

مقایسه اثربخشی مدل شناختی ویتال و توقف فکر، در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری

حسین قمری گیوی^۱

هاجر رضایی^۲

نعمت محمدی پورریک^۳

مقصود نادر پیله رود^۴

تاریخ پذیرش: ۹۱/۹/۶

تاریخ وصول: ۹۱/۷/۱۸

چکیده

زمینه: افکار مزاحم و رخنه کننده از ویژگی‌های افراد مبتلا به وسواسی است. آنها با افکاری مانند کمال گرایی و عدم تحمل ابهام درگیرند. اهداف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی ویتال و روش توقف فکر در بیماران مبتلا به وسواس فکری می‌باشد. روش پژوهش: این پژوهش یک طرح آزمایشی گسترش یافته با پیش‌آزمون - پس‌آزمون چندگروهی است. به این منظور از میان افراد مراجعه کننده به مراکز بالینی، بیمارستان‌ها، مطب‌های خصوصی و مراکز مشاوره شهرستان بوکان، ۴۵ بیمار مبتلا به وسواس فکری به طور تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی، در سه گروه (درمان شناختی ویتال، درمان رفتاری توقف فکر و گروه کنترل) قرار گرفتند و دو گروه آزمایش، ۸ جلسه مداخله درمانی دریافت کرده و شرکت کنندگان قبل و بعد از مداخلات درمانی به سه پرسشنامه ییل-براون، بلا تکلیفی و کمال گرایی پاسخ دادند. یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس چند متغیره نشان داد که هر دو روش درمانی در کاهش علائم وسواسی مؤثر بوده، ولی روش شناختی ویتال مؤثرتر از روش

۱- دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی (نویسنده مسئول) H_ghamarigivi@Yahoo.com

۲- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.

۳- کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه محقق اردبیلی.

۴- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.

توقف فکر می‌باشد. نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر اهمیت درمان‌های شناختی را در مقایسه با درمان‌های رفتاری در کاهش علائم بیماران وسواسی بیش از پیش آشکار می‌سازد.

کلیدواژه‌ها: وسواس فکری، درمان شناختی ویتال، توقف فکر، بلا تکلیفی، کمال‌گرایی.

مقدمه

افکار مزاحم^۱ و رخنه‌کننده از خصوصیات اصلی انواع مختلفی از اختلالات اضطرابی از جمله اختلال وسواس فکری-عملی^۲ (OCD)، اختلال اضطراب منتشر و اختلال استرس پس از سانحه^۳ است. این گونه افکار در اختلالاتی چون افسردگی و خود بیمار انگاری نیز مشاهده می‌شوند (ولز و دیویز،^۴ ۱۹۹۴).

وسواس‌های فکری^۵، عقاید، افکار، تکانه‌ها یا تصاویر ذهنی پایداری هستند که مزاحم و نامناسب بوده و به اضطراب یا پریشانی آشکار در فرد منجر می‌شوند. کیفیت مزاحم و نامناسب وسواس‌های فکری تحت عنوان «خود ناهمخوان»^۶ ذکر می‌شوند و این پدیده حاکی از آن است که فرد با محتوای وسواس فکری خود، بیگانه بوده و آن را تحت کنترل خود نمی‌داند و از نوع اندیشه‌ای نیست که او انتظار دارد، ولی با این حال فرد قادر به تشخیص این نکته است که وسواس‌های فکری محصول ذهن خود او هستند و از خارج به وی تحمیل نمی‌شوند (انجمن روان‌پزشکی آمریکا^۷، ۲۰۰۰). متداول‌ترین وسواس‌های فکری عبارتند از: افکار مکرر درباره

1. intrusive thoughts
2. obsessive compulsive disorder(OCD)
3. Post Traumatic Stress Disorder.
4. Wells & Davies
5. obsessions
6. ego- dystonic
7. American psychiatric association(APA)

آلودگی، تردیدهای مکرر، لزوم قرار گرفتن اشیاء با یک نظم خاص، تکانه‌های پرخاشگرانه یا زننده و تصویرسازی ذهنی جنسی (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۰۰).

تاکنون نظریه‌های گوناگونی مانند نظریه‌های زیست‌شناختی، روان‌پویشی، روانی-اجتماعی، شناختی، رفتاری و شناختی- رفتاری درصدد تبیین و ارائه الگوی درمانی این اختلال بوده‌اند. نظریه نسبتاً جدید و امیدبخش در تبیین و درمان اختلال وسواسی- اجباری، در چارچوب رویکرد روان‌شناختی، نظریه رفتار درمانی شناختی^۱ (CBT) می‌باشد.

نظریات شناختی افکار وسواسی (سالکو و سکیس^۲، ۱۹۹۸) معتقدند که شناخت‌های مرتبط با ارزیابی‌ها و عقاید غلط در رشد و تداوم اختلال وسواس فکری-عملی، تعیین کننده هستند. در این زمینه می‌توان به مدل‌های درمان شناختی کار (۱۹۷۴)، به نقل از گریسون و همکاران، (۱۳۸۲)، مدل شناختی مک فال و ولزهایم (۱۹۷۴)، به نقل از گریسون و همکاران، (۱۳۸۲) و مدل شناختی ویتال^۳ (ویتال و همکاران، ۲۰۰۲) اشاره کرد.

چندین نوع ارزیابی‌های ناکارآمد به عنوان احتمال محوری یا اساسی، در رشد و تداوم وسواس تشخیص داده شده‌اند. سالکو و سکیس (۱۹۸۵) مطرح کرد که ارزیابی‌های مسئولیت در OCD بالاتر است. نظریه‌های دیگر بر اغراق در ترس و تهدید (جونز^۴ و همکاران، ۱۹۹۸) یا نیاز به کنترل بیش از حد افکار (کلارک و پوردن^۵، ۱۹۹۳) تمرکز دارند.

از طرف دیگر نظریات مبتنی بر دیدگاه رفتاری، وسواس‌ها را ناشی از شرطی‌سازی‌ها می‌دانند و برای شکستن این چرخه شرطی‌سازی، از روش‌های مختلفی همچون روش‌های مواجهه‌سازی و جلوگیری از پاسخ (در درمان وسواس‌های عملی) و روش‌های توقف فکر (در درمان وسواس‌های فکری) بهره می‌گیرند.

1. cognitive-behavior therapy
2. Salkovskis
3. Whittal
4. jones
5. Clark & Purdon

ویتال و همکاران (۲۰۱۰a) معتقدند که در افراد وسواسی باورهایی وجود دارد که این باورها باعث ارزیابی غلط از افکار ناخواسته شده و فرد را دچار مشکل می سازد. این باورها عبارتند از: اهمیت بیش از حد قائل شدن به افکار، اشتغال ذهنی زیاد نسبت به کنترل افکار، بیش برآوردی از تهدید، عدم تحمل بلا تکلیفی و کمال گرایی. براساس روش شناختی ویتال افراد مبتلا به وسواس فکری کمال گرایی بالایی دارند و تحمل ابهام و بلا تکلیفی برای آنان مشکل است. آنها سعی دارند با تغییر و یا کاهش از شدت این باورها و افکار، از شدت افکار وسواسی در افراد بکاهند.

ویتال و همکاران (۲۰۰۲) معتقدند درمان شناختی در بهبود عملکرد اجتماعی و افسردگی بیماران وسواس فکری، راهکار مؤثری است. کمال گرایی با اختلال وسواس فکری رابطه دارد. نظریه‌های مختلفی در مورد اختلال وسواس فکری به نقش افکار کمال‌گرایانه در این اختلال تأکید کرده‌اند. علاوه بر نظریات تنویریکی، یافته‌های کلینیکی نیز بر رابطه بین کمال گرایی و اختلال وسواسی صحنه گذاشته‌اند. پژوهش‌های زیادی درباره ارتباط کمال گرایی و وسواسی انجام شده (برای مثال فراست و استکتی، ۱۹۹۷، فراست و همکاران، ۱۹۹۰، فراست و همکاران، ۱۹۹۴، بخشی‌پور و همکاران، ۱۳۸۷، قهفرخی و همکاران، ۱۳۸۹) که همگی بر ارتباط کمال گرایی و وسواسی دلالت دارند. در یک پژوهش مشخص شد که کمال گرایی، نقش کلیدی و اساسی در بوجود آمدن اختلال وسواسی دارد (ژانت ۱۹۰۳؛ به نقل از خوش فطرت، ۱۳۸۹).

در مورد رابطه تحمل ابهام و اختلال وسواس نیز زاگمن و پینارد معتقدند که عدم تحمل ابهام در افراد وسواسی بالا می‌باشد و مشکلات تصمیم‌گیری در بیماران وسواسی به علت عدم تحمل ابهام آنهاست. آنها همیشه دوست دارند به علت کمال گرایی شان، به پاسخ درست دست یابند (زاگمن و پینارد ۱۹۹۷؛ به نقل از ابوالقاسمی، ۱۳۸۹).

در روش توقف فکر فرد با چشمانی بسته در حالت آرمیدگی قرار گرفته و به هنگام بروز افکار وسواسی با بالا بردن انگشت خود به درمانگر اشاره داده و به دنبال آن درمانگر یک محرک آزاردهنده‌ای (مانند فریاد بس کن) ارائه خواهد کرد (زارعیان، ۱۳۸۸).

بارلتا^۱ (۲۰۰۶) با تلاش‌هایی که در زمینه توقف فکر بر روی وسواس‌های فکری انجام داده است، بیان می‌کند که تکنیک توقف فکر، درمان و راهکار بزرگی برای کنار آمدن یا پرداختن به مشکل افراد وسواسی است.

برتری مرتبط با هر کدام از این نظریه‌ها هنوز به طور کامل ثابت نشده است، اما روی هم رفته، برتری مدل‌های شناختی آن است که در آنها معنی کردن یا تفسیر کردن اتفاقات در افکار، هدف درمان است نه خود افکار مداخله‌کننده. این پژوهش در مورد بیمارانی انجام می‌شود که مبتلا به وسواس فکری در دو بعد کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام هستند.

با توجه به پیشینه تحقیقات و مطالعات درمانی بیماران مبتلا به وسواس فکری می‌توان گفت که درمان‌های شناختی و رفتاری در ایجاد، تداوم و درمان وسواس فکری مؤثر بوده و نسبت به دارو درمانی تأثیر بیشتری در بهبود این بیماری دارد و از آنجایی که در زمینه درمان شناختی ویتال و درمان رفتاری توقف فکر بیماران وسواسی مطالعات کمی صورت گرفته است، انجام تحقیق در این زمینه می‌تواند تفاوت‌های این دو روش را در درمان اختلال وسواس فکری مشخص ساخته و تلویحات درمانی مناسبی را به دنبال داشته باشد.

بنابراین مسأله اصلی در این پژوهش این است که کدام یک از روش‌های درمان شناختی ویتال و درمان رفتاری توقف فکر، در درمان کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام بیماران مبتلا به وسواس فکری، اثربخشی بیشتری دارد؟

روش پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع طرح آزمایشی گسترش یافته با پیش آزمون- پس آزمون چند گروهی است. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه بیماران سرپایی مبتلا به وسواس فکری هستند که به مطب‌های خصوصی و مراکز مشاوره شهرستان بوکان در سال ۱۳۸۹ مراجعه کرده و تشکیل پرونده داده‌اند که جمعیت آن بالغ بر ۲۰۰ نفر بوده است. از بین جمعیت فوق پس از انجام مصاحبه بالینی مبتنی بر علائم و نشانه‌های DSM-IV جهت تأیید تشخیص وسواس فکری بیماران، تعداد ۶۷ بیمار ملاک‌های ورود (سن بین ۲۰ تا ۴۰، موافقت جهت همکاری در پژوهش، عدم وجود وسواسی عملی و اختلالات روان‌شناختی همراه دیگر ذکر شده در محور یک DSM-IV(I) و عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی در ماه منتهی به انجام پژوهش) را داشته که از بین آنها تعداد ۴۵ بیمار به صورت تصادفی ساده انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (گروه روش شناختی ویتال و گروه روش رفتاری توقف فکر) و یک گروه کنترل جایگزین شدند و سپس شرکت‌کنندگان در طرح به مقیاس‌های ییل براون، کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام پاسخ دادند (پیش آزمون) و سپس دو گروه آزمایشی (افراد هر گروه به صورت انفرادی) در معرض دو نوع مداخله آزمایشی (روش شناختی ویتال و روش رفتاری توقف فکر) قرار گرفته و در پایان مجدداً هر سه گروه به مقیاس‌های فوق پاسخ داده و نتایج مورد مقایسه قرار گرفتند.

ابزارهای گرد آوری اطلاعات در این پژوهش به شرح زیر می‌باشد:

۱- مقیاس کمال‌گرایی اهواز

این مقیاس یک مقیاس خودگزارشی ۲۷ ماده‌ای است که به وسیله تحلیل عوامل توسط نجاریان، عطاری و زرگر (۱۳۷۸)، به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، (۱۳۸۴) ساخته شده است. ماده‌های این مقیاس در مقیاس لیکرتی چهارگزینه‌ای (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب

اوقات) بوده که از ۱ تا ۴ نمره گذاری شده و حاصل جمع نمرات، میزان کمال‌گرایی فرد را نشان می‌دهد.

نجاریان و همکاران (۱۳۷۸)، ضریب آلفای این آزمون را ۰/۹۰ و همجنین ضریب پایایی بازآزمایی با چهار هفته فاصله زمانی، ۰/۶۸ گزارش کرده‌اند. همجنین هورمزی نژاد (۱۳۷۹)، به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، (۱۳۸۴) و وردی (۱۳۸۰)، به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، (۱۳۸۴) ضرایب پایایی این آزمون را قابل قبول و رضایت بخش گزارش کرده‌اند.

۲- مقیاس تحمل ابهام (بلا تکلیفی)

آزمون بلا تکلیفی (فریستون^۱ و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۴) ۲۷ آیتم دارد که با یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) به آن پاسخ داده می‌شود و هر یک از گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ نمره می‌گیرند. نوع فرانسوی این آزمون دارای همسانی درونی ($a=0/91$) و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله چهار هفته بسیار خوبی ($R=0/78$) دارد. ضرایب اعتبار و پایایی این آزمون معنی‌دار و رضایت بخش (بالای ۰/۷۰) گزارش شده است (فریستون و همکاران، ۱۹۹۴، به نقل از ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۸۴).

۳- مقیاس وسواس فکری-عملی ییل- براون

این مقیاس که در ۱۹۸۶ توسط گودمن و همکاران طراحی شده، دارای ۱۰ عبارت است که ۵ عبارت برای ارزیابی افکار وسواسی و ۵ عبارت برای ارزیابی اعمال جبری در نظر گرفته شده است. این آزمون، روی یک مقیاس پنج درجه‌ای لیکرتی از ۰ تا ۴ نمره گذاری می‌شود و شدت علائم؛ فراوانی علائم؛ مدت زمان علائم؛ میزان اضطراب بیمار و مداخله علائم در زندگی روزمره اش؛ و میزان مقاومت بیمار در برابر انجام این تشریفات را در دو بعد وسواس فکری و عملی مورد ارزیابی قرار می‌دهد. داده‌های مربوط اعتبار و پایایی این مقیاس را خیلی

خوب نشان داده‌اند. به عنوان مثال پژوهش راجرزی اصفهانی، متقی پور، کامکاری، ظهیرالدین، و جان بزرگی (۱۳۹۰) ثبات درونی این آزمون را ۰/۹۵ و اعتبار دونیمه‌سازی و بازآزمایی آن را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۹ گزارش کرده‌اند.

مراحل انجام جلسات درمانی در دو روش فوق‌الذکر که به صورت انفرادی برای هر یک از اعضای دو گروه آزمایشی (گروه روش شناختی ویتال و گروه روش رفتاری توقف فکر) در یکی از اتاق‌های مراکز مشاوره و کلینیک‌های خصوصی توسط ۶ نفر از همکاران آموزش دیده کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی اجرا گردید، به اختصار به شرح زیر می‌باشد:

۱- مراحل انجام درمان شناختی ویتال (۹ جلسه)

جلسه اول: شامل مشخص کردن ماهیت مسأله، محتوای وسواس‌ها، انواع رفتارهای اجتنابی و ارزیابی.

جلسه دوم: شامل ارائه توضیحاتی درباره بیماری و منطق کار.

جلسه سوم: شامل برنامه‌ریزی و اجرای روش شناختی ویتال می‌باشد. بیمار را با لیستی از افکار مزاحمی که توسط دیگر افراد نرمال گزارش شده روبرو کرده و از بیمار خواسته می‌شود که یک فکر مزاحم را که پریشانی ناچیزی را تولید می‌کند مشخص کند (مثلاً اجبار به رانندگی در لبه پل). اگر تفکرات ناخواسته و ارزیابی‌ها بی‌معنی تشخیص داده شدند، پایه‌ای را برای درمان‌های بعدی فراهم می‌آورند. رسیدن به مهارت در فرق‌گذاری بین افکار ناخواسته و ارزیابی، هدف این جلسه درمانی است. مثلاً از بیمار خواسته می‌شود که ۱۰ الی ۱۸ نمونه از موقعیت‌های ماشه چکان (راه‌انداز)، افکار مزاحم ناخواسته و ارزیابی‌های ناآشکار را در جلسه آینده مشخص نماید و لیستی از افکار و ارزیابی‌های خود را که با دیگران در میان گذاشته را فراهم کند. در این روش از شناسایی افکار مزاحم و اصلاح ارزیابی‌های منفی، افکار مداخله‌گر و احساس مسئولیت افراطی، به چالش طلبیدن احتمال آمیختگی فکر-عمل^۱ (ترکیب فکر عمل،

1. Thought- Action Fusion(TAF)

که کلیدی برای کاهش دادن عقاید بیش‌بها داده شده است)، منع تفکر، عدم مخفی کردن وسواس (مخصوصاً در میان گذاشتن آن با اشخاصی که افکارش را از آنها مخفی می‌کند) و تشویق بیمار به اینکه افکار خود را بیشتر بیان کند تا اینکه آنها را طرد کند و شخصی معاشرتی شود.

جلسه چهارم تا هشتم: هر جلسه به سه قسمت تقسیم شد: قسمت اول شامل بررسی پیشرفت بیماری در طی هفته گذشته، مرور مطالب جلسه قبلی و چگونگی انجام تکالیف خانگی. قسمت دوم شامل اجرای درمان شناختی. و قسمت سوم شامل جمع‌بندی و خلاصه‌سازی مطالب جلسه، پاسخ دادن به سؤالات بیمار و ارائه تکالیف خانگی.

جلسه نهم: شامل جمع‌بندی کلی و توضیحاتی درباره پیشگیری از عود بیماری.

۲- مراحل انجام تکنیک توقف فکر (۸ جلسه)

جلسه اول: مشخص کردن ماهیت مسأله، محتوای وسواس‌ها، انواع رفتارهای اجتنابی و ارزیابی.

جلسه دوم: ارائه توضیحاتی درباره بیماری و تبیین منطق کار.

جلسه سوم تا هفتم: این جلسات شامل برنامه‌ریزی و اجرای تکنیک توقف فکر بود. هر جلسه به سه قسمت تقسیم شد: قسمت اول شامل بررسی پیشرفت بیماری در طی هفته گذشته، مرور مطالب جلسه قبلی و چگونگی انجام تکالیف خانگی. قسمت دوم شامل اجرای تکنیک توقف فکر. و قسمت سوم شامل جمع‌بندی و خلاصه‌سازی مطالب جلسه، پاسخ دادن به سؤالات بیمار و ارائه تکالیف خانگی.

جلسه هشتم: شامل جمع‌بندی کلی و توضیحاتی درباره پیشگیری از عود بیماری.

پس از اجرای کامل دو روش فوق در دو گروه آزمایشی، نمرات پیش‌آزمون گروه‌ها از نمرات پس‌آزمون آنها کم شده و سپس میانگین نمرات سه گروه با روش تحلیل واریانس چند متغیره یک طرفه و با استفاده از نرم افزار SPSS ویرایش ۱۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

در جدول شماره ۱ اطلاعات جمعیت شناختی گروه‌ها ارائه شده است:

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی

گروه	جنسیت	وضعیت تاهل	تحصیلات				میانگین سنی (به سال)	میانگین مدت بیماری (به سال)	
			زن	مرد	متاهل	بیسواد			سیکل دیپلم
شناختی ویتال	۵	۸	۷	۱	۶	۳	۵	۲۹/۴	۶/۲
رفتاری توقف فکر	۶	۹	۶	۲	۷	۴	۲	۳۰/۲	۵/۷
کنترل	۷	۵	۱۰	۲	۶	۴	۳	۳۱/۷	۵/۹
کل	۱۸	۲۲	۲۳	۵	۲۰	۱۱	۹	۳۰/۴	۵/۱۰

در جدول شماره ۲ میانگین و انحراف استاندارد نمرات گروه‌ها در وسواس، کمال گرایی و عدم تحمل ابهام ارائه شده است:

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد تفاضل نمرات وسواس، کمال گرایی و عدم تحمل ابهام در سه گروه

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
وسواس	۹/۴	۲/۲۲	۷/۱۳	۲/۰۷	۰/۲۷	۰/۷۹
کمال گرایی	۲۲/۳۳	۱۰/۴۴	۱۵/۶۰	۷/۱۲	-۰/۳۳	۳/۲۹
عدم تحمل ابهام	۲۹/۸۷	۹/۸۴	۲۳/۸۰	۷/۷۱	-۰/۲۷	۲/۵۲

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس چند متغیره (مانووا)، نتایج آزمون لوین معنی دار نبود و فرض همگنی واریانس ها مورد تایید قرار گرفت و در جدول شماره ۳ نتایج آزمون تحلیل واریانس ارائه شده است:

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری در متغیرهای مورد مطالعه

نام آزمون	مقدار	f	df فرضیه	df خطا	p	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۹۴۹	۱۱۵/۹۲۹	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۴۹
لامبدا ویلکز	۰/۰۵۱	۱۱۵/۹۲۹	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۴۹
اثر هتلینگ	۱۸/۷۹۹	۱۱۵/۹۲۹	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۴۹
بزرگترین ریشه خطا	۱۸/۷۹۹	۱۱۵/۹۲۹	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۹۴۹
اثر پیلایی	۱/۰۶۹	۷/۲۷۹	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵
لامبدا ویلکز	۰/۰۸۴	۷/۲۷۹	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵
اثر هتلینگ	۹/۱۰۳	۷/۲۷۹	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵
بزرگترین ریشه خطا	۸/۸۹۸	۷/۲۷۹	۶	۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵

همان طور که در جدول شماره ۳ ملاحظه می شود سطوح معنی داری همه آزمون ها قابلیت استفاده از تحلیل واریانس چند متغیری (مانوا) را مجاز می شمارند. این نتایج نشان می دهند بین سه گروه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته، تفاوت معنی دار وجود دارد.

جدول ۴. نتایج آزمون های اثرات بین آزمودنی تحلیل واریانس چند متغیری

متغیر وابسته	ss	df	Ms	f	p
وسواس کوتاه مدت	۶۷۸/۵۳۳	۲	۳۳۹/۲۶۷	۱۰۳/۰۵۶	۰/۰۰۱
کمال گرایی کوتاه مدت	۴۰۶۴/۹۳۳	۲	۲۰۳۲/۴۶۷	۳۵/۷۱۳	۰/۰۰۱
عدم تحمل ابهام کوتاه مدت	۷۶۲۰/۱۳۳	۲	۳۸۱۰/۰۶۷	۷۰/۲۷۶	۰/۰۰۱

همان‌طور که در قسمت «گروه» جدول شماره ۴ ملاحظه می‌شود، بین میانگین نمرات، تفاوت معنی‌داری بین سه گروه وجود دارد ($P < 0/001$).
 برای تعیین محل تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دو به دوی میانگین گروه‌ها

متغیر	گروه‌ها	گروه توقف فکر	گروه کنترل
وسواس	۱- گروه شناختی	۲/۲۶۶۶۷°	۹/۱۳۳۳۳°
	۲- گروه توقف فکر	-	۶/۸۷°
	۳- گروه کنترل	-	-
کمال‌گرا	۱- گروه شناختی	۶/۷۳۳۳۳°	۲۲/۶۶۶۶۷°
	۲- گروه توقف فکر	-	۱۵/۹۳۳۳۳°
	۳- گروه کنترل	-	-
عدم تحمل ابهام	۱- گروه شناختی	۶/۰۶۶۶۷	۳۰/۱۳۳۳۳°
	۲- گروه توقف فکر	-	۲۴/۰۶۶۶۷°
	۳- گروه کنترل	-	-

* $P < 0/05$

نتایج آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه میانگین دوبه‌دوی گروه‌ها نشان می‌دهد که در نمره وسواس تفاوت معناداری بین افراد گروه آزمایشی شناختی ویتال و رفتاری توقف فکر و گروه کنترل وجود دارد ($P < 0/05$) بدین معنی که وسواس در گروه آزمایشی توقف فکر بیشتر از افراد گروه آزمایشی روش شناختی ویتال و گروه کنترل وجود دارد و در گروه کنترل بیشتر از گروه توقف فکر است. همچنین مقایسه میانگین دوبه‌دوی گروه‌ها نشان می‌دهد که در نمره کمال‌گرایی، تفاوت معناداری بین افراد گروه آزمایشی روش شناختی ویتال و رفتاری توقف فکر و گروه کنترل وجود دارد ($P < 0/05$). بدین معنی که کمال‌گرایی در افراد گروه آزمایشی توقف فکر بیشتر از افراد گروه آزمایشی روش شناختی ویتال و گروه کنترل وجود دارد و در

گروه کنترل بیشتر از توقف فکر است. مقایسه میانگین دوبه‌دوی گروه‌ها در نمره عدم تحمل ابهام نشان می‌دهد که تفاوت معناداری بین افراد گروه آزمایشی روش شناختی ویتال و رفتاری توقف فکر وجود ندارد ولی با گروه کنترل تفاوت معنی داری دارد ($P < 0/05$). بدین معنی که عدم تحمل ابهام در افراد گروه کنترل بیشتر از افراد گروه آزمایشی روش شناختی ویتال است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که هر دو روش شناختی ویتال و روش رفتاری توقف فکر در کاهش نمرات وسواس فکری، کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام افراد مبتلا به وسواس فکری مؤثر بوده ولی در این بین اثربخشی روش شناختی ویتال بهتر از توقف فکر بوده است. این نتیجه با یافته‌های پیشین همسو است. آبراموویتز^۱ (۱۹۹۷) در پژوهش خود برتری اندکی را در درمان‌های شناختی نسبت به مواجهه و جلوگیری از پاسخ‌گزارش کرده است. همچنین بارت، هیلی، فارل و مارچ^۲ (۲۰۰۴)، و ویتال و همکاران (ب ۲۰۱۰ و الف ۲۰۱۰) در پژوهش‌هایشان از برتری درمان‌های شناختی در درمان وسواس فکری حمایت کرده‌اند. ویتال، توردرسون و مک لین^۳ (۲۰۰۵)، تفاوت معنی‌داری را در اثربخشی دو روش درمان شناختی رفتاری و درمان رویارویی و جلوگیری از پاسخ‌گویی را در بیماران OCD به دست نیاوردند. بارلتا (۲۰۰۶)، توقف فکر را برای وسواس فکری مؤثر می‌داند.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان به عقیده بیماران در مورد افکار مزاحم که آن را بیش از خود افکار مورد هدف قرار می‌دهند، اشاره کرد. محتوای این افکار ناخواسته تصادفی نیست و منعکس‌کننده اهمیتی است که به معنای آنها داده می‌شود. اگر یک فکر به یک ارزشیابی شخصی منتهی شود، سبب پریشانی می‌شود و ممکن است همه چیز را فراموش کنند. بازسازی شناختی، ناراحتی همراه با وسواس فکری را مورد هدف قرار می‌دهد. با اصلاح فرضیات

-
1. Abramowitz
 2. Barret, Healy-Farrell, & March
 3. Whittal, Thorderson, & MC lean

بیماران و طرحواره‌های خطر و مسئولیت‌پذیری در بازسازی شناختی به بیماران کمک می‌شود که ببینند افکار و سواس آنها هیچ تهدیدی ایجاد نمی‌کند و به هیچ عملی منجر نمی‌شوند و همچنین کمک می‌کنند تا انگیزه درمان را ایجاد و حفظ کنند و با فشارهای زندگی که ممکن است علائم و سواسی را تشدید کنند، مقابله کنند. تئوری شناختی معتقد است که اختلال و سواسی نتیجه یک سری از واکنش‌هاست که از افکار مزاحم عادی حاصل می‌شود. این تئوری تأکید می‌کند که افکار مزاحمی که توسط افراد سالم تجربه می‌شود، با افکار مزاحمی که توسط افراد مبتلا به اختلال و سواسی تجربه می‌شوند، با هم تفاوتی ندارند. فرق اساسی آنها در معنایی است که افراد و سواسی به افکار مزاحم خود می‌دهند این افراد به افکار مزاحم به عنوان نشانه‌ای برای رخداد یک آسیب و ضربه جدی برای خود و دیگران می‌نگرند و لذا خود را مسئول این آسیب و جلوگیری کردن از رخداد آن می‌دانند. همین باعث می‌شود که آنها اضطراب و احساس گناه را تجربه کنند و شروع به خنثی‌سازی افکار خود (با اعمال اجباری) پردازند.

از آنجایی که روش شناختی ویتال بیشتر به افکار و شناخت‌های غلط بیماران و اصلاح و تعدیل این افکار در آنها می‌پردازد و این امر در روش رفتاری توقف فکر انجام نمی‌شود، بنابراین بدیهی است که روش شناختی ویتال مستقیماً با به چالش کشیدن این افکار در کنترل و اصلاح افکار و سواسی و افکار کمال‌گرایی بیماران، مؤثرتر از روش توقف فکر باشد.

همچنین نتایج مربوط به اثربخشی روش شناختی ویتال در مقایسه با توقف فکر و گروه کنترل در میزان عدم تحمل ابهام بیماران و سواس فکری نشان داد که روش درمان شناختی ویتال و روش توقف فکر تفاوت معنی‌داری با هم ندارند. نتایج این پژوهش که رابطه اختلال و سواسی و عدم تحمل ابهام را نشان می‌دهد در بسیاری از تحقیقات پیشین به اثبات رسیده است.

فراست و شوز^۱ (۱۹۹۳) بلا تکلیفی را یکی از علائم غالب اختلال وسواس و شخصیت وسواسی می‌دانند. فراست و همکاران (۱۹۹۴) در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسیدند که برخی خصوصیات رفتاری شخصیت احتکاری با بلا تکلیفی، کمال‌گرایی و نشانه‌های وسواسی در بین دانشجویان دانشگاه رابطه دارد. کولز، فراست، همبرگر و رومی^۲ (۲۰۰۲) نتیجه گرفتند که افراد وسواس تمایل به داشتن چیزهای کامل و قطعی دارند. فورنهام^۳ (۲۰۰۲) در مطالعاتش دریافت که عدم تحمل ابهام در افراد OCD بالا می‌باشد.

نتایج مربوط به اثربخشی روش شناختی ویتال در مقایسه با توقف فکر و گروه کنترل در میزان کمال‌گرایی بیماران مبتلا به وسواس فکر نشان داد که افراد مبتلا به وسواس فکری تفاوت معنی‌داری در کاهش نمرات کمال‌گرایی نشان دادند. در بسیاری از پژوهش‌های پیشین (فراست و همکاران، ۱۹۹۰، فراست و استکتی، ۱۹۹۷، فراست و همکاران، ۱۹۹۴، لادوسر و همکاران، ۱۹۹۸، بخشی پور و همکاران، ۱۳۸۷) رابطه کمال‌گرایی و وسواس فکری به اثبات رسیده و همبستگی معناداری بین کمال‌گرایی و وسواس فکری به دست آمده است و این پژوهش‌ها به نقش کلیدی و اساسی کمال‌گرایی در به وجود آوردن اختلال وسواسی اجباری اشاره کرده‌اند. این افراد در پژوهش‌های خود به کاهش کمال‌گرایی به دنبال درمان‌های شناختی اشاره کرده‌اند.

البته در پژوهش چک، ویتال و اونل^۴ (۲۰۰۷) که رابطه بین کمال‌گرایی و پیامد درمان را در افراد OCD آزمایش کردند، سطوح کمال‌گرایی در جریان درمان، بدون توجه به نوع درمان دریافت شده تغییری نشان نداده بود.

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که در افراد کمال‌گرا، گرایش به تعمیم افراطی شکست‌ها و پیامدهای منفی، ارزیابی سخت‌گیرانه از خود و نیاز شدید به موفقیت و کامل بودن

1. Shows
2. Cols, Frost, Heimberg& Rheume
3. Furnham
4. Chik,Whittal, &O neill

و اندیشه همه یا هیچ وجود دارد که همگی می‌توانند به دنبال درمان‌های شناختی کاهش پیدا کنند چرا که این افکار نادرست و افراطی در درمان‌های شناختی به چالش کشیده می‌شوند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی روش درمان شناختی ویتال در کاهش افکار وسواسی، افکار کمال‌گرایی و عدم تحمل ابهام بیماران وسواسی پیشنهاد می‌شود درمانگران، متخصصان بالینی و مشاوران از این روش درمانی در جریان درمان بیماران مبتلا به وسواس فکری بهره‌گیری نمایند. از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به بیسوادی و یا کم سوادی تعدادی از بیماران ذکر کرد.

منابع فارسی

- ابولقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد. (۱۳۸۴). *آزمون‌های روان‌شناختی*. انتشارات باغ رضوان. چاپ اول.
- ابولقاسمی، عباس. (۱۳۸۹). *روان‌شناسی کمال‌گرایی*. تهران: انتشارات گل پونه.
- انجمن روان‌پزشکی آمریکا. (۱۳۸۴). *متن تجدید نظر شده راهنمای تشخیص و آماری اختلال‌های روانی*، ترجمه محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس. تهران: سخن (تاریخ انتشار به زبان اصلی، ۲۰۰۰).
- بخشی‌پور، عباس؛ فخاری، علی؛ ایمانی، مهدی؛ قلی‌زاده، حسین. (۱۳۸۷). *مقایسه نگرش‌های مذهب و کمال‌گرایی در مبتلایان به اختلال وسواس فکری عملی و افراد بهنجار*، فصلنامه روان‌شناسی دانشگاه تبریز، سال سوم، شماره ۱۰، صص ۸۵-۱۰۲.
- خوش فطرت، اصغر. (۱۳۸۹). *مقایسه کمال و ابعاد آن در اختلالات افسردگی اساسی، وسواسی-اجباری و اضطراب منتشر و افراد بهنجار*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- راجرز اصفهانی، سپیده؛ متقی‌پور، یاسمن؛ کامکاری، کامبیز؛ ظهیرالدین، علی رضا؛ و جان بزرگی، مسعود. (۱۳۹۰). *پایایی و روایی نسخه فارسی مقیاس وسواسی-اجباری بیل-براون*. مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران. سال ۱۷، ش ۴، صص ۲۹۷-۳۰۳.

زارعیان، رقیه. (۱۳۸۸). مقایسه اثربخشی دو روش درمان رفتاری (رویارویی و جلوگیری از پاسخ) و دارودرمانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری عملی. پایان نامه کارشناسی ارشد. قهفرخی، کیانپور؛ مروج، فاطمه؛ علی مدد، فائزه؛ زندیان، زهرا. (۱۳۸۹). بررسی رابطه کمال گرایی و مسئولیت پذیری با اختلال وسواس فکری عملی در پزشکان ساکن اهواز. ماهنامه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، دوره ۹۰، شماره ۳، صص ۲۶۲-۲۵۵. گریسون، جانانان؛ فوآ، ادنا. ب و استکتی، گیل. (۱۳۸۲). وسواس. ترجمه امیر هوشنگ مهریار. چاپ دوم، تهران: انتشارات رشد.

منابع لاتین

- Abramowitz, J. S. (1997). *Effectiveness of psychological and pharmacological treatment for obsessive-compulsive disorder: A quantitative review*. Journal of consulting and clinical psychology, 65, 44-52.
- Barletta, J. (2006). *Thought Stopping RX. Prescription to keep Thinking on Track*. MAPS clinical psychologist Po Box 1440. Stafford 4053.
- Barret, P.; Healy-Farrell, L.; March, S. (2004). Cognitive-Behavior family treatment of childhood obsessive-compulsive disorder: A controlled trial. *J Am Acad child A adolesc psychiatry*, 43, 46-62.
- Chik, H. M.; Whittal, M. L.; O'Neill, M. L. (2007). *Perfectionism and Treatment Outcomes in Obsessive-Compulsive Disorder*. Department of psychiatry university of British Columbia and UBC Hospital. Vancouver BC, Canada.
- Clark, D. A., & Purdon, C. (1993). *New perspectives for a cognitive-theory of obsessions*. *Australian Psychologist*, 28, 161-167.
- Cols, M.; Frost, R.; Heimberg, R. & Rheume, J. (2002). Not just right experiences: perfectionism, obsessive-compulsive features and general psychopathology. *Behavior Research and Therapy*, 681-700
- Frost, R.O.; Marten, P.A.; Lahart, C. Q.; Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive therapy and research*, 14, 449-468.
- Frost, R.; Steketee, G.; Cohn, L & Griess, K. E. (1994). Personality traits in sub clinical and nonobsessive-compulsive volunteers and their parents. *Behavior Research and therapy*. 32, 47-56.
- Frost & Shows (1993). The nature and measurement of compulsiveness. *Behavior Research and Therapy* 26, pp. 275-277.
- Frost, R. O., & Steketee, G. (2002). *Cognitive approaches to obsessions and compulsions: Theory, assessment, and treatment*. Oxford, UK: Elsevier.

- Furnham, A(2002). *A content, correlation and factor analytic study of four tolerance of ambiguity questionnaires.*
- Jones, M. K;& Menzies, R. G. (1998). *Role of perceived danger in the mediation of obsessive-compulsive washing.* *Depression and Anxiety*,8, 121-125.
- Ladouceur, R; Blais, F; Freeston, M. H; & Dugas, M. J (1998). *Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder.* *Journal of Anxiety Disorders*,12, 139-152.
- Salkovskis, P. M. (1985). *Obsessional-compulsive problems: A cognitive behavioural analysis.* *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Salkovskis, P. M. (1998). *Psychological approaches to the understanding of obsessional*
- Wells, A. & Davies, M.I. (1994). *The thought control questionnaire: A measure of individual differences in the control of unwanted thoughts.* *Behav Res Ther* 1994;32,8:871-8.
- Whittal, M.L; Thorderson, D.S; & Mclean, P.D(2005). *Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy, exposure and response prevention.* *Behavior Research and Therapy*,43,1559-1570.
- Whittal, M.L; Rachman, S. & Mclean, P.D.(2002). *Psychosocial treatment for OCD: combining cognitive and behavioral treatments* In G, Simos(ed). *Cognitive behavior Therapy; a guide for the practicing clinician.* (first ed .pp.125-149) Hove: Brunner. Routledge.
- Whittal, M.L; Robichaud, M. & Woody, S.R. (2010 a). *Cognitive Treatment of Obsessions: Enhancing Dissemination.* *Cognitive And Behavioral Practice.* 17,1-8.
- Whittal, M.L; Woody, S.R; Mclean, P.D; Rachman, S.J; & Robichaud, M.(2010 b). *Treatment of obsessions: A randomized controlled trial.* *Behaviour Reserch And Therapy.* 48,295-303.