



اثربخشی فراشناخت درمانی بر اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مثبت در زنان مبتلا به اختلال وسواس

دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.
استادیار گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.
استادیار گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

شیرین یداله‌ی اردستانی^{id}
مولود کیخسروانی*^{id}
ناصر امینی^{id}

دریافت: ۱۴۰۰/۱۲/۱۷ | پذیرش: ۱۴۰۱/۰۴/۲۸ | ایمیل نویسنده مسئول: moloud.keykhosrovani@gmail.com

فصلنامه علمی پژوهشی خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>

دوره ۳ | شماره ۳ پیاپی ۱۲ | ۲۳۶-۲۱۱
پاییز ۱۴۰۱

نوع مقاله: پژوهشی

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(یداله‌ی اردستانی، کیخسروانی و امینی، ۱۴۰۱)

در فهرست منابع:

یداله‌ی اردستانی، شیرین، کیخسروانی، مولود،
و امینی، ناصر. (۱۴۰۱). اثربخشی فراشناخت
درمانی بر اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل
بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مثبت در زنان
مبتلا به اختلال وسواس. فصلنامه خانواده
درمانی کاربردی، ۳(۳ پیاپی ۱۲): ۲۱۱-۲۳۶.

چکیده

هدف: هدف این پژوهش، اثربخشی درمان فراشناختی بر اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مثبت در زنان مبتلا به اختلال وسواس بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری است. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان مبتلا به اختلال وسواس اجبار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر تهران در ماه‌های بهمن و اسفند سال ۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به اختلال وسواس اجبار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر تهران بین ماه‌های بهمن تا اسفند سال ۱۴۰۰ بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه وسواس اجباری ییل براون (۱۹۸۹)، پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای بوند و همکاران (۲۰۱۱)، پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی فریستون و همکاران (۱۹۹۴) و پرسشنامه باورهای فراشناختی مثبت ولز و کارت رایت-هاتون (۲۰۰۴) به دست آمد. در این پژوهش جهت انجام درمان فراشناختی از پروتکل ولز (۲۰۰۰) استفاده شد که به صورت هفته‌ای یک‌بار به مدت زمان ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و نرم افزار SPSS تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان فراشناختی بر اجتناب تجربه‌ای ($F=۱۳/۵۳$, $P=۰/۰۰۱$)، عدم تحمل بلا تکلیفی ($F=۶۵/۲۵$, $P=۰/۰۰۱$)، و باورهای فراشناختی مثبت ($F=۷۵/۸۶$, $P=۰/۰۰۱$) در زنان مبتلا به اختلال وسواس مؤثر بود. نتیجه‌گیری: می‌توان نتیجه گرفت درمان فراشناختی بر اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مثبت در زنان مبتلا به اختلال وسواس اثربخش بود و می‌توان از این درمان در جهت کاهش مشکلات بیماران مبتلا به وسواس استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: درمان فراشناختی، اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل بلا تکلیفی، باورهای فراشناختی، وسواس

مقدمه

در سال‌های اخیر توجه زیادی به اجتناب تجربه‌ای به عنوان عامل آسیب‌شناختی انواع مختلف اختلال‌های روانی شده است. اجتناب تجربی سازه‌ای به منظور اجتناب از تجارب دردناک به کار برده می‌شود و یکی از سازه‌های مهم چند بعدی مرتبط با وسواس است. این سازه شامل دو جزء است. اول، بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی (حساسیت‌های بدنی، هیجان‌ها، افکار، خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری) و دوم، تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌شوند (وترنک، اشتاینبرگ و هارت، ۲۰۱۴). این شکل از اجتناب شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی نیز می‌شود. اجتناب تجربی به عنوان عامل آسیب‌شناختی انواع مختلف اختلال‌های روانی شناخته شده است (ملیک، ونوردن و شارپ، ۲۰۱۷). این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخصی تداخل کند (شر، هربرت و فورمن، ۲۰۱۵). پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که شدت اجتناب تجربی در اختلالات وسواس و اضطرابی بالا است (برونینگ، ونکرک و کرومپینگر، ۲۰۲۱). همچنین پژوهش‌های گوناگون (گوشاناس، ۲۰۱۹؛ داتا، ۲۰۱۹) نشان داده‌اند که اجتناب تجربی با هیجانات منفی و مشکلات مقابله‌ای بیش‌تر رابطه دارد. نتایج پژوهش کوان (۲۰۲۰) نشان داد افرادی که اجتناب تجربی بیش‌تری دارند، از خودتخریبی، انکار، حمایت هیجانی، گسستگی رفتاری و خودسرزنی بیش‌تری استفاده می‌نمایند و تجارب هیجانی شدیدتری را نسبت به محرک‌های خوشایند و ناخوشایند تجربه می‌کنند.

شواهد همچنین نشان می‌دهد که افراد وسواسی به عنوان مکانیسمی برای ابهام و محرک‌های بالقوه تهدیدکننده و همچنین برای دستیابی به حس فرایند کنترل بر محرک‌های آزاردهنده رفتارهایی را انجام می‌دهند که بلا تکلیفی را بر می‌انگیزد (پاسکال-ورا، بلوچ، قیسی، سیکا و بوتسی، ۲۰۲۱). ون اوستروم (۲۰۲۱) در این باره معتقد است که در افراد وسواسی، باورهایی وجود دارد که این باورها ارزیابی غلط از افکار ناخواسته را باعث شده و فرد را دچار مشکل می‌کند. این باورها عبارت هستند از: اهمیت بیش از حد قائل شدن به افکار، اشتغال ذهنی زیاد نسبت به کنترل افکار، بیش برآوردی از تهدید و عدم تحمل بلا تکلیفی. عدم تحمل بلا تکلیفی نوعی سوگیری شناختی است که بر چگونگی دریافت، تفسیر و واکنش فرد به یک موقعیت نامطمئن در سطوح هیجانی، شناختی و رفتاری تأثیر می‌گذارد (رومان و همکاران، ۲۰۱۷). افرادی که نمی‌توانند چنین وضعیتی را تحمل کنند، شرایط را تنش برانگیز، منفی و فشارزا توصیف می‌کنند و در تلاش هستند تا از این موقعیت‌ها اجتناب کنند و اگر در این موقعیت‌ها قرار بگیرند، کارکرد آن‌ها دچار مشکل می‌شوند (فالر، فرگوس، بایلی و وو، ۲۰۱۷). در پژوهشی گیلت، بیلک، هانا و فیتزجرالد (۲۰۱۸) و بوتسی، نوونتی، فریستون و قیسی (۲۰۱۹) نشان دادند که افراد مبتلا به اختلال وسواس، سطوح بالاتری از عدم تحمل بلا تکلیفی دارند که به دلیل عدم کنترل متغیرهای مزاحم، همچنین متفاوت بودن ابعاد زمانی و مکانی، پژوهش‌گر سعی دارد ابعاد درست‌تر و وسیع‌تری را پیش روی تحقیق بگذارد. در پژوهشی دیگر ویلیامز و لوینسون (۲۰۲۱) نشان دادند که افرادی که به اختلال وسواس مبتلا بودند از بلا تکلیفی رنج می‌برند. به علاوه جنسن و هیمبرگ (۲۰۱۵) نشان دادند که با استفاده از میانگین نمرات این مولفه، می‌توان افراد مبتلا به اختلال وسواس را شناسایی کرد. افرادی که دچار سوگیری شناختی هستند و همیشه به

وسيله فقدان يا ناکارآمدی دانش ایجاد می‌شود که مربوط به عوامل درونی فرد است که فرد نمی‌تواند آن را کنترل کند.

مراج و همکاران (۲۰۲۰) در مدل خود فرض می‌کنند که اجتناب تجربی و عدم تحمل بلا تکلیفی می‌تواند باعث شکل‌گیری نیروی برانگیزاننده‌ای می‌شود که می‌تواند با فراخواندن نگرانی و وسواس‌های فکری و عملی، با اختلال‌های مختلفی در ارتباط باشد. با وجود این که نگرانی منجر به تداوم آسیب‌شناسی می‌گردد، بیماران به کرات در دام آن گیر می‌افتند. این نوع درگیر شدن در فرآیندهایی که زبان‌هایی نیز برای بیماران دارد، به دلیل فوایدی است که این افرادی برای نگرانی و تحمل بلا تکلیفی در نظر گرفته‌اند (هزل، استیورات، ریمن و مک‌نالی، ۲۰۱۹). از دیدگاه ولز (۱۹۹۷) این فواید، باورهای فراشناختی مثبت است. منظور از باورهای فراشناختی مثبت، باورهایی درباره سودمندی نگرانی، نشخوار فکری و دیگر فرآیندهای شناختی است که در درازمدت منجر به اختلال روان شناختی شده و آن را تداوم می‌بخشند. ولز (۲۰۰۹) بیان می‌کند که بیماران مبتلا به وسواس در واقع به منظور یافتن راه حل برای مشکل شان، درگیر اجتناب تجربی و عدم تحمل بلا تکلیفی می‌شوند. باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی، باورهایی هستند که به اعتقادات مثبت فرد در مورد کارآمدی شیوه‌های مقابله‌ای مبتنی بر نگرانی مربوط می‌شود در حالی که این شیوه‌ها ناسازگار هستند. به طور مثال، نگرانی به این معنا است که آماده‌ام و اگر نگران باشم بهتر می‌توانم با خطرات مقابله کنم (لی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین منظور از اعتماد شناختی پایین، عدم اعتماد فرد به حافظه و توجه خود، به عنوان فرآیندهای شناختی می‌باشد که به عنوان مولفه‌ها و راهبردهای ناسازگار فراشناختی مطرح هستند (هود و همکاران، ۲۰۱۹). تحقیقات مختلف نشان دادند که بین جنبه‌های خاصی از فراشناخت با اختلال وسواس فکری-عملی رابطه وجود دارد (سویس و همکاران، ۲۰۱۷؛ میوزی و همکاران، ۲۰۱۶).

وجود علائم وسواس در کنار مشکلاتی که در حوزه اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مثبت در افراد مبتلا به وسواس وجود دارد، اندیشمندان و پژوهش‌گران عرصه مشاوره و درمان را به بررسی روش‌های مشاوره و درمان‌های متنوعی برای کمک به این افراد ترغیب نموده است. درمان فراشناختی بستر خوبی برای پژوهش است و در زمینه‌های مختلفی کاربرد دارد. ایده و زمینه‌های بسیار خوبی در درمان فراشناختی برای پژوهش وجود دارد. این درمان مبتنی بر اصول رفتار و شناخت درمانی است و ترس یا اضطراب را به عنوان یک ساختار دو لایه مفهوم‌سازی می‌کند (کومار، ۲۰۱۷). آنچه در درمان فراشناختی مورد تاکید قرار می‌گیرد عواملی است که تفکر را کنترل می‌کند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهد نه چالش با افکار و خطاهای شناختی یا مواجه طولانی مدت و مکرر با باورها در مورد وسواس یا نشانه‌های بدنی (باروآ و همکاران، ۲۰۲۰). در بیش‌تر درمان‌های صورت گرفته برای اختلال وسواس بیش‌تر به محتوای فکر و رفتارهای اجتنابی (مانند درمان رفتاری-شناختی، شناخت درمانی و رفتار درمانی) توجه شده است، در حالی که بیش‌تر اختلالات وسواسی علاوه بر موارد ذکر شده در فرآیند پردازش اطلاعات مانند راهبردهای کنترل فراشناختی و باورهای مثبت و منفی فراشناختی نیز اختلال دارند (بیلماز و همکاران، ۲۰۲۰). به طور کلی درمان فراشناختی بر دو نوع تغییر فراشناختی بنیادی تاکید می‌کند. این تغییرات عبارتند از: (۱) بیمار چگونه با افکارش رابطه برقرار می‌کند و آن‌ها را تجربه می‌نماید. (۲) فرد چه نوع باورهایی درباره افکارش دارد. درمان، باورهای فراشناختی درباره افکار و نیز شیوه برخورد افراد با افکار مزاحم خود را به چالش می‌کشد (میرز و همکاران، ۲۰۱۷). علی و سویلم (۲۰۲۱) طی یک پژوهشی اثربخشی درمان فراشناختی را

بر روی اختلال وسواس فکری-عملی بررسی کردند. نتایج بهبود قابل توجهی را در آزمودنی‌ها بر علائم وسواس نشان داد.

در مجموع شواهد مربوط به درمان فراشناختی برای تضعیف علائم وسواس در مبتلایان به وسواس حاکی از چند نکته با اهمیت است که لازم است به آن توجه شود. نکته اول این که در کمتر مطالعه‌ای تاکنون درمان فراشناختی که به طور نسبی اثربخشی خود را در کمک به افراد مبتلا به وسواس نشان داده‌اند، مورد استفاده قرار گرفته است. این امر درحالی است که کماکان مطابق با نظر بسیاری از درمانگران و مشاوران مطرح، لازم است تا اثربخشی رقابتی درمان‌های مختلف در کنار درمان‌های مقایسه‌ای که به نوعی با هدف تقویت آثار درمانی رویکردهای درمانی منفرد پیشنهاد شده، توسط پژوهش‌گران دنبال و پیگیری شود. نکته بعدی این که به دلیل ماهیت چند بعدی بیماری وسواس و داشتن زیر شاخه‌های فراوان در آن و اهمیتی که به دلیل شیوع قابل توجهی که این اختلال دارد، پژوهش‌های جدید به این سمت خواهند رفت تا درمان‌های مختلف از جمله درمان‌های مختلف را در زیرمجموعه‌های متفاوت اختلال وسواس فکری عملی در بین زنان و مردان به صورت جداگانه بررسی و احیاناً درمان‌هایی با سطح اثربخشی احتمالی مختلف برای زنان و مردان درگیر با وسواس را مشخص نمایند. از طرفی یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه مدت کارآ و موثر از جمله ضرورت‌های پژوهش در حوزه درمان می‌باشد؛ با توجه به آن چه گفته شد، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به سوالات زیر بود:

- ۱- آیا درمان فراشناختی بر اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مثبت در زنان مبتلا به اختلال وسواس در مرحله پس‌آزمون موثر بود؟
- ۲- آیا درمان فراشناختی بر اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مثبت در زنان مبتلا به اختلال وسواس در مرحله پیگیری پایدار بود؟

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان مبتلا به اختلال وسواس اجبار مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در ماه‌های بهمن و اسفند سال ۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به اختلال وسواس اجبار مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران بین ماه‌های بهمن تا اسفند سال ۱۴۰۰ بود. برای تشخیص صفت وسواس اجبار افرادی که بر اساس مصاحبه روان‌شناسی بالینی و پرسشنامه وسواس اجبار ییل براون و کسب نمره ۱۶ وارد پژوهش شدند. هر گروه دو بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفت، اولین اندازه‌گیری با اجرای یک پیش‌آزمون قبل از آموزش، و دومین اندازه‌گیری پس از اتمام آموزش‌های مورد نیاز صورت گرفت. دو گروه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۵ نفر از آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر در گروه گواه به صورت تصادفی گروه‌بندی شدند (انتصاب تصادفی). همچنین پس از دو ماه، آزمون پیگیری بر روی گروه‌ها اجرا شد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول کوهن استفاده شد. در این روش از توان آزمون $0/8$ و سطح معنی‌داری $0/05$ و نیرومندی ارتباط بین متغیرهای مستقل و وابسته، حداقل حجم نمونه برای دستیابی به توان مورد نظر ۱۵ نفر در هر

گروه است. پس از تحقق ملاک‌ها و دریافت حداقل نمره ۱۶ از مقیاس یل براون، ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل: کسب نمره یک انحراف بیش‌تر از میانگین در پرسشنامه اختلال وسواس، جنسیت زن باشند، محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و مصرف نکردن دارو از یک ماه قبل از شروع درمان بود. ملاک‌های خروج شامل: ابتلا به بیماری جسمی یا ویروسی، داشتن اختلال‌های نورولوژیک مانند صرع و سابقه هر نوع ضربه مغزی و محدوده سنی بالاتر از ۵۰ و غیبت بیش از ۲ جلسه در برنامه آموزشی بود.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه وسواس اجباری ییل براون (۱۹۸۹). گودمن و همکاران (۱۹۸۹) این فهرست را در سال ۱۹۸۹ ساختند و دو مقیاس فرعی مربوط به افکار وسواسی و رفتارهای اجباری دارد. در هر دو مقیاس، شدت علائم در ۷ روز قبل از مصاحبه ارزیابی می‌شود. نمره صفر در صورت «نبود مشکل» و نمره ۴ به «مشکل خیلی زیاد» داده می‌شود. گودمن و همکاران (۱۹۸۹) به منظور سنجش پایایی این مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده کردند که ضریب همبستگی آن را برای خرده مقیاس وسواس فکری، ۰/۹۷؛ اجبارها، ۰/۹۶ و برای کل مقیاس ۰/۹۸ به دست آوردند. همچنین، برای محاسبه روایی مقیاس، از همبستگی هر آیت‌م با نمره کل استفاده کردند که در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۷۷ به دست آمد. در ایران، پایایی بین مصاحبه کنندگان، ۰/۹۸؛ ضریب همسانی درونی آن، ۰/۸۹ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته ۰/۸۴ گزارش شده است (یعقوبی، ۱۳۹۳). در پژوهش شاملی و همکاران (۱۳۹۷) به منظور سنجش پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای خرده مقیاس وسواس فکری، ضریب ۰/۶۲؛ اجبارها، ضریب ۰/۶۱ و برای کل مقیاس، ۰/۷۱ به دست آمد.

۲. پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای بوند و همکاران (۲۰۱۱). این پرسشنامه در سال ۲۰۱۱ به وسیله بوند، هیز، بایر، کرینتر، جینو و همکاران ساخته شده است که دارای ۱۰ سوال و ۲ خرده آزمون است و طیف لیکرت هفت درجه‌ای (۱. هرگز این طور نیست، ۷. همیشه همین طور هست) است. پرسشنامه پذیرش و عمل سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش و اجتناب تجربه‌ای و انعطاف ناپذیری روان شناختی بر می‌گردد. نمرات بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیش‌تر است. بوند و همکاران (۲۰۱۱) گزارش کردند نتایج ۲۸۱۶ شرکت کننده در طول شش نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت بخشی دارد. میانگین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ تا ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. در ایران، این مقیاس توسط عباسی، فنی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۲) به فارسی ترجمه و ویژگی‌های روان سنجی آن بررسی گردید. شواهد حکایت از نتایج نویدبخشی درباره قابلیت کاربرد نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل در جامعه ایرانی دارد و ضریب همسانی درونی ۰/۸۹ و ضریب تصنیف ۰/۷۱ برای این پرسشنامه به دست آمد.

۳. پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی فریستون و همکاران (۱۹۹۴). این مقیاس توسط فریستون و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شده است. این آزمون ۲۷ سوال دارد که مربوط به غیرقابل قبول بودن بلا تکلیفی و ابهام است و معمولاً منجر به ناکامی، استرس و ناتوانی برای انجام عمل می‌شوند. این آزمون با

یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ داده می‌شود و هر یک از گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره می‌گیرند. در بررسی مجدد بوهر و داگاس (۲۰۰۶) با تحلیل عوامل، چهار عامل به دست آمد که عبارتند از: عامل اول ناتوانی برای انجام عمل شامل سوال‌های: ۱، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۲ و ۲۵ عامل دوم استرس آمیز بودن بلا تکلیفی شامل سوال‌های: ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۷، ۲۴ و ۲۶ عامل سوم منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آن‌ها شامل سوال‌های: ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۹ و ۲۱ عامل چهارم بلا تکلیفی در مورد آینده شامل سوال‌های: ۱۶، ۱۸، ۲۳ و ۲۷ می‌باشد. بوهر و داگاس (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۸ را برای این مقیاس محاسبه نموده‌اند. در جامعه ایران، اعتبار و روایی این آزمون در پژوهش ابراهیم زاده و همکاران (۱۳۸۵) مطلوب گزارش شده است. آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی (در فاصله سه هفته) برابر ۰/۷۶ گزارش شد.

۴. پرسشنامه باورهای فراشناختی مثبت ولز و کارت رایت-هاتون (۲۰۰۴). به منظور سنجش باورهای فراشناختی مثبت توسط ولز و کارت رایت-هاتون (۲۰۰۴) ساخته شده است استفاده خواهد شد. این پرسشنامه ۳۰ ماده دارد و هر آزمودنی به این ماده‌ها به صورت چهار گزینه‌ای (موافق نیستم = ۱، کمی موافقم = ۲، تا حدی موافقم = ۳، کاملاً موافقم = ۴) پاسخ می‌دهد. پرسشنامه فراشناخت ۵ مقیاس دارد که عبارتند از: باورهای مثبت در مورد نگرانی (۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳، ۲۸)، اعتماد شناختی (۸، ۱۴، ۱۷، ۲۶، ۲۴، ۲۹)، خودآگاهی شناختی (۳، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۳۰)، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکری و خطر (۲، ۹، ۲۱) و باورها در مورد نیاز به کنترل افکار (۶، ۲۰، ۲۷). ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۸ گزارش شده است. ضریب همبستگی پرسشنامه فراشناخت با پرسشنامه اضطراب صفت-حالت اسپیل برگر (۰/۵۳) پرسشنامه نگرانی حالت بین (۰/۵۴) و پرسشنامه اختلال وسواس فکری-عملی پادوا (۰/۴۹) معنادار است. ولز و کارت رایت-هاتون (۲۰۰۴) در پژوهشی همسانی درونی، اعتبار همگرا و اعتبار بازآزمایی را مناسب و قابل قبول گزارش کردند. در ایران نریمانی و ابوالقاسمی (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ و ضریب همبستگی با مقیاس اضطراب صفت اشپیل برگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۷۳ گزارش کردند.

۵. درمان فراشناختی. در این پژوهش جهت انجام درمان فراشناختی از پروتکل ولز (۲۰۰۰) استفاده شد که به صورت هفته‌ای یک بار به مدت زمان ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. روایی این جلسات در پژوهش خرم دل و همکاران (۱۳۸۹) تایید شده است. در جدول ۱ خلاصه جلسات درمان فراشناختی ارائه شده است.

جدول ۱. مداخله درمان فراشناختی

جلسات	محتوای مربوط به هر جلسه
جلسه اول	معرفه، ارزیابی و گردآوری داده‌های چون ماهیت نشانه‌های وسواسی، اعمال آیینی، معرفی هیجان‌ها و ابعاد آن و رابطه آن با باورهای فراشناختی، اجتناب تجربی و عدم تحمل بلا تکلیفی
جلسه دوم	معرفی اختلال وسواس به عنوان بی‌نظمی هیجانی و ترسیم نمودار فراشناختی آن، معرفی منطق درمان شناختی و الگوی فراشناختی و تعیین اهداف درمانی، شناسایی و فراخوانی شناخت‌واره‌های منفی
جلسه سوم	آموزش تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی (بیماران یاد بگیرند که با افکار همانند ابری در ذهن خود برخورد کنند، چنانچه نیاز به پردازش نداشته باشد)

ارزیابی باورهای مثبت و منفی جهت تغییر فرا باورهای راجع به آیین‌مندی‌ها، آموزش تجارب رفتاری، ارائه اسناد مجدد کلامی جهت شکستن سیکل نشخوار فکری از طریق سوالاتی درباره‌ساز و کار نشخوار فکری	جلسه چهارم
آموزش درگیر شدن با نشخوار فکری، نگرانی تکرار شونده و تضعیف باورهای مربوط به ایجاد سبک سازگارتر فکری و رفتاری و توضیح تفاوت شیوه پردازشی بین افراد بهنجار و بیمار	جلسه پنجم
معرفی رویکردهای رفتاری درمان، روش‌های تحلیل سود و زیان، آزمایش به تعویق انداختن رفتارهای آیینی روش آموزش توجه و تمرکز مجدد موقعیتی جهت کاهش شدت افکار وسواسی	جلسه ششم
آموزش جهت فاصله گرفتن از غنی‌سازی ذهن از حد، به تعویق انداختن نگرانی و توسعه هوشیاری، آموزش برنامه‌های رفتاری اصلاح توجه، مواجهه و تجارب جلوگیری از پاسخ	جلسه هفتم
آماده کردن شرکت‌کنندگان برای اختتام جلسات، اصلاح نشانه‌های توقف و ملاک دانستن، طرح ریزی اولیه، ثانویه و شناسایی موانع موجود در بکارگیری روش‌ها، علت یابی و رفع آن و در نهایت جمع بندی	جلسه هشتم

روش اجرا. به منظور رعایت مسائل اخلاقی از مراجعه‌کنندگان رضایت‌نامه فردی گرفته شد تا در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به سوالات پرسشنامه‌ها (پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای بوند و همکاران و پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی فریستون و همکاران و پرسشنامه باورهای فراشناختی مثبت ولز و کارت رایت-هاتون) پاسخ دهند. جلسات درمان در یکی از کلینیک‌های روان‌درمانی برگزار شد به دلیل رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی در شرایط کرونا هر گروه ۱۵ نفره به سه گروه کوچکتر ۵ نفره تقسیم شدند و در زمان‌بندی‌های مختلف جلسات درمان تشکیل شد. جلسه مقدماتی با هدف به دست آوردن اعتماد مراجعه‌کنندگان، ارزیابی کلی افراد به منظور مناسب بودن برای درمان و معرفی کلی دوره‌های درمانی برگزار شد. مداخله درمان فراشناختی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت یک‌بار در هفته روی افراد گروه آزمایش اجرا شد. گروه گواه نیز در این بازه زمانی در لیست انتظار قرار داده شد. در جلسه آخر نیز از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. پس از سپری شدن دوره زمانی دو ماهه بعد از پایان جلسات درمانی، مرحله پیگیری از افراد هر دو گروه صورت گرفت. از آماره‌های توصیفی (نمودار، جدول، فراوانی، درصد، میانگین، واریانس و...) جهت تنظیم، تلخیص و به نمایش درآوردن داده‌های به دست آمده از متغیرها استفاده شد. برای آزمون فرضیه‌های تحقیق، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق از نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد زنان گروه آزمایش برابر با ۳۳/۸۴ (۳/۵۴) و زنان گروه گواه برابر با ۳۴/۱۰ (۳/۸۷) است؛ همگی این زنان متأهل بودند.

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین	میانگین	میانگین
		انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار
فراشناخت درمانی	۵۴/۹۷	۱۸/۶۱	۸۱/۵۰	۲۰/۹۸
				۷۴/۳۲
				۲۱/۲۴

۱۹/۳۹	۵۵/۳۰	۱۸/۷۱	۵۴/۸۹	۱۹/۰۱	۵۵/۶۷	گواه	باورهای فراشناختی
۷/۵۴	۳۷/۹۳	۸/۲۶	۳۶/۱۱	۷/۷۸	۳۰/۱۱	فراشناخت درمانی	اجتناب تجربه‌ای
۷/۴۳	۳۰/۲۴	۸/۴۹	۳۰/۵۵	۶/۳۷	۲۹/۶۱	گواه	
۱۵/۶۱	۶۴/۰۰	۱۶/۷۷	۶۵/۰۷	۱۹/۶۱	۷۲/۵۶	فراشناخت درمانی	عدم تحمل بلا تکلیفی
۱۹/۷۶	۷۳/۳۸	۲۰/۹۰	۷۲/۴۹	۲۱/۶۲	۷۳/۱۳	گواه	

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره اجتناب تجربه‌ای در دو گروه درمان فراشناختی و گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های M باکس، کرویت موجلی، و لوین بررسی شد. از آنجایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است. همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان دهنده شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بوده است و در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موجلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیر اجتناب تجربه‌ای معنی‌دار بوده، و بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشده است ($Mauchly's W=0/39$; $df=2$; $p<0/001$). بنابراین از آزمون گرین‌هاوس گیزر برای بررسی نتایج آزمون تک متغیره را برای اثرات درون گروهی و اثرات متقابل استفاده می‌شود.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجتناب تجربه‌ای در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
اجتناب تجربه‌ای	زمان	۱۷۰/۶۰	۱/۴۵	۱۱۷/۵۷	۱۷۵/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶
	زمان*گروه	۱۱۶/۸۶	۱/۴۵	۸۰/۵۴	۱۲۰/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
	گروه	۲۱۱/۶۰	۱	۲۱۱/۶۰	۱۳/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۳۱
عدم تحمل بلا تکلیفی	زمان	۸۷/۶۲	۲	۴۳/۸۱	۱۶۴/۷۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵
	زمان*گروه	۳۷/۴۸	۲	۱۸/۷۴	۷۰/۵۰	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱
	گروه	۱۱۳/۶۱	۱	۱۱۳/۶۱	۶۵/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۶۳
باورهای فراشناختی	زمان	۲۳۰/۴۶	۱/۴۳	۱۶۰/۱۴	۷۹/۱۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۳
	زمان*گروه	۱۵۰/۰۲	۱/۴۳	۱۰۴/۲۴	۵۱/۵۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴
	گروه	۴۱۸/۱۷	۱	۴۱۸/۱۷	۷۵/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹

نتایج جدول ۳ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون گروهی (زمان) و بین گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان نیز به تنهایی معنادار است. همچنین

تعامل گروه و زمان نیز معنادار است. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	زمان (I)	زمان (J)	تفاوت (I-J)	Si g.
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۸/۹۰	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۱۷/۸۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۸/۹۶	۰/۰۰۱
عدم تحمل بلا تکلیفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۳/۱۸	۰/۰۱۲
	پس‌آزمون	پیگیری	۹/۸۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۶/۶۷	۰/۰۰۱
باورهای فراشناختی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۵۰	۰/۰۳۵
	پس‌آزمون	پیگیری	۷/۵۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۵/۰۵	۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که نمره متغیر اجتناب تجربه‌ای در گروه درمان فراشناختی و در مرحله پس‌آزمون بالاتر از پیش‌آزمون است. همچنین اجتناب تجربه‌ای در مرحله پیگیری بالاتر از پیش‌آزمون است. با این حال، نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با هم نداشتند. نمره متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه درمان فراشناختی و در مرحله پس‌آزمون پایین‌تر از پیش‌آزمون است. همچنین عدم تحمل بلا تکلیفی در مرحله پیگیری پایین‌تر از پیش‌آزمون است. با این حال، نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با هم نداشتند. نمره متغیر باورهای فراشناختی در گروه درمان فراشناختی و در مرحله پس‌آزمون بالاتر از پیش‌آزمون است. همچنین باورهای فراشناختی در مرحله پیگیری بالاتر از پیش‌آزمون است. با این حال، نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با هم نداشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که فراشناخت درمانی بر اجتناب تجربه‌ای در مبتلایان به اختلال وسواس اجبار موثر است. نتایج این پژوهش با پژوهش کیم و همکاران (۲۰۲۱)، میگل و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که آموزش فراشناخت به مراجعین نشان می‌دهد چگونه الگوهای مشخص تفکر می‌توانند نشانه‌های ناخوشایند اجتناب تجربه‌ای در مبتلایان به اختلال وسواس را تشدید کنند. این نوع درمان با استفاده از تکنیک‌های رفتاری به مبتلایان به اختلال وسواس می‌آموزد که چگونه در مواقع پر استرس (فشار) تکنیک‌های رفتاری، عادات خاص و شیوه‌های خرابکارانه را تضعیف کند (به عنوان نمونه تحریک‌پذیری افراطی یا کناره‌گیری از دنیا). آموزش فراشناخت به مبتلایان به اختلال وسواس کمک می‌کند تا از اثرات رفتاری و شناختی نشانه‌های مبتلایان به اختلال وسواس در زندگی خود آگاه شوند و برای کاهش نشانه‌های مهم مبتلایان به اختلال وسواس، الگوهای فکری و شرایط خود را طوری تغییر دهند که رفتار آن‌ها تنها واکنشی به موقعیت نباشد، بلکه در مورد آن فکر کنند و به شیوه‌های مناسب‌تر

عمل نمایند. اساس آموزش فراشناخت به مبتلایان به اختلال وسواس کمک می‌کند تا افکارشان را طوری کنترل کنند که رفتاری منطقی، روشنفکرانه با اهدافی عینی و خاص انجام دهند. این درمان به مبتلایان به اختلال وسواس کمک می‌کند تا با راهبردهای خاص، تغییرات فوری در زندگی خود به وجود آورند. همچنین به جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی و تفکر واقع‌گرایانه تأکید دارد (عباسی و همکاران، ۲۰۱۹). آموزش فراشناخت به مبتلایان به اختلال وسواس می‌آموزد که می‌توانند از طریق مهارت‌های برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی، راه حل بسیاری از مشکلات روزمره‌ی خود را بیابند. این مهارت‌ها می‌توانند کمیت و شدت مشکلات روزمره‌ی را که با آن‌ها مواجه می‌شوند به طور قابل توجهی کاهش دهند (عبداله و همکاران، ۲۰۱۹). در واقع آموزش فراشناخت با هدف قرار دادن مشکلات همپوش مبتلایان به اختلال وسواس از جمله روابط اجتماعی نابسامان، اضطراب زمینه را برای رشد شخصی و افزایش انگیزه در این مبتلایان به اختلال وسواس فراهم می‌کند تا بهتر بتوانند نشانه‌های بیماری خود را کنترل کنند. تقویت انگیزه‌ی درونی مهم‌ترین هدف، در آموزش فراشناخت مبتلایان به اختلال وسواس است. برای رسیدن به این هدف، مبتلایان به اختلال وسواس تشویق می‌شوند تا پس از برنامه‌ریزی و اجرای آن، به خود پاداش دهند. در کنار این پاداش‌ها، تکمیل و به پایان رساندن وظیفه به خودی خود یک پاداش است که به مراجع حس موفقیت می‌دهد. موفقیت یک تقویت‌کننده‌ی بسیار قوی انگیزه است. انگیزه‌ی بالا، توجه و تمرکز فرد را افزایش و بی‌قراری درونی او را کاهش می‌دهد (نورمن و مورینا، ۲۰۱۸). فرایند آموزش فراشناخت در کاهش مشکلات مبتلایان به اختلال وسواس تلاش زیادی می‌کند. روش‌های حل مسئله به مبتلایان به اختلال وسواس می‌آموزد تا به جای آن که به موضوعات به صورت تکانه‌ای پاسخ دهند، راه حل‌های احتمالی و نتایج بالقوه را در نظر بگیرند. در طول درمان، مبتلایان به اختلال وسواس که توانایی به تأخیر انداختن دریافت لذت را ندارند، می‌آموزند تا با تبدیل وظایف به مراحل کوچک‌تر و دریافت پاداش، تا حد زیادی مشکلات اجتناب تجربه ایرا رفع کنند. در طول آموزش فراشناخت از مبتلایان به اختلال وسواس خواسته می‌شود تا برای همه‌ی مشکلات خود از جمله مشکلات اجتناب تجربه‌ای هدف رفتاری تعیین کنند. هدف رفتاری باید کاملاً روشن باشد و فراوانی آن توسط خود بیمار و یا آشنایان او (دوست، همسر، اعضای خانواده) ارزیابی شود. زمانی که مبتلایان به اختلال وسواس مسئولیت کنترل رفتارهای تکانه‌ای خود را می‌پذیرند، خود آگاهیشان افزایش می‌یابد و یادگیری خود نظارتی به این شیوه، به عنوان یک راهبرد کاهشی عمل می‌کند. همه‌ی تکنیک‌های به کار رفته برای مقابله با تکانشگری، مبتلایان به اختلال وسواس را وادار می‌کند که توقف کرده و موقعیت را از دیدگاه‌های متفاوت بررسی کند و به پیامدهای رفتار خود بیندیشد. بنابراین آموزش فراشناخت با آموختن مهارت‌های گسترده به مراجعین، تا حد زیادی باعث بهبود اجتناب تجربه‌ای در مبتلایان به اختلال وسواس می‌شود.

با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که فراشناخت درمانی بر عدم تحمل بلا تکلیفی در مبتلایان به اختلال وسواس اجبار موثر است. نتایج این پژوهش با پژوهش کیم و همکاران (۲۰۲۱)، میگل و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که براساس رویکرد فراشناخت درمانی هنگامی که برانگیزنده‌ای ایجاد عدم تحمل بلا تکلیفی می‌کند، در حقیقت آنچه موجب تداوم عدم تحمل بلا تکلیفی می‌شود وجود باورهای فراشناختی است. زمانی که باورهای مثبت فعال شود. فرد به ارزیابی مثبت

عدم تحمل بلا تکلیفی می‌پردازد؛ هنگامی که باورهای فراشناختی منفی فعال شود. فرد با ارزیابی منفی نگرانی می‌پردازد؛ همین امر منجر به گسترش عدم تحمل بلا تکلیفی در مبتلایان به وسواس اجبار می‌شود. هدف درمان فراشناختی کاهش فراشناخت‌های منفی و مثبت است که با استفاده از تکنیک‌های خاص، فرد متوجه می‌شود نگرانی درباره دردش آسیب‌زا نیست و کنترل شدنی است؛ در نتیجه اضطراب وی که موجب بزرگنمایی درد بوده، کاهش می‌یابد. در این رویکرد به جای اینکه درمان شامل چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار درباره عدم تحمل بلا تکلیفی و همچنین نظارت انعطاف‌ناپذیر بر تهدید را از بین ببرد. در درمان فراشناختی، بهره‌گیری از راهکارهای متفاوت جهت بهبود باور مثبت و منفی است. تکنیک آموزش توجه به کسب آگاهی و کنترل انعطاف‌پذیر بر تفکر نشخواری کمک می‌کند (مک ایوی، ۲۰۱۹). در جریان کنترل انعطاف‌پذیر، به مبتلایان به اختلال وسواس اجبار آموزش داده می‌شود تا با افکار یا احساسات مزاحم درونی (برانگیزاننده‌ها) خود، به عنوان سروصدهایی برخورد کند (پاشینگ و همکاران، ۲۰۱۹). از روش آموزش توجه نه برای توجه برگردانی از برانگیزاننده‌ها، بلکه به عنوان روشی برای حفظ آگاهی از آن‌ها بدون محدود کردن توجه به پاسخ‌های نشخواری فکری همچنین با استفاده از تکنیک ذهن‌آگاهی گسلیده، استفاده می‌شود؛ مبتلایان به اختلال وسواس اجبار یاد می‌گیرند بدون انجام دادن تحلیل مفهومی مداوم درباره نشخواری فکری و معنای آنها، آن را به تعویق بیندازند؛ البته مبتلایان به اختلال وسواس اجبار باید متوجه شود که این تعویق انداختن فرایند نشخواری فکری با سرکوب فکر تفاوت دارد و دچار اشتباه نشود؛ بلکه هدف، بیرون راندن فکر یا احساس منفی اولیه از ذهن نیست؛ بلکه هدف درگیر نشدن در آن از طریق نشخواری فکری مداوم است.

با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که فراشناخت درمانی بر باورهای فراشناختی مثبت در مبتلایان به اختلال وسواس اجبار موثر است. نتایج این پژوهش با پژوهش کیم و همکاران (۲۰۲۱)، میگل و همکاران (۲۰۲۱) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان فراشناختی موجب تعمیق و پایداری اثرات درمان می‌شود. دیدگاه نظری و درمانی فراشناخت بر باورها و تفکرات منفی به عنوان نتیجه کنترل فراشناختی شناخت تأکید می‌کند و بیان می‌دارد که چگونه باورهای فراشناختی در تداوم و تغییر شناخت مؤثر است. مداخله فراشناختی سطوحی از مداخله را عرضه می‌کند که بر چالش محتوای تفکر و باورهای منفی که در مداخله‌های سنتی شناختی بر آن تأکید می‌شود، تأکید نمی‌کند، بلکه سعی می‌کند که فراشناخت‌هایی را که شیوه ناسازگارانه تفکرات منفی تکرار شونده را زیاد می‌کند و یا باعث افزایش باورهای منفی عمومی می‌شوند را تغییر دهد (هاسیت و همکاران، ۲۰۱۹). به نظر می‌رسد که در تبیین اثربخشی درمان فراشناختی ذکر این نکات لازم است که در این رویکرد به جای اینکه درمان شامل چالش با افکار مزاحم و باورهای ناکارآمد باشد، شامل ارتباط با افکار به طریقی است که مانع ایجاد مقاومت و یا تحلیل ادراکی پیچیده شود و بتواند راهبردهای تفکر ناسازگار در مورد نگرانی را از بین ببرد. آنچه مهمتر است ذکر این نکته است که وجود باورهای منفی مشخصاً نمی‌تواند درباره‌ی الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهد. آنچه در این رویکرد مورد تأکید است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند. به دلیل اینکه مبتلایان به اختلال وسواس اجبار به شیوه پردازش عینی عمل می‌کنند، ارزیابی‌های مربوط به معنای

افکار مزاحم را کاملاً معتبر قلمداد می‌کنند. درمان فراشناختی از این رو مؤثر می‌افتد که موجب آگاهی مبتلایان به اختلال وسواس از فرایند سیستم پردازش فراشناختی می‌شود و در واقع کمک می‌کند به شیوه پردازش فراشناختی بیندیشند (وینتر و همکاران، ۲۰۲۰). این امر از این رو اهمیت دارد که تأکید درمان را از توقف بر روی افکار وسواس گونه بر می‌دارد و به سمت یادگیری این موضوع هدایت میکند که افکار وسواس گونه و یا انواع دیگر افکار مزاحم (مربوط به وسواس اجبار)، الزاماً به عمل ختم نمی‌شود. در درمان فراشناختی، تکنیک‌های اسنادسازی مجدد کلامی و تجارب رفتاری، در آمیختگی افکار را به چالش می‌طلبند. این فرایند کمتر در درمان شناختی مورد توجه قرار گرفته است. از سوی دیگر مبتلایان به اختلال وسواس اجبار می‌آموزند که چگونه یک شیوه توسعه یافته‌تر فراشناختی را رشد داده و اطلاعات را به روشی پردازش کنند که تحریک کننده فعالیت مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی به صورت ناکارآمد نباشد. این اهداف به وسیله تکنیک فاصله‌گیری از ذهن آگاهی صورت می‌گیرد (عباسی و همکاران، ۲۰۱۹). از دیگر دلایل اثربخشی مداخله فراشناختی بر علائم اختلال وسواس اجبار می‌توان به شناسایی و چالش با باورهای مثبت و منفی فراشناختی مبتلایان به اختلال وسواس اجبار اشاره کرد. اکثر مبتلایان به اختلال وسواس اجبار افکار مربوط به موقعیت‌های وسواس اجبار افکار را خطرناک و کنترل ناپذیر می‌دانند و دید منفی نسبت به این افکار دارند و بعضی از آن‌ها هم دید مثبتی به این نوع افکار دارند و فکر می‌کنند که افکار وسواس اجبار باعث می‌شود که آن‌ها خود را از افکار تکراری حفظ کنند. همین مسأله معمولاً باعث نشخوار فکری و افزایش خود هوشیاری این افراد به افکار مربوط به وسواس اجبار می‌شود. محدودیت عمده این پژوهش مربوط به روایی بیرونی می‌باشد چرا که جامعه آماری پژوهش گروه خاصی از جامعه، یعنی زنان مبتلا به اختلال وسواس اجبار مراجعه کننده به مراکز مشاوره و روان درمانی شهر تهران بودند، لذا امکان تعمیم نتایج به کل جامعه با محدودیت روبرو است. جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش براساس مقیاس‌های خودگزارش دهی بود. بنابراین، محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به اندازه‌گیری می‌باشد؛ چرا که ممکن است بازخورد یا نظرات و خودگزارشی افراد در مورد خود که از این آزمون‌ها به دست می‌آید با آن چیزی که واقعا در عمل و رفتار فرد می‌توانیم مشاهده کنیم، متفاوت باشد. طرح پژوهشی نیمه آزمایشی بوده است و لذا مزایای طرح‌های آزمایشی حقیقی را ندارد. در پژوهش‌های آتی از سایر رویکردهای درمانی نیز در مقایسه با این روش استفاده گردد تا امکان مقایسه اثربخشی فراشناخت درمانی (درمان فراشناختی) با سایر رویکردها فراهم گردد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی پژوهش‌گر از یک متخصص به عنوان درمانگر و آموزش درمان در پژوهش خویش سود جوید تا احتمال سوگیری در پژوهش کاهش یابد. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر شهرها نیز صورت گیرد و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش پس از آموزش گروهی به صورت مشاوره فردی نیز پیگیری شود. با توجه به تأثیر فراشناخت درمانی (درمان فراشناختی) بر اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مثبت در مبتلایان به اختلال وسواس اجبار پیشنهاد می‌گردد روان‌شناسان از فراشناخت درمانی (درمان فراشناختی) به صورت گسترده‌ای بهره گیرند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان به متخصصان سلامت روان و افراد فعال در حوزه سلامت و بهداشت توصیه کرد که با طراحی و کاربرد روش‌های مناسب الهام گرفته شده از فراشناخت درمانی (درمان فراشناختی) بر سلامت روان مبتلایان به اختلال وسواس اجبار بیفزایند.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

سپاس‌گزاری

این پژوهش به عنوان رساله دکتری رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر انجام گرفته است. بدین وسیله از همه کسانی که در انجام دادن پژوهش یاری رساندند، سپاس‌گزاری می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

پاشنگ، سارا، و خوش لهجه صدق، انیس. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فرا شناختی بر کاهش علائم، سرمایه روان‌شناختی و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سندرم روده تحریک‌پذیر. *فصلنامه علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی تهران*، ۲۹(۲): ۱۹۰-۱۸۱.

عباسی، عاطفه، آقایی، اصغر، و ابراهیمی مقدم، حسین. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراشناختی بر تاب‌آوری در افراد مبتلا به اضطراب فراگیر. *مجله علوم روانشناسی*، ۱۸(۷۸): ۶۹۱-۶۹۸.

References

- Ali, S., & Souilm, N. (2021). *Effects of Insight with Obsessive Beliefs and Metacognition Appraisal on Symptoms' Severity Among Patients with Obsessive Compulsive Disorder*.
- Barua, N., Singh, S., Agarwal, V., & Arya, A. (2020). *Executive functions, Metacognitive Beliefs, and Thought Control Strategies in Adolescents with Obsessive Compulsive Disorder*.
- Bottesi, G., Noventa, S., Freeston, M. H., & Ghisi, M. (2019). *Seeking certainty about Intolerance of Uncertainty: Addressing old and new issues through the Intolerance of Uncertainty Scale-Revised*. *PloS one*, 14(2), e0211929.
- Browning, M. E., Van Kirk, N. P., & Krompinger, J. W. (2021). *Examining depression symptoms within OCD: the role of experiential avoidance*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1-14.
- Cowan, E. (2020). *Exploring the Role of Experiential Avoidance in the Relationship between Obsessive-Compulsive Disorder and Obsessive-Compulsive Personality* (Doctoral dissertation, Kean University).

- Dutta, R. (2019). Analyzing Obsessive-Compulsive Disorder Using Relational Frame Theory, Experiential Avoidance, and Emotion Regulation. *Kean Quest*, 2(1), 2.
- Faleer, H. E., Fergus, T. A., Bailey, B. E., & Wu, K. D. (2017). Examination of an experimental manipulation of intolerance of uncertainty on obsessive-compulsive outcomes. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 15, 64-73.
- Gillett, C. B., Bilek, E. L., Hanna, G. L., & Fitzgerald, K. D. (2018). Intolerance of uncertainty in youth with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A transdiagnostic construct with implications for phenomenology and treatment. *Clinical psychology review*, 60, 100-108.
- Gushanas, K. L. (2019). The role of parental experiential avoidance (PEA) in the accommodation of pediatric obsessive-compulsive disorder (POCD) (Doctoral dissertation).
- Haseth, S., Solem, S., Sørø, G. B., Bjørnstad, E., Grøtte, T., & Fisher, P. (2019). Group metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: A pilot feasibility trial. *Frontiers in psychology*, 10, 290.
- Hezel, D. M., Stewart, S. E., Riemann, B. C., & McNally, R. J. (2019). Clarifying the thought-action fusion bias in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 20, 75-84.
- Hood, H. K., Wilson, G. A., Koerner, N., McCabe, R. E., Rowa, K., & Antony, M. M. (2019). Poor insight in obsessive-compulsive disorder: Examining the role of cognitive and metacognitive variables. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 23, 100447.
- Jensen, D., & Heimberg, R. G. (2015). Domain-specific intolerance of uncertainty in socially anxious and contamination-focused obsessive-compulsive individuals. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(1), 54-62.
- Kim, S. T., Park, C. I., Kim, H. W., Jeon, S., Kang, J. I., & Kim, S. J. (2021). Dysfunctional Metacognitive Beliefs in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder and Pattern of Their Changes Following a 3-Month Treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 12.
- Lee, S. W., Song, H., Jang, T. Y., Cha, H., Kim, E., Chang, Y., & Lee, S. J. (2020). Aberrant functional connectivity of neural circuits associated with thought-action fusion in patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychological Medicine*, 1-10.
- Mauzay, D., Spradlin, A., & Cuttler, C. (2016). Devils, witches, and psychics: The role of thought-action fusion in the relationships between obsessive-compulsive features, religiosity, and paranormal beliefs. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 113-120.
- McEvoy, P. M. (2019). Metacognitive therapy for anxiety disorders: a review of recent advances and future research directions. *Current psychiatry reports*, 21(5), 1-9.
- Mellick, W., Vanwoerden, S., & Sharp, C. (2017). Experiential avoidance in the vulnerability to depression among adolescent females. *Journal of Affective Disorders*, 208, 497-502.
- Meraj, M. B., Singh, S., Kar, S. K., Sharma, E., & Sarraf, S. R. (2020). Metacognitions in Symptomatic and Remitted Patients with Obsessive Compulsive Disorder: Preliminary Evidence for Metacognitive State and Trait Markers. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 0253717620975295.
- Miegel, F., Moritz, S., Hottenrott, B., Demiralay, C., & Jelinek, L. (2021). Metacognitive Training for Obsessive-Compulsive Disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 30, 100647.
- Myers, S. G., Grøtte, T., Haseth, S., Guzey, I. C., Hansen, B., Vogel, P. A., & Solem, S. (2017). The role of metacognitive beliefs about thoughts and rituals: A test of the

- metacognitive model of obsessive-compulsive disorder in a clinical sample. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 13, 1-6.
- Normann, N., & Morina, N. (2018). The efficacy of metacognitive therapy: a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 9, 2211.
- Pascual-Vera, B., Belloch, A., Ghisi, M., Sica, C., & Bottesi, G. (2021). To achieve a sense of rightness: The joint role of Not Just Right Experiences and Intolerance of Uncertainty in Obsessive-Compulsive Disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 29, 100627.
- Reuman, L., Buchholz, J., Blakey, S., & Abramowitz, J. S. (2017). Uncertain and fused: cognitive fusion, thought-action fusion, and the intolerance of uncertainty as predictors of obsessive-compulsive symptom dimensions. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 31(3), 191-203.
- Scherr, S. R., Herbert, J. D., & Forman, E. M. (2015). The role of therapist experiential avoidance in predicting therapist preference for exposure treatment for OCD. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(1), 21-29.
- Siwiec, S. G., Davine, T. P., Kresser, R. C., Rohde, M. M., & Lee, H. J. (2017). Modifying thought-action fusion via a single-session computerized interpretation training. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 15-22.
- van Oosterom, A. T. (2021). *The influence of obsessions on the relationship between intolerance of uncertainty and drive for activity in anorexia nervosa* (Master's thesis).
- Wells A. Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide. Chichester, Sussex: Wiley; 1997.
- Wells A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York, London: Guilford Press.
- Wetterneck, C. T., Steinberg, D. S., & Hart, J. (2014). Experiential avoidance in symptom dimensions of OCD. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 78(3), 253-269.
- Williams, B. M., & Levinson, C. A. (2021). Intolerance of uncertainty and maladaptive perfectionism as maintenance factors for eating disorders and obsessive compulsive disorder symptoms. *European Eating Disorders Review*, 29(1), 101-111.
- Winter, L., Schweiger, U., & Kahl, K. G. (2020). Feasibility and outcome of metacognitive therapy for major depressive disorder: a pilot study. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-7.
- Yılmaz, O., Boyraz, R. K., Kurtulmuş, A., Parlakkaya, F. B., & Öztürk, A. (2020). The relationship of insight with obsessive beliefs and metacognition in obsessive compulsive disorder. *Journal of Psychiatric Nursing*, 11(1), 11-19.

پرسشنامه وسواس اجباری بیل براون (۱۹۸۹)

۱- افکار وسواسی چقدر از وقت شما را اشغال میکنند؟ میزان زمان وقوع افکار وسواسی چقدر است؟

هیچ

خفیف: کمتر از یک ساعت در روز اتفاق می‌افتد و یا بصورت گهگاهی است. (بیش‌تر از ۸ بار در روز اتفاق نمی‌افتد.)

متوسط: یک تا سه ساعت در روز اتفاق می‌افتد و یا بصورت مکرر است. (بیش‌تر از ۸ بار در روز رخ میدهد ولی اکثر ساعت‌های روز

افکار وسواسی ندارم.)

شدید: بیش‌تر از ۳ ساعت و تا حدود ۸ ساعت در روز اتفاق می‌افتد و یا مزاحمت‌های بسیار مکرر، بیش از هشت بار در روز و اکثر ساعات

روز

بسیار شدید: بیش‌تر از هشت ساعت در روز اتفاق می‌افتد و یا تقریباً بصورت مداوم است. (تعداد دفعات افکار وسواسی به قدری زیاد

است که شمارش آن سخت است و کمتر ساعتی را در روز بدون افکار وسواسی سپری میکنم.)

۲- افکار وسواسی تا چه اندازه در عملکرد شغلی و اجتماعی شما اختلال ایجاد کرده است؟ (اگر در حال حاضر شاغل نیستید،

میزان تداخل وسواس را در فعالیتهای روزانه تان در نظر بگیرید. همچنین هنگام پاسخ دادن به این سوال به کارها و فعالیت

هایی که بخاطر وسواس آنها را رها کرده اید و یا کمتر به آنها میپردازید، توجه کنید.)

هیچ

خفیف: اختلال خفیف و جزئی در فعالیتهای شغلی یا اجتماعی ام ایجاد کرده ولی بطور کلی به عملکرد من لطمه‌ای نزده است.

متوسط: اختلال متوسط و مشخص در عملکرد شغلی یا اجتماعی ام ایجاد کرده ولی قابل کنترل است.

شدید: اختلال شدید است و لطمه‌ای اساسی در عملکرد شغلی و اجتماعی ام ایجاد کرده.

بسیار شدید: اختلال بسیار شدید و ناتوان کننده است.

۳- افکار وسواسی تا چه مقدار باعث پریشانی و ناراحتی شما می‌شود؟

هیچ

خفیف: به ندرت، آنچنان برایم ناراحت کننده نیست.

متوسط: مکرر و ناراحت کننده، ولی همچنان قابل کنترل است.

ناراحتی شدید: بسیار مکرر و بسیار پریشان کننده است.

ناراحتی بسیار شدید: تقریباً مداوم و ناتوان کننده است.

۴- تا چه اندازه تلاش میکنید در مقابل افکار وسواسی مقاومت کنید؟ وقتی افکار وسواسی وارد ذهنتان میشوند چقدر تلاش

میکنید که به آنها بی توجهی کنید و یا توجهتان را به چیز دیگری منحرف کنید؟

همیشه در برابر افکار وسواسی مقاومت میکنم یا علائم آنقدر خفیف هستند که اصلاً نیازی به مقاومت فعالانه ندارم.

اکثر مواقع سعی میکنم مقاومت کنم.

تا حدی مقاومت میکنم.

به ندرت در مقابل افکار وسواسی مقاومت میکنم و اکثراً تسلیم میشوم.

هیچ تلاشی برای مقاومت با افکار وسواسی نمیکنم و کاملاً تسلیم آنها میشوم.

۵- چقدر روی افکار وسواسی خود کنترل دارید؟ در متوقف کردن یا منحرف کردن افکار وسواسی خود چقدر موفق هستید؟

کنترل کامل : همیشه با موفقیت کامل میتوانم افکار وسواسی خود را کنترل کنم.

کنترل زیاد : معمولاً با موفقیت میتوانم افکار وسواسی خود را کنترل کنم.

کنترل متوسط : در کنترل کردن افکار وسواسی خود گاهی موفق میشوم.

کنترل کم : در کنترل کردن افکار وسواسی خود به ندرت موفق میشوم.

عدم کنترل : افکار وسواسی بطور کاملاً غیر ارادی مرا درگیر میکند و حتی یک لحظه هم نمیتوانم آنها را کنترل کنم.

۶- برای انجام دادن رفتارهای وسواسی خود چقدر وقت صرف می‌کنید؟ فراوانی انجام دادن این رفتارها چقدر است؟ (رفتارهای وسواسی چند بار انجام میشوند؟)

هیچ

خفیف : کم‌تر از یک ساعت در روز و یا بصورت گهگاهی رفتارهای وسواسی دارم. (بیش‌تر از ۸ بار نمی‌شود.)

متوسط : یک تا سه ساعت در روز و یا بصورت مکرر رفتارهای وسواسی دارم. (بیش‌تر از ۸ بار در روز است ولی اکثر ساعات‌های روز رفتارهای وسواسی ندارم.)

شدید : بیش‌تر از ۳ ساعت و تا حدود ۸ ساعت در روز و یا بصورت بسیار مکرر رفتارهای وسواسی دارم. (بیش از هشت بار در روز و اکثر ساعات روز رفتارهای وسواسی دارم.)

بسیار شدید : بیش‌تر از هشت ساعت در روز و یا تقریباً بصورت مداوم رفتارهای وسواسی دارم. (تعداد دفعات رفتارهای وسواسی به قدری زیاد است که شمارش آن سخت است و کم‌تر ساعاتی را در روز بدون رفتارهای وسواسی سپری میکنم.)

۷- رفتارهای وسواسی تا چه اندازه در عملکرد شغلی و اجتماعی شما اختلال ایجاد کرده است؟ (اگر در حال حاضر شاغل نیستید، میزان تداخل وسواس را در فعالیت‌های روزانه تان در نظر بگیرید. همچنین هنگام پاسخ دادن به این سوال به کارها و فعالیت‌هایی که بخاطر وسواس آنها را رها کرده اید و یا کم‌تر به آنها میپردازید، توجه کنید.)

هیچ

خفیف : اختلال خفیف و جزئی در فعالیت‌های شغلی یا اجتماعی‌ام ایجاد کرده ولی بطور کلی به عملکرد من لطمه‌ای نزده است.

متوسط : اختلال متوسط و مشخص در عملکرد شغلی یا اجتماعی‌ام ایجاد کرده ولی قابل کنترل است.

شدید : اختلال شدید است و لطمه‌ای اساسی در عملکرد شغلی و اجتماعی‌ام ایجاد کرده.

بسیار شدید : اختلال بسیار شدید و ناتوان‌کننده است.

۸- اگر در انجام رفتارهای وسواسی خود منع شوید، چه احساسی پیدا میکنید؟ چقدر مضطرب خواهید شد؟

هیچ : اگر از انجام رفتارهای وسواسی خود منع شوم، اصلاً مضطرب نمی‌شوم.

خفیف : اگر از انجام رفتارهای وسواسی خود منع شوم، تا حدودی مضطرب می‌شوم.

متوسط : اگر از انجام رفتارهای وسواسی خود منع شوم، اضطرابم افزایش پیدا میکند ولی قابل منترل است.

شدید: اگر از انجام رفتارهای وسواسی خود منع شوم، اضطرابم بسیار افزایش میابد و ناراحت کننده میشود.

بسیار شدید: اگر از انجام رفتارهای وسواسی خود منع شوم، اضطرابم بشدت افزایش میابد و ناتوان کننده میشود.

۹- تا چه اندازه تلاش میکنید در مقابل رفتارهای وسواسی مقاومت کنید؟

همیشه در برابر رفتارهای وسواسی مقاومت میکنم یا علائم آنقدر خفیف هستند که اصلا نیازی به مقاومت فعالانه ندارم.

اکثر مواقع سعی میکنم مقاومت کنم.

تا حدی مقاومت میکنم.

به ندرت در مقابل رفتارهای وسواسی مقاومت میکنم و اکثرا تسلیم میشوم.

هیچ تلاشی برای مقاومت با رفتارهای وسواسی نمیکنم و کاملا تسلیم آنها میشوم.

۱۰- چقدر بر روی رفتارهای وسواسی خود کنترل دارید؟ در متوقف کردن رفتارهای وسواسی خود چقدر موفق هستید؟

کنترل کامل: همیشه با موفقیت کامل میتوانم رفتارهای وسواسی خود را کنترل کنم.

کنترل زیاد: معمولا با موفقیت میتوانم رفتارهای وسواسی خود را کنترل کنم.

کنترل متوسط: در کنترل کردن رفتارهای وسواسی خود گاهی موفق میشوم.

کنترل کم: در کنترل کردن رفتارهای وسواسی خود به ندرت موفق میشوم.

عدم کنترل: رفتارهای وسواسی بطور کاملا غیر ارادی مرا درگیر میکند و حتی یک لحظه هم نمیتوانم آنها را کنترل کنم.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی یا پذیرش عمل (AAQ-II)

۱. در صورتی که خاطرات ناخوشایندی را بیاد آورم، حالم خوب است (و مشکلی ندارم).

همیشه	تقریباً همیشه	بیش‌تر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	خیلی به ندرت	هرگز

۲. تجربیات و خاطرات دردناکم، زندگی کردن به گونه‌ای که برای من ارزشمند است را دشوار ساخته است.

همیشه	تقریباً همیشه	بیش‌تر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	خیلی به ندرت	هرگز

۳. از احساساتم می‌ترسم.

همیشه	تقریباً همیشه	بیش‌تر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	خیلی به ندرت	هرگز

۴. نگرانم که مبادا نتوانم نگرانی‌ها و احساساتم را کنترل کنم.

همیشه	تقریباً همیشه	بیش‌تر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	خیلی به ندرت	هرگز

۵. خاطرات دردناکم، مرا از داشتن یک زندگی رضایت بخش محروم می‌کنند.

همیشه	تقریباً همیشه	بیش‌تر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	خیلی به ندرت	هرگز

۶. من بر زندگی خود کنترل دارم.

همیشه	تقریباً همیشه	بیش‌تر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	خیلی به ندرت	هرگز

۷. هیجان‌ها باعث ایجاد مشکلات در زندگی من می‌شوند.

همیشه	تقریباً همیشه	بیش‌تر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	خیلی به ندرت	هرگز

۸. به نظر می‌رسد بیشتر مردم زندگی خود را بهتر از من اداره می‌کنند.

همیشه	تقریباً همیشه	بیش‌تر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	خیلی به ندرت	هرگز

۹. نگرانی‌ها مانع موفقیت من می‌شوند.

همیشه	تقریباً همیشه	بیش‌تر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	خیلی به ندرت	هرگز

۱۰. افکار و احساس‌هایم مانع زندگی دلخواهم نمی‌شوند.

همیشه	تقریباً همیشه	بیش‌تر اوقات	گاهی اوقات	به ندرت	خیلی به ندرت	هرگز

فرم کوتاه پرسشنامه فراساخت ولز

سؤال	مخالفم	کمی موافقم	نسبتاً موافقم	کاملاً موافقم
نگران شدن به من کمک می‌کند تا از مشکلات در آینده اجتناب کنم.				
نگرانی برای من خطرناک است.				
در مورد افکار خود خیلی فکر می‌کنم.				
گاهی با نگران شدن، واقعا خودم را مریض می‌کنم.				
وقتی در مورد مساله‌ای فکر می‌کنم، در مورد نحوه کارکردن ذهنم کاملاً آگاهم.				
اگر یک فکر نگران‌کننده نکنم و سپس آن رخ بدهد، آنگاه تقصیر من خواهد بود.				
لازم است نگران باشم تا اینکه رفتارم تنظیم شده باشد.				
برای بازیابی کلمات و اسامی به حافظه خود اطمینان کمی دارم.				
افکار نگران‌کننده‌ام صرف نظر از تلاش برای توقف آن‌ها ادامه دارد.				
نگران شدن به من کمک می‌کند تا مسایل ذهنم را حل و فصل کنم و به آن‌ها نظم بدهم.				
نمی‌توانم به افکار نگران‌کننده‌ام بی‌توجه باشم.				
افکار خود را کنترل و بازبینی می‌کنم.				
باید تمام مدت افکار خود را کنترل کنم.				
گاهی حافظه‌ام می‌تواند مرا همراه کند.				
نگرانی‌ام می‌تواند مرا دیوانه کند.				
دایم متوجه افکار خود هستم.				
حافظه ضعیفی دارم.				
به نحوه عملکرد ذهنم توجه خاصی می‌کنم.				
نگران شدن به من کمک می‌کند تا با مسائل کنار بیایم.				
ناتوانی در کنترل افکار، علامت ضعف است.				
وقتی نگرانی‌ام شروع می‌شود نمی‌توانم جلوی آن را بگیرم.				
برای کنترل نکردن برخی از افکار تنبیه می‌شوم.				
نگرانی به حل مشکلات من کمک می‌کند.				
در مورد به خاطر سپردن مکان‌ها، اطمینان کمی به حافظه‌ام دارم.				
تفکر در مورد بعضی از افکار بد است.				
به حافظه‌ام هیچ اطمینانی ندارم.				
اگر نتوانم افکارم را کنترل کنم، قادر به کار و فعالیت نخواهم بود.				
باید نگران شوم تا این که خوب کار کنم.				
به حافظه خود در مورد به خاطر سپردن کارهایی که می‌کنم اطمینان کمی دارم.				
دایما افکار خود را بررسی می‌کنم.				

پرسشنامه عدم تحمل بلاتکلیفی (IUS)

IUS

جملات زیر، نوع واکنش افراد در برابر بلاتکلیفی‌های زندگی را توضیح می‌دهند. لطفاً بر اساس این مقیاس پنج درجه-ای، مشخص کنید هر جمله چقدر درباره شما صدق می‌کند. لطفاً عدد مربوط به هر جمله را در جای خالی (.....) بنویسید.



- ۱- بلاتکلیفی باعث می‌شود که نظر قطعی نداشته باشم.
- ۲- بلاتکلیفی، نشان‌دهنده بی‌نظمی فرد است.
- ۳- بلاتکلیفی، زندگی را غیر قابل تحمل می‌کند.
- ۴- غیر عادلانه است که هیچ چیز در زندگی، قطعی و یقینی نیست.
- ۵- اگر ندانم فردا چه پیشامدی روی می‌دهد، ذهنم آرام و قرار ندارد.
- ۶- بلاتکلیفی باعث ناراحتی، اضطراب و آشفتگی من می‌شود.
- ۷- حوادث پیش‌بینی نشده، مرا به شدت ناراحت می‌کند.
- ۸- اگر همه اطلاعات لازم را در اختیار نداشته باشم، ناتمام می‌شوم.
- ۹- بلاتکلیفی مرا از داشتن یک زندگی لذتبخش محروم می‌کند.
- ۱۰- باید همیشه گوش به زنگ باشم تا از وقوع حوادث غافلگیر کننده جلوگیری کنم.
- ۱۱- حتی با وجود بهترین برنامه‌ریزی، یک اتفاق غیر پیش‌بینی کوچک، همه چیز را بر هم می‌زند.
- ۱۲- به محض این‌که می‌خواهم دست به کار شوم، بلاتکلیفی مرا ناتوان می‌کند.
- ۱۳- بلاتکلیف بودن به این معنای است که من آرام و قرار ندارم.
- ۱۴- وقتی بلاتکلیف هستم، نمی‌توانم پیشرفت کنم.
- ۱۵- وقتی بلاتکلیفی هستم، نمی‌توانم عملکرد خوبی داشته باشم.
- ۱۶- به نظر می‌رسد دیگران بر مخالف من، می‌دانند سرنوشت زندگی‌شان چیست.
- ۱۷- بلاتکلیفی باعث ناراحتی، آسیب‌پذیری و غمگینی من می‌شود.
- ۱۸- همیشه می‌خواهم بدانم در آینده چه سرنوشتی پیدا می‌کند.
- ۱۹- از غافلگیر شدن متنفرم.
- ۲۰- کوچکترین تردیدی مرا از عمل باز می‌دارد.
- ۲۱- من باید بتوانم همه چیز را از قبل، سازماندهی کنم.
- ۲۲- بلاتکلیفی نشان‌دهنده عدم اعتماد به نفس است.
- ۲۳- به نظرم اطمینان خاطر دیگران درباره سرنوشت آینده‌شان، درست نیست.
- ۲۴- بلاتکلیفی مرا از خواب راحت محروم کرده است.
- ۲۵- من باید از تمام موقعیت‌های بلاتکلیف زندگی، اجتناب کنم.
- ۲۶- ابهام‌های زندگی مرا دچار استرس می‌کند.
- ۲۷- نمی‌توانم بلاتکلیفی درباره آینده زندگی‌ام را تحمل کنم.

پرسشنامه تصویر بدن

کاملاً موافقم	تا حدودی موافقم	نظری ندارم	تا حدودی مخالفم	کاملاً مخالفم

هیچ جواب درست یا اشتباهی در این رابطه وجود ندارد. تنها گزینه ای را علامت بزنید که دقیقاً مربوط به شماست. به یاد داشته باشید که پاسخ های شما محرمانه باقی خواهد ماند. پس لطفاً در کمال صداقت به همه سوالات پاسخ دهید.

کاملاً موافقم	تا حدودی موافقم	نظری ندارم	تا حدودی مخالفم	کاملاً مخالفم	سوال
					۱. قبل از اینکه وارد جمع شوم، برایم مهم است که چگونه به نظر آیم.
					۲. من لباس هایی را انتخاب می کنم که ظاهر مرا به بهترین صورت نشان دهد.
					۳. قادرم اکثر تست های آمادگی جسمانی را با موفقیت پشت سر بگذارم.
					۴. برای من مهم است که نیروی جسمی زیادی داشته باشم.
					۵. بدن من از لحاظ جنسی جذاب است.
					۶. من فعالیت ورزشی منظمی ندارم.
					۷. من سلامتی خود را در کنترل دارم.
					۸. من در باره عواملی که بر سلامتی تاثیر می گذارد، اطلاعات فراوانی دارم.
					۹. من آگاهانه یک شیوه زندگی سالم را در پیش گرفته ام.
					۱۰. من مدام نگران چاق بودن یا چاق شدن هستم.
					۱۱. من ظاهرم را همانگونه که هست می پسندم.
					۱۲. من هر گاه بتوانم ظاهرم را در آینه چک می کنم.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

				۱۳. قبل از خارج شدن از خانه، معمولاً مدت زیادی را صرف آماده شدن می‌کنم.
				۱۴. تحمل و طاقت بدنی من مطلوب است.
				۱۵. شرکت در ورزشها برای من چندان مهم نیست.
				۱۶. من معمولاً برای اینکه از لحاظ جسمی متناسب بمانم، کاری انجام نمی‌دهم.
				۱۷. سلامتی من تحت تاثیر شرایط و موقعیت های غیر متظره است.
				۱۸. سالم بودن یکی از از مهمترین موارد زندگی من است.
				۱۹. من کاری را که سلامتیم را تهدید کند، انجام نمی‌دهم.
				۲۰. من نسبت به کوچک ترین تغییرات در وزنم آگاه هستم.
				۲۱. اکثر مردم مرا فردی خوش قیافه می‌دانند.
				۲۲. برایم مهم است که همواره خوب به نظر آیم.
				۲۳. من از محصولات آرایشی بسیار کم استفاده می‌کنم.
				۲۴. من به راحتی مهارتهای جسمانی را یاد می‌گیرم.
				۲۵. داشتن تناسب جسمی جز اصول اولیه زندگی من نیست.
				۲۶. من برای افزایش نیروی جسمانی ام تلاش می‌کنم.
				۲۷. من به ندرت از لحاظ جسمی دچار بیماری می‌شوم.
				۲۸. من سلامتی ام را مسلم می‌دانم.
				۲۹. من غالباً مجلات و کتاب هایی در زمینه ی سلامتی مطالعه می‌کنم.
				۳۰. من ظاهر خود را بدون لباس دوست دارم.
				۳۱. چنانچه آرایشم متناسب نباشد، نسبت به آن آگاهی دارم.
				۳۲. معمولاً هرچه در دسترس باشد را بدون توجه به ظاهر آن می‌پوشم.
				۳۳. من در ورزش ها و مهارتهای ضعیف عمل می‌کنم.
				۳۴. من به ندرت به مهارتهای قهرمانی می‌اندیشم.
				۳۵. من برای بهبود توان و قدرتم تلاش میکنم.
				۳۶. من هیچگاه نسبت به احساس بدنم آگاه نبوده و از روزی به روز دیگر فرقی نمی‌کند.
				۳۷. اگر بیمار باشم هرگز توجه زیادی به علائم بیماریم نمی‌کنم.
				۳۸. من هرگز تلاش ویژه ای برای داشتن رژیم غذایی متعادل و مغذی انجام نمی‌دهم.
				۳۹. من متناسب بودن اندازه لباس هایم را دوست دارم.
				۴۰. من به اینکه مردم درباره ظاهر من چه فکر می‌کنند بهایی نمی‌دهم.
				۴۱. من توجه ویژه ای به نظافت موی سرم دارم.
				۴۲. من بدن خود را دوست ندارم.
				۴۳. من به بهبود توانایی هایم در انجام فعالیت های جسمانی اهمیت نمی‌دهم.

					۴۴. من سعی می‌کنم تا از لحاظ جسمی فعال باشم.
					۴۵. غالباً احساس می‌کنم که نسبت به بیماری آسیب پذیر هستم.
					۴۶. من برای شناسایی علائم بیماری توجه زیادی به بدن خود دارم.
					۴۷. اگر سرما بخورم یا دچار آنفلوآنزا شوم بیماری را در نظر نگرفته و بمانند سابق به کارهایم ادامه می‌دهم.
					۴۸. من از لحاظ جسمی جذاب نیستم.
					۴۹. من هرگز به ظاهر خود نمی‌اندیشم.
					۵۰. من همیشه تلاش می‌کنم تا ظاهر بدنی خود را ارتقا دهم.
					۵۱. من از هماهنگی بسیار بالایی برخوردار هستم.
					۵۲. من اطلاعات فراوانی در باره سلامت جسمانی دارم.
					۵۳. من در طول سال به طور منظم به یک ورزش می‌پردازم.
					۵۴. من از لحاظ جسمانی فردی سالم هستم.
					۵۵. من نسبت به کوچک‌ترین تغییرات وضع سلامتی بدنم بسیار آگاه هستم.
					۵۶. با آشکار شدن اولین علائم بیماری به جستجوی مشاوره پزشکی می‌روم.
					۵۷. من تحت رژیم کاهش وزن هستم.

به گزینه‌ها توجه کرده و گزینه مورد نظر خود را انتخاب کنید:

۵۸. من تلاش کرده‌ام تا تا از طریق روزه گرفتن یا انجام رژیم‌های سخت وزن کم کنم.

- هرگز
- به ندرت
- گاهی اوقات
- غالباً
- تقریباً همیشه

۵۹. من فکر می‌کنم که:

- خیلی کمبود وزن دارم
- تا حدودی کمبود وزن دارم
- وزنم مناسب است
- تا حدودی اضافه وزن دارم
- خیلی اضافه وزن دارم

۶۰. با نگاه کردن به من اکثر مردم فکر می‌کنند که من:

- خیلی کمبود وزن دارم

پروپزشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

- تا حدودی کمبود وزن دارم
- وزنم مناسب است
- تا حدودی اضافه وزن دارم
- خیلی اضافه وزن دارم

لطفا میزان رضایت یا عدم رضایت خود را در مورد بخش‌های مختلف بدن با توجه به گزینه‌های زیر مشخص کنید:

خیلی ناراضم	تا حدودی ناراضم	نظری ندارم	تا حدودی راضیم	خیلی راضیم	سوال
					۶۱. صورت (اجزای صورت، رنگ چهره)
					۶۲. مو (رنگ، ضخامت، بافت)
					۶۳. نیم تنه تحتانی (باسن؛ لگن، ران، ساق پا)
					۶۴. نیم تنه (بخش میانی) (کمر، شکم)
					۶۵. نیم تنه فوقانی (قفسه سینه یا پستان‌ها، شانه‌ها و بازوها)
					۶۶. قوام عضلانی
					۶۷. وزن
					۶۸. قد
					۶۹. ظاهر کلی

پرسشنامه خوش‌بینی

کاملاً موافقم	موافقم	نه	مخالفم	کاملاً مخالفم	گویه‌ها

در موقعیت‌هایی که نتایج نامعلوم و از ابهام برخوردار است معمولاً انتظار دارم که بهترین نتیجه را بدست خواهیم آورد.

به سادگی می‌توانم خودم را آرام و ریلکس کنم.

معمولاً همان چیزهایی که نباید برایم اتفاق بیافتد، اتفاق می‌افتد.

من همیشه به آینده‌ام خوش‌بین هستم.

موقعی که کنار دوستانم هستم بسیار لذت می‌برم.

برای من مهم است که خودم را سرگرم نگه دارم.

آن چیزهایی که باب میلم هست به سختی اتفاق می‌افتد.

به راحتی نگران می‌شوم.

خیلی کم پیش می‌آید که چیزهای خوبی برایم اتفاق بیافتد.

به طور کلی انتظار دارم به جای اتفاقات بد، اتفاقات خوب برایم پیش بیاید.

The effectiveness of metacognitive therapy on experiential avoidance, uncertainty intolerance and positive metacognitive beliefs in women with obsessive-compulsive disorder

Shirin. Yadollahi Ardestani¹, Moloud. Keykhosrovani^{*2}, & Naser. Amini³

Abstract

Aim: The purpose of this research was the effectiveness of metacognitive therapy on experiential avoidance, uncertainty intolerance and positive metacognitive beliefs in women with obsessive-compulsive disorder. **Methods:** The current research method is semi-experimental and the design used in this research is a pre-test-post-test design with a control group and a follow-up period. The statistical population of the research was all women suffering from obsessive-compulsive disorder who referred to counseling and psychotherapy centers in Tehran in the months of February and March of 2021. The research sample included 30 women with obsessive-compulsive disorder who referred to counseling and psychotherapy centers in Tehran between February and March of 1400. Data were collected using the Yale-Brown Obsessive Compulsive Questionnaire (1989), the Experiential Avoidance Questionnaire by Bond et al. (2011), the Intolerance of Uncertainty Questionnaire by Friston et al. Obtained. In this research, the protocol of Wells (2000) was used to perform metacognitive therapy, which was performed once a week for 8 sessions of 90 minutes on the experimental group. The data was analyzed using the method of analysis of variance with repeated measurements and SPSS software. **Results:** The findings showed that metacognitive therapy on experiential avoidance ($F=13.53$, $P<0.001$), uncertainty intolerance ($F=65.25$, $P<0.001$), and positive metacognitive beliefs ($F=75.86$, $P<0.001$) was effective in women with obsessive compulsive disorder. **Conclusion:** It can be concluded that metacognitive therapy was effective on experiential avoidance, intolerance of uncertainty and positive metacognitive beliefs in women with obsessive compulsive disorder, and this therapy can be used to reduce the problems of obsessive-compulsive patients.

Keywords: metacognitive therapy, experiential avoidance, uncertainty intolerance, metacognitive beliefs, obsession.

1. PhD student, Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

2. ***Corresponding Author:** Assistant Professor in the Department of Psychology, Buser Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

Email: moloud.keykhosrovani@gmail.com

3. Assistant Professor in the Department of Psychology, Buser Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran