

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناختی بر وسواس فکری-عملی

سلاله سادات اصل علوی پایدار^{✉*}، روشنک خدابخش^{**}

و سید ابوالقاسم مهری‌نژاد^{***}

چکیده

پژوهش حاضر باهدف مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناختی بر وسواس فکری-عملی انجام شد. این مطالعه از طرح‌های نیمه آزمایشی با مدل پیش‌آزمون-پس‌آزمون و دارای دو گروه آزمایشی بود. جامعه آماری کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد (۲۰-۳۰ سال) دانشگاه علم و صنعت ایران در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ بودند. نمونه‌گیری اولیه به صورت داوطلبانه توسط فراخوان اجرای پژوهش انجام شد و افراد پرسشنامه پادوا (Padua) ساناویو را تکمیل کردند؛ سپس از میان آن‌ها ۱۲ نفر مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی که به تأیید روان‌شناس بالینی (براساس ملاک‌های تشخیصی DSM5) نیز رسیده بودند، به صورت نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی شناختی-رفتاری (n=۶) و فراشناختی (n=۶) به‌طور تصادفی قرار گرفتند. سپس مداخلات شناختی-رفتاری و فراشناختی هر یک به مدت ده جلسه دو ساعته اجرا شدند. به‌منظور تحلیل داده‌ها، از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. هر دو روش درمانی فراشناختی و شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های وسواس فکری-عملی در پایان درمان و بعد از پیگیری یک‌ماهه مؤثر واقع شدند. همچنین اثربخشی هر دو گروه شناختی-رفتاری و فراشناختی در وسواس فکری-عملی در پایان درمان و بعد از پیگیری یک‌ماهه تفاوت معناداری نداشت. بنابراین، درمان فراشناختی به عنوان درمان جدیدتر در حوزه روان‌شناختی به اندازه درمان شناختی-رفتاری در کاهش نشانه‌های وسواس فکری-عملی و زیرشاخه‌های آن مؤثر است و می‌توان به عنوان درمان جایگزین از آن استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: شناختی-رفتاری؛ فراشناختی؛ وسواس فکری-عملی

* کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه الزهراء solaleh.paidar7@gmail.com

** دانشیار دانشگاه الزهراء

*** دانشیار دانشگاه الزهراء

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۳/۳۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۴/۱۰/۲۰

مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی یک اختلال اضطرابی بسیار ناتوان‌ساز است که نیازمند درمان مادام‌العمر است (کاپلان و سادوک^۱، ۲۰۰۷). بنابراین، توجه به کاهش علائم این اختلال می‌تواند یکی از مباحث ضروری در حوزه روان‌شناختی و پژوهشی باشد. در حوزه روان‌شناختی توجه زیادی به درمان اختلال وسواس شده، آنچه که باید به آن توجه کرد، تفاوت این مداخلات از نظر سهولت اجرا و تداوم نتایج درمان است. درمان شناختی-رفتاری یکی از درمان‌های انتخابی وسواس فکری-عملی است (کاپلان و سادوک، ۲۰۰۷).

حوزه شناختی رفتاری مبتنی بر این اندیشه است که وسواس در اثر «سوء تعبیر فاجعه‌آمیز از اهمیت^۲ افکار، تصاویر یا تکانه‌های مزاحم ذهنی ایجاد می‌شود و تا زمانی که این سوء تعبیرها ادامه پیدا کند، وسواس هم پایدار می‌ماند (پورمحمدی و باقری، ۱۳۹۴). پژوهش‌ها اثربخشی درمان شناختی-رفتاری را در بهبود اختلال وسواس نشان داده‌اند و نتایج نشان می‌دهد که این روش موجب تسریع پیامدهای فوری درمان و کاهش احتمال عود می‌شود (آبراموویتز، فرانکلین، باکس، زوالنرو فینی^۳، ۲۰۰۲). در پژوهشی در سال ۱۳۸۹ بابایی، اکبرزاده، پورشهریاری و نجل‌رحیم ترکیب درمان شناختی رفتاری و کاهش اندیشه‌پردازی خطر را در ۱۲ نفر مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی بررسی کردند؛ همچنین کولز، لاندمن، کلودیس، موریتز، هوتنروت^۴ در سال ۲۰۱۴ با اجرای پژوهشی مشابه و با تعداد ۱۲۸ نفر شرکت‌کننده و لوسی، کی آرنس، تون و راش^۵ در سال ۲۰۱۰ با تعداد ۲۴ نفر بیمار مبتلا به وسواس فکری-عملی به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی رفتاری در بهبود اختلال وسواس فکری-عملی مؤثر است.

در حوزه درمان‌های جدیدتر، از درمان فراشناختی نیز برای بهبود این اختلال استفاده شده است؛ و مطالعات نشان داده‌اند که در طول این درمان، تغییر در باورها و افکار بیماران

-
1. Kaplan & saduk
 2. castastrophic misinterpretation of the significance
 3. Abramowitz, Franklin, Bux, Zoellner & Feeny
 4. Kulz, Landmann, Cludius, Moritz & Hottenrott
 5. Lucey, Kearns, Tone & Rush

وسواسی به کاهش علائم این اختلال منجر می‌شود (ولز^۱، ۲۰۰۰). فراشناخت وظیفه کنترل شناخت ما را به عهده دارد و به عنوان هرگونه دانش یا فرایندی تعریف شده که در ارزیابی و نظارت شناخت مشارکت دارد (حسن‌زاده، شریفی، سهرابی، ۱۳۹۲). همانند مدل شناختی- رفتاری، درمان فراشناختی نیز فرض می‌کند اختلال وسواس فکری-عملی از تفکر سوگیرانه^۲ ناشی می‌شود، با این حال فرق آن با رویکرد شناختی-رفتاری در توجه به سبک خاصی از تفکر است که به آن سندرم شناختی-توجهی^۳ می‌گویند. این سبک تفکر با درگیری افراطی در تفکر کلامی مداوم و مشغولیت ذهنی به شکل نشخوار فکری مشخص می‌شود (ولز، ۲۰۰۰).

پژوهش‌های زیادی اثربخشی این نوع درمان را بر وسواس فکری-عملی نشان داده‌اند (جمله کلانتری، اکرمی، عریضی، عابدی و معروفی، ۱۳۸۸؛ اندوز، دولت شاهی، مشتاق و دادخواه، ۱۳۹۱). فیشر و ولز در سال ۲۰۰۶ به صورت تک شرکت‌کننده و با یک دوره پیگیری ۶ ماهه، همچنین هرتن‌استین، رز، ودرهولزر، هیدنریش، نیسن و تیل^۴ در سال ۲۰۱۲ با ۱۲ نفر شرکت‌کننده، اثربخشی درمان فراشناختی را بر روش اختلال وسواس فکری - عملی نشان دادند.

در همین راستا یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه‌مدت کارآ و مؤثر از جمله ضرورت‌های پژوهش در حوزه درمان است (اندوز، ۱۳۸۵)؛ با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش‌ها اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناختی را، که هر دو به عنوان درمان کوتاه مدت هستند، در بهبود نشانه‌های وسواس نشان داده‌اند؛ ولی مقایسه تجربی چندانی در رابطه با اثربخشی دو حوزه شناختی رفتاری و فراشناختی در بهبود تمام زیرشاخه‌های اختلال وسواس فکری-عملی انجام نشده است. از طرفی برخی از پژوهشگران معتقد هستند که درمان شناختی-رفتاری همچنان در برخی زیر شاخه‌های وسواس از جمله وسواس آلودگی اثربخش‌تر از درمان فراشناختی است (ولز، ۲۰۰۹)؛ بنابراین، در این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و فراشناختی در بهبود تمام مؤلفه‌های وسواس فکری-عملی از جمله وسواس آلودگی و امکان

-
1. Wells
 2. biased thinking
 3. cognitive attention syndrome
 4. Hertenstein, Rose, Voderholzer, Heidenreich, Nissen & Theil

استفاده از روش فراشناختی در درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری- عملی، به عنوان یک روش درمانی جایگزین و جدیدتر بررسی شده است. فرضیه‌های پژوهش عبارت هستند از:

۱. اثربخشی درمان فراشناختی و شناختی-رفتاری در وسواس فکری- عملی و زیر شاخه‌های آن تفاوتی ندارند.
۲. درمان فراشناختی باعث کاهش علائم وسواس فکری - عملی می‌شود.
۳. درمان شناختی - رفتاری باعث کاهش علائم وسواس فکری- عملی می‌شود.

روش

پژوهش حاضر از جمله پژوهش‌های کاربردی بود و با طرح شبه آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون، برای دو گروه آزمایشی مستقل اجرا و سپس نتایج اثربخشی درمان‌ها با هم مقایسه شد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانشجویان دختر مقطع کارشناسی و کارشناسی ارشد (۲۰- ۳۰ سال) دانشگاه علم و صنعت در سال تحصیلی ۹۴-۹۳ (۲۸۴۰ دانشجوی دختر) است. ۴۱/۶۶ درصد نمونه‌ها در گروه شناختی-رفتاری و ۳۳/۳۳ درصد در گروه فراشناختی و ۷۴/۹۹ درصد به طور کل مجرد هستند. از نظر سنی نیز ۳۳/۳۳ درصد در هر یک از گروه‌ها و ۶۶/۶۶ درصد به طور کل در رده سنی ۲۶-۲۳ سال قرار دارند. به لحاظ میزان تحصیلات در گروه شناختی - رفتاری در هر سه سطح دانشجوی لیسانس، لیسانس و دانشجوی فوق‌لیسانس 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 هستند.

نمونه‌گیری اولیه به صورت داوطلبانه توسط فراخوان اجرای پژوهش انجام شد و ۷۵ نفر پرسشنامه پادوا^۱ را تکمیل کردند. سپس از میان آن‌ها، افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی (بر اساس پرسشنامه پادوا) که به تأیید روان‌شناس بالینی (بر مبنای ملاک‌های راهنمای تشخیصی آماری اختلالات روانی نسخه پنجم) نیز رسیده بودند و تا به حال تحت درمان دارویی و روان‌شناختی قرار نگرفته بودند، ۱۲ نفر به شیوه تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایشی شناختی

رفتاری و فراشناختی به گونه تصادفی قرار گرفتند. گروه اول طی ۱۰ جلسه دوساعته تحت درمان فراشناختی و گروه دوم طی ۱۰ جلسه دو ساعته تحت درمان شناختی - رفتاری قرار گرفتند. به منظور بررسی تأثیر هر کدام از روش های درمانی نتایج پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری هر گروه با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر^۱، مقایسه شد. از روش تحلیل واریانس آمیخته^۲ نیز به منظور مقایسه نمرات دو روش درمانی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری استفاده شد. کلیه تحلیل های آماری با نرم افزار spss نسخه ۲۰ انجام شد.

جدول ۱: محتوای جلسات درمان فراشناختی (برگرفته از ولز، ۲۰۰۹)

شماره جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد نظر	تمرین خانگی
اول	معرفی اعضا و درمان فراشناختی	ارزیابی درمانجویان توسط پرسشنامه پادوا. آشنایی کلی با علائم اختلال. تدوین فرمول بندی موردی. اجرای آزمایش سرکوب فکر. تمرین ذهن آگاهی گسلیده ^۳ بر روی افکار خشی.	آگاهی نسبت به کنترل افکار	ذهن آگاهی گسلیده بر روی افکار
دوم	معرفی تکنیک های غلبه بر کنترل فکر	فرمول بندی موردی. تمرین بیشتر ذهن آگاهی گسلیده بر روی افکار وسواسی. معرفی رویارویی همراه با انجام پاسخ و به انداختن آیین مندی ها.	کاهش افکار مزاحم و اضطراب حاصل از آن	رویارویی همراه با انجام پاسخ و به تعویق انداختن آیین مندی ها
سوم	معرفی تکنیک های غلبه بر اعمال وسواسی مرور تکنیک های	اجرای تکنیک ATT ^۴ . تمرین بیشتر رویارویی و انجام پاسخ. معرفی رویارویی و جلوگیری از پاسخ مبتنی بر مدل فراشناختی و طرح آزمایش های رفتاری.	تمرکز بر زمان حال، کاهش اعمال وسواسی	ATT و رویارویی و جلوگیری از پاسخ
چهارم تا هشتم	پیشین و معرفی آزمایش رفتاری	چالش کلامی و اجرای آزمایش های رفتاری درباره باورهای مربوط به اهمیت افکار. رویارویی و جلوگیری از پاسخ.	کاهش افکار و اعمال وسواسی	آزمایش رفتاری درباره اهمیت افکار، رویارویی و جلوگیری از پاسخ

1. repeated measure one-way ANOVA
2. mixed multi factorial ANOVA
3. detachment mindfulness
4. attention training technique

شماره جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد نظر	تمرین خانگی
نهم	تغییر باورهای فراشناختی و تمرین تکنیک‌های پیشین	تغییر باورها درباره آیین‌مندی‌های وسواسی توسط آزمایش‌های رفتاری. تمرین رویارویی و جلوگیری از پاسخ. کار بر روی افکار مزاحم باقی مانده. طراحی برنامه جدید برای مقابله با افکار مزاحم.	تغییر باورهای وسواسی	آزمایش رفتاری درباره اهمیت افکار، رویارویی و جلوگیری از پاسخ
دهم	تدوین برنامه پیشگیری از عود و مرور تکنیک‌ها.	مرور فنون فراشناختی و کار بر روی باورها و رفتارهای وسواسی باقی مانده. توضیح پیشگیری از عود و تحکیم برنامه جدید برای مقابله با وسواس‌ها در آینده. ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه پادوا.	کاهش اعمال و افکار وسواسی و آگاهی از عود	تمرین تمام تکنیک‌های مؤثر

جدول ۲: محتوای جلسات شناختی رفتاری (برگرفته از ویلهلم و استکتی، ۲۰۰۶)

شماره جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد نظر	تمرین خانگی
اول	معرفی اعضاء و درمان شناختی رفتاری	ارزیابی درمانجویان توسط پرسشنامه پادوا، آشنایی کلی با علائم اختلال وسواس فکری-عملی، دادن فهرست تصاویر و افکار مزاحم مردم عادی، تمرین آرمیدگی.	آگاهی از نشانه‌های وسواس، آرامش عضلانی	تمرین آرمیدگی
دوم	معرفی خطاهای شناختی و مدل شناختی وسواس	ترسیم مدل شناختی وسواس، عادی سازی افکار وسواسی، ترسیم مثلث شناختی، دادن فهرست انواع خطاهای شناختی، پر کردن فرم ثبت افکار روزانه ۵ ستونی، توضیح اهمیت افکار و اجرای آزمایش‌های رفتاری.	کاهش اهمیت افکار بیش از حد	ثبت افکار روزانه ۵ ستونی، آزمایش رفتاری اهمیت افکار
سوم	تمرین گروهی و فردی برای رفع خطاهای شناختی	استفاده از تکنیک‌های شناختی پرسشگری سقراطی و بازبینی برگه ۵ ستون افکار، پرکردن برگه ۷ ستونی افکار، نوشتن فهرست مزایا و معایب افکار مزاحم، اجرای آزمایش رفتاری برای اهمیت افکار.	جایگزینی افکار وسواسی با افکار منطقی	ثبت افکار روزانه ۷ ستونی، آزمایش رفتاری اهمیت افکار

شماره جلسه	اهداف	محتوا	تغییر رفتار مورد نظر	تمرین خانگی
چهارم	معرفی آزمایش‌های رفتاری برای افکار و وسواسی	بررسی فرم ثبت افکار روزانه، آزمایش رفتاری برای عمل خنثی‌سازی افکار، استفاده از تکنیک محاسبه احتمال و پرسشگری سقراطی برای باور برآورد بیش از حد خطر، طرح آزمایش‌های رفتاری برای باور اطمینان‌خواهی.	اصلاح باورهای شناختی و کاهش افکار وسواسی	آزمایش رفتاری برای باورهای شناختی و وسواس
پنجم	تکنیک‌های مقابله با افکار وسواسی	پرسشگری سقراطی و اجرای تکنیک نمودار دایره‌ای و تکنیک استاندارد دوگانه برای باور مسئولیت‌پذیری افراطی.	کاهش افکار وسواسی	تکنیک استاندارد دوگانه و نمودار دایره‌ای برای افکار وسواسی
ششم تا نهم	معرفی تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ و تمرین‌های گروهی و انفرادی	آموزش و اجرای تکنیک مواجهه و جلوگیری از پاسخ، و تمرین آن در حضور درمانگر، طرح آزمایش‌های رفتاری برای اهمیت افکار.	کاهش اعمال وسواسی	مواجهه و جلوگیری از پاسخ
دهم	مرور و جمع‌بندی تکنیک‌ها و توضیح نشانه‌های عود، اتمام جلسه.	بحث و جمع‌بندی فنون شناختی و رفتاری، توضیح نشانه‌های عود، آموزش گام‌های حل مسأله، ارزیابی مجدد توسط پرسشنامه پادوا.	کاهش اعمال و افکار وسواسی و آگاهی از عود	تمرین تمام تکنیک‌های مؤثر

ابزار پژوهش عبارت بود از:

پرسشنامه وسواس فکری-عملی پادوا: پرسشنامه پادوا را ساناویو^۱ (۱۹۸۰) در کشور ایتالیا ساخته است که ۶۰ ماده دارد و برای ارزیابی شدت نشانگان اختلال وسواس فکری عملی در شرکت‌کنندگان بالینی و نرمال، به کار می‌رود. هر ماده به صورت ۰-۴ براساس درجه آشفتگی سنجیده می‌شود. پرسشنامه پادوا مقیاس خود گزارشی است که ابعاد وسواس فکری را از ابعاد وسواس عملی متمایز می‌کند (استرن برگر و بورن^۲، ۱۹۹۰). ساناویو (۱۹۸۰) با استفاده از تحلیل عاملی، ۴ عامل را مطرح کرد: ۱. کنترل مختل شده بر روی فعالیت‌های روانی و ذهنی؛ ۲.

1. Sanavio
2. Strenberger & Burn

آلوده شدن؛ ۳. رفتارهای واری؛ ۴. تکانه‌ها^۱ و نگرانی‌های از دست‌دادن کنترل در فعالیت‌های حرکتی. مؤلفان دیگر در مطالعاتشان از این عوامل حمایت کرده‌اند (مک دونالد و د سیلوا^۲، ۱۹۹۹). این پرسشنامه را اولین بار گودرزی و فیروزآبادی در سال ۱۳۸۲ برای جمعیت ایرانی هنجاریابی کردند. برای اعتبار همگرایی همبستگی بین نمره کل پرسشنامه پادوا با پرسشنامه اختلال وسواس فکری - عملی مادزلی و پرسشنامه وسواس 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 بازآزمون پرسشنامه پادوا به مدت ۴ هفته برای نمره کل ۰/۷۹ است. بنابراین، پرسشنامه پادوا در جمعیت ایرانی دارای اعتبار و پایایی بالایی است و می‌توان از آن برای سنجش نشانگان اختلال وسواس فکری - عملی استفاده کرد (گودرزی، ۲۰۰۵).

یافته‌ها

داده‌های جدول ۳ بیان‌کننده میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کننده‌ها در نمره کل وسواس فکری - عملی و زیر مقیاس‌های آزمون پادوا است. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین نمرات هر دو گروه شناختی-رفتاری و فراشناختی در مرحله پیگیری و پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافته است. بیشترین پراکندگی نمرات در گروه شناختی رفتاری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مؤلفه کنترل مختل شده بر روی فعالیت‌های ذهنی است. در گروه فراشناختی نیز بیشترین پراکندگی نمرات در هر سه مرحله، مربوط به مؤلفه واری است.

1. urges

2. Mac Donald & De Silva

جدول ۳: آماره‌های توصیفی مربوط به گرایش مرکزی و پراکندگی نمرات آزمون پادوا

گروه	متغیر	پیش آزمون	پس آزمون	پی گیری		
	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار	میانگین انحراف معیار		
شناختی - رفتاری	کنترل مختل شده بر روی فعالیت ذهنی	۶/۶۳	۲۴	۷/۴۸		
	آلوده شدن واریسی	۸/۲۸	۱۳/۳۳	۴/۷۶		
	نگرانی از دست دادن کنترل بر روی رفتار حرکتی	۶/۴۷	۱۷/۸۳	۴/۵۰		
	کل	۱۱/۸۳	۸/۵۹	۶/۱۵		
فراشناختی	کنترل مختل شده بر روی فعالیت ذهنی	۱۵/۴۷	۷۰/۵۰	۱۷/۷۸		
	آلوده شدن واریسی	۷/۴۱	۲۱/۸۳	۶/۵۳		
	نگرانی از دست دادن کنترل بر روی رفتار حرکتی	۱۲/۱۹	۱۵/۸۳	۹/۸۵		
	کل	۱۱۶/۶۶	۲۹/۴۴	۶۴/۱۶		
		۱۵/۹۲	۶۰/۱۶	۲۴/۵۸	۶۱	۲۴/۶۰

داده‌های جدول ۴، نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمرات و سواس فکری عملی در دو گروه شناختی-رفتاری و فراشناختی را نشان می‌دهد. قبل از توضیح نتایج جدول ۴ و ۵ 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^۱ استفاده شد. نتایج به دست آمده نشان داد نمرات هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری نرمال هستند (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 پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری معنادار نیست ($F_0 < F_c$). مفروضه آخر بررسی کروی بودن واریانس‌های درون‌گروهی است که بدین منظور از آزمون ماوچلی^۲ استفاده شد. یعنی باید بین هر جفت شرایط درون‌گروهی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پی‌گیری) واریانس برابری وجود داشته باشد، که این مفروضه نیز برقرار بود. یعنی سطح معناداری بیشتر از ۰/۰۵ است. با توجه به جدول ۴ هر دو گروه درمانی در بهبود و سواس

1. Shapiro-Wilk
2. Mauchly

فکری عملی مؤثر بودند. اندازه اثر شناختی رفتاری و فراشناختی در بهبود وسواس فکری عملی به ترتیب ۱/۷۷ و ۲/۳۸ است. که طبق اندازه اثر کوهن، اندازه اثر بالایی است.

جدول ۴: نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نمرات وسواس فکری- عملی دو گروه شناختی- رفتاری و فراشناختی

متغیر	گروه	F	P	η^2	اندازه اثر
نمره کل وسواس فکری-عملی	گروه شناختی- رفتاری	۱۶/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱/۷۷
	گروه فراشناختی	۲۹/۵۲	<۰/۰۰۱	۰/۸۵	۲/۳۸

جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس آمیخته نمرات کلی وسواس فکری- عملی در دو گروه شناختی رفتاری و فراشناختی را نشان می‌دهد. با توجه به جدول اثر تعاملی زمان (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه‌ها در هیچ یک از مؤلفه‌ها معنادار نیست. بنابراین، درمان شناختی رفتاری و فراشناختی در بهبود وسواس فکری-عملی و تمام زیرمقیاس‌های آن (کنترل مختل شده بر روی فعالیت ذهنی، آلوده شدن، واریسی و نگرانی از دست دادن کنترل بر روی رفتار حرکتی) به یک میزان اثربخش هستند ($F(۲,۲۰)=۰/۲۵$, $P=۰/۷۷$).

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس آمیخته نمرات وسواس فکری عملی در دو گروه شناختی- رفتاری و فراشناختی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P
کنترل مختل شده بر روی فعالیت ذهنی	اثر تعاملی زمان*گروه	۹۲/۶۶	۲	۴۶/۳۳	۱/۴۳	۰/۲۶
	خطا	۶۴۷/۳۳	۲۰	۳۲/۳۶	-	-
آلوده شدن	اثر تعاملی زمان*گروه	۰/۰۵	۲	۰/۰۲	۰/۹۹	۰/۹۹
	خطا	۲۴۴/۱۱	۲۰	۱۲/۲۰	-	-
واریسی	اثر تعاملی زمان*گروه	۶/۸۸	۲	۳/۴۴	۰/۱۳	۰/۸۷
	خطا	۵۰۲/۲۲	۲۰	۲۵/۱۱	-	-
نگرانی از دست دادن کنترل بر روی رفتار حرکتی	اثر تعاملی زمان*گروه	۲۹/۵۵	۲	۱۴/۷۷	۱/۰۶	۰/۳۶
	خطا	۲۷۷/۵۵	۲۰	۱۳/۸۷	-	-
کل	اثر تعاملی زمان*گروه	۱۲۸/۷۲	۲	۶۴/۳۶	۰/۲۵	۰/۷۷
	خطا	۴۹۸۷/۷۷	۲۰	۲۴۹/۳۸	-	-

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌طور که پیش‌تر گفته شد، هدف اصلی پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و فراشناختی در وسواس فکری- عملی بود. با توجه به نتایج به‌دست آمده هر سه فرضیه پژوهش تأیید شد؛ یعنی به طور کل هر دو شیوه درمانی در بهبود وسواس فکری عملی مؤثر هستند و اثربخشی درمان شناختی رفتاری و فراشناختی در وسواس فکری عملی و زیرشاخه‌های آن تفاوت معناداری ندارد.

نتایج در خصوص تأثیر درمانی روش شناختی- رفتاری در وسواس فکری- عملی نشان‌دهنده اثربخشی این شیوه درمانی در بهبود اختلال مذکور است و نتیجه این پژوهش مؤید نتایج پژوهش‌های قبلی نیز است. در این راستا می‌توان به تحقیقات انجام‌شده آبراموویتز و همکاران (۲۰۰۲)، کولز و همکاران (۲۰۱۴) و لوسی و همکاران (۲۰۱۰) اشاره کرد. در تمام تحقیقات انجام‌شده این نتیجه به‌دست آمد که درمان شناختی- رفتاری در کاهش وسواس فکری- عملی و زیرمجموعه‌های وسواس مؤثر هستند.

همچنین با توجه به یافته‌های این پژوهش می‌توان گفت که درمان فراشناختی در بهبود نشانه‌های وسواس فکری عملی مؤثر است. در این راستا می‌توان به تحقیقات فیشر و ولز (۲۰۰۶)، هرتن استین و همکاران (۲۰۱۲) و اندوز و همکاران (۱۳۹۱) اشاره کرد که در تمام تحقیقات، یافته‌ها نشان می‌دهد که درمان فراشناختی اثربخشی قابل‌ملاحظه‌ای در بهبود وسواس فکری- عملی دارد.

نتایج در خصوص مقایسه درمان شناختی رفتاری و فراشناختی نشان داد که نمرات هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری نداشتند، به عبارت دیگر نتایج درمانی شناختی- رفتاری و فراشناختی در وسواس فکری- عملی و تمام زیرشاخه‌های آن از جمله کنترل مختل شده بر روی فعالیت‌های ذهنی، وارسی، نگرانی از دست دادن کنترل بر روی رفتار حرکتی و همچنین وسواس آلودگی تفاوتی نداشتند و هر دو مؤثر بودند. درباره مقایسه این دو رویکرد، پژوهش تجربی چندانی وجود ندارد. تنها یک پژوهش در ایران انجام شده است که به‌طور مستقیم اثربخشی درمانی شناختی- رفتاری و فراشناختی را در وسواس فکری- عملی بررسی کرده است. کلاتری و همکاران در سال ۱۳۸۸، در پژوهشی نشان دادند که دو

شیوه درمانی در بهبود وسواس فکری - عملی تفاوتی ندارد که نتیجه این تحقیق همراستا با نتیجه پژوهش حاضر است. در پژوهش حاضر نتایج هر دو درمان در یک پیگیری یک ماهه و مؤلفه‌های ترس از دست دان کنترل بر رفتار حرکتی و کنترل بیش از حد افکار نیز، بررسی شدند. نتایج یافت شده مؤید این بود که در طولانی مدت نیز اثر این دو شیوه درمانی در کاهش نشانه‌های وسواس فکری-عملی تفاوتی ندارند.

در واقع درمان فراشناختی به ویژه به منظور رفع نواقص رویکرد شناختی - رفتاری ظهور کرد. به عقیده ولز، شناخت درمانی با توجه به این نظر که افکار منفی در اختلال‌های هیجانی از فعالیت باورهای ناکارآمد منتج می‌شوند، سعی کرده است بیشتر بر روی منشأ محتوای فکر کار کند، ولی درباره اینکه چگونه این افکار شکل می‌گیرند یا چه ساز و کاری این تفکرات ناکارآمد را برجسته می‌کند تلاشی نکرده است. لذا برای فهم فرایند تفکر لازم است که بر باورهای فرد درباره تفکر، راهبردهای فردی درباره کنترل توجه و همچنین نوع باورهای فراشناختی او تأکید کنیم (ولز، ۲۰۰۰). در رویکرد فراشناخت نیازی به اصلاح ارزیابی‌های منفی در سطوح پایین نظیر ارزیابی مسئولیت و غیره نیست، در عوض درمان باید متمرکز بر اصلاح فرآیندهای شناختی سطوح بالاتر نظیر باورهایی درباره اهمیت و قدرت افکار شود.

در کل با توجه به اینکه مبنای نظری هر دو رویکرد یکسان و اهداف درمانی هر دو حوزه به هم نزدیک است (ولز، ۲۰۰۰) می‌توان این نتیجه را گرفت که هر دو روش شناختی-رفتاری و فراشناختی به یک اندازه در کاهش وسواس فکری-عملی مؤثر هستند. در واقع به باورهای شناختی به این دلیل توجه می‌شود که حاصل باورهای فراشناخت هستند و به این ترتیب در رویکرد فراشناختی به سطوح بالاتری از شناخت، یعنی فراشناخت تأکید می‌شود و درمان بر تغییر باورهای فراشناختی متمرکز است (فیشر و ولز، ۲۰۰۶).

تأکید هر دو رویکرد شناختی - رفتاری و درمان فراشناختی این است که محتوای باورها و افکار، اختلال وسواس فکری-عملی را تعیین می‌کنند. درمان شناختی رفتاری بیان می‌کند که شیوه تفسیر این باورها و افکار موجب بروز مشکلات می‌شود. این دیدگاه فرض می‌کند 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 اقدام می‌کند. در مقابل درمان فراشناختی با شیوه تفکر

افراد سرو کار دارد و معتقد است که مشکلات افراد و سواسی، محصول سبک تفکر انعطاف‌ناپذیر و تکراری در واکنش به افکار، احساسات و باورهای منفی است (ولز، ۲۰۰۹).

بنابر آنچه گفته شد، درمان فراشناختی کامل‌کننده درمان شناختی- رفتاری است. این رویکرد که جدیدتر از رویکرد شناختی- رفتاری است با توجه به نتایج این پژوهش و تحقیقات ذکر شده به اندازه رویکرد شناختی- رفتاری در کاهش و سواس فکری- عملی و تمام مؤلفه‌های آن مؤثر است. بنابراین، می‌تواند به عنوان درمان جایگزین شناختی- رفتاری برای بهبود اختلال و سواس فکری- عملی استفاده شود. شیوه‌های درمانی نوین این رویکرد مانند تکنیک‌های ذهن‌آگاهی گسلیده، روند درمان را برای مراجع خوش آیند می‌کند و باعث می‌شود علاوه بر درمان از قول تخیل خود نیز استفاده کند. از جمله مزایای دیگر این شیوه درمانی این است که، آن‌طور که در درمان شناختی رفتاری به صورت طولانی مدت و گسترده استفاده می‌شود، تکنیک رویارویی و جلوگیری از پاسخ مورد تأکید نیست. درمان فراشناختی از این تکنیک در کاهش سندرم شناختی- توجهی و به عنوان آزمایش رفتاری برای به چالش کشیدن اهمیت افکار استفاده می‌کند. در کنار این تکنیک، از رویارویی و انجام دادن پاسخ نیز استفاده می‌شود که در این تکنیک در هنگام مواجهه به بیمار اجازه داده می‌شود تا اعمال و آیین‌مندی‌های و سواسی را انجام دهد، ولی هدف از درگیر شدن در آیین‌مندی‌ها متفاوت است. بیمار به جای استفاده از آیین‌مندی‌های و سواسی برای خلاص شدن از شر افکار مزاحم یا کاهش خطر، فقط باید از آن‌ها در کنار تداوم آگاهی از افکار و سواسی خود استفاده کند. استفاده این دو تکنیک در درمان فراشناختی با هم انجام می‌شود و همین امر باعث می‌شود تعداد افرادی کاهش یابد که درمان شناختی- رفتاری را به علت طولانی بودن و دشوار بودن مواجهه و جلوگیری از پاسخ ترک می‌کنند (هاموند، ۲۰۰۳).

در پایان شایان ذکر است که عمده‌ترین محدودیت پژوهش حاضر، محدود بودن جامعه پژوهش به گروه دانشجویان دختر و نداشتن گروه گواه بود که همین مسأله ضرورت احتیاط را در تفسیر و تعمیم نتایج ایجاب می‌کند. همچنین تعداد کم نمونه‌ها موجب می‌شود تعمیم‌پذیری نتایج با احتیاط انجام شود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش تعمیم‌پذیری یافته‌ها، پژوهشی در همین راستا به منظور رفع محدودیت‌های پژوهش حاضر انجام شود. همچنین با توجه به گوناگونی زیرشاخه‌های و سواس و طیف بسیار وسیع افکار

مزاحم در میان افراد، بهتر است در زمینه شیوه‌های درمانی مناسب برای هر طیف و هر الگوی وسواس، مطالعات گسترده‌تری انجام شود تا بتوان روند بهبودی را در تمام زیرمجموعه‌های وسواس فکری-عملی بالا برد.

تشکر و قدردانی

با اغتنام فرصت و به‌رسم ادب بر خود واجب می‌دانیم که از اساتید فرهیخته‌ای که در تمام مراحل اجرای پژوهش ما را یاری کردند قدردانی نماییم. در پایان از همه افرادی که به‌نوعی در تکمیل این پژوهش ما را حمایت نمودند تشکر می‌کنیم.

منابع

- استکتی، گیل و ویلهلم، سایین (۱۳۹۲). شناخت درمانی اختلال وسواس فکری عملی، ترجمه نگار اصغری پور، زهرا بهفر و حسن کریمی، تهران: سایه سخن.
- 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، ۲(۲): ۷۱-۵۹.
- اندوز، زهرا (۱۳۸۵). کارایی و اثربخشی الگوی فراشناختی ولز در درمان یک مورد اختلال وسواسی - اجباری، اندیشه و رفتار، ۱۲(۱): ۶۶-۵۹.
- بابایی، مهناز، اکبرزاده، نسرين، نجل رحیم، عبدالرحمان و پورشهریاری، مه‌سیما (۱۳۸۹). تأثیر درمان ترکیبی شناختی-رفتاری و کاهش اندیشه‌پردازی خطر بر اختلال وسواسی-اجباری در دانشجویان دختر، مطالعات روان شناختی، ۶(۱): ۵۵-۴۲.
- پورمحمدی، سمیه و باقری، فریبرز (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی بر پردازش شناختی خودکار، مطالعات روان شناختی، ۱۱(۳): ۱۶۰-۱۴۱.
- توکلی، سامان و قاسم‌زاده، حبیب‌الله (۱۳۸۵). نظریه‌ها و درمان شناختی - رفتاری وسواس، تازه‌های علوم شناختی، ۸(۱): ۷۴-۵۴.
- حسن‌زاده، احمد، شریفی درآمدی، پرویز و سهرابی، فرامرز (۱۳۹۲). مقایسه مؤلفه‌های فراشناخت در نوجوانان مبتلا و غیر مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، مطالعات روان‌شناختی، ۹(۱): ۱۰۷-۹۱.
- کاپلان، هارولد و سادوک، بنیامین (۱۳۸۷). خلاصه روان‌پزشکی: علوم رفتاری / روان‌پزشکی بالینی، ترجمه رضاعی، فرزین، تهران: ارجمند.
- ولز، آدریان (۱۳۹۲). راهنمای عملی درمان فراشناختی اضطراب و افسردگی، ترجمه شهرام محمدخانی، تهران: ورا دانش.
- Abramowitz, J. S., Franklin, M. E., Bux, D. A., 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*, 33(1): 162-168.
- Akrami, N., Kalantari, M., Arizi, H., Abedi, M. & Maroofi, M. (2009). Comparison between Cognitive-Behavioral Therapy and Metacognitive Therapy in patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 2(2): 59-71 (Text in Persian).

- Andouz, Z. (2006). Effectiveness of well's metacognitive model in patient with obsessive-compulsive disorder (case study). *Thought and Behavior*, 12(1): 59-66(Text in Persian).
- Andouz, Z., Dolatshahi, B., Moshtagh, N. & Dadkhah, A. (2012). The Efficacy of Metacognitive Therapy on Patients Suffering from Pure Obsession. *Iranian Journal of Psychiatry*, 7(1): 11-21.
- Babae, M., Akbarzadeh, N., Najrahim, A. & Poorshahriari, M. (2010). Effectiveness of cognitive behavioral therapy and reduction of risk in female student with OCD. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 6(1): 42-55(Text in Persian).
- Goodarzi, M. A. & Firoozabadi, A. (2005). Reliability and validity of the padua inventory in an Iranian population. *Behavior Research and Therapy*, 43(1): 43-54
- Hammond, D. C. (2003). QEEG- Guided Neurofeedback in the treatment of OCD. *Journal of Neurotherapy*, 7(3): 25- 51.
- Hasanzadeh, A., Sharifi Daramdi, P. & Sohrabi, F. (2013). Comparison of Metacognitive component in Adolescent with OCD and none-OCD. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 9(1): 91-107(Text in Persian).
- Hertenstein, E., Rose, N., Voderholzer, U., Heidenrich, T., Nissen, C., Thiel, N., Herbst, N. & Kulz, A., K. (2012). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder – A qualitative study on patients' experiences, *Bio Med Central Psychiatry*, 12(1): 185-195.
- Kaplan, H & Sadock, B (2007). *Synopsis of Psychiatry: Behavioral Science and Clinical Psychiatry*. Translator: Rezaee, F. (2008). Tehran: Arjmand press (Text in Persian).
- 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*, 14(4): 314-323.
- 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*, 2010, 34(2): 6-9.
- Mac Donald, A. M. & De Silva, D. (1999). The assessment of obsessiveness using the padua Inventory: It's In a British Non- Clinical sample. *Personality and Individual Differences*, 27(1):1027- 1046.

- Poormohammadi, S. & Bagheri, F. (2015). Effectiveness of Metacognitive on Automatic Thoughts. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 11(3): 141-160 (Text in Persian).
- Steketee, G. & Wilhelm, S. (2006). *Cognitive Therapy for Obsessive-Compulsive Disorder: A Guide for Professionals*. Translators: Asgharipour, N., Behfar, Z., Karimi, H. (2013). Tehran: Saye Sokhan press (Text in Persian).
- Tavakoli, S. & Ghasmzadeh, H. (2005). Cognitive-Behavioral Therapy and Theories in OCD. *Neoteric in Cognitive Science*, 8(1): 54-74 (Text in Persian).
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders and Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- Wells, A. & Fisher, P. L. (2006). Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: a case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, 39(2): 32-117.
- Wells, A. (2009). *Metacognitive Therapy for anxiety and depression*. Translator: mohammadkhani, Sh. (2013). Tehran: Varay Danesh press.

**Comparison of the Effectiveness of Behavioral-
Cognitive and Metacognitive Approaches on
Obsessive Compulsive Disorder**

Solaleh Sadat Asl Alavi Paidar*, Roshanak Khodabakhsh** &
Seyed Abolghasem Mehrinejad***

Abstract

The present research aimed to compare efficacy of cognitive-behavioral and metacognitive treatment approaches on obsessive-compulsive disorder. The study utilized quasi-experimental design with pretest - posttest model had two experimental groups. The statistical population included all of the girl students heading for B.S and M.S degree at the university of science and technology of Iran in 2014-2015. Initial sampling by recall of implementing the study was conducted voluntary and all the voluntaries completed Padua Inventory and among them 12 students who suffered from obsessive-compulsive disorder and verified by clinical psychologist (base on DSM5) were selected by random sampling and randomly divided into two groups of cognitive-behavioral (n=6) and metacognitive (n=6) groups. Then cognitive-behavioral and metacognitive interventions for 10 sessions with 2 hours each were applied to one of each groups. In order to analyze data repeated measure one-way ANOVA and mixed multi factorial ANOVA methods were used. Both metacognitive therapy and cognitive-behavioral therapy were effective in reducing symptom of obsessive-

* Master of Clinical Psychology, Alzahra University

** Ph.D of Clinical Psychology, Associate Professor, Alzahra University

*** Ph.D of Clinical Psychology, Associate Professor, Alzahra University

Received: 2016-01-10 Accepted: 2017-06-21

DOI: 10.22051/psy.2017.8147.1078

compulsive disorder, at the end of treatment and after a one-month follow-up. Also, there was no significant difference between the effectiveness of cognitive-behavioral and metacognitive approaches on obsessive-compulsive disorder of two groups, at the end of treatment and after one-month follow-up. So metacognitive therapy as new therapeutic area to the extent of psychology, is effective as much as cognitive-behavioral therapy in reducing symptoms of obsessive-compulsive disorder and its subscales, and can be used as an alternative treatment.

Keywords: *Behavioral-Cognitive, Metacognitive, Obsessive-Compulsive*