

مقاله‌ی پژوهشی

اثر درمان فراشناختی «ولز» بر درآمیختگی افکار بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری

خلاصه

مقدمه: ماهیت چندبعدی و پیچیده اختلال وسواسی جبری، بررسی و به کارگیری درمان‌های جدید را ایجاب می‌کند. پژوهش حاضر جهت بررسی اثربخشی الگوی فراشناختی ولز بر درآمیختگی افکار بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری، به عنوان یکی از ابعاد مهم باورهای فراشناختی طراحی شد.

روش کار: این پژوهش نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه شاهد اجرا شد. از بین تمام بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روان‌شناختی شهر شیراز در سال ۱۳۸۷، ۲۴ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مساوی آزمون و شاهد قرار گرفتند. گروه آزمون ۸ هفته درمان فراشناختی ولز را تجربه کردند، در حالی که گروه شاهد تنها پیگیری شدند. آزمون درآمیختگی افکار به عنوان ابزار ارزیابی در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری پس از ۲ ماه به کار گرفته شد. داده‌ها با شاخص‌های توصیفی و آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره، توسط نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شدند.

یافته‌ها: بیماران گروه آزمون در نمره‌ی کل درآمیختگی افکار و هم چنین در نمرات سه‌گانه درآمیختگی، کاهش معنی‌داری نسبت به گروه شاهد در پس‌آزمون و پی‌گیری نشان دادند ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: به کارگیری الگوی فراشناختی ولز در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری در کاهش علائم درآمیختگی افکار آنان موثر است.

واژه‌های کلیدی: اختلال وسواسی جبری، درآمیختگی افکار، درمان فراشناختی

کاظم خرم دل*

کارشناس ارشد روان‌شناسی

حمید طاهر نشاط دوست

استاد روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

حسین مولوی

استاد روان‌شناسی بالینی دانشگاه اصفهان

شعله امیری

استادیار روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

فاطمه بهرامی

استادیار روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

*مؤلف مسئول:

ایران، اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه

اصفهان، دانشکده‌ی علوم تربیتی و

روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی بالینی

Khoramdel.psy@gmail.com

تاریخ وصول: ۱۳۸۸/۶/۱۵

تاریخ تایید: ۱۳۸۸/۱۲/۲۲

پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه اصفهان و با حمایت مالی آن دانشگاه انجام شده و موضوع آن با منافع شخصی نویسندگان ارتباطی نداشته است. از تمامی کسانی که در انجام این مطالعه ما را یاری رساندند به‌ویژه جناب آقای حسین بهادری و هم چنین شرکت‌کنندگان در پژوهش سپاسگزاری می‌کنیم.

Original Article

Effect of Wells' metacognitive therapy on thought fusion in patients with obsessive compulsive disorder

Abstract

Introduction: Multidimensional and complex nature of obsessive compulsive disorder (OCD) requires assessment and usage of modern treatments. This study was planned to investigate the effectiveness of Wells' metacognitive model on thought fusion symptoms in patients with OCD as an important aspect of metacognitive beliefs.

Materials and Methods: This semi-experimental study was conducted with pretest-posttest and follow-up design, using control group. From all OCD patients visited in psychology clinics in Shiraz city, south western part of Iran in 2008, 24 patients were selected through the objective sampling method and randomly divided into two equal experimental and control groups. Experimental group experienced 8 weeks of Wells' metacognitive therapy, while control group were just followed. Thought fusion instrument (TFI) was used in pretest, posttest and 2-month follow-up as the study instrument. Data were analyzed by descriptive indices and multivariate analysis of covariance, using SPSS software.

Results: The experimental group showed significant decreases in thought fusion general score and its triple items in post-test and follow-up, compared with control group ($P < 0.001$).

Conclusion: Wells' metacognitive model is beneficial in decreasing thought fusion in OCD patients.

Keywords: Metacognitive therapy, Obsessive compulsive disorder, Thought fusion

*Kazem Khorramdel
M.Sc. in clinical psychology

Hamid Taher Neshatdoost
Professor of psychology, Isfahan University

Hosein Molavi
Professor of psychology, Isfahan University

Shoeleh Amiri
Assistant professor of psychology, Isfahan University

Fatemeh Bahrami
Assistant professor of psychology, Isfahan University

*Corresponding Author:
Faculty of Educative Sciences and Psychology, Isfahan University, Hezar Jarib Ave., Isfahan, Iran.
Khoramdel.psy@gmail.com
Received: Sep. 06, 2009
Accepted: Mar. 13, 2010

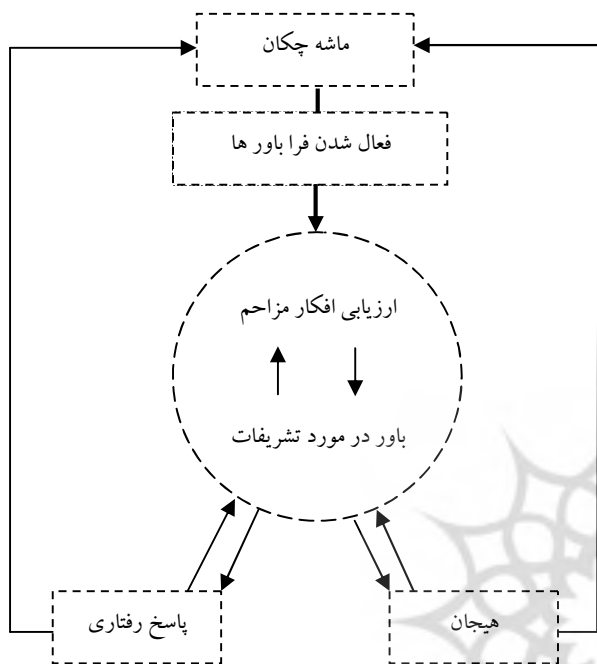
Acknowledgement:

This study was reviewed and approved by the research committee of Faculty of psychology, Isfahan University. No grant has supported the present study and the author had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Khorramdel K, Molavi H, Neshatdoost HT, Amiri S, Bahrami F, Kalantari M, et al. Effect of Wells' metacognitive therapy on thought fusion in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2010; 12(1): 400-9.

افکار^{۱۱} می‌باشد. بنا بر تعریف، در پدیده‌ی در هم آمیختگی افکار، مرز بین فکر و کنش و فکر و روی دادها از بین می‌رود. پیامد چنین تفکری سبب می‌شود فرد بدون این که اعتبار این باورها را در واقعیت بیازماید بی‌چون و چرا آن‌ها را بپذیرد (۴).



شکل ۱: یک مدل فراشناختی اولیه، مشتمل بر عواملی که در تشکیل و تداوم اختلال وسواسی جبری مشارکت می‌کنند

ولز در معرفی الگوی فراشناختی وسواس به بیان مفاهیم سه‌گانه‌ی درهم آمیختگی افکار یعنی باورهای درباره‌ی اهمیت، معنی و قدرت افکار می‌پردازد. در هر فرد مبتلا به اختلال وسواسی جبری ممکن است یک حیطه یا بیشتر از این باورها وجود داشته باشد. این حیطه‌ها عبارتند از:
 ۱- در آمیختگی فکر-کنش^{۱۱} (TAF) که به یکسان شمردن افکار با کنش‌ها اطلاق می‌شود، همانند این که اگر من فکر کنم به کسی آسیب خواهم رساند به این معنی است که این کار را خواهم کرد، ۲- در آمیختگی فکر-روی داد^{۱۲} (TEF) همانند این که فکر کردن در مورد یک اتفاق به این معنی است که آن اتفاق رخ خواهد داد یا این که فکرهای بد منجر به حادثه‌های

ادبیات پژوهش‌های شناختی در باب اختلال وسواسی جبری^۱ (OCD) در چند دهه‌ی اخیر، تصویر بالینی چندبعدی و پیچیده‌ای را از این اختلال به دست داده است. وسواس، اختلال ناهمگنی است و شیوه‌های درمانی متنوعی را به خود دیده است (۱). با وجود موفقیت آمیز بودن نسبی این درمان‌ها به ویژه درمان شناختی رفتاری^۲ (CBT)، در اکثر افراد تحت درمان نشانه‌هایی از وسواس باقی مانده و یا در دوره‌ی پی‌گیری، علائم عود می‌کنند (۲).

نخستین بار ولز^۳ و متیوس^۴ با ترکیب رویکرد طرح‌واره و پردازش اطلاعات^۵، الگوی فراشناختی^۶ را بر مبنای مدل عملکرد اجرایی خودتنظیمی^۷ (S-REF)، جهت تبیین و درمان اختلالات هیجانی معرفی کردند. درمان فراشناختی به‌ویژه به منظور رفع نواقص CBT ظهور کرد. به عقیده‌ی ولز، شناخت درمانی با توجه به این نظر که افکار منفی در اختلال‌های هیجانی از فعالیت باورهای ناکارآمد منتج می‌شوند، سعی کرده است بیشتر بر روی منشا محتوای افکار^۸ کار کند، ولی در مورد این که چگونه این افکار شکل می‌گیرد و یا چه ساز و کاری این تفکرات ناکارآمد را برجسته می‌سازد تلاشی نکرده است (۳، ۴). لذا برای فهم فرآیندهای تفکر^۹ لازم است که بر باورهای فرد درباره‌ی تفکر، راهبردهای فردی در مورد کنترل توجه و هم‌چنین نوع باورهای فراشناختی^{۱۰} او تاکید نماییم. الگوی حاضر به‌طور مستقیم فراشناخت و شکل تفکر را با آسیب‌پذیری هیجانی و تداوم اختلال هیجانی پیوند داده و فرآیند تشکیل و تداوم افکار وسواسی را تشریح می‌کند (۴) (تصویر ۱).

از اساسی‌ترین باورهای دخیل در مفهوم‌سازی مدل فراشناختی اختلال وسواسی جبری، پدیده‌ی در هم آمیختگی

¹Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)

²Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)

³Wells

⁴Matthews

⁵Information Processing

⁶Meta Cognitive Model

⁷Self-Regulatory Function Model (S-REF)

⁸Thoughts Contain

⁹Thoughts Process

¹⁰Metacognitive Beliefs

¹¹Thoughts Fusion

¹²Thought Action Fusion

¹³Thought Event Fusion

به OCD بودند انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمون (۱۲ نفر) و شاهد (۱۲ نفر) تقسیم شدند و پرسش‌نامه‌ی درآمیختگی افکار را تکمیل کردند. هم‌چنین لازم به ذکر است شرکت‌کنندگان پیش از گزینش نهایی توسط روان‌شناس بالینی و بر اساس ملاک‌های راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۴ (DSM-IV-TR) مورد مصاحبه‌ی تشخیصی قرار گرفتند تا از دارا بودن ملاک‌های ابتلا به OCD اطمینان حاصل شود. پس از انتخاب آزمودنی جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به شرکت‌کنندگان پژوهش توضیح داده شد که آنان در پژوهشی که قصد دارد اثربخشی درمان نوینی را بر علائم OCD بررسی نماید شرکت می‌کنند. هم‌چنین به ایشان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. علاوه بر این ضمن پاسخ به تمام سؤالات شرکت‌کنندگان در مورد پژوهش، به آنان اطمینان داده شد که نتایج پژوهش به صورت آماری و نتیجه‌گیری کلی و نه فردی منتشر خواهد شد و آن‌ها اختیار کامل دارند که در پژوهش شرکت نکنند یا در هر مرحله که بخواهند مختارند که از ادامه‌ی پژوهش انصراف دهند. مقرر شد گروه شاهد نیز پس از اتمام پژوهش تحت یک دوره درمان فراشناختی قرار گیرد. شرکت‌کنندگان در حین شرکت در جلسات هیچ درمان دیگری را دریافت نمی‌کردند. هم‌چنین مبتلا به افسردگی اساسی، انواع سایکوز و اختلالات شخصیت نیز نبودند. سپس گروه آزمون به مدت ۸ جلسه‌ی یک و نیم ساعته و به مدت ۸ هفته تحت درمان فراشناختی قرار گرفت در حالی که گروه شاهد هیچ درمانی در این مدت دریافت نکرد. در نهایت پس از اتمام جلسات، پس‌آزمون و پی‌گیری دو ماهه از هر دو گروه انجام گرفت. در طول ۸ هفته درمان، بیماران در فاصله‌ی بین جلسات و حین انجام تکالیف خانگی به صورت تلفنی با درمانگر در ارتباط بوده و راهنمایی می‌شدند. داده‌های پژوهش با نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۶ و هم‌چنین با استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی و آزمون آماری تحلیل کواریانس چند متغیری تحلیل شدند.

بد می‌شوند، ۳- درآمیختگی فکر- شیء^۱ (TOF) این باور است که احساسات و افکار مزاحم به دیگر اشیا منتقل شده و از راه اشیا آلوده به اشیا یا افراد دیگر منتقل می‌شوند همانند این که اشیا می‌توانند از طریق حافظه‌ها و افکار، کثیف شوند (۲). مطالعات متعددی ارتباط مثبت و معنی‌دار بین علائم وسواس و درآمیختگی افکار را گزارش نموده و آن را پیش‌بین قدرتمندی برای علائم وسواس دانسته‌اند (۱۴-۵). در مورد اهمیت درآمیختگی افکار در شکل‌گیری و تداوم علائم اختصاصی وسواس، پژوهش‌ها نشان می‌دهند که برخی از علائم اختصاصی وسواس مانند ترس از تکانه^۲، آلودگی^۳ و تعهد بیش از حد، ریشه در درآمیختگی‌های سه‌گانه دارند (۴). پژوهش‌های چندی اثربخشی مدل فراشناختی ولز را بر روی اختلال وسواس (۱۵)، اختلال اضطراب فراگیر (۱۶) و اختلال استرس پس از سانحه گزارش کردند (۱۷). مطالعاتی در ایران نیز اثربخشی این مدل را بر اختلال بدشکلی بدن (۱۸)، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال خلقی دو قطبی (۱۹) و مورد پژوهی وسواس آزموده‌اند (۲۰).

با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت درآمیختگی افکار در اختلال وسواسی جبری و هم‌چنین نیاز به رویکردهای درمانی جدید، مطالعه‌ی حاضر با هدف آزمودن اثربخشی الگوی فراشناختی ولز بر کاهش علائم درآمیختگی افکار در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری انجام شده است.

×

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی است که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه شاهد به همراه پی‌گیری دو ماهه انجام شده است. جامعه‌ی آماری پژوهش را تمام بیماران سرپایی OCD مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های روان‌شناختی و مراکز مشاوره‌ی شهرستان شیراز در زمستان ۱۳۸۷ تشکیل می‌دادند. نخست به صورت نمونه‌گیری هدف‌مند ۲۴ نفر از مراجعه‌کنندگانی که به تشخیص روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی دارای ملاک‌های ابتلا

⁴Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. Text Revision

¹Thought Object Fusion

²Fear of Impulses

³Contamination

خلاصه محتوای جلسات درمان

جلسه‌ی اول: معارفه، ارزیابی و گردآوری داده‌هایی چون ماهیت نشانه‌های وسواسی، اعمال آیینی، معرفی هیجان‌ها و ابعاد آن و رابطه‌ی آن‌ها با باورهای فراشناختی.

جلسه‌ی دوم: معرفی بیماری OCD به عنوان بی‌نظمی هیجانی و ترسیم نمودار فراشناختی آن، معرفی منطق درمان‌شناختی و الگوی فراشناختی OCD و تعیین اهداف درمانی، شناسایی و فراخوانی شناخت‌واره‌های منفی.

جلسه‌ی سوم: آموزش تکنیک فاصله گرفتن از ذهن آگاهی (بیماران یاد بگیرند که با افکار هم‌چون ابری در ذهن خود برخورد کنند، چنان‌چه نیاز به پردازش نداشته باشد).

جلسه‌ی چهارم: ارزیابی فراباورهای مثبت و منفی جهت تغییر فراباورهای راجع به آیین‌مندی‌ها و درآمیختگی‌ها. آموزش تجارب رفتاری، ارایه‌ی اسناد مجدد کلامی جهت شکستن سیکل درآمیختگی از طریق سؤالاتی درباره‌ی ساز و کار درآمیختگی افکار یعنی کاهش ناهم‌خوانی، بازنگری تاریخچه‌ای و تجارب رفتاری.

جلسه‌ی پنجم: آموزش جهت درگیر شدن با نشخوار فکری، نگرانی تکرارشونده و تضعیف باورهای مربوط و ایجاد سبک سازگارتر فکری و رفتاری (جریان پردازشی جدید). توضیح تفاوت شیوه‌ی پردازشی بین افراد بهنجار و بیمار.

جلسه‌ی ششم: رویکردهای رفتاری درمان OCD: روش‌های تحلیل سود و زیان، آزمایش به تعویق انداختن رفتارهای آیینی روش آموزش توجه^۱ (ATT) و تمرکز مجدد توجه موقعیتی^۲ (SAR) جهت کاهش شدت افکار وسواسی.

جلسه‌ی هفتم: آموزش به بیمار جهت فاصله گرفتن از غنی‌سازی ذهن از حد، به تعویق انداختن نگرانی و توسعه‌ی هوشیاری. برنامه‌های رفتاری اصلاح توجه، مواجهه و تجارب جلوگیری از پاسخ.

جلسه‌ی هشتم: آماده کردن شرکت‌کنندگان برای اختتام جلسات، اصلاح نشانه‌های توقف و ملاک دانستن، طرح‌ریزی اولیه، طرح‌ریزی جایگزین، شناسایی موانع موجود در به

کارگیری روش‌ها، علت‌یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه‌گیری. در هر جلسه علاوه بر مرور جلسه و تمرینات جلسه‌ی قبل، تکالیف خانگی نیز داده شد (۴).

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه‌ی درآمیختگی افکار: پرسش‌نامه‌ی درآمیختگی افکار^۳ (TFI) یک آزمون خودسنجی دارای ۱۴ گویه است که باورهای رایج را در مورد معنی و قدرت افکار می‌سنجد. TFI سه مقوله‌ی درآمیختگی افکار را که در مدل فراشناختی معرفی شده‌اند می‌سنجد. این سه عامل عبارتند از:

- ۱- درآمیختگی فکر-کنش، ۲- درآمیختگی فکر-شیء،
- ۳- درآمیختگی فکر-روی داد. پاسخ‌ها بر یک پیوستار ۱۰۰ درجه‌ای و از ۰=هیچ اعتقادی ندارم تا ۱۰۰=کاملاً معتقدم و به صورت ده‌تایی نمره‌گذاری می‌شوند. حداکثر نمره‌ی قابل اکتساب در پرسش‌نامه، ۱۴۰۰ می‌باشد (۲۱). مطالعات متعددی روایی و پایایی مناسبی برای TFI گزارش کرده‌اند (۱۴، ۲۲، ۲۳). خرم‌دل، ربیعی، مولوی و نشاط‌دوست در مطالعه‌ای در یک نمونه‌ی ایرانی ضرایب پایایی آلفای کرونباخ و دو نیمه‌سازی برای TFI را به ترتیب ۰/۸۷ و ۰/۷۳ گزارش کردند. در این مطالعه با استفاده از تحلیل عوامل تاییدی، ۳ عامل به دست آمد که در مجموع ۶۰/۴۷ درصد از واریانس پرسش‌نامه را تبیین نمود. در این پژوهش هم‌چنین بیماران OCD به طور معنی‌داری نمرات بالاتری از جمعیت بهنجار در TFI به دست آوردند (۲۴).

شرکت‌کنندگان در این پژوهش در دامنه‌ی سنی ۲۱ تا ۴۱ سال قرار داشتند. میانگین سنی گروه شاهد ۲۷/۸۳ و گروه آزمون ۲۶/۷۵ سال بود. لذا گروه‌ها از نظر توزیع سنی به نسبت در یک محدوده بودند. مردان بیشترین شرکت‌کنندگان در پژوهش بودند (۱۵ نفر). گروه شاهد شامل ۸ مرد و ۴ زن و گروه آزمون شامل ۷ مرد و ۵ زن با حداقل تحصیلات سیکل و حداکثر کارشناسی بودند که ۱۱ نفر آن‌ها سابقه‌ی مصرف داروهای روان‌پزشکی داشتند.

¹ Attention Training Techniques² Situational Attention Refocusing³ Taught Fusion Instrument

حتی بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون، بین دو گروه از لحاظ پس‌آزمون و پی‌گیری مربوط به نمره‌ی کل درآمیختگی افکار و مولفه‌های آن تفاوت معنی‌داری وجود دارد و عضویت گروهی ۰/۶۱ درصد از تغییرات مربوط به نمره‌ی کل درآمیختگی افکار را در پس‌آزمون و ۰/۷۶ درصد آن را در پی‌گیری تبیین می‌کند ($P < ۰/۰۰۱$).

x

پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی است که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون^۱ با گروه شاهد و با هدف آزمودن اثربخشی درمان فراشناختی ولز بر کاهش علائم درآمیختگی افکار در بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری انجام گرفت. پدیده‌ی درآمیختگی افکار از ابعاد مهم باورهای فراشناختی است که در مفهوم‌سازی، ایجاد و تداوم نشانه‌های اختلال وسواسی جبری نقش عمده‌ای دارد. اگرچه درآمیختگی افکار لزوماً به اختلال وسواسی جبری اختصاص ندارد، اما میزان آن در این اختلال به میزان قابل ملاحظه‌ای بیشتر است (۶).

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت کنترل متغیرهای هم‌گام، نشان داد که گروه آزمون پس از تعدیل میانگین‌ها و کنترل متغیرهای مداخله‌گر در مجموع کاهش معنی‌داری را در نمرات درآمیختگی و مولفه‌های آن نسبت به گروه شاهد به دست آورد.

با توجه به نتایج مرحله‌ی پس‌آزمون به نظر می‌رسد الگوی فراشناختی ولز در بهبود علائم درآمیختگی افکار افراد مبتلا به وسواس موثر می‌باشد. یافته‌ی مهم دیگر این که نتایج مرحله‌ی پی‌گیری را می‌توان موید این مطلب دانست که درمان فراشناختی موجب تعمیق و پایداری اثرات درمان می‌شود. در مجموع این یافته‌ها با پژوهش‌های زیر هم‌خوان است:

فیشر^۲ و ولز در مطالعه‌ای مدل رفتاری-فراشناختی را با استفاده از طرح A-B تک موردی بر روی ۴ مرد مبتلا به اختلال OCD انجام دادند. شرکت‌کنندگان طی ۸ جلسه به صورت انفرادی تحت درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد تمام بیماران در پس‌آزمون، بهبودی معنی‌داری را در علائم OCD

^۲ میانگین وانحراف معیار گروه مبتلا به OCD و شاهد برای نمرات کل درآمیختگی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری

x			
۶/۷۸	۹۰۸/۳	پیش‌آزمون	
۱/۲۳	۸۵۴/۱	پس‌آزمون	شاهد
۸/۳۴	۹۳۳/۳	پی‌گیری	
۱/۵۶	۷۸۳/۳	پیش‌آزمون	
۱/۰۹	۴۰۳/۳	پس‌آزمون	آزمون
۱/۱۷	۴۱۸/۳	پی‌گیری	

جدول (۱) شاخص‌های توصیفی متغیر وابسته‌ی نمره‌ی کل درآمیختگی افکار را به تفکیک گروه‌ها و مراحل نشان می‌دهد. از آن‌جا که کسب نمره‌ی بیشتر در آزمون درآمیختگی افکار نشان از تزاید افکار وسواسی است، ملاحظه می‌گردد که میانگین نمره گروه آزمون در پس‌آزمون نسبت به گروه شاهد کاهش داشته است (۴۰۳/۳ در برابر ۸۵۴/۱). این کاهش به صورت معنی‌داری در مرحله‌ی پی‌گیری گروه آزمون نیز دیده می‌شود (۴۱۸/۳ در برابر ۹۳۳/۳).

مقادیر آماره‌ی آزمون شاپیروویک جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیر درآمیختگی کل حاکی از نرمال بودن توزیع این متغیر در گروه شاهد (آماره‌ی شاپیروویک = ۰/۹۵، $P = ۰/۶۳$) و آزمون (آماره‌ی شاپیروویک = ۰/۷۰، $P = ۰/۷۰$)

بود. هم‌چنین مقادیر آماره‌ی لوین نشان داد که فرضیه‌ی تساوی واریانس‌های نمرات درآمیختگی افکار در دو گروه و در مراحل پس‌آزمون (آماره‌ی لوین = ۳/۴۴، $P = ۰/۰۷$) و پی‌گیری (آماره‌ی لوین = ۱/۲۳، $P = ۰/۲۸$) رد نمی‌شود. این مقادیر برای سایر خرده‌مقیاس‌ها نیز صدق می‌کند. جدول (۲) مربوط به آزمون تحلیل کوواریانس چندسویه برای مقایسه‌ی دو گروه از لحاظ پس‌آزمون و پی‌گیری پس از کنترل پیش‌آزمون می‌باشد. به دلیل این که تنها پیش‌آزمون با نمرات کل در پس‌آزمون و پی‌گیری رابطه دارد، لذا متغیر مداخله‌گر محسوب شده و باید کنترل گردد. در واقع آن بخش از واریانس نمرات درآمیختگی که مربوط به پیش‌آزمون است از کل واریانس نمرات آن کسر می‌گردد. لذا پیش‌آزمون به عنوان متغیر همگام وارد تحلیل کوواریانس شده تا اثر آن از روی واریانس عضویت گروهی برداشته شود. با این وجود

^۱ Pretest-Post test

^۲ Fisher

× - نتایج تحلیل کوواریانس چندسویه تاثیر عضویت گروهی بر میزان درآمیختگی افکار کل و مولفه‌های دو گروه شاهد و مبتلا به OCD در پس‌آزمون و پی‌گیری

×	P	F	×	df	×	
۰/۶۹	۰/۲۴	۰/۰۱۸	۶/۶۴	۷۲۱۰۹/۷	۱	پیش‌آزمون
۱	۰/۶۱	۰/۰۰۰۱	۳۳/۶۶	۳۶۵۲۴۶/۹	۱	عضویت گروهی
۰/۳۷	۰/۱۲	۰/۰۰۳	۲/۹	۱۴۵۹۵/۴	۱	پیش‌آزمون
۰/۹۴	۰/۳۹	۰/۰۰۱	۱۳/۷۶	۶۹۰۷۴/۲	۱	عضویت گروهی
۰/۶۱	۰/۵۵	۰/۰۲	۱۵/۶۵	۱۴۱۰۲/۳	۱	پیش‌آزمون
۰/۹۶	۰/۴۲	۰/۰۰۱	۱۵/۶۵	۳۹۷۲۸/۴	۱	عضویت گروهی
۰/۵۴	۰/۱۸	۰/۰۴	۴/۷۳	۳۴۳۴/۳	۱	پیش‌آزمون
۱	۰/۸۶	۰/۰۰۰۱	۱۲۹/۰۵	۹۳۶۰۷/۱	۱	عضویت گروهی
۰/۸۴	۰/۳۱	۰/۰۰۵	۹/۷۷	۷۲۷۵۸/۸	۱	پیش‌آزمون
۱	۰/۷۶	۰/۰۰۰۱	۶۸/۹۲	۵۱۲۹۱۷/۲	۱	عضویت گروهی
۰/۵۴	۰/۱۸	۰/۰۴	۴/۶۴	۱۵۱۱۸/۲	۱	پیش‌آزمون
۱	۰/۶۶	۰/۰۰۰۱	۴۱/۹۰	۱۳۵۵۲۴/۹	۱	عضویت گروهی
۰/۹۹	۰/۵۷	۰/۰۰۰۱	۲۷/۸۵	۳۵۲۹۰/۲	۱	پیش‌آزمون
۰/۹۹	۰/۵۵	۰/۰۰۰۱	۲۶/۱۳	۳۳۱۱۳/۷	۱	عضویت گروهی
۰/۴۵	۰/۱۵	۰/۰۶	۳/۷۳	۲۵۹۱/۶	۱	پیش‌آزمون
۱	۰/۸۷	۰/۰۰۰۱	۱۴۷/۸	۱۰۲۶۳۸/۹	۱	عضویت گروهی

*عامل کلی پرسش‌نامه‌ی درآمیختگی افکار **عامل درآمیختگی فکر-کنش ***عامل درآمیختگی فکر-رویداد ****عامل درآمیختگی فکر-شیء

عملی تک تک فرضیه‌ها رفع شده است. در مطالعه‌ی ریس^۱ و ون کویسولد^۲، بر روی ۱۲ بیمار مبتلا به OCD (۶ زن و ۶ مرد) که در دامنه سنی ۲۱ تا ۵۸ سال بودند، مدل فراشناختی ولز به صورت گروهی انجام شد (۱۵). در این مطالعه نیز گرچه جلسات به صورت گروهی برگزار شده بود لیکن به دلیل این که نتایج به صورت فردی استخراج و گزارش شده است، میزان اندازه‌ی اثر و توان آماری به دست نیامده است. هم‌چنین در این پژوهش، درآمیختگی افکار به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته نشده بود، لذا تنها علایم اختصاصی وسواس کاهش یافته بود. موارد ذکر شده در پژوهش حاضر مرتفع شده و مقادیر اندازه‌ی اثر و توان آماری برای تک‌تک متغیرهای وابسته به دست آمده است.

هم‌سو با پژوهش حاضر، ربیعی و همکاران در پژوهشی به اثربخشی مداخله‌ی فراشناختی بر کاهش علایم درآمیختگی

نشان دادند که این نتایج در ۳ و ۶ ماه از دوره‌ی پی‌گیری ثابت ماندند (۲). تفاوت این مطالعه با پژوهش حاضر را می‌توان در نوع روش به کار گرفته شده توسط محققین ذکر کرد. در پژوهش فیشر و ولز درمان به صورت موردپژوهی آزمون بوده و لذا میزان معنی‌داری عملی (اتا) به دست نیامده است. هم‌چنین در این پژوهش میزان درآمیختگی به نزدیکی صفر رسید اما در مطالعه‌ی حاضر اگرچه بین نمرات درآمیختگی افکار دو گروه تفاوت معنی‌داری به دست آمد لیکن میزان نمرات درآمیختگی به صفر نرسید که البته می‌توان آن را ناشی از تفاوت در روش، تفاوت فرهنگی یا مهارت درمانگران دانست. مساله‌ی دیگر اعتبار بیرونی دو پژوهش می‌باشد. برای این که نتایج یک مطالعه‌ی موردی روشن و قابل تعمیم باشد باید مجموعه‌ی وسیعی از طرح‌های تک‌موردی مشابه انجام شود. به همین دلیل محدود بودن تعداد نمونه در پژوهش فیشر و ولز از اعتبار بیرونی آن کاسته است. این نقص با توجه به گروهی بودن پژوهش حاضر و با استناد به توان آماری و معنی‌داری

¹Rees

²Van Koesveld

به معنای افکار مزاحم را کاملاً معتبر قلمداد می‌کنند. درمان فراشناختی از این رو موثر می‌افتد که موجب آگاهی بیماران از فرآیند سیستم پردازش فراشناختی‌شان می‌شود و در واقع کمک می‌کند به شیوه‌ی پردازش فراشناختی بیندیشند. این امر از این رو اهمیت دارد که تاکید درمان را از توقف بر روی افکار وسواس گونه برداشته و به سمت یادگیری این موضوع هدایت می‌کند که افکار وسواس گونه و یا انواع دیگر افکار مزاحم، الزاماً به عمل ختم نمی‌شوند. مثلاً در بیمارانی که زمینه‌های خشک مذهبی دارند و در نتیجه درآمیختگی افکار بیشتری هم در ایشان به چشم می‌خورد، بیمار یاد می‌گیرد که صرف نیت در مورد یک مساله‌ی گناه‌آلود به معنای انجام آن عمل نیست، چرا که این فقط یک فکر مزاحم است و نباید اضطراب و احساس گناه را وقتی عملی انجام نشده، متحمل شوند.

در درمان فراشناختی، روش‌های اسنادسازی مجدد کلامی و تجارب رفتاری، درآمیختگی افکار را به چالش می‌طلبند. دیگر این که از آن جا که نتایج درمان در پی‌گیری نیز پایدار بود می‌توان احتمال داد که افزایش کنترل فراشناختی به بیماران کمک کرده است رابطه‌ی جدیدی با افکار خود شکل دهند و آن‌ها را قادر نموده تا فراشناخت‌هایی را که شیوه‌ی ناسازگارانه تفکرات منفی تکرارشونده را فزونی می‌بخشند و یا باعث افزایش باورهای عمومی منفی می‌گردند، تغییر دهند.

ضمن این که به بیماران روش‌هایی آموزش داده شد که در آینده و در صورت هجوم افکار مزاحم با به کارگیری این روش‌ها با آن‌ها مقابله کنند. در الگوی فراشناختی سعی بر این بوده است که این نواقص از طریق تاکید بر فرآیند تفکر فرد اصلاح شود.

محدود بودن دامنه‌ی تحصیلی شرکت کنندگان پژوهش به حداقل میزان تحصیلات سیکل و هم‌چنین دامنه‌ی سنی ۲۱ تا ۴۱ سال در این پژوهش، می‌تواند تعمیم‌پذیری یافته‌های تحقیق را به نمونه‌های خارج از این دامنه محدود سازد.

هم‌چنین وجود مرحله‌ی پی‌گیری کوتاه مدت (۲ ماهه) و کمی تعداد تحقیقات در مورد درآمیختگی افکار جهت مقایسه، از دیگر محدودیت‌های می‌باشد. پیشنهاد می‌شود در

افکار در بیماران مبتلا به اختلال بدشکلی بدن (BDD) پرداختند که گروه آزمون در پس‌آزمون و پی‌گیری سه ماهه کاهش معنی‌داری در نمرات درآمیختگی نشان داد. با توجه به شباهت خیلی زیاد بین BDD و OCD، گاهی اوقات BDD به عنوان طیفی از اختلال OCD مفهوم‌سازی می‌شود. لذا درآمیختگی افکار در این اختلال نیز به چشم می‌خورد (۱۸).

مطالعه‌ی دیگری که یافته‌های این پژوهش با آن هم‌خوان می‌باشد، پژوهش اندوز است. در این مطالعه اثربخشی مدل فراشناختی با روش تک‌موردی آزمون از نوع خط پایه‌ی چندگانه بر روی یک مورد آزمودنی زن گزارش شده است. هرچند این دو پژوهش دارای تفاوت‌هایی نیز هستند. نخست این که روش به کار گرفته شده در مطالعه‌ی اندوز موردپژوهی بود که در پژوهش حاضر، مداخله به صورت گروهی انجام شد. دوم این که سازه‌های استفاده شده در پژوهش اندوز شامل نشانگان خاص وسواس و اختلالات همراه چون افسردگی و اضطراب بود و به طور مشخص باورهای فراشناختی درآمیختگی افکار را شامل نمی‌شد (۲۰). در صورتی که در پژوهش حاضر، اصلی‌ترین هدف، شکستن سیکل باورهای درآمیختگی افکار بوده است.

به نظر می‌رسد در تبیین اثر بخشی الگوی فراشناختی ذکر این نکات لازم است که در این رویکرد به جای این که 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 و هم‌چنین نظارت غیرقابل انعطاف بر تهدید را از بین ببرد.

آن چه مهم‌تر است ذکر این نکته است که وجود باورهای منفی به طور مشخص نمی‌توانند درباره‌ی الگوی تفکر و پاسخ‌های متعاقب آن توضیحی ارائه دهند. آن‌چه در این جا مورد نیاز است به حساب آوردن عواملی است که تفکر را کنترل می‌کنند و وضعیت ذهن را تغییر می‌دهند که مهم‌ترین وجه تمایز درمان فراشناختی با مدل طرح‌واره است (۴). هم‌چنین به دلیل این که بیماران مبتلا به اختلال وسواسی جبری به شیوه‌ی پردازش عینی عمل می‌کنند، ارزیابی‌های مربوط

- پژوهش‌های آتی ضمن رفع این محدودیت‌ها، موارد زیر لحاظ گردند:
- ۱- کارآیی درمان رفتاری فراشناختی بر روی دیگر اختلالات روان‌شناختی به ویژه دیگر اختلالات اضطرابی آزموده شود.
- ۲- درمان فراشناختی در مقایسه با دیگر درمان‌های رایج (به ویژه دارودرمانی و رفتاری شناختی) در مورد اختلال وسواسی جبری آزمون شود.
- ۳- درمان فراشناختی در مورد ابعاد دیگر باورهای فراشناختی هم‌چون کنترل افکار، نگرانی و ... نیز آزموده شود.
- ۴- گروه‌های مختلف اختلالات اضطرابی تحت درمان فراشناختی قرار گیرند و میزان اثر بخشی درمان بر هر یک مشخص شود.

References

1. Mataix-Cols D, Sanchez M, Vallejo JA. Spanish version of the Padua Inventory: Factor structure and psychometric properties. *Behav Cognit Psychother* 2002; 30: 25-36.
2. Fisher PL, Wells A. Meta cognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exper Psychiatr* 2008; 43: 117-32.
3. Wells A, Matthews G. Modeling cognition in emotional disorder: The S-REF model. *Behav Res Ther* 1996; 34: 881-8.
4. Wells A. Emotional disorders and met cognition: Innovative cognitive therapy. Chichester: Wiley and sons; 2000: 13-85.
5. Shafrana R, Rachman S. Thought-action fusion: a review. *J Behav Ther Exper Psychiatr* 2004; 35: 87-107.
6. Rassin E, Merckelbach H, Muris P, Spaan V. Thought-action fusion as arousal factor in the development of intrusions. *Behav Res Ther* 1999; 37: 231-7.
7. Rassin E, Koster E. The correlation between thought-action fusion and religiosity in a normal sample. *Behav Res Ther* 2003; 41: 361-8.
8. Abramowitz JS, Whiteside S, Lynam D, Kalsy S. Is thought-action fusion specific to obsessive-compulsive disorder? A mediating role of negative affect. *Behav Res Ther* 2003; 41: 1069-79.
9. Barrett PM, Healy LJ. An examination of the cognitive processes involved in childhood obsessive-compulsive disorder. *Behav Res Ther* 2003; 41: 285-300.
10. Emmelkamp PM, Ardema A. Metacognition, specific obsessive-compulsive beliefs and obsessive-compulsive behavior. *Clin Psychol Psychother* 1999; 6: 139-45.
11. Wells A, Papageorgiou C. Relationships between worry, obsessive-compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behav Res Ther* 1998; 36: 899-913.
12. Coles ME, Heimberg RG, Frost RO, Steketee G. Not just right experiences and obsessive compulsive features: Experimental and self-monitoring perspectives. *Behav Res Ther* 2005; 41(6): 681-700.
13. Morrison AP, Wells A. Comparison of met cognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behav Res Ther* 2003; 41: 251-6.
14. Gwilliam P. An investigation into the cognitive predictors of obsessive-compulsive symptoms. PhD. Dissertation. Manchester: University of Manchester, College of psychology and educational sciences, 2001: 111-9.
15. Rees CS, Van Koesveld KE. An open trail of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behav Ther Exper Psychiatr* 2008; 39: 451-8.
16. Wells A, King P. Metacognitive therapy for generalized anxiety disorder: An open trial. *J Behav Ther Exper Psychiatr* 2006; 37(3): 206-12.
17. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary intervention of new brief treatment. *J Behav Ther Exper Psychiatr* 2004; 35: 307-18.
18. Rabiee M, Kalantari M, Molavi H. [Effectiveness meta cognitive behavioral therapy on reduction of symptoms whit body dysmorphic disorder]. MA. Dissertation. Isfahan: Isahan University, College of psychology and educational sciences, 2009: 112-40. (Persian)
19. Bakhtavar E, Neshat-Doost H, Molavi H, Bahrami F. Efficacy of meta cognitive behavioral therapy in reducing self punishment in patients with post traumatic stress disorder. *J Res Behav Sci* 2007; 5(2): 93-7.

20. Andooz Z. [Efficacy of the Wales' model of meta-cognitive therapy in treatment of one case with obsessive compulsive disorder]. *Andeeshe va Raftar* 2004; 12(1): 59-66. (Persian)
21. Wells A, Gwilliam P, Cartwright-Hatton S. The thought fusion instrument (unpublished self-report scale). Manchester University. UK, 2001.
22. Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Does meta-cognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: A test of the meta-cognitive model. *Clin Psychol Psychother* 2004; 11: 137-44.
23. Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *J Anxiety Disord* 2008; 919: 7.
24. Khoramdel K, Rabiee M, Molavi H, Neshat-Doost H. [A study psychometric properties of thought fusion instrument (TFI) in student of Isfahan University]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2010; 16: 375-80. (Persian)

