

## مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر اصلاح ارزیابی‌های ثانویه کنترل و درمان مبتنی بر اصلاح مسئولیت‌پذیری افراطی در بیماران مبتلا به اختلال

تاریخ دریافت: ۹۱/۳/۲۰

تاریخ پذیرش: ۹۲/۲/۱۶

راضیه ایزدی\*، محمدرضا عابدی\*\*

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر اصلاح ارزیابی‌های ثانویه کنترل و مقایسه آن با درمان مبتنی بر اصلاح مسئولیت‌پذیری افراطی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی بود.

**روش:** روش پژوهش حاضر شبه آزمایشی بود و در آن از طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شد. گروه‌های آزمایشی شامل دو گروه درمان مبتنی بر اصلاح ارزیابی‌های ثانویه کنترل (۱۲ نفر) و درمان مبتنی بر اصلاح مسئولیت‌پذیری افراطی (۱۵ نفر) بود. هر دو گروه ده جلسه دو ساعته درمان را به صورت گروهی، یک بار در هفته دریافت کردند. ۱۳ بیمار نیز در گروه کنترل (لیست انتظار) بودند. مقیاس وسواس فکری و عملی ییل براون، پرسشنامه باورهای وسواسی و پرسشنامه افسردگی بک برای سنجش شدت وسواس، باورهای وسواسی و افسردگی استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندگانه در نرم افزار SPSS تحلیل شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاکی از آن بود که طبق نمره مقیاس وسواس فکری-عملی ییل براون، پرسشنامه باورهای وسواسی و پرسشنامه افسردگی بک، همدرمان مبتنی بر اصلاح ارزیابی‌های ثانویه کنترل و همدرمان مبتنی بر اصلاح مسئولیت‌پذیری افراطی نسبت به حالت لیست انتظار به طور معناداری مؤثرتر بودند و درمان مبتنی بر اصلاح ارزیابی‌های ثانویه کنترل به طور معنادار مؤثرتر از درمان مبتنی بر اصلاح مسئولیت‌پذیری افراطی بود. این برتری در پیگیری یک ماهه نیز تداوم داشت.

**نتیجه‌گیری:** برحسب یافته‌های حاصل از پژوهش حاضر، درمان مبتنی بر اصلاح ارزیابی‌های ثانویه کنترل، نسبت به درمان مبتنی بر اصلاح مسئولیت‌پذیری افراطی، در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مؤثرتر می‌باشد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال وسواس فکری و عملی، درمان شناختی-رفتاری، ارزیابی‌های اولیه، ارزیابی‌های ثانویه کنترل، مسئولیت‌پذیری افراطی

r-izady@yahoo.com

\* نویسنده مسئول: دکتری روان‌شناسی

m.r.abedi@edu.ui.ac.ir

\*\* دانشیار، گروه مشاوران دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

## مقدمه

مبتنی بر راهبردهای شناختی برآمده از فرمول‌های نظری و توصیه‌های درمانی سالکوسکیس [۶] بوده است. سالکوسکیس و وارویک<sup>۸</sup> یکی از اولین مطالعات تک‌موردی را گزارش کردند که در آن تکنیک جمع‌آوری شواهد برای اصلاح یک باور بیش‌بها داده شده استفاده شد [۱۰]. بعد از این مطالعه، افراد دیگری نیز از اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر نظریه‌های جدیدتر ارزیابی شناختی برای وسواس حمایت کرده‌اند. لادوسر<sup>۹</sup>، لگر<sup>۱۰</sup>، ریوم<sup>۱۱</sup> و دیوب<sup>۱۲</sup> مداخله‌ای شناختی مبتنی بر نظریه سالکوسکیس را بدون مواجهه و جلوگیری از پاسخ، برای اصلاح ارزیابی‌ها و باورهای مسئولیت‌پذیری افراطی در چهار بیمار وسواس استفاده کردند. سه تا از چهار بیمار پس از درمان، بهبودی معناداری نشان دادند که در یک دوره پیگیری ۱۲ ماهه تداوم داشت [۱۱]. وارن<sup>۱۳</sup> و توماس<sup>۱۴</sup> گزارش کردند که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر نظریه ارزیابی شناختی سالکوسکیس، منجر به بهبود معناداری در ۸۵ درصد بیماران مبتلا به وسواس (۲۶ نفر) شد که به صورت فردی درمان می‌شدند [۱۲]. در مطالعه ون اوپن<sup>۱۵</sup>، هوکسترا<sup>۱۶</sup> و املکامپ<sup>۱۷</sup>، ۷۱ بیمار وسواسی به طور تصادفی در ۱۶ جلسه شناخت درمانی یا ۱۶ جلسه مواجهه و جلوگیری از پاسخ گمارده شدند [۱۳]. شناخت درمانی مبتنی بر رویکرد درمانی توصیف شده توسط بک و امری و سالکوسکیس بود [۱۴]. تحلیل نتایج نشان داد که بیماران درمان شده با شناخت درمانی به طور معنادار در همه مقیاس‌های پیامد<sup>۱۸</sup> بهبود داشتند (یعنی نشانه‌های وسواسی، اضطراب، افسردگی و باورهای غیرمنطقی کلی) در حالی که گروه مواجهه و جلوگیری از پاسخ در برخی مقیاس‌ها بهبود معناداری نشان دادند. پژوهش دیگر به وسیله مک لین<sup>۱۹</sup>، ویتال<sup>۱</sup>، سوشینگ<sup>۲</sup>، کاج<sup>۳</sup>، پترسون<sup>۴</sup> و

در دهه‌های اخیر الگوهای شناختی-رفتاری، نقش ارزیابی‌ها و باورهای ناکارآمد را در سبب‌شناسی و تداوم وسواس مورد تأکید قرار داده‌اند [۱]. این الگوها افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های ناخواسته مزاحم که اولین بار توسط راجمن<sup>۱</sup> و دی سیلوا<sup>۲</sup> شناسایی شد را نقطه شروع اولیه در پدیدآیی افکار وسواسی می‌دانند [۲]. به رغم این الگوها، تبدیل این شناختارهای مزاحم<sup>۳</sup> به فکر وسواسی منوط به شیوه ارزیابی و تفسیر آن شناختارها می‌باشد [۳]. این الگوها ظاهراً ریشه در نظریه‌های کار<sup>۴</sup> [۴] و مک فال<sup>۵</sup> و والرشیمن<sup>۶</sup> [۵] دارند. اصل اساسی الگوی کار این بود که فرد وسواسی برآورد ذهنی بالایی از احتمال وقوع پیامدهای نامطلوب دارد. مک فال و والرشیمن اظهار کردند که بیماران وسواسی علاوه بر ارزیابی نادرست احتمال وقوع پیامدهای منفی (ارزیابی اولیه)، ارزیابی ثانویه نادرستی نیز از میزان توانایی خود در مقابله با تهدید دارند. این ارزیابی اولیه و ثانویه باعث احساس عدم قطعیت و فقدان کنترل و نهایتاً اضطراب خواهد شد. سالکوسکیس<sup>۶</sup> [۶] در انتقاد به الگوی مک فال و والرشیمن اظهار کرد که این الگو نتوانسته تفاوت ارزیابی‌های تهدید مشاهده شده در وسواس و دیگر اختلالات اضطرابی را نشان دهد. وی در تبیین جامع‌تری که از وسواس ارائه کرد، منابع فکر وسواسی را در افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های مزاحم و غیر قابل قبولی می‌دانست که توسط اکثر افراد تجربه می‌شود [۶، ۷، ۸، ۹]. به اعتقاد سالکوسکیس تفاوت بین یک فکر مزاحم بهنجار و یک فکر وسواسی در وقوع، مفهوم یا حتی غیر قابل کنترل بودن آن نیست، بلکه شیوه ارزیابی یا تفسیر آن فکر مزاحم است که آن را وسواسی می‌سازد. به رغم سالکوسکیس اگر ارزیابی فکر حاکی از مسئولیت و اهمیت شخصی بالایی باشد، آن فکر استعداد آن را می‌یابد که به فکر وسواسی تبدیل شود. در سال‌های اخیر، پژوهش‌ها در مورد اثربخشی مداخلات شناختی-رفتاری برای وسواس،

8- Warwick  
9- Ladouceur  
10- Leger  
11- Rhéaume  
12- Dube  
13- Warren  
14- Thomas  
15- van Oppen  
16- Hoekstra  
17- Emmelkamp  
18- outcome measures  
19- McLean

1- Ranchman  
2- de Silva  
3- intrusive cognitions  
4- Carr  
5- Mc Fall  
6- Wollersheim  
7- Salkovskis

توردارسون<sup>۵</sup> گزارش شد [۱۵]. ۷۶ شرکت کننده که ملاک‌های تشخیصی DSM-IV برای وسواس را دریافت کردند، به طور تصادفی در ۱۲ جلسه هفتگی درمان شناختی-رفتاری گروهی، یا مواجهه و جلوگیری از پاسخ، یا فهرست انتظار سه ماهه گماشته شدند. گروه آخر، پس از اتمام دوره انتظار، درمان را دریافت کردند. درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر توصیه‌های درمانی سالکوسکیس، فریستون<sup>۶</sup>، ریوم و لادوسر و ون اوپن و آرتز<sup>۷</sup> بود [۸، ۱۶، ۱۷]. طبق نمره کلی مقیاس وسواس فکری-عملی بیل براون، هم درمان شناختی-رفتاری و هم مواجهه و جلوگیری از پاسخ نسبت به حالت فهرست انتظار به طور معنادار مؤثرتر بودند. با وجود این، مقایسه مستقیم این دو گروه درمانی در مقیاس وسواس فکری-عملی بیل براون پس از درمان نشان داد که مواجهه و جلوگیری از پاسخ به طور معناداری مؤثرتر از درمان شناختی-رفتاری بود و این برتری در پیگیری سه ماهه نیز تداوم داشت. نه درمان شناختی-رفتاری و نه مواجهه و جلوگیری از پاسخ، هیچکدام کاهش معناداری در مقیاس‌های باورها یا ارزیابی وسواس ایجاد نکردند، به جز در مقیاس نگرش مسئولیت که در آن هر دو درمان بیشتر از حالت فهرست انتظار منجر به کاهش در نمرات مقیاس‌های مذکور شدند. همان طور که اشاره شد، درمان‌های شناختی-رفتاری فعلی وسواس، معمولاً شامل راهبردهای مداخله‌ای است که ارزیابی‌های اولیه فکر وسواسی و آیین‌های وسواسی و رفتارهای خنثی‌سازی را هدف قرار می‌دهند [۹، ۱۸، ۱۹]. اما به عقیده محققان بالینی جدیدتر، درمان باید به ارزیابی‌ها و باورهای معیوب کنترل نیز پردازد [۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴]. اخیراً کلارک<sup>۸</sup> در نظریه کنترل شناختی خود معتقد است که بیماران وسواسی نه تنها فکر وسواسی را سوء تعبیر می‌کنند (ارزیابی اولیه)، بلکه تلاش‌های خود برای کنترل فکر و نیز پیامدهای ادراک شده شکست در کنترل فکر وسواسی را نیز به طور نادرستی ارزیابی می‌کنند. این

ارزیابی‌های ثانویه از پاسخ فرد به فکر وسواسی، با ارزیابی‌های اولیه فکر وسواسی تعامل برقرار می‌کند تا اشتغال ذهنی مداومی با محتوای فکر وسواسی ایجاد نماید [۲۵]. این الگوی کنترل شناختی، بسط و توسعه نظریه‌های شناختی-رفتاری مثل نظریه‌های سالکوسکیس و راجمن است. سالکوسکیس و وال<sup>۹</sup> نیز معتقد بودند که بیماران وسواسی به دو دلیل برای کنترل افکار وسواسی خود بسیار سخت تلاش می‌کنند: به خاطر ارزیابی‌های اولیه که احتمال و پیامد ادراک شده از سوی فکر وسواسی را اغراق آمیز جلوه می‌دهد و ارزیابی‌های ثانویه‌ای که در آن توانایی فرد برای مقابله و رهایی از تهدید کم برآورد می‌شود [۲۶]. اما بر خلاف نظریه کنترل شناختی کلارک، سالکوسکیس ارزیابی ثانویه در مورد مقابله و رهایی را بخشی از ارزیابی اولیه در مورد تهدید ملاحظه می‌کند. در نظریه کنترل شناختی کلارک، ارزیابی‌های اولیه بیانگر ارزشیابی‌هایی در مورد اهمیت، تهدید و مسئولیت‌پذیری افراطی فکر وسواسی‌اند. در حالی که ارزیابی‌های ثانویه بر اهمیت و پیامدهای ادراک شده شکست در کنترل فکر تمرکز دارند. در این رویکرد، سوء تعبیر شکست در کنترل فکر نسبت به آنچه قبلاً تصور می‌شد در سبب شناسی و تداوم افکار وسواسی نقش مهمتری ایفا می‌کند. مداخلات شناختی و رفتاری در سطح ارزیابی‌های ثانویه سه هدف عمده دارند. در وهله اول لازم است درمان روی حذف همه راهبردهای خنثی‌سازی و کنترل تمرکز نماید. مواجهه و جلوگیری از پاسخ، در این خصوص بسیار مفید و سودمند خواهد بود. در وهله دوم ارزیابی‌ها و باورهای معیوب کنترل که مسئول تداوم خنثی‌سازی هستند، باید مورد چالش واقع شوند. اگر این کار انجام نشود، ممکن است مراجع برای پذیرش و رعایت دستورالعمل‌های جلوگیری از پاسخ کمتر انگیزه‌شده شود و سوم اینکه کاهش فراوانی و شدت فکر وسواسی در نتیجه حذف پاسخ‌های کنترل ذهنی، دیدگاهی مثبت‌تر به کنترل افکار، تصاویر ذهنی و تکانه‌های ناخواسته ایجاد خواهد کرد [۲۵]. اگر این تحلیل صحیح باشد، بنابراین سنجش و مداخله شناختی که اصلاح باورها و ارزیابی‌های کنترل فکر را هدف قرار می‌دهد، عنصری مهم در درمان افکار وسواسی خواهد بود. هدف مهم درمان، هدایت مراجع

- 1- Whittal
- 2- Sochting
- 3- Koch
- 4- Paterson
- 5- Thordarson
- 6- Freeston
- 7- Arntz
- 8- Clark

9- Wahl

به مراکز روان‌پزشکی و خدمات روان‌شناسی و مشاوره، از اول خرداد ماه ۱۳۹۰ تا پایان دی ماه ۱۳۹۰، در دامنه سنی ۱۸ تا ۶۰ سال در شهر اصفهان. با توجه به محدودیت جامعه آماری، نمونه‌ها با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به دلیل مراجعه تدریجی بیماران به مراکز مشاوره، امکان گمارش تصادفی نمونه‌ها در گروه‌های درمانی نیز وجود نداشت. در نهایت ۴۵ بیمار مبتلا به وسواس که تشخیص اختلال وسواس فکری و عملی را بر حسب DSM-IV-TR دریافت کردند، در سه گروه درمان مبتنی بر اصلاح ارزیابی‌های ثانویه کنترل (۱۴ نفر)، درمان مبتنی بر اصلاح مسئولیت‌پذیری افراطی (۱۶ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار گرفتند. گمارش نمونه‌ها در گروه‌های درمانی مستلزم دارا بودن ملاک‌های ورود و خروج پژوهش بود. ملاک‌های ورود عبارت بود از: تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی بر حسب DSM-IV-TR، دامنه سنی بین ۱۸ تا ۶۰ سال، حداقل تحصیلات سوم راهنمایی، رضایت‌مندی از شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج عبارت بود از: دریافت درمان‌های روان‌شناختی و دارویی در شش ماه گذشته، وجود سایر اختلالات روان‌پزشکی، آسیب‌های مغزی، سوء مصرف مواد و عقب ماندگی ذهنی. دو نفر از گروه درمان مبتنی بر ارزیابی‌های ثانویه کنترل و یک نفر از گروه درمان مبتنی بر ارزیابی‌های اولیه درمان را رها کردند. از گروه کنترل نیز دو نفر در پس آزمون شرکت نکردند. بدین ترتیب ۴۰ نفر در پژوهش شرکت داشتند و سطح آلفای کمتر از ۰/۰۱، مجذور اتای بالا و توان آماری بیشتر از ۰/۸، دلالت بر کفایت حجم نمونه داشت.

### ابزار:

۱- مقیاس وسواس فکری-عملی ییل براون<sup>۱</sup>: یک مصاحبه نیمه ساختار یافته که دارای مقیاس شدت و مقیاس علائم وسواس فکری-عملی است و با ۱۰ گزینه، میزان شدت وسواس را در شرایط کنونی بیماری می‌سنجد. این مقیاس شامل: ۱- مدت زمان صرف شده؛ ۲- میزان تداخل؛ ۳- میزان ناراحتی؛ ۴- میزان مقاومت و ۵- میزان کنترل می‌باشد و علائم افکار وسواسی و اعمال وسواسی را جداگانه می‌سنجد [۳۰، ۳۱]. دادفر، بواله‌ری، ملکوتی و

به سمت خاتمه دادن به همه فعالیت‌هایی می‌شود که هدفشان کاهش فراوانی فکر وسواسی و پریشانی همراه با آن است (مثلاً آیین‌های وسواسی، راهبردهای خنثی‌سازی، بازداری فکر، اجتناب و اطمینان جویی). طبق این الگوی کنترل شناختی، هدف قرار دادن ارزیابی‌های اولیه در مورد فکر وسواسی، به تنهایی کافی نیست، برای درمان مؤثر وسواس، ارزیابی‌های ثانویه کنترل و توانایی مقابله نیز باید مد نظر قرار گیرند. رویکرد کنترل شناختی در مورد وسواس فرمول بندی جدیدی است. هنوز روی ارزیابی‌های نادرست کنترل ذهنی در وسواس، تحقیقات تجربی مستقیمی انجام نگرفته است. اما مطالعات اندکی وجود دارد که برای برخی از جنبه‌های این الگو، حمایت غیرمستقیمی فراهم می‌کند [۲۷، ۲۸، ۲۹]. روی هم رفته، این مطالعات حاکی از آنند که باورها و ارزیابی‌های نامناسب در مورد کنترل فکر، بر انگیزش فرد برای بازداری افکارش تأثیرگذار است. افزایش تلاش برای بازداری افکار ناخواسته نیز به نوبه خود تأثیری منفی بر موفقیت تلاش‌های واقعی کنترل فکر دارد. اما تاکنون پژوهشی به طور مستقیم اصلاح ارزیابی‌های ثانویه کنترل را مورد بررسی قرار نداده است. در همین راستا پژوهش حاضر قصد دارد نقش اصلاح ارزیابی‌های ثانویه کنترل را در درمان نشانه‌ها و باورهای وسواسی بررسی نماید. برای دستیابی به این هدف، این رویکرد با الگوی سالکوسکیس که مبتنی بر اصلاح ارزیابی‌های اولیه (مخصوصاً مسئولیت‌پذیری افراطی) می‌باشد، مقایسه شده است.

### روش

**طرح پژوهش:** طرح پژوهش حاضر، شبه آزمایشی بود و در آن از طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل استفاده شد. متغیر مستقل، عضویت گروهی (درمان مبتنی بر اصلاح ارزیابی‌های ثانویه، درمان مبتنی بر مسئولیت‌پذیری افراطی سالکوسکیس و کنترل) و متغیرهای وابسته، نمرات آزمودنی‌ها در ابزارهای نشانه‌های وسواس فکری-عملی، باورهای وسواسی و افسردگی در پس آزمون و پیگیری بود. نمرات آزمودنی‌ها در پیش آزمون این ابزارها به عنوان متغیر کنترل محسوب شد.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری این پژوهش عبارت بود از کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مراجعه کننده

1- Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS)

علائم افسردگی را می‌سنجند [۳۵]. قاسم زاده، مجتبیایی، کرم قدیری و ابراهیم خانی ضریب آلفای این پرسشنامه را (۰/۸۷)، ضریب بازآزمایی آن را (۰/۷۴) و همبستگی آن با پرسشنامه افسردگی بک ویرایش اول را (۰/۹۳) گزارش کردند [۳۶].

۴- پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی: به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی آزمودنی‌ها، پرسشنامه ویژگی‌های جمعیت شناختی طراحی شد که دارای ۱۰ سؤال بود. در این پرسشنامه اطلاعاتی مانند سن، وضعیت تأهل، جنسیت، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و... بررسی شد. در این پرسشنامه برای متغیر تحصیلات، هر سال تحصیلی معادل یک نمره در نظر گرفته شد، مثلاً ۱۲ برای دیپلم، ۱۴ برای فوق دیپلم و... و سپس میانگین این نمرات محاسبه شد.

**روند اجرای پژوهش:** اطلاعاتی در مورد نوع درمان، نحوه حضور در جلسه، تعداد و زمان جلسات به بیماران داده می‌شد. رازداری به عنوان اصلی اساسی در درمان توضیح داده شد و در نهایت مراجعانی که رضایت خود را برای شرکت در گروه‌ها اعلام کردند، انتخاب شدند. همان‌طور که اشاره شد در پژوهش حاضر از دو روش درمانی برای درمان اختلال وسواس فکری و عملی استفاده شد. در درمان مبتنی بر اصلاح ارزیابی‌های ثانویه از راهنمای درمانی کلارک [۲۵] استفاده شد. ۱۰ جلسه دو ساعته به صورت گروهی یک بار در هفته اجرا شد (جدول ۱). در درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر مسئولیت‌پذیری افراطی سالکوسکیس نیز از راهنمای درمانی سالکوسکیس [۹] و فریستون، ریوم و لادوسر [۱۶] استفاده شد. در اینجا نیز ۱۰ جلسه دو ساعته به صورت گروهی یک بار در هفته اجرا شد (جدول ۲). داده‌ها با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندگانه در نرم افزار spss تحلیل شد.

میان زاده پایایی بین مصاحبه کنندگان را برای این مقیاس (۰/۹۸) ضریب همسانی درونی آن را (۰/۹۸) و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی را در فاصله دو هفته (۰/۸۴) گزارش کردند. همچنین روایی تشخیصی آن با پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس درجه بندی اضطراب هامیلتون به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ گزارش شده است [۳۲].

۲- پرسشنامه باورهای وسواسی- ۴۴: یک پرسشنامه خودسنجی شامل ۴۴ ماده می‌باشد که به منظور تشخیص و ارزیابی میزان باورهای وسواسی توسط «کار گروه شناختارهای وسواس فکری- عملی» تدوین شده است [۳۳]. این پرسشنامه ابعاد بیماری زایی در حیطه شناخت را در وسواس مورد ارزیابی و تشخیص قرار می‌دهد. آزمون از شش زیر گروه افکار تشکیل شده است که دامنه‌های کلیدی حوزه‌های شناخت در اختلال وسواس فکری- عملی می‌باشد. این شش گروه عبارتند از: احساس مسئولیت برای صدمه و آسیب، ارزیابی تهدید و خطر، کمال گرایی، نیاز به برخورداری از اطمینان، اهمیت دادن به افکار و کنترل فکر. از پاسخ دهنده درخواست می‌شود میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر کدام از گزینه‌ها را روی مقیاس ۰ تا ۷ انتخاب کند. شمس، کرم قدیری، اسماعیلی ترکانبوری و ابراهیم خانی، ضریب آلفای کرونباخ را برای این آزمون (۰/۹۲)، ضریب دو نیمه سازی آن را (۰/۹۴) و ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی را (۰/۸۲) گزارش کردند. روایی همزمان آن با دو پرسشنامه «پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی<sup>۲</sup>» و «پرسشنامه وسواس فکری- عملی<sup>۳</sup>» به ترتیب (۰/۵۷) و (۰/۵۰) به دست آمد [۳۴].

۳- پرسشنامه افسردگی بک<sup>۴</sup>: این پرسشنامه برای سنجش شدت افسردگی در سال ۱۹۶۳ توسط بک تدوین شد و در سال ۱۹۹۴ توسط بک، استیر<sup>۵</sup> و براون<sup>۶</sup> مورد تجدید نظر قرار گرفت. این مقیاس شامل ۲۱ ماده می‌باشد و هر ماده نمره‌ای بین ۰ تا ۳ می‌گیرد. بالاترین نمره در این پرسشنامه ۶۳ است. هر یک از مواد این پرسشنامه یکی از

- 1- Obsessive Beliefs Questionnaire (OBQ-44)
- 2- Maudsley Obsessive-Compulsive Inventory (MOCI)
- 3- Obsessive-Compulsive Inventory (OCI)
- 4- Beck Depression Inventory
- 5- Steer
- 6- Brown

## جدول ۱) خلاصه جلسات درمان مبتنی بر اصلاح ارزیابی‌های ثانویه

<p>جلسه اول: آشنایی درمانگر با درمانجویان، ایجاد رابطه درمانی، توضیحاتی در خصوص روند برگزاری جلسات درمانی اصول و قراردادهای درمانی شامل حضور به موقع و مداوم، رازداری، مشارکت در مباحث و انجام تکالیف آموزش در خصوص اختلال وسواس فکری و عملی، فکر، تصویر ذهنی و تکانه وسواسی، اضطراب، میل وسواسی، عمل وسواسی و خنثی سازی پنهان و آشکار و ارتباط آنها با یکدیگر، عادی سازی تجربه افکار مزاحم و ناخواسته</p> <p>تکلیف: تهیه فهرست وسواس‌ها</p>
<p>جلسه دوم: (در ابتدای تمام جلسات بررسی بازخوردها و مرور تکلیف)</p> <p>ادامه عادی سازی تجربه افکار مزاحم و ناخواسته</p> <p>ارائه منطق درمان با "تمرین شتر" [۱۹]</p> <p>آموزش مراجع در خصوص اثرات زیان آور و ضدمولد خنثی سازی، آیین‌های وسواسی و کنترل ذهنی دیگر یا راهبردهای اطمینان جویی</p> <p>آموزش در خصوص ارزیابی‌های اولیه و تمایز آنها از خود فکر وسواسی با استفاده از الگوی کلارک [۲۵]</p> <p>تکلیف: شناسایی و یادداشت ارزیابی‌های اولیه در موقعیت‌های وسواس</p>
<p>جلسه سوم: آموزش در خصوص ارزیابی‌های ثانویه</p> <p>تکلیف: یادداشت راهبردهای کنترل</p>
<p>جلسه چهارم: چالش با اهمیت بیش از حد قائل شدن برای فکر</p> <p>تکالیف و آزمایشات رفتاری: اهمیت مصنوعی، دستکاری اهمیت، معناداری افراطی، تکلیف روزهای توجه</p>
<p>جلسه پنجم: چالش با ارزیابی‌های نیاز به کنترل افکار و ارزیابی احتمال (این باور که کنترل مؤثر افکار ناخواسته، کاملاً امکان پذیر است).</p> <p>تکالیف و آزمایشات رفتاری: اثر بازداری فکر، روزهای متناوب بازداری، روزهای متناوب کنترل</p>
<p>جلسه ششم: چالش با ارزیابی‌های اولیه بیش برآورد تهدید</p> <p>چالش با ارزیابی‌های ثانویه تهدید اغراق آمیز کنترل نکردن فکر وسواسی</p> <p>تکالیف و آزمایشات رفتاری: سنجش احتمال خطر، زمینه‌یابی تهدید، مواجهه غیرعادی</p>
<p>جلسه هفتم: چالش با سوگیری آمیختگی فکر- عمل احتمال</p> <p>چالش با سوگیری آمیختگی فکر- عمل اخلاقی</p> <p>تکالیف و آزمایشات رفتاری: آزمایش حس‌های قبل از وقوع، زمینه‌یابی شناختارهای مزاحم، آزمایش قدرت افکار، آزمایش خطر شناختی</p>
<p>جلسه هشتم: چالش با ارزیابی اولیه مسئولیت پذیری افراطی</p> <p>چالش با ارزیابی ثانویه مسئولیت پذیری افراطی برای کنترل فکر</p> <p>تکالیف و آزمایشات رفتاری: شیب مسئولیت پذیری، دستکاری مسئولیت پذیری</p>
<p>جلسه نهم: چالش با ارزیابی‌های عدم تحمل حالات غیرقطعی/ کمال گرایی</p> <p>چالش با ارزیابی‌های ثانویه انتظارات غیرواقع گرایانه (مراجع از خود انتظار دارد به چنان سطحی از کنترل برسد که در آن، فکر وسواسی اصلاً رخ ندهد).</p> <p>تکالیف: زمینه‌یابی قطعیت، دستکاری قطعیت، مواجهه با عدم قطعیت، تحلیل سود/ هزینه</p>
<p>جلسه دهم: چالش با ارزیابی‌های ثانویه استنباط‌های معیوب کنترل (مراجع فرض می‌کند که شکست در کنترل ذهنی، تأثیری علی بر تجربه زندگی واقعی دارد).</p> <p>پیشگیری از عود</p>

## جدول ۲) خلاصه جلسات درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر مسئولیت پذیری افراطی

جلسه اول: آشنایی درمانگر با درمانجویان، ایجاد رابطه درمانی، توضیحاتی در خصوص روند برگزاری جلسات درمانی اصول و قراردادهای درمانی شامل حضور به موقع و مداوم، رازداری، مشارکت در مباحث و انجام تکالیف آموزش در خصوص اختلال وسواس فکری و عملی، فکر، تصویر ذهنی و تکانه وسواسی، اضطراب، میل وسواسی، عمل وسواسی و خنثی سازی پنهان و آشکار و ارتباط آنها با یکدیگر تکلیف: تهیه فهرست وسواس‌ها
جلسه دوم: (در ابتدای تمام جلسات بررسی بازخوردها و مرور تکلیف) عادی سازی تجربه افکار مزاحم و ناخواسته ارائه منطق درمان با الگوی سالکوسکیس [۹] تأکید بر نقش مسئولیت پذیری افراطی به عنوان باور هسته‌ای در ایجاد و تداوم وسواس
جلسه سوم: آموزش در خصوص مسیرهای پنجگانه مسئولیت پذیری افراطی در دوران کودکی تکلیف: بازبینی مسیرهای پنجگانه مسئولیت پذیری افراطی در زندگی درمانجو
جلسه چهارم: چالش با اهمیت بیش از حد قائل شدن برای فکر به عنوان باور بینابینی در وسواس و ارتباط آن با مسئولیت پذیری افراطی تکالیف و آزمایشات رفتاری: قصد متناقض، آموزش خوگیری
جلسه پنجم: چالش با ارزیابی‌های نیاز به کنترل افکار به عنوان باور بینابینی در وسواس و ارتباط آن با مسئولیت پذیری افراطی تکالیف و آزمایشات رفتاری: اثر بازداری فکر، روزهای متناوب بازداری، روزهای متناوب کنترل
جلسه ششم: چالش با باور بینابینی ترس از اضطراب به عنوان باور بینابینی در وسواس و ارتباط آن با مسئولیت پذیری افراطی تکالیف و آزمایشات رفتاری: شروع مواجهه و جلوگیری از پاسخ به صورت تدریجی بر اساس فهرست وسواس‌ها
جلسه هفتم: چالش با ارزیابی‌های اولیه بیش برآورد تهدید به عنوان باور بینابینی در وسواس و ارتباط آن با مسئولیت پذیری افراطی تکالیف و آزمایشات رفتاری: سنجش احتمال خطر، زمینه یابی تهدید، مواجهه غیرعادی و ادامه مواجهه و جلوگیری از پاسخ به صورت تدریجی بر اساس فهرست وسواس‌ها
جلسه هشتم: چالش با ارزیابی‌های عدم تحمل حالات غیرقطعی/ کمال گرایی به عنوان باور بینابینی در وسواس و ارتباط آن با مسئولیت پذیری افراطی تکالیف و آزمایشات رفتاری: زمینه یابی قطعیت، دستکاری قطعیت، مواجهه با عدم قطعیت، تحلیل سود/ هزینه و ادامه مواجهه و جلوگیری از پاسخ به صورت تدریجی بر اساس فهرست وسواس‌ها
جلسه نهم: چالش با ارزیابی مسئولیت پذیری افراطی به صورت شناختی (مثلاً نمودار دایره‌ای، ایجاد درک صحیح از مسئولیت شخصی) و رفتاری (مواجهه درون جلسه) تکالیف و آزمایشات رفتاری: شب مسئولیت پذیری، دستکاری مسئولیت پذیری
جلسه دهم: چالش با ارزیابی مسئولیت پذیری افراطی به صورت شناختی (مثلاً نمودار دایره‌ای، ایجاد درک صحیح از مسئولیت شخصی) و رفتاری (مواجهه درون جلسه) پیشگیری از عود

## یافته‌ها

در درمان بیماران مبتلا به وسواس بود. جدول ۱ اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به سه گروه درمانی را نشان می‌دهد.

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اصلاح ارزیابی‌های ثانویه با درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر اصلاح مسئولیت پذیری افراطی

جدول ۳) اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به گروه‌های درمان

گروه	منبع تغییرات	سن			تحصیلات			تعداد			وضعیت اشتغال			
		زن	مرد	کل	زن	مرد	کل	زن	مرد	کل	خانه‌دار	کارمند	آزاد	غیره
اصلاح ارزیابی‌های ثانویه	میانگین	۳۳/۵	۳۴/۲۵	۳۶/۷	۱۳/۲۵	۱۱/۷۵	۱۲/۷	۸	۴	۱۲	۳ نفر	۵ نفر	۲ نفر	۲ نفر
	انحراف معیار	۶/۱۳	۸/۷	۱۲/۷	۲/۰۱	۷/۷۸	۳/۵۴	۸/۵۵	۳/۱۳	۱/۰۰				
اصلاح مسئولیت پذیری افراطی	میانگین	۸۰/۸۳	۳۱	۳۳	۱۴/۷	۱۶	۱۴/۸	۱۴	۱	۱۵	۷ نفر	۴ نفر	۲ نفر	۲ نفر
	انحراف معیار	۶/۶	-	۲/۱۶	۲/۰۱	-	۱/۹۷	۳/۳۳	۵/۷	۱/۰۰				
گروه کنترل	میانگین	۱۶/۶۶	۳۳/۷	۷/۴۳	۱۴/۵	۱۶	۱۵/۷	۸	۵	۱۳	۳ نفر	۵ نفر	۳ نفر	۲ نفر
	انحراف معیار	۱۳/۱۸	۸/۹۳	۱۰/۷	۲/۰۷	۱/۴۱	۱/۹۳	۵/۱۵	۳/۸	۱/۰۰				
کل	میانگین	۳۳/۵۳	۲۸/۴۰	۳۲/۲۵	۱۴/۲۶	۱۴/۳۰	۱۴/۲۷	۳۰	۱۰	۴۰	۱۳ نفر	۱۴ نفر	۷ نفر	۶ نفر
	انحراف معیار	۱۱/۲۲	۸/۵۱	۹/۷۴	۲/۳۳	۵/۵۲	۶/۶۶	۵/۸	۳/۵	۱/۰۰				

متغیر ۱۴/۲۶ با انحراف استاندارد ۲/۳۳ و در مردان ۱۴/۳۰ با انحراف استاندارد ۳/۶۵ بود. کفایت حجم نمونه بر اساس معیار کیسرو بارتلت و بر اساس توان آزمون بالای ۰/۸ محاسبه گردید. جدول ۴ داده‌های توصیفی سه گروه در مقیاس وسواس فکری و عملی ییل براون، پرسشنامه باورهای وسواسی و زیر مقیاس‌های آن، و پرسشنامه افسردگی بک در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد.

همان طور که در جدول ۳ آمده است، ۴۰ نفر در این پژوهش شرکت داشتند. از این تعداد ۳۰ نفر (۷۵٪) یعنی سه چهارم نمونه زن و مابقی آنان (۲۵٪) مرد بودند. میانگین سن شرکت کنندگان ۳۲/۲۵ با انحراف معیار ۱۰/۴۷ بود. میانگین سن زنان ۳۳/۵۳ با انحراف معیار ۱۱/۲۲ و میانگین مردان ۲۸/۴۰ با انحراف معیار ۸/۵۱ بود. جدول ۳ میانگین تحصیلات در کل نمونه را ۱۴/۲۷ با انحراف معیار ۶/۶۶ نشان می‌دهد. در زنان نیز میانگین این



جدول ۴) میانگین و انحراف معیار مربوط به سه گروه درمانی در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

پیگیری	پس آزمون		پیش آزمون		گروه	شاخص‌ها مؤلفه‌ها	
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
۷/۰۸	۱۷/۲۵	۸/۵	۱۴/۸۳	۵/۳۳	۲۶/۱۶	وسواس فکری و عملی	درمان مبتنی بر اصلاح ارزیابی‌های تالیفیه
۳/۰۵	۹/۹۱	۴/۱۵	۷/۷۵	۳/۹۵	۱۳	فکر وسواسی	
۴/۹۹	۷/۳۳	۵/۰۵	۷/۰۸	۲/۵۸	۱۳/۱۶	عمل وسواسی	
۵۱/۵۷	۹۵/۹۱	۵۹/۶۴	۱۰۶/۰۸	۳۷/۲۶	۱۶۴/۸۳	باورهای وسواسی	
۱۹/۴۵	۳۶/۴۱	۱۹/۲۳	۳۷/۷۵	۱۷/۶۸	۵۶/۵۸	مسئولیت پذیری / ارزیابی تهدید و خطر	
۲۱/۷۸	۳۸/۸۳	۲۳/۴۱	۴۲/۹۱	۱۱/۵	۷۱	کمال گرایی / نیاز به برخورداری از اطمینان	
۱۳/۴۵	۲۰/۶۶	۱۹	۲۵/۴۱	۱۰/۵۹	۳۷/۲۵	اهمیت دادن به افکار / کنترل فکر	
۱۲/۱۱	۲۰/۷۵	۱۳/۳۳	۲۰/۳۳	۱۳/۳۶	۲۱/۷۵	افسردگی	
۴/۵۳	۲۲/۶۶	۵/۷۶	۱۹/۶	۵/۲۲	۲۶/۵۳	وسواس فکری و عملی	درمان مبتنی بر اصلاح مسئولیت پذیری افراطی
۱/۹۸	۱۰/۷۳	۲/۶۹	۹/۶	۲/۸۹	۱۳/۷۳	فکر وسواسی	
۳/۳۰	۱۱/۹۳	۳/۶	۱۰	۲/۵۶	۱۲/۸	عمل وسواسی	
۴۵/۹۰	۱۱۸/۴۷	۵۶/۲۸	۱۳۰/۶	۴۹/۱۴	۱۶۳/۴	باورهای وسواسی	
۱۴/۰۸	۳۲/۵۳	۲۰/۴۴	۴۳/۵۳	۲۳/۰۴	۵۶	مسئولیت پذیری / ارزیابی تهدید و خطر	
۲۰/۷۱	۵۹/۹۳	۲۲/۹۷	۶۰/۳۳	۱۵/۹۴	۶۹/۶۶	کمال گرایی / نیاز به برخورداری از اطمینان	
۱۷/۳۹	۲۶	۱۷/۱۷	۲۶/۷۳	۱۵/۳۳	۳۷/۷۳	اهمیت دادن به افکار / کنترل فکر	
۸/۳۹	۲۰/۳۳	۱۰/۷۹	۱۹/۷۳	۹/۷۶	۲۱/۴۷	افسردگی	
۳/۵۲	۲۸/۷۵	۵/۷۹	۲۶/۴۲	۴/۴۶	۲۶/۳۸	وسواس فکری و عملی	گروه کنترل
۲/۲۷	۱۴/۰۸	۳/۰۱	۱۳/۱۶	۲/۳۶	۱۳/۳۸	فکر وسواسی	
۱/۷۷	۱۴/۶۶	۲/۹۵	۱۳/۲۵	۲/۳	۱۳	عمل وسواسی	
۵۱/۰۴	۱۱۶/۳۳	۵۱/۹۶	۱۱۹/۰۸	۴۵/۵۲	۱۳۰/۳۸	باورهای وسواسی	
۱۸/۶۴	۴۰/۷۵	۱۹/۴۱	۴۰/۲۵	۱۹/۹۸	۴۳	مسئولیت پذیری / ارزیابی تهدید و خطر	
۲۱/۸۱	۴۷/۷۵	۲۰/۴۵	۵۰/۲۵	۱۷/۲۵	۵۶/۱۵	کمال گرایی / نیاز به برخورداری از اطمینان	
۱۴/۲۹	۲۷/۸۳	۱۵/۲۹	۲۸/۵۸	۱۳/۴۴	۳۱/۲۳	اهمیت دادن به افکار / کنترل فکر	
۹/۶۴	۱۶	۱۰/۴	۱۵/۸۳	۸/۹۴	۱۴/۹۱	افسردگی	

ویک در مورد همه متغیرها، پیش فرض نرمال بودن نمرات را تأیید کرد و بنابراین بر امکان استفاده از آمار پارامتریک صحت گذاشته شد. لذا سه گروه از نظر متغیرهای جمعیت شناختی مانند سن و سطح تحصیلات مورد مقایسه قرار گرفتند. نتایج تحلیل خی دو نشان داد که بین سه گروه از لحاظ سطح تحصیلات تفاوت معنی داری وجود ندارد. همچنین نتایج مقایسه میانگین سنی سه گروه از طریق تحلیل واریانس، نشان داد که بین سه گروه از لحاظ سن نیز تفاوت معنی داری وجود ندارد. در این مرحله رابطه بین متغیرهای جمعیت شناختی با متغیرهای وابسته مورد بررسی

همان طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، میانگین نمرات مقیاس وسواس فکری و عملی بیل بران و زیر مقیاس‌های آن، پرسشنامه باورهای وسواسی و زیر مقیاس‌های آن و پرسشنامه افسردگی بک در هر دو گروه درمانی کاهش داشت و این کاهش‌ها در پیگیری نیز با افزایش جزئی تداوم داشت. در ابتدا پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای مورد مطالعه، بررسی شد تا مسیر آماری صحیح (پارامتریک یا نا- پارامتریک) نمایان گردد. پیش فرض نرمال بودن متغیرهای مورد مطالعه با استفاده از آزمون شاپیرو- ویلک و نمودار ستونی بررسی شد. آزمون شاپیرو-

متغیرهای وابسته در سه گروه، در جامعه برابر است و بنابراین امکان استفاده از شیوه تحلیل کوواریانس وجود دارد. نتایج آزمون‌های تحلیل کوواریانس چند متغیری با وارد کردن نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر کنترل در جدول ۶ آمده است. همان گونه که مشاهده می‌شود نتایج آزمون لامبدا به عنوان رایج‌ترین آزمون مورد نظر در تحلیل کوواریانس چند متغیری حاکی از آن است که تفاوت معناداری بین سه گروه در نمرات پس آزمون و پیگیری وجود دارد ( $F=5/5, p<0/01$ ) و مجذور اتا نیز نشان می‌دهد که ۷۹ درصد واریانس نمرات سه گروه مربوط به عضویت گروهی است.

قرار گرفت. نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین متغیرها وجود ندارد. نتایج تحلیل واریانس نمرات پیش آزمون علائم و سواس، باورهای و سواسی و افسردگی بین سه گروه نشان داد که سه گروه مذکور در هیچ یک از متغیرهای وابسته با هم تفاوت معنی‌داری نداشتند ( $p<0/05$ ). با این حال در تحلیل‌های بعدی نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر همپراش در نظر گرفته شدند. جدول ۵، نتایج حاصل از آزمون باکس در مورد همسانی کوواریانس‌های متغیرهای علائم و سواس، باورهای و سواسی و افسردگی را در سه گروه نشان می‌دهد. همان طور که در جدول ۵ مشاهده می‌گردد پیش فرض تساوی کوواریانس‌ها در تمامی متغیرهای وابسته بین سه گروه رعایت شده است ( $p<0/05$ ). به عبارت دیگر کوواریانس‌ها یا روابط بین

جدول ۵) نتایج حاصل از آزمون باکس در مورد همسانی کوواریانس‌های متغیرهای وابسته در سه گروه

متغیر	M	Df1	Df2	F	P
علائم و سواس	۰/۰۵۳	۳	۲۹۸۸۴/۵۷	۰/۰۳۲	۰/۷۸
باورهای و سواسی	۱/۷۲	۳	۲۹۸۸۴/۵۷	۰/۳۷	۰/۶۹۳
افسردگی	۳/۰۶	۳	۲۹۸۸۴/۵۷	۲/۲۸	۰/۷۱

جدول ۶) خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به تفاوت بین سه گروه درمانی

آزمون	مقدار	F	فرضیه درجه آزادی	خطای درجه آزادی	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلایی	۱/۵۴	۴/۹۲	۲۶	۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۷۷	۱/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۴	۵/۵۰	۲۶	۳۶	۰/۰۰۰۳	۰/۷۹	۱/۰۰۰
اثر هتلینگ	۹/۳۲	۶/۰۹	۲۶	۳۴	۰/۰۰۰۵	۰/۸۲	۱/۰۰۰
آزمون بزرگترین ریشه روی	۷/۳۶	۱۰/۷۷	۱۳	۱۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۸	۱/۰۰۰

مربوط به عضویت گروهی (یعنی نوع درمان) است. این میزان برای پرسشنامه بک ۲۱٪ می‌باشد. در پیگیری نیز تفاوت بین سه گروه در نمرات مقیاس و سواس فکری و عملی بیل براون ( $F=14/27, p<0/01$ ) و نمره کل پرسشنامه باورهای و سواسی ( $F=4/50, p<0/05$ ) معنادار بود اما در پرسشنامه افسردگی بک تفاوت معناداری مشاهده نشد. طبق ستون مجذور اتا (جدول ۷)، در پیگیری ۴۹٪ کل واریانس نمره کل مقیاس بیل براون مربوط به عضویت گروهی (یعنی نوع درمان) است.

جدول ۷ تفاوت سه گروه را به طور جداگانه در مقیاس و سواس فکری و عملی بیل براون، پرسشنامه باورهای و سواسی و پرسشنامه افسردگی بک در پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همان طور که مشاهده می‌شود بین سه گروه در نمرات پس آزمون مقیاس و سواس فکری و عملی بیل براون ( $F=9/06, p<0/01$ ) و پرسشنامه افسردگی بک ( $F=4/04, p<0/05$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. اما این تفاوت برای نمره کل پرسشنامه باورهای و سواسی معنادار نیست. همان طور که در ستون مجذور اتا آمده است، در بیل براون ۳۸٪ کل واریانس این مقیاس،

جدول ۷) نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری مربوط به تفاوت بین سه گروه درمانی

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجدور اتا	توان آماری		
نمره کل مقیاس ییل براون	۵۹۴/۲۷	۲	۲۹۷/۱۳	۹/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۸	۰/۹۶۱	۳	ارزیابی
	۱۱۱۲۷/۵۱	۲	۵۵۶۳/۷	۲/۹۴	۰/۰۶۸	۰/۱۶۴	۰/۵۳۱		
	۴۰/۶۴	۲	۲۰/۳۲	۴/۰۴	۰/۰۲۸	۰/۲۱۲	۰/۶۷۵		
نمره کل مقیاس ییل براون	۶۳۷/۸۵	۲	۳۱۸/۹۲	۱۴/۲۷	۰/۰۰۰	۰/۴۹	۰/۹۹۷	۳	ارزیابی
	۱۳۱۱۸/۲	۲	۶۵۵۹/۱	۴/۵۰	۰/۰۱۹	۰/۲۳۱	۰/۷۲۶		
	۳۰/۳۸	۲	۱۵/۱۹	۱/۵۹	۰/۲۲۱	۰/۰۹۶	۰/۳۱۰		

حفظ شده است ( $p < 0/01$ ). همچنین بین گروه درمان مبتنی بر مسئولیت پذیری افراطی و کنترل در پرسشنامه باورهای وسواسی نیز تفاوت معناداری وجود ندارد. در پرسشنامه افسردگی بک تفاوت معناداری بین دو گروه مشاهده نشد. این نتایج در پیگیری نیز حفظ شد. مقایسه گروه درمان مبتنی بر ارزیابی‌های ثانویه و گروه کنترل در پس آزمون حاکی از آن است که بین دو گروه در مقیاس وسواس فکری و عملی ییل براون ( $p < 0/01$ ) و پرسشنامه باورهای وسواسی ( $p < 0/05$ ) و نیز پرسشنامه افسردگی بک ( $p < 0/05$ ) تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج به جز در پرسشنامه افسردگی بک در بقیه موارد تا یک ماه پس از درمان تداوم داشت.

مقایسه‌های زوجی با استفاده از آزمون LSD (جدول ۸) نشان داد که دو روش درمانی در کاهش علائم و باورهای وسواسی و نیز افسردگی تفاوت معناداری نشان ندادند، اما در پیگیری در مقیاس وسواس فکری و عملی ییل براون بین دو گروه تفاوت معناداری وجود داشت ( $p < 0/01$ ). مقایسه میانگین‌ها در جدول ۴ حاکی از آن است که درمان مبتنی بر ارزیابی‌های ثانویه کنترل در این زمینه مؤثرتر بوده است، اما مقایسه گروه‌های درمانی با گروه کنترل حاکی از آن است که بین گروه درمان مبتنی بر مسئولیت پذیری افراطی سالکوسکیس و گروه کنترل در مقیاس وسواس فکری و عملی ییل براون در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0/01$ ) و این تفاوت در پیگیری هم

جدول ۸) مقایسه‌های زوجی سه گروه درمانی

	اصلاح ارزیابی‌های ثانویه - اصلاح مسئولیت پذیری افراطی و کنترل		اصلاح ارزیابی‌های ثانویه - اصلاح مسئولیت پذیری افراطی و کنترل		اصلاح ارزیابی‌های ثانویه و کنترل	
	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری	تفاوت میانگین‌ها	سطح معناداری
نمره کل مقیاس ییل براون	۴/۴۸	۰/۰۵۷	۷/۰۴	**۰/۰۰۹	۱۱/۵۲	**۰/۰۰۰
	۲۵/۵۳	۰/۱۴۸	۲۳/۸۲	۰/۲۲۶	۴۹/۳۵	*۰/۰۲۳
	۰/۲۵۹	۰/۷۷۲	۲/۷۲	**۰/۰۱۰	۲/۴۶	*۰/۰۲۷
نمره کل ییل براون	۲/۰۲	**۰/۰۰۷	۶/۹۸	**۰/۰۰۴	۹/۴۶	**۰/۰۰۰
	۲۶/۱۳	۰/۱۳۱	۲۴/۳۲	۰/۰۸۰	۵۰/۱۲	**۰/۰۰۵
	۰/۲۴۳	۰/۹۷۰	۰/۲۱۳	۰/۱۰۵	۰/۲۵۶	۰/۱۳۵

\*  $P < 0/05$ ؛ \*\*  $P < 0/01$

## بحث

همان‌طور که قبلاً اشاره شد، پژوهش حاضر اثربخشی درمان مبتنی بر اصلاح ارزیابی‌های ثانویه کنترل و درمان مبتنی بر اصلاح مسئولیت‌پذیری افراطی را در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی مورد بررسی قرار داد. نتایج تحلیل کوواریانس چندگانه حاکی از تفاوت معنادار بین دو گروه درمانی و گروه کنترل در پس‌آزمون بود و این تفاوت در دوره پیگیری نیز حفظ شد. مجذور اتا نیز نشان داد که ۷۹ درصد واریانس نمرات سه‌گروه در ابزارهای سنجش مربوط به عضویت گروهی بود. بنابراین یافته‌های حاصل از این پژوهش در مجموع حمایتی تجربی برای نظریه شناختی-رفتاری سالکوسکیس و نظریه کنترل شناختی کلارک فراهم می‌کند. از سوی دیگر مقایسه مستقیم دو گروه درمانی نشان داد که دو گروه درمانی تفاوت معناداری را در پس‌آزمون و پیگیری نشان ندادند. این نتایج حاکی از آن است که درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر ارزیابی‌های اولیه و درمان مبتنی بر ارزیابی‌های ثانویه کنترل هر دو تغییرات معناداری در علائم و باورهای وسواسی ایجاد کردند. همچنین در پیگیری، دو گروه در مقیاس وسواس فکری و عملی ییل براون تفاوت معناداری نشان دادند و مقایسه میانگین‌ها با هم حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر ارزیابی‌های ثانویه کنترل مؤثرتر بوده و تغییرات پایدارتری در علائم وسواس ایجاد کرده است. این نتایج همخوان با این فرضیه الگوی کنترل شناختی می‌باشد که هدف قرار دادن ارزیابی‌های اولیه در مورد فکر وسواسی به تنهایی کافی نیست و از آنجا که در هر مداخله‌ای یکی از جنبه‌های مهم اثربخشی درمان، تداوم بلندمدت فواید درمانی است، برای درمان مؤثرتر و پیشگیری از عود علائم وسواس، ارزیابی‌های ثانویه کنترل و توانایی مقابله نیز باید مد نظر قرار گیرد [۲۵]. در الگوی کنترل شناختی در ارائه منطق درمان و نیز عادی‌سازی سازی تجربه افکار مزاحم ناخواسته یا افکار وسواسی، بخش مهمی از این آموزش، به تصریح اثرات ضدمولد خنثی‌سازی و دیگر روش‌های کنترل فکر وسواسی اختصاص می‌یابد. شاید علت تداوم بیشتر فواید درمانی گروه کنترل شناختی در زیر مقیاس فکر وسواسی ییل براون را بتوان به این موضوع نسبت داد. مداخلات شناختی در سطح ارزیابی ثانویه، این فرضیه بیمار

را که از طریق اعمال کنترل بیشتر بر فکر وسواسی می‌توان فراوانی و پریشانی همراه با آن را کاهش داد، مورد چالش قرار می‌دهد. اما مقایسه جداگانه هر یک از گروه‌های درمانی با کنترل حاکی از آن بود که بین گروه درمان مبتنی بر مسئولیت‌پذیری افراطی سالکوسکیس و کنترل در مقیاس ییل براون و پرسشنامه افسردگی بک تفاوت معنادار وجود دارد و این تفاوت‌ها به جز پرسشنامه افسردگی بک در پیگیری نیز تداوم داشت. اما تفاوت بین دو گروه در پرسشنامه باورهای وسواسی معنادار نبود. این یافته مؤید پژوهش‌های قبلی است که اثربخشی درمان مبتنی بر نظریه شناختی-رفتاری سالکوسکیس در درمان وسواس را نشان داد [۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳]. همچنین این یافته، با یافته‌های مک‌لین و همکاران [۱۷] همخوان است که نشان داد درمان شناختی رفتاری مبتنی بر ارزیابی‌های مسئولیت در کاهش علائم وسواس و نه باورهای وسواسی مؤثر بوده است. مقایسه گروه درمان مبتنی بر کنترل شناختی با گروه کنترل نشان داد دو گروه در تمام مقیاس‌ها تفاوت معناداری دارند و این تفاوت‌ها در پیگیری نیز تداوم داشت. این نتایج حاکی از آنست که درمان مبتنی بر ارزیابی‌های ثانویه کنترل می‌تواند کاهش‌های معنادار و بادوامی در علائم و باورهای وسواسی ایجاد نماید. همان‌طور که قبلاً نیز اشاره شد الگوی کنترل شناختی پیشنهاد می‌کند که بیماران وسواسی نه فقط به دلیل ارزیابی‌های اولیه، بلکه همچنین به خاطر ارزیابی‌های ثانویه برای ایجاد کنترل شدید و خشک بر فکر وسواسی شدیداً آنگیخته می‌شوند. این ارزیابی‌های ثانویه شامل سوء تعبیرهایی در مورد ماهیت کنترل ذهنی و پیامدهای تصویری شکست در اعمال کنترل می‌باشد. در مجموع پژوهش حاضر حاکی از آن بود که راهبردهای درمانی شناختی و رفتاری که ارزیابی‌ها و باورهای معیوب ثانویه در مورد نیاز به کنترل یا خنثی‌سازی افکار وسواسی را مورد چالش قرار می‌دهند، می‌تواند بخش مهمی از درمان شناختی-رفتاری وسواس باشند. راهنماهای درمانی که شامل مداخلاتی برای اصلاح ارزیابی‌های اولیه و ثانویه فکر وسواسی می‌باشند، باید نسبت به درمان‌هایی که ناکارآمدی شناختی وسواس را به طور محدودتری تعریف می‌کنند، تأثیر قوی‌تری بر این اختلال داشته باشند. درمان مبتنی بر کنترل شناختی،

کاربرده شده در این پژوهش؛ یعنی نمونه گیری در دسترس و نیز عدم اجرای همزمان هر دو روش درمانی، انجام پژوهش‌هایی بدون وجود این محدودیت‌ها امری ضروری و مطلوب خواهد بود.

### تشکر و قدردانی

در پایان لازم است از زحمات کارکنان مراکز مشاوره گلستان زندگی، پارسه و هدی به دلیل فراهم کردن امکان نمونه گیری و تشکیل جلسات درمان تشکر و قدردانی به عمل آوریم.

### منابع

- 1- García-Soriano G, Bellocha A, Morillo C, Clark DA. Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: From normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *J Anx Dis.* 2011; (25): 474-482.
- 2- Rachman SJ, de Silva P. Abnormal and normal obsessions. *Behav Res Ther.* 1978; (16): 233-248.
- 3- Parkinson L, Rachman SJ, Part II. The nature of intrusive thoughts. *Adv Behav Res and Ther.* 1981; (3): 101-110.
- 4- Carr AT. Compulsive neurosis: A review of the literature. *Psychol Bull.* 1974; (81): 311-318.
- 5- McFall ME, Wollersheim JP. Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cog Ther Res.* 1979; (3): 333-348.
- 6- Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: A cognitive-behavioural analysis. *Behav Res and Ther.* 1985; (23): 571-583.
- 7- Salkovskis PM. Cognitive-behavioural factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behav Res Ther.* 1989; (27): 677-682.
- 8- Salkovskis PM. Cognitive-behavioral approaches to the understanding of obsessional problems. In: Rapee R M, editor. *Current controversies in the anxiety disorders.* New York: Guilford Press; 1996. p. 103-133.
- 9- Salkovskis PM. Understanding and treating obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1999; (37): 29-52.
- 10- Salkovskis PM, Warwick MC. Cognitive therapy of obsessive-compulsive disorder: Treating treatment failures. *Behav Psychoth.* 1985; (13): 243-255.
- 11- Ladouceur R, Léger E, Rhéaume J, Dubé D. Correction of inf lated responsibility in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1996; (34): 767-774.
- 12- Warren R, Thomas JC. Cognitive-behavior therapy of obsessive-compulsive disorder in private practice: An effectiveness study. *J Anx Dis.* 2001; (15): 277-285.

دیدگاه متفاوتی به مسأله کنترل ذهنی در وسواس ارائه می‌کند. این رویکرد به جای اینکه کنترل ضعیف بر افکار وسواسی را نوعی نقص کلی در فرایندهای خودکنترلی<sup>۱</sup>، یا از اثرات نامطلوب تلاش‌های افراطی کنترل ببیند، بر این فرض است که ارزیابی نادرست کنترل و پیامدهایش، فرایند شناختی اساسی در تداوم افکار و اعمال وسواسی می‌باشد. نظریه‌های شناختی رفتاری فعلی وسواس، منحصراً به ارزیابی‌ها و باورهای نادرست مربوط به فکر وسواسی می‌پردازند. اما بیماران وسواسی نه تنها فکر وسواسی را سوء تفسیر می‌کنند؛ بلکه تلاش‌های خود برای کنترل فکر و نیز پیامدهای ادراک شده شکست در کنترل فکر وسواسی را به طور نادرستی ارزشیابی می‌کنند. این ارزیابی ثانویه از پاسخ فرد به فکر وسواسی، با ارزیابی‌های اولیه فکر وسواسی تعامل برقرار می‌کند تا اشتغال ذهنی مداومی با محتوای فکر وسواسی ایجاد نماید. همانند الگوهای شناختی - رفتاری مبتنی بر ارزیابی‌های اولیه، فرمول بندی مبتنی بر ارزیابی‌های ثانویه نیز عوامل آسیب پذیری متعددی را برای وسواس مطرح می‌کند. اما این الگو به لحاظ ارایه دو سطح مفهومی ارزیابی در پدیدایی افکار وسواسی، با الگوهای قبلی متفاوت است. در سطح ارزیابی اولیه، افکار مزاحم ناخواسته پایدار می‌مانند، اگر از نظر شخصی مهم تلقی شوند، مغایر با ارزش‌ها یا آرمان‌های فرد باشند (یعنی خودناپذیر) و/یا به دلیل پیامدهای منفی مورد انتظار برای خود یا دیگران تهدیدآمیز ادراک شوند. این ارزیابی نادرست همراه با حس بالایی از مسئولیت، به تلاش‌های بیشتر کنترل فکر از طریق اعمال وسواسی و خنثی سازی، منجر خواهند شد. در سطح ارزیابی ثانویه، ارزیابی‌های شکست در کنترل فکر، عامل اصلی در افزایش فراوانی، برجستگی و پریشانی همراه با فکر وسواسی خواهد بود. در نهایت، فرد وسواسی نه تنها برای کنترل فکر وسواسی بسیار سخت تلاش می‌کند، بلکه در مورد پیامدهای کنترل ناقص فکر بسیار دلواپس است. همان طور که اشاره شد، رویکرد کنترل شناختی در مورد وسواس یک فرمول بندی جدید است. برای حمایت تجربی آن انجام پژوهش‌های بیشتر به ویژه مداخله‌های موردی و پیگیری طولانی مدت نتایج درمانی ضروری است. با توجه به نوع نمونه گیری به

1- self control

- 28- Purdon C. Appraisal of obsessional thought recurrences: Impact on anxiety and mood state. *Behav Ther.* 2001; (32): 47-64.
- 29- Purdon C. Thought suppression and psychopathology. *Behav Res Ther.* 1999; (37): 1029-1054.
- 30- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Fleischmann RL, Hill CL, et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale I. Development, use, and reliability. *Arch Gen Psychi.* 1989; (46): 1006-1011.
- 31- Goodman W, Price LH, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale II. Validity. *Arch Gen Psychi.* 1989; (46): 1012-1016.
- 32- Dadfar M, Bolhari J, Malakuti K, Bayan-zade SA. The study of the epidemiology of symptoms of Obsessive Compulsive Disorder. *J Mind Behav.* 2002; 1(2): 27-32.
- 33- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Development and initial validation of the Obsessive Beliefs Questionnaire and the Interpretation of Intrusions Inventory. *Behaviour Research and Therapy.* 2001; (39): 987-1006.
- 34- Shams G, Karamghadiri N, Smailitorkanburi Y, Ebrahimkhani N. Validity and Reliability of Persian version of Obsessive Compulsive Questionnaire. *J Adva Cog Scie.* 2005; (6): 23-36.
- 35- Beck AT, Steer RA, Brown G. *Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
- 36- Ghassemzadeh H, Mojtabai R, Karamghadiri N, Ebrahimkhani N. Psychometric properties of a Persian language version of the beck depression inventory. 2nd ed: BDI-II. *J Dep Anx.* 2005; (21): 185-190.
- 13- Van-Oppen P, Hoekstra RJ, Emmelkamp PM. The structure of obsessive-compulsive symptoms. *Behav Res Ther.* 1995; (33): 15-23.
- 14- Beck AT, Emery G. *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective.* New York: Basic Books; 1985.
- 15- McLean PD, Whittal ML, Sochting I, Koch WJ, Paterson R, Thordarson DS. Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive-compulsive disorder. *J Cons Clin Psychol.* 2001; (69): 205-214.
- 16- Freeston MH, Rhéaume J, Ladouceur R. Correcting faulty appraisals of obsessional thoughts. *Behav Res and Ther.* 1996; (34): 433-446.
- 17- Van-Oppen P, Arntz A. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1994; (32): 79-87.
- 18- Rachman SJ. A cognitive theory of obsessions: Elaborations. *Behav Res Ther.* 1998; (36): 385-401.
- 19- Freeston MH, Ladouceur R. Exposure and response prevention for obsessional thoughts. *Cog Behav Prac.* 1999; (6): 362-383.
- 20- Clark DA, Purdon CL. New perspectives for a cognitive theory of obsessions. *Austra Psychologi.* 1993; (28): 161-167.
- 21- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group (OCCWG). Cognitive assessment of obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther.* 1997; (35): 667-681.
- 22- Purdon CL, Clark DA. The need to control thoughts. In: Frost RO, Steketee G, editors. *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment and treatment.* Oxford: UK: Elsevier; 2002. p. 29-43.
- 23- Salkovskis PM, Richards HC, Forrester E. The relationship between obsessional problems and intrusive thoughts. *Behav Cog Psychoth.* 1995; (23): 281-299.
- 24- Whittal ML, McLean PD. Group cognitive behavioral therapy for obsessive compulsive disorder. In: Frost RO, Steketee G, editors. *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment.* Amsterdam: Elsevier Science; 2002. p. 417-433.
- 25- Clark DA. *Cognitive-behavioral therapy for OCD.* New York: Guilford; 2004.
- 26- Salkovskis PM, Wahl K. Treating obsessional problems using cognitive-behavioural therapy. In: Reinecke M, Clark DA, editors. *Cognitive therapy across the lifespan: Theory, research and practice.* Cambridge, UK: Cambridge University Press; 2003. p. 138-171.
- 27- Purdon CL, Clark DA. Suppression of obsession-like thoughts in nonclinical individuals. Part I. Impact on thought frequency, appraisal and mood state. *Behav Res Ther.* 2001; (39): 1163-1181.