



The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Relationship Obsessive-Compulsive Disorder (ROCD) and Experiential Avoidance

Gholam Nabi Okati ¹, Fatemeh Shahabizadeh ^{2*}, Seyyed Abdul Majid Bahreinian ³

1. PhD student, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
 2. Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran (corresponding author).
 3. Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.
- ❖ Corresponding Author Email: f_121@yahoo.com

Journal Info:

Volume 1, Issue 4 Winter 2023
Pages: 18-29

Article Dates:

Receive: 2022/10/12
Accept: 2023/01/14
Published: 2023/02/20

Keywords:

Metacognitive Therapy,
Experiential Avoidance,
Relationship Obsessive-
Compulsive

The purpose of this study was to investigate the effectiveness of metacognitive therapy on relationship obsessive-compulsive disorder (ROCD) and experiential avoidance. In terms of the purpose, the current research was of an applied type, and in terms of the method, based on the research design and method, it was a semi-experimental with a pre-test and post-test design (with an experimental group and a control group and a three-month follow-up period). The statistical population used in the present study included all married women who referred to the psychotherapy centers of the 10th district of Tehran in 2022. Among these people, 40 people were selected using the purposeful sampling method and randomly assigned to an experimental group (20 people) and a control group (20 people). Then, on the test group, the metacognitive therapy of Wells (2009) was implemented. In order to collect data, the research tools included the experiential avoidance questionnaire by Bond et al. (2007) and the relationship obsessive-compulsive questionnaire by Doron et al. (2012). In order to statistically analyze the data, analysis of variance with repeated measurements and Bonferroni's post hoc test and SPSS software version 26 were used. F value and significance level were obtained for the variable of experiential avoidance ($F = 6.29$ and $P = 0.001$) and relationship intellectual-practical obsession ($F = 6.45$ and $P = 0.001$). It can be concluded that the independent variable (metacognitive therapy) has significantly changed the dependent variables (experiential avoidance and relationship intellectual-practical obsession). Therefore, it can be concluded that the changes in the dependent variables were caused by the implementation of metacognitive therapy on the experimental group. Based on the findings, it can be concluded that metacognitive therapy was effective on experiential avoidance and relationship intellectual-practical obsession of married women. Therefore, it is suggested that experts benefit from the techniques of this approach in their work.

Article Cite:

Okati Gh N, Shahabizadeh F Bahreinian AM. (2023). The Effectiveness of Metacognitive Therapy on Relationship Obsessive-Compulsive Disorder (ROCD) and Experiential Avoidance, *Psychological Dynamics in Mood Disorders*; 1(4): 18-29





اثربخشی درمان فراشناختی بر وسواس-فکری عملی رابطه‌ای (ROCD) و اجتناب تجربه‌ای

غلام نبی اکاتی^۱، فاطمه شهبابی زاده^{۲*}، سیدعبدالمجید بحرینیان^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران (نویسنده مسئول).

۳. استاد، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

✉ ایمیل نویسنده مسئول: f_121@yahoo.com

اطلاعات نشریه:

دوره ۱، شماره ۴، زمستان ۱۴۰۱

صفحات: ۲۹-۱۸

تاریخ‌های مقاله:

دریافت: ۱۴۰۱/۰۷/۲۰

پذیرش: ۱۴۰۱/۱۰/۲۴

انتشار: ۱۴۰۱/۱۲/۰۱

واژگان کلیدی:

درمان فراشناختی، اجتناب تجربه‌ای، وسواس فکری-عملی رابطه‌ای

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر وسواس-فکری عملی رابطه‌ای (ROCD) و اجتناب تجربه‌ای بود. پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع کاربردی و از لحاظ روش بر اساس طرح پژوهش و شیوه انجام، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون (با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل و دوره پیگیری سه ماهه) بود. جامعه آماری به کار رفته در پژوهش حاضر شامل کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز روان‌درمانی منطقه ۱۰ تهران در سال ۱۴۰۱ بود و از بین این افراد با استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش (۲۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. سپس، روی گروه آزمایش بسته درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۹) اجرا شد. به منظور گردآوری داده‌ها، ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای بوند و همکاران (۲۰۰۷) و پرسشنامه وسواس فکری-عملی رابطه‌ای دورون و همکاران (۲۰۱۲) بود. به منظور تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی و نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS استفاده شد. با توجه به مقدار F و سطح معناداری به دست آمده در متغیر اجتناب تجربه‌ای ($F = ۶/۲۹$ و $P = ۰/۰۰۱$) و وسواس فکری-عملی رابطه‌ای ($F = ۶/۴۵$ و $P = ۰/۰۰۱$) می‌توان نتیجه گرفت که متغیر مستقل (درمان فراشناختی) به شکل معناداری باعث تغییر در متغیرهای وابسته (اجتناب تجربه‌ای و وسواس فکری-عملی رابطه‌ای) شده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات ایجاد شده در متغیرهای وابسته ناشی از اجرای درمان فراشناختی بر گروه آزمایش بود. بر اساس یافته‌های به دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی بر اجتناب تجربه‌ای و وسواس فکری-عملی رابطه‌ای زنان متأهل مؤثر بود. از این رو، پیشنهاد می‌شود متخصصین از فنون این رویکرد در کار خود بهره‌مند شوند.

استناد به مقاله:

نبی اکاتی غ، شهبابی زاده ف، بحرینیان س ع. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان فراشناختی بر وسواس-فکری عملی رابطه‌ای (ROCD) و اجتناب تجربه‌ای، پویایی روانشناختی در اختلالات خلقی؛ (۴): ۱۸-۲۹



مقدمه

اختلال وسواس فکری-عملی رابطه‌ای نمایه‌ای^۱ در حال مطالعه از وسواس است که چالش‌های بخصوصی را برای مداخلات روانشناسی به ویژه مداخلات مبتنی بر درمان شناختی-رفتاری از جمله قطع ناگهانی درمان و یا بازگشت به علائم به وجود آورده است (دورون^۲ و همکاران، ۲۰۱۶؛ میسرلی و کاینا، ۲۰۲۳). وسواس‌های رابطه‌ای در انواع مختلفی از روابط نزدیک مانند والد-کودک، رابطه با استاد و حتی خدای فرد می‌تواند رخ دهد. با این حال علائم وسواسی با تمرکز بر روابط عاشقانه، اخیراً مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است (تینلا و همکاران^۳، ۲۰۲۳). از تظاهرات متداول اختلال وسواس فکری-عملی رابطه‌ای، شک و تردید و مشغولیت‌های ذهنی متمرکز بر احساس مناسب بودن خود برای شریک زندگی (برای مثال شدت احساسات شخص نسبت به شریک زندگی خود)، «درستی» این رابطه و درباره ماهیت ادراک شده احساسات شریک زندگی نسبت به خود است. این تظاهرات علائم وسواس فکری-عملی رابطه-محور نامیده می‌شود (گورلیک^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). اختلال وسواس فکری-عملی رابطه‌ای همچنین می‌تواند شامل مشغولیت‌های ذهنی ناتوان کننده در مورد نقایص ادارک شده شریک رابطه (مانند به اندازه کافی باهوش نبودن شریک) باشد، چنین علامت‌هایی علائم وسواس فکری-عملی متمرکز بر شریک زندگی نامیده می‌شود (کاسالووا^۵ و همکاران، ۲۰۲۰)، اگرچه از بعضی جهات مشابه مواردی است که در ادبیات پژوهشی به عنوان بدشکلی بدن نیابتی (تمرکز بر عیوب جسمی دیگران) ذکر می‌شود (میسیرلی و کاینا^۶، ۲۰۲۳)، اما علائم وسواس فکری-عملی متمرکز بر شریک به مشغولیت ذهنی وسواسی گسترده‌ای از ویژگی‌های معیوب شریک زندگی (اخلاق‌مندی، جامعه پذیری، موفقیت) اشاره می‌کند (سروش و همکاران، ۲۰۲۳). در واقع اختلال وسواس رابطه‌ای همان اختلال وسواس فکری-عملی است که محتوا و ماهیت وسواس‌ها بر «رابطه» متمرکز شده است، و اخیراً نیز مورد توجه پژوهشگران زیادی قرار گرفته است. اگرچه اغلب مراجعان و درمانگران از اختلال وسواس فکری-عملی رابطه‌ای و پدیده‌های مرتبط با آن بی‌خبر هستند و علائم اختلال وسواس فکری-عملی رابطه‌ای را با معضلات زندگی یا مشکلات بین شخصی اشتباه می‌گیرند. نگرانی‌ها و تردیدها، به خصوص تعارض‌ها در طول رابطه شایع است و رفتارهای شبیه به اختلال وسواس فکری-عملی رابطه‌ای ممکن است در طول دوره عادی از ایجاد رابطه، به طور عمده در مراحل عاشقانه، قرار عاشقانه یا قبل از تعهد به رابطه رخ دهد. با توجه به این مسائل تشخیص اختلال وسواس فکری-عملی رابطه‌ای می‌تواند تلاشی پیچیده باشد (دهاقین و همکاران، ۱۴۰۲). علائم وسواس فکری-عملی رابطه‌ای در مراحل اولیه یک رابطه شروع می‌شود و با پیشرفت رابطه یا رسیدن به نقاط تصمیم‌گیری مانند ازدواج، تشدید می‌شود. این وسواس‌های رابطه‌ای صرف نظر از تعارض در رابطه، ادامه می‌یابند. شک و تردید اختلال وسواس فکری-عملی رابطه‌ای، اغلب رضایت از رابطه را کاهش می‌دهد و در واقع علائم اختلال وسواس فکری-عملی رابطه‌ای با رضایت کمتر از رابطه پیوند خورده است (میسیرلی و کاینا، ۲۰۲۳).

در سال‌های اخیر توجه زیادی به اجتناب تجربه‌ای به عنوان عامل آسیب شناختی 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 (یدالهی اردستانی، کیخسروانی و امینی، ۱۴۰۱). 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^۷، ۲۰۱۴). این شکل از اجتناب شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی نیز می‌شود. اجتناب تجربی به عنوان عامل آسیب شناختی انواع مختلف اختلال‌های روانی شناخته شده است (ملیک، ونوردن و شارپ^۸، ۲۰۱۷). این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دستیابی به اهداف زندگی شخصی تداخل کند (شر، هربرت و فورمن^۹، ۲۰۱۵). در واقع عملکرد اجتناب تجربه‌ای کنترل یا به حداقل رساندن تاثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند آرامش فوری و کوتاه‌مدتی ایجاد نماید؛ اما در درازمدت باعث افزایش پریشانی در فرد می‌شود (کیهان، غنی‌فر و آهی، ۲۰۲۳). اجتناب تجربه‌ای به عنوان ناتوانی در حفظ تماس با تجربیات درونی ناخوشایند و آشفته‌کننده و در نتیجه تلاش برای تغییر دادن، دور کردن و فرو نشانیدن تعریف می‌شود. افرادی که اجتناب تجربه‌ای بیشتری دارند از خودتخریبی، انکار، حمایت هیجانی، گسستگی رفتاری و خودسرزنی بیشتری استفاده می‌کنند، از اختلالات روانی بیشتری رنج می‌برند و تجارب هیجانی نسبت به محرک‌های خوشایند و ناخوشایند را با شدت بیشتری ابراز می‌کنند (اسمیت^{۱۰}، ۲۰۱۶). پژوهش‌های بسیاری نشان داده‌اند که شدت اجتناب تجربی در اختلالات وسواس و اضطرابی بالا است (برونینگ، ونکرک و

¹ Representation

² Doron

³ Tinella

⁴ Gorelik

⁵ Kasalova

⁶ Misirli & Kaynak

⁷ Wetterneck, Steinberg, and Hart

⁸ Mellick, Vanwoerden, and Sharp

⁹ Scherr, Herbert, and Forman

¹⁰ Smith

کرومپینگر^{۱۱}، ۲۰۲۱). همچنین پژوهش‌های گوناگون (گوشاناس^{۱۲}، ۲۰۱۹؛ داتا^{۱۳}، ۲۰۱۹) نشان داده‌اند که اجتناب تجربی با هیجانات منفی و مشکلات مقابله‌ای بیش‌تر رابطه دارد. نتایج پژوهش کوان^{۱۴} (۲۰۲۰) نشان داد افرادی که اجتناب تجربی بیش‌تری دارند، از خودتخریبی، انکار، حمایت هیجانی، گسستگی رفتاری و خودسرزندی بیش‌تری استفاده می‌نمایند و تجارب هیجانی شدیدتری را نسبت به محرک‌های خوشایند و ناخوشایند تجربه می‌کنند. طبق پژوهش‌های صورت گرفته، به نظر می‌رسد پایه و اساس بسیاری از اختلالات روانشناختی، فراشناخت باشد (اسمیت و هانت^{۱۵}، ۲۰۱۶) و نقش اساسی بر تشدید اختلالات روانی داشته باشد (معتدی، برجلی، سهرابی‌اسمرود و دلور، ۱۳۹۷). در درمان فراشناختی، درمانگر بر شناخت باورهای فراشناختی، تجربه‌های فراشناختی و همچنین راهبردهای فراشناختی فرد به عنوان سه فرایند اصلی روانشناختی تمرکز و تأکید دارد (هیمدال، سولیم و هاگان^{۱۶}، ۲۰۱۹). این درمان با تقویت راهبردهای تنظیم و همچنین افزایش توانمندی‌هایی نظیر ارزیابی، برنامه‌ریزی، توجه و رفع تهدیدهای شناختی، هیجانی و رفتاری، این امکان را به فرد می‌دهد که با توان و کارآمدی بیشتری به وظایف و فعالیت‌های خود رسیدگی کند (محمد صالحی، یوسفی و مرادی، ۲۰۲۲). رویکرد فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام ناراحتی هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آن‌ها به الگوی خاصی از پاسخ‌دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود. این الگوها سندرم شناختی-توجه (CAS) خوانده می‌شود که شامل نگرانی، نشخوار فکری، توجه تثبیت شده و راهبردهای خودتنظیمی یا رفتارهای مقابله‌ای ناسازگارانه است (ولز^{۱۷} و همکاران، ۲۰۲۰). درمان فراشناختی (MCT) بر این اصل استوار است که فراشناخت برای درک نحوه‌ی عملکرد شناخت و نحوه‌ی تولید تجربه‌های هشیارانه‌ی ما درباره‌ی خودمان و جهان اطرافمان بسیار مهم است. همچنین فراشناخت ارزیابی‌های ما را شکل می‌دهد و بر انواع راهبردهایی که برای تنظیم افکار و احساساتمان به کار می‌بریم، اثر می‌گذارد (گوگر، روزنمن و گونزالز^{۱۸}، ۲۰۲۰). 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 (کیهان، غنی فر و آهی، ۲۰۲۳). 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 چندبیماری وسواس و داشتن زیرشاخه‌های 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 سؤال زیر بود:

آیا درمان فراشناختی بر وسواس-فکری عملی رابطه‌ای (ROCD) و اجتناب تجربه‌ای زنان متأهل اثربخش است؟

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف از نوع کاربردی و از لحاظ روش بر اساس طرح پژوهش و شیوه انجام، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون (با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل و دوره پیگیری سه ماهه) بود. جامعه آماری به کار رفته در پژوهش حاضر شامل کلیه زنان متأهل مراجعه‌کننده به مراکز روان‌درمانی منطقه ۱۰ تهران در سال ۱۴۰۱ بود و از بین این افراد با استفاده از شیوه نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۰ نفر انتخاب شده و به صورت تصادفی در یک گروه آزمایش (۲۰ نفر) و یک گروه کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. سپس، روی گروه آزمایش درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۹) اجرا شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: متأهل بودن؛ کسب نمره بالا در پرسشنامه وسواس فکری-عملی رابطه‌ای؛ نداشتن تشخیص بیماری روانی دیگر توسط روان‌پزشک یا روانشناس؛ عدم شرکت در جلسات دیگر روان‌درمانی و مشاوره. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: عدم تمایل به ادامه جلسات؛ غیبت در بیش از یک جلسه از جلسات درمانی؛ مراجعه به سایر مراکز مشاوره یا روان‌درمانی در طی جلسات پژوهش. به منظور گردآوری داده‌ها، ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای بوند و همکاران (۲۰۰۷) و پرسشنامه وسواس فکری-عملی رابطه‌ای دورون و همکاران (۲۰۱۲) بود.

¹¹ Browning, Van Kirk, & Krompinger

¹² Gushanas

¹³ Dutta

¹⁴ Cowan

¹⁵ Smith & Hunt

¹⁶ Hjemdal, Solem, Hagen

¹⁷ Wells

¹⁸ Goger, Rozenman, and Gonzalez

۱. **پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای (EAQ):** این پرسشنامه ۱۰ سوالی توسط بوند و همکاران در سال ۲۰۰۷ ساخته شده است. نسخه اولیه این مقیاس دارای ۳۶ سوال بود که به وسیله هاپس و همکاران در سال ۲۰۰۴ تدوین شده بود. این پرسشنامه اجتناب تجربی را در مقیاس لیکرت ۷ درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۷ (همیشه درست است) اندازه می‌گیرد. بوند و همکاران (۲۰۱۱) دریافتند که نسخه ۱۰ سوالی این پرسشنامه پایایی و ثبات درونی مطلوبی دارد و پایایی این مقیاس را به روش بازآزمایی در فاصله زمانی ۱۲ ماه ۰/۸۴ گزارش کردند؛ همچنین روایی همزمان این مقیاس را از طریق بررسی ارتباط آن با پرسشنامه افسردگی، اضطراب و استرس (DASS) مطلوب گزارش کردند. همچنین شفیی و همکاران (۱۳۹۶) پایایی این مقیاس را به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۶ و روایی محتوایی و صوری آن را مورد تایید قرار دادند. پایایی این پرسشنامه در این پژوهش با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شده است.

۲. **پرسشنامه وسواس فکری- عملی رابطه‌ای (ROCI):** این پرسشنامه در سال ۲۰۱۲ توسط دورون و همکاران تهیه و تدوین شد و شامل ۱۲ گویه ۳ خرده مقیاس عشق همسر (شماره سوال‌های ۱، ۷، ۱۰، ۱۴)، درستی رابطه (۳، ۵، ۹، ۱۲) و عشق ورزی همسر (۴، ۶، ۱۱، ۱۳) را در یک طیف لیکرت از اصلاً (۰)، تا خیلی زیاد (۴) مورد ارزیابی قرار می‌دهد (سوالات ۲ و ۸ برای چک کردن درستی پاسخ‌های دیگر سوالات است). دورون و همکاران (۲۰۱۲) برای این ابزار همسانی درونی مناسبی یافتند. ضرایب همبستگی ROCI در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۹۲ در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. همچنین زیرمقیاس‌های ROCI همبستگی مناسبی را با زیرمقیاس‌های (OCI-R) در سطح ۰/۰۱ نشان دادند. به علاوه همبستگی زیرمقیاس‌های ROCI با زیرمقیاس‌های (OBQ) بین ۰/۱۶ تا ۰/۳۴؛ با مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی (DAS) بین ۰/۳۴ تا ۰/۵۶؛ با مقیاس‌های اجتناب و اضطراب از تجربه روابط نزدیک (ECR) بین ۰/۲۴ تا ۰/۳۶ و در نهایت با مقیاس ارزیابی روابط (RAS) بین ۰/۳۹ تا ۰/۶۱- که همگی در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که سه عامل این ابزار برازندگی مناسبی دارند، برای مثال شاخص CFI 96/0 و شاخص RMSEA 089/0 بدست آمده که نشان دهنده برازندگی مناسبی هستند. همچنین زیرمقیاس‌های ROCI همسانی درونی و پایایی بازآزمایی مناسبی را نشان دادند. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و همبستگی معنادار این ابزار را با پرسشنامه نشانه‌های وسواس فکری- عملی مرتبط با همسر، پرسشنامه اختلال وسواس فکری- عملی، پرسشنامه باورهای وسواسی، مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس به عنوان شاخصی از روایی همگرایی این ابزار گزارش کردند. همچنین قیام و همکاران (۲۰۱۹) برای بررسی ویژگی‌های روانسجی این پرسشنامه در ایران، آن را بر روی ۴۵۹ دانشجوی متاهل از دانشگاه‌های شهر تهران اجرا کردند. نتایج بدست آمده نشان داد که همسانی درونی ROCI در دامنه ۰/۶۶ تا ۰/۸۹ در سطح ۰/۰۱ معنادار است، همچنین ضریب همبستگی پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در محدوده ۰/۶۵ تا ۰/۸۴ و آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۸ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه ۰/۷۴-۰/۷۹ تخمین زده شد. یافته‌های روایی همگرا و تشخیصی (افترافی) نشان داد که زیرمقیاس‌ها و نمره کل ROCI همبستگی منفی و معنادار با پرسشنامه وسواس فکری- عملی رابطه‌ای اسپانیر (DAS) در دامنه ۰/۲۷- تا ۰/۵۶- در سطح ۰/۰۱ دارند، در حالیکه همبستگی مثبت و معنادار با مقیاس استرس، اضطراب و افسردگی (DAS)، پرسشنامه باورهای رابطه‌ای (RBI)، پرسشنامه پادوا (PI-WSUR) و مقیاس وسواس فکری- عملی بازنگری شده (OCI-R) در دامنه ۰/۲۶ تا ۰/۶۱ در سطح ۰/۰۱ معنادار بودند. در تحلیل عاملی، شاخص‌های برازش نشان دهنده برازش مناسب این پرسشنامه بودند. در نتیجه این ضرایب، این پرسشنامه اعتبار و روایی مناسبی دارد (دهاقین و همکاران، ۱۴۰۲).

۳. **درمان فراشناختی:** جلسات آموزش فراشناختی ولز در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بر اساس بسته‌ی آموزشی ولز (۲۰۰۹) بر روی آزمودنی‌های گروه آزمایش اجرا شد. هدف از هر جلسه و فعالیت‌های انجام شده به تفکیک جلسات به اختصار در جدول ۱ آمده است:

جدول ۱. برنامه مداخلات درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۹)

جلسات	محتوای جلسات
جلسه اول	در جلسه اول پیش‌آزمون توسط مراجع تکمیل شد. سپس مصاحبه شرح حال کاملی از بیمار اخذ شد در این جلسه فرمول بندی موردی براساس برهه اخیر نشخوار فکری انجام شد. هدف این بود که آگاهی فراشناختی بیمار افزایش یابد و بیمار برای ادامه‌ی درمان آمادگی لازم را پیدا کند عوامل تداوم بخش افسردگی (نشخوار فکری و کاهش فعالیت) بررسی شد. تمرین توجه به بیمار آموزش داده شد. تمرین توجه باعث کسب آگاهی و کنترل انعطاف‌پذیر بر تفکر نشخواری است. از بیمار خواسته شد این تکنیک را هر روز ۲ بار و هر بار به مدت ۱۲-۱۰ دقیقه انجام دهد. در پایان تمرین توجه و ثبت فعالیت‌های روزانه به عنوان تکلیف خانگی به بیمار داده شد.
جلسه دوم	در جلسه دوم تکنیک‌های ذهن آگاهی گسلیده، تعویق فکری و کاربرد آنها به بیمار آموزش داده شد. هدف تکنیک ذهن آگاهی این است که بیمار از برانگیزاننده‌های نشخوار فکری بدون انجام تحلیل مفهومی آن آگاه باشد و هدف تعویق فکری اینکه بیمار کنترل‌پذیر بودن نشخوار فکری را مورد آزمون قرار دهد. برخی عقاید و باورهای بیمار در مورد میزان آمیختگی با نشخوار فکری و اعتقاد به کنترل‌پذیر بودن آن بررسی شد. در پایان این جلسه تمرین توجه، ثبت فعالیت‌های روزانه، ذهن آگاهی گسلیده و تعویق فکری به عنوان تکلیف خانگی توصیه شد.

جلسه سوم	<p>در این جلسه تمرین توجه و آزمون تعدیل برای چالش با فراشناخت‌های مربوط به کنترل ناپذیری انجام شد. در پایان این جلسه معنای علایم از دید بیمار بررسی شد. همچنین در مورد مدیریت خطاها بحث شد. توضیح داده شد که بر طبق نظریه مدیریت خطا، در شرایط عدم قطعیت، بهای مرتکب هر یک از این دو خطا شدن (مثبت کاذب در مقابل منفی کاذب)، اغلب به صورت عدم موفقیت در بقا و تولید مثل پرداخت می‌شود. در این مثال، بهای عدم شناسایی یک مار در زیر برگ ها، می‌تواند منجر به مرگ شود؛ بهای تشخیص نادرست وجود یک مار هنگامی که وجود ندارد به صورت صرف بیهوده انرژی برای دوری کردن از چیزی بی‌آزار، پرداخت می‌شود. تکلیف خانگی این جلسه انجام فن آموزش توجه، روش ذهن آگاهی و به تعویق انداختن فکر، ثبت فعالیت‌های روزانه بود.</p>
جلسه چهارم	<p>در جلسه چهارم زمینه یابی بیمار از اطرافیان در مورد تجربه نوسان خلق مورد بررسی قرار گرفت. باورهای مثبت در مورد نشخوار فکری به چالش کشیده شد و تمرین توجه انجام شد. در مورد تفکر عقلانی جامع به عنوان یک پدیده مهم در مداخله تکامل نگر بحث شد. در پایان جلسه برنامه‌ریزی و جایگزینی پیاده روی به عنوان یک فعالیت لذت‌بخش، بررسی باورهای فراشناختی در مورد غمگینی به عنوان تکلیف خانگی جلسه‌ی بعد ارائه شد.</p>
جلسه پنجم	<p>در جلسه‌ی پنجم سطح فعالیت، مقابله‌های ناسازگارانه و اجتناب‌های بیمار بررسی شد. سپس باورهای فراشناختی مثبت مورد چالش قرار گرفت و در آخر تمرین توجه انجام شد. همچنین آموزش مهارت‌های سازگاری فردی با توجه به رویکرد تکامل نگر آموزش داده شد. استفاده از تکنیک ذهن آگاهی تکلیف خانگی مراجع برای جلسه بعد بود.</p>
جلسه ششم	<p>در جلسه ششم، سطح نشخوار فکری مراجع کاهش قابل توجهی داشت. در این جلسه باورهای فراشناختی منفی به چالش کشیده شد. تمرین توجه نیز انجام شد. همچنین راه‌های مقابله با تعارض‌ها و کشمکش‌های درونی براساس مداخلات تکامل نگر که بر ایجاد افسردگی نیز نقش دارند آزمون شد. در مورد الگوهای اجتماعی مبتنی بر رویکرد تکاملی که در ایجاد ارتباطات اجتماعی مناسب اثرگذار است بحث شد. در آخر تکلیف خانگی - تمرین فن آموزش توجه، به تعویق انداختن نشخوار فکری، انجام فعالیت‌های لذت بخش به بیمار یادآوری شد.</p>
جلسه هفتم	<p>در جلسه هفتم تمرکز بر تدوین برنامه‌ی جدید بود تا بیمار بتواند پس از درمان با عوامل مرتبط با عود به خوبی مقابله کند. ضمناً ترس بیمار از عود مجدد مورد توجه قرار گرفت و توضیحات لازم در این بهاره ارائه شد. در تدوین برنامه جدید برانگیزاننده‌های نشخوار فکری لیست شد، سبک رفتار و مقابله‌های قدیم و جدید (جایگزین) نیز مکتوب شد. در مورد سبک‌های دفاعی تعمیم یافته و سازگارانه براساس رویکرد تکامل نگر بحث شد. ارتباط سبک‌های دفاعی با نوسانات عاطفی و خلقی مانند افسردگی و همچنین کارکردهای دیگر مانند ایمنی برای بقا و کارکردای انگیزشی و اجتماعی بحث شد. یافتن نمونه‌هایی از باورهای مثبت و منفی فراشناختی و شواهد نفی‌کننده آن به عنوان تکلیف خانگی جلسه هفتم توصیه شد.</p>
جلسه هشتم	<p>در جلسه‌ی هشتم پس از آزمون مجدداً اخذ شد. تمرین‌هایی برای دوره پیگیری مجدد به شرکت کنندگان داده شد.</p>

شیوه اجرا

پس از اخذ رضایت‌نامه و ارائه توضیحات لازم در مورد موازین اخلاقی و روند پژوهش، آزمودنی‌های هر دو گروه قبل از شروع جلسات پرسشنامه‌ها را تکمیل کرده و سپس اعضای گروه آزمایش تحت درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۹) قرار گرفتند اما اعضای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از پایان مداخلات مجدداً هر دو گروه پرسشنامه‌ها را تکمیل نمودند و در نهایت پس از پایان دوره پیگیری سه ماهه همه شرکت‌کنندگان (گروه آزمایش و کنترل) برای بار دیگر به ابزار اندازه‌گیری پژوهش پاسخ دادند. همچنین پس از پایان دوره پیگیری اعضایی از گروه کنترل که مایل بودند به صورت رایگان تحت درمان فراشناختی ولز (۲۰۰۹) قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پژوهش در دو بخش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی انجام شد. در بخش توصیفی از جدول‌های توزیع فراوانی استفاده شده و در بخش استنباطی تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی و نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی به دست آمده نشان داد که میانگین (انحراف معیار) سن اعضای گروه آزمایش ۳۰/۴۴ (۵/۰۴) سال و اعضای گروه کنترل ۲۸/۵۵ (۵/۹۴) سال بود. در جدول زیر یافته‌های آمار توصیفی پژوهش گزارش شده است که شامل میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به تفکیک عضویت در گروه آزمایش و کنترل می‌باشد.

جدول ۲. داده‌های توصیفی نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
اجتناب تجربه‌ای	آزمایش	پیش آزمون	۴۴/۴۹	۳/۹۱
		پس آزمون	۳۸/۳۴	۳/۸۲
		پیگیری	۳۸/۱۱	۴/۰۳
	کنترل	پیش آزمون	۴۶/۵۷	۴/۱۵
		پس آزمون	۴۶/۴۱	۳/۴۰
		پیگیری	۴۷/۸۲	۳/۷۶
وسواس فکری عملی رابطه‌ای	آزمایش	پیش آزمون	۳۸/۸۸	۲/۴۲
		پس آزمون	۳۲/۴۲	۲/۹۲
		پیگیری	۳۲/۲۹	۲/۹۰
	کنترل	پیش آزمون	۳۷/۱۸	۲/۸۵
		پس آزمون	۳۷/۶۲	۲/۷۷
		پیگیری	۳۷/۳۴	۲/۳۸

همان طور که نتایج نوشته شده در جدول فوق نشان می‌دهد، می‌توان دریافت که به طور شهودی، در میانگین نمرات گروه کنترل تغییرات بسیار کمی دیده می‌شود اما نمرات گروه آزمایش میانگین اجتناب تجربه‌ای و وسواس فکری-عملی رابطه‌ای به شکل محسوسی کاهش یافته است. برای آزمایش معنادار بودن اثربخشی درمان فراشناختی بر اجتناب تجربه‌ای و وسواس فکری-عملی رابطه‌ای گروه آزمایش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله استفاده شده است. بدین منظور، ابتدا باید پیش‌فرض‌های مورد نیاز بررسی شد.

جدول ۳. نتایج توزیع طبیعی نمره‌ها و آزمون همگنی واریانس‌ها

متغیر	آزمون شاپیرو ویلک		آزمون لوین		آزمون ام باکس	
	آماره	معناداری	آماره	معناداری	آماره	معناداری
اجتناب تجربه‌ای	۰/۶۹۵	۰/۵۲۰	۰/۷۲۰	۰/۳۴۴	۱۵/۷۵۳	۰/۰۱۲
وسواس فکری-عملی رابطه‌ای	۰/۸۴۲	۰/۶۷۰	۰/۹۰۴	۰/۲۶۲	۲۲/۰۴۶	۰/۰۱۱

یافته‌های گزارش شده در جدول فوق حاکی از آن است که نتایج آزمون شاپیرو ویلک طبیعی بودن داده‌ها را تأیید می‌نماید. به علاوه، بر اساس نتایج آزمون لوین شرط همسانی واریانس برقرار بوده و نتایج آزمون ام باکس نیز همگنی ماتریکس کوواریانس را تأیید می‌کند. از این رو امکان استفاده از شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر سه‌مرحله‌ای وجود دارد.

جدول ۴. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش و کنترل

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجزورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر (اتا)
اجتناب تجربه‌ای	مداخله	۲۸۵۲۳/۴۴	1	۲۸۵۲۳/۴۴	۹۷/۷۱	۰/۰۰۰	۰/۷۰
	گروه	۶۵۲/۹۷	۱	۶۵۲/۹۷	۶/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	خطا	۷۵۰/۴۵	۴۰	۱۸/۷۶			
وسواس فکری-عملی رابطه‌ای	مداخله	۲۴۲۹۵/۳۲	۱	۲۴۲۹۵/۳۲	۹۹/۹۶	۰/۰۰۰	۰/۷۲
	گروه	۵۸۰/۳۱	۱	۵۸۰/۳۱	۶/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۳۸
	خطا	۷۴۲/۵۴	۴۰	۱۸/۵۶			

مطابق جدول فوق می‌توان دریافت که با توجه به مقدار F و سطح معناداری به دست آمده در متغیر اجتناب تجربه‌ای ($F = ۶/۲۹$ و $P = ۰/۰۰۱$) و وسواس فکری-عملی رابطه‌ای ($F = ۶/۴۵$ و $P = ۰/۰۰۱$) می‌توان نتیجه گرفت که متغیر مستقل (درمان فراشناختی) به شکل معناداری باعث تغییر در متغیرهای وابسته (اجتناب تجربه‌ای و وسواس فکری-عملی رابطه‌ای) شده است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات ایجاد شده در متغیرهای وابسته ناشی از اجرای درمان فراشناختی بر گروه آزمایش بود.

جدول ۵. نتایج مقایسه زوجی میانگین‌های تعدیل شده بر اساس آزمون بونفرونی در سه مرحله در گروه آزمایش

مرحله	پس آزمون - پیگیری		پیش آزمون - پیگیری		پیش آزمون - پس آزمون	
	تفاوت میانگین	انحراف معیار خطا	تفاوت میانگین	انحراف معیار خطا	تفاوت میانگین	انحراف معیار خطا
شاخص‌های آماری اجتناب تجربه‌ای	۰/۳۷	۳/۵۹	۷/۴۵	۳/۵۱	۷/۲۹	۳/۴۰
وسواس فکری-عملی رابطه‌ای	۰/۲۶	۲/۴۲	۹/۳۴	۲/۵۲	۶/۲۵	۲/۵۶

طبق یافته‌های گزارش شده در جدول فوق می‌توان دریافت که تفاوت میانگین نمرات مرحله پیگیری و پس آزمون معنادار نبوده ($p < ۰/۰۵$) در حالی که نمرات هر دو مرحله با نمرات مرحله پیش آزمون تفاوت معنادار دارد ($p < ۰/۰۱$). از این رو می‌توان نتیجه گرفت که درمان فراشناختی در مرحله پس آزمون به شکل معنادار باعث تغییر در اجتناب تجربه‌ای و وسواس فکری-عملی رابطه‌ای شده و در عین حال این تأثیر بر متغیرهای گروه آزمایش در مرحله پیگیری پایدار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان فراشناختی بر اجتناب تجربه‌ای و وسواس فکری-عملی رابطه‌ای زنان متأهل انجام شد. نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که این شیوه درمانی بر اجتناب تجربه‌ای و وسواس فکری-عملی رابطه‌ای زنان متأهل گروه آزمایش به صورت معناداری تأثیر گذار بوده و بر اساس نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی این اثر در مرحله پیگیری نیز پایدار بود. نتایج به دست آمده در پژوهش حاضر به طور ضمنی و یا با بخشی از پژوهش‌های محمدنژادی، شمالی اسکویی و سلیمانی (۱۴۰۲)، خجسته عباسی، ترودی زاده و یونس (۱۴۰۲)، کیهان و همکاران (۱۴۰۲)، یدله‌ای اردستانی و همکاران (۱۴۰۱)، عباسی و همکاران (۱۳۹۸)، پاشنگ و خوش لهجه صدق (۱۳۹۸)، علی و سولیم (۲۰۲۱)، برونینیگ و همکاران (۲۰۲۱)، باروا و همکاران (۲۰۲۰)، مراج و همکاران (۲۰۲۰)، بیلماز و همکاران (۲۰۲۰) و وینتر و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود.

در تبیین یافته‌های پژوهش 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 بالاتکلیفی 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 فرایندهای 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 رابطه‌ای همبستگی وجود دارد (سویس و همکاران، ۲۰۱۷؛ میوزی و همکاران، ۲۰۱۶). وجود علائم وسواس در کنار مشکلاتی که در حوزه اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل بالاتکلیفی 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 تأکید 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 (باروا 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 فرایند 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 تأکید 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 می کشد (میرز و همکاران، ۲۰۱۷). علی و سویلم (۲۰۲۱) طی یک پژوهشی اثربخشی درمان فراشناختی را بر روی نشانگان اختلال وسواس فکری-عملی و فکری-عملی رابطه‌ای بررسی کردند. نتایج بهبود قابل توجهی را در آزمودنی‌ها بر علائم مذکور نشان داد.

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، درآمیختگی 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، ۱۳۹۸). 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 سروصداهایی برخورد کند (پاشینگ و همکاران، ۱۳۹۸). 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 ذهن آگاهی 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 بیندازد؛ 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.

پژوهش حاضر نیز همانند هر پژوهش دیگری از محدودیت‌هایی برخوردار بود. این محدودیت‌ها موجب می‌گردد تعمیم یافته‌ها با مشکل مواجه شود. یکی از محدودیت‌های پیش روی پژوهش‌گر در این پژوهش استفاده از پرسشنامه‌های خودگزارشی برای گردآوری داده‌ها بود؛ چنین ابزار اندازه‌گیری‌ای همواره با مقداری خطا همراه است. محدودیت دیگر این پژوهش جامعه آماری آن بود؛ با توجه به تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی نمی‌توان نتایج به دست آمده را به سایر جوامع تعمیم داد. در نتیجه باید به منظور تعمیم نتایج این پژوهش جوانب احتیاط رعایت گردد. سرانجام، با توجه به نتایج به دست آمده از طریق تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها و با توجه به محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌گردد پژوهش‌گران محترم در پژوهش‌های آتی خود اثربخشی بسته درمانی استفاده شده در این پژوهش را مجدداً روی جوامع آماری دیگر و با در نظر گرفتن سایر متغیرها انجام دهند. همچنین پیشنهاد می‌شود کارگاه‌های ویژه جهت آموزش مهارت‌های فراشناختی به متخصصین اختلالات وسواسی و همچنین کارگاه‌هایی در مورد وسواس فکری-عملی رابطه‌ای برگزار گردد.

موازین اخلاقی

در تمام مراحل پژوهش سعی شد اصول اخلاقی مورد توجه قرار گیرد. ضمن دادن آزادی انتخاب به شرکت‌کنندگان و دادن اطمینان جهت رعایت اصول رازداری، سعی بر آن بود تا به حریم شخصی زندگی افراد احترام گذاشته شود.

سپاس‌گزاری

از همه افراد شرکت‌کننده در پژوهش و همه افرادی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

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

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., & Kropf, 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).
- Doron, G., Derby, D. S., & Szepeswol, O. (2014). Relationship obsessive compulsive disorder (ROCD): A conceptual framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(2), 169-180.
- Doron, G., Derby, D. S., Szepeswol, O., & Talmor, D. (2012). Flaws and all: Exploring partner-focused obsessive-compulsive symptoms. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(4), 234-243.
- Doron, G., Derby, D. S., Szepeswol, O., & Talmor, D. (2012). Tainted love: Exploring relationship-centered obsessive compulsive symptoms in two non-clinical cohorts. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 1(1), 16-24.
- Doron, G., Derby, D., Szepeswol, O., Nahaloni, E., & Moulding, R. (2016). Relationship obsessive-compulsive disorder: Interference, symptoms, and maladaptive beliefs. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 58.
- Dutta, R. (2019). *Analyzing Obsessive-Compulsive Disorder Using Relational Frame Theory, Experiential Avoidance, and Emotion Regulation*. *Kean Quest*, 2(1), 2.
- Ghomian, S., Shaeiri, M. R., & Farahani, H. (2019). Psychometric Features of Relationship Obsessive-Compulsive Inventory: A scale in the Field of Relationship Obsessive-Compulsive Disorder. *International Journal of Behavioral Sciences*, 12(4), 154-161.
- Goger, P., Rozenman, M., & Gonzalez, A. (2020). The association between current maternal psychological control, anxiety symptoms, and emotional regulatory processes in emerging adults. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 68, 101563.
- Gorelik, M., Szepeswol, O., & Doron, G. (2023). Promoting couples' resilience to relationship obsessive compulsive disorder (ROCD) symptoms using a CBT-based mobile application: A randomized controlled trial. *Heliyon*.
- 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.
- Hjemdal, O., Solem, S., Hagen, R., Kennair, L. E. O., Nordahl, H. M., & Wells, A. (2019). A randomized controlled trial of metacognitive therapy for depression: analysis of 1-year follow-up. *Frontiers in psychology*, 10, 1842.
- 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.
- Kasalova, P., Prasko, J., Ociskova, M., Holubova, M., Vanek, J., Kantor, K., ... & Barnard, L. (2020). Marriage under control: Obsessive compulsive disorder and partnership. *Neuroendocrinology Letters*, 41(3), 134-145.
- Kayhan, F., Ghanifar, M. H., & Ahi, Q. (2023). Comparing the effectiveness of emotion-oriented couple therapy and acceptance and commitment-based couple therapy on cognitive indicators (experiential avoidance and emotion regulation) in couples affected by extramarital relationships. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 4(3), 9-19.
- Khojasteh Abbasi, F., Tarverdizadeh, H., & Younesi, S. J. (2023). Cognitive and Metacognitive Strategies, and Academic Buoyancy: Effects and Analysis. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 4(7), 23-30.

- 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*.
- Kiverstein, J., Rietveld, E., Slagter, H. A., & Denys, D. (2019). *Obsessive compulsive disorder: A pathology of self-confidence?. Trends in cognitive sciences, 23(5)*, 369-372.
- Lee, E. B., Barney, J. L., Twohig, M. P., Lensegrav-Benson, T., & Quakenbush, B. (2020). *Obsessive compulsive disorder and thought action fusion: Relationships with eating disorder outcomes. Eating behaviors, 37*, 101386.
- 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.
- MISIRLI, M., & KAYNAK, G. K. (2023). Relationship Obsessive Compulsive Disorder: A Systematic Review. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 15(4)*, 549-561.
- Mohammadnejadi, B., Shamali Oskoei, A., & Soleimani, M. (2023). Comparing the effectiveness of metacognitive therapy and the integration of metacognitive therapy with an evolutionary psychotherapy approach in reducing depression symptoms. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies, 4(2)*, 34-43.
- 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.
- 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.
- Siwiew, 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.
- Smith RE, Hunt RR. (2016). Distinctive processing in young and older adults: Metacognitive judgments and the isolation paradigm. *Psychology and Aging, 31(2)*, 33-49
- Sroosh, S., Zare-Bahramabadi, M., & Nasrollahi, B. (2023). Comparing the Effect of Integrative-Behavioral and Emotion-Focused Couple Therapies on Marital Adjustment of Couples with Obsessive-Compulsive Disorder. *International Journal of Behavioral Sciences, 16(4)*, 234-240.
- Tinella, L., Lunardi, L., Rigobello, L., Bosco, A., & Mancini, F. (2023). Relationship Obsessive Compulsive Disorder (R-OCD): The role of relationship duration, fear of guilt, and personality traits. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders, 37*, 100801.
- 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. (2007). *Meta-Cognitive therapy of anxiety disorders: a practice manual and conceptual guide*. Chichester, Sussex: Wiley;.
- Wells A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. NewYork, London: Guilford Press.

- Wells, A., Reeves, D., Heal, C., Fisher, P., Davies, L., Heagerty, A., ... & Capobianco, L. (2020). Establishing the feasibility of group metacognitive therapy for anxiety and depression in cardiac rehabilitation: a single-blind randomized pilot study. *Frontiers in psychiatry, 11*, 582.
- 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.

