

# بررسی مقایسه‌ی اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و درمان فراشناخت بر کاهش شدت علائم اختصاصی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی

زهرة نیکویی<sup>۱</sup>، نیلا علمی منشی<sup>۲</sup>

۱. دانش‌آموخته‌ی کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه هرمزگان، بندرعباس، ایران. (نویسنده مسئول).

۲. استادیار گروه روانشناسی دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

فصلنامه راهبردهای نو در روان‌شناسی و علوم تربیتی، دوره چهارم، شماره چهاردهم، تابستان ۱۴۰۱، صفحات ۶۹-۵۹

## چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ با درمان فراشناخت بر کاهش شدت علائم اختصاصی و بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی بود. این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی است که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری شامل کلیه بیماران اختلال وسواس فکری-عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان شیراز در سال ۱۴۰۰ بود. مداخله فراشناخت به مدت ۸ جلسه گروهی و به مدت دو ماه به صورت جلسات ۱٫۵ ساعته بر روی گروه آزمایش اول و مداخله مواجهه و جلوگیری از پاسخ به مدت ۱۴ جلسه ۲ ساعته بر روی گروه آزمایش مواجهه و جلوگیری از پاسخ اجرا شد. هر دو گروه آزمایش و گروه کنترل در طی دوره مطالعه در دوزهای نزدیک، داروی فلووکسامین (دوز ۲۰۰ تا ۳۰۰) مصرف کردند. هر دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری را نشان دادند. اما گروه درمانی مواجهه و جلوگیری از پاسخ، نسبت به گروه درمانی فراشناخت کاهش بیشتر و معناداری را داشته است. بر پایه یافته‌های پژوهش، تأثیر درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، در کاهش علائم اختصاصی اختلال وسواس اجبار در مراجعین از درمان فراشناختی مؤثرتر می‌باشد؛ بنابراین درمانگران می‌توانند از این درمان در کنار درمان‌های موفق دیگر، جهت ارتقا کیفیت زندگی بیماران استفاده کنند.

**واژه‌های کلیدی:** درمان فراشناخت، درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ، اختلال وسواس فکری و عملی.

## مقدمه

راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (نسخه‌ی پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ۲۰۱۳) اختلال وسواس فکری و عملی را با افکار مزاحم پریشان‌زا و رفتارهای تکراری ناخواسته‌ای تعریف می‌کند که باعث تداخل در عملکرد فرد می‌شود. بین افکار و اعمال وسواسی رابطه وجود دارد، به طوری که تقریباً تمام افراد وسواسی در پاسخ به فکر وسواسی اقدام به عمل وسواسی می‌کنند. مشخصه این اختلال وجود وسواس‌ها یا اجبارهای مکرر و چنان شدید است که رنج و عذاب قابل ملاحظه‌ای را برای فرد به بار می‌آورند. این افکار یا اعمال مستمر و تکراری سبب اتلاف وقت شده و در روند معمولی و طبیعی زندگی فرد، کارکرد شغلی، فعالیت‌های معمول اجتماعی و روابط بین فردی او اختلال قابل ملاحظه‌ای به وجود می‌آورد. گرچه این وسواس‌های فکری و اعمال وسواسی حتی برای خود افراد مبتلا غیرمنطقی است، اما مقاومت در برابر آن‌ها فوق‌العاده مشکل است. رفتارهای تشریفاتی و نگرانی‌های روزمره تا اندازه‌ای بخشی از زندگی هر انسانی است، بدون آن‌ها تمدن نمی‌توانست وجود داشته باشد یا حداقل نمی‌توانست خیلی کارآمد باشد. در بسیاری موارد، افراد عادی احساس می‌کنند که لازم است قبل از خواب، از بسته بودن درب منزل مجدداً اطمینان حاصل کنند ولی این علائم را نمی‌توان به وجود وسواس در افراد مرتبط دانست، تنها زمانی در مورد فردی اختلال وسواسی - اجباری تشخیص داده می‌شود که شدت افکار به اندازه‌ای باشد که در اعمال عادی و عملکرد شغلی و اجتماعی او اختلال ایجاد کنند (آبراموویچ<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹). برآوردهای فعلی حاکی از آن هستند که بین دو تا سه درصد افراد جامعه ملاک‌های اختلال وسواس فکری و عملی را دریافت می‌کنند (والترز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). سن شروع بین اوایل نوجوانی و اوایل بزرگسالی متغیر است و معمولاً سن شروع در مردان پایین‌تر از زنان است (هولاندر و زوهر<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱). حدود پنجاه تا ۷۵ درصد کسانی که تشخیص اختلال وسواس فکری و عملی می‌گیرند، همزمان به اختلال روان‌شناختی دیگری نیز مبتلا هستند (کلارک<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴). اختلال وسواس فکری و عملی، اختلال ناهمگن و ناتوان‌کننده‌ای است که به لحاظ آسیب‌شناسی و درمان از دیگر اختلالات اضطرابی مجزا است و اخیراً در پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی وجود دارد. این اختلال به‌عنوان یک طبقه جداگانه (جدای از اضطراب) مطرح شده است. تشخیص اختلال وسواس فکری و عملی همان‌طور که در راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی آمده مبتنی بر ملاک عملکرد است. بدون توجه به شکلی که این اختلال به خود می‌گیرد یا فرایندهای شناختی که درگیرند. تلاش‌هایی نیز برای طبقه‌بندی انواع وسواس فکری و عملی صورت گرفته ولی توافقی در این زمینه وجود نداشته است (بارلو، ۲۰۱۴). شواهد تجربی متعددی توانسته‌اند مؤثر بودن درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ در قلمرو اختلال وسواسی را ثابت کنند. نتایج بررسی‌ها تاکنون نشانگر بهبود ۶۵-۷۵٪ از بیماران با استفاده از این شیوه است (فوآ و همکاران، ۲۰۰۵). فوآ و همکارانش نتایج هجده پژوهش کنترل‌شده را تحلیل کرده‌اند و به این نتیجه دست‌یافته‌اند که پس از اجرای روش مواجهه سازی و جلوگیری از پاسخ، نشانه‌های مرضی در ۵۱٪ از بیماران از بین رفته و یا بهبود قابل ملاحظه‌یافته است.

<sup>1</sup> Abramowitz

<sup>2</sup> Walters

<sup>3</sup> Hollander, Zohar

<sup>4</sup> Clarck

علیرغم بهره‌گیری از درمان‌های قبلی، امروزه روش جدیدتری نیز به مداخلات درمانی افزوده شده است که درمان فراشناختی نام دارد. با توجه به پژوهش‌های انجام شده در درمان اختلال وسواس اجبار بر پایه‌ی مدل فراشناختی مؤثر می‌باشند چنانکه عبدالله زاده و همکارانش در مطالعه‌ای به مقایسه تأثیر فراشناخت درمانی با دارودرمانی بر روی بیماران وسواسی پرداختند و درمان روان‌شناختی را مؤثر نشان دادند (عبدالله زاده، ۲۰۱۶). همچنین راس و کوسولود با مطالعه خود بر مؤثر بودن درمان فراشناختی در درمان بیماران وسواسی صحه گذاشتند (راس، کوسولود، ۲۰۱۰). با توجه به کمبود اطلاعات پژوهشی کافی در مورد درمان فراشناختی و درمان مواجهه و بازداری از پاسخ و مهم‌تر از آن مقایسه این دو درمان بر روی بیماران دچار اختلالات مختلف و به‌طور اخص اختلال وسواس اجبار در ایران و با توجه به تأثیر عمیق فرهنگ بر درونه علائم، هدف این بررسی نشان دادن اهمیت تغییر رفتارهای وسواسی و بازداری از وقوع آن‌ها؛ همچنین تغییر شناخت‌های تحریف‌شده و افکار خودبه‌خود این بیماران در کاهش علائم در بیماران وسواسی- اجباری می‌باشد؛ بنابراین با توجه به اهمیت مسئله درمان برتر جهت درمان بیماران وسواسی- اجباری، هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ و درمان فراشناختی در مراکز مشاوره شیراز بود.

### روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه تجربی و کاربردی است که با طرح پژوهشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل کلیه‌ی بیماران سرپایی اختلال وسواس فکری- عملی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهرستان شیراز در سال ۱۴۰۰ بود. شیوه نمونه‌گیری در این پژوهش به‌صورت هدفمند اجرا شد. بدین‌صورت که از همکاران در کلینیک‌های مختلف (درمانگاه اباعبداله، درمانگاه امام رضا، مرکز مشاوره آموزش و پرورش ناحیه ۳) درخواست شد بیماران با تشخیص اول وسواس که ملاک‌های ورود به نمونه را احراز می‌کنند را جهت یک دوره درمان با هزینه اندک ارجاع دهند. بیماران ارجاع داده شده توسط همکاران و همچنین افراد مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی دکتر فروزش طی ۳ ماه گزینش شدند.

درنهایت از بین مراجعان، ۶۰ نفر از بیماران که طبق تشخیص روان‌پزشک تشخیص اختلال وسواس- جبری گرفته‌اند انتخاب شدند. برای حصول اطمینان از تشخیص، تمامی بیماران دارای تشخیص اختلال وسواس- جبری توسط یکی از روان‌شناسان همکار طرح بر مبنای مصاحبه بالینی ساخت‌یافته برای اختلالات محور I در DSM-IV نسخه بالینی SCID- I/CV و مصاحبه بالینی ساخت‌یافته برای اختلالات محور II در DSM-IV (SCID-II) نیز مورد ارزیابی قرار گرفتند و پس از اطمینان از تشخیص، تطبیق ملاک‌های ورود و خروج و تکمیل فرم رضایت آگاهانه، شرکت‌کنندگان به‌صورت گمارش تصادفی به دو گروه ۲۰ نفره آزمایش و یک گروه ۲۰ نفره کنترل تقسیم شدند. در حین مداخله نیز تعدادی از شرکت‌کنندگان بنا به دلایل مختلف از درمان خارج شدند که تعداد نفرات نهایی برای گروه‌ها به‌قرار زیر شد: گروه درمان فراشناخت (۱۷) گروه مواجهه (۱۵) و گروه کنترل (۱۸) نفر. در مجموع در پس‌آزمون ۵۰ نفر حضور داشتند. از آنجاکه تمامی افراد نمونه به لحاظ میزان و شدت علائم در یک دامنه همگن قرار دارند، مصرف دارو برای آن‌ها ضروری بود. لذا با تشخیص روان‌پزشک داروی فلووکسامین در رنج ۲۰۰ تا ۳۰۰ میلی‌گرم برای هر سه گروه تجویز شد. بدین ترتیب هم‌گروه کنترل و هم‌گروه‌های آزمایش در حین مداخلات از یک داروی یکسان و دوز همگن استفاده کردند. لذا اثر مصرف دارو کنترل شد. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی در این پژوهش، به شرکت‌کنندگان پژوهش توضیح داده

شد که در صورت تمایل، آنان در پژوهشی که قصد دارد اثربخشی یک درمان روان‌شناختی را بر علائم اختلال وسواس فکری و عملی بررسی نماید شرکت می‌کنند. همچنین به ایشان اطمینان داده شد که اطلاعات مرتبط با آن‌ها به صورت کاملاً محرمانه باقی خواهد ماند. ملاک‌های انتخاب نمونه عبارت بود از تشخیص اصلی بیماری وسواس، عدم ابتلای بیماران به هیچ‌یک از اختلالات شخصیت، اختلالات دوقطبی و رگه‌های روان پریشی. تحصیلات حداقل سیکل و ملاک‌های حذف نمونه به قرار زیر بود: ابتلا به هر یک از بیماری‌های ذکر شده در ملاک ورود، انجام هر مداخله دیگر در حین جلسات درمان، داشتن معلولیت یا هر شرایط پزشکی و جسمانی که موجب عدم شرکت در جلسات یا پاسخگویی به سؤالات پرسشنامه شود، بی‌سوادی و داشتن سن کمتر از ۱۸ سال. داده‌های پژوهش با استفاده از تحلیل کوواریانس و با به‌کارگیری نرم‌افزار آماری SPSS، ویراست ۲۱ تحلیل شد.

### ابزار پژوهش

پرسش‌نامه اندازه‌گیری میزان وسواس-جبری پادوا: در چند دهه اخیر تعدادی از شاخص‌های گزارش‌شده شخصی از نشانه‌های وسواس فکری-عملی من جمله پرسش‌نامه وسواس فکری-عملی مادزلی (MOCI، هاجسون و راجمن، ۱۹۷۷)، پرسش‌نامه وسواس-جبری لایتون (LOY، کوپر، ۱۹۷۰)، چک لیست فعالیت وسواس عملی (SAS، فیلیپوت، ۱۹۷۵)، پرسشنامه وسواس فکری-عملی فلوریدا (FOCI، گودمن، ۱۹۹۴) و مقیاس پرسش‌نامه وسواس-جبری یل براون (YBOCS، گودمن و همکاران، ۱۹۸۹) تحول‌یافته‌اند؛ اما این فرم‌ها رضایت کامل متخصصان امر را فراهم نمی‌کرد. در واقع، محدودیت این شاخص‌ها دشواری تعمیم‌پذیری نتایج است. به این صورت که عمدتاً فقط تعداد کمی از انواع فرعی و خرده مقیاس‌های OCD را موردسنجش قرار می‌دهند (مکینی، ۱۹۹۹). ساناوو (۱۹۸۸)، پرسش‌نامه پادوا را گسترش داد که دارای این مزیت است که می‌تواند مهم‌ترین خرده الگوهای وسواس-جبری را مورداندازه‌گیری قرار دهد.

پرسش‌نامه خود-گزارشی پادوا دارای ۶۰ ماده است که تفکرات نشخواری، تردیدها، واری‌کردن، رفتارهای تمیز کردن، تکانه‌ها، تفکر تکراری درباره خطرات احتمالی پایین و تصورات متناقض عودکننده را اندازه می‌گیرد. در سال‌های اخیر تعدادی از مطالعات با تأکید بر تحلیل و واری‌سازی ساختار عاملی و روایی همگرا و واگرا در مورد پرسش‌نامه پادوا انجام شده است. در یک تحقیق با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی بر روی پرسش‌نامه وسواس فکری-عملی پادوا (۱۰۸۳ نفر سفیدپوست و اقلیت بالینی)، چهار عامل به دست آمد. عامل‌ها عبارت بودند از: ۱- آلودگی و شستن، ۲- واری‌کردن، ۳- تردید و فقدان کنترل در فعالیت‌های ذهنی و ۴- ترس از کنش‌نمایی و تکانه‌ها (ویلیام، تراکایمر، اشمیت و اولمانس، ۲۰۰۵). در یک تحقیق بصیراوغلو، یاسل، آگارگان، بوی سان، اریونکا، کالیس و سلوی (۲۰۰۵) روایی پرسش‌نامه وسواس فکری-عملی پادوا و ویرایش‌های ۴۱ سوالی را در جامعه‌ی ترکیه (بر روی ۳۶۰ نفر از افراد سالم و بیمار) مورد مطالعه قرار دادند. آن‌ها مشاهده کردند که ساختار عاملی فرم ۴۱ ماده‌ای پرسش‌نامه ترکیه پادوا شش عامل را نشان می‌دهد (۶۲/۱۰ درصد واریانس کل). عامل‌های شش‌گانه عبارت بودند از: نشخوار ذهنی، تمیز کردن، کنترل، تکانه‌ها، دقت (شمارش کردن) و دقت (تکرار کردن). ساناوو پرسشنامه وسواس پادوا را با استفاده از روش تحلیل عاملی بررسی نمود و به چهار عامل دست یافت: ۱- کنترل، ۲- آلودگی، ۳- واری‌کردن و ۴- نگرانی‌ها و تکانه‌ها درباره‌ی فقدان کنترل

(سایونا، ۱۹۸۸)

اشترنبرگر و بارنس (۱۹۹۰) ضرایب همسانی درونی پرسش‌نامه وسواس فکری- عملی پادوا و خرده مقیاس‌ها را بر روی ۶۷۰ دانشجوی آمریکایی (آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ و ۰/۹۰ برای خرده مقیاس ارگ‌ها و نگرانی‌ها) به دست آوردند. بصیراو غلو و همکاران (۲۰۰۵) ضرایب همسانی درونی را بر روی بیماران اختلال وسواس فکری و عملی، ۰/۹۶، نمونه بالینی ۰/۹۶ و افراد سالم نیز ۰/۹۶ و ضرایب بازآزمایی را در فرم اصلی و کوتاه کل پرسشنامه ۰/۹۲ و ۰/۹۱ محاسبه کردند که هر دو ضریب معنی دارند. ون اوپن و همکاران (۱۹۹۵) نشان دادند که پرسش‌نامه وسواس پادوا می‌تواند بین بیماران با اختلال هراس، فوبیا اجتماعی، بهنجارها و بیماران وسواس فکری-عملی تمایز قائل شود. همچنین، ماتایکس- کولز و همکاران (۲۰۰۲) گزارش دادند که ویراست اسپانیایی پرسش‌نامه وسواس پادوا می‌تواند بین دانشجویان سالم، بیماران با وسواس و بیماران با اختلال‌های اضطرابی از لحاظ میزان وسواس تمایز قائل شود. این یافته‌ها بیانگر این هستند که این پرسشنامه از روایی و اگر یا افتراقی برخوردار است. همچنین پرسش‌نامه پادوا می‌تواند بین بیماران وسواسی و گروه‌های دیگر اضطرابی، افسرده، دانشجو و بزرگسال سالم در دو فرم کوتاه و اصلی و در خرده مقیاس‌های آن‌ها تفاوت قائل شود. این تحقیق نشان داد که این ابزار اندازه‌گیری وسواس می‌تواند بین گروه‌های مختلف از لحاظ وسواس تمایز قائل شود. به عبارت دیگر، این پرسش‌نامه از روایی تشخیصی مناسبی برخوردار است. همچنین رجبی (۱۳۸۶) در یک بررسی و با استفاده از ساختار عاملی نشان داد که چهار عامل ذکر شده روی هم ۳۷/۴۳ درصد واریانس ماده‌های پرسشنامه را تبیین می‌کنند.

**پرسشنامه‌ی فراشناخت (MCQ-30):** ولز و کاترایت-هاتون در سال ۲۰۰۴ اقدام به تهیه فرم ۳۰ سوالی نموده‌اند. این ابزار به منظور سنجش چند عنصر فراشناختی خصیصه‌ای که برخی آن‌ها نقش محوری در مدل فراشناخت اختلالات روان‌شناختی دارند، طراحی شده است. نسخه اولیه دارای ۶۵ سؤال و نسخه جدید شامل ۳۰ سؤال است. این پرسشنامه در ۵ مقیاس جداگانه اندازه‌گیری می‌شود: ۱- باورهای مثبت درباره نگرانی ۲- باورهای منفی درباره نگرانی ۳- اطمینان شناختی ضعیف ۴- نیاز به کنترل افکار ۵- خودآگاهی شناختی. پاسخ‌ها در این مقیاس به صورت طیف چهاردرجه‌ای لیکرتی از ۱ (موافق نیستم) تا ۴ (خیلی زیاد موافقم) محاسبه می‌شوند. حداقل نمره کسب شده در این آزمون ۳۰ سوالی برابر ۳۰ و حداکثر آن برابر ۱۲۰ است. نمره کل برای فراشناخت با مجموع نمرات زیر مقیاس‌ها به دست می‌آید. نمونه‌ای از سؤالات هر حوزه به ترتیب عبارت‌اند از: ۱) نگرانی به من کمک می‌کند تا با مشکلات مقابله کنم ۲) وقتی من نگران می‌شوم دیگر نمی‌توانم آن را متوقف کنم ۳) من حافظه ضعیفی دارم ۴) عدم توانایی برای مهار افکارم، نشانه ضعف است ۵) من به نحوه کار کردن ذهنم به شدت توجه می‌کنم (ولز و کاترایت-هاتون، ۲۰۰۴). تحلیل عاملی پرسشنامه فراشناخت نشان می‌دهد نسخه ۳۰ سوالی، ساختار عاملی نسخه ۶۵ سوالی را حفظ کرده است. ضریب آلفای کرونباخ مقیاس‌های آن بین ۰/۷۲ تا ۰/۹۳ است. همبستگی بازآزمایی برای نمره کل برابر ۰/۷۵ است (ولز و کاترایت-هاتون، ۲۰۰۴). این پرسشنامه در جامعه ایرانی خصوصیات روان‌سنجی مطلوبی دارد. در پژوهش‌های هاشمی و همکاران، ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۴ و برای زیر مقیاس‌ها از ۰/۸۲ تا ۰/۵۴ به دست آمد. نتایج تحلیل عاملی بیانگر ۵ عامل بارزش‌های ویژه بالاتر از یک است. روایی افتراقی آن به خصوص در سطح باورهای وسواسی معنادار می‌باشد. به منظور مطالعه اعتبار از سه روش بازآزمایی، تصنیفی و ضریب همسانی استفاده شده که هر سه آن‌ها در سطح مطلوبی گزارش شدند. اکثر ضرایب همبستگی گزارش شده در جامعه ایرانی مشابه با

همان ضرابی است که مؤلفان در زبان اصلی گزارش کرده بودند. این پرسشنامه را شیرین زاده دستگیری، ناطقیان و گودرزی به فارسی ترجمه نموده و اعتبار آن را به سه روش ضریب همسانی درونی، بازآزمایی و روش دونیمه سازی بررسی نموده است؛ همچنین اعتبار و روایی آن نیز با سه روش تحلیل عاملی، همبستگی خرده آزمون‌ها و ارزیابی همزمان مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است و اعتبار این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمون ۰.۸۲٪ و برای مؤلفه‌ها از ۰.۵۸٪ تا ۰.۸۳٪ گزارش نموده است (شیرین زاده دستگیری، ناطقیان و گودرزی، ۲۰۱۰).

### یافته‌ها

در قسمت یافته‌ها ابتدا خلاصه نتایج ویژگی‌های دموگرافیک شرکت‌کنندگان نشان داد که میانگین سنی گروه‌ها تقریباً در محدوده‌ی ۳۵ سال است همچنین نتیجه آزمون آنوای یک‌راهه نیز نشان داد بین سه گروه تفاوت معناداری از لحاظ سن وجود ندارد. همچنین در هر سه گروه بیشتر افراد دارای تحصیلات دیپلم و سپس کاردانی بودند. در متغیر تأهل نیز نتایج جدول فراوانی نشان داد که اکثر نمونه متأهل بوده‌اند (جدول ۱).

جدول ۱. مشخصات توصیفی متغیرهای دموگرافیک پژوهش

گروه کنترل		گروه ERP		گروه فراشناخت		متغیر
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	سن
۸,۸۱	۳۳,۶۵	۸,۱۵	۳۶,۳۰	۷,۸۸	۳۴,۷۰	
گروه کنترل		گروه ERP		گروه فراشناخت		تحصیلات
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۴۵	۹	۳۵	۷	۵۵	۱۱	دیپلم
۲۵	۵	۲۵	۵	۲۵	۵	کاردانی
۱۵	۳	۳۰	۶	۱۰	۲	کارشناسی
۱۵	۳	۱۰	۲	۱۰	۲	لیسانس و بالاتر
۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	کل
گروه کنترل		گروه ERP		گروه فراشناخت		تأهل
درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	
۳۰	۶	۴۵	۹	۹	۵	مجرد
۷۰	۱۴	۵۵	۱۱	۱۱	۱۵	متأهل
۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	۱۰۰	۲۰	کل

نتایج توصیفی جدول ۲ نشان می‌دهد که اکثر مؤلفه‌ها در پس‌آزمون کاهش داشته‌اند. به‌منظور مشخص شدن تفاوت معنادار گروه‌ها در متغیرهای پژوهش، از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) و تحلیل کوواریانس تک متغیره به همراه آزمون‌های پیش‌فرض استفاده شد. پس از بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌ها، نتایج آنالیز کوواریانس چندمتغیره نشان داد که: در گروه‌های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معنی‌داری وجود دارد ( $F=۳۳,۳۵$ ،  $p<۰,۰۰۱$ ،  $\eta^2=۰,۰۸$  لاندای ویلکز).

جدول ۲. پرونداد آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، جهت مقایسه گروه‌های درمانی و کنترل

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	P	اتا	توان
شستشو	۴۴۸/۶۳	۲	۲۲۴/۳۱	۲۳/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱
بررسی کردن	۷۵۷/۸۵	۲	۳۷۸/۹۲	۴۰/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱
شک و تردید	۸۰۱/۶۴	۲	۴۰۰/۸۲	۱۰/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۳۲	۱
کنترل تکانه	۱۴۰۳/۵۱	۲	۷۰۱/۷۵	۶۴/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱

نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک متغیره پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، جهت مقایسه گروه‌های درمانی نشان می‌دهد بین سه گروه از لحاظ تمامی مؤلفه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد ( $P < 0/001$ ). به عبارت دیگر هر چهار متغیر در حداقل یکی از گروه‌ها کاهش معنادار داشته است. در ادامه نتایج آزمون تعقیبی به صورت جزئی‌تر و زوجی به تفاوت گروه‌ها در هر یک از این متغیرها می‌پردازد:

جدول ۳. آزمون تعقیبی بونفرونی، مقایسه زوجی گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون

متغیر وابسته	مرحله (I)	مرحله (J)	تفاوت میانگین (I-J)	خطای استاندارد	P	
شستشو	MCT	ERP	۳/۰۴	۱/۱۰	۰/۰۰۱	
	ERP	کنترل	-۳/۴۶	۱/۰۵	۰/۰۰۱	
		MCT	-۳/۰۴	۱/۱۰	۰/۰۰۱	
	کنترل	کنترل	-۷/۵۰	۱/۱۰	۰/۰۰۱	
		MCT	۴/۴۶	۱/۰۵	۰/۰۰۱	
	ERP	ERP	۷/۵۰	۱/۱۰	۰/۰۰۱	
		MCT	۳/۱۸	۱/۰۹	۰/۰۰۱	
	بررسی کردن	کنترل	کنترل	-۶/۳۹	۱/۰۳	۰/۰۰۱
			MCT	-۳/۱۸	۱/۰۹	۰/۰۰۱
		ERP	کنترل	-۹/۵۸	۱/۰۹	۰/۰۰۱
			MCT	۶/۳۹	۱/۰۳	۰/۰۰۱
		ERP	ERP	۹/۵۸	۱/۰۳	۰/۰۰۱
MCT			۵/۳۷	۲/۲۵	۰/۱۱	
شک و تردید	ERP	کنترل	-۴/۸۰	۲/۱۴	۰/۰۰۱	
		MCT	-۵/۳۵	۲/۲۵	۰/۱۱	
	کنترل	کنترل	-۱۰/۱۷	۲/۲۵	۰/۰۰۱	
		MCT	۴/۸۰	۲/۱۴	۰/۰۰۱	
	ERP	ERP	۱۰/۱۷	۲/۲۵	۰/۰۰۱	
		MCT	۴/۲۴	۱/۱۸	۰/۰۰۱	
کنترل تکانه	کنترل	کنترل	-۸/۷۷	۱/۱۲	۰/۰۰۱	
		MCT	-۴/۲۴	۱/۱۸	۰/۰۰۱	
	ERP	کنترل	-۱۳/۰۱	۱/۱۸	۰/۰۰۱	
		MCT	۸/۷۷	۱/۱۲	۰/۰۰۱	
	ERP	ERP	۱۳/۰۱	۱/۱۸	۰/۰۰۱	
		MCT				

جدول فوق آزمون تعقیبی بونفرونی، به مقایسه مؤلفه‌های علائم و سواس بین سه گروه می‌پردازد. نتایج نشان می‌دهد که تفاوت زوجی گروه‌ها در تمامی مؤلفه‌ها معنادار است ( $P < 0/001$ )؛ به عبارت دیگر و با توجه به تفاضل میانگین‌ها، در تمام عامل‌ها بین



گروه‌ها تفاوت معنادار وجود دارد. هر دو گروه درمانی نسبت به گروه کنترل کاهش معناداری را نشان می‌دهند. از طرفی گروه درمانی ERP، نسبت به مداخله MCT کاهش معناداری را نشان می‌دهد و لذا اثربخشی بیشتری داشته است.

### بحث و نتیجه‌گیری

اختلال وسواس فکری-عملی پس از افسردگی، سوءمصرف مواد و فوبی خاص چهارمین اختلال شایع در حیطه‌ی روان‌پزشکی است. گرچه درمان وسواس از نیمه‌های قرن بیستم مشغله‌ی ذهنی بسیاری از متخصصان روان‌پزشکی و روانشناسی بوده و پیشرفت‌های زیادی هم به لحاظ دارویی و هم به لحاظ روان‌شناختی در این حیطه روی داده است اما پژوهش‌ها حاکی از آن است که این درمان‌ها برای تعداد زیادی از بیماران پاسخگو نبوده و بیماران مذکور برچسب مقاوم به درمان را دریافت می‌کنند بنابراین شاید یکی از دغدغه‌های متخصصین بالینی در سال‌های اخیر درمان بیماران اختلال وسواس فکری-عملی باشد. در همین راستا پژوهش حاضر قصد داشت این گروه بیماران را هدف قرار دهد. اخیراً درمان‌های موج سوم رفتاردرمانی حجم زیادی از مطالب را به خود اختصاص داده‌اند. یکی از این درمان‌ها درمان فراشناخت بود که بیش از سایر درمان‌های موج سوم توجه پژوهشگران و متخصصین را به خود اختصاص داده است. نتایج این پژوهش وقتی با کار ولز و همکاران (۲۰۱۳) جمع می‌شود حاکی از آن است که درمان فراشناخت برای وسواس یک گزینه درمانی مطلوب است درحالی‌که مواجهه و جلوگیری از پاسخ حمایت تجربی به‌طور قابل‌ملاحظه‌ی بیشتری دارد؛ اما درمان فراشناخت می‌تواند زمانی که آن مداخلات شکست می‌خورد رویکرد مفیدی باشد. درمجموع به نظر می‌رسد که باورهای OCD به‌عنوان متغیرهای شناختی با تغییر علائم و سواسی اجباری رابطه مثبت و معنادار دارند. از آنجایی که طبق مدل فراشناختی، باورهای وسواسی ماحصل باورهای فراشناختی ناسازگار محسوب می‌شود، انتظار می‌رود که تغییر باورهای فراشناختی، تغییر باورهای وسواسی را به دنبال داشته باشد. مطالعات نشان می‌دهد که فراشناخت درمانی به‌موازات تغییر باورهای فراشناختی به تغییر باورهای وسواسی منجر می‌شود. به عبارتی، فراشناخت درمانی در تغییر باورهای وسواسی اثربخش است. علت اثربخشی درمان فراشناختی این است که تأکید درمان را از توقف بر روی افکار وسواس گونه برداشته است و به سمت یادگیری این موضوع هدایت می‌کند که افکار وسواس گونه یا انواع دیگر افکار مزاحم، الزاماً به عمل ختم نمی‌شود.

چنانچه اشاره شد، درمان ERP به‌عنوان یک روش سنتی توانست موجب کاهش علائم شود و در مقایسه با درمان فراشناخت در کاهش علائم اختصاصی وسواس اجبار تأثیر بیشتری داشت اما در کاهش و بهبود باورهای وسواسی درمان فراشناخت مؤثرتر خواهد بود. در تبیین این مسئله می‌توان اشاره کرد که در درمان ERP معمولاً بیمار به‌طورجدی با محرک‌ها و افکار ترس‌آور روبه‌رو می‌شود و از انجام هر رفتار آیینی که باعث خوگیری می‌شود، ممانعت به عمل می‌آید؛ درحالی‌که در فراشناخت دقیقاً برعکس است. بیمار می‌تواند رفتارهای آیینی را نام داده و از آن‌ها در فرایند درمان سود جوید. نکته‌ی مهم دیگر این است که در فراشناخت درمانی هم از ERP استفاده می‌شود؛ اما به دو شیوه کاملاً متفاوت: نخست به‌عنوان ابزاری برای کاهش سندرم شناختی توجیهی که علت اصلی بیش برآورد خطر محسوب می‌شود؛ دوم به‌عنوان یک آزمایش رفتاری که فرصتی برای چالش با باورهای وسواسی فراهم می‌کند؛ لذا در فراشناخت درمانی برخلاف رویکردهای سنتی، به رویارویی با علائم نیازی نیست. درمجموع به نظر می‌رسد باوجوداینکه مکانیزم زیربنایی هر دو درمان متفاوت است اما هر دو درمان MCT و درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ می‌توانند به‌صورت



معناداری موجب کاهش علائم وسواس شوند گرچه باوجود گمانه‌زنی‌ها و علیرغم محدودیت‌های درمان‌های کلاسیک، درمان مواجهه همچنان بر روی علائم اختصاصی مؤثرتر از درمان‌های موج سوم است؛ اما در درمان اختلالات همراه چون افسردگی، برتری با درمان‌های جدیدتر است. از لحاظ کاربردی پیشنهاد می‌شود برای درمان افراد مبتلا به اختلال وسواس، شیوه فراشناخت درمانی و مواجهه و جلوگیری از پاسخ همراه با دارو استفاده شود تا بیماران حداکثر استفاده را از درمان ببرند. بر اساس نتایج این مطالعه پیشنهاد می‌شود به استفاده از درمان مواجهه و بازداری از پاسخ بیشتر از درمان فراشناختی بر روی کاهش نشانگان اختلال وسواسی - اجباری در مراجعان مراکز مشاوره توجه شود. درنهایت این درمان را می‌توان به‌عنوان یکی از درمان‌های کمکی دانست که به همراه درمان‌های دیگر در مراکز آموزشی از جمله مدارس، دانشگاه‌ها و همچنین مراکز مربوط به سلامت جامعه، توسط روانشناسان، روان‌پزشکان و سایر درمانگران برای کاهش شدت علائم وسواس استفاده شود.

### سپاسگزاری

از شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین از جناب دکتر سعید فروزش که درمان دارویی بیماران را تقبل نمودند، سپاسگزاری می‌کنیم.

### منابع

- رجیبی، غلامرضا. (۱۳۸۶). اعتبار یابی پرسشنامه میزان اندازه‌گیری وسواس فکری-عملی پادوآ بر روی دانشجویان سال اول دانشگاه شهید چمران اهواز. فصل‌نامه اصول بهداشت روانی، ۸(۳۳ و ۳۴)، ۴۳-۵۲.
- شیرین زاده، صمد؛ گودرزی، محمدعلی؛ رحیمی، چنگیز (۱۳۸۷). بررسی ساختار عاملی، روایی و اعتبار پرسشنامه فراشناخت، ۴۸، ۳۹-۳۲.
- عبدالله زاده، فریبا؛ جوانبخت، مریم و عبدالله زاده حسن (۲۰۱۶) مقایسه تأثیر درمان فراشناختی و درمان دارویی در وسواس فکری-عملی، نشریه دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۱۸، ۲۲-۳۰.
- Abramowitz, J. S., Tolin, G. R., & Wheaton, M. G. (2009). Obsessive-compulsive symptoms: The contribution of obsessional beliefs and experiential avoidance. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 160-166.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed. Text Revision). Washington, DC: Author.
- Barlow, D. H., & Hofman, S. G. (2014). Efficacy and dissemination of psychological treatment. In D. M. Clark & E. G. Fairburn (Eds.), *Science and practice of cognitive behavior*.
- Clark, D. A., Beck, A. T., & Stewart, B. (2014). Cognitive specificity and positive negative affectivity Complementary or contradictory views on anxiety and
- Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Kozak, M.J., Davies, S., Campeas, R., Franklin, M.E. et al. (2005). Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 162, 151-161.
- Foa, E. B., Steketee, G. S., & Ozarow, B. J. (2000). Behavior therapy with obsessive-compulsives: From theory to treatment. In M. Mavissakalian, S. M. Turner, & L. Michelson (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder: Psychological and pharmacological treatment* (pp. 49- 129). New York: Plenum Press.

- Flavell, J. H. (1979). Metacognition and cognitive monitoring: A new area of cognitive–developmental inquiry. *American Psychologist*, 34(10), 906.
- Hollander, E., Zohar, J., Sirovatka, P.J., & Regier, D.A. (2011). *Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders: Refining the Research Agenda for DSM-V*. American Psychiatric Publishing.
- Hollander, E., & Wong, C. M. (2014). Spectrum, boundary, and subtyping issues: Implications for treatment-refractory obsessive–compulsive disorder. In W. K. Goodman, M. V. Rudorfer, & J. D. Maser (Eds.) *Obsessive–compulsive disorder: Contemporary issues in treatment* (pp. 3–22). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Goodman, W. K., Price, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G. R., & Charney, D. S. (1989). The Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012–1016.
- Goodman, W.K., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Fleischman, R., Hill, C.L., & et al. (2005). Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale: Development, use and reliability. *Archive of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W., Price, L.H., Rasmussen, S.A., Mazure, C., Delgado, P., Heninger, G.R., & et al. (2010) The Yale–Brown Obsessive–Compulsive Scale II. Validity. *Archive of General Psychiatry*, 46, 1012–6116.
- Gwilliam, P., Wells, A., & Cartwright - Hatton, S. (2004). Dose meta - cognition or responsibility predict obsessive–compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(2), 137-144.
- Hutton, P., Morrison, A. P., Wardle, M., & Wells, A. (2014). Metacognitive therapy in treatment-resistant psychosis: a multiple-baseline study. *Behav Cogn Psychother*, 42(2), 166-185.
- Maltby, N., & Tolin, D. F. (2003). Overview of treatments for obsessive-compulsive disorder and spectrum conditions: Conceptualization, theory, and practice. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 3(2), 127-135.
- Rachman, S. J., & Shafran, R. (2000). Cognitive and behavioral features of obsessive–compulsive disorder. In R. P. Swinson, M. M. Antony, S. Rachman, & M. A. Richter (Eds.), *Obsessive–compulsive disorder: Theory, research, and treatment* (pp. 51–78). New York: Guilford Press.
- Rees, C. S., & van Koesveld, K. E. (2008). An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(4), 451-458.
- Steketee, G. S. (1994). Behavioral assessment and treatment planning with obsessive compulsive disorder: A review emphasizing clinical application. *Behavior Therapy*, 25,
- Van Oppen, P., De Haan, E., Van Balkom, A. J. L. M., Spinhoven, P., Hoogduin, K., & Van Dyck, R. (1995). Cognitive therapy and exposure in vivo in the treatment of obsessive compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 379-390.
- Wells, A., & Cartwright-Hatton, S. (2004). A short form of the metacognitions questionnaire: properties of the MCQ-30. *Behaviour Research and Therapy*, 42(4), 385-396.
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33(3), 291-300.
- Wells, A., Walton, D., Lovell, K., & Proctor, D. (2014). Metacognitive Therapy Versus Prolonged Exposure in Adults with Chronic Post-traumatic Stress Disorder: A Parallel Randomized Controlled Trial. *Cognitive Therapy and Research*, 1-11.

- Wells, A., Welford, M., Fraser, J., King, P., Mendel, E., Wisely, J., et al. (2008). Chronic PTSD treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(1), 85-92.
- Wells, A., Welford, M., King, P., Papageorgiou, C., Wisely, J., & Mendel, E. (2010). A pilot randomized trial of metacognitive therapy vs applied relaxation in the treatment of adults with generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(5), 429 – 424.

