

## The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment on Experiential Avoidance and Cognitive Emotion Regulation in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and its Comparison with Exposure and Prevention Response Therapy

Hasanpoor, P., Aghayousefi, \*A., Zamir, M., Alipoor, A.

### Abstract

**Introduction:** The purpose of this study was to investigate the effectiveness of transdiagnostic treatment on experiential avoidance, cognitive emotion regulation in patients with obsessive-compulsive disorder and its comparison with exposure and prevention response therapy.

**Method:** The present study is a pre-test and post-test semi experimental design. The study population in this study was all obsessive compulsive patients referring to Qazvin psychological services centers in 2018. 40 patients were selected by purposeful sampling method and randomly assigned to 2 groups of 20 (the first group was treated with transdiagnostic treatment and the second group was treated with ERP). In this study, variables such as age and sex were controlled. The tools used in the present study were Yale Brown Obsessive Compulsory Inventory (YBOCS), Obsessive-Compulsive Questionnaire (OBQ), Multidimensional Experiential Avoidance questionnaire (MEAQ) and cognitive emotional regulation questionnaire (CERQ). The collected data were analyzed by covariance analysis and paired t-test.

**Results:** The results showed that transdiagnostic treatment significantly decreased experiential avoidance and also improved, cognitive emotion regulation, in patients with OCD ( $p < 0/001$ ). On the other hand, the effectiveness of transdiagnostic therapy on these variables (except obsessive thoughts) was different in ERP patients ( $p < 0/05$ ) and transdiagnostic treatment in reducing and experiential avoidance and improvement in, cognitive emotion regulation, are more effective than ERP treatment.

**Conclusion:** The results of the present study were discussed with regard to the studies conducted in this field and the content of the transdiagnostic treatment protocol and ERP treatment.

**Keywords:** Obsessive - compulsive disorder, transdiagnostic treatment, Exposure and Prevention response therapy.

## مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و مواجهه‌سازی - بازداری پاسخ بر اجتناب تجربه‌ای و تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به وسواس فکری - عملی

بگانه حسن‌پور<sup>۱</sup>، علیرضا آقاییوسفی<sup>۲</sup>، محسن ضمیر<sup>۳</sup>، احمد علیپور<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۲/۲۲ تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۹/۱۰

### چکیده

**مقدمه:** هدف این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و مواجهه‌سازی - بازداری پاسخ بر اجتناب تجربه‌ای، تنظیم شناختی هیجان در بیماران با اختلال وسواس فکری - عملی بود.

**روش:** پژوهش حاضر با روش نیمه آزمایشی و با استفاده از یک طرح دوگروهی پیش‌آزمون - پس‌آزمون انجام شد. جامعه مورد مطالعه شامل کلیه افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی مراجعه کننده به مراکز خدمات روانشناختی قزوین در سال ۱۳۹۶ بودند. ۴۰ بیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی به ۲ گروه ۲۰ نفری (گروه اول تحت درمان فراتشخیصی و گروه دوم تحت درمان مواجهه سازی - بازداری از پاسخ) گمارده شدند. ابزارهای به کار رفته در پژوهش عبارت بودند از: پرسشنامه وسواس بیل براون، پرسشنامه چندبعدی اجتناب تجربه‌ای و مقیاس تنظیم شناختی هیجانی. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج به دست آمده نشان داد که اثر بخشی درمان فراتشخیصی در مقایسه با درمان مواجهه سازی و پیشگیری از پاسخ در بهبود اجتناب تجربه‌ای و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به OCD به طور معناداری بیشتر است.

**نتیجه‌گیری:** رویکرد فراتشخیصی در درمان با مدنظر قرار دادن رویکرد ابعادی و هدف قرار دادن سازه‌های فراتشخیصی می‌تواند در بهبود علائم OCD اثرگذار باشد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال وسواسی - فکری - عملی، درمان فراتشخیصی، درمان مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ.

## مقدمه

فرار از آنها را در بر می‌گیرد (۳). به بیان دیگر، هر رفتاری که انجام می‌دهیم تا از هیجانات و حس‌های منفی درونی رها شویم به عنوان اجتناب تجربه‌ای محسوب می‌شود. برای مثال، می‌بارگی، پرخوری، سوءمصرف مواد، سیگار کشیدن و... نمونه‌های بارز اجتناب تجربه‌ای هستند که به طور جدی سلامت فرد را به خطر می‌اندازند (۴).

نظم‌بخشی هیجان<sup>۵</sup> به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی - روانی، فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود. نظم‌بخشی هیجانی شامل هر استراتژی مقابله‌ای است که افراد، هنگام مواجهه با هیجانات شدید استفاده می‌کنند (۵). یکی از جنبه‌های مهم فرآیند نظم جویی هیجان، تنظیم تجارب هیجانی از طریق به خدمت گرفتن عناصر شناختی است. به اعتقاد محققان چگونگی ارزیابی دستگاه شناختی فرد در هنگام روبه‌رو شدن با حوادث منفی از اهمیت بالایی برخوردار است. به عبارتی، سلامت روانی افراد ناشی از تعاملی دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم شناختی هیجانات و ارزیابی درست از موقعیت‌ها است. این مفهوم در متون روانشناسی، نظم‌جویی شناختی هیجان<sup>۶</sup> نامیده می‌شود. نظم جویی شناختی هیجان دلالت بر شیوه دستکاری ورود اطلاعات فراخواننده هیجان دارد (۶). نظم جویی شناختی هیجان معادل مدیریت شناختی اطلاعات برانگیزاننده هیجانی است (۷). در واقع راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان پاسخ‌های شناختی به وقایع فراخوان هیجان هستند که به صورت هشبار یا ناهشبار سعی در تعدیل شدت و یا نوع تجربه هیجانی یا خود واقعه دارند (۷). راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان را می‌توان به دو دسته راهبردهای سازگاران و ناسازگاران تقسیم نمود. از جمله راهبردهای سازگاران می‌توان به ارزیابی مجدد مثبت پذیرش، دیدگاه‌گیری، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی اشاره نمود و راهبردهایی مانند ملامت خود، نشخوارگری، ملامت دیگران، فاجعه‌سازی در دسته راهبردهای ناسازگاران قرار می‌گیرند که هر کدام پیامدهای خاص خود را خواهند داشت (۸). راهبردهای منفی نظم‌جویی شناختی هیجان

طبق پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی<sup>۱</sup>، اختلال وسواسی - جبری<sup>۲</sup> (OCD) یک اختلال ناهمسان است که ویژگی‌های مختلف بالینی و پیامدهای درمانی مختلفی دارد. شیوع این اختلال در ایالات متحده ۱/۳ درصد و به طور مشابهی، شیوع شیوع بین‌المللی ۱/۱ تا ۱/۸ درصد گزارش شده است. در صورت عدم درمان، فرد مبتلا سیری مزمن با نوسان علائم پیدا می‌کند و همراه با آن اختلال عمده در کارکرد اجتماعی، شغلی یا سایر حوزه‌های مهم کارکردی پیدا می‌کند (۱). علاوه بر این، طبقه‌بندی آماری منتشر شده از سوی سازمان بهداشت جهانی<sup>۳</sup> نشان می‌دهد که در فهرست ۱۰ بیماری که سبب ناتوانی عمده می‌شود، چهار بیماری مربوط به اختلالات روانی است که یکی از این اختلالات، OCD می‌باشد (۲).

اختلال وسواسی - جبری با حضور افکار وسواسی یا اعمال جبری زمان‌بر، آزارنده و ناتوان‌کننده مشخص می‌شود. در واقع وسواس‌ها، افکار، امیال یا تصاویر تکراری هستند که ماهیتی مزاحم و ناخواسته داشته و در اغلب افراد به اضطراب یا پریشانی منجر می‌شوند. این وسواس‌ها با تلاش فرد در جهت سرکوب یا خنثی‌سازی آنها از طریق عمل جبری همراه است. اعمال جبری اقدامات ذهنی یا آشکار تکراری هستند که در پاسخ به یک فکر وسواسی یا مطابق با یک قاعده که بایستی دقیقاً اعمال شود، خود را نشان می‌دهند و هدف آنها پیشگیری یا کاهش اضطراب یا پریشانی و نیز جلوگیری از وقوع یک رویداد ترسناک می‌باشد. در عین حال، عمل جبری با پیامدی که برای پیشگیری از آن طراحی شده است، ارتباط واقع‌بینانه‌ای ندارد و یا به وضوح افراطی است (۲).

اجتناب تجربه‌ای<sup>۴</sup> یکی از علائم موجود بیماران OCD است. اجتناب تجربه‌ای فرآیندی است که شامل ارزیابی‌های منفی افراطی از حس‌ها، احساسات و افکار خصوصی ناخواسته بوده و فقدان تمایل به تجربه کردن این رویدادهای خصوصی و تلاش‌هایی عمدی برای کنترل یا

5. emotion regulation  
6. cognitive emotion regulation

1. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5  
2. Obsessive-Compulsive Disorder  
3. World Health Organization (WHO)  
4. experiential avoidance

سیستم‌های تشخیصی سنتی که متکی بر علائم رفتاری هستند، روشی سودمندتر برای تشریح ارتباط مغز و رفتار فراهم می‌آورد (۱۰).

کارگروه‌های پروژه RDoC چند حوزه را شناسایی کرده‌اند که عبارتند از: سیستم‌های شناختی؛ سیستم‌های جاذبه مثبت و منفی؛ سیستم‌های برانگیختگی و تنظیم‌کننده؛ و سیستم‌های مرتبط با فرآیندهای اجتماعی. البته حوزه ششم، یعنی فرآیندهای حسی - حرکتی نیز در حال توسعه است. این حوزه‌ها خود به ساختارها و زیرساختارهای متعدد تقسیم می‌شوند (۱۱).

مشخصه‌های بارز OCD، افکار، تصاویر یا امیال (وسواس‌های فکری) و رفتارهای تکراری یا اعمال ذهنی هستند که شخص احساس می‌کند مجبور به انجام آنهاست (وسواس‌های عملی). علائم OCD عموماً موجب اضطراب و ناراحتی برای فرد مبتلا هستند. کسر قابل توجهی از مبتلایان به OCD گزارش می‌کنند که هر سه ویژگی این اختلال را توأمان دارند - یعنی، وسواس‌های فکری، وسواس‌های عملی و اضطراب (۱۰).

اکثر مدل‌های پاتوفیزیولوژی OCD بر بیش‌فعالی در مدار کورتیکو - استریاتو - تالامو کورتیکال<sup>۳</sup> (CSTC) تأکید می‌کنند که قشر حدهای - پیشانی<sup>۴</sup> [اریتوفرونتال]، قشر کمربندی قدامی<sup>۵</sup> و جسم مخطط<sup>۶</sup> را در بر می‌گیرد، هر چند در پاتوفیزیولوژی OCD، به کژکاری در برخی مدارهای دیگر از جمله مدار آمیگدالا - کورتیکال<sup>۷</sup> نیز اشاره شده است. این مدارها در طیف گسترده‌ای از فرآیندهای ذهنی شامل توجه، کنترل شناختی [مثل، فرآیندهای انتخاب هدف، بازداری، نظارت بر عملکرد]، پاسخ به تهدید احتمالی و تهدید شدید و یادگیری پاداش و ارزیابی، نقش دارند. برخی از این فرآیندها، که آمده است، به‌طور خاص با وسواس‌های عملی و برخی دیگر با اضطراب در ارتباط بوده‌اند (۱۱).

طبق فرضیه‌های درمان شناختی رفتاری که درمان رایج در اختلال وسواس هستند، افکار مزاحم نرمال با نظام‌های باور

مانند ملامت خود، نشخوارگری و فاجعه‌سازی پیش‌بینی‌کننده اختلالات روانشناختی از جمله OCD می‌باشند (۵).

عدم درمان OCD، آسیب‌های روانی و عوارض اجتماعی و اقتصادی بسیاری برای بیماران ایجاد می‌کند. یافتن درمان‌های مؤثر برای این اختلال که با اثربخشی بیشتر، اثر بالاتری نسبت به دارونما، عوارض جانبی کمتر و مقرون به صرفه بودن از لحاظ اقتصادی، زمینه فعال پژوهش‌های روانشناختی است. بر اساس پژوهش‌های صورت‌گرفته در زمینه علل اختلال وسواس، به نظر می‌رسد که با توجه به ارتباط بین عوامل مختلف زیربنای اختلال وسواس، اتخاذ دیدگاهی کلی برای در نظر گرفتن علل و درمان اختلال وسواس ضروری می‌نماید. از نظر هاریس (۲۰۱۱) بیشتر مدل‌های درمانی بر کاهش نشانگان تمرکز دارد. اگرچه کاهش نشانه در کوتاه مدت مؤثر است، اما در حقیقت تغییر و اصلاح عوامل رایج زیربنای ایجاد و نگهدارنده اختلالات هیجانی مهم است.

همچنین با توجه به دیدگاه ابعادی در مقابل رویکرد طبقه‌ای اختلال وسواس، اختلال وسواس فکری و عملی، یک شرایط پیچیده است که شامل طبقه‌هایی با ویژگی‌های رفتاری و روانی است. نشانگان وسواس اغلب با الگوهای غیرهمپوشان ناهمسان هستند. تحقیقات بالینی، ژنتیک، عکس‌برداری عصبی و مطالعات پاسخ‌های درمانی پیشنهاد می‌کنند که وسواس از طریق تحلیل عاملی و زیر گروه‌های ابعادی، بهتر فهمیده می‌شود (۹). گرایش کنونی در جامعه علمی تغییر از رویکرد نشانه محور و اختلال خاص با درمان‌های مختلفی برای اختلالات مجزا، به سمت رویکردی است که بر فرآیندهای روانشناختی مشترک زیربنای اختلالات مختلف به عنوان عوامل سبب شناختی و آسیب‌شناسانه تأکید دارد (۱۰).

پروژه معیارهای دامنه تحقیقاتی (RDoC) اقدام نوآورانه مؤسسات ملی سلامت روان ایالات متحده است که طی آن روش‌های جدیدی برای طبقه‌بندی اختلالات روانی برای اهداف پژوهشی، بر اساس ابعاد مرتبط با کارکردهای عصبی و رفتاری چند حوزه مختلف ارائه می‌شود. در واقع، پیش‌فرض پروژه مذکور این است که کژکاری یا اختلال عملکرد در حوزه‌های مطرح‌شده، زمینه‌ساز اشکال مختلف آسیب‌روانی است و تمرکز بر این حوزه‌ها، در مقایسه با

2. negative and positive valence
3. cortico-striato-thalamocortical
4. orbitofrontal cortex
5. Anterior cingulate cortex
6. striatum
7. amygdalo-cortical circuitry

1. Research Domain Criteria Project

اثربخشی درمان فراتشخیص بر ابعاد مختلف اختلال وسواس فکری - عملی پرداخته‌اند و به علاوه این موضوع بررسی نشده است که درمان فراتشخیصی چه تأثیری بر مؤلفه‌های گوناگون هیجانی و عملکردی در مبتلایان به وسواس دارد. بنابراین پژوهش حاضر بدر صدد فهم این مسئله است که آیا این روش درمان، تأثیر یکسانی بر مؤلفه‌های مذکور در مبتلایان به OCD در مقایسه با سایر درمان‌ها دارد؟ و با توجه به آن چه گفته شد، این پژوهش به مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی با درمان مواجهه‌سازی و بازداری از پاسخ (ERP) بر اجتناب تجربه‌ای و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به OCD می‌پردازد.

### روش

**طرح پژوهش:** طرح پژوهش حاضر در زمره پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح دوگروهی پیش‌آزمون پس آزمون است که به منظور مقایسه درمان فراتشخیصی و درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ در بهبود اجتناب تجربه‌ای و تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی است.

**آزمودنی‌ها:** جامعه مورد مطالعه در پژوهش حاضر کلیه افراد مبتلا به وسواس مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روانشناختی قزوین در سال ۱۳۹۷ بودند. ۴۰ بیمار با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در ۲ گروه ۲۰ نفری (گروه تحت درمان فراتشخیصی و گروه تحت درمان مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ) قرار گرفتند. در گروه درمان فراتشخیص اکثریت افراد را زنان (۵۵٪) درصداً، متأهل (۶۰٪ درصداً)، بین ۲۵ تا ۴۰ سال (۴۵٪) درصداً، با تحصیلات لیسانس (۶۰٪ درصداً) تشکیل داده‌اند. در گروه درمان مواجهه‌سازی و پیشگیری از پاسخ نیز جنسیت به صورت برابر، اکثریت افراد مجرد (۶۰٪ درصداً)، دارای سن کمتر از ۲۵ سال (۵۵٪ درصداً) با تحصیلات لیسانس (۵۵٪ درصداً) بوده‌اند. معیارهای ورود و خروج افراد مورد مطالعه عبارت بودند از ۱. تشخیص ابتلا به اختلال وسواس فکری عملی با توجه به نمره بالاتر از ۱۶ در پرسشنامه وسواس ییل براون و بر اساس مصاحبه تشخیصی (SCID-I) و ضوابط تشخیصی DSM-5؛ ۲. عدم مصرف هیچگونه داروی روان‌پزشکی در هر دو گروه؛ ۳. عدم وجود هرگونه بیماری حاد جسمانی که به نشانه‌های OCD قابل استناد باشد؛ ۴. وجود علائم و

ناسازگار برای مفهوم خود خطرناک یا مضر ارزیابی می‌شوند و باعث ایجاد راهبردهای مقابله به منظور کاهش اضطراب ناشی از ارزیابی این افکار مزاحم می‌شود. اگرچه درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ یک روش مناسب از روش‌های روان‌درمانی قرن بیستمی برای درمان وسواس است، با این وجود وسواس برای رفع کامل نشانه‌ها و درمان، یک اختلال مقاوم به درمان است. همچنین درمان‌های شناختی رفتاری هم مشکل در تبعیت درمان به خصوص در افراد مبتلا به اختلالات محور I به ویژه افسردگی عمیق و نوع خاصی از وسواس دارند. طبق تحقیقات یک سوم از بیماران درمان‌شده با درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و دارو، ناتوانی و تخریب در عملکرد را نشان می‌دهند. همچنین رفتار درمانی برای همه بیماران وسواس مناسب نیست و ۳۰ درصد از بیماران درمان را رها می‌کنند. طبق تحقیقات یک سوم از بیماران وسواس، به طور معنادار با درمان شناختی رفتاری بهتر نمی‌شوند. این موضوع زمانی اهمیت دوچندان می‌یابد که پژوهش‌های حاکی از آن هستند که اختلالات و نشانگان مختلف با هم همبود هستند و تمرکز صرف بر درمان برای اختلال‌های خاص از کارایی لازم برخوردار نیست. دیدگاه فراتشخیصی به طور خاص در مطرح کردن همبودهای روان‌پزشکی مشخص شده است و مبتنی بر اصول رویکردهای مختلف درمانی است که یک رویکرد جدید درمانی را ایجاد کرده‌اند. رویکرد فراتشخیصی، پایه یک رویکرد عملکردی است که محدودیت‌های رویکرد طبقه‌ای مانند DSM را ندارد و به ترکیب اصول مشترک و نظری مدل‌های درمان و تشخیصی برای ایجاد یک سیستم ترکیبی کمک می‌کند (۱۰) و با توجه به حذف اختلال وسواس از طبقه اختلالات اضطرابی در DSM-5 و مدل ابعادی، نیاز به یک رویکرد درمانی برای در نظر گرفتن متغیرهای فراتشخیصی در وسواس و راهکارهای درمانی آن می‌باشد که در غیر این صورت احتمال عود اختلال زیاد است. عوامل فراتشخیصی مانند راهبردهای مقابله نقش مهمی در طبقه‌های تشخیصی مانند اضطراب، افسردگی، خشم مزمن، اختلال شخصیت مرزی و اختلال استرس پس از سانحه دارد. به عبارت دیگر، عامل فراتشخیصی یک راهبرد مقابله ناسازگار، مسبب بیشتر ناراحتی‌های هیجانی ما و اختلالات مزمن است (۱۱). با این وجود مطالعات کمی به بررسی

۲. پرسشنامه چندبعدی اجتناب تجربه‌ای (MEAQ)<sup>۱۱</sup>: پرسشنامه‌ی چندبعدی اجتناب از تجربه، ۶۲ ماده دارد و توسط گامز و همکاران اعتباریابی و ساخته شد (۱۴) این پرسشنامه، شش خرده‌مقیاس تحت عنوان اجتناب رفتاری، بیزاری از آشفتگی روانی اهمال‌کاری، سرکوبی و حواس‌پرتی، انکار و تحمل آشفتگی دارد. پاسخ‌ها روی یک مقیاس لیکرت از به شدت مخالفم تا کاملاً موافقم (۶) درجه‌بندی می‌شود. نمرات هر بعد، از جمع کردن نمره‌های افراد در تعدادی از آیتم‌های پرسشنامه به دست می‌آید. نمرات بالاتر، نشان دهنده‌ی اجتناب بیشتر است. پرسشنامه‌ی مذکور در جمعیت‌های بالینی و غیربالینی اعتبار و پایایی مطلوبی نشان داده است. گامز و همکاران، اعتبار و پایایی خارجی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کردند. ضریب آلفای کرونباخ در پژوهش اسماعیلیان و همکاران، برای هریک از ابعاد ناآگاهی هیجانی، بیزاری از آشفتگی روانی، به تعویق انداختن فعالیت‌ها، اجتناب شناختی، تحمل فشار روانی و اجتناب روانی به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۹، ۰/۹۳، ۰/۸۷، ۰/۸۱ و ۰/۸۴ بود. ضریب آلفای کرونباخ نمره‌ی کل پرسشنامه‌ی اجتناب از تجربه ۰/۸۹ به دست آمد که نشان دهنده‌ی پایایی مطلوب این پرسشنامه است (۱۵).

۳. مقیاس نظم‌جویی شناختی هیجانی (CERQ)<sup>۱۲</sup>: این پرسشنامه به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی که هر فرد بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌های زندگی به کار می‌برد ابداع شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ سؤال بوده که علاوه بر نمره کلی نظم‌جویی شناختی هیجان، مؤلفه‌های آن را نیز (شامل ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی، ملامت دیگران) را می‌سنجد (۸). طیف پاسخ‌گویی آن از نوع لیکرت است. در بررسی مشخصات روان‌سنجی این آزمون، پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۹۳ به دست آوردند. در ایران نیز روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده‌مقیاس‌ها آزمون بررسی شد که دامنه‌ای از ۴۰/۰ تا ۶۸/۰ با میانگین ۵۶/۰ را دربر می‌گرفت که

نشانه‌های روان‌پریشی همچون توهم و هذیان؛ ۵. وجود سابقه سوءمصرف یا وابستگی مواد در حال حاضر یا گذشته؛ ۶. وجود افکار خودکشی؛ و ۷. وجود اختلال‌های شخصیتی.

## ابزار

۱. پرسشنامه وسواس ییل براون (YBOCS)<sup>۱</sup>: پرسشنامه وسواس ییل براون توسط گودمن<sup>۲</sup> و همکاران (۱۲) ساخته شده است. این ابزار دارای سه بخش است. در بخش اول مصاحبه‌کننده اختلال وسواس بی‌اختیاری را برای مراجع تعریف می‌کند و چند مثال می‌زند. در بخش دوم، سیاهه نشانه‌ها (SC)<sup>۳</sup>، ارزیابی می‌شود و در بخش سوم شدت نشانه‌ها (SS)<sup>۴</sup> درجه‌بندی می‌شود. بخش اول که یک مصاحبه نیمه‌ساختاریافته<sup>۵</sup> است به منظور ارزیابی شدت وسواس‌ها و اجبارها، بدون توجه به فراوانی و محتوای وسواس‌ها و اجبارهای کنونی تدوین شده است. سیاهه نشانه‌ها (بخش دوم) متشکل از ۱۶ گویه است که در مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای و به صورت خودگزارشی پاسخ داده می‌شوند. در شدت نشانه‌ها (بخش سوم) نیز هر یک از وسواس‌ها و اجبارها در پنج بعد میزان آشفتگی<sup>۶</sup>، فراوانی<sup>۷</sup>، تداخل<sup>۸</sup>، مقاومت<sup>۹</sup> و کنترل نشانه‌ها<sup>۱۰</sup> برآورد می‌شود. مقیاس اخیر سه نمره به دست می‌دهد که شامل شدت وسواس‌ها، شدت اجبارها و یک نمره کل که دربرگیرنده تمامی گویه‌ها است. در مطالعه گودمن و همکاران همسانی درونی در مورد سیاهه نشانه‌ها و شدت نشانه‌ها به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۶ و اعتبار بازآزمایی ۰/۹۸ گزارش شده است. در مطالعه اصفهانی و همکاران نیز در مورد سیاهه نشانه‌ها و شدت نشانه‌ها، همسانی درونی به ترتیب ۰/۹۷ و ۰/۹۵ و اعتبار بازآزمایی ۰/۹۹ گزارش شده است (۱۳).

1. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale
2. Goodman
3. Symptom Checklist
4. Severity Scale
5. semi-structured
6. distress
7. frequency
8. intervention
9. resistance
10. symptoms control

11. Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire
12. Cognitive Emotional Regulation questionnaire



(۱۸) اقتباس شده است. در حین اجرای این بسته آموزشی، بیمار آموزش می‌بیند که به صورت تدریجی با محرکی که سبب ایجاد اضطراب در وی شده است روبرو شود و با جلوگیری از انجام رفتار وسواسی به صورت مواجهه، به تدریج میزان اضطراب ناشی از افکار وسواسی در بیمار کاهش یافته و به تبع آن اعمال وسواسی نیز کاهش پیدا می‌کند. در این روش، پس از آشنایی بیمار با درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، سلسله مراتب افکار و رفتار وسواسی بیمار شناسایی و مراحل رویارویی تجسمی و واقعی با ماده‌های سلسله مراتبی انجام می‌شود و رویارویی نیز تا اندازه‌ای انجام می‌شود. طی اجرای این مراحل، اضطراب بیمار در هر مرحله کاهش یافته و مواجهه با ماده بعدی شروع و به همین ترتیب تا خوگیری کامل مراجع ادامه پیدا می‌کند. در جدول ۲، خلاصه‌ای از دستورالعمل جلسات اجرایی درمان مواجهه و جلوگیری از بازداری برگرفته از کتاب استکتی ارائه شده است (۱۸).

**روند اجرای پژوهش:** روش اجرای تحقیق به این شکل بود که ابتدا پرسشنامه وسواس ییل - براون بین ۷۰ نفر از مراجعان با شکایت وسواس پخش شد و سپس افرادی که نمره‌شان بر روی این پرسشنامه در دامنه اختلال قرار داشت انتخاب و با استفاده از مصاحبه بالینی ساختاریافته افراد از نظر برخورداری از ضوابط تشخیصی DSM-5 مورد بررسی قرار گرفتند. سپس افراد نمونه (۴۰ نفر) به طور تصادفی در ۲ گروه ۲۰ نفری گمارده شدند. قبل از انجام درمان در هر دو گروه پرسشنامه‌های پژوهش تکمیل شد. سپس به مدت سه ماه بعد از درمان مجدد این پرسشنامه‌ها تکمیل و تفاوت نمرات دو گروه تحلیل شد. در ادامه، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار SPSS و با بهره‌گیری از آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون تحلیل شد.

#### یافته‌ها

در ابتدا و پیش از انجام تحلیل‌های اصلی، وضعیت متغیرهای پژوهش با کمک شاخص‌های توصیفی نظیر میانگین و انحراف معیار بررسی شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

همگی آنها معنادار بودند. پایایی این پرسشنامه در فرهنگ ایرانی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌های شناختی ۸۲/۰ گزارش شده است (۱۶).

محتوای درمان فراتشخیصی: با توجه به محتوای درمان‌های فراتشخیصی موجود و ساختارهای RDOC و عوامل آن در وسواس و پیشینه پژوهش در این زمینه، محتوای جلسات درمانی به شرح ذیل برای درمان وسواس طراحی گردید. لازم به ذکر است که محتوای جلسات برگرفته از کتاب‌های رویکرد فراتشخیصی به وسواس و اختلال‌های مرتبط و کتاب کیس فرمولیشن طبق رویکرد فراتشخیصی و مقالات مربوط در این زمینه‌ها می‌باشد (۱۷ و ۱۱).

در رویکرد فراتشخیصی مبتنی بر سیستم RDOC درمان وسواس، در سه مرحله انجام می‌شود که عبارتند از: الف) مرحله اول، جلسات اول تا پنجم را در بر می‌گیرد. در جلسات اول و دوم، به منظور بررسی انگیزه بیمار برای درمان، مصاحبه انگیزشی و صورت‌بندی مورد طبق رویکرد فراتشخیصی انجام می‌شود. جلسات سوم تا پنجم نیز برای درمان اختلال وسواس با توجه به مدل فراتشخیصی، برای مدیریت اضطراب می‌توان از تکنیک‌های مهارت استرس در رفتار درمانی دیالکتیکی، مداخله مواجهه درون‌نگری و مداخلات مربوطه به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) استفاده کرد.

ب) مرحله دوم درمان شامل اصلاح خطاهای شناختی می‌باشد. جلسات ششم تا هشتم در مورد افکار وسواسی می‌تواند در سیستم شناختی و با توجه به نقص سیستم شناختی در کنترل افکار از مداخلات درمان‌های فراتشناختی و شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) استفاده کرد.

ج) مرحله سوم درمان هم می‌تواند شامل تغییر در اهداف و رفتار و سبک زندگی بیمار باشد. این مرحله، جلسات نهم و دهم را شامل می‌شود. نقص در بازداری هم در وسواس‌های فکری و هم در وسواس‌های عملی می‌تواند نقش داشته باشد. نقص در بازداری در دو بعد شناختی و رفتاری، که نقص در بازداری شناختی با وسواس‌های فکری و نقص در بازداری رفتاری با وسواس عملی مرتبط است.

محتوای درمان مواجهه سازی و بازداری از پاسخ (ERP): بسته درمانی مواجهه سازی و بازداری پاسخ، محتوای مجموعه‌ای از روش‌های درمانی است که از کتاب استکتی

جدول (۱) محتوای جلسات درمان فراتشخیصی

جلسه	عنوان	محتوا
جلسه اول	مصاحبه انگیزشی	مصاحبه انگیزشی و بررسی انگیزه و بینش بیمار نسبت به مشکل وسواس فکری و عملی
جلسه دوم	فرمول‌بندی کیس و آشنایی بیشتر با بیمار	صورت‌بندی مورد طبق رویکرد فراتشخیصی و تعیین مؤلفه‌های هیجان، شناختی و رفتاری مربوط به اختلال وسواس فکری و عملی
جلسه سوم تا پنجم	مداخلات مربوط به هیجان	مواجهه درون‌نگری، مداخلات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و مداخلات تحمل استرس در رفتار درمانی دیالکتیکی که هدف آن آشنایی با هیجان‌ها، تفاوت آنها و آشنایی بیمار با رفتارهای ناشی از هیجان و ارتباط آن با شروع و تداوم اختلال وسواس فکری و عملی
جلسه ششم تا هشتم	مداخلات مربوط به شناخت	تکنیک‌های شناختی و فرانشاخت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که هدف آن اصلاح خطاهای شناختی و آموزش بیمار برای شناخت تفاوت فکر و عمل و تغییر پاسخ بیمار به افکار ناسازگار
جلسه نهم تا دهم	مداخلات مربوط به تعیین اهداف و ارزش‌ها	تعیین اهداف و ارزش‌های بیمار برای تغییر سبک زندگی بیمار

جدول (۲) محتوای جلسات درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ

جلسه	عنوان	محتوا
جلسه اول	آشنایی با درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ و ایجاد رابطه صمیمانه با مراجع	آشنایی با منطق درمان و مشخص ساختن قوانین کلی و ثابت جلسه‌های درمان و تنظیم قرارداد
جلسه دوم	خوگیری مراجع در هنگام جلسه‌های درمان	تمرین و آمادگی برای رویارویی تجسمی
جلسه سوم	مواجهه تخیلی با افکار مزاحم	مواجهه تخیلی با ماده‌های اولیه سلسله مراتب و کمک به مراجع جهت توقف رفتارهای وسواسی
جلسه چهارم تا هفتم	ارائه تکنیک‌های مواجهه	آموزش تکنیک مواجهه به همراه جلوگیری از پاسخ
جلسه هشتم	ارزیابی اجتناب از تکالیف خانگی	بازبینی برگه ۵ ستون افکار، پر کردن برگه ۷ ستونی افکار و نوشتن مزایا و معایب افکار مزاحم
جلسه نهم	ارائه آزمایش‌های رفتاری برای افکار وسواسی	زمایش رفتاری برای عمل خنثی سازی افکار، استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای برآورد بیش از حد خطر
جلسه دهم	مرور و جمع‌بندی تکنیک‌ها و اتمام جلسه	بحث و جمع‌بندی فنون درمان مواجهه و پیشگیری از پاسخ، ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه‌های پژوهش، تقدیر و تشکر و اعلام پایان جلسه

جدول (۳) میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه نمونه

متغیرها	مراحل	گروه درمان فراتشخیصی		گروه درمان مواجهه‌سازی و بازداری از پاسخ	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون	۴/۰۱	۰/۳۴	۴/۳۱	۰/۳۷
	پس‌آزمون	۱/۵۱	۰/۱۴	۳/۵۸	۰/۶۲
تنظیم شناختی هیجان	پیش‌آزمون	۱/۹۸	۰/۲۵	۲/۰۲	۰/۴۰
	پس‌آزمون	۴/۴۲	۰/۱۹	۲/۷۰	۰/۳۷

نتایج آزمون کولموگروف - اسمیرنوف حاکی از آن بود که سطح معناداری برای متغیر اجتناب تجربه‌ای در گروه آزمایشی ( $P \geq 0/05$ ,  $Z=0/098$ ) و در گروه گواه ( $P \geq 0/05$ ,  $Z=0/105$ ) و متغیر تنظیم شناختی هیجان در گروه آزمایشی ( $P \geq 0/05$ ,  $Z=0/122$ ) و در گروه گواه ( $P \geq 0/05$ ,  $Z=0/19$ ) می‌باشد. لذا فرضیه صفر آزمون مذکور رد

به منظور بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی در مقایسه با درمان به روش مواجهه‌سازی و بازداری از پاسخ، روی تنظیم شناختی هیجان و اجتناب تجربه‌ای از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است. با توجه به اینکه استفاده از تحلیل کوواریانس مستلزم برقراری مجموعه‌ای از پیش فرض‌های آماری است، بنابراین پیش از انجام تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های مورد نظر بررسی شد.

اجتناب تجربه‌ای، معنادار است ( $P < 0.001$ )،  $F = 173/482$  به عبارتی پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، مشخص شد که دو گروه در زمینه میزان اجتناب تجربه‌ای متفاوت از یکدیگرند، مراجعه به میانگین‌های نشان می‌دهد که میانگین اجتناب تجربه‌ای گروه درمان فراتشخیصی به طور قابل توجهی پایین‌تر از گروه درمان مواجهه‌سازی و بازداری از پاسخ است. این نتیجه بدین معنی است که درمان فراتشخیصی بر بهبود اجتناب تجربه‌ای در افراد مبتلا به اختلال وسواس - اجباری مؤثر بوده است.

نتیجه آزمون تحلیل کواریانس در مورد متغیر تنظیم شناختی هیجان در جدول ۵ خلاصه شده است. نتیجه آزمون تحلیل کواریانس بیانگر آن است که اثر گروه بر متغیر تنظیم شناختی هیجان معنادار است ( $F = 455/078$ ،  $P < 0.001$ ). به عبارتی پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، مشخص شد که دو گروه در زمینه میزان تنظیم شناختی هیجان متفاوت از یکدیگرند، مراجعه به میانگین‌های نشان می‌دهد که میانگین متغیر تنظیم شناختی هیجان گروه درمان فراتشخیصی به طور قابل توجهی بالاتر از گروه درمان مواجهه‌سازی و بازداری از پاسخ است. این نتیجه بدین معنی است که درمان فراتشخیصی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال وسواس - اجباری مؤثر بوده است. ملاحظه می‌شود که اثر گروه بر نمره معنی‌دار است، بدین معنی که درمان فراتشخیصی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در افراد مبتلا به اختلال وسواس - اجباری مؤثر بوده است.

نمی‌شود و ادعای بهنجار بودن نمرات پس‌آزمون پذیرفته می‌شود.

برای بررسی مفروضه برابری واریانس از آزمون لوین استفاده شد. و ملاحظه شد که سطح معنی‌داری آزمون لون برای نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای اجتناب تجربه‌ای و تنظیم شناختی هیجان بیشتر از ۰/۰۵ است لذا فرض صفر آزمون تأیید و نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون دارای واریانس همگون هستند. در بررسی مفروضه همسانی واریانس‌ها، مقادیر  $F$  نمرات متغیر تنظیم شناختی هیجان ( $P < 0.001$ )، در سطح ۰/۰۰۱ معنادار می‌باشد که نشان می‌دهد، پیش فرض همبستگی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون رعایت شده است.

برای بررسی فرضیه همگنی شیب‌های خط رگرسیونی لازم است که مدل رگرسیونی متناظر با اثر تعاملی گروه و نمرات پیش‌آزمون را به مشاهدات مورد برازش قرار دهیم. با توجه به این که آماره آزمون برای متغیر تنظیم شناختی هیجان ( $F = 0/651$ ،  $P > 0/05$ ) و متغیر اجتناب تجربه‌ای ( $F = 0/825$ ،  $P > 0/05$ ) است، بنابراین پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیونی برقرار گردید.

پس از بررسی مفروضه‌های انجام تحلیل کواریانس، آزمون تحلیل کواریانس به منظور مقایسه دو گروه در زمینه اجتناب تجربه‌ای انجام شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده است. همان‌طور که در جدول ۴ می‌توان ملاحظه کرد، نتیجه آزمون تحلیل کواریانس بیانگر آن است که اثر گروه بر متغیر

جدول (۴) نتیجه آزمون تحلیل کواریانس برای متغیر اجتناب تجربه‌ای

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه‌آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون (F)	سطح معنی‌داری	اندازه اثر ( $\eta^2$ )
اثر ثابت	۰/۱۵۱	۱	۰/۱۵۱	۰/۸۲۳	۰/۳۷۰	
اثر پیش‌آزمون	۰/۹۱۴	۱	۰/۹۱۴	۴/۹۹۱	۰/۰۳۲	۰/۸۲۴
اثر گروه (مداخله)	۳۱/۷۵۸	۱	۳۱/۷۵۸	۱۷۳/۴۸۲	۰/۰۰۰۱	
اثر خطا	۶/۷۷۳	۳۷	۰/۱۸۳			

جدول (۵) نتیجه آزمون تحلیل کواریانس برای متغیر تنظیم شناختی هیجان

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه‌آزادی	میانگین مربعات	آماره آزمون (F)	سطح معنی‌داری	اندازه اثر ( $\eta^2$ )
اثر ثابت	۷/۱۰۱	۱	۷/۱۰۱	۱۰۷/۷۶۰	۰/۰۰۰۱	
اثر پیش‌آزمون	۰/۹۱۸	۱	۰/۹۱۸	۱۳/۹۲۵	۰/۰۰۱	۰/۹۲۵
اثر گروه (مداخله)	۲۹/۹۸۸	۱	۲۹/۹۸۸	۴۵۵/۰۷۸	۰/۰۰۰۱	
اثر خطا	۲/۴۳۸	۳۷	۰/۰۶۶			



جدول ۶) نتیجه آزمون تحلیل کوواریانس برای مؤلفه‌های متغیر تنظیم شناختی هیجان

اندازه اثر (η <sup>2</sup> )	سطح معنی‌داری	آماره آزمون (F)	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	منبع تغییرات	
۰/۸۷۷	۰/۰۰۱	۱۰۳/۵۳۸	۱۱/۷۴۹	۱	۱۱/۷۴۹	اثر ثابت	تمرکز مجدد مثبت / برنامه ریزی
	۰/۰۰۱	۱۵/۷۲۷	۱/۷۸۵	۱	۱/۷۸۵	اثر پیش‌آزمون	
	۰/۰۰۱	۲۶۳/۶۹۷	۲۹/۹۲۲	۱	۲۹/۹۲۲	اثر گروه (مداخله)	
			۰/۱۱۳	۳۷	۴/۱۹۸	اثر خطا	
۰/۸۳۶	۰/۰۰۱	۸۸/۹۲۲	۱۳/۷۳۷	۱	۱۳/۷۳۷	اثر ثابت	ارزیابی مثبت / دیدگاه وسیع‌تر
	۰/۰۰۱	۱۶/۵۳۷	۲/۵۵۵	۱	۲/۵۵۵	اثر پیش‌آزمون	
	۰/۰۰۱	۱۸۸/۴۰۶	۲۹/۱۰۶	۱	۲۹/۱۰۶	اثر گروه (مداخله)	
			۰/۱۵۴	۳۷	۵/۷۱۶	اثر خطا	
۰/۸۷۷	۰/۰۰۱	۱۶۴/۶۵۴	۱۹/۲۹۳	۱	۱۹/۲۹۳	اثر ثابت	سرزنش خود
	۰/۰۰۱	۱۷/۲۷۴	۲/۰۲۴	۱	۲/۰۲۴	اثر پیش‌آزمون	
	۰/۰۰۱	۲۹۱/۲۳۹	۳۴/۱۲۵	۱	۳۴/۱۲۵	اثر گروه (مداخله)	
			۰/۱۱۷	۳۷	۴/۳۳۵	اثر خطا	
۰/۸۴۶	۰/۰۰۱	۱۸۸/۷۷۲	۲۸/۹۸۶	۱	۲۸/۹۸۶	اثر ثابت	سرزنش دیگران
	۰/۰۰۹	۷/۶۸۴	۱/۱۸۰	۱	۱/۱۸۰	اثر پیش‌آزمون	
	۰/۰۰۱	۲۰۴/۰۲۲	۳۱/۳۲۷	۱	۳۱/۳۲۷	اثر گروه (مداخله)	
			۰/۱۵۴	۳۷	۵/۶۸۱	اثر خطا	
۰/۷۵۰	۰/۰۰۱	۱۴۵/۳۹۲	۳۰/۳۷۵	۱	۳۰/۳۷۵	اثر ثابت	نشخوار فکری
	۰/۰۰۳	۱۰/۳۵۹	۲/۱۶۴	۱	۲/۱۶۴	اثر پیش‌آزمون	
	۰/۰۰۱	۱۱۰/۹۹۷	۲۳/۱۸۹	۱	۲۳/۱۸۹	اثر گروه (مداخله)	
			۰/۲۰۹	۳۷	۷/۷۳۰	اثر خطا	
۰/۸۱۵	۰/۰۰۱	۱۳۹/۸۲۷	۲۴/۷۵۸	۱	۲۴/۷۵۸	اثر ثابت	فاجعه‌آمیز کردن
	۰/۶۲۸	۰/۲۳۹	۰/۰۴۲	۱	۰/۰۴۲	اثر پیش‌آزمون	
	۰/۰۰۱	۱۶۳/۰۱۴	۲۸/۸۶۴	۱	۲۸/۸۶۴	اثر گروه (مداخله)	
			۰/۱۷۷	۳۷	۶/۵۵۱	اثر خطا	
۰/۷۷۸	۰/۰۰۱	۱۸۲/۹۲۸	۴۲/۲۶۲	۱	۴۲/۲۶۲	اثر ثابت	پذیرش
	۰/۰۰۱	۲۲/۳۸۰	۵/۱۷۱	۱	۵/۱۷۱	اثر پیش‌آزمون	
	۰/۰۰۱	۱۲۹/۶۹۳	۲۹/۹۶۳	۱	۲۹/۹۶۳	اثر گروه (مداخله)	
	-	-	۰/۲۳۱	۳۷	۸/۵۴۸	اثر خطا	

نمرات مؤلفه‌ها برای درک بالاتر از اعداد با توجه به تعداد گویه‌های درگیر در هر مؤلفه تحت طیف لیکرت ۵ تایی مورد استفاده، استاندارد شده‌اند. همچنین اعداد مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجانی منفی نیز به صورت معکوس نمره گذاری شده‌اند (بدین صورت در هر دو حالت تنظیم شناختی

جدول ۶ خلاصه نتیجه آزمون‌های آنالیز کواریانس برای بررسی تفاوت درمان فراتشخیصی با درمان ERP در مورد ۷ مؤلفه تنظیم شناختی هیجان شامل (تمرکز مثبت مجرد / برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت / دیدگاه وسیع‌تر، سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری، فاجعه‌آمیز کردن و پذیرش) را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که تمامی

راهبردهای درمانی به بیمار آموزش داده می‌شود تا چرخه‌ی مضاعف اضطراب را که به واسطه اجتناب تجربه‌ای ایجاد می‌شود شناسایی کرده و با روبه‌رو شدن با منابع اضطراب‌زا این چرخه‌ی معیوب را شکسته و بهبود یافته بودن افکار و سواسی اضطراب‌زا و عدم رخ دادن پیامدهای فاجعه‌بار را تجربه نماید. از طرف دیگر، اجتناب تجربه‌ای با مؤلفه‌های فراتشخیصی بسیار دیگری از جمله عدم تحمل بلا تکلیفی و افکار منفی تکرار شونده و باورهای فراشناختی ناکارآمد (۲۴) رابطه دارد. از این رو، پروتکل فراتشخیصی با تقویت تحمل بلا تکلیفی و عدم قطعیت (مطابق با دیگر یافته‌ی به دست آمده در این پژوهش) و نیز کاهش افکار و باورهای فراشناختی ناکارآمد (مطابق با یافته‌ی به دست آمده در خصوص کاهش افکار و سواسی به واسطه درمان فراتشخیصی) نیز به طور غیرمستقیم منجر به کاهش اجتناب تجربه‌ای در بیماران مبتلا به OCD می‌شود. علاوه بر این، در خصوص تأثیر بیشتر درمان فراتشخیصی نسبت به درمان مواجهه سازی و بازداری از پاسخ (ERP) در کاهش اجتناب تجربه‌ای می‌توان بیان کرد که در پروتکل درمان فراتشخیصی با تمرکز بر اجتناب تجربه‌ای به عنوان یک عامل فراتشخیصی در بروز علائم OCD سعی می‌شود تا بیماران OCD به جای اجتناب رفتاری، تعلل‌ورزی، حواس پرتی و توقف و سرکوبی و انکار افکار و هیجانات خود، با آنها مواجه شده و آنها را مورد پذیرش قرار دهند. هرچند در درمان مواجهه سازی و بازداری از پاسخ (ERP) این مداخله بیشتر در حوزه توقف اجتناب رفتاری صورت می‌گیرد (۱۱). از این رو، ممکن است راهبردهای درمانی گسترده و جامع که در پروتکل فراتشخیصی به طور خاص بر اجتناب تجربه‌ای متمرکزند سبب شود که اجتناب تجربه‌ای بیماران OCD در این پروتکل درمانی نسبت به درمان مواجهه سازی و بازداری از پاسخ (ERP)، کاهش بیشتری را نشان دهد. در پژوهش بیلک (۲۱)، درمان فراتشخیصی بر روی کودکان گروه سنی ۷-۱۲ سال مبتلا به اضطراب و افسردگی به کار گرفته شد که نتایج آن بهبود قابل ملاحظه‌ای را در بدتنظیمی حیطه های عاطفی (شامل نگرانی، غمگینی و خشم) شرکت کنندگان نشان داد. یکی از مهمترین مؤلفه‌ها در درمان فراتشخیصی، کار بر روی هیجان‌ها و جلوگیری از اجتناب آنها و مداخلات مربوط به پذیرش آنها می‌باشد. در این

هیجان مثبت و منفی افزایش نمره به معنای بهبود تنظیم شناختی هیجان است).  
نتیجه آزمون آنالیز کواریانس در مورد مؤلفه‌ی تمرکز مثبت مجرد / برنامه‌ریزی ( $F=263/697$ ،  $P<0/001$ )، ارزیابی مثبت ( $F=188/406$ ،  $P<0/001$ )، سرزنش خود ( $F=291/239$ ،  $P<0/001$ )، سرزنش دیگران ( $F=204/022$ ،  $P<0/001$ )، نشخوار فکری ( $F=110/997$ ،  $P<0/001$ )، فاجعه‌آمیز کردن ( $F=163/014$ ،  $P<0/001$ )، پذیرش ( $F=129/693$ ،  $P<0/001$ ) ملاحظه می‌شود که اثر گروه بر نمره معنی‌دار است، بدین معنی که بین دو گروه درمان فرا تشخیصی و درمان ERP تفاوت معنی‌داری در بهبود مؤلفه‌ی مذکور وجود دارد. با توجه به میانگین نمرات پس‌آزمون نیز درمان فراتشخیصی تأثیر بیشتری بر بهبود مؤلفه‌های متغیر تنظیم شناختی هیجان افراد داشته است.

### بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اجتناب تجربه‌ای و تنظیم شناختی هیجان در بیماران OCD و مقایسه آن با درمان مواجهه‌سازی و بازداری از پاسخ (ERP) انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که درمان فراتشخیصی به طور معناداری باعث اجتناب تجربه‌ای و همچنین، بهبود در تنظیم شناختی هیجان، افراد مبتلا به OCD شده است و درمان فراتشخیصی در کاهش، اجتناب تجربه‌ای و بهبود در تنظیم شناختی هیجان، و نسبت به درمان مواجهه‌سازی و بازداری از پاسخ (ERP) مؤثرتر است. این یافته‌ی پژوهشی با مطالعاتی که اثربخشی درمان فراتشخیصی را بر کاهش علائم بیماران با اختلال‌های اضطرابی، افسردگی و OCD نشان داده‌اند (۲۴ و ۲۳ و ۲۲ و ۲۱ و ۲۰ و ۱۹) و همچنین، با مطالعاتی است که اثربخشی بهتر درمان فراتشخیصی را در بهبود علائم و سواسی نسبت به سایر درمان‌ها نشان داده‌اند همسو است (۲۵). در خصوص اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اجتناب تجربه‌ای بیماران OCD می‌توان گفت که تلاش برای اجتناب از رویدادها و موقعیت‌هایی که ممکن است اضطراب را آشکار و فعال سازند، باعث افزایش واکنش‌های دفاعی و منفی و بازداری محدود شدن دسترسی به فعالیت‌های لذت‌بخش و رضایت بخش شده و بدین ترتیب استرس مضاعفی را در فرد ایجاد می‌کند. در پروتکل درمان فراتشخیصی با استفاده از

رفته در پژوهش حاضر برخی جلسات به تنهایی و برخی جلسات در ترکیب با سایر اهداف درمانی در این جهت بودند که بیماران را با هیجانانگیزان و شناخت و پذیرش این هیجانانگیزان سوق دهند. از این رو، دور از انتظار نخواهد بود که درمان فراتشخیصی اثربخشی بهتری را نسبت به مواجهه‌سازی و بازداری از پاسخ (ERP) در تنظیم هیجانانگیزان مبتلا به OCD نشان دهد. مداخلات درمان فراتشخیصی پروتکل مربوطه با توجه به کمک به پذیرش هیجانانگیزان مختلف و جلوگیری از اجتناب از آنها مثل بسیاری از پژوهش‌ها، این پژوهش نیز با محدودیت‌هایی همراه بود. یکی از اصلی‌ترین محدودیت‌های این پژوهش تعمیم‌پذیری محدود نتایج آن است. چرا که این پژوهش روی بیماران مبتلا به وسواس مراجعه‌کننده به مراکز خدمات روانشناختی قزوین در سال ۱۳۹۷ انجام شد که از نظر طبقه اجتماعی اقتصادی قابلیت تعمیم نتایج را محدود می‌کند. همچنین، استفاده از حجم نمونه کوچک نیز تعمیم‌پذیری داده‌ها را با مشکل مواجه می‌سازد. موانع و محدودیت‌های اداری جهت کسب مجوزهای لازم در خصوص اجرای پژوهش و مسائل غیر مترقبه‌ای که افراد در گروه‌ها با آن مواجه شدند از قبیل درگیری در مسائل خانوادگی و سلامتی نیز از جمله دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

در پایان، با توجه به نتایج به دست آمده در این پژوهش و هماهنگی با یافته‌های آن، به پژوهشگرانی که قصد انجام پژوهش در این حیطه را دارند پیشنهاد می‌شود به دلیل کمبود مطالعات داخلی و خارجی در این حیطه، از درمان فراتشخیصی برای کار با افراد مبتلا OCD و سایر اختلالات روانشناختی استفاده شود. توجه به مؤلفه‌های فرهنگی مرتبط با محتوای درمان و تأثیرگذار در فرآیند پژوهش و نیز زمینه‌های اثرگذار جسمی و شخصیتی آزمودنی‌ها حائز اهمیت است. همچنین، با توجه به مشاهده تفاوت آماری مشاهده شده در خصوص اثربخشی بهتر درمان فراتشخیصی نسبت به درمان مواجهه‌سازی و بازداری از پاسخ (ERP) پیشنهاد می‌شود تا مراکزی که به انجام خدمات بالینی و آموزشی می‌پردازند رویکردهای فراتشخیصی و کار درمانی بر روی عوامل فراتشخیصی اختلال‌های روانی را مورد توجه قرار دهند.

خصوص مطالعه هومن و همکاران (۲۳) نشان داد که درمان فراتشخیصی گروهی در بهبود تنظیم هیجانی کارا می‌باشد. در مطالعه عبدی و همکاران (۲۸) نیز درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش شدت عوامل فراتشخیصی از جمله بازداری رفتاری (به عنوان یکی از کارکردهای اجرایی) سبب‌ساز در اختلالات هیجانی مؤثر است.

در خصوص اثربخشی درمان فراتشخیصی بر بهبود تنظیم شناختی هیجان در بیماران OCD می‌توان گفت که درمان فراتشخیصی یک رویکرد درمانی مبتنی بر هیجان است. به این معنا که، درمان طوری طراحی شده است که به بیماران بیاموزد چگونه با هیجان‌های ناخوشایند خود مواجه شده و آنها را تجربه کنند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. استفاده از رویکردهای شناختی رفتاری که چرخه به هم مرتبط افکار، احساسات و رفتار و شیوه‌های مدیریت استرس را به بیماران می‌آموزد و راهبردهای مبتنی بر ذهن‌آگاهی و پذیرش و مشاهده‌گری احساسات در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT)، ظرافت و تسلط بیشتری را برای بیماران در شناسایی و تشخیص هیجانانگیزان که تجربه می‌کنند و نحوه نظم‌بخشی این هیجانانگیزان فراهم می‌سازد (۱۱). از این رو، بیماران مبتلا به OCD بعد از گذراندن جلسات درمانی مبتنی بر رویکرد فراتشخیصی در تنظیم هیجانانگیزان مثبت و منفی خود بهبود قابل ملاحظه‌ای را نشان خواهند داد و با مداخلات مربوط به پذیرش هیجانانگیزان خود و مواجهه و معنابخشی به هیجانانگیزان رویکردهای نظم‌بخشی مثبت هیجان مانند تمرکز مجدد، ارزیابی مثبت و پذیرش، افزایش و با مداخلات مربوطه به جلوگیری از اجتناب از هیجانانگیزان رویکردهای منفی نظم‌بخشی هیجان مانند سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری و فاجعه‌سازی کاهش می‌یابد. علاوه بر این، در خصوص تأثیر بیشتر درمان فراتشخیصی نسبت به درمان مواجهه‌سازی و بازداری از پاسخ (ERP) در بهبود تنظیم شناختی هیجان می‌توان بیان کرد که برخلاف درمان مواجهه‌سازی و بازداری از پاسخ (ERP) که به طور خاص بر مواجهه با افکار وسواسی و اجتناب از پاسخ‌های جبری فکری و رفتاری متمرکز است، در درمان فراتشخیصی، هیجان، شناسایی هیجان‌ها و مواجهه و پذیرش هیجانانگیزان نقشی اساسی در درمان دارد. در طرح درمان فراتشخیصی به کار

experiential avoidance: The Multidimensional Experiential Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*. 2011; 23(3): 692.

15. Esmaeilian, N؛ Dehghani, M؛ Akbari؛ Hasanvand, M. Evaluation of psychometric and factor structural properties of Experiential Avoidance multidimensional questionnaire.. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*. 2016; (39)10: 57-66. [In Persian].

16. Hasani J. Reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Behavioral Sciences*. 2011; 9: 229-40. [In Persian].

17. Frank, R. I., & Davidson. *The transdiagnostic road map to case formulation and treatment planning: Practical guidance for clinical decision-making*. Oakland, CA, US: New Harbinger Publications. 2014.

18. Stekette GS. Treatment of obsessive-compulsive disorder. Trans. Abbas Bakhshipoor and Majid Mahmood Aliloo. Tehran: Ravan Pooya Publication. 1997. [Persian].

19. Bakhshipour Roodsari, A؛ Aliloo, M, Farnam; Abdi, R, Efficacy Evaluation of Unified Transdiagnostic Treatment in Symptoms Reduction of Patients with Generalized Anxiety Disorder and a Comorbid Emotional Disorder. *JMRP*, 2013; 32(8): 41-74. [In Persian].

20. Saed, O. Comparing the efficacy of Transdiagnostic Cognitive Behavior therapy versus pharmacological therapy on reducing symptoms severity of OCD with co-occurring anxiety and mood disorders (Dissertation). Shahid Beheshti University of Medical Sciences. 2015; 158-65. [In Persia].

21. Bilek, E. L. An Open Trial Investigation of Emotion Detectives: A Transdiagnostic Group Treatment for Children with Anxiety and Depression. 2011.

22. Ewing, D. L., J. J. Mosen, E. J. Thompson, S. Cartwright-Hatton and A. Field (A meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapy in the treatment of child and young person anxiety disorders. *Behavioural and cognitive psychotherapy*. 2015; 43(5): 562-77.

23. Newby, J. M., A. McKinnon, W. Kuyken, S. Gilbody and T. Dalgleish. Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical psychology review*. 2015; 40: 91-110.

24. Hooman, F., M. Mehrabizadeh Honarmand, Y. Zargar and I. Davodi. The Effectiveness of Transdiagnostic Therapy on Anxiety, Depression, Cognitive Strategies of Emotional Regulation, and General Performance in Women with Comorbid Anxiety and Depression. *Journal of Fasa University of Medical Sciences*. 2016; 5(4): 563-51. [In Persian].

## منابع

1. Association, A. P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5), American Psychiatric Pub. 2013.
2. Steketee, G. *The Oxford Handbook of Obsessive Compulsive and Spectrum Disorders*. Oxford University Press. 2011.
3. Kashdan, T. B., V. Barrios, J. P. Forsyth and M. F. Steger. Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: Comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour research and therapy*. 2006; 44(9): 1301-20
4. Fledderus, M., E. T. Bohlmeijer and M. E. Pieterse Does experiential avoidance mediate the effects of maladaptive coping styles on psychopathology and mental health? *Behavior modification*. 2010; 34(6): 503-19.
5. Gross, J. J. and O. P. John. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003; 85(2): 348.
6. Ochsner KN<sup>1</sup>, Gross JJ. The cognitive control of emotion. *Trends Cogn Sci*. 2005; 9(5): 242-9
7. Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-59). New York, NY, US: The Guilford Press.
8. Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30(8), 1311-27.
9. Eddy, K. T., L. Dutra, R. Bradley & D. Westen. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy and pharmacotherapy for obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology Review*. 2004; 24(8): 1011-30.
10. Gillan, C., N. Fineberg and T. Robbins. A transdiagnostic perspective on obsessive-compulsive disorder. *Psychological medicine*. 2017. 47(9): 1528-48.
11. Leonardo F. Fontenelle, Murat Y ü cel, A Transdiagnostic Approach to Obsessions, Compulsions and Related Phenomena, University Printing House, Cambridge CB2 8BS, United Kingdom. 2019.
12. Goodman, W., L. Price, S. Rasmussen, C. Mazure, R. Fleischmann, C. Hill, G. Heninger and D. Charney. Yale-brown obsessive compulsive scale (Y-BOCS). *Arch gen psychiatry*. 1989. 46: 1006-11.
13. Rajezi Esfahani S, Motaghipour Y, Kamkari K, Zahireidin A, Janbozorgi M. Reliability and Validity of the Persian Version of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS). *IJPCP*. 2012; 17 (4):297-303
14. Gámez, W., M. Chmielewski, R. Kotov, C. Ruggero and D. Watson. Development of a measure of

25. Mohammadi, A., B. Birashk and B. Gharraee (2014). Comparison of the Effect of Group Transdiagnostic Treatment and Group Cognitive Therapy on Emotion Regulation. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2014; 19(3): 187-94. [In Persian].
26. M McEvoy, P., M. L. Moulds and A. E. Mahoney. Mechanisms driving pre-and post-stressor repetitive negative thinking: Metacognitions, cognitive avoidance, and thought control." *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2013; 44(1): 84-93.
27. Akbari M, Roshan R, Shabani A, Fata L, Shairi M R, Zarghami F. The Comparison of the Efficacy of Transdiagnostic Therapy Based on Repetitive Negative Thoughts with Unified Transdiagnostic Therapy in Treatment of Patients with Co-occurrence Anxiety and Depressive Disorders. A Randomized Clinical Trial. *IJPCP*. 2015; 21(2): 88-107. [In Persian].
28. Abdi, R, Bakhshi, A, Aliloo, M. Efficacy of Unified Transdiagnostic Treatment on Reduction of Transdiagnostic Factors and Symptoms Severity in Emotional Disorders. *Journal management system*. 13(4): 1-27. [In Persian].