

Effectiveness of Cognitive-Analytic Therapy on Improving Intolerance of Uncertainty & Decreasing Worry and Experimental Avoidance in Patients with obsessive compulsive disorder

Poor Mohammad Ghoochani, *K.

Abstract

Introduction: Obsessive compulsive disorder (OCD) is a serious and debilitating. There is comorbidity between this disorder and various psychological factors. The aim of the present research was to examining the effectiveness of cognitive-analytic therapy on improving intolerance of uncertainty & decreasing worry and experimental avoidance in patients with obsessive compulsive disorder.

Method: This research is a quasi-experimental one with pretest-posttest design and control group. The research population includes all the patients with obsessive disorder who referred to counseling and social working centers of Mashhad in 2018. From among the population, 30 people were selected by purposive sampling and randomly assigned to experimental 15 people and control 15 people groups. The people in the experimental group received cognitive-analytic therapy for eight 90-minute sessions (two sessions a week). Data collection was done by using intolerance of uncertainty scale (IUS), worry and experiential avoidance questionnaires. Data analysis was done by multivariate analysis of covariance.

Results: Findings of the research that shows, there is a significant difference between the posttest scores of experimental and control groups in terms of the variables of intolerance of uncertainty, worry and experiential avoidance.

Conclusion: Cognitive-analytic therapy is effective in improving intolerance of uncertainty & decreasing worry and experiential avoidance in patients with obsessive compulsory disorder. According to the results of this study, it is suggested that psychologists and psychotherapists use this treatment as an effective intervention to reduce the psychological problems of patients with obsessive compulsive disorder.

Keywords: Cognitive analytic therapy, intolerance of uncertainty, worry, experiential uncertainty, obsession disorder.

اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی بر بهبود تحمل بالاتکلیفی و کاهش نگرانی و اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی

کامران پورمحمد قوچانی^۱

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۲/۱۱ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۴/۰۲

چکیده

مقدمه: اختلال وسواس فکری - عملی بیماری جدی و ناتوان کننده است که با عوامل روانشناختی متعددی همبندی دارد. هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی بر عدم تحمل بالاتکلیفی، نگرانی و اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی بود.

روش: این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. جامعه‌آماري پژوهش شامل همه بیماران مبتلا به اختلال وسواس مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و مددکاری شهر مشهد در سال ۱۳۹۷ بودند که از بین آنها ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش ۱۵ نفر و کنترل ۱۵ نفر گمارده شدند. گروه آزمایش، تحت گروه درمانی شناختی - تحلیلی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هر هفته دو جلسه قرار گرفتند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های عدم تحمل بالاتکلیفی، نگرانی و اجتناب تجربه‌ای استفاده شد. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای عدم تحمل بالاتکلیفی، نگرانی و اجتناب تجربه‌ای، تفاوت معناداری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: درمان شناختی - تحلیلی بر بهبود عدم تحمل بالاتکلیفی و کاهش نگرانی و اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی مؤثر بود. با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود تا روانشناسان و روان‌درمانگران از این درمان به عنوان مداخله‌ای اثربخش در جهت کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی بهره ببرند.

واژه‌های کلیدی: درمان شناختی - تحلیلی، عدم تحمل بالاتکلیفی، نگرانی، اجتناب تجربه‌ای، اختلال وسواس.

مقدمه

اختلال وسواس فکری - عملی^۱ بیماری جدی و ناتوان کننده است. این بیماری از دو جزء وسواسی و اجباری تشکیل شده است (۱). افسردگی، اضطراب و سوگیری توجه برای پردازش انتخابی اطلاعات مربوط به تهدید، پدیده‌های بالینی در این اختلال محسوب می‌شوند (۲). امروزه همبودی^۲ یکی از مباحث جدی در آسیب‌شناسی وسواس است (۳). به نظر می‌رسد یکی از مشکلات اصلی و رایج در این اختلال که پیش‌بینی کننده اختلالات همبود همبود آن است، اجتناب تجربه‌ای^۳ است (۴ و ۵).

اجتناب تجربه‌ای فرآیندی است شامل ارزیابی‌های منفی افراطی از حس‌ها، احساسات و افکار خصوصی ناخواسته و فقدان تمایل به تجربه کردن این رویدادهای خصوصی و تلاش‌هایی عمدی برای کنترل یا فرار از آنها (۶). اجتناب تجربه‌ای به‌عنوان تلاش‌هایی انعطاف‌ناپذیر برای اجتناب از تجربه‌های هیجانی یا روانشناختی، سرکوب یا مهار آنها تعریف شده است (۷) این سازه شامل دو جزء مربوط به هم است: اول، بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با خاطره‌ها و زمینه‌های رفتاری؛ و دوم، تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک و یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند. این شکل از اجتناب شامل اجتناب رفتاری، عاطفی و شناختی نیز می‌شود (۸). عملکرد اجتنابی، کنترل یا به حداقل رساندن تأثیر تجارب آزارنده است و می‌تواند با ایجاد آرامش فوری و کوتاه‌مدت، به شکل منفی رفتار اجتنابی را تقویت نمایند. این اجتناب زمانی مشکل‌زا خواهد شد که با عملکرد روزانه و دست‌یابی به اهداف زندگی شخص تداخل نماید (۹). نتایج مطالعات نشان داده است که اجتناب تجربه‌ای یکی از عوامل فراتشخیصی است که می‌تواند نقش مهمی را در شکل‌گیری و تداوم بسیاری از مشکلات مربوط به سلامت روانی افراد ایفا کند (۹-۱۰). علاوه بر این، نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که بین اجتناب تجربه‌ای و حساس بودن به علائم وسواس و استرس رابطه مثبت معنی‌داری وجود دارد (۶-۱۱-۱۲). همچنین، سرکوب افکار به عنوان یکی از اجزای اجتناب شناختی و نیز به عنوان راهکار کنترل ذهن رابطه‌ی مثبتی

با افزایش علائم وسواس فکری - عملی دارد (۷). شواهد تجربی نشان می‌دهد افراد با عملکرد اجتنابی با استفاده از راهبرد حواس‌پرتی / فرونشانی تلاش می‌کنند تا حواسشان را از نگرانی پرت کنند، اما به طور گسترده‌ای از آسیب‌های روانشناختی از جمله، افسردگی، اضطراب و نگرانی رنج می‌برند (۱۳-۱۴).

نگرانی^۴ یکی از عناصر شناختی اصلی اضطراب است؛ اما به لحاظ مفهومی متمایز از آن است. نگرانی شکلی از شناخت به صورت افکار و تصاویر ناخوشایند و غیرقابل کنترل است که کلامی، آینده‌محور و آمیخته با تجربه‌ی هیجانی منفی است (۱۵). سطوح بالای نگرانی برای سلامت روان پیامدهای منفی دارد؛ و در اکثر اختلالات روان‌پزشکی به‌ویژه در اختلال وسواس دیده می‌شود (۱۶). نگرانی شکلی از شناخت به صورت افکار و تصاویر ناخوشایند و غیرقابل کنترل است که کلامی، آینده‌محور و آمیخته با تجربه‌ی هیجانی منفی است (۱۷). نگرانی بر پردازش اطلاعات تأثیر می‌گذارد و مرتبط با سوگیری توجه نسبت به محرک‌های تهدیدکننده است (۱۸). سطوح بالای نگرانی برای سلامت روان پیامدهای منفی دارد؛ با این حال اعتقاد به اینکه نگرانی در تنظیم بلندمدت هیجان‌های منفی مفید است و منجر به حل مسئله می‌شود، دلیل استفاده از آن است. نگرانی بالا، نشان دهنده ی زیر مجموعه‌ای از نشانه‌های وسواس و استرس است (۱۹). نگرانی با ایجاد انگیزه‌ی اجتناب در فرد، از پردازش اطلاعات هیجانی و پریشان‌کننده جلوگیری می‌کند و این موضوع باعث می‌شود فرد توانایی مقابله با محرک‌های ناخوشایند را از دست بدهد و از این طریق مستعد اختلالاتی همچون وسواس و اضطراب شود (۲۰). افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی، تمایل زیادی به ناچیز شماری معایب نگرانی دارند؛ آنها بر این باورند که نگرانی، هدف‌های سازنده‌ی مانند پیشگیری از پیشامد اتفاق‌های بد دارد (۲۱). کارکرد اصلی نگرانی، آماده‌شدن برای مقابله با تهدیدهای آینده است (۲۲). سرانجام شماری از بررسی‌ها نیز ویژگی اصلی نگرانی را کنترل‌ناپذیری آن می‌دانند که موجب وسواس و آشفتگی ذهنی در فرد می‌شود (۲۱-۲۳).

1. obsessive compulsive disorder
2. comorbidity
3. experiential avoidance

4. worry

این افراد باورهای بنیادین کارآمد به طرز چشمگیری محدود است و باورهای جایگزین سازگارانه نیز کمتر قابل دسترسی است (۳۱). بر این اساس، یکی از روش‌های درمانی که در این امر می‌تواند راهگشا باشد، درمان شناختی - تحلیلی^۲ است (۳۲). درمان شناختی - تحلیلی به عنوان یکی از درمان‌های کوتاه‌مدت به ارائه بینش در ارتباط با خطاهای شناختی می‌پردازد، سپس فرد شروع به تغییر با هدف دستیابی به راهبردهای سازنده‌تر و هدایت افکار می‌کند (۳۳). وظیفه درمانگر، (در درمان شناختی - تحلیلی) درگیر کردن بیماران مبتلا به وسواس با افکار و رفتارهای سازگارانه‌تر و کاهش شدت مطلق‌نگری و خودکامگی در افکار و رفتارهای آنها است (۳۴). آنتولی ریلی به وجود آوردنده درمان شناختی - تحلیلی معتقد است که این درمان به درک و بهبود الگوهای مزمن و خود محدودکننده بازاری / بیان هیجانی کمک می‌کند. این درمان برای پیدا کردن الگوهای هیجانی اصلی ارتباط با خود و دیگران و ارتباطشان با مشکل فعلی مراجع یا پریشانی آشکار مراجع تلاش می‌کند. این درمان تصویر بزرگتری از دنیای روانشناختی مراجع را جستجو می‌کند و آن را به وضوح توضیح می‌دهد. راه‌های دوستانه را به کار می‌گیرد تا فرد کمتر احساس کند که به دام و تله افتاده است، بیشتر از خود مراقبت کند و تکالیف خانگی خودیاری روانشناختی خود را در خارج از جلسه درمان انجام دهد (۳۵). علاوه بر این، در درمان شناختی - تحلیلی با استفاده از مدل زنجیره فرآیندی و در طی فرآیند فرمول‌بندی مجدد، معانی مشکل فرد در شرح روایتی مطرح شده و سبب افزایش بینش مراجع نسبت به معانی در سطح ناهشیار می‌شود در صورتی که در درمان شناختی - رفتاری بیشتر بر شناخت و تعریف طرحواره تأکید می‌شود. در درمان شناختی - رفتاری همیشه فرآیندهای مشکل‌ساز محصولی از تجربیات اولیه که به صورت طرحواره مطرح می‌شود در نظر گرفته می‌شود که وقتی فرد با یک مشکل هیجانی برخورد می‌کند، ممکن است سبب باز فعال‌سازی یک طرحواره یا طرحواره‌هایی باشد که برای سال‌های متمادی غیر فعال بوده است. اگر چه فهمیدن معنا و مفهوم مشکل اصل است ولی تکنیک‌های شناختی بیشتر در سطح هشیار عمل می‌کند. همچنین،

یکی از سازه‌های دیگر مرتبط با وسواس، عدم تحمل بلا تکلیفی^۱ است که به‌طور گسترده به‌عنوان واکنش شناختی، هیجانی و رفتاری به عدم اطمینان تعریف شده است که موجب آن، سوگیری در پردازش اطلاعات و افزایش ارزیابی معیوب تهدید و کاهش کنار آمدن، رخ می‌دهد (۲۴). عدم تحمل بلا تکلیفی به‌عنوان یک طرحواره شناختی یا فیلتری است که دیدگاه افراد از محیطشان را نشان می‌دهد. در حالی که نگرانی می‌تواند به‌عنوان یک واکنش شناختی به وقایع بالقوه منفی (نگرانی به‌عنوان یک عمل ذهنی) در نظر گرفته شود. در نتیجه، نگرانی محصول عدم تحمل بلا تکلیفی به شمار می‌آید (۲۵). الگوی تحمل نکردن بلا تکلیفی که به‌وسیله داگاس، باهر و لاداسر (۲۶) توسعه یافته است، نشان می‌دهد افراد با اختلال وسواس، موقعیت‌های نامعین یا مبهم را فشارآور و آشفته‌کننده درک کرده، بنابراین در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، نگرانی مزمنی را تجربه می‌کنند. به باور این افراد، نگرانی برای مقابله کارآمد با موقعیت‌های ترس‌آور و یا جلوگیری از وقوع این حوادث به آنها کمک می‌کند. نتایج مطالعات، عدم تحمل بلا تکلیفی را مهمترین پیشبین وسواس در جمعیت‌های بالینی و عمومی معرفی کرده‌اند و نشان داده‌اند این رابطه‌ی قوی، ناشی از واریانس مشترک با سایر اختلالات همچون اضطراب یا افسردگی نیست (۲۷)؛ به این صورت که افراد دارای عدم تحمل بلا تکلیفی بالا، اطلاعات مبهم را تهدیدآمیز تعبیر و تفسیر می‌کنند (۲۸) که منجر به تشدید وسواس و نگرانی در آنها می‌شود و این باور را در فرد ایجاد می‌کند که توانایی کنار آمدن با موقعیت مبهم به‌وجود آمده را ندارد و هیچ یک از پاسخ‌های مقابله‌ای وی نمی‌تواند پیامدهای منفی آینده را کنترل کند (۲۹). از آنجا که این افراد پیامدهای منفی قطعیت و یقین را به اضطراب و نگرانی حاصل از بلا تکلیفی ترجیح می‌دهند به راهکارهای ناسازگار جهت کاهش وسواس و نگرانی حاصل از بلا تکلیفی رو می‌آورند (۳۰).

با وجود اینکه تاکنون درمان‌های روانشناختی متعددی موفقیت‌هایی در بهبود علائم وسواس به دست آورده‌اند اما همچنان انگیزه بالایی برای انجام پژوهش با هدف دستیابی به روش‌های درمانی مؤثر برای این اختلال وجود دارد. در

2. cognitive-analytic therapy

1. intolerance of uncertainty

کاهش نگرانی و اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیر دارد؟

روش

طرح پژوهش: این پژوهش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود.

آزمودنی‌ها: جامعه‌آماري شامل تمامی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی فکری - عملی بود که در سال ۱۳۹۷ به مراکز مشاوره و مددکاری خصوصی شهر مشهد مراجعه کرده بودند. از میان آنها ۳۰ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل به نسبت یکسان گمارده شدند. در این پژوهش ابتدا پس از کسب مجوزهای لازم، اطلاعات کامل در زمینه پژوهش در اختیار مسئولان مرکز درمانی و مشاوره قرار داده شد و به منظور رعایت مسائل اخلاقی، طبق کدهای ۴-۸ و ۵-۸ نظام‌نامه اخلاقی سازمان نظام روانشناسی و مشاوره ایران، از کلیه بیماران جهت شرکت در طرح پژوهشی رضایت آگاهانه کسب و توضیح داده شد که اطلاعات پژوهش فقط در اختیار محققین می‌باشد و صرفاً برای مقاصد پژوهشی مورد استفاده قرار می‌گیرد. ملاک‌های انتخاب ورود عبارت بودند از: دارا بودن ملاک‌های تشخیصی وسواس فکری - عملی بر اساس DSM-5 (توسط روان‌پزشک و روانشناس مسئول مراکز درمانی)، سواد خواندن و نوشتن، نداشتن مشکل جسمانی خاص برای شرکت در پژوهش. ملاک‌های خروج شامل: ابتلاء به اختلالات دوقطبی (به تشخیص روانشناس مرکز)، اعتیاد به مواد افیونی و روان‌گردان‌ها. در این پژوهش، درمان شناختی - تحلیلی در کنار درمان‌های دارویی (مصرف داروهای کلومیپرامین و سیتالوپرام) بر روی این بیماران بررسی شده است. تکمیل موفقیت‌آمیز بودن درمان دارویی بیماران به کمک درمان‌های روانشناختی از جمله: درمان شناختی - تحلیلی ممکن است، زیرا بسیاری از بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی چنانچه درمان دارویی را قطع کنند، مجدد علائم بیماری پس از چندمدت ظاهر می‌شود و این امر چنانچه با درمان شناختی - تحلیلی همراه گردد بسیار نامحتمل‌تر خواهد بود.

در درمان شناختی - تحلیلی تأکید بر تعاملات اجتماعی بوده، ولی در درمان شناختی - رفتاری تأکید بر فرآیندهای فردی است (۳۶).

نتایج مطالعات نشان داده است که درمان شناختی - تحلیلی به طور بارزی بر بهبود سلامت روان افراد با اختلال شخصیت مرزی (۳۷) و وسواس (۳۸)، تأثیر دارد. همچنین، درمان شناختی تحلیلی به عنوان درمانی مقرون به صرفه جهت درمان اختلالات روانی و کاهش علائم اختصاصی بیماری وسواسی اجباری نظیر اشتغالات ذهنی و تردیدها و نیز ارتقاء شاخص‌های بهداشت روان در این بیماری است (۳۹). راینر، تامپسون و والش (۳۷) و باتیمان، ریلی، فوناجی و کر (۳۸) ضمن مطالعات خود بیان داشتند که در بهبود عملکرد و علائم روانی اجتماعی بیماران وسواس اجباری، استفاده از روان‌درمانی‌های مبتنی بر بینش با تأکید بر تغییر در سبک زندگی نتایج مطلوبی را به دنبال داشته است. درمان شناختی تحلیلی با تأثیر بر ساختارهای شخصیتی و تغییر در سبک زندگی مبتلایان به اختلال وسواس، در کاهش اشتغالات ذهنی، سردرگمی‌ها و بهبود سطح بهداشت روانی این بیماران مؤثر است (۳۹-۴۰).

مشکلات همراه با اختلال وسواس و علائم ناتوان‌کننده آن کارکرد میان فردی، شغل و زندگی فرد را مختل می‌کند. همچنین بر اساس پژوهش‌هایی که طی ۱۰-۵ سال گذشته انجام گرفته این بیماری یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی است و بیش از ۵۰ میلیون نفر در سراسر دنیا به آن مبتلا هستند (۱). با توجه به آنچه بیان شد و از آنجایی که در زمینه اثربخشی مدل شناختی - تحلیلی به عنوان یک مدل نسبتاً جدید، برای بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی در داخل و خارج از کشور، شواهد زیادی وجود ندارد و با توجه به برتری این درمان نسبت به سایر درمان‌ها از نظر موضع فعال بیمار و مشارکتی که بیمار در طول درمان دارد و تمرکز جدی که این درمان بر تجربه هیجانات جدید توسط بیماران را دارد، به نظر می‌رسد این درمان می‌تواند در کاهش اختلال وسواس و مؤلفه‌های شناختی آن نظیر عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی و اجتناب تجربه‌ای باشد؛ لذا پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال انجام شد؛ آیا درمان شناختی - تحلیلی بر بهبود عدم تحمل بلا تکلیفی و

جدول ۱) خلاصه محتوای جلسات درمانی

تکالیف منزل	تغییر رفتار مورد انتظار	محتوا	هدف	
تدوین فهرستی از مشکلات آماجی	آگاهی نسبت منبع اصلی مشکلات	ایجاد اتحاد و تفاهم درمانی، شرح حال بیمار، ارائه درکی از CAT و چگونگی کارکرد آن به بیمار و خلاصه‌سازی جلسه درمانی با بیمار.	معارفه، بیان قواعد گروه درمانی و آشنایی با درمان	۱
تکلیف یادگیری خود انعکاسی	آگاهی از نقاط ضعف و قدرت	ابتدای هر جلسه تکالیف جلسه قبل بررسی شد. بازنگری فرمول‌بندی بر اساس جمع‌آوری سابقه شخصی، صورت‌بندی مشکلات بیمار، شناسایی نقاط ضعف و قوت بیمار و آغاز عملیات شناسایی روندهای ناسازگار متوالی و نقش‌های متقابل ناسازگار با کمک درمانگر.	شناسایی مجدد رخدادهای آشکار ساز مشکلات	۲
نوشتن نامه فرمول‌بندی بازنگری شده	آگاهی نسبت به افکار و تغییر روابط با افکار	بازنگری فرمول‌بندی بر اساس افکار ناکارآمد، نظام‌های باورها و رفتارهای بیمار با تمرکز بر انگاره‌های مزاحم و شناسایی تله یا چرخه تکراری رفتار.	تمرکز بر انگاره های مزاحم	۳
استفاده از یک نقشه برای نشان دادن تله‌ها و دام‌های کلیدی	تمرکز بر کاهش اجتناب تجربه‌ای	بازشناسی مشکلات و اشتغالات ذهنی و تدوین فهرستی جهت شناخت رویه‌ها و اجتناب تجربه‌ای، همکاری بیمار و بازبینی در پیامد و شدت نشانه افسردگی.	آگاهی فراشناختی	۴
ترسیم دیاگرام و نامه برای شناسایی، چالش کشیدن و تجدید نظر الگوهای قدیمی	توانمندی در شناسایی مجدد اینکه مشکلات چه موقع و چطور رخ می‌دهند	بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیرگذار در زندگی از طریق روابط بین فردی و آموزش فنون بازبینی رویه های ناکارآمد و اصلاح این روابط.	شناسایی مجدد	۵
ترسیم دیاگرام در مورد ارزش گذاری اجتناب‌ها	پیدا کردن راه‌های بهتر و جدید مقابله	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس شناخت تأثیر هیجان و رفتارهای بیمار بر علائم اجتناب تجربه‌ای و آگاهی از نحوه استمرار طرحواره‌های قدیمی مرتبط با وسواس نظیر: بریدگی و طرد، عملکرد مختل، محدودیت‌های مختل، دیگر جهت‌مندی و گوش‌به‌زنگی بیش‌ازحد و بازداری.	یادگیری مجدد رفتار	۶
ثبت افکار هوشمند به لحاظ هیجانی	کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی	تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس بینش‌افزایی و آگاه‌سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش اشتغالات ذهنی، مدیریت حس‌ها، افکار و رفتارها.	بازنگری برای خلق متغیر با علامت‌ها	۷
تکرار تمام تمرین‌های مؤثر	کاهش عدم تحمل بلاتکلیفی، نگرانی و اجتناب تجربه‌ای	نوشتن نامه‌های خداحافظی (متن نامه شامل خلاصه‌ای از دلایل مراجعه بیمار، خلاصه‌ای از آنچه که کسب شده و هر آنچه که هنوز نیازمند تغییر است و بیان ابزارهایی که بیمار می‌تواند در آینده استفاده کنند)، اعلام پایان جلسات و اخذ پس‌آزمون‌ها.	حقیقت و معنی ختم درمان	۸

ابزار

شود؛ به هریک از گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵، نمره گذاری می‌شود. نوع فرانسوی این آزمون همسانی درونی (۰/۹۱) و ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله چهار هفته بسیار خوبی (۰/۷۸) دارد. ضریب اعتبار این آزمون معنادار و رضایت‌بخش گزارش شده است (۴۱). ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه‌ی نگرانی (۰/۶۰، $r=$)، افسردگی بک (۰/۵۹، $r=$) و اضطراب بک (۰/۵۵، $r=$) معنادار ($P < ۰/۰۰۱$) به‌دست آمده است (۴۲). این ابزار نیز در ایران به فارسی

۱. مقیاس عدم تحمل بلاتکلیفی^۱ (IUS): آزمون عدم بلاتکلیفی فریستون، ریوما، ریتارته، دوگاس و لادوسور (۴۱)، ۲۷ گویه دارد که مربوط به نامقبول بودن بلاتکلیفی و ابهام است و معمولاً به ناکامی، استرس و ناتوانی برای انجام عمل منجر می‌شود و با یک مقیاس لیکرتری ۵ درجه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ داده می

1. Intolerance of Uncertainty Scale

پرسشنامه رضایت‌بخش بود (۰/۸۹ - ۰/۷۱). به‌علاوه اجتناب تجربه‌ای از هیجان با نشانه‌های افسردگی و اضطراب، مشکل در تنظیم هیجان و شاخص‌های ناراحتی در پرسشنامه سلامت‌روان رابطه معناداری را نشان داد. همچنین نتیجه‌روایی افتراقی نشان داد عامل اجتناب از تجارب هیجانی در دو گروه بالینی و غیربالینی تفاوت معناداری دارد. ولی عامل کنترل روی زندگی تفاوت معناداری در دو گروه نشان نداد (با توجه به ساختار نمره گذاری پرسشنامه پذیرش عمل برای سنجش اجتناب تجربه‌ای، افزایش نمره در نتایج حاصل از اجرای این پرسشنامه بیان‌کننده کاهش اجتناب تجربه‌ای آزمودنی است). در پژوهش حاضر ضریب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۴ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش: پس از اجرای پیش‌آزمون‌ها و جایگزینی تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل، افراد گروه آزمایش تحت گروه درمانی شناختی - تحلیلی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای در هر هفته دو جلسه (به علت درگیری بیشتر شرکت‌کنندگان با محتوای درمان) قرار گرفتند؛ گروه کنترل به مدت یک ماه در لیست انتظار قرار گرفت. هر دو گروه آزمایش و کنترل از نظر نوع و دوز داروهای مصرفی، جنس، سن و تحصیلات، هم‌تاسازی شدند. برنامه درمانی مطابق با راهنمای درمان شناختی - رفتاری ریلی و کر (۴۸)، توسط یک درمانگر متخصص و با راهنمایی یک استاد روانشناس بالینی انجام شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد.

یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش نشان داد که از ۳۰ نفر، ۱۴ نفر مرد و با میانگین سنی (۳۰/۳۰) و ۱۶ نفر زن با میانگین سنی (۲۷/۳۰) بودند. از نظر میزان تحصیلات ۱۱ نفر دارای مدرک (سیکل)، ۱۵ نفر دارای مدرک (دیپلم) و ۴ نفر دارای مدرک (لیسانس)، بودند. همه شرکت‌کنندگان متأهل و ۵ نفر دارای (۲ فرزند)، ۷ نفر دارای (۱ فرزند) و ۱۸ نفر (بدون فرزند) بودند.

داده‌های بدست آمده از دو گروه مورد بررسی با استفاده از روش‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته است. در جدول (۲) آماره‌های توصیفی مربوط به

ترجمه شده و ویژگی روان‌سنجی آن به روش بازآزمایی ۰/۷۹ گزارش شده است (۴۳). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آزمون به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد. ۲. پرسشنامه نگرانی پنسلوانیا^۱ (PSWQ): یک ابزار ۱۶ گویه‌ای است که مولینا و بورکویک (۴۴) تهیه کرده که شدت نگرانی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (کاملاً مخالفم) تا ۵ (کاملاً موافقم) در دو بعد نگرانی عمومی و فقدان نگرانی می‌سنجد. دامنه نمرات ۱۶-۶۴ است و نقطه برش آن ۴۵ است. ثبات درونی بالایی برای این مقیاس گزارش شده است (آلفای کرونباخ ۰/۹۳ - ۰/۸۶). ضریب آلفای کرونباخ و بازآزمایی در یک نمونه ایرانی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۷۹ بوده است. همچنین همبستگی معنادار نمرات آن با نمرات اضطراب صفت و افسردگی بیان‌کننده‌روایی همگرایی آن بوده است ($r = 0.68, P < 0.01$) (۴۱). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی آزمون با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

۳. پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم^۲ (AAQ-II): این پرسشنامه را بوند و همکاران (۴۵) ساخته‌اند. یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی (AAQ-I) است که هیز و همکاران (۴۶) ساخته‌اند. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف ناپذیری روانشناختی بر می‌گردد. مشخصات روان‌سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده با ۶ نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا (۰/۸۴) (۰/۸۸ - ۰/۷۸) پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسشنامه پذیرش و عمل - نسخه دوم به صورت هم‌زمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه زیربنایی آن است (۴۵). در ایران عباسی، فتی، مولودی و ضرابی (۴۷) مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه را در پژوهشی گزارش دادند. تحلیل عاملی اکتشافی ۲ عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی را گزارش داد. همچنین همسانی درونی و ضریب تنصیف

1. Penn State Worry Questionnaire

2. Acceptance and Action Questionnaire - II

متغیرهای وابسته پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است. همچنین پیش‌فرض‌های نرمال بودن داده‌های پژوهش شامل آزمون‌های کلموگروف - اسمیرنوف و لوین به همراه سطح معناداری ارائه شده است.

جدول ۲) شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک دو گروه و دو مرحله پیش‌آزمون - پس‌آزمون به همراه پیش‌فرض‌های نرمال بودن داده‌ها

معنی داری	آزمون لوین	معنی داری	کلموگروف - اسمیرنوف	کنترل		آزمایش		متغیر/ گروه	
				پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	عدم تحمل بالاتکلیفی	میانگین (انحراف معیار)
۰/۱۶	۱/۵۳	۰/۱۳	۰/۱۷	۷۷/۰۸ (۱۰/۳۳)	(۹/۱۹)۷۴/۲۳	(۶/۵۴) ۴۴/۳۲	(۸/۹۴)۷۴/۲۱	میانگین (انحراف معیار)	عدم تحمل بالاتکلیفی
۰/۴۹	۰/۴۶	۰/۰۵	۰/۱۹	۵۲/۴۵ (۱۰/۶۱)	(۹/۴۰)۵۰/۳۰	۳۲/۱۵ (۶/۸۵)	(۸/۸۸)۴۹/۸۵	میانگین (انحراف معیار)	نگرانی
۰/۳۷	۰/۹۸	۰/۱۵	۰/۱۸	۳۵/۱۲ (۹/۳۴)	(۹/۶۷)۳۷/۸۴	۴۷/۱۳ (۱۰/۵۴)	(۹/۷۸)۳۷/۳۸	میانگین (انحراف معیار)	اجتناب تجربه‌ای

بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پس‌آزمون رعایت گردیده است ($P > ۰/۰۵$). در ادامه نتایج آزمون فرض همگنی شیب رگرسیون نشان داد، داده‌ها از فرضیه همگنی شیب رگرسیون در سطح ($P > ۰/۰۵$) پشتیبانی می‌کنند. به منظور بررسی تفاوت میانگین نمرات گروه‌های آزمایش و کنترل از آزمون لامبدای ویکلز استفاده شد که نتایج نشان داد، آزمون لامبدای ویکلز با مقداری برابر با ۰/۴۱ و $F = ۶/۷۵$ با حذف اثر متغیرهای همپراش، تفاوت در اثربخشی دوره درمانی، حداقل در یکی از متغیرهای وابسته پژوهش معنادار است ($p < ۰/۰۱$).

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کوواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجیده شد. نتایج آزمون لوین جهت بررسی تساوی واریانس گروه‌ها در متغیرهای عدم بالاتکلیفی، نگرانی و اجتناب تجربه‌ای، نشان داد، سطح معناداری به دست آمده در متغیرهای وابسته پژوهش بزرگ‌تر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین با ۰/۹۵ اطمینان می‌توان قضاوت کرد که گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر پراکندگی نمرات عدم بالاتکلیفی، نگرانی و اجتناب تجربه‌ای در مرحله پیش‌آزمون یکسان می‌باشند. همچنین نتایج آزمون کلموگروف - اسمیرنوف به منظور بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای وابسته پژوهش نشان داد، شرط نرمال

جدول ۳) تحلیل کوواریانس چندمتغیره به منظور بررسی اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی بر عدم تحمل بالاتکلیفی، نگرانی و اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر

متغیرها	مرحله	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	Eta ²	توان آزمون
عدم تحمل بالاتکلیفی	پیش‌آزمون	۸۱/۳۳	۱	۸۱/۳۳	۹۲/۸۹	۰/۰۰۱	۰/۲۳	۰/۴۵
	گروه	۴۴۶۱/۳۶	۱	۴۴۶۱/۴۶	۳۳۴/۲۱	۰/۰۴۹	۰/۵۱	۰/۸۸
	خطا	۴۵۶۷/۱۵	۲۷	۴۵۶۷/۱۵	-	-	-	-
نگرانی	پیش‌آزمون	۱۳۴۳/۲۳	۱	۱۳۴۳/۲۳	۹۶/۰۶	۰/۰۲۱	۰/۲۷	۰/۴۹
	گروه	۱۹۸۷/۷۳	۱	۱۹۸۷/۷۳	۱۶۹/۹۳	۰/۰۰۶	۰/۵۵	۰/۹۴
	خطا	۵۷۶۲/۷۵	۲۷	۵۷۶۲/۷۵	-	-	-	-
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون	۵۲۷۳/۱۲	۱	۵۲۷۳/۱۲	۹۵/۱۰	۰/۰۰۱	۰/۲۱	۰/۵۱
	گروه	۲۱۳۴/۷۸	۱	۲۱۳۴/۷۸	۲۸۷/۱۴	۰/۰۰۷	۰/۵۷	۰/۹۵
	خطا	۶۹۲۳/۳۴	۲۷	۶۹۲۳/۳۴	-	-	-	-

بالاتکلیفی ($\eta^2 = ۰/۵۱$ و $p < ۰/۰۴۹$ و $F = ۳۳۳ / ۱۹$)، نگرانی ($\eta^2 = ۰/۵۵$ و $p < ۰/۰۰۶$ و $F = ۱۶۹ / ۹۳$) و اجتناب تجربه‌ای ($\eta^2 = ۰/۵۷$ و $p < ۰/۰۰۷$ و $F = ۲۸۷ / ۱۴$)

با توجه به نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره جدول (۳)، با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای عدم تحمل

و تکلیف یادگیری خود انعکاسی، روند ارزیابی بیماران از خود و توانایی‌هایشان به‌طور صحیح و با تمرکز بیشتری انجام شد (۲۱). در پژوهش حاضر بیماران وسواسی، توانایی بیشتری برای بازشناسی و چالش با الگوهای قدیمی اکتسابی و تأثیرگذار در زندگی از طریق روابط بین‌فردی و آموزش فنون بازبینی رویه‌های ناکارآمد و اصلاح این روابط. پیدا کردند که این امر باعث شد آنها موقعیت‌های نامعین یا مبهم را فشارآور و آشفته‌کننده درک نکنند و در پاسخ به چنین موقعیت‌هایی، از مقابله‌های کارآمدتری استفاده کنند. به طوری که بیماران گزارش می‌کردند که توانایی کنار آمدن با موقعیت‌های مبهم و چالش‌های به راهبردهایی همچون یادگیری مجدد رفتار، از توانایی بالایی در وجود آمده در زندگی‌شان را کسب کرده‌اند و به واسطه کنترل افکار، احساسات و رفتارشان برخوردار شده‌اند و در برخورد با موقعیت‌های نامبهم کمتر دچار تنش، اضطراب و بالاتکلیفی می‌شوند. علاوه‌براین، با استفاده از تکنیک "تجدیدنظر رویه ای" بر اساس بینش افزایی و آگاه‌سازی بیماران از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش اشتغالات ذهنی، مدیریت حس‌ها، افکار و رفتارها، آنها توانستند با ثبت هوشمندانه افکار و باور توانمندی‌هایشان، با چالش‌ها و اشتغالات ذهنی‌شان مقابله کنند و کمتر احساس عدم تحمل بالاتکلیفی کنند. در برتری برتری این درمان نسبت به سایر درمان‌های رایج روانشناختی بر روی بیماران با اختلال وسواس فکری - عملی مانند؛ کاهش فکرخطرناک و رویارویی و بازداری از پاسخ، می‌توان گفت که در درمان شناختی - تحلیلی منشأ شکل‌گیری روند آسیب‌زا را در قالب نمودار و نامه‌های صورت‌بندی مجدد به مراجع نشان می‌دهد، این کار باعث می‌شود تا ریشه الگوهای تکراری ناکارآمد، مشکل اصلی در عدم تحمل بالاتکلیفی و روند رشد آنها مشخص شود.

در تبیین اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی بر کاهش نگرانی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی می‌توان گفت، بیماران مبتلا به وسواس به جهت داشتن تجربه هیجانانگیز منفی در برخورد با موقعیت‌های تنش‌زا، مدام نگران هستند و سعی می‌کنند از حضور در این موقعیت‌ها به خصوص در جمع‌های گروهی، کناره‌گیری کنند (۱۷)، این امر به مرور در آنها احساس بی‌ارزش بودن و

(F)، تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی با توجه به میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش می‌توان گفت، درمان شناختی - تحلیلی بر کاهش عدم تحمل بالاتکلیفی، نگرانی و اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیر دارد.

بحث

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی بر عدم تحمل بالاتکلیفی، نگرانی و اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی انجام شد. یافته‌های حاصل از پژوهش نشان داد که با کنترل اثر پیش‌آزمون، بین میانگین نمرات پس‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای عدم تحمل بالاتکلیفی، نگرانی و اجتناب تجربه‌ای تفاوت معناداری وجود دارد. به عبارتی دیگر، درمان شناختی - تحلیلی بر کاهش عدم تحمل بالاتکلیفی، نگرانی و اجتناب تجربه‌ای و اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیر داشته است. نتایج مطالعات پیشین نشان داده است که درمان شناختی - تحلیلی تأثیر قابل‌بسزایی بر افزایش سلامت‌روان بیماران با اختلال وسواس دارد (۳۰-۳۱). همچنین نتایج مطالعات بیانگر آنست که درمان شناختی - تحلیلی بر کاهش اختلالات روانی و ارتقاء بهداشت روان (۳۲)؛ بهبود عملکرد و علائم روانی اجتماعی (۳۳-۳۴) و کاهش اشتغالات ذهنی و سردرگمی‌های (۳۵-۳۶) بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی تأثیر دارد. در تبیین اثربخشی درمان شناختی - تحلیلی بر کاهش عدم تحمل بالاتکلیفی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی می‌توان گفت، این درمان موجب افزایش ظرفیت‌های درونی از جمله تحمل کردن، انتظار کشیدن و صبر کردن در موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود، به طوری که آگاهی فراشناختی و تمرین‌های مربوطه از جمله؛ استفاده از یک نقشه برای نشان دادن تله‌ها و دام‌های کلیدی، موجب کاهش نگرش‌های منفی در مورد رویدادها و ناتوانی جهت مقابله با شرایط تنش‌زا می‌شود؛ این امر می‌تواند منجر به کاهش نگرانی درباره آینده شود (۳۴). عدم تحمل بالاتکلیفی ممکن است ارزیابی‌های فرد نسبت به توانایی حل مشکلاتش را تحت تأثیر قرار دهد که با تمرینات ترسیم دیاگرام و نامه برای شناسایی، چالش کشیدن و تجدیدنظر الگوهای قدیمی

درمانگر در بخش شناختی به بیماران جهت بالا بردن ظرفیت تفکر انتزاعی جهت مشاهده فرضیه‌ها، احساسات، رفتار و... خودشان کمک و در بخش تحلیلی جهت شناخت فاکتورهای ناهشیار و کشف عوامل مؤثر بر شناخت و فهم ارتباط بین درمانگر و مراجع تلاش نمود. در طول جلسات هدف اصلی درمانگر پیدا کردن الگوی هیجانی اصلی بیماران از طریق تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس بینش افزایشی و آگاه‌سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش اشتغالات ذهنی، مدیریت حس ها، افکار و رفتارها در ارتباط با خود و دیگران که با استرس‌ها و مسائل مشکل‌ساز بیمار در ارتباط هستند، بود که سرانجام به کاهش اجتناب تجربه‌ای در این بیماران انجامید. همچنین، این درمان منشأ شکل‌گیری روند آسیب‌زا را در قالب نمودار و نامه‌های صورت‌بندی مجدد به مراجع نشان می‌دهد، این کار باعث می‌شود تا ریشه الگوهای تکراری ناکارآمد، مشکل اصلی و روند رشد آنها مشخص شود. علاوه بر این بسیاری از نامه‌های صورت‌بندی مجدد شامل نموداری از نقش‌های متقابل به کار رفته توسط مراجع، روندهای متوالی به کار رفته در نقش‌های متقابل و پیامدهای حاصل از آن می‌شود. پاسخ بیماران به نامه صورت‌بندی مجدد به مشکلات پایه‌ای آنها بستگی دارد، بعضی از بیماران این تجربه که نامه‌ای به آنها نوشته شود و به آن فکر کنند را جالب توصیف می‌کنند که مانع از اجتناب تجربه‌ای و الگوهای تفکری تکرار شونده منفی می‌شود.

به طور خلاصه، درمان شناختی - تحلیلی بر کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی، نگرانی و اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به وسواس فکری - عملی تأثیر دارد و می‌توان از راهبردهای آن به عنوان درمانی سودمند بهره جست اما با اطمینان کامل استنباط کرد که راهبردهای خاص مربوط به درمان شناختی - تحلیلی عامل اصلی در تغییرات مشاهده شده بودند؛ زیرا روش پژوهش شبه‌آزمایشی بوده و علاوه بر آن به خاطر رعایت اصول اخلاقی محقق مجاز به قطع درمان دارویی برای این بیماران نبوده.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود؛ اثرات درمانی در فواصل زمانی مختلف مورد پیگیری قرار نگرفت که لازم است تا در مطالعات آینده این محدودیت برطرف گردد. همچنین، پیشنهاد می‌شود تا این

ناتوانی را ایجاد می‌کند، این درحالی است که در جریان گروه درمانی شناختی - تحلیلی آنها با یادگیری فنون تجدیدنظر رویه‌ای بر اساس بینش افزایشی و آگاه‌سازی بیمار از مسیر تکاملی مشکلاتش در جهت کاهش اشتغالات ذهنی، مدیریت حس‌ها، افکار و رفتارها. در می‌یابند که کمتر خود را مورد سرزنس و خود انتقادی قرار دهند؛ چون دیگران نیز مانند خودش نقیصی را دارند. این افزایش آگاهی موجب می‌شود که آنان حس کنند که بر خود و محیط پیرامونشان کنترل بیشتری داشته و می‌توانند از راهبردهای بهتر برای مبارزه با شرایط تنش‌زا استفاده کنند که این عوامل نقش مهمی در کاهش نگرانی آنان داشت. از سویی دیگر توانمندی در شناسایی مجدد اینکه مشکلات چه موقع و چطور رخ می‌دهند، موجب شد که بیماران سرزندگی و نشاط بیشتری پیدا کنند که این عوامل به نوبه‌ی خود جزء عوامل محافظت‌کننده در برابر نگرانی در زمینه‌های تحصیلی و زندگی بیماران و سواسی در طی گذراندن جلسات گروه درمانی می‌شود. همچنین در طی جلسات درمانی، درمانگر با نشان دادن دام‌ها و تله‌های کلیدی به مراجعان، الگوهایی از افکار یا رفتاری خود تقویت‌کننده که نگرانی را در آنها افزایش می‌دهد، شناسایی کرده تا بیماران با آگاهی از سیکل‌های تکرار شونده رفتار که در آن پیامد رفتار به تداوم چرخه افکار معیوب منجر می‌شود، از طریق فن تجدیدنظر رویه‌ای، بتواند بخشی از نگرانی خود را کم کند. در تبیین اثر بخشی درمان شناختی - تحلیلی بر کاهش اجتناب تجربه‌ای بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری - عملی می‌توان گفت، این درمان با گذر از مقاومت بیمار از طریق ایجاد زنجیره متوالی فرآیندهای ذهنی بیمار، سبب نزدیک شدن بیمار به هسته زنجیره‌وار مشکلات خود می‌شود و هر آنچه در بیمار نیاز به تغییر داشته باشد در این درمان جهت تعدیل فراخوانده می‌شود (۲۷). در این پژوهش، درمانگر با ارائه آگاهی در زمینه خطاهای شناختی و ماهیت علائم، مراجع را مجاب به تغییر و دستیابی به روش‌های سازنده‌تر و هدایت افکارش نمود. به گونه‌ای که ابتدا راه‌های این تغییر نگرش را در طول جلسات درمان به مراجعان ارائه کرد و آنها آموختند تا به جای اجتناب از تجربه حس‌ها، افکار و هیجانات منفی، بتواند آنها را به‌عنوان بخشی از عوارض بیماری خود بپذیرند و سعی در اصلاح رفتارهای خود نکنند.

8. Hayes SC., Levin ME., Plumb-Villardaga J., Villatte JL., Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *J Behavior therapy*. 2013; 44(2): 180-198.

9. Levin M.E., Krafft J., Pierce B., Potts S. When is experiential avoidance harmful in the moment? Examining global experiential avoidance as a moderator. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2018; 4(61): 158-163.

10. Yarollahi NA., Shairi MR. Investigation the role of experiential avoidance on anticipation general health in non-clinical samples. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2018; 5(3):1-11.

11. Aftab R. The mediator role of interpersonal difficulties in relationship between experiential avoidance with depression and anxiety. *Journal of Applied Psychology*. 2016; 4(40): 523-542.

12. Abdi R, Kaboudi N. The role of an avoidant moderator in the relationship between anxiety sensitivity and perceived stress in students. *Quarterly Journal of Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*. 2016; 10(40): 66-57.

13. Bardeen JR, Fergus TA. The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2016; 5(1): 1-6.

14. Golmohammadian M., Morovati F., Rashidi A. To Predict the Concern of Body Image Based on Mindfulness, Experiential Avoidance and Metacognition Beliefs in Highschool Students. *Iran Journal Health Educ Health Promot*. 2018; 6(2): 168-178

15. Borkovec T. The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behav Res Ther*. 1990; 28(2):153-158.

16. Alexander JR., Houghton DC., Twohig, MP., Franklin, ME., Saunders SM., Neal-Barnett AM. Clarifying the relationship between Trichotillomania and anxiety. *Journal Obsessive Compuls Relat Disord*. 2017; 13: 30-34.

17. Williams MO., Mathews A., Hirsch CR. Verbal worry facilitates attention to threat in high-worriers. *Journal Behav Ther Exp Psychiatry*. 2014; 45(1): 8-14.

18. Stumper A., Danzig AP., Dyson MW., Olin TM., Carlson GA., Klein DN. Parents' behavioral inhibition moderates association of preschoolers' BI with risk for age 9 anxiety disorders. *Journal Affect Disord*. 2017; 2(10): 35-42.

19. Ottaviani C., Borlimi R., Brighetti G., Caselli G., Favaretto E., Giardini I. Worry as an adaptive avoidance strategy in healthy controls but not in pathological worriers. *Int Journal Psychophysiol*. 2014; 93(3): 349-355.

20. Peter J., Lawrence DC., Murayama K., Creswell C. Systematic review and meta-analysis: Anxiety

پژوهش بر روی نمونه‌های متفاوت بالینی اجرا شود و روش نمونه‌گیری تصادفی می‌تواند درجه اطمینان تعمیم یافته‌ها را بالا ببرد. در مجموع، با توجه به نتایج این پژوهش، پیشنهاد می‌شود تا روانشناسان و روان‌درمانگران از این درمان به عنوان مداخله‌ای اثربخش در جهت کاهش مشکلات روانشناختی بیماران مبتلا به سواس فکری - عملی بهره ببرند.

تشکر و قدردانی: در پایان بر خود لازم می‌دانیم تا از کلیه بیمارانی که به عنوان شرکت‌کننده ما را در اجرای این پژوهش یاری نمودند، کمال قدردانی را به عمل آوریم.

منابع

1. Glass DJ. Factor structure of OCD: toward an evolutionary neuro-cognitive model of obsessive-compulsive disorder. A Thesis Submitted To The Department Of Psychology Of The State University Of New York At New Paltz In Partial Fulfillment Of The Requirements For The Degree Of Master of Arts In Psychology. 2012.

2. Ranjbar Sudejani Y., Sharifi K., Sayyah SS., Malek Mohamadi Galeh Z. Effectiveness of intensive short-term dynamic psychotherapy on correcting irrational beliefs and reducing cognitive avoidance of people with obsessive compulsive disorder. *Journal of Counseling Research*. 2017; 16(62):140-169

3. Paknia N., Mirzaei A., Jahan J., RanjbarSudejani Y., Sayyah SS. To compare the effectiveness of confrontation / encontur and response prevention model with the dangerous ideation reduction method on reducing alexithymia and cognitive avoidance amonge obsessive disorder patients. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2018; 14(1): 109-126.

4. Nandrino J.L., Gandolphe M., Saloppe X., Daoudi M., Moustafa A., Haj, M. The face of memory: experiential avoidance and facial expressions during the retrieval of autobiographical memories. *Journal of Cognitive Psychology*. 2019; 1(1): 1-30.

5. Soleimani E., Azmode S., Habibi M. Modeling of cognitive avoidance and rhabarb structural relationships with clinical signs: Non-diagnostic OCD as a mediator. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2017; 20(9): 44-33.

6. Bardeen JR., Fergus TA. The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of contextual behavioral science*. 2016; 5(1): 1-6.

7. Hershenberg R., Mavandadi S., Wright E., Thase ME. Anhedonia in the daily lives of depressed veterans: A pilot report on experiential avoidance as a moderator of emotional reactivity. *Journal of Affective Disorders*. 2017; 208(1): 414-417.

34. Yosefi A., Rahimian-Boogar I., Mohammad Rezaei A. The effectiveness of cognitive analytic therapy on mental health of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2013; 5(3): 1-12.
35. Thompson AR., Powis J., Carradice A. Community Psychiatric Nurses' experience of working with people who engage in deliberate self-harm. *International Journal of Mental Health Nursing*. 2008; 17(3): 153-161.
36. Ganbari Hashem Abadi B., Chagosaz M., Ghaseminiiai F., Akbari Klor S., Mosavi S., Jadidi S. The effectiveness of cognitive-analytical group therapy on experiential avoidance and rumination in students with major depressive disorder. *Journal of Psychological Studies*. 2019; 15(3): 0-0. doi: 10.22051/psy.2019.25261.1876
37. Rayner K, Thompson AR, Walsh S. Clients' experience of the process of change in cognitive analytic therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2011; 84(3): 299-313.
38. Bateman AW., Ryle A., Fonagy P., Kerr IB. Psychotherapy for borderline personality disorder: mentalization based therapy and cognitive analytic therapy compared. *International Review of Psychiatry*. 2007; 19(1): 51-62.
39. Ryle A., Kerr I. *Introducing cognitive analytic therapy: principles and practice*. Chichester: John Wiley & Sons. 2002.
40. Kellett S., Bennett D., Ryle T., Thake A. Cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: Therapist competence and therapeutic effectiveness in routine practice. *Clinical Psychology Psychotherapy*. 2013; 20(3): 216-225.
41. Freeston MH., Rheauma J., Litarte H., Dugas, MJ., Ladouceur R. Why do people worry?. *Personality and Individual Difference*. 1994; 17(6): 791- 802
42. Buher K., Dugas MJ. The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Journal of Behavior Research Therapy*. 2002; 40(8): 931-945.
43. Ebrahimzadeh Z. The study of cognitive beliefs perfectionism and social problem solving ability according to uncertainty levels among OCD and MDD. Dissertation in MA, Ardabil University. 2006.
44. Molina S., Borkovec TD. The penn state worry questionnaire: psychometric properties and associated characteristics. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1994; 185(5): 314-319.
45. Dehshiri.R, Golzari M., Borjali A., Sohrabi F. Psychometrics particularity of farsi version of pennsylvania state worry questionnaire for college students. *Journal of Clinical Psychology*. 2010; 1(4): 67-75.
- and depressive disorders in offspring of parents with anxiety disorders. *Journal Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2019; 58(1): 46-60.
21. Barlow DH. *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (4th ed.)*. New York: Guilford Press. 2008.
22. Lawrence PJ., Rooke SM., Creswell C. Review: prevention of anxiety among at-risk children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Child Adolesc Ment Health*. 2017; 22(3): 118-130.
23. Abdolpour G., Hashemi T., Shairi MR., Alizadeh F. The relationship of the Intolerance of uncertainty and worry and metacognitive beliefs in people with depressive symptoms. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2018; 5(2):15-26
24. Chen S., Yao N., Qian M. The influence of uncertainty and intolerance of uncertainty on anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2018; 61(7): 60-65.
25. Dugas MJ., Buhr K., Ladouceur R. The role of intolerance of uncertainty in etiology and maintenance. In: R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.). *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice*. New York: Guilford Press. 2004.
26. Dar KA., Iqbal N., Mushtaq A. Intolerance of uncertainty, depression, and anxiety: Examining the indirect and moderating effects of worry. *Asian Journal Psychiatry*. 2017; 29(2): 129-133.
27. Hirsch CR., Mathews AA. Cognitive model of pathological worry. *Behav Res Ther*. 2012; 50(10): 636- 646.
28. Jensen D., Kind AJ., Morrison AS., Heimberg RG. Intolerance of uncertainty and immediate decision-making in high-risk situations. *Journal Exp Psychopathol*. 2014; 5(2):178-190.
29. Gary I. The effect of worrying on intolerance of uncertainty and positive and negative beliefs about worry. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 2019; 62(7): 65-71.
30. Dabashi L., Najafi M., Rahimian Booger I. The effectiveness of cognitive-analytical group therapy on impulsivity and decomposition experiences in patients with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 10(2): 15-27.
31. Ryle A., Low J. *Cognitive analytic therapy. Handbook of Psychotherapy Integration (Oxford Series in Clinical Psychology)*. 1993.
32. Kellett S., Stockton C., Marshall H., Hall J., Jennings C., Delgadillo J. Efficacy of narrative reformulation during cognitive analytic therapy for depression: Randomized dismantling trial. *Journal of Affective Disorders*. 2018; 239(15): 37-47.
33. McCutcheon KL., Kerr AB., Chanen AM. Chapter 6 - Cognitive Analytic Therapy: A Relational Approach to Young People With Severe Personality Disorder. *Journal of Case Formulation for Personality Disorders*. 2019; 33(12): 95-111.

46. Bond FW., Hayes SC., Baer R A., Carpenter KM., Guenole N., Orcutt HK., Zettle RD. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire- II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. Behavior Therapy. 2011; 42(4): 676-688.
47. Hayes SC., Strosahl K., Wilson KG., Bisset RT., Pistrullo J., Toarmino D., et al. Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. The Psychological Record. 2004; 54: 553-578.
48. Abasi, E., FtiR L., Molodi R., Zarabi H. Psychometric properties of Persian Version of Acceptance and Action Questionnaire -II. Journal of Psychological Models and Methods. 2013; 2(10): 65-80.
49. Ryle A., Kerr IB. Introducing cognitive analytic therapy. John Wiley & Sons Ltd. Sharma, R. 2012. Ego-strength in relation to adjustment of collegegoing students. Indian Streams Res J. 2011; 2(1): 1-4.

