

تأثیر درمان‌های فراشناختی و دارویی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری

The effect of meta-cognitive and drug therapies on meta-cognitive beliefs of disease with obsessive-compulsive disorder

تاریخ پذیرش: ۱۳۸۹/۶/۲

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۲/۲۰

A. Abolghasemi, P.hD., HassanAli-Zade, M., Kazemi,
R. PhD, Narimani, M. PhD

عباس ابوالقاسمی^۱، مهدیه حسنعلی زاده^۱، رضا کاظمی^۲،
محمد نریمانی^۳

Abstract:

Introduction: The aim of the present research was to determine the effect of meta-cognitive and drug therapies on meta-cognitive beliefs of patients with obsessive-compulsive disorder.

Method: The sample consisted of 60 subjects selected from patients with obsessive-compulsive disorder in Ardabil City. The subjects were randomly assigned to two experimental groups and a control group. The two techniques used were drug therapy and meta-cognitive therapy. To collect data of Psychological Interview, Meta-cognition Questionnaire and obsessive-compulsive Inventory were used in two stages. Data were analyzed using multivariate analysis of variance.

Results: The results showed significant differences between therapeutic groups and control group in variables of meta-cognitive beliefs and obsessive symptoms. Multi-comparison tests revealed that meta-cognitive therapy was more effective in reducing symptoms than drug therapy. Also, meta-cognitive therapy was found to be more effective in modifying dysfunctional meta-cognitive beliefs than drug therapy.

Conclusion: The results provided support for the role of meta-cognitive therapy in reducing obsessive symptoms and modifying dysfunctional meta-cognitive beliefs.

Keywords: Obsessive-compulsive disorder, Meta-cognitive therapy, Drug therapy.

چکیده:

مقدمه: هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر درمان‌های فراشناختی و دارویی بر باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بود.

روش: نمونه این تحقیق شامل شصت بیمار مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بود که از بین بیماران مبتلا در شهر اردبیل انتخاب و در دو گروه آزمایشی (فراشناختی و دارویی) و یک گروه کنترل به صورت تصادفی جایگزین شدند (هر گروه بیست نفر). از دو روش درمانی فراشناختی و دارویی استفاده شد. برای جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه بالینی سازمان یافته، فرم کوتاه پرسش‌نامه فراشناخت و پرسش‌نامه وسواسی-اجباری در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. داده‌های پژوهش با آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین دو گروه درمانی (فراشناختی و دارویی) و گروه کنترل در متغیرهای باورهای فراشناختی و نشانه‌های وسواسی تفاوت معناداری وجود دارد. آزمون چندمقیاسه‌ای نشان داد که درمان فراشناختی در مقایسه با درمان دارویی در کاهش نشانه‌های وسواسی مؤثرتر بود. همچنین روش درمانی فراشناختی بیشتر از روش دارویی در اصلاح باورهای فراشناختی مؤثر بود.

نتیجه‌گیری: این نتایج از نقش درمان فراشناختی در کاهش نشانه‌های وسواسی و اصلاح باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری حمایت می‌کند.

کلیدواژه‌ها: وسواسی-اجباری، درمان فراشناختی، درمان دارویی، باورهای فراشناختی

اختلال وسواسی-اجباری یکی از شایع‌ترین اختلالات روانی می‌باشد که در حوزه آسیب‌شناسی روانی پژوهش‌های زیادی را به خود اختصاص داده است. میزان شیوع این اختلال در جمعیت عمومی دو تا سه درصد تخمین زده شده است و حدود ۱۰ درصد بیماران سرپایی مراکز بالینی و روان‌پزشکی را تشکیل می‌دهند. این اختلال بر روی کارکردهای خانوادگی، شغلی و اجتماعی تأثیر می‌گذارد [۱].

پیشرفت‌های مهم در زمینه تحول و پایداری اختلالات روان‌شناختی و درمان آنها مدیون ملاحظات رفتاری و زیست‌شناختی، شکل‌گیری و توسعه نظریه‌ها و درمان‌های شناختی است. نظریه‌های شناختی بر این اصل تأکید کرده‌اند که بیماری‌های روان‌شناختی با اختلالاتی در تفکر و ارزیابی رویدادها مرتبط می‌باشند. در مدل شناختی اضطراب و افسردگی، باورهای مربوط به خود مورد توجه قرار گرفته و درمان بر اصلاح و تغییر این افکار و باورهای اضطراب‌انگیز و افسرده‌زا متمرکز شده‌اند. با این حال بسیاری از باورها و دانش‌های مرتبط به خود وجود دارند که در مدل‌های بنیادی شناختی مثل نظریه بک مورد توجه قرار نگرفته‌اند [۲]. این باورها بدون شک تأثیری آشکار بر ارزیابی‌ها، افکار و نگهداری و رشد اختلال روان‌شناختی دارند [۳].

روش شناختی-رفتاری در درمان اختلالات اضطرابی تا حدودی موفقیت‌آمیز بوده است. اساس درمان شناختی-رفتاری، تغییر و به‌چالش کشیدن روش‌های غیرمنطقی تفکر و کژکاری رفتاری است. با وجود این، هنوز پایداری اثرات درمانی مورد سؤال محققان می‌باشد [۴].

یکی از روش‌هایی که برای درمان وسواس مورد تأیید قرار گرفته است، درمان دارویی است. پژوهش‌های مختلفی داروهای ضد افسردگی (و ضد وسواس) و رفتاردرمانی را در کاهش نشانه‌های وسواس مؤثر گزارش نموده‌اند [۵ و ۶]. داروهای کلومیپرامین و فلوکستین در درمان وسواس خیلی مؤثر و نتیجه‌بخش بوده‌اند و از حدود ۴۰ تا ۸۰ درصد بیماران که این داروها را دریافت کرده‌اند، ۴۰ تا ۵۰ درصد کاهش علائم نشان داده‌اند، اما با قطع دارو عود قابل ملاحظه‌ای گزارش شده است. سرتالین و پاروکستین نیز در درمان وسواس مؤثر هستند ولی مطالعات بسیار اندکی از این موضوع حمایت کرده‌اند. برای بیماران مقاوم به درمان ترکیبات دارویی از قبیل فلوکستین همراه با بوسپیرون و کلومیپرامین همراه با لیتیموم خیلی مفید بوده است [۷].

یکی از متغیرهایی که در شکل‌گیری و تداوم اختلال وسواس نقش دارد، فراشناخت است. فراشناخت در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی آسیب جدی می‌بیند. مدل کنش اجرایی خودتنظیمی [۸] چهارچوبی شناختی برای فهم چگونگی سطوح و مؤلفه‌های چندگانه تعامل شناخت و رفتار در پایداری اختلالات اضطرابی فراهم کرده است. این مدل درگیری باورهای فراشناختی را در آسیب‌پذیری روانی و تداوم آن مورد پیش‌بینی قرار می‌دهد. همسان با این دیدگاه، بین

باورهای فراشناختی و اختلالات هیجانی ارتباط مثبت معناداری به‌دست آمده است [۹، ۱۰]. چندین مدل برای تبیین علایم وسواسی بیان شده است. ارزیابی‌های مختل از افکار مزاحم و باورهای بیمار در مورد اهمیت این افکار، در این مدل مهم هستند. سالکوسکیس بیان می‌کند که افراد مبتلا به اختلال وسواس باورهای مختلی مانند سرزنش کردن خود، احساس مسئولیت افراطی و اشتغال ذهنی در مورد وقوع آسیب برای خود و دیگران دارند [۱۱]. در مدل کنش اجرایی خودتنظیمی (۸) سیستم شناختی چندگانه‌ای برای تبیین افکار تکرارشونده در اختلال وسواس توصیف شده است. منابع پردازش اطلاعات محدود بر رویدادهای درونی نظیر افکار، تجربیات هیجانی و رفتار تمرکز دارند. در پردازش شناختی، باورهای فراشناختی از علامت‌شناسی مهم اختلال وسواس ناشی می‌شود. همچنین باورهای بیمار در مورد کنترل‌ناپذیری افکار با نشانه‌های اختلال وسواس ارتباط دارد [۱۲]. در واقع بیماران وسواسی گزارش می‌کنند که کنترل کمتری روی افکار مزاحم منفی‌ای دارند که تجربه می‌نمایند [۱۳].

مدل فراشناختی اختلال وسواس [۱۴، ۱۵] بر باورهایی در مورد معنا و اهمیت افکار مزاحم تأکید می‌کند. باورهای فراشناختی در مورد افکار مزاحم به‌طور وسیعی در سه بعد مورد توجه قرار گرفته است: الف) آمیختگی فکر-عمل: به آمیختگی بین افکار و اعمال اشاره می‌کند [۱۶].

ب) آمیختگی فکر-رویداد: به باورهایی اشاره دارد که یک فکر می‌تواند شواهدی از وقوع یک رویداد باشد [۱۷].

ج) آمیختگی فکر-شیء: به باورهایی اشاره دارد که افکار، احساسات یا خاطرات می‌تواند مال افراد دیگر باشد [۱۵].

مدل فراشناختی نیز بیان می‌کند که بیماران مبتلا به اختلال وسواس باورهای فراشناختی مثبتی در مورد ضرورت انجام تشریفات و آیین‌هایی دارند که نشانه‌های اختلال وسواس را حفظ و تشدید می‌کند. طبق یافته‌های پژوهشی بیماران مبتلا به اختلال وسواس ملاک‌های درونی نامناسب و مطلق (مانند حافظه کامل و غیره) برای خود انتخاب می‌کنند [۱۷، ۱۵]. همچنین کلارک نیز مدلی در مورد کنترل شناختی بیماری وسواس توصیف کرده است. وی معتقد است که ارزیابی‌های غلط از کنترل و پیامدهای آنها، عامل فراشناختی اصلی در پایداری وسواس‌ها هستند [۱۸]. در مطالعات متعددی نیز نقش باورهای فراشناختی بر نشانه‌های وسواسی-اجباری تأیید شده است [۱۹، ۲۰، ۲۱، ۱۴، ۲۲، ۲۳، ۲۴]. در این پژوهش‌ها نتیجه‌گیری شده است که باورهای فراشناختی در نگهداری، پایداری و تشدید نشانه‌های بیماری وسواس نقش مهمی را ایفا می‌کنند.

طبق بررسی‌های صورت‌گرفته، تاکنون تحقیقات معدودی در مورد اثربخشی روش فراشناختی در اختلال وسواسی فکری-عملی انجام شده است و تقریباً بین دو روش درمانی فراشناختی و دارویی تاکنون بررسی‌ای انجام نشده است. ریس و ایوان کواس ولد در پژوهشی

۲ - پرسش‌نامه فراشناخت: پرسش‌نامه فراشناخت توسط ولز و کارترایت-هاتون ساخته شده است و ۳۰ آیتم دارد که هر سؤال با یک مقیاس دودرجه‌ای (صحیح، غلط) پاسخ داده می‌شود. این پرسش‌نامه دارای ۵ مؤلفه (باورهای مثبت درمورد نگرانی، اعتماد شناختی، خودآگاهی شناختی، باورهای منفی درمورد کنترل‌ناپذیری افکار و خطر و باورهای درمورد نیاز به افکار کنترل) می‌باشد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه و مؤلفه‌های آن در دامنه‌ای از ۰/۹۳ و ۰/۷۲ گزارش شده است. ضریب پایایی بازآزمایی فرم کوتاه این پرسش‌نامه (بعد از یک ماه) ۰/۷۳ می‌باشد. ضریب همبستگی این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه اضطراب صفت-حالت اسپیل برگر ($r = ۰/۵۳$)، پرسش‌نامه نگرانی پن ($r = ۰/۵۴$) و پرسش‌نامه اختلال وسواسی-اجباری بادو ($r = ۰/۴۹$) معنادار می‌باشد [۳۳].

۳ - پرسش‌نامه وسواسی-اجباری مادسلی: پرسش‌نامه وسواسی-اجباری مادسلی توسط هاجسون و راکمان به‌منظور بررسی وسواس تهیه شده است و ۳۰ آیتم دارد. ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این پرسش‌نامه به‌ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۸۴ گزارش شده است. این پرسش‌نامه می‌تواند بیماران وسواسی را از سایر بیماران روان‌نژندی تفکیک کند [۳۴].

شیوه‌های مداخله

الف) درمان فراشناختی: این روش درمانی توسط ولز و کینگ تدوین شده است [۲۶]. این روش درمانی در دوازده جلسه یک‌ساعته و به‌مدت دوازده هفته (سه ماه) به‌صورت فردی برای بیماران انجام شد.

در جلسه اول ضمن برقراری رابطه‌ی حسنه، توضیحات لازم و کافی درباره‌ی مشکل، علل و پیامدهای آن به بیمار داده شد و منطق درمان به‌واسطه‌ی سهیم کردن بیمار در مفهوم‌سازی مشکل بیان شد. سپس در پایان این جلسه بیماران پرسش‌نامه وسواس فکری و عملی و فراشناخت (پیش‌آزمون) را تکمیل نمودند. در جلسه دوم و سوم فراشناخت‌های مختل فراخوانده شدند، پس‌از آن یک ضابطه‌بندی موردی به‌منظور استخراج اطلاعاتی درباره ماهیت و محتوای نشانگان افکار وسواسی و اعمال اجباری ایجاد شد. در جلسات چهارم و پنجم باورهای منفی و مثبت درمورد آیین‌ها و افکار وسواسی و مرور تجربیات وسواسی اخیر شناسایی شدند. در جلسات ششم و هفتم باورها و ارزیابی‌های ناکارآمد درمورد افکار وسواسی، آیین‌ها و نشانه‌های توقف آیین‌ها استخراج شدند. در جلسات هشتم و نهم باورهای فراشناختی مربوط به آیین‌های وسواسی به چالش کشیده شد. همچنین ضمن به چالش کشیدن مکانیزم‌های هم‌آمیزی، ایجاد تضاد بین ویژگی‌های شخصیتی فرد و ارزیابی از افکار مورد بحث قرار گرفت و مروری بر

برروی هشت نوجوان نشان دادند که درمان فراشناختی علایم و نشانه‌های وسواسی را کاهش می‌دهد [۲۵]. فیشر و ولز در پژوهشی نشان دادند که درمان فراشناختی، درمانی مؤثر و کارآمد در کاهش نشانه‌های وسواسی-اجباری می‌باشد [۱۹]. همچنین از روش فراشناختی در درمان اختلال‌های روانی دیگر مانند اختلال اضطراب منتشر [۲۶، ۲۷، ۲۸]، اختلال استرس پس‌از سانحه [۲۹، ۳۰] و اضطراب [۳۱] استفاده شده است.

هرچند عوامل فراشناختی می‌توانند در ایجاد و تداوم بسیاری از اختلالات روانی نقش عمده‌ای ایفا نمایند، اما پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه درمان فراشناختی بسیار محدود است. همچنین نقش درمان‌های فراشناختی بر نشانه‌های وسواسی بیماران برجسته نشده است. لذا هدف پژوهش حاضر مقایسه تأثیر دو روش درمانی فراشناختی و دارویی بر نشانه‌های وسواس و باورهای فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر به‌صورت آزمایش میدانی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل صورت گرفت. در بخش اول این پژوهش بیماران مبتلا به وسواسی-اجباری با تشخیص روان‌پزشک شناسایی و در یک مصاحبه بالینی سازمان‌یافته شرکت داده شدند و آنهایی که دارای ملاک‌های تشخیصی وسواس بودند، مشخص شدند. در این مرحله آزمودنی‌های مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری به دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل تقسیم شدند و در متغیرهای سن و تحصیلات هم‌تا شدند. ابتدا پیش‌آزمون برروی آزمودنی‌های سه گروه اجرا شد. بعد از این مرحله برای دو گروه آزمایشی مداخله‌های درمانی فراشناختی و دارویی اعمال شد. سر انجام سه گروه، پس‌آزمون شدند. شدت اختلال وسواسی-اجباری و باورهای فراشناختی متغیرهای وابسته بودند.

نمونه این تحقیق شامل ۶۰ بیمار زن مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری بودند که از میان افراد مراجعه‌کننده به مراکز بالینی شهر اردبیل در سال ۱۳۸۷ که به‌عنوان بیمار مبتلا به اختلال وسواس، انتخاب شدند. این آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۲۰ نفر). میانگین (و انحراف معیار) سن آزمودنی‌ها $\bar{X} = ۲۷/۱۱$ ($SD = ۵/۶۱$) بود و هیچ‌کدام از آنها قبلاً خدمات روان‌درمانی نگرفته بودند. برای جمع‌آوری داده از ابزار زیر استفاده شد:

۱ - مصاحبه بالینی ساختمند: مصاحبه بالینی ساختمند برای تشخیص اختلالات محور یک، مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط سگال تهیه شده است. از این مصاحبه برای تشخیص اختلال وسواس استفاده شد. این مصاحبه دارای اعتبار و پایایی خوبی برای تشخیص اختلالات روانی است [۳۲].

(۲۵۰-۱۵۰ میلی گرم)، فلوکستین (۸۰-۲۰ میلی گرم)، سرتالین (۲۰۰-۵۰ میلی گرم) و سیتالوپرامیم (۶۰-۱۰ میلی گرم) که داروهای مختص سروتونین هستند، استفاده شد.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول شماره ۱ مشاهده می‌شود میانگین نمرات نشانه‌های وسواسی و باورهای فراشناختی در هر دو گروه فراشناختی و دارویی کاهش قابل ملاحظه‌ای نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون نشان می‌دهد.

ابتدا این فرض کلی مبنی بر تفاوت بین گروه‌ها با استفاده از نمره‌های تفاضل پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه‌های مختلف به‌طور هم‌زمان با تحلیل واریانس چندمتغیری بررسی شد. جدول شماره ۲ نتایج این تحلیل واریانس را نشان می‌دهد.

همان‌طور که از جدول شماره ۲ می‌توان استنباط کرد گروه‌های فراشناختی، دارویی و کنترل تفاوت معناداری در تفاضل نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرهای وابسته نشان می‌دهند ($p < 0.01$).

گذشته و تجارب رفتاری شد. در جلسه دهم مواجهه و جلوگیری از پاسخ و اصلاح باورهای فراشناختی انجام شد. در جلسات یازدهم و دوازدهم متوقف‌سازی آیین‌ها و یک طرح جانشین جدید به‌منظور ایجاد اعتماد به حافظه و کاهش شک و تردید بیمار انجام شد. در این جلسات برای فاصله گرفتن بیمار از ذهن‌مشغولی روش‌های توجه‌برگردانی و آموزش تمرکز به او آموزش داده شد. سرانجام دو هفته بعد از درمان، بیماران مجدداً پرسش‌نامه‌های تحقیق (پس‌آزمون) را تکمیل نمودند.

(ب) درمان دارویی: این مداخله برای آزمودنی‌های گروه دارویی اجرا شد. از بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری خواسته شد که در جلسات درمان شرکت کنند. این جلسات به‌صورت مصرف یک دوره دارو توسط بیمار بود و بیمار می‌بایست داروهای تجویز شده از سوی روان‌پزشک را در زمان مقرر به‌صورت مرتب مصرف کند. ضمناً دوره درمانی به‌مدت سه ماه بود که بیمار هر بیست روز یک بار توسط روان‌پزشک ویزیت و کنترل می‌شد. در مورد اختلال وسواسی-اجباری چون فرض بر این است که بی‌نظمی سیستم سروتونین در پیدایش علائم افکار وسواسی و اعمال وسواسی دخیل است. پس داروهای سرتونرژیک مؤثرتر از سایر داروها می‌باشند [۱]. در این پژوهش از داروهای کلومیپرامین

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار نشانه‌های وسواسی و باورهای فراشناختی در گروه‌های درمانی و کنترل

متغیر	شاخص آماری	گروه فراشناختی		گروه دارویی		گروه کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
نشانه‌های وسواسی	میانگین	۱۲/۱۰	۱۶/۷۵	۱۷/۹۵	۱۴/۹۰	۱۶/۴۰	۱۷/۷۰
	انحراف معیار	۳/۳۷	۳/۱۶	۶/۰۱	۲/۹۵	۳/۲۷	۳/۵۹
اعتماد شناختی	میانگین	۱۰/۰۰	۱۷/۵۵	۱۴/۰۰	۱۲/۳۵	۱۵/۷۰	۱۶/۵۰
	انحراف معیار	۱/۹۷	۳/۲۱	۵/۲۶	۲/۸۸	۱/۷۸	۲/۲۳
باورهای منفی ...	میانگین	۱۰/۲۵	۱۷/۵۵	۱۵/۱۰	۱۳/۰۰	۱۶/۲۵	۱۸/۱۰
	انحراف معیار	۱/۸۸	۲/۳۰	۴/۵۲	۳/۳۸	۲/۷۶	۴/۵۰
باورهای مربوط به ...	میانگین	۹/۴۰	۱۷/۲۵	۱۳/۸۵	۱۲/۴۵	۱۵/۶۵	۱۶/۰۵
	انحراف معیار	۱/۵۶	۳/۱۲	۳/۹۳	۲/۸۵	۲/۲۰	۲/۸۷
باورهای مثبت ...	میانگین	۹/۶۰	۱۶/۳۵	۱۲/۷۵	۱۲/۸۰	۱۵/۲۰	۱۶/۷۰
	انحراف معیار	۱/۲۳	۳/۱۳	۳/۶۸	۲/۲۸	۲/۷۰	۲/۸۳
خودآگاهی شناختی	میانگین	۱۰/۱۵	۱۷/۴۰	۱۸/۰۰	۱۲/۸۰	۱۴/۹۰	۱۸/۳۰
	انحراف معیار	۱/۹۵	۲/۳۹	۵/۴۵	۳/۴۲	۲/۲۹	۵/۶۴
کل	میانگین	۴۹/۴۰	۸۶/۱۰	۷۳/۷۰	۶۳/۴۰	۷۷/۷۰	۸۵/۶۵
	انحراف معیار	۴/۹۷	۱۲/۰۹	۱۷/۵۴	۱۲/۸۰	۸/۹۷	۱۱/۸۵

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) بر روی تفاضل نمرات نشانه‌های وسواسی و باورهای فراشناختی بین گروه‌های درمانی و کنترل

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	سطح معنا داری
اثر پیلاپی	۰/۷۸۶	۸/۹۰۷	۸	۱۱۰	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۳۴۸	۹/۳۸۱	۸	۱۰۸	۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ	۱/۴۸۷	۹/۸۴۹	۸	۱۰۶	۰/۰۰۰۱
بزرگترین ریشه خطا	۱/۱۵۱	۱۵/۸۳۳	۴	۵۵	۰/۰۰۰۱

مشاهده می‌شود بین تفاضل نمرات نشانه‌های وسواسی و باورهای فراشناختی در گروه‌های آزمایشی و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$).

جدول شماره ۳ نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری بر روی تفاضل نمرات نشانه‌های وسواسی و باورهای فراشناختی در گروه‌های آزمایشی و کنترل نشان می‌دهد. همان‌طور در جدول شماره ۳

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری (MANOVA) بر روی تفاضل نمرات باورهای فراشناختی و نشانه‌های وسواسی در گروه‌های آزمایشی و کنترل

متغیر	SS			df			MS		F	p
	خطا	درون گروهی	بین گروهی	خطا	درون گروهی	بین گروهی	درون گروهی	بین گروهی		
اعتماد شناختی	۲۰۲۷/۶۰	۱۲۹۰/۷۰	۷۳۶/۰۹	۵۹	۵۷	۲	۲۲/۶۴	۳۶۸/۴۵	۱۶/۲۷۲	۰/۰۰۰۱
باورهای منفی ...	۲۳۶۰/۹۸	۱۵۱۸/۵۵	۸۴۲/۴۳	۵۹	۵۷	۲	۲۶/۶۴۱	۴۲۱/۲۱	۱۵/۸۱۱	۰/۰۰۰۱
باورهای مربوط ...	۱۶۵۸/۸۵	۹۰۶/۱۵	۷۵۲/۷۰	۵۹	۵۷	۲	۱۵/۸۹	۳۷۶/۳۵	۲۳/۶۷۴	۰/۰۰۰۱
باورهای مثبت ...	۱۸۹۵/۷۳	۱۱۱۹/۷۰	۷۷۶/۰۳	۵۹	۵۷	۲	۱۹/۶۴	۳۸۸/۰۱	۱۹/۷۵	۰/۰۰۰۱
خودآگاهی شناختی	۳۲۹۴/۹۸	۲۰۱۷/۷۵	۱۲۷۷/۲۳	۵۹	۵۷	۲	۳۵/۳۹	۶۳۸/۶۱	۱۸/۰۴	۰/۰۰۰۱
کل	۴۱۳۱۴/۹۸	۲۱۱۵۷/۳۵	۲۰۱۵۷/۶۳	۵۹	۵۷	۲	۳۷۱/۱۸۲	۱۰۰۷۸/۸۱	۲۷/۱۵۳	۰/۰۰۰۱
نشانه‌های وسواس	۶۰۷۴۱/۹۳	۲۹۱۵۲/۹۰	۳۱۵۸۹/۰۳	۵۹	۵۷	۲	۵۱۱/۴۵	۱۵۷۹۴/۵۱	۳۰/۸۸	۰/۰۰۰۱

بحث

یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که بین دو گروه درمان فراشناختی و دارویی در کاهش نشانه‌های وسواسی تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، روش درمانی فراشناختی در کاهش نشانه‌های وسواسی اثربخش بوده است. این نتایج با یافته‌های پژوهشی فیشر و ولز [۱۹] در مورد تأثیر فراشناخت بر روی باورها و تشریفات وسواسی-اجباری و ریس و کواس ولد [۲۵] در مورد مفید بودن درمان فراشناختی در بهبود علائم و نشانه‌های وسواسی همسویی دارد. همچنین این نتیجه در راستای یافته‌های آراک و توسان [۲۱] و فیشر و ولز [۳۵] می‌باشد. نتایج این پژوهش نیز در جهت تأیید مدل فراشناختی اختلال وسواسی-اجباری ولز می‌باشد. مدل کنش اجرایی خودتنظیمی [۱۴] بیان می‌کند که اختلال روان‌شناختی با سندرم پاسخ‌های شناختی-توجهی ارتباط نزدیکی دارد که به وسیله توجه متمرکز بر خود، پردازش باورهای منفی در مورد خود، نگرانی و نشخوار ذهنی، بازبینی خطر و به کارگیری انواع خاصی از روش‌های رویارویی که

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود آزمون چندمقیاسه‌ای توکی نشان داد که بین درمان فراشناختی و دارویی نیز تفاوت معناداری در کاهش نشانه‌های وسواسی وجود دارد. یعنی درمانی فراشناختی نسبت به درمان دارویی در کاهش نشانه‌های وسواس مؤثرتر بوده است. همچنین آزمون چندمقیاسه‌ای توکی نشان می‌دهد که بین تفاضل نمرات باورهای فراشناختی گروه‌های «درمان فراشناختی و کنترل» و «دارویی و کنترل» تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارت دیگر، درمان‌های فراشناختی و دارویی به‌طور معناداری باورهای فراشناختی را در بیماران کاهش داده‌اند. همچنین بین درمان فراشناختی و دارویی نیز تفاوت معناداری در کاهش باورهای فراشناختی به استثنای مؤلفه خودآگاهی شناختی وجود دارد. یعنی درمان فراشناختی نسبت به درمان دارویی در کاهش مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد نگرانی، اعتماد شناختی، و باورهای مربوط به نیاز به کنترل افکار و خطر مؤثر بوده است.

جدول شماره ۴: مقایسه میانگین تفاضل نمرات باورهای
فراشناختی و نشانه‌های وسواسی در گروه‌های درمانی و کنترل
با آزمون توکی

کنترل	دارویی	گروه‌ها	متغیر
شناختی اعتماد	۸/۳۵ (<۰/۰۰۱)	۵/۹۰ (<۰/۰۰۱)	فراشناخت
	۲/۴۵ (۰/۲۴)	-	دارویی
	-	۲/۴۵ - (۰/۲۴)	کنترل
باورهای منفی در مورد کنترل نابذیری افکار	۹/۱۵ (<۰/۰۰۱)	۵/۲۰ (۰/۰۰۷)	فراشناخت
	۳/۹۵ (۰/۰۵)	-	دارویی
	-	۳/۹۵ - (۰/۰۵)	کنترل
کنترل افکار مربوط به باورهای	۸/۲۵ (<۰/۰۰۱)	۶/۴۵ (۰/۰۰۱)	فراشناخت
	۱/۸۰ (۰/۳۳)	-	دارویی
	-	۱/۸۰ - (۰/۳۳)	کنترل
باورهای مثبت در مورد نگرانی	۸/۲۵ (<۰/۰۰۱)	۶/۴۵ (<۰/۰۰۱)	فراشناخت
	۱/۴۵ (۰/۵۵)	-	دارویی
	-	۱/۴۵ - (۰/۵۵)	کنترل
خودآگاهی شناختی	۱۰/۶۵ (<۰/۰۰۱)	۲/۰۵ (۰/۵۲)	فراشناخت
	۸/۶۰ (<۰/۰۰۱)	-	دارویی
	-	۸/۶۰ - (<۰/۰۰۱)	کنترل
کل فراشناخت	۴۴/۶۵ (<۰/۰۰۱)	۲۶/۴۰ (<۰/۰۰۱)	فراشناخت
	۱۸/۲۵ (<۰/۰۱)	-	دارویی
	-	۱۸/۲۵ - (<۰/۰۱)	کنترل
نشانه‌های وسواس	۵۴/۹۵ (<۰/۰۰۱)	۱۷/۲۵ (۰/۰۵)	فراشناخت
	۳۷/۷۰ (<۰/۰۰۱)	-	دارویی
	-	۳۷/۷۰ - (<۰/۰۰۱)	کنترل

مطلوب است. در چنین مواردی افراد از توالی‌های فاجعه‌آمیز افکار استفاده می‌کنند تا بتوانند این حس درونی را به‌وجود آورند که می‌تواند با تهدید به‌طور مؤثر درگیر شوند. به‌نظر می‌رسد که یک فرایند مشابه در بعضی از انواع رفتارهای وسواسی وجود دارد که در آنها فرد احساس اجبار می‌کند تا سلسله‌رفتارهای آشکار یا پنهان را انجام دهد تا زمانی که احساس درونی‌شده ارضا شود. این حالت درونی به‌عنوان یک علامت عمل می‌کند که می‌تواند سلسله‌رفتارهای خنثی‌سازی را متوقف کند. با این‌وجود استفاده از راهبردهای نگرانی یا وسواس فکری برای خودتنظیمی مسئله‌ساز هستند، آنها اطلاعاتی فراهم نمی‌کنند که باورها یا ارزیابی‌های منفی را رد کنند. آنها امکانات مهم پردازشی را به‌کار می‌برند که دوره‌های پردازش متمرکز بر خود را طولانی کنند و ممکن است عملیات دیگر نظیر پردازش هیجانی را دچار سوگیری یا اختلال نمایند. اگر راهبردهای رویارویی و پردازش با تغییر باورها یا حذف ماهیت تهدید به کاهش تناقض منجر شود، احتمال کمتری دارد که کنش اجرایی خودتنظیمی با قرار گرفتن در معرض محرک‌های تهدیدآمیز بعدی مجدداً فعال شوند. مدل درمان فراشناختی ولز از طریق اصلاح باورهای فراشناختی این کنش را در بیماران وسواسی اصلاح می‌کند و باعث کاهش نشانه‌های وسواسی در فرد می‌شود. این نتایج با یافته‌های پژوهشی مایرز، فیشر و ولز [۲۰] همسویی دارد.

همچنین نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که بین دو گروه درمان فراشناختی و درمان دارویی در بهبود باورهای فراشناختی تفاوت وجود دارد. در این پژوهش هرچند هر دو روش درمانی موجب کاهش نمرات فراشناخت آزمودنی‌ها گردیده است، اما روش درمان فراشناختی بیشتر از روش درمان دارویی موجب کاهش باورهای فراشناختی شده است. همچنین نتایج نشان می‌دهد که بین روش‌های درمانی فراشناختی و دارویی نیز تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که روش درمانی فراشناختی بیشتر از روش درمانی دارویی در اصلاح باورهای فراشناختی آزمودنی‌ها مؤثر بوده است. به‌علاوه در مؤلفه‌های باورهای مثبت در مورد نگرانی، باورهای منفی در مورد نگرانی، اعتماد شناختی، و باورهای مربوط به نیاز به کنترل افکار و خطر بین دو روش درمانی و گروه کنترل تفاوت معناداری به‌دست آمد ($p < ۰/۰۰۱$). این نتایج بیانگر این امر است که روش درمانی فراشناختی بیشتر از روش درمانی دارویی موجب کاهش مؤلفه‌های فراشناختی آزمودنی‌ها می‌شود. نکته قابل توجه این است که در مؤلفه خودآگاهی شناختی هرچند بین دو گروه درمانی تفاوت معناداری مشاهده نشد اما نمرات این دو گروه با گروه کنترل تفاوت معناداری نشان دادند. به این معنی که هر دو روش درمانی تأثیر قابل‌ملاحظه و یکسانی در کاهش نمرات این متغیر در آزمودنی‌ها داشته‌اند. این نتایج با یافته‌های پژوهشی ریس و ایوان کواسولد [۲۵] و فیشر و ولز [۱۹] همخوانی دارد. نتایج این مطالعات حاکی از این است که درمان

با گسترش دانش سازگاران‌تر دخالت می‌کند، مشخص می‌شود. فعالیت‌های پردازشی و رویارویی که در حالت پریشانی فعال هستند با سازگاری‌های شناختی لازم برای برگرداندن فرد دارای اختلال روان‌شناختی به عملکرد طبیعی، تداخل می‌کنند. به ویژه فعالیت‌های پردازشی مرتبط با نگرانی فعال یا افکار وسواسی تمایل دارند با عملیات درونی سیستم اجرایی نظیر تغییر اولویت پردازشی یا اصلاح باورها تداخل نمایند. به‌علاوه، افراد پریشان اغلب راهبردهای رویارویی توجهی را برای بازبینی تهدیدهایی به‌کار می‌گیرند که با نگرانی‌های شخصی هماهنگ هستند. این ویژگی‌ها باعث می‌شوند که افراد درگیر فعالیت‌های خودپردازشی گردند، و در نتیجه اختلال روان‌شناختی تداوم می‌یابد. در این موارد الگوی کنش اجرایی خودتنظیمی بیان می‌کند که حیطه شناختی بیماران پریشان به‌وسیله فقدان امکانات پردازشی توسط اهداف فرد محدود می‌شود، به‌طوری‌که شخص برای مواجه شدن با اختلال تجهیزات کافی ندارد و در بازسازی شناخت دچار مشکل می‌شود. عامل مهمی که به حفظ فعالیت کنش اجرایی خودتنظیمی کمک می‌کند، باورهای فراشناختی است، نظیر این باور که نگرانی یا افکار وسواسی یک راهبرد رویارویی مؤثر و مجله علوم رفتاری دوره ۴، شماره ۴، زمستان ۱۳۸۹

بیماران وسواسی داشته باشد. همچنین نتایج این پژوهش تلویحات مهمی برای درمان و پژوهشگران دارد.

تعداد جلسات محدود (هشت جلسه)، مختص بودن نمونه پژوهش به بیماران زن و عدم پیگیری از محدودیت‌های این پژوهش می‌باشد که می‌بایست در تعمیم‌پذیری نتایج احتیاط کرد. پیشنهاد می‌شود چنین پژوهشی بر روی بیماران مرد با تعداد جلسات بیشتر انجام شود. همچنین پیگیری بیماران و بررسی پایداری درمان از پیشنهادات دیگر پژوهش می‌باشد.

تشکر و قدردانی

از سرکار خانم دکتر صادقی موحد که با همکاری صمیمانه خود امکان انجام این تحقیق را فراهم نمودند و همچنین از کلیه بیماران شرکت‌کننده در پژوهش تشکر قدردانی می‌گردد.

منابع

- 1- Kaplan & Sadok. synopsis of psychiatry 10 the edition: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry. USA: Publisher: Lippincott Williams & Wilkins; 2007.
- 2- Beck AT. Cognitive therapy of the emotional disorders. New York: International Universities Press; 1976.
- 3- Clark DA & Purdon CL. Meta- cognition and obsessions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 1999; 6(1): 102-110
- 4- Chris R, Brewin C. Understanding cognitive behavioral therapy: A retrieval competition account. *Behavior Research and Therapy*. 2006; 44(6): 765-784.
- 5- Christensen H, Hadzi - Pavlovic D, Andrews G, Mattick R. Behavior therapy and hemicyclic medication in the treatment of obsessive - compulsive disorder: A quantitative review . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1987; 55: 707 - 711.
- 6- Van Balkom AJ, Van Oppen P, Vermeulen AWA, Van Dyck R, Nauta MCE, Vorst HCM. A meta-analysis on the treatment of obsessive compulsive disorder: A comparison of antidepressants. *Clinical Psychology Review*. 1994; 14 (5): 359-381.
- 7- Shader IR. *Manual of Psychiatry therapeutics*. 3rd ed. USA: Amazon. Company; 2003.
- 8- Wells A, Mathews G. Modeling cognition in emotional disorder: the S-REF model. *Behavior Research and Therapy*. 1996; 34: 881-888.
- 9- Cartwright-Hatton S, Wells A. Beliefs about worry and intrusions: the meta-cognitions questionnaire and its correlates. *Journal of Anxiety Disorders*. 1997; 11: 279-296.
- 10- Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behavior Research and Therapy*. 1998; 36: 899-913
- 11- Salkovskis PM. Cognitive-behavioral factors and the persistence of intrusive thoughts in obsessional problems. *Behavior Research and Therapy*. 1998; 27: 677-682.

فراشناختی در اصلاح باورهای فراشناختی موثر می‌باشند. این نتایج نیز در راستای یافته‌های پژوهشی ولز و پاپاگتورگیو [۱۰]، فیشر و ولز، [۳۵]، موتونز و الوار [۲۴]، گیلیام، ولز و کارترایت-هاتون [۲۲] و جانک، کالاماری، رایمن و هفل فینگر [۱۳] می‌باشد. در این زمینه باید عنوان کرد که درمان دارویی، مؤلفه خودآگاهی شناختی را به اندازه درمان فراشناختی تحت تأثیر قرار داد و موجب کاهش آن شد، چرا که درمان دارویی از طریق کاهش نشانه‌های هیجانی باعث کاهش نشانه‌های رفتاری می‌شود و در نتیجه تفکرات غیرمنطقی نیز کاهش پیدا می‌کنند.

در مورد اختلال وسواسی-اجباری در مدل ولز [۴، ۱۴] به یک تعادل ویژه بین شناخت و فرایندهای فراشناختی در حفظ اختلال تأکید می‌شود و هدف درمان فراشناختی تأثیر روی ابعاد چندگانه نگرانی می‌باشد. ولز در این مدل بین دو نوع نگرانی تمایز قائل شده است. نگرانی نوع ۱ به نگرانی درباره رویدادهای بیرونی و رویدادهای غیرشناختی درونی مانند نشانه‌های جسمانی اطلاق می‌شود. اما نگرانی نوع ۲ از نگرانی درباره خود رویدادها و فرایندهای شناختی فرد تشکیل می‌شود و دربرگیرنده فرایندهای فراشناختی کنترل و ارزیابی افکار شخص می‌باشد و ضرورتاً به عنوان نگرانی درباره نگرانی یا فرآیندهای شناخته می‌شود. براساس این مدل می‌توان بیان کرد که به این دلیل روش درمانی فراشناختی نسبت به روش درمانی دارویی، روی افکار فراشناختی تأثیر بیشتری گذاشته است که اولاً به ارایه یک مدل از چگونگی ایجاد و تداوم اختلال وسواسی-اجباری پرداخته و درمان این اختلال نیز بر مبنای همین مدل می‌باشد. ثانیاً این روش درمانی دارای نظم خاصی در پرداختن به مقوله درمان است و نیز تأکید فراوانی بر پرداختن به افکار فراشناختی (چه مثبت و چه منفی) در طی درمان دارد که می‌تواند تأثیر زیادی روی افکار فراشناختی بیماران داشته باشد. در این پژوهش مشخص شد که روش درمانی فراشناختی بیشتر از روش درمانی دارویی می‌تواند افکار فراشناختی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری را کاهش دهد. این در حالی است که مدل فراشناختی ولز بیان می‌کند که درمان مناسب برای این اختلال، درمانی است که موجب کاهش در باورهای فراشناختی بیمار شود.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش بیان می‌کند که روش درمانی فراشناختی در کاهش نشانه‌های وسواسی اثربخش بوده است. روش درمانی فراشناختی بیشتر از روش درمانی دارویی در اصلاح باورهای فراشناختی آزمودنی‌ها مؤثر بوده است. نتایج به دست آمده از این پژوهش ضمن برجسته کردن اهمیت روش درمانی فراشناختی در مقایسه با دارودرمانی در تغییر باورهای فراشناختی و کاهش نشانه‌های وسواسی از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است. درمان فراشناختی می‌تواند اثرات سودمند بر اصلاح شناخت و روش‌های مقابله‌ای

- with hallucination and obsessive - compulsive disorder. *Behavior Research and Therapy*. Behavior Research and Therapy. 2006; 44: 1091-1104.
- 25- Rees C, Iare S, Van Koesveld E. An open trial of group met cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*. 2008; 39(4): 451-458
- 26- Wells A, King P. Meta- cognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*. 2005; 37(3): 206-21.
- 27- Lobban F, Haddock E, Kinderman P, Wells A. The role of meta cognitive beliefs in auditory hallucinations. *Personality & individual Differences*. 2002; 32(6): 1351-1363.
- 28- Packpoor F. The effective of meta-cognitive and cognitive-behavior therapies on anxious thoughts and meta-cognitive beliefs the students with generalized anxiety disorder. Submitted to the graduate studies for the degree of master of science (M.S.C), University of Mohaghegh Ardabili 1385. Text in Persian.
- 29- Holeva V, Tarrier N, Wells A. Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accident. *Behavior Therapy*. 2001; 32: 65- 83.
- 30- Wells A, Sembi S. Met cognition therapy for PTSD. *Journal of Behaviour Therapy & Experimental Psychiatry*. 2004; 35: 307-318.
- 31- Toneatto A. Meta- cognitive therapy for anxiety disorders: Buddhist psychology applied. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2002; 9(1): 72-78.
- 32- Segal DL. Structured interviewing and DSM classification. In S.M. Turnev & M. Hevson. *Adult psychopathology and diagnosis..* New York: John Wiley & Sons, Inc; 1997.
- 33- Wells A, Cartwright-Hatton S. A short form of meta-cognitions questionnaire. *Behavior Research & therapy*. 2004; 42(40): 385-396.
- 34- Abolghasemi, A. & Narimani, M. *Psychological Tests*. Ardebil: Publisher of Bagh Rezvan; 1385.
- 35- Fisher PL, Wells A. Experimental modification of beliefs in obsessive –compulsive disorder: A test of the meta-cognitive model. *Behavior Research & Therapy*. 2005; 43: 821-829.
- 12- Clark DA, Purdon CL. The assessment of unwanted intrusive thoughts: a review and critique of the literature. *Behavior Research and Therapy*. 1995; 33: 967-976
- 13- Janeck AS, Calamari JE, Riemann BC, Heffelfinger SK. Too much thinking about thinking: meta-cognitive differences in obsessive–compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*. 2003; 418: 1–15.
- 14- Wells A, Mathews G. *Attention and emotion. A clinical perspective*. UK: Lawrence Erlbaum. Hove; 1994.
- 15- Wells A. *Emotional disorders and meta- cognition: innovative cognitive therapy*. England: Wiley, Chichester, 2000.
- 16- Rachman S. *Obsessions, responsibility and guilt*. *Behavior Research and Therapy*. 1993; 31 (2): 149–154
- 17- Wells A. *Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. England: Wiley, Chichester; 1997.
- 18- Clark DA. *Cognitive-behavioral therapy for OCD*. New York: The Guildford Press; 2004.
- 19- Fisher PL, Wells A. Meta- cognitive therapy for obsessive -compulsive disorder: a case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2008; 39 (2): 117–132.
- 20- Myers G , Fisher PL, Wells A. Belief domains of the Obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive–compulsive symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*. 2008; 22(3): 475–484.
- 21- IraK M, Tosun A. Exploring the role of met cognition in obsessive–compulsive and anxiety symptoms. *Journal of anxiety Disorders*. 22(8): 1316-25.
- 22- Gwilliam PDH, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does meta- cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: A test of the met cognitive model. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2004; 11: 137–144.
- 23- Myers SG, Wells A. Obsessive–compulsive symptoms: the contribution of meta cognitions and responsibility. *Journal of Anxiety Disorders*. 2005; 19: 806–817.
- 24- Monets J, Alvarez M. Meta -cognitions in patients