

# مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناختی بر درهم آمیختگی فکر بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی

سلاله سادات اصل علوی پایدار<sup>۱</sup>، روشنگر خدابخش<sup>۲\*</sup> و سید ابوالقاسم مهری نژاد<sup>۳</sup>

۱. کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)
۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

## چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناختی بر درهم آمیختگی فکر بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی انجام شد. مطالعه حاضر از طرح‌های نیمه آزمایشی با مدل پیش آزمون - پس آزمون و دارای دو گروه آزمایشی است.

**روش:** جامعه آماری کلیه دانشجویان دختر دانشگاه علم و صنعت ایران در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ بود. نمونه‌گیری اولیه به صورت داوطلبانه توسط فراخوان اجرای پژوهش انجام شد و افراد پرسشنامه پادوا ساناویو را تکمیل نمودند؛ سپس از میان آن‌ها ۱۲ نفر مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی که به تأیید روانشناس بالینی (براساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی نسخه پنجم) نیز رسیده بودند به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی شناختی رفتاری (n=۶) و فراشناختی (n=۶) به طور تصادفی قرار گرفتند. سپس آزمودنی‌ها پرسشنامه درهم آمیختگی فکر را تکمیل نمودند و مداخلات شناختی-رفتاری و فراشناختی هر یک به مدت ده جلسه دو ساعته اجرا شدند. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد.

**نتایج:** هر دو روش درمانی فراشناختی ( $P < 0/001$ ) و شناختی-رفتاری ( $P < 0/001$ ) در کاهش آمیختگی فکر، در پایان درمان و بعد از پیگیری یک‌ماهه مؤثر واقع شدند. به طور کل هر دو گروه فراشناختی ( $P < 0/001$ ) و شناختی-رفتاری ( $P = 0/001$ ) در کاهش وسواس فکری-عملی نیز مؤثر هستند. همچنین اثربخشی هر دو گروه شناختی-رفتاری و فراشناختی در آمیختگی فکر ( $P = 0/07$ ) در پایان درمان و بعد از پیگیری یک‌ماهه تفاوت معنی‌داری ندارند.

**بحث و نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت هر دو درمان شناختی رفتاری و فراشناختی در کاهش آمیختگی فکر و اختلال وسواس فکری-عملی مؤثر می‌باشند و درمان فراشناختی به عنوان درمان جدیدتر در حوزه روانشناختی می‌تواند جایگزین درمان شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های وسواس فکری عملی و زیر شاخه‌های آن باشد.

**کلیدواژه‌ها:** وسواس فکری-عملی، شناختی-رفتاری، فراشناختی، درهم آمیختگی فکر.

\*Email: rkhodabakhsh@alzahra.ac.ir

\* این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است.

دوفصلنامه علمی - پژوهشی

## روان‌شناسی بالینی و شخصیت

(دانشور رفتار)

دوره ۱۶، شماره ۲، پیاپی ۳۱  
پانیز و زمستان ۱۳۹۷  
صص: ۵۱-۴۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۴/۰۸

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۰/۰۳

Biannual Journal of

## Clinical Psychology & Personality

(Daneshvar-e-Raftar)

Vol. 16, No. 2, Serial 31

Autumn & Winter  
2018

pp.: 41-51

## مقدمه

اختلال نمی‌شود و بسیاری از افراد وسواسی نگرش منفی نسبت به دارودرمانی دارند [۶، ۷]؛ لذا با توجه به محدودیت های دارودرمانی، در حوزه روانشناختی توجه زیادی به درمان اختلال وسواس شده است و انواع درمان‌ها برای مقابله مؤثر با این اختلال پیشنهاد شده است؛ اما آنچه باید مورد توجه قرار گیرد تفاوت این مداخلات از نظر سهولت اجرا و تداوم نتایج درمان است. در این راستا محققان نشان داده‌اند رفتار درمانی بر بهبود اختلال وسواس فکری-عملی تأثیر قابل توجهی دارد ولی این شیوه درمانی دارای محدودیت‌های زیادی است از جمله اینکه اکثراً این درمان را دوست ندارند و از ادامه درمان منصرف می‌شوند و به عمد کار درمان را خراب می‌کنند [۷]. همچنین رفتاردرمانی برای وسواس فکری خالص (بدون تشریفات) موفقیت کمتری دارد. از این رو پژوهشگران به این نتیجه رسیدند که مداخله‌های شناختی برای پرداختن به این مشکلات درمان لازم باشند [۸]. لذا درمان شناختی - رفتاری برای بهبود این اختلال مورد توجه بسیاری از متخصصین قرار گرفت. حوزه شناختی-رفتاری مبتنی بر این اندیشه است که وسواس در اثر «سوءتعبیر فاجعه‌آمیز از اهمیت<sup>۸</sup> افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم ذهنی ایجاد می‌شود و تا زمانی که این سوءتعبیرها ادامه پیدا کند، وسواس هم پایدار می‌ماند و با سست شدن آنها کاهش میابد [۳]. مطالعات انجام شده در این زمینه نشان می‌دهد که این روش موجب تسریع پیامدهای فوری درمان، کاهش قابل توجه علائم و نیز کاهش احتمال عود می‌شود [۹، ۱۰، ۱۱]. در حوزه درمان‌های جدیدتر روانشناختی، درمان فراشناختی نیز برای بهبود این اختلال مورد استفاده قرار گرفته است؛ مطالعات نشان داده‌اند که در طول فرایند درمان فراشناختی، تغییر در باورها و افکار بیماران وسواسی به‌طور مستقیم به کاهش علائم این اختلال منجر می‌شود [۱۲، ۱۳].

طی چهل سال گذشته، مدل شناختی - رفتاری، درک خوبی از تأثیر شناخت بر بهزیستی روانشناختی فراهم آورده است و به ایجاد فنونی برای درمان اختلال‌های گوناگون از جمله اختلال وسواس فکری-عملی منجر شده است. در نظریه های شناختی-رفتاری، محتوای فکر تعیین‌کننده اختلال محسوب شده و بسیار مهم شمرده می‌شود، در حالی که در مدل فراشناختی تأکید بر نحوه تفکر ما درباره یک رویداد می‌باشد [۵]. درمان فراشناختی به ویژه به منظور رفع نواقص رویکرد شناختی-رفتاری ظهور کرد. به عقیده ولز، شناخت

اختلال وسواس فکری - عملی<sup>۱</sup> یک اختلال اضطرابی بسیار ناتوان‌ساز است که معمولاً به‌مثابه یک بیماری بدعلاج که نیازمند درمان مادام‌العمر است در نظر گرفته می‌شود. خصیصه اصلی اختلال وسواس فکری - عملی وجود وسواس های فکری یا عملی مکرر و چنان شدید است که رنج و عذاب قابل توجهی را برای فرد به بار می‌آورد. این وسواس‌های فکری یا عملی سبب اتلاف وقت می‌شوند و اختلال قابل ملاحظه‌ای در روند معمولی و طبیعی زندگی، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی، یا روابط فرد ایجاد می‌کنند [۱]. بنابراین توجه به کاهش علائم این اختلال می‌تواند یکی از مباحث ضروری در حوزه روانشناختی و پژوهشی باشد. پژوهشگران زیادی در حیطه علائم وسواس فکری - عملی نشان داده‌اند افراد وسواسی در حوزه باورهای فراشناختی، دچار آمیختگی فکر<sup>۲</sup> هستند. جی ویلیام، کارتریت-هاوتن<sup>۳</sup> و ولز نشان داده اند که بین باورهای آمیختگی فکر و علائم وسواس فکری - عملی رابطه مثبت معناداری وجود دارد [۲]. این باورهای فراشناختی می‌توانند در آغاز شدن و تداوم اختلال وسواس فکری-عملی مؤثر باشد [۲، ۳]. باورهای فراشناختی درباره افکار یا احساسات مزاحم، در پی اصطلاحات معرفی شده از سوی راکمن<sup>۴</sup> [۴] برای توصیف تحریف‌های شناختی در اختلال وسواس «باورهای آمیختگی» یا درهم‌آمیختگی افکار نام‌گذاری شده‌اند. این باورهای آمیختگی در سه حیطه مشخص شده‌اند:

۱- آمیختگی فکر - عمل<sup>۵</sup>: باوری است مبتنی بر این که افکار، احساسات یا تکانه‌های مزاحم به تنهایی می‌توانند فرد را به انجام اعمال ناخواسته و ناشایست وادار سازد.

۲- آمیختگی فکر - رویداد<sup>۶</sup>: باوری است مبتنی بر این که یک فکر مزاحم به تنهایی می‌تواند سبب وقوع رویداد خاص شود یا این باور که داشتن فکر مزاحم به معنای آن است که رویدادی باید قبلاً رخ داده باشد.

۳- آمیختگی فکر - شی<sup>۷</sup>: باوری است مبنی بر اینکه افکار و احساسات می‌توانند به اشیا منتقل شوند، پیامدی که افکار و احساسات را واقعی‌تر، قدرت آسیب‌زایی آنها را بیشتر و گریزناپذیر می‌سازد یا موجب از بین رفتن اشیا می‌شود [۵]. در طی سال‌ها درمان‌های گوناگونی برای بهبود این اختلال پدید آمده‌اند. پژوهش‌ها در حوزه دارودرمانی نشان داده‌اند که این شیوه درمانی به‌تنهایی منجر به بهبود این

<sup>5</sup> Thought active fusion

<sup>6</sup> Thought event fusion

<sup>7</sup> Thought object fusion

<sup>8</sup> Catastrophic misinterpretation of the significance

<sup>1</sup> Obsessive-Compulsive Disorder

<sup>2</sup> Thought fusion

<sup>3</sup> Gwilliam & Cartwright-Hatton

<sup>4</sup> Rachman

نماید. ۲) فرد چه نوع باورهایی درباره افکارش دارد. درمان، باورهای فراشناختی درباره افکار و نیز شیوه برخورد افراد با افکار مزاحم خود را به چالش می کشد [۵]. فیشر و ولز<sup>۵</sup> [۱۸] طی یک پژوهشی اثربخشی درمان فراشناختی را بر روس اختلال وسواس فکری-عملی بررسی کردند. این پژوهش از مدل فراشناختی ولز استفاده شد. ۴ آزمودنی تحت این درمان قرار گرفتند. نتایج پژوهش هم در آخرین جلسه و هم در پیگیری شش ماهه بهبود قابل توجهی را در هر آزمودنی نشان داد. مطالعات و پژوهش‌های انجام شده در مورد اثر بخشی درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های وسواس فکری-عملی نشان داده اند که این روش درمانی در بهبود روند این اختلال و همچنین کاهش آمیختگی فکر در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، تأثیر بسزایی دارد [۱۳، ۱۹].

به دلیل ماهیت چندبعدی بیماری وسواس و داشتن زیر شاخه‌های فراوان در آن، پژوهش‌های جدید احتمالاً به این سمت خواهند رفت که درمان‌های متفاوت را در زیرمجموعه های متفاوت اختلال وسواس فکری عملی بررسی کنند [۲۰]. از طرفی یافتن شیوه های درمانی کوتاه مدت کارآ و مؤثر از جمله ضرورت‌های پژوهش در حوزه درمان می باشد [۲۱]؛ با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش‌ها اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناختی که هر دو به عنوان درمان کوتاه مدت می باشند را در بهبود نشانه های وسواس نشان داده‌اند ولی مقایسه تجربی چندان در رابطه با اثربخشی دو حوزه شناختی رفتاری و فراشناختی که به منظور رفع نواقص حوزه شناختی رفتاری ظهور کرده است؛ در بهبود وسواس فکری عملی و آمیختگی افکار این بیماران صورت نگرفته است. بنابراین هدف اصلی در این پژوهش مقایسه اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناختی در بهبود وسواس فکری-عملی و آمیختگی افکار در افراد مبتلا و امکان استفاده از روش فراشناختی در درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی، به عنوان یک روش درمانی جایگزین و جدیدتر مورد بررسی قرار گرفته است. فرضیه‌های پژوهش عبارتند از:

- ۱- اثر بخشی درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری در آمیختگی فکر (تمام مؤلفه‌ها) بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی تفاوت دارند.

۲- درمان فراشناختی و شناختی رفتاری باعث کاهش آمیختگی فکر می شوند.

۳- درمان فراشناختی و شناختی رفتاری باعث کاهش

درمانی با توجه به این نظر که افکار منفی در اختلال‌های هیجانی از فعالیت باورهای ناکارآمد منتج می شوند، سعی کرده است بیشتر بر روی منشأ محتوای فکر<sup>۱</sup> کار کند، ولی در مورد اینکه چگونه این افکار شکل می گیرند و یا چه ساز و کاری این تفکرات ناکارآمد را برجسته می سازد تلاشی نکرده است. لذا برای فهم فرآیند تفکر<sup>۲</sup> لازم است که بر باورهای فرد درباره تفکر، راهبردهای فردی در مورد کنترل توجه و همچنین نوع باورهای فراشناختی او تأکید نماییم [۱۲].

درمان شناختی رفتاری بر شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش‌های مربوط به احساس مسئولیت افراطی در افراد مبتلا به وسواس فکری - عملی و جلوگیری از خنثی سازی ناشی از این احساس، افزایش مواجهه و کاهش رفتارهای اجتنابی متمرکز است [۱۴]. نتایج تحقیقات در راستای بررسی اثربخشی این حوزه درمانی بر بهبود اختلال وسواس فکری-عملی، مؤید این است که این روش درمانی هم به صورت انفرادی و هم به صورت گروهی تأثیر بسزایی در تمام نشانه‌های این اختلال دارد [۱۵، ۱۶]. طبق تحقیق انجام شده توسط کارترایت و همکاران [۲] و محمدخانی [۱۷]، کاهش نمره وسواس فکری-عملی با کاهش نمره درآمیختگی فکر همبستگی مثبت دارد؛ یعنی اگر وسواس فکری-عملی بهبود یابد، درزمینه آمیختگی فکر بیماران مبتلا به وسواس نیز با بهبود مواجه می شویم؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت بیماران بهبود یافته توسط درمان شناختی-رفتاری در زمینه آمیختگی فکر نیز بهبود میابند، که این مسئله در پژوهش حاضر به صورت مستقیم مورد بررسی قرار گرفته است.

همانند مدل شناختی-رفتاری، درمان فراشناختی نیز فرض می کند اختلال وسواس فکری-عملی از تفکر سوگیرانه<sup>۳</sup> ناشی می شود، با این حال فرق آن با رویکرد شناختی-رفتاری در توجه به سبک خاصی از تفکر است که به آن سندرم شناختی-توجهی<sup>۴</sup> میگویند. این سبک تفکر با درگیری افراطی در تفکر کلامی مداوم و مشغولیت ذهنی به شکل نگرانی و نشخوار فکری مشخص می شود [۱۲]. سندرم شناختی-توجهی مشکل ساز است. چون باعث می شوند که بیمار برای افکار خود اهمیت بیش از اندازه قائل شود و احساس تهدید او را افزایش دهد.

به طور کل درمان فراشناختی بر دو نوع تغییر فراشناختی بنیادی تأکید می کند. این تغییرات عبارتند از: (۱) بیمار چگونه با افکارش رابطه برقرار می کند و آنها را تجربه می

<sup>4</sup> Cognitive Attention Syndrome

<sup>5</sup> Fisher & Wells

<sup>1</sup> Thought contain

<sup>2</sup> Thought process

<sup>3</sup> Biased thinking

علائم و سواس فکری-عملی می‌شود.

۳- عدم تمایل به ادامه درمان بود.

### ابزارهای پژوهش

#### ۱) پرسشنامه سواس فکری-عملی پادوا:

پرسشنامه پادوا توسط سانویو [۲۲] در کشور ایتالیا ساخته شد که دارای ۶۰ ماده می‌باشد و برای ارزیابی شدت نشانگان اختلال سواس فکری عملی در شرکت‌کنندگان بالینی و نرمال، به کار می‌رود. هر ماده به صورت ۰-۴ بر اساس درجه آشفتگی سنجیده می‌شود. پرسشنامه پادوا مقیاس خود گزارشی است که ابعاد سواس فکری را از ابعاد سواس عملی متمایز می‌کند [۲۲]. سانویو با استفاده از تحلیل عاملی ۴ عامل را مطرح کرد: ۱) کنترل مختل شده بر روی فعالیت های روانی و ذهنی. ۲) آلوده شدن. ۳) رفتارهای واری. ۴) تکانه‌ها<sup>۲</sup> و نگرانی‌های از دست دادن کنترل در فعالیت‌های حرکتی. مؤلفان دیگر در مطالعاتشان از این عوامل حمایت کرده‌اند [۲۳، ۲۴]. این پرسشنامه اولین بار توسط گودرزی و فیروزآبادی [۲۲] برای جمعیت ایرانی هنجاریابی شد. برای اعتبار همگرایی همبستگی بین نمره کل پرسشنامه پادوا با پرسشنامه اختلال سواس فکری - عملی مادزلی و پرسشنامه سواس فکری لیتان بین ۰/۷۵-۰/۶۵ یافت شد. ثبات درونی با آلفای کرونباخ ۰/۹۵ برای کل این پرسشنامه در جمعیت ایرانی تأیید شده است. پایایی آزمون باز آزمون پرسشنامه پادوا به مدت ۴ هفته برای نمره کل ۰/۷۹ می‌باشد. بنابراین پرسشنامه پادوا در جمعیت ایرانی دارای اعتبار و پایایی بالایی است و می‌توان از آن برای سنجش نشانگان اختلال سواس فکری-عملی استفاده کرد [۲۲].

#### ۲) پرسشنامه آمیختگی فکر<sup>۳</sup>: این پرسشنامه توسط

ولز، ویلیام و کارترایت-هاوتون [۲] تدوین شده است. این پرسشنامه یک آزمون خود سنجی ۱۴ گویه ایست که باورهای رایج را در زمینه‌ی معنی و توانمندی افکار می‌سنجد و دارای سه مقوله :

۱- آمیختگی فکر-عمل،

۲- آمیختگی فکر-شیء و

۳- آمیختگی فکر-رویداد می‌باشد.

ولز و همکاران پرسشنامه درهم‌آمیختگی افکار را بر پایه الگوی فراشناختی و با هدف سنجش گسترده مفهوم درآمیختگی افکار ساخته‌اند و در چند بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی آن را سنجیده‌اند. آنها ضریب همسانی درونی مناسبی را برای این آزمون گزارش کردند. همچنین همبستگی کل ماده‌ها در دامنه‌ای از ۰/۳۵ تا ۰/۷۸ گزارش

### روش

#### نوع پژوهش

پژوهش حاضر از جمله پژوهش‌های کاربردی می‌باشد و با طرح شبه آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون، برای دو گروه آزمایشی مستقل اجرا شد. گروه اول طی ۱۰ جلسه دوساعته تحت درمان فراشناختی قرار گرفتند و گروه دوم طی ۱۰ جلسه دو ساعته تحت درمان شناختی-رفتاری قرار گرفتند. هردو گروه به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری توسط پرسشنامه درهم‌آمیختگی افکار و پرسشنامه پادوا مورد ارزیابی قرار گرفتند. سپس نتایج اثربخشی درمان‌ها با هم مقایسه شد.

#### آزمودنی

**الف) جامعه آماری:** جامعه پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران مبتلا به صرع مقاوم به درمان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی بیماری‌های مغز و اعصاب شهر خرم آباد (۳ کلینیک) و یک بیمارستان بود.

**ب) نمونه پژوهش:** در طی ۳ ماه مراجعه به این مراکز از بین ۸۰ بیمار صرع مقاوم به درمان مراجعه‌کننده ۲۴ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر) و گواه (۱۲ نفر) جایگزین شدند. سپس اعضای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه (هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) تحت درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش قرار گرفتند.

معیارهای ورود به این پژوهش شامل:

۱- تشخیص قطعی صرع مقاوم به دارو و گذشت حداقل یک سال از تشخیص آن بر اساس شرح حال، معاینات و نوار مغز<sup>۱</sup> (الکترو آنسفالوگرافی) طبق نظر متخصص نورولوژی؛

۲- دامنه سنی بین ۶۰-۱۸ سال،

۳- سطح سواد بالاتر از سیکل،

۴- تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در طرح پژوهشی.

معیارهای خروج از این طرح پژوهشی شامل:

۱- وجود عقب‌ماندگی ذهنی، داشتن اختلال روانی طبق پرونده‌ی پزشکی و یا هر موردی که سبب اختلال در یادگیری شود،

۲- وجود سابقه سوء‌مصرف یا وابستگی به مواد،

<sup>3</sup> Thought Fusion Instrum

<sup>1</sup> Electroencephalography

<sup>2</sup> Urges

روش تحلیل واریانس آمیخته<sup>۳</sup> نیز به منظور مقایسه نمرات دو روش درمانی در مراحل پس آزمون و پیگیری استفاده شد.

### طرح درمان

محتوای جلسات درمانی برای هر دو گروه آزمایش به شرح زیر است.

### محتوای جلسات شناختی رفتاری برای بیماران وسواس فکری-عملی (برگرفته از ویلهلم و استکتی [۲۶]):

جلسه اول: ارزیابی درمانجویان توسط پرسشنامه پادوا و پرسشنامه آمیختگی افکار. آشنایی کلی با علائم اختلال وسواس فکری - عملی. آشنایی با اهداف درمان شناختی - رفتاری. دادن فهرست تصاویر و افکار مزاحم مردم عادی. تمرین آرمیدگی.

جلسه دوم: ترسیم مدل شناختی وسواس. عادی سازی افکار وسواسی. ترسیم مثلث شناختی. دادن فهرست انواع خطاهای شناختی. پر کردن فرم ثبت افکار روزانه. توضیح اهمیت افکار و آمیختگی افکار و اجرای آزمایشهای رفتاری. جلسه سوم: استفاده از تکنیکهای شناختی پرسشگری سقراطی و بازبینی برگه ۵ ستون افکار. پر کردن برگه ۷ ستونی افکار. نوشتن فهرست مزایا و معایب افکار مزاحم. اجرای آزمایش رفتاری برای اهمیت افکار.

جلسه چهارم: بررسی فرم ثبت افکار روزانه. آزمایش رفتاری برای عمل خنثی سازی افکار. استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای باور برآورد بیش از حد خطر. طرح آزمایشهای رفتاری برای باور اطمینان خواهی.

جلسه پنجم: پرسشگری سقراطی و اجرای تکنیک نمودار دایره‌ای و تکنیک استاندارد دوگانه برای باور مسئولیت پذیری افراطی. تعریف کمال گرایی و استفاده از پرسشگری سقراطی و تکنیک پیکان رو به پایین در این زمینه. صورت بندی آزمایشهای رفتاری برای اهمیت افکار. جلسه ششم تا نهم: آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین آن در حضور درمانگر و در خانه. بازبینی فهرست فرم ثبت افکار روزانه. طرح آزمایشهای رفتاری برای اهمیت افکار.

جلسه دهم: بحث و جمع بندی فنون شناختی و رفتاری. بازبینی ثبت افکار روزانه. مرور الگوی شناختی وسواس. توضیح دوباره درباره اهمیت تمرینهای رفتاری. بحث درباره نشانه‌های عود. آموزش گام‌های حل مسئله. ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه پادوا و پرسشنامه آمیختگی افکار.

شده است. جی ویلیام و همکاران همبستگی معنی داری بین پرسشنامه آمیختگی فکر با پرسشنامه‌های باورهای فراشناختی<sup>۱</sup> و درآمیختگی فکر-کنش را گزار کرده‌اند. میرز و همکاران ضریب پایایی این آزمون را به روش باز آزمایی ۰/۶۹ گزارش نموده‌اند [۲۵]. خرم‌دل و همکاران در مطالعه ای در یک نمونه ایرانی ضرایب پایایی آلفای کرونباخ و دو نیمه سازی برای پرسشنامه آمیختگی فکر را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۳ گزارش کردند. در این مطالعه با استفاده از تحلیل عوامل تأییدی، ۳ عامل به دست آمد که در مجموع ۶۰/۴۷ درصد از واریانس پرسشنامه را تبیین نمود. داده‌های روایی همگرا ضریب همبستگی بین آزمون درآمیختگی افکار و پرسشنامه درآمیختگی فکر-کنش را ۰/۶۵ نشان داد. در این پژوهش همچنین بیماران وسواسی به طور معنی داری نمرات بالاتری از جمعیت بهنجار در این پرسشنامه به دست آوردند [۲۵].

### شیوه انجام پژوهش

پس از انتخاب نمونه، با توجه به ملاک‌های بیان شده، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، گمارش شدند و پرسشنامه رفتارهای خودمدیریتی صرع دیلوریو و همکاران [۲۷] و شاخص تشنج به عنوان پیش‌آزمون در هر دو گروه اجرا شد. سپس برای گروه مداخلات مبتنی بر تعهد و پذیرش (ای. سی. تی) در ۱۰ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه و به صورت گروهی اجرا شد. در مورد گروه گواه هیچ مداخله‌ای اعمال نگردید. پس از پایان جلسات درمانی مجدداً پرسشنامه رفتارهای خودمدیریتی صرع و شاخص تشنج در هر دو گروه آزمایش و گواه به عنوان پس آزمون اجرا شدند. طرح درمانی جلسات گروه آزمایش به اختصار در جدول ۱ آمده است. در نهایت داده‌های پژوهش با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین، انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره) در نرم افزار اس. پی. اس. اس. نسخه ۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### شیوه تحلیل داده‌ها

به منظور بررسی تاثیر هر کدام از روش‌های درمانی شناختی-رفتاری و فراشناختی نتایج پیش آزمون، پس‌آزمون و پیگیری هر گروه از طریق اطلاعات حاصل از پرسشنامه پادوا و پرسشنامه آمیختگی فکر، با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر<sup>۲</sup>، مورد مقایسه قرار گرفت. از

<sup>3</sup> Mixed-ANOVA

<sup>1</sup> Metacognition Questionnaire

<sup>2</sup> Repeated measure ANOVA

## محتوای جلسات فراشناختی برای بیماران وسواس فکری-عملی (برگرفته از ولز [۵]):

جلسه اول: ارزیابی درمانجویان توسط پرسشنامه پادوا و پرسشنامه آمیختگی افکار. آشنایی کلی با علائم اختلال و اهداف درمان فراشناختی. تدوین فرمول بندی موردی. اجرای آزمایش سرکوب فکر. تمرین ذهن آگاهی گسلیده<sup>۱</sup> بر روی افکار خنثی.

جلسه دوم: فرمول بندی موردی. تمرین بیشتر ذهن آگاهی گسلیده بر روی افکار خنثی و وسواسی. معرفی رویارویی همراه با انجام پاسخ و به تعویق انداختن آیین‌مندی ها.

جلسه سوم: اجرای تکنیک آموزش توجه<sup>۲</sup>. تمرین بیشتر ذهن آگاهی گسلیده و رویارویی و انجام پاسخ. معرفی رویارویی و جلوگیری از پاسخ مبتنی بر مدل فراشناختی و طرح آزمایش های رفتاری.

جلسه چهارم تا هشتم: چالش کلامی با باورهای مربوط به آمیختگی افکار. اجرای آزمایش های رفتاری در مورد آمیختگی افکار. آزمایش های رفتاری رویارویی و جلوگیری از پاسخ. بررسی باورها درباره آیین‌مندی های وسواسی و علائم توقف.

جلسه نهم: تغییر باورها درباره آیین‌مندی های وسواسی توسط آزمایش های رفتاری. تمرین رویارویی و جلوگیری از پاسخ. کار بر روی باورهای آمیختگی باقیمانده. طراحی برنامه جدید برای مقابله با افکار مزاحم.

جلسه دهم: مرور فنون فراشناختی و کار بر روی باورها و رفتارهای باقی مانده. توضیح پیشگیری از عود و تحکیم برنامه جدید برای مقابله با وسواس ها در آینده. ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه پادوا و پرسشنامه آمیختگی افکار.

## نتایج

جدول ۱ حاوی اطلاعات جمعیت شناختی دو گروه است. همان طور که مشاهده می شود نمونه ها بیشتر مجرد بوده ۴۱/۶۶ درصد در گروه شناختی - رفتاری و ۳۳/۳۳ درصد در گروه فراشناختی و ۷۴/۹۹ درصد به طور کل مجرد می باشند. از نظر سنی بیشتر نمونه ها در هر دو گروه در رده سنی ۲۳-۲۶ سال قرار دارند. ۳۳/۳۳ درصد در هر یک از گروه ها و ۶۶/۶۶ درصد به طور کل در این رده سنی قرار دارند. به لحاظ میزان تحصیلات در گروه شناختی - رفتاری در هر سه سطح دانشجوی لیسانس، لیسانس و دانشجوی فوق لیسانس ۲ نفر (۱۶/۶۶ درصد) وجود دارند و در گروه شناختی رفتاری بیشترین افراد در سطح دانشجوی لیسانس با ۲۵ درصد وجود دارند. در کل بیشترین افراد در سطح دانشجوی

لیسانس با ۴۱/۶۶ درصد می باشد.

داده های جدول ۲ بیانگر میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی ها در نمره کل آمیختگی فکر و زیر مقیاس های آزمون آمیختگی فکر و همچنین نمره کل وسواس فکری-عملی می باشد. میانگین نمرات آمیختگی فکر و وسواس فکری-عملی هر دو گروه شناختی-رفتاری و فراشناختی در مرحله پیگیری و پس از آزمون نسبت به پیش آزمون کاهش یافته است. بیشترین پراکندگی نمرات در گروه شناختی-رفتاری در مراحل پیش آزمون، پس از آزمون و پیگیری مربوط به مولفه آمیختگی فکر-رویداد می باشد. در گروه فراشناختی نیز بیشترین پراکندگی نمرات در مراحل پیش آزمون و پس از آزمون، مربوط به مولفه آمیختگی فکر-عمل و در مرحله پس از آزمون مربوط به مولفه آمیختگی فکر-شیء می باشد.

داده های جدول ۳ نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نمرات وسواس فکری عملی و آمیختگی فکر در دو گروه شناختی - رفتاری و فراشناختی را نشان می دهد. و داده های جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس آمیخته نمرات آمیختگی فکر و وسواس فکری - عملی را نشان می دهد. قبل از توضیح نتایج جدول ۳ و ۴ لازم است مفروضات تحلیل واریانس نیز شرح داده شود. مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات، به دلیل اینکه در هر گروه تعداد نفرات کمتر از ۵۰ وجود دارد، از آزمون شاپیرو<sup>۳</sup> استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد نمرات هر دو گروه در مراحل پیش آزمون، پس از آزمون و پیگیری نرمال می باشند (مقدار سطح معناداری (P) بیشتر از ۰/۰۵ است). به منظور بررسی مفروضه همگنی واریانس نمرات بین دو گروه از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان داد تفاوت واریانس نمرات دو گروه در هر سه مرحله پیش آزمون، پس از آزمون و پیگیری معنی دار نیست (F<sub>0</sub><F<sub>c</sub>). مفروضه آخر بررسی کروی بودن واریانس های درون گروهی می باشد که بدین منظور از آزمون ماوچلی<sup>۴</sup> استفاده شد. یعنی باید بین هر جفت شرایط درون گروهی (پیش آزمون - پس از آزمون - پیگیری) واریانس برابری وجود داشته باشد. که این مفروضه نیز برقرار بود. یعنی سطح معنی داری بیشتر از ۰/۰۵ می باشد. با توجه به جدول ۳ هر دو گروه درمانی در بهبود وسواس فکری عملی و همچنین کاهش نمرات آمیختگی فکر مؤثر بودند. اندازه اثر شناختی رفتاری و فراشناختی در بهبود وسواس فکری عملی به ترتیب ۱/۷۷ و ۲/۳۸ می باشد. همچنین اندازه اثر شناختی رفتاری و فراشناختی در بهبود آمیختگی فکر به ترتیب ۲/۱۳ و ۲/۳۸ می باشد. که طبق اندازه اثر کوهن، اندازه اثر بالایی است.

<sup>3</sup> Shapiro-Wilk

<sup>4</sup> Muchly

<sup>1</sup> Detachment mindfulness

<sup>2</sup> Attention Training Technique

با توجه به جدول ۴ اثر تعاملی زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و گروه ها به جز مؤلفه آمیختگی فکر - عمل، معنی دار نمی باشد.

جدول ۱. اطلاعات مربوط به دو گروه تحقیقی بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی

| متغیر       | گروه ها            | شناختی- رفتاری |       |       | فراشناختی |       |
|-------------|--------------------|----------------|-------|-------|-----------|-------|
|             |                    | فراوانی        | درصد  | درصد  | فراوانی   | درصد  |
| وضعیت تأهل  | مجرد               | ۵              | ۴۱/۶۶ | ۳۳/۳۳ | ۹         | ۷۴/۹۹ |
|             | متاهل              | ۱              | ۸/۳۳  | ۱۶/۶۶ | ۳         | ۲۴/۶۶ |
|             | جمع                | ۶              | ۴۹/۹۹ | ۴۹/۹۹ | ۱۲        | ۱۰۰   |
| سن          | ۲۰-۲۳              | ۲              | ۱۶/۶۶ | ۲۴/۹۹ | ۳         | ۲۴/۹۹ |
|             | ۲۶-۲۹              | ۴              | ۳۳/۳۳ | ۳۳/۳۳ | ۸         | ۶۶/۶۶ |
|             | ۲۹-۲۶              | ۰              | ۰     | ۸/۳۳  | ۱         | ۸/۳۳  |
|             | جمع                | ۶              | ۴۹/۹۹ | ۴۹/۹۹ | ۱۲        | ۱۰۰   |
| میزان تحصیل | دانشجوی لیسانس     | ۲              | ۱۶/۶۶ | ۱۶/۶۶ | ۴         | ۳۳/۳۳ |
|             | لیسانس             | ۲              | ۱۶/۶۶ | ۸/۳۳  | ۳         | ۲۵    |
|             | دانشجوی فوق لیسانس | ۲              | ۱۶/۶۶ | ۲۵    | ۵         | ۴۱/۶۶ |
|             | جمع                | ۶              | ۴۹/۹۹ | ۴۹/۹۹ | ۱۲        | ۱۰۰   |

جدول ۲. آماره های توصیفی مربوط به گرایش مرکزی و پراکندگی نمرات آزمون آمیختگی فکر و نمره کلی وسواس فکری- عملی

|                | پیش آزمون | پس آزمون | پیگیری | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین |
|----------------|-----------|----------|--------|--------------|---------|--------------|---------|
| شناختی- رفتاری | ۲۸۶/۶۶    | ۹۲/۶۶    | ۱۸۶/۶۶ | ۱۱۸/۲۶       | ۱۶۶/۶۶  | ۱۰۷/۴۵       | ۱۶۶/۶۶  |
|                | ۲۶۸/۳۳    | ۶۷/۵     | ۱۷۳/۳۳ | ۸۹/۱۴        | ۱۶۳/۳۳  | ۸۹/۵۹        | ۱۶۳/۳۳  |
|                | ۱۸۵       | ۶۸/۳۳    | ۱۱۵    | ۴۱/۳۵        | ۱۱۸/۳۳  | ۴۵/۳۵        | ۱۱۸/۳۳  |
|                | ۷۴۰       | ۵۶/۶۲    | ۴۵۸    | ۹۳/۷         | ۴۳۱/۶۶  | ۹۰/۱         | ۴۳۱/۶۶  |
| فراشناختی      | ۲۶۶/۶۶    | ۷۰/۳۲    | ۸۶/۶۶  | ۴۵/۱         | ۱۶۳/۳۳  | ۵۰/۵۹        | ۱۶۳/۳۳  |
|                | ۲۵۵       | ۱۰۰/۹۴   | ۸۰     | ۶۱/۹۶        | ۱۶۳/۳۳  | ۴۴/۲۷        | ۱۶۳/۳۳  |
|                | ۱۹۳/۳۳    | ۷۱/۷۴    | ۶۶/۶۶  | ۴۴/۱۲        | ۱۶۳/۳۳  | ۶۴/۴۲        | ۱۶۳/۳۳  |
|                | ۷۱۵       | ۲۲۷/۳۹   | ۲۳۳/۳۳ | ۱۴۲/۷        | ۲۳۱/۶۶  | ۱۵۹/۵۵       | ۲۳۱/۶۶  |
| شناختی رفتاری  | ۱۱۶/۶۶    | ۱۵/۴۷    | ۷۰/۵۰  | ۲۹/۴۴        | ۱۶۳/۳۳  | ۱۷/۷۸        | ۱۶۳/۳۳  |
| فراشناختی      | ۱۱۵       | ۱۵/۹۲    | ۶۰/۱۶  | ۲۴/۵۸        | ۱۶۳/۳۳  | ۲۴/۶۰        | ۱۶۳/۳۳  |

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نمرات وسواس فکری- عملی و آمیختگی فکر در دو گروه شناختی- رفتاری و فراشناختی

| منبع تغییرات             | F     | P      | $\eta^2$ | اندازه اثر |
|--------------------------|-------|--------|----------|------------|
| نمره کل وسواس فکری- عملی | ۱۶/۵۲ | ۰/۰۰۱  | ۰/۷۶     | ۱/۷۷       |
| گروه فراشناختی           | ۲۹/۵۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۵     | ۲/۳۸       |
| نمره کل آمیختگی فکر      | ۲۱/۴۱ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۱     | ۲/۱۳       |
| گروه فراشناختی           | ۲۹/۷۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۵     | ۲/۳۸       |

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس آمیخته نمرات آمیختگی فکر و وسواس فکری- عملی در دو گروه شناختی- رفتاری و فراشناختی

| متغیر                 | منبع تغییرات          | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F    | P    | $\eta^2$ |
|-----------------------|-----------------------|---------------|------------|-----------------|------|------|----------|
| آمیختگی فکر- رویداد   | اثر تعاملی زمان* گروه | ۱۱۰۲۲/۲۲      | ۲          | ۵۵۱۱/۱۱         | ۲/۵۳ | ۰/۱۰ | ۰/۲۰     |
|                       | خطا                   | ۴۳۴۲۲/۲۲      | ۲۰         | ۲۱۷۱/۱۱         | -    | -    | -        |
| آمیختگی فکر- عمل      | اثر تعاملی زمان* گروه | ۱۲۸۰۰/۰۰      | ۲          | ۶۴۰۰/۰۰         | ۳/۵۶ | ۰/۴  | ۰/۲۶     |
|                       | خطا                   | ۳۵۹۳۳/۳۳      | ۲۰         | ۱۷۹۶/۶۶         | -    | -    | -        |
| آمیختگی فکر- شیء      | اثر تعاملی زمان* گروه | ۵۹۰۵/۵۵       | ۲          | ۲۹۵۲/۷۷         | ۲/۱۲ | ۰/۱۴ | ۰/۱۷     |
|                       | خطا                   | ۲۷۸۵۵/۵۵      | ۲۰         | ۱۳۹۲/۷۷         | -    | -    | -        |
| نمره کل آمیختگی افکار | اثر تعاملی زمان* گروه | ۷۱۲۵۰/۰۰      | ۲          | ۳۵۶۲۵/۰۰        | ۲/۹۸ | ۰/۷  | ۰/۲۳     |
|                       | خطا                   | ۲۳۸۴۰۰/۰۰     | ۲۰         | ۱۱۹۲۰/۰۰        | -    | -    | -        |
| وسواس فکری- عملی      | اثر تعاملی زمان* گروه | ۱۲۸/۷۲        | ۲          | ۶۴/۳۶           | ۰/۳۵ | ۰/۷۷ | ۰/۰۲     |
|                       | خطا                   | ۴۹۸۷/۷۷       | ۲۰         | ۲۴۹/۳۸          | -    | -    | -        |

[۲۹]؛ محمدخانی، اسدی، شیر علی پور و شکوری [۳۰]؛ ساریچلو، موسوی، قافله باشی و صالحی [۱۶]؛ ایمانی، علیلو، بخشی‌پور، فرنام و قلی‌زاده [۳۱]، مارتین، تین من، کرگر، تامسن و فرد من<sup>۲</sup> [۳۲]، کوردیولی، بوچی، مارگیز، دوسا و تونلو<sup>۳</sup> [۳۳]، کولز و همکاران [۱۱]، لوسی و همکاران [۱۵]، اشاره کرد. در تمام تحقیقات انجام‌شده این نتیجه به دست آمد که درمان شناختی-رفتاری در کاهش وسواس فکری-عملی مؤثر می‌باشند.

به همین ترتیب در اثر بخشی روش درمانی فراشناختی در آمیختگی فکر می‌توان به پژوهش‌های انجام شده توسط اندوز، دولت شاهی، مشتاق، دادخواه [۱۹]؛ فیشر و ولز [۱۸]، اشاره کرد. اندوز و همکاران پس از پیگیری ۳ ماهه به این نتیجه رسیدند که درمان فراشناختی در کاهش درهم آمیختگی فکر بیماران وسواسی مؤثر است. همین نتیجه را فیشر و ولز بعد از پیگیری ۶ ماهه اعلام کردند. در همین راستا می‌توان به تحقیقات انجام شده توسط خرم‌دل، ربیعی، مولوی و طاهر نشاط دوست [۲۵]؛ پور شریفی، علیلو و فرهمند مهر [۲۰]؛ سینگ، واهلر، وینتون و ادکینز<sup>۴</sup> [۳۴] اشاره کرد. نتایج تحقیقات ذکرشده نشان دادند که درمان فراشناختی اثر قابل‌ملاحظه‌ای در کاهش آمیختگی فکر و زیرمجموعه‌های آن (آمیختگی فکر-رویداد، آمیختگی فکر-عمل، آمیختگی فکر-شیء) دارد که همراستا با نتایج پژوهش حاضر می‌باشند. در مورد اثربخشی درمان فراشناختی در وسواس فکری-عملی می‌توان به تحقیقات انجام شده توسط سیمونز، اسکیندلر و دالمن<sup>۵</sup> [۳۵]، فیشر و ولز [۱۸]، سینگ و همکاران [۳۴]، اندوز و همکاران [۱۹] اشاره کرد که تمام تحقیقات یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان فراشناختی اثربخشی قابل‌ملاحظه‌ای در وسواس فکری-عملی دارد. سیمونز و همکاران نشان دادند که درمان فراشناختی بعد از پیگیری ۳ ماهه و دوساله همچنان در کاهش نشانه‌های وسواس مؤثر بود، همین نتیجه را فیشر و ولز بعد از پیگیری ۶ ماهه، سینگ و همکاران بعد از پیگیری ۳ ساله و اندوز و همکاران بعد از پیگیری ۳ ماهه به دست آوردند. در پژوهش حاضر نیرس همین نتیجه در پایان درمان و بعد از پیگیری یک ماهه به دست آمد.

اما در مقایسه دو رویکرد شناختی-رفتاری و فراشناختی که فرضیه اصلی پژوهش است، پژوهش تجربی چندانی وجود ندارد. تنها یک پژوهش در ایران انجام شده است که به طور مستقیم اثر بخشی درمانی شناختی-رفتاری و فراشناختی را

با بررسی جدول ۴ مشاهده می‌کنیم که اثر بخشی گروه شناختی رفتاری و فراشناختی در مولفه آمیختگی فکر-رویداد و آمیختگی فکر-شی معنی دار نبود (به ترتیب  $F(۲, ۲۰) = ۲/۵۳$ ،  $P = ۰/۱۰$ ،  $F(۲, ۲۰) = ۲/۱۲$ ،  $P = ۰/۱۴$ ) ولی در مولفه آمیختگی فکر-عمل اثر تعاملی معنی دار بود ( $F(۲, ۲۰) = ۳/۵۶$ ،  $P = ۰/۴۰$ )، آزمون‌های تکمیلی (T مستقل و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) نشان دادند که اثر تعاملی به این دلیل معنی‌دار است که میان نمرات پیگیری دو گروه شناختی-رفتاری و فراشناختی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ با این حال در نمرات کل آمیختگی فکر اثر تعاملی نیز معنی‌دار نمی‌باشد، به عبارت دیگر اثر بخشی هر دو روش شناختی-رفتاری و فراشناختی در آمیختگی فکر تفاوتی ندارند ( $F(۲, ۲۰) = ۲/۹۸$ ،  $P = ۰/۰۷$ )، همچنین با توجه به جدول اثر بخشی هر دو گروه در وسواس فکری-عملی تفاوتی ندارد ( $F(۲, ۲۰) = ۰/۲۵$ ،  $P = ۰/۷۷$ ).

### بحث و نتیجه‌گیری

از نتایج به دست آمده این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت هر دو شیوه درمانی شناختی رفتاری و فراشناختی در بهبود آمیختگی فکر و وسواس فکری-عملی مؤثر می‌باشند و اثربخشی درمان شناختی رفتاری و فراشناختی در وسواس فکری عملی و و آمیختگی فکر تفاوت معنی‌داری ندارد که در زیر به تفصیل بررسی شده‌اند.

نتایج در خصوص تأثیر درمانی روش شناختی-رفتاری در وسواس فکری-عملی و آمیختگی فکر مؤید نتایج پژوهش‌های قبلی است. تحقیق انجام‌شده توسط محمدخانی [۱۷] نشان می‌دهد که کاهش نمره وسواس فکری-عملی با کاهش نمره در آمیختگی فکر همبستگی مثبت دارد؛ یعنی اگر وسواس فکری-عملی بهبود یابد، در زمینه آمیختگی فکر بیماران مبتلا به وسواس نیز با بهبود مواجه می‌شویم؛ بنابراین بیماران بهبودیافته توسط درمان شناختی-رفتاری در زمینه آمیختگی فکر نیز بهبود می‌یابند. همچنین در همین راستا می‌توان به تحقیقات انجام‌شده توسط لوسی، کی آرنس، تن و راش [۱۵]، براگا، کوردیولی، نیدراور و مانفرو [۲۷] اشاره کرد. از نتایج هر دو تحقیق می‌توان استنباط کرد که درمان شناختی-رفتاری در کاهش آمیختگی افکار بیماران مبتلا به وسواس فکری-عملی مؤثر می‌باشد. در مورد اثر بخشی درمان شناختی رفتاری در وسواس فکری-عملی می‌توان به تحقیقات انجام‌شده توسط مکملی، عابدی، طاهر نشاط دوست [۲۸]؛ کلانتری، اکرمی، عابدی، عریضی، معروفی

<sup>4</sup> Singh, Wahler, Winton & Adkins

<sup>5</sup> Simons, Schneider & Herpetz-Dahlmann

<sup>1</sup> Braga, Cordioli, Neiderauer, Manfro

<sup>2</sup> Martin, Thieneman, Cregger, Thompson & Friedman

<sup>3</sup> Heldt, Bochi, Margis, De Sousa, Tonello,



کاهش وسواس فکری- و کاهش آمیختگی افکار افراد مبتلا مؤثر است. بنابراین می‌تواند به عنوان درمان جایگزین شناختی-رفتاری برای بهبود اختلال وسواس فکری-عملی استفاده شود. شیوه‌های درمانی نوین این رویکرد مانند تکنیک‌های ذهن آگاهی گسلیده، روند درمان را برای مراجع خوش آیند میکند و باعث می‌شود علاوه بر درمان از قوه تخیل خود نیز استفاده کند. از جمله مزایای دیگر این شیوه درمانی این است که تکنیک رویارویی و جلوگیری از پاسخ، آن طور که در درمان شناختی رفتاری به صورت طولانی مدت و گسترده استفاده می‌شود، مورد تأکید نیست. درمان فراشناختی از این تکنیک در کاهش سندرم شناختی-توجهی و به عنوان آزمایش رفتاری برای به چالش کشیدن آمیختگی افکار استفاده می‌شود. در کنار این تکنیک، از رویارویی و انجام پاسخ نیز استفاده می‌شود که در این تکنیک در هنگام مواجهه به بیمار اجازه داده می‌شود تا اعمال و آیین‌مندی‌های وسواسی را انجام دهد، ولی هدف از درگیر شدن در آیین‌مندی‌ها متفاوت است. بیمار به جای استفاده از آیین‌مندی‌های وسواسی برای خلاص شدن از شر افکار مزاحم یا کاهش خطر، فقط باید از آن‌ها در کنار تداوم آگاهی از افکار وسواسی خود استفاده کند. استفاده این دو تکنیک در درمان فراشناختی با هم صورت می‌گیرد و همین امر باعث می‌شود تعداد افرادی که درمان شناختی-رفتاری را به خاطر طولانی بودن و دشوار بودن مواجهه و جلوگیری از پاسخ ترک می‌کنند [۷]، کاهش یابد.

در پایان لازم به ذکر است که عمده ترین محدودیت پژوهش حاضر، محدود بودن جامعه پژوهش به گروه دانشجویان دختر و نداشتن گروه گواه بود که همین مسئله ضرورت احتیاط را در تفسیر و تعمیم نتایج ایجاد می‌کند. همچنین تعداد کم نمونه‌ها موجب می‌شود تعمیم پذیری نتایج با احتیاط صورت گیرد. در پایان پیشنهاد می‌شود با توجه به اینکه زیرشاخه‌های وسواس گوناگون می‌باشد و طیف افکار فراشناختی و مزاحم در بین افراد بسیار وسیع است بهتر است در زمینه شیوه‌های درمانی مناسب برای هر طیف و هر الگوی وسواس مطالعات گسترده‌تری انجام پذیرد تا بتوان روند بهبودی را در تمام ابعاد وسواس فکری-عملی بالا برد و درمان‌های جدیدتر را جایگزین کرد.

### تشکر و قدردانی

با اغتنام فرصت و به رسم ادب بر خود واجب می‌دانم که از استاد فرهیخته سرکار خانم دکتر روشنگر خدابخش و جناب آقای دکتر سید ابولقاسم مهری نژاد که در تمام مراحل اجرای پژوهش مرا یاری کردند قدردانی نمایم. در پایان از

در وسواس فکری-عملی مورد بررسی قرار داده است. کلانتری و همکاران [۲۹] در پژوهشی نشان دادند که دو شیوه درمانی در تمام مولفه‌های وسواس فکری-عملی تفاوتی ندارد که نتیجه این تحقیق همراستا با نتیجه پژوهش حاضر است. با توجه به جست و جوی ما، تا کنون پژوهش تجربی در مورد مقایسه اثر بخشی هر دو روش درمانی در آمیختگی فکر صورت نگرفته است. همان طور که اشاره شد پژوهش‌ها در جهت بررسی اثر بخشی هر روش درمانی در آمیختگی فکر بوده‌اند. در این پژوهش نشان داده شد که اثربخشی هر دو روش درمانی در کاهش آمیختگی افکار تفاوتی ندارند و هر دو مؤثر می‌باشند. در تبیین این نتیجه می‌توان به این مطلب اشاره کرد که چون میان افکار آمیخته و علائم وسواس فکری-عملی همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود دارد [۲] پس می‌توان انتظار داشت که با کاهش علائم وسواس فکری عملی، آمیختگی فکر نیز کاهش می‌یابد.

در واقع باورهای شناختی به عنوان اینکه حاصل باورهای فراشناخت هستند مورد توجه قرار می‌گیرد و به این ترتیب در رویکرد فراشناختی به سطوح بالاتری از شناخت، یعنی فراشناخت تأکید می‌شود و درمان بر تغییر باورهای فراشناختی متمرکز است [۱۸].

هر دو رویکرد شناختی-رفتاری و درمان فراشناختی تأکید می‌نمایند که محتوای باورها و افکار، اختلال وسواس فکری-عملی را تعیین می‌کنند. درمان شناختی رفتاری بیان می‌کند که شیوه‌ی تفسیر این باورها و افکار موجب بروز مشکلات می‌شود. این دیدگاه فرض می‌نمایند که مشکلات روانشناختی از جمله اختلال وسواس نتیجه نگرش‌های تحریف‌شده و نادرست فرد نسبت به خود و جهان است. از این رو درمان شناختی-رفتاری به تغییر محتوای افکار و باور شخص درباره درست بودن این محتوا می‌پردازد. در مقابل درمان فراشناختی با شیوه تفکر افراد سرو کار دارد و معتقد است که مشکلات افراد وسواسی، محصول سبک تفکر انعطاف ناپذیر و تکراری در واکنش به افکار، احساسات و باورهای منفی است [۵]. می‌توان گفت که درمان‌های شناختی-رفتاری بیشتر درمان‌های محتوا مدار هستند. درمانگر بیشتر به محتوای افکار و باورهای فرد می‌پردازد و این محتوا را به چالش می‌کشد. درمان فراشناختی بیش‌تر به فرایند علاقه مند است و تمرکز آن بر محتوا معمولاً در حیطه‌ی فراشناختی است.

بنابر آنچه گفته شد، درمان فراشناختی کامل‌کننده درمان شناختی-رفتاری می‌باشد. این رویکرد که جدید تر از رویکرد شناختی-رفتاری است با توجه به نتایج این پژوهش و تحقیقات ذکر شده به اندازه رویکرد شناختی-رفتاری در

- Zoelner, L. A., & Feeny, N. C. (2002). Cognitive-behavioral therapy with and without medication in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol33: PP. 162-168.
- 11- Kulz, A., Landman, S., Cludios, B., Hottenrott, B., Rose, N., Heidenrich, T., Hertenstein, E., Voderholzer, U., & Moritz, S. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: protocol of a randomized controlled trial. *Bio Med Central Psychiatry*, Vol14: PP. 314-323.
- 12- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichestre, UK: Wiley.
- 13- Rees, C., & Fitt, S. (2013). Metacognitive Therapy for Obsessive Compulsive Disorder by Videoconference: A Preliminary Study. *Behavior Change*. Vol29: PP. 213-229.
- ۱۴- توکلی، سامان و قاسم‌زاده، حبیب‌الله (۱۳۸۵). نظریه‌ها و درمان شناختی-رفتاری وسواس، تازه‌های علوم شناختی، سال ۸، شماره ۱، صص ۷۴-۵۴.
- 15- Lucey, J. V., Kearns, C., Tone, Y., & Rush, G. (2010). Effectiveness of group-based cognitive-behavioural therapy in patients with obsessive-compulsive disorder. *The Psychiatrist*. Vol34: PP. 6-9.
- ۱۶- ساریچلو، محمدابراهیم؛ موسوی، علی‌محمد؛ قافله باشی، حسین و صالحی، صدیقه (۱۳۹۲). اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری در بیماران مبتلا به اختلال وسواس بی‌اختیاری. روانشناسی تحول: روانشناسان ایرانی، سال ۱۱، شماره ۴۲، صص ۱۷۹-۱۶۹.
- 17- Mohammadkhani, S. (2013). The role of fusion beliefs and metacognition in obsessive-compulsive symptoms in general population. *Iranian Journal of Clinical psychology (IJCP)*. Vol1. No.2: PP. 29-35.
- 18- Wells, A., Fisher, P. L. (2006). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*. Vol39. No.2: PP. 32-117.
- 19- Andouz, Z., Dolatshahi, B., Moshtagh, N., & همه افرادی که به‌نوعی در تکمیل این پژوهش مرا حمایت نمودند تشکر می‌کنم.
- منابع**
- ۱- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین (۲۰۰۷). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری/ روانپزشکی بالینی، ترجمه رضاعی، فرزین (۱۳۸۷). تهران: انتشارات ارجمند.
- 2- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). Does meta-cognition or responsibility predict obsessive compulsive symptoms: A test of the metacognitive model? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, Vol11: PP. 137-144.
- ۳- طوبانی، مصطفی؛ شعیری، محمدرضا، قانعی، غلامحسین و شمس، گیتی (۱۳۹۳). مقایسه باورهای فراشناختی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی با بینش پایین و افراد سالم، روان‌شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال ۲۱، شماره ۱۱، صص ۱۳۲-۱۲۱.
- 4- Rachman, S., De Silva, P. (1999). *Cognitive & Behavioral Treatment for Psychological Disorders*. New York: Pergamon Press.
- ۵- ولز، آدریان (۲۰۰۹). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی، ترجمه محمدخانی، شهرام (۱۳۹۲). تهران: ورا دانش.
- 6- Hammond, D. C. (2001). Neurofeedback treatment of depression with Roshi. *Journal of Neurotherapy*, Vol4. No.2: PP.45- 56.
- 7- Hammond, D. C. (2003). QEEG- Guided Neurofeedback in the treatment of OCD. *Journal of Neurotherapy*. Vol7. No. 2: PP. 25- 51.
- 8- Salkovskis, P. M., & whal, K. (2004). Treating Obsessional Problem Using Cognitive-Behavioral Therapy. In M. A. Reinecke, & D. A. Clark (Eds). *Cognitive therapy across the lifespan: Evidence and Practice*. Cambridge, Cambridge University Press.
- 9- Van Balkom, A. J., De Haan, E., Van Oppen, P., Spinhoven, P., & Van Dyck, R. (1998). Cognitive-behavioral therapy versus the combination with fluvoxamine in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. Vol186: PP. 492-499.
- 10- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Bux, D. A.,

صص ۱۳-۸.

۲۹- اکرمی، ناهید؛ کلانتری، مهرداد؛ عریضی، حمیدرضا؛ عابدی، محمدرضا و معروفی، محسن (۱۳۸۸). مقایسه تأثیر روش‌های درمان رفتاری-شناختی و رفتاری-فراشناختی در میان بیماران مبتلا به اختلال وسواس-اجبار. مجله روانشناسی بالینی، سال ۲، شماره ۲، صص ۷۱-۵۹.

۳۰- محمدخانی، شهرام؛ اسدی، مسعود؛ شیرعلی پور، اصغر و شکوری، زینب (۱۳۹۰). فرا تحلیل اثربخشی درمان شناختی-رفتاری در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، سال ۲، شماره ۳، صص ۴۰۵-۳۹۶.

۳۱- ایمانی، مهدی؛ علیلو، مجید محمود؛ بخشی پور، عباس؛ فرنام، علیرضا و قلی زاده، حسین (۱۳۸۶). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری، مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ و فلئوکرتین در بهبود مبتلایان به اختلال وسواسی-اجباری، روان شناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)، سال ۱۶، شماره ۳۴، صص ۳۹-۵۰.

32- Martin, J., Thieneman, M., Cregger, B., Thompson, H. B., & Dyer-Friedman, J. (2001). Manual-Driven Group Cognitive-Behavioral Therapy for Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder: A Pilot Study. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Vol4. No11: PP. 1254-1260.

33- Cordioli, A. v., Heldt, E., Bochi, D. B., Margis, R., De Sousa, M., B., Tonello, J. F., Teruchkin, B., & Kapcziniski, F. (2002). Cognitive-behavioral group therapy in obsessive compulsive disorder. *Professional Psychology: Research and Practice*. Vol33: PP. 162-168.

34- Singh, N. N., Wahler, R., G., Winton, A. s. W., & Adkins, A. D. (2004). A mindfulness based treatment ob obsessive-compulsive disorder. *Clinical Case Studies*. Vol3: PP. 275-287.

35- Simons, M., Schneider, S., & Herpetz-Dahlmann, B. (2006). Metacognitive Therapy versus Exposure and Response Prevention for Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*. Vol75: PP. 257-264.

Dadkhah, A. (2012). The Efficacy of Metacognitive Therapy on Patients Suffering from Pure Obsession. *Iranian Journal of Psychiatry*. Vol7. No.1: PP. 11-21.

۲۰- فرهمند مهر، زهره؛ علیلو، مجید محمود و پور شریفی، حمید (۱۳۹۲). اثربخشی درمان فراشناختی در کاهش باورهای مربوط به درآمیختگی افکار افراد مبتلا به نوع شستشوی اختلال وسواسی-جبری. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، سال ۲۲، شماره ۲، صص ۱۰۶۸-۱۰۵۴.

۲۱- اندوز، زهرا (۱۳۸۵). کارایی و اثربخشی الگوی فراشناختی ولز در درمان یک مورد اختلال وسواسی-اجباری. اندیشه و رفتار، سال ۱۲، شماره ۱، صص ۶۶-۵۹.

22- Goodarzi, M. A., Firoozabadi, A. (2005). Reliability and validity of the Padua inventory in an Iranian population. *Behavior Research and Therapy*. Vol43: PP. 43-54.

23- Sternberger, L. G. & Burns, G. L. (1990). Obsessions and Compulsions: Psychometric Properties of the Padua Inventory with and American Population. *Behavior Research and Therapy*. Vol28. No.4: PP. 341-345.

24- Mac Donald, A. M., & De Silva, D. (1999). The assessment of obsessionality using the Padua Inventory: It's in a British Non-Clinical sample. *Personality and Individual Differences*. Vol27: PP. 1027-1046.

۲۵- خرم دل، کاظم؛ ربیعی، مهدی؛ مولوی، حسین و طاهر نشاط دوست، حمید (۱۳۸۹). ویژگی‌های روان‌سنجی آزمون درآمیختگی افکار در دانشجویان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، سال ۱۶، شماره ۱، صص ۷۸-۷۴.

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

27- Braga, D. T., Cordioli, A. V., Neiderauer, K., Manfro G. G (2005). Cognitive behavioral group therapy for obsessive-compulsive disorder: a 1-year follow-up. *Acta Psychiatry Scandinavica*. Vol112: PP. 180-186.

۲۸- مکملی، زهرا؛ عابدی، محمدرضا و طاهر نشاط دوست، حمید (۱۳۸۴). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری گروهی در اختلال وسواسی-جبری. تازه‌های علوم شناختی، سال ۷، شماره ۴،

