

Research Paper



The Efficiency of Cognitive -Behavioral Therapy (CBT) on Dysfunctional Cognitions in Individuals with Obsessive - Compulsive Disorder (OCD) Symptoms



Naser Torabzadeh ^{*1}, Touraj Hashemi ², Majid Mahmud Alilu ²

1. M. Sc in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
2. Professor in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.



DOR: 20.1001.1.27173852.1401.17.66.30.0

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15291.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Dysfunctional
Cognitions, Obsessive -
compulsive, Obsessive
beliefs

Received:
Accepted:
Available:

ABSTRACT

The aim of the present study was the determination of the efficiency of Cognitive - Behavioral therapy (CBT) on Dysfunctional cognitions in individuals with Obsessive - compulsive disorder (OCD) Symptoms. Regarding the aim, ۳۰ individuals with Obsessive - compulsive disorder (OCD) Symptoms using random sampling method selected and arranged into two groups (examine and control group each 15 person). The efficiency of the intervention evaluated in pretest - posttest and one - month follows up. In order to evaluate the symptoms of Obsessive-compulsive disorder (OCD) , Semi - structured diagnostic interview, a Structured Clinical Interview for DSM - IV Axis I Disorders (SCID - I) , and the Obsessive Beliefs Questionnaire 44 questions (44 - OBQ) were used. The analysis of data showed that cognitive - behavioral therapy was effective in reducing Dysfunctional cognitions in individuals with OCD symptom. The results showed that posttest scores reduced in all variables. In fact, reduction in scores of Dysfunctional cognitions indicates the effectiveness of the intervention. In addition, results showed that the Cognitive - Behavioral therapy (CBT) could significantly reduce the components of responsibility, perfectionism, importance and controlling thoughts. The results showed that for the studied groups in the component of sense of responsibility / assessment of risk and threat (sig =0.139, f =4.52) perfectionism / need to gain confidence and certainty (sig=0.158 and f=5.26) and the importance and control of thoughts (sig=0.179, f=6.12) are significant. Also, the effect of group × time is significant (sig=0.001, f = 66.91). The results remained after one month follow up, and the difference between exam and control group were significant.



* Corresponding Author: Naser Torabzadeh

E-mail: ntorabzade@yahoo.com

مقاله پژوهشی



اثر بخشی رفتار درمانی شناختی بر شناخت‌واره‌های ناکارآمد افراد مبتلا به نشانه‌های وسواس فکری اجباری



ناصر ترابزاده^{۱*}، تورج هاشمی^۲، مجید محمود علیلو^۲

۱. کارشناس ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.
۲. استاد گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.



DOR: 20.1001.1.27173852.1401.17.66.30.0

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15291.html



چکیده

مشخصات مقاله

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثر بخشی درمان رفتاری - شناختی بر شناخت‌واره‌های ناکارآمد وسواسی در افراد مبتلا به نشانه‌های وسواس فکری - اجباری بود. روش کار: برای اجرای طرح پژوهشی، سی نفر مبتلا به نشانه‌های وسواس فکری - اجباری به شیوه تصادفی انتخاب و در قالب دو گروه (آزمایش و کنترل هر کدام ۱۵ نفر) به صورت تصادفی جایگزین شدند. اثربخشی مداخله در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مرحله پیگیری یک ماهه مورد ارزیابی قرار گرفت. ابزار: جهت ارزیابی نشانه‌های وسواس فکری - عملی از مصاحبه نیمه ساختار یافته تشخیصی، مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور (SCID-I) و پرسشنامه باورهای وسواسی ۴۴ سوالی (OBQ-44) استفاده شد. نتایج: تحلیل داده‌ها به شیوه اندازه‌گیری مکرر نشان داد که درمان شناختی - رفتاری در کاهش شناخت‌واره‌های ناکارآمد در افراد مبتلا به نشانه‌های وسواسی - اجباری موثر است. هم‌چنین، نتایج نشان داد که، درمان شناختی - رفتاری قادر است مولفه‌های مسئولیت‌پذیری، کمال‌گرایی، اهمیت و کنترل افکار را به طور معنادار کاهش دهد. نتایج نشان داد که برای گروه‌های مورد مطالعه در مولفه‌ی احساس مسئولیت / ارزیابی از خطر و تهدید ($f=4/52$ و $sig=0/139$)، کمال‌طلبی / نیاز به کسب اطمینان و قطعیت ($f=5/26$ و $sig=0/158$) و اهمیت و کنترل افکار ($f=6/12$ و $sig=0/179$) معنادار می‌باشد. هم‌چنین اثر گروه \times زمان معنادار است ($f=66/91$ و $sig=0/001$). این نتایج پس از پیگیری یک‌ماهه نیز همچنان برقرار بود و بین گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معنادار بود.

کلیدواژه‌ها:

شناخت‌واره‌های ناکارآمد،
وسواس فکری - عملی،
باورهای وسواسی

دریافت شده:

پذیرفته شده:

منتشر شده:

* نویسنده مسئول: ناصر ترابزاده

رایانامه: ntorabzade@yahoo.com

مقدمه

اختلال وسواسی اجباری^۱ با وسواس فکری یا عملی یا هر دو مشخص می‌شود. وسواس‌های فکری شامل افکار، تکانه یا تصورات مکرر و پایداری هستند که به شکل مزاحم و ناخواسته تجربه می‌شوند، حال آنکه وسواس‌های عملی (اجبارها) رفتارهای تکراری یا فعالیت‌های ذهنی تکراری هستند که فرد احساس می‌کند باید آن‌ها را در پاسخ به یک وسواس فکری یا بر طبق قوانینی که باید به دقت اجرا شود، انجام دهد. هم چنین شیوع ۱۲ ماهه این اختلال در جمعیت‌های مختلف حدود ۱/۱ درصد تا ۱/۸ درصد گزارش شده است (انجمن روان پزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳).

پژوهش‌ها حاکی از آن است که با شروع ویروس کرونا شیوع این اختلال نیز بیشتر شده است (والزو، فونتئل، تورسان، شاویت، فراو، روسانا و تورس^۳، ۲۰۲۱). این اختلال نوعی اختلال عصبی روان‌شناختی است که اغلب در دوران کودکی یا اوایل بزرگسالی آغاز شده و تاثیر منفی شدیدی بر عملکردهای اجتماعی، شغلی و شناختی شخص می‌گذارد (آبراموویتز، مک کورمک، برونر، جانسون و ووفورد^۴، ۲۰۱۹). پژوهش‌ها نشان داده اند که میزان خودکشی نیز در افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری حدود ۷٪ تا ۱۴ درصد می‌باشد (تیاگی و باندیس^۵، ۲۰۲۱).

در مورد سبب شناسی این اختلال نتایج پژوهش‌ها نشان داده اند که انواع خاصی از باورهای وسواسی به عنوان عامل خطری برای رشد علائم وسواس محسوب می‌شوند در همین راستا، گروه کاری در زمینه مدل شناختی در اختلال وسواس فکری اجباری^۶ (۲۰۰۳) شش حیطه باورها را در ارتباط با وسواس مشخص کرده اند که عبارتند از: احساس مسئولیت بیش از حد^۷، تخمین بیش از اندازه احتمال بروز و شدت^۸، تهدید باورهای مربوط به اهمیت بیش از اندازه پیامدهای تفکر شخصی^۹، نگرانی بیش از حد درباره اهمیت کنترل افکار خود^{۱۰}، ناتوانی در تحمل عدم قطعیت^{۱۱} و کمال‌گرایی^{۱۲}. اگرچه شدت ارتباط این باورها با نشانه‌های مختلف وسواسی اجباری متفاوت است، ولی به نظر می‌رسد به صورت تراکمی باعث ایجاد و حفظ نشانه‌های وسواسی می‌شوند و با شدت اختلال نیز ارتباط دارند (نوقل^{۱۳}، ۲۰۱۶).

مروری بر ادبیات پژوهشی در مورد باورهای وسواسی اجباری حاکی از آن است که عامل‌های ارزیابی احساس خطر و تهدید، ناتوانی در تحمل عدم اطمینان، اهمیت و کنترل افکار و کمال‌گرایی، مختص اختلال وسواسی

هستند ولی احساس مسئولیت مختص وسواس نیست (تولین، ورونسکی و مالتبی^{۱۴}، ۲۰۰۶). هم چنین شواهدی وجود دارد که افراد دارای اختلال وسواسی اجباری در سنج‌های مسئولیت‌پذیری، بیش از گروه‌های گواه بالینی غیر مبتلا به وسواس، یا گواه غیر بالینی نمره می‌گیرند (گروه کار بر روی شناخت‌واره‌های وسواسی اجباری، ۲۰۰۳). هم چنین نتایج پژوهش‌های متعدد از جمله سالکوسکیس، رو، گلیدهییل، موریسون، فارست^{۱۵} و همکاران (۲۰۰۹)، راجمن (۱۹۹۳) به نقش کلیدی مسولیت‌پذیری افراطی در اختلال وسواسی اجباری تاکید کرده است. پینتو، درگانی، ویتون، سرون، ریس واگان^{۱۶} (۲۰۱۷) نشان دادند کمال‌گرایی با اختلال وسواسی اجباری رابطه دارد و در مورد نقش کمال‌گرایی در ابتلا به این اختلال تاکید کرده اند. در همین راستا، نتایج پژوهش گروت، سولم، ووگل، گوزی، هانسن و مایرز^{۱۷} (۲۰۱۵) نیز نشان داد که مسولیت‌پذیری و کمال‌گرایی با اختلال وسواسی اجباری رابطه معنی‌داری دارد. زتچی، ریف و اکسندر^{۱۸} (۲۰۱۵) نیز در پژوهشی نشان دادند باورهای مربوط به بیش برآورد خطر در اختلال وسواسی اجباری به طور معنی‌داری بیشتر از سایر اختلالات اضطرابی می‌باشد. گانگی و رودومسکی^{۱۹} (۲۰۱۷) نیز نشان دادند که نگرانی بیش از حد درباره اهمیت کنترل افکار خود رابطه معنی‌داری با اختلال وسواسی اجباری دارد. همچنین نتایج پژوهش‌های متعدد از جمله مورین زمیر، شافر، کارول-کاموز، فاینبرگ و روبینز^{۲۰} (۲۰۲۰)، مورین زمیر و همکاران (۲۰۱۶)، کوردریو، شارما، تناراسو و ردی (۲۰۱۵) حاکی از آن است که ناتوانی در تحمل عدم قطعیت نقش مهمی در اختلال وسواسی اجباری دارد.

درمان‌های متعددی برای اختلال وسواسی اجباری و باورهای وسواسی پیشنهاد شده است که یکی از مهمترین و اثربخش‌ترین آن‌ها درمان شناختی رفتاری است (کلارک^{۲۱}، ۲۰۱۹). روش‌های درمان شناختی رفتاری بر اساس فنون اصلاح رفتار، تغییر باورهای ناسازگارانه است. این رویکرد بر الگوهای تفکر ناسازگارانه‌ای تاکید می‌کند که در ایجاد و تداوم علائم اختلال وسواسی اجباری دخالت دارند (دابسون^{۲۲}، ۲۰۱۰). از منظر این رویکرد، وسواس در حالت کلی به عنوان یک اختلال فکر و شناخت انسان است که در اشکال گوناگون فکر، احساس و تصویر ذهنی خود را نشان می‌دهد. این افکار برای شخص غیرقابل قبول است چون با تمامیت شخصیت او هماهنگ نیست. ناهماهنگی این افکار با شخصیت فرد منجر به بروز اضطراب

12. perfectionism
13. Noggle
14. Tolin, Worhunsky & Maltby
15. Salkovskis, Wroe, Gledhill, Morrison, Forrester
16. Pinto, Dargani, Wheaton, Cervoni, Rees & Egan
17. Grotte, Solem, Vogel, Güzey, Hansen & Myers
18. Zetsche, Rief, & Exner
19. Gagné & Radomsky
20. Morein-Zamir, Shapher, Gasull-Camos, Fineberg & Robbins
21. Clark
22. Dobson

1. Obsessive-Compulsive Disorder
2. American Psychiatric Association
3. Vellozo, Fontenelle, Torresan, Shavitt, Ferrão, Rosário & Torres
4. Abramovitch, McCormack, Brunner, Johnson & Wofford
5. Tyagi & Bundies
6. the Obsessive Compulsive Cognitive Working Group-OCCWG
7. over of responsibility
8. threat estimation
9. importance of thoughts
10. control of thoughts
11. certainty

تحقیق در این زمینه می‌تواند در شناخت هرچه بهتر این اختلال یاری بخش باشد.

روش

پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل، به شیوه اندازه‌گیری‌های مکرر بوده است. اثربخشی مداخله در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و مرحله پیگیری یک ماهه مورد ارزیابی قرار گرفت. جامعه آماری پژوهش حاضر را افراد دارای اختلال وسواسی - اجباری مراجعه کننده به کلینیک مشاوره پندار در شهر ارومیه تشکیل می‌دادند. در این پژوهش، تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر آزمایش و ۱۵ نفر کنترل) از افراد مبتلا به اختلال وسواس - اجباری انتخاب شدند. روش نمونه‌گیری در پژوهش حاضر، روش نمونه‌گیری تصادفی بود. معیارهای ورود: داشتن ملاک‌های تشخیصی اختلال وسواسی - اجباری به تشخیص روان‌شناس براساس مصاحبه تشخیصی (SCID-I) و داشتن سن حداقل ۱۸ سال و حداکثر ۵۰ سال؛ دارا بودن سطح تحصیلات حداقل دیپلم. معیارهای خروج: داشتن علائم سایکوتیک یا افکار جدی خودکشی؛ داشتن اختلال شخصیت، بیماری عصبی یا سوء مصرف مواد؛ دریافت دارودرمانی یا سایر مداخلات روانشناختی هنگام ورود به پژوهش.

ابزارهای جمع‌آوری اطلاعات

در این پژوهش از مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID-I) ^۵ و پرسشنامه باورهای وسواسی ۴۴ سوالی (OBQ-44) استفاده شد.

مصاحبه بالینی ساختار یافته برای تشخیص اختلالات محور I (SCID-I): مصاحبه بالینی ساختار یافته برای اختلالات محور یک مصاحبه‌ای انعطاف‌پذیر است که توسط فرست و همکاران تهیه شد (فرست، اسپیتزر، گیبون و ویلیامز، ۱۹۹۶). تران و اسمیت ضریب کاپای ۶۰ درصد را به عنوان ضریب پایایی بین ارزیاب‌ها برای SCID گزارش کرده‌اند (تران و اسمیت، ۲۰۰۴). شریفی و همکاران (۱۳۸۴) این مصاحبه را پس از ترجمه به زبان فارسی، بر روی نمونه ۲۹۹ نفری اجرا کردند. توافق تشخیصی برای اکثر تشخیص‌های خاص و کلی، متوسط یا خوب بود (کاپای بالاتر از ۶۰ درصد). توافق کلی (کاپای کل تشخیص‌های فعلی ۵۲ درصد و برای کل تشخیص‌های طول عمر ۵۵ درصد) به دست آمده نیز خوب بود (شریفی و همکاران، ۱۳۸۴) به نقل از نبی زاده، (۱۳۹۰).

پرسشنامه باورهای وسواسی: این پرسشنامه که برگرفته از فرم اصلی OBQ-87 است، شامل ۴۴ پرسش است. این پرسشنامه شامل باورهای ناکارآمد: احساس مسئولیت / ارزیابی از خطر و تهدید (RT)، کمال طلبی / نیاز به کسب اطمینان و قطعیت (PC) و اهمیت کنترل افکار (ICT) است.

قابل توجهی در شخص می‌شود، به گونه‌ای که شخص برای این که افکار وسواسی را فراموش کند و سطح اضطراب خود را کاهش دهد.

در واقع، نظریه پردازان دیدگاه شناختی رفتاری به اختلال شناخت و نقش عمده آن در ایجاد و تداوم وسواس تاکید کرده اند (هاوون، سالکوسکیس، کیرک و کلارک، ۱۳۸۹). بررسی‌های متعدد نشان داده اند که درمان شناختی رفتاری، رویکردی موثر در کاهش نشانه‌های اختلال وسواسی اجباری محسوب می‌شود (اسکرودر، ورکل، کلودیوس، جلینک، مورتیس و وسترمَن، ۲۰۲۰؛ مارسدن، لوول، بلور، علی و دلگادیلو، ۲۰۱۸). در همین راستا نتایج پژوهش علیزاده (۲۰۱۲) نشان داد که درمان شناختی رفتاری در کاهش باورهای ناکارآمد از جمله مسئولیت پذیری و کمال گرایی در افراد با نشانه‌های وسواسی - اجباری موثر می‌باشد. جانسون، هوگارد، بندسون (۲۰۱۱) در پژوهشی اثر بخشی درمان شناختی - رفتاری را بر روی باورهای ناکارآمد وسواسی مورد ارزیابی قرار دادند. نتایج نشان داد که مسئولیت پذیری افراطی و همچنین آمیختگی فکر - عمل به طور معناداری در طول روند درمان با درمان شناختی - رفتاری کاهش یافته است و این مسئله به کاهش و تغییر در علائم اختلال وسواسی اجباری منجر شده بود. در پژوهشی دیگر آژیده و محمود علیلو (۱۳۹۷) نشان دادند که رویکرد شناختی - رفتاری در کاهش کنترل فکر و احساس مسئولیت افراطی در افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی اجباری اثربخش می‌باشد. مک کی، سوکمان، نزیروگلو، ویلهلم، استین^۳ و همکاران (۲۰۱۵) نیز به این نتیجه رسیدند درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش علائم اختلال وسواسی اجباری و کاهش اهمیت افکار در این اختلال می‌شود. هرچند که کارایی درمان شناختی و رفتاری برای افراد با نشانه‌های وسواس اجباری در بسیاری از مطالعات کنترل شده و فراتحلیل، نشان داده شده است، با این وجود، تعدادی از بیماران به طور معناداری، هنوز بهبود نیافته یا درمان را رد کرده یا از این درمان خارج شده‌اند. شماری از مطالعات نشان داده‌اند که افراد با نشانه‌های تشریفات مذهبی، پاسخ بسیار کمی نسبت به درمان شناختی - رفتاری را نشان داده‌اند (هولندر، زوهر، سیرووتکا و ریگبیر^۴، ۲۰۱۱).

با توجه به وجود یافته‌های همسو و ناهمسو با درمان شناختی - رفتاری بر نشانه‌های وسواس، در عصر کنونی، ما نیازمند پژوهش‌های جدید جهت رفع این تناقضات می‌باشیم. لذا پژوهش حاضر در این راستا صورت گرفته است. هم چنین با توجه به پیشینه تحقیقات و مطالعات درمانی بیماران مبتلا به وسواسی اجباری می‌توان گفت که درمان‌های شناختی رفتاری در ایجاد، تداوم و درمان اختلال وسواسی اجباری موثر بوده و نسبت به دارو درمانی تاثیر بیشتری دارد. اما از آنجا که در زمینه اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش باورهای ناکارآمد وسواسی مطالعات کمی صورت گرفته است، انجام

4.Hollander, Zohar, Sirovatka & Regier
5.Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)

1.Schröder, Werkle, Cludius, Jelinek, Moritz & Westermann
2.Marsden, Lovell, Blore, Ali & Delgadillo
3.McKay, Sookman, Neziroglu, Wilhelm & Stein

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد سه بار اندازه‌گیری مولفه‌های باورهای

سواسی در گروه آزمایش و کنترل		پس آزمون		پیش آزمون		گروه	متغیر
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار		
۶/۹۹	۶۲/۲۰	۶/۹۶	۶۲/۸۷	۹/۴۴	۷۴/۸۰	آزمایش	احساس مسئولیت
۹/۲۲	۷۲/۹۳	۹/۲۰	۷۳/۰۷	۹/۳۲	۷۳/۲۰	کنترل	ارزیابی از خطر و تهدید
۵/۶۹	۶۰/۲۰	۵/۸۸	۵۹/۸۷	۹/۲۵	۷۱/۴۰	آزمایش	کمال طلبی
۹/۹۸	۷۰/۰۷	۹/۴۱	۶۹/۸۰	۹/۶۷	۷۰/۴۷	کنترل	نیاز به کسب اطمینان و قطعیت
۵/۵۷	۴۴/۴۷	۶/۰۸	۴۵/۰۷	۶/۲۴	۵۲/۱۳	آزمایش	اهمیت و قطعیت
۶/۵۹	۵۲/۵۳	۶/۵۲	۵۲/۸۰	۶/۴۰	۵۲/۸۷	کنترل	کنترل افکار

یافته‌های جدول شماره یک نشان می‌دهد که میانگین نمرات مولفه‌های باورهای وسواسی در گروه آزمایش در پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون به طور معناداری تغییر کرده است، درحالی‌که میانگین گروه کنترل در سه مرحله تغییر معناداری ندارد. جهت بررسی اثر مداخله‌ی آزمایشی، تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی اثرات بین گروهی و درون گروهی انجام گرفت. بنابراین ابتدا پیش فرض‌هایی که برای آزمون فوق نیاز بود به طور موشکافانه کنترل شدند. برای بررسی توزیع نرمال بودن داده‌ها از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شد که نتایج نشان داد در مولفه‌ی احساس مسئولیت / ارزیابی از خطر و تهدید [$\text{sig}=0/145$ و $\text{sig}=0/948$ مقدار]، کمال طلبی / نیاز به کسب اطمینان و قطعیت [$\text{sig}=0/25$ و $\text{sig}=0/956$ مقدار] و اهمیت و کنترل افکار [$\text{sig}=0/495$ و $\text{sig}=0/968$ مقدار] توزیع نرمال می‌باشد. نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش فرض‌های مربوط به همگنی واریانس‌ها برای گروه‌های مورد مطالعه در مولفه‌ی احساس مسئولیت / ارزیابی از خطر و تهدید [$\text{sig}=0/736$ و $f=0/12$]، کمال طلبی / نیاز به کسب اطمینان و قطعیت [$\text{sig}=0/894$ و $f=0/02$] و اهمیت و کنترل افکار [$\text{sig}=0/720$ و $f=0/13$] معنادار نمی‌باشد. بررسی نتایج آزمون کرویت موخلی نشان داد برقراری شرط کرویت و مفروضه همگنی کواریانس‌ها در مولفه‌های باورهای وسواسی رعایت نشده است و لذا نتایج مربوط به آزمون F بایستی بر اساس تعدیل درجه آزادی (df) استفاده شود. برای تعدیل درجه آزادی، سه تخمین وجود دارد که به آنها اپسیلون گفته می‌شود و در جدول F ارائه می‌شوند و این مقادیر F در هر دو شرایط و تصحیح شده بر اساس این اپسیلون‌ها ارائه می‌دهد. بنابراین با فرض عدم کرویت از آزمون تصحیح گرین هاس - گیشر

تاکنون این پرسشنامه روی جمعیت غیر بالینی غیر انگلیسی زبان اجرا شده است. اولین بخش تحقیق OCCWG (۲۰۰۳) روی ۲۴۸ بیمار وسواسی (با ملاک‌های تشخیصی: DSM-IV)، ۱۰۵ بیمار مبتلا به اختلالات اضطرابی بدون علائم وسواس، ۸۷ نفر از جمعیت عمومی و ۲۹۱ دانشجویان انجام شد. نتایج نشان داد که OBQ دارای ثبات درونی ($a=0/80$) و پایایی بازآزمون مناسب است. به علاوه، سه خرده‌مقیاس OBQ (احساس مسئولیت، کمال طلبی و اهمیت و کنترل افکار) افراد مبتلا به وسواس را از گروه کنترل و اضطرابی متمایز می‌ساخت. با توجه به یافته‌های بالا، ظاهراً سه حوزه شناخت در OBQ (ناتوانی در تحمل عدم اطمینان، ارزیابی بیش از حد خطر و تهدید و هم‌چنین کمال طلبی) با OCD رابطه دارد، ولی مختص OCD نیست. OCCWG (۲۰۰۵) در مطالعه خود شش عاملی را که بر اساس مبانی نظری و به کمک تحلیل عاملی مورد بررسی قرار داده بودند، سه عامل برای OBQ به دست آوردند: عامل اول: احساس مسئولیت / ارزیابی از خطر و تهدید؛ کمال طلبی / نیاز به کسب اطمینان و قطعیت؛ اهمیت و کنترل افکار. در مطالعه سیکا^۱، کسدانچی^۲ و ساوویو^۳ (۲۰۰۴)، پرسشنامه OBQ-44 از پایایی بسیار بالا و ثبات نسبی برخوردار بود.

ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه باورهای وسواسی: مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل آزمون و سه خرده‌مقیاس PC، RT، ICT به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۵، ۰/۸۵، ۰/۸۰ بود که نشان دهنده ضریب آلفای بالاست. ضریب دو نیمه‌سازی با عنوان همبستگی اصلاح شده برای کل آزمون و سه خرده‌مقیاس PC، RT، ICT، به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۸۷، ۰/۸۴ و ۰/۸۰ بود که نشان دهنده ضریب پایایی بالاست؛ که این دو نشان می‌دهند که OBQ-44 دارای ثبات درونی بالاست. که به منظور بررسی اعتبار و پایایی نسخه فارسی OBQ-44 صورت گرفت، ۲۲۲ دانشجوی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تهران در دو مرحله آزمون و بازآزمون فاصله‌ی زمانی ۱۴-۵ روز مورد مطالعه قرار گرفتند. نتایج حاکی از ثبات درونی ($a=0/92$) و ضریب پایایی ($a=0/82$) بالای این آزمون در جمعیت ایرانی فارسی زبان بود. مقدار ضریب آلفای کرونباخ در مطالعه شمس و همکاران (۱۳۸۴) برای کل آزمون و سه خرده‌مقیاس PC، RT، ICT به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۸، ۰/۸۸ و ۰/۶۶ بود که نشان دهنده ضریب آلفای بالاست.

نتایج

برای تحلیل نتایج از تحلیل واریانس یک راهه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد، نتایج تحلیل واریانس برای بررسی وجود تفاوت در نمره‌های کل شناخت‌واره‌های ناکارآمد وسواسی، بر اساس سه دوره‌ی زمانی متفاوت (پیش آزمون، پس آزمون، پی‌گیری بعد از یک ماه) در جداول زیر گزارش شده است.

- 1.Sica
- 2.Cosdadenchi

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بر سه بار اندازه‌گیری نمره مولفه‌ی کمال طلبی / نیاز به کسب اطمینان و قطعیت در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معنی‌داری	مجدور اتا
بین	۸۸۹/۸۸	۱	۸۸۹/۸۸	۵/۲۶	۰/۰۳۰	۰/۱۵۸
آزمودنی	۴۷۳۹/۶۹	۲۸	۱۶۹/۲۸			
درون	۷۰۹/۴۰	۱۷۹	۳۹۷/۴۹	۱۶/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۳۷۱
آزمودنی	۵۶۸/۸۲	۱۷۹	۳۲۸/۷۶	۱۳/۶۸	۰/۰۰۰	۰/۳۲۸
خطا	۱۲۰/۱/۱۱	۵۵/۰۵	۲۴/۰۴			

نتایج جدول شماره چهار نشان می‌دهد که در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مولفه‌ی کمال طلبی / نیاز به کسب اطمینان و قطعیت در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود دارد. همانگونه که مجذور اتا نشان می‌دهد اثربخشی رفتار درمانی شناختی بر مولفه‌ی کمال طلبی / نیاز به کسب اطمینان و قطعیت حدود ۱۶ درصد می‌باشد. اثر درون‌آزمودنی‌ها نشان داد بین اندازه‌های مولفه‌ی احساس مسئولیت / ارزیابی از خطر و در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود دارد. همچنین اثر متقابل گروه×زمان معنادار است یعنی در طی زمان، تفاوت معناداری در کاهش نمره‌ی مولفه‌ی کمال طلبی / نیاز به کسب اطمینان و قطعیت ایجاد شده است.

جدول ۵: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بر سه بار اندازه‌گیری نمره مولفه‌ی اهمیت و کنترل افکار در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معنی‌داری	مجدور اتا
بین	۶۸۳/۳۸	۱	۶۸۳/۳۸	۶/۱۲	۰/۰۲۰	۰/۱۷۹
آزمودنی	۳۱۲۸/۵۸	۲۸	۱۱۱/۷۴			
درون	۲۸۹/۰۹	۱/۲۳	۲۳۵/۴۹	۵۶/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۶۶۸
آزمودنی	۲۵۷/۲۲	۱/۲۳	۲۰۹/۵۳	۵۰/۱۲	۰/۰۰۰	۰/۶۴۲
خطا	۱۴۳/۶۹	۳۶/۴۳	۴/۱۸			

نتایج جدول شماره پنج نشان می‌دهد که در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مولفه‌ی اهمیت و کنترل افکار در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود دارد. همانگونه که مجذور اتا نشان می‌دهد اثربخشی رفتار درمانی شناختی بر مولفه‌ی اهمیت و کنترل افکار حدود ۱۸ درصد می‌باشد. اثر درون‌آزمودنی‌ها نشان داد بین اندازه‌های مولفه‌ی احساس مسئولیت / ارزیابی از خطر و در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود دارد. همچنین اثر متقابل گروه×زمان معنادار است یعنی در طی زمان، تفاوت معناداری در کاهش نمره‌ی مولفه‌ی اهمیت و کنترل افکار ایجاد شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بخشی رفتار درمانی شناختی بر شناخت واره‌های ناکارآمد افراد مبتلا به نشانه‌های وسواس اجباری شد. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری موجب بهبود شناخت واره

که یکی از ضرایب تصحیح (اپسیلون) است برای انجام آزمون عامل مولفه‌های باورهای وسواسی در سه بار اندازه‌گیری استفاده شد.

جدول ۲: نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (درون‌آزمودنی) برای باورهای وسواسی

تأثیر	نتایج آزمون	ارزش F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی معنی‌داری	سطح معنی‌داری	مجدور اتا	توان آماری
اثر زمان	لامبدای ویکلز	۰/۱۵۳	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۴۷	۱
اثر گروه×زمان	لامبدای ویکلز	۰/۱۶۸	۲	۲۷	۰/۰۰۱	۰/۸۳۲	۱

همانطوری که نتایج جدول شماره دو نشان می‌دهد که اثر زمان معنادار است [$f=۷۴/۸۲$ و $sig=۰/۰۰۱$] یعنی تفاوت معناداری بین مولفه‌های باورهای وسواسی در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. همچنین اثر گروه×زمان معنادار است [$f=۶۶/۹۱$ و $sig=۰/۰۰۱$] یعنی شرکت‌کنندگان در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به صورت معناداری تغییر کرده‌اند. توان آماری بالای ۰/۸۰ درصد حاکی از کفایت حجم نمونه می‌باشد.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر بر سه بار اندازه‌گیری نمره مولفه‌ی احساس مسئولیت / ارزیابی از خطر و تهدید در گروه آزمایش و کنترل

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	معنی‌داری	مجدور اتا
بین	۹۳۴/۴۴	۱	۹۳۴/۴۴	۴/۵۲	۰/۰۴۳	۰/۱۳۹
آزمودنی	۵۷۹۴/۰۴	۲۸	۲۰۶/۹۳			
درون	۷۷۹/۴۹	۱/۶۳	۳۵/۹۷	۴۷۹/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۵۶۲
آزمودنی	۷۲۹/۰۹	۱/۶۳	۳۳/۶۵	۴۴۸/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۵۴۶
خطا	۶۰۶/۷۶	۴۵/۵۰	۱۳/۳۴			

نتایج جدول شماره سه نشان می‌دهد که در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در مولفه‌ی احساس مسئولیت / ارزیابی از خطر و تهدید در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود دارد. همانگونه که مجذور اتا نشان می‌دهد اثربخشی رفتار درمانی شناختی بر مولفه‌ی احساس مسئولیت / ارزیابی از خطر و تهدید حدود ۱۴ درصد می‌باشد. اثر درون‌آزمودنی‌ها نشان داد بین اندازه‌های مولفه‌ی احساس مسئولیت / ارزیابی از خطر و در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری از لحاظ آماری وجود دارد. هم‌چنین اثر متقابل گروه×زمان معنادار است یعنی در طی زمان، تفاوت معناداری در کاهش نمره‌ی مولفه‌ی احساس مسئولیت / ارزیابی از خطر و تهدید ایجاد شده است.

پژوهش حاضر، شرکت کنندگان با قرارگیری در معرض تکلیف مواجهه و بازداری از پاسخ، نمرات ناتوانی در تحمل عدم قطعیت شان کاهش یافته است.

یافته دیگر پژوهش حاضر موید آن است که درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش نمرات شناخت‌واره‌های اهمیت افکار و کنترل افکار شده است. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های مک‌کی و همکاران (۲۰۱۵)، آژیده و محمود علیلو (۱۳۹۷)، اسکرودر و همکاران (۲۰۲۰)، مارسدن و همکاران (۲۰۱۸)، گانگی و رودومسکی (۲۰۱۷) می‌باشد.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت با توجه به اینکه روان‌درمانی شناختی رفتاری، رویکردی است فعال، با هدف اصلی تغییر باورها و شناخت‌های معیوب همراه با جایگزینی اهداف، شناختها و باورهای مساعد، که در آن بر ارزیابی محتوای افکار، شناسایی افکار اتوماتیک معیوب و جایگزینی افکار مثبت به جای منفی، و بازسازی و تغییر افکار و هیجانات تأکید می‌شود؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که این رویکرد با توجه به هدفش، روشی مناسب برای تغییر شناخت‌واره‌های اهمیت به افکار و باور به کنترل فکر در اختلال وسواسی اجباری باشد. علی‌رغم اینکه نتایج داده‌ها از اثربخشی درمان شناختی رفتاری در بهبود شناخت‌واره‌های ناکارآمد وسواسی حمایت کردند،

نتایج این پژوهش بهتر است با توجه بر محدودیت‌های آن تفسیر شود که از جمله می‌توان به استفاده از مقیاس‌های خود گزارش دهی، تعداد کم نمونه، عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی اشاره نمود. همچنین پیشنهاد می‌شود که مطالعه مشابه بر روی نمونه بزرگ‌تر، بررسی‌های مشابهی در مقایسه با درمان شناختی رفتاری بر روی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری با سایر رویکردهای درمانی صورت بگیرد.

منابع

آژیده، لیلا؛ محمود علیلو، مجید (۱۳۸۷). اثر بخشی فنون شناختی - رفتاری در کاهش کنترل فکر و احساس مسئولیت افراطی در افراد دارای نشانه‌های اختلال وسواسی - جبری. ششمین کنگره علمی پژوهشی توسعه و ترویج علوم تربیتی و روانشناسی در ایران.

های ناکارآمد شده است. نتایج پژوهش نشان داد که درمان شناختی رفتاری منجر به کاهش نمرات احساس مسئولیت و ارزیابی خطر در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی اجباری شده است. این یافته با نتایج پژوهش‌های علیزاده (۲۰۱۲)، گروه کار بر روی شناخت‌واره‌های وسواسی اجباری (۲۰۰۳)، جانسون، هوگارد، بندسون (۲۰۱۱)، آژیده و محمود علیلو (۱۳۹۷) همسو می‌باشد.

در تبیین این یافته بر اساس دیدگاه راجمن (۱۹۹۷) می‌توان گفت عقاید مرتبط با مسئولیت‌پذیری که مورد تأکید سالکوسکیس و همکاران (۲۰۰۰) نیز است، از باور فراشناختی TAF نشأت می‌گیرد. به نظر می‌رسد افراد دارای این شناخت‌واره مستعد اختلال وسواسی اجباری هستند. بنابراین احتمال دانستن وقوع یک رویداد ناگوار و تخمین غیرواقع‌بینانه از آن رویداد از عوامل مهم زمینه‌ساز و مولد اضطراب و انجام رفتارهای اجباری برای کاهش اضطراب می‌باشد.

به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری با کاهش اضطراب منجر به کاهش احساس مسئولیت‌پذیری در افراد شرکت‌کننده در این پژوهش شده است. همچنین یافته‌ها نشان داد که درمان شناختی رفتاری بر کاهش نمرات کمال‌گرایی اثربخش بوده است. این یافته با نیچ پژوهش‌های پینتو و همکاران (۲۰۱۷)، گروت و همکاران (۲۰۱۵)، تولین، ورونسکی و مالتبی (۲۰۰۶)، علیزاده (۲۰۱۲)، اسکرودر و همکاران (۲۰۲۰) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت کمال‌گرایی کلیدواژه اصلی اختلال وسواسی اجباری و کلیه بیماری‌های مرتبط با وسواس (گروت و همکاران، ۲۰۱۵) است. افراد مبتلا به اختلال وسواسی اجباری کمال‌گرایی افراطی دارند. به عبارتی هر کاری که آنها انجام می‌دهند، هر قدر هم که نتیجه آن عالی باشد، به نظر نمی‌رسد که آنها را خشنود کند. این افراد چون در برآورده کردن معیارهای دست‌نیافتنی شان انتظار ناتوانی دارند، اغلب در موضوعات مسامحه می‌کنند. آنها بیش از اندازه به جزئیات، فهرست‌ها، مقررات و برنامه‌ها می‌پردازند، در تصمیم‌گیری‌های مربوط به کارمشکل‌زادی دارند و در به تعویق انداختن تصمیم‌گیری‌های مربوط به تفریح خوب عمل می‌کنند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در افراد کمال‌گرا، گرایش به تصمیم‌افراطی شکست‌ها و پیامدهای منفی، ارزیابی سختگیرانه از خود و نیاز شدید به موفقیت و کامل بودن و اندیشه همه یا هیچ وجود دارد که همگی می‌توانند به دنبال درمان‌های شناختی رفتاری کاهش پیدا کنند چرا که این افکار نادرست و افراطی در درمان‌های شناختی رفتاری به چالش کشیده می‌شوند.

هم‌چنین یافته دیگر پژوهش حاضر حاکی از آن است که درمان شناختی رفتاری در کاهش شناخت‌واره ناتوانی در تحمل عدم قطعیت موثر بوده است. این یافته با نتایج حاصل از پژوهش‌های مورین زمیر و همکاران (۲۰۲۰)، مورین زمیر و همکاران (۲۰۱۶)، کوردیو و همکاران (۲۰۱۵)، مک‌کی و همکاران (۲۰۱۵)، مارسدن و همکاران (۲۰۱۸) همسو می‌باشد. در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت رویکرد شناختی-رفتاری بیشتر بر محتوای باورها و افکار تأکید می‌کند. و معتقد است که شیوه‌ی تفسیر این باورها و افکار موجب بروز اختلال وسواسی اجباری می‌شود، به نظر می‌رسد در

- Abramovitch, A., McCormack, B., Brunner, D., Johnson, M., & Wofford, N. (2019). The impact of symptom severity on cognitive function in obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 67, 36-44.
- Alizadeh, A. (2012). (Cognitive Behavior Therapy (CBT) Selective Treatment for Obsessive Compulsive Disorder (OCD). *Journal of Basic and Applied Scientific Research*. J. Basic. Appl. Sci. Res., 2 (2). Pp:1368-1372.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5nd Ed.). *Washington, DC: Author*.
- Clark, D. A. (2019). Cognitive-behavioral therapy for OCD and its subtypes. *Guilford Publications*.
- Cordeiro, T., Sharma, M. P., Thennarasu, K., & Reddy, Y. J. (2015). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder and obsessive beliefs. *Indian journal of psychological medicine*, 37 (4), 403-408.
- Dobson, K. S. (2010). Handbook of cognitive-behavioral therapies. New York: Guilford Press.
- Gagné, J. P., & Radomsky, A. S. (2017). Manipulating beliefs about losing control causes checking behaviour. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 15, 34-42.
- Grøtten, T., Solem, S., Vogel, P. A., Güzey, I. C., Hansen, B., & Myers, S. G. (2015). Metacognition, responsibility, and perfectionism in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 39 (1), 41-50.
- Hollander, E. Zohar, J. Sirovatka, P J. Regier, D. A. (2011). Obsessive-compulsive spectrum disorders. *American Psychiatric Association*.
- Kampman, O., Viikki, M., & Leinonen, E. (2017). Anxiety disorders and temperament—an update review. *Current psychiatry reports*, 19 (5), 27.
- Mahjani, B., Bey, K., Boberg, J., & Burton, C. (2021). Genetics of obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 1-13.
- Marsden, Z., Lovell, K., Blore, D., Ali, S., & Delgadillo, J. (2018). A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive-compulsive disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25 (1), e10-e18.
- McKay, D., Sookman, D., Neziroglu, F., Wilhelm, S., Stein, D. J., Kyrios, M., & Veale, D. (2015). Efficacy of cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry research*, 225 (3), 236-246.
- Morein-Zamir, S., Shahper, S., Fineberg, N. A., Eagle, D. M., Urcelay, G., Mar, A. C., & Robbins, t. w. (2016). ocd patients show increased certainty seeking in an operant observing response task: A translational approach. *European Neuropsychopharmacology*, 26 (5), 896-897.
- Morein-Zamir, S., Shapher, S., Gasull-Camos, J., Fineberg, N. A., & Robbins, T. W. (2020). Avoid jumping to conclusions under uncertainty in obsessive compulsive disorder. *PloS one*, 15 (1), e0225970.
- Noggle, R. (2016). Belief, quasi-belief, and obsessive-compulsive disorder. *Philosophical Psychology*, 29 (5), 654-668.
- Obsessive Compulsive Cognitions Working Group. (2003). Psychometric validation of the obsessive belief's questionnaire and the interpretation of intrusions inventory: Part I. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (8), 863-878.
- Pinto, A., Dargani, N., Wheaton, M. G., Cervoni, C., Rees, C. S., & Egan, S. J. (2017). Perfectionism in obsessive-compulsive disorder and related disorders: What should treat clinicians know? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 102-108.
- Rachman, S. (1993). Obsessions, responsibility and guilt. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 149-154.
- Rus, O. G., Reess, T. J., Wagner, G., Zimmer, C., Zaudig, M., & Koch, K. (2017). Functional and structural connectivity of the amygdala in obsessive-compulsive disorder. *NeuroImage: Clinical*, 13, 246-255.
- Salkovskis, P.M., Wroe, A. L., Gledhill, A., Morrison, N., Forrester, E., & Richards, C., (2000). Responsibility attitudes and interpretations are characteristic of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 347-372.
- Schröder, J., Werkle, N., Cludius, B., Jelinek, L., Moritz, S., & Westermann, S. (2020). Unguided Internet-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Depression and Anxiety*, 37 (12), 1208-1220.
- Tolin, D. F., Worhunsky, P., & Maltby, N. (2006). Are “obsessive” beliefs specific to OCD? A comparison across anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 469-480.
- Tyagi, H., & Bundies, G. (2021). Resolving the discrepancies of suicide risk in obsessive-compulsive patients: a review of incidence rates and risk factors of suicide and suicide attempts in OCD. *BJPsycho Open*, 7 (S1), S297-S297.
- Vellozo, A. P., Fontenelle, L. F., Torresan, R. C., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., Rosário, M. C., & Torres, A. R. (2021). Symmetry Dimension in Obsessive-Compulsive Disorder: Prevalence, Severity and Clinical Correlates. *Journal of Clinical Medicine*, 10 (2), 274.
- Zetsche, U., Rief, W., & Exner, C. (2015). Individuals with OCD lack unrealistic optimism bias in threat estimation. *Behavior therapy*, 46 (4), 510-520.