrane review: Behavioural and cognitive behavioural therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 2(4), 1283-1313. DOI: 10.1002/14651858.CD004856.pub2.

- Organization, W. H. (2019). *The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health*.
- Politis, S., Magklara, K., Petrikis, P., Michalis, G., Simos, G., & Skapinakis, P. (2017). Epidemiology and comorbidity of obsessive-compulsive disorder in late adolescence: a cross-sectional study in senior high schools in Greece. *International Journal of psychiatry in clinical practice*, 21(3), 188-194. DOI: 10.1080/13651501.2017.1324038.
- Rachman, S. (2002). A cognitive theory of compulsive checking. *Behaviour research and therapy*, 40(6), 625-639. DOI: 10.1016/S0005-7967(01)00028-6.
- Rachman, S. J., Shafran, R., & Riskind, J. H. (2006). Cognitive vulnerability to obsessive-compulsive disorders. In *Cognitive vulnerability to emotional disorders* (pp. 245-260). Routledge. [Book].
- Reeves, J., Reynolds, S., Coker, S., & Wilson, C. (2010). An experimental manipulation of responsibility in children: A test of the inflated responsibility model of obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(3), 228-233. DOI: 10.1016/j.jbtep.2010.01.007.
- Salemink, E., Wolters, L., & de Haan, E. (2015). Augmentation of treatment as usual with online cognitive bias modification of interpretation training in adolescents with obsessive compulsive disorder: a pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 49, 112-119. DOI: 10.1016/j.jbtep.2015.02.003.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behaviour research and therapy*, 23(5), 571-583. DOI:10.1016/0005-7967(85)90105-6.
- Salkovskis, P. M., & Wahl, K. (2003). Treating obsessional problems using cognitive-behavioural therapy. *Cognitive therapy across the lifespan: Theory, research and practice*, 138-171. DOI:10.1017/CBO9781139087094.008.
- Salkovskis, P. M., Wroe, A., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., Richards, C., Reynolds, M., & Thorpe, S. (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive compulsive disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 347-372. DOI: 10.1016/s0005-7967(99)00071-6.
- Schröder, J., Werkle, N., Cludius, B., Jelinek, L., Moritz, S., & Westermann, S. (2020). Unguided Internet-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 37(12), 1208-1220. DOI: 10.1002/da.23105.
- Sharifi, V., Asadi, S. M., Mohammadi, M. R., Amini, H., Kaviani, H., Semnani, Y., Shabanikia, A., Shahrivar, Z., DAVARI, A. R., & HAKIM, S. M. (2004). Reliability and feasibility of the Persian version of the structured diagnostic interview for DSM-IV (SCID). <https://www.sid.ir/paper/82756/fa>. (In Persian).
- Sheybani, H., Mikaeili, N., & Narimani, M. (2018). The efficacy of emotion regulation training on stress, anxiety, depression and irritability of the students with disruptive mood dysregulation disorder. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 5(6), 37-44. DOI:10.21859/ijpn-05066. (In Persian).
- Storch, E. A., Jones, A. M., Lack, C. W., Ale, C. M., Sulkowski, M. L., Lewin, A. B., De Nadai, A. S., & Murphy, T. K. (2012). Rage attacks in pediatric obsessive-compulsive disorder: phenomenology and clinical correlates. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(6), 582-592. DOI: 10.1016/j.jaac.2012.02.016.
- Stringaris, A., Goodman, R., Ferdinando, S., Razdan, V., Muhrer, E., Leibenluft, E., &

- Brotman, M. A. (2012). The Affective Reactivity Index: a concise irritability scale for clinical and research settings. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(11), 1109-1117. DOI: 10.1111/j.1469-7610.2012.02561.x.
- Stringaris, A., Vidal-Ribas, P., Brotman, M. A., & Leibenluft, E. (2018). Practitioner review: definition, recognition, and treatment challenges of irritability in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 59(7), 721-739. DOI: 10.1111/jcpp.12823
- Van den Heuvel, O. A., Boedhoe, P. S., Bertolin, S., Bruin, W. B., Francks, C., Ivanov, I., Jahanshad, N., Kong, X. Z., Kwon, J. S., & O'Neill, J. (2022). An overview of the first 5 years of the ENIGMA obsessive-compulsive disorder working group: The power of worldwide collaboration. *Human Brain Mapping*, 43(1), 23-36. DOI: 10.1002/hbm.24972.
- Wootton, B. M., Dear, B. F., Johnston, L., Terides, M. D., & Titov, N. (2015). Self-guided internet-delivered cognitive behavior therapy (iCBT) for obsessive-compulsive disorder: 12 month follow-up. *Internet Interventions*, 2(3), 243-247. DOI: 10.1016/j.invent.2015.05.003.
- Wootton, B. M., Karin, E., Dear, B. F., Staples, L., Nielssen, O., Kayrouz, R., & Titov, N. (2021). Internet-delivered cognitive-behaviour therapy (ICBT) for obsessive-compulsive disorder when delivered as routine clinical care: A phase IV clinical trial. *Journal of anxiety disorders*, 82, 102444. DOI:10.1016/j.janxdis.2021.102444.
- Wootton, B. M., Karin, E., Titov, N., & Dear, B. F. (2019). Self-guided internet-delivered cognitive behavior therapy (ICBT) for obsessive-compulsive symptoms: a randomized controlled trial. *Journal of anxiety disorders*, 66, 102111. DOI: 10.1016/j.janxdis.2019.102111.
- Zabet, M., Karami, J., & Yazdanbakhsh, K. (2021). The Effectiveness of Cognitive Emotion Regulation Training on Experiential Avoidance of Women with Obsessive-Compulsive Disorder. DOI: 10.22051/PSY.2021.32049.2267.
- Zarafshan, H., Mohammadi, M.-R., & Salmanian, M. (2015). Prevalence of anxiety disorders among children and adolescents in Iran: a systematic review. *Iranian journal of psychiatry*, 10(1), 1. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26005473/>. (In Persian).