

## مقایسه تأثیر روش‌های درمان رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی در درمان بیماران

### مبتلا به اختلال وسواس-اجبار

## Comparison of the Effectiveness of Behavioural- Cognitive & Behavioural- Metacognitive Approaches in Patients with Obsessive- Compulsive Disorder (OCD)

تاریخ پذیرش: ۸۹/۷/۲۷

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۲/۲۵

Akrami, N. \*M. A., Kalantari, M. Ph. D., Oreyzi, H. R. Ph. D., Abedi, M. R. Ph. D., Maroofi, M. Ph. D.

ناهید اکرمی\*، مهرداد کلانتری\*\*، حمیدرضا عریضی\*\*\*،  
محمد رضا عابدی\*\*\*، محسن معروفی\*\*\*\*

### Abstract

**Introduction:** The aim of this study was to investigate the effect of cognitive and metacognitive therapy on patients with obsessive compulsive disorder.

**Method:** In this study a quasi-experimental design with pre-post test and two experimental groups were used. The experimental groups were behavioural cognitive (n=18), and behavioural metacognitive (n=11) groups. Interventions were administrated to both experimental groups. Then patients were evaluated by Maudsley Obsessional- Compulsive Inventory (MOCI).

**Results:** The effect size of behavioral- cognitive treatment was equivalent to 1.6 and for behavioral metacognitive treatment was 1.4 that indicate high effect of treatment for both group. However, there was no significant difference between two groups according to ANCOVA.

**Conclusion:** According to the findings when the treatment focused on the cognitive distortions and metacognitive beliefs compulsive both methods effectively decreased obsessive-compulsive symptoms, However there was no significant difference between cognitive- behaviour and metacognitive behaviour treatment methods.

**Keywords:** Obsessive-compulsive disorder, Behavioural-cognitive Therapy, Metacognitive Therapy.

### چکیده

**مقدمه:** هدف این پژوهش بررسی میزان اثربخشی درمان شناختی و فراشناختی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار بوده است.

**روش:** روش این پژوهش شبه آزمایشی بود و در آن از طرح پیش آزمون- پس آزمون استفاده شده است. گروه‌های آزمایشی شامل دو گروه رفتاری- شناختی (n=18) و رفتاری- فراشناختی (n=11) بودند. مداخله‌های رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی روی دو گروه آزمایشی انجام و سپس بیماران توسط پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادرلی (MOCI) مورد ارزیابی قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** اندازه اثر درمان رفتاری- شناختی برابر ۱/۶ و اندازه اثر درمان رفتاری- فراشناختی برابر ۱/۴ به دست آمد که نشان دهنده میزان تأثیر زیاد درمانی هر دو گروه است. اما در مقایسه نتایج دو گروه با روش تحلیل کواریانس تفاوت معنی‌داری به دست نیامد.

**نتیجه‌گیری:** مطابق یافته‌های این پژوهش تمرکز درمان روی تحریفات شناختی و باورهای فراشناخت هر دو منجر به کاهش علائم وسواس- اجبار در بیماران OCD می‌شود و میزان تأثیر دو روش رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارد.

**واژه‌های کلیدی:** اختلال وسواس- اجبار، درمان رفتاری- شناختی، درمان رفتاری- فراشناختی

\*Correspondence E-mail:  
N. Akrami @edu. ui. ac.ir

\* نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روان شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

\*\* گروه روان شناسی دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

\*\*\* گروه مشاوره دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

\*\*\*\* گروه روان پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

## مقدمه

باورهای کلی (مفروضه‌ها)<sup>۸</sup> و دوم ارزیابی‌های مداوم<sup>۹</sup>، یا به تعبیر دیگر تفسیر واقعه یا محتوای افکار مزاحم. مفهوم مسئولیت افراطی به باور اینکه یک فرد می‌تواند به طور ذهنی عامل ایجاد و یا جلوگیری از رویدادهای منفی و خیم باشد تعریف شده است [۶]. علاوه بر مفهوم مسئولیت افراطی، کار گروه‌های شناختی و سواس - اجبار، ارزیابی‌ها و تفسیرهای دیگری نظیر برآورد بیش از حد از خطر<sup>۱۰</sup>، نیاز به کنترل افکار<sup>۱۱</sup> و اهمیت بیش از حد افکار<sup>۱۲</sup> را نیز مطرح کرده‌اند [۵]. در بررسی‌های جدیدتر رفتاری - شناختی OCD، بازداری فکر را به عنوان یک عامل کلیدی در رشد و پایداری اختلال مطرح کرده‌اند. حدود یک دهه تحقیق بیانگر آن است که بازداری از طریق ارزیابی منفی افکار، تحریک شده و به نوبه خود منجر به افزایش علائم OCD می‌شود [۷]. در پژوهش وال<sup>۱۳</sup>، سالکوفسکیس<sup>۱۴</sup> و کاتر<sup>۱۵</sup> [۸]، نتایج نشان داد افرادی که دارای وسواس شستشو بودند، به دفعات بیشتری نسبت به دو گروه دیگر از ملاک ذهنی برای توقف عمل استفاده کردند. همچنین در پژوهش‌ها اختصاصی بودن باور مسئولیت در بیماران OCD در مقایسه با بیماران با سایر اختلالات اضطرابی و گروه کنترل غیر اضطرابی نشان داده شده است [۹]. مکملی، نشاط دوست و عابدی [۱۰] نیز در یک پژوهش به این نتیجه رسیدند که درمان شناختی - رفتاری به روش گروهی باعث کاهش معنادار علائم وسواس فکری و عملی آزمودنی‌های نسبت به آزمودنی‌های گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون می‌شود. در پژوهش شافران<sup>۱۶</sup>، با دستکاری مسئولیت در یک تکلیف رفتاری در شرایط

درمان اختلال وسواس اجبار<sup>۱</sup> (OCD) به عنوان چهارمین اختلال روان‌پزشکی از نظر شیوع [۱]، همچنان به عنوان یک چالش در حوزه درمان روان‌شناختی مطرح است. گرچه روش‌های درمان رفتاری و شناختی موفق به کسب پیشرفت‌هایی در این خصوص شده‌اند [۲]، اما پژوهش به منظور دستیابی به روش‌های مؤثرتر همچنان انگیزه پژوهش‌های گسترده و متنوع در این حوزه درمانی است. مایرز، فیشر و ولز<sup>۲</sup> [۳]، رویکردهای شناختی را در حوزه‌ی درمان OCD به دو طبقه شناختی و فراشناختی<sup>۳</sup> تقسیم کرده و باورهای فراشناخت را به عنوان باورهایی با محتوای تأکید بر معنا و کنترل افکار، در مقایسه با باورهای شناختی به عنوان باورهای کلی یا اجتماعی از یکدیگر تفکیک کرده‌اند. در مقایسه قدمت این دو مدل، مدل شناختی از قدمت بیشتری برخوردار است. در این مدل تفسیر<sup>۴</sup> منفی افکار، تصورات و تکانه‌های مزاحم و شک و تردیدها نقش اصلی را در تجربه درماندگی و برانگیختگی برای رفتارهایی نظیر خنثی‌سازی، بازداری فکر<sup>۵</sup>، اطمینان جویی و اجتناب دارند [۴]. ویتال<sup>۶</sup> و همکاران گزارش کردند که بیش از ۹۰٪ از افراد یک جامعه نمونه افکار ناخواسته مزاحم را تجربه کردند. به این معنا که وجود افکار مزاحم به خودی خود ایجاد مشکل نمی‌کند، بلکه تفسیر آنهاست که مشکل‌زا می‌باشد. قدمت این برداشت در خصوص اهمیت تفسیر و ارزیابی افکار مزاحم از نظر زمانی به حدود ۳۰ سال قبل بر می‌گردد [۵]. اهمیت باورهای بیش بها داده شده<sup>۷</sup> که یکی از آنها احساس مسئولیت برای آسیب به خود یا دیگران است در دو حوزه قرار می‌گیرد، نخست

8- assumptions

9- on-line appraisals

10- overstimulation of threat

11- need to control thoughts

12- overimportance of thoughts

13- Wahl

14- Salkovskis

15- Cotter

16- Shafran

1- Obsessive- Compulsive Disorder

2- Myers, Fisher &amp; Wells

3- metacognitive

4- interpretation

5- thought suppression

6- Whittal

7- inflated beliefs

گرفته است، شامل: ۱- باورهایی مرتبط با معنا و قدرت افکار و ۲- باورهایی درباره تشریفات [۱۹]. در پژوهش فیشر و ولز در درمان فردی بیماران OCD با روش رفتاری- فراشناخت، تمامی بیماران در مراحل پس‌آزمون و دوره پیگیری نسبت به پیش‌آزمون کاهش آشکاری در علائم OCD نشان دادند [۲۰]. همچنین در پژوهش ریس<sup>۲۳</sup> و ون کاسولد<sup>۲۴</sup> در گروه درمانی بیماران OCD با روش فراشناخت، شرکت کنندگان در پژوهش تفاوت معناداری را در مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین مقایسه دوره پیگیری و پیش‌آزمون نشان دادند [۲]. در پژوهش فیشر و ولز [۲۱]، که هدف آن آزمون تجربی دیدگاه ولز مطرح شده، نتایج نشان داد که کاهش در باورهای فراشناخت در مورد افکار مزاحم منجر کاهش اضطراب و اجبار می‌شود. در پژوهش اندوز نیز اثر بخشی الگوی فراشناختی ولز در درمان یک مورد اختلال وسواس- اجبار، نمره آزمودنی با مقیاس بیل براون از ۳۸ در مرحله پیش از مداخله به ۸ در مرحله پس از مداخله کاهش یافت [۲۲]. گرچه پژوهش‌های اشاره شده هر کدام کارآمدی روش‌های رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی را در درمان OCD نشان داده‌اند، پژوهشگران به مطالعه‌ای در مقایسه تفاوت این دو رویکرد در نتایج درمانی دست نیافتند. اما در حوزه نظری علیرغم وجود بعضی شباهت‌ها، این رویکردها دارای تفاوت‌های بنیادی با یکدیگر هستند، که منجر به تفاوت‌های قابل توجه در روش درمانی می‌شود. گزاره‌های مدل فراشناخت شامل باورهایی درباره افکار و فرآیندهای فکری بنیادی هستند. این گزاره‌ها اساسی بوده و حکم ارزیابی منفی از افکار مزاحم را در رویکردهای شناختی دیگر دارند [۲۰]. در رویکرد فراشناخت نیازی به اصلاح ارزیابی‌های منفی در سطوح پایین نظیر ارزیابی مسئولیت و غیره نیست، در عوض درمان باید متمرکز بر اصلاح فرآیندهای

بالا بودن مسئولیت، تمایل به خنثی‌سازی ناراحتی و احتمال تهدید به طور معناداری در مقایسه با شرایط پایین بودن مسئولیت بیشتر بود [۱۱]. در پژوهشی دیگر توسط اسماری<sup>۱۷</sup> و همکاران این فرض که مسئولیت و سرکوبی فکر به عنوان واسطه بین افکار مزاحم و علائم وسواس عمل می‌کند، مورد تأیید قرار گرفت [۱۲]. بر این اساس در شناخت درمانی OCD درمانگر سعی در اصلاح ارزیابی مسئولیت افراطی، باورهای تحریف شده<sup>۱۸</sup> و رفتارهای خنثی‌سازی<sup>۱۹</sup> می‌کند که نگهدارنده باورهای شخص درباره احساس مسئولیت برای جلوگیری از آسیب، کمال‌گرایی، بیش برآورد خطر، نیاز به کنترل افکار، ترس از تجربیات مثبت<sup>۲۰</sup> و غیره هستند [۱۳، ۱۴]. رویکرد دیگر مرتبط با OCD رویکرد فراشناخت است. فراشناخت به عنوان باورها و نگرش‌های درباره شناخت یا به تعبیر دیگر شناخت درباره شناخت تعریف شده است. مطالعه فراشناخت با مدل‌های پردازش اطلاعات خاصی همراه است [۱۵]. ولز [۱۶] در این رابطه شیوه‌های غیر اختصاصی از تفکر تحت عنوان سندرم توجهی- شناختی<sup>۲۱</sup> را مطرح می‌کند، که شامل مشکلی مداوم برای کنترل فکر است و به صورت نگرانی و نشخوار بروز می‌کند. مطابق این مدل بیشترین دانشی که فرآیندهای پردازش کننده به آن وابسته‌اند، ماهیت فراشناختی دارند. به نظر ولز باورهای فراشناخت باید جدا از باورهای معمول (طرحواره‌ها) که در شناخت درمانی بر آن تأکید شده فرمول‌بندی شود. اولین مدل فراشناخت خاص OCD توسط ولز و میتوز<sup>۲۲</sup> [۱۷] مطرح و سپس توسط ولز تصحیح و شرح داده شد [۱۸]. در این مدل پیشنهادی برای اختلال وسواس- اجبار، دو بعد از باورهای فراشناخت مورد تأکید قرار

- 17- Smari  
18- distorted beliefs  
19- neutralize  
20- fear of positive experiences  
21- Cognitive- Attentional Syndrome  
22- Matthews

23- Rees

24- Van Kosveld

**آزمودنیها:** جامعه این پژوهش شامل کلیه مراجعین مبتلا به اختلال وسواس- اجبار مراجعه کننده به مراکز روان‌پزشکی و خدمات روان‌شناسی و مشاوره در سطح شهرستان اصفهان بودند که پس از دریافت تشخیص اختلال وسواس- اجبار از طرف روان‌پزشک و روان‌شناسی بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IV-TR در زمان تشکیل گروه‌های درمانی، در دو گروه با دو نوع مداخله رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی قرار گرفتند. نمونه‌ها با توجه به محدودیت جامعه آماری، با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. زیرا به دلیل ناشناخته بودن جامعه آماری امکان نمونه‌گیری تصادفی وجود نداشت، علاوه بر آن به دلیل مراجعه تدریجی بیماران به مراکز مشاوره، تکمیل اعضای مورد نیاز هر گروه نیازمند زمان نسبتاً طولانی بود، به همین دلیل امکان گمارش تصادفی نمونه‌ها در گروه‌های درمانی وجود نداشت. در ضمن مداخله درمانی به ویژه در گروه رفتاری- فراشناخت با افت تعدادی از درمانجویان، به دلایلی غیر از نوع درمان مواجه شدیم، که در هر حال امکان تأمین مجدد آنها وجود نداشت. نمونه‌ها شامل ۱۸ نفر در گروه رفتاری- شناختی و ۱۱ نفر در گروه رفتاری- فراشناخت بودند. اما با توجه به اینکه نمرات پیش‌آزمون در دو گروه از طریق مقایسه با روش  $t$  مستقل تفاوت معناداری نشان نداده است ( $t=1/3$ )، می‌توان دو گروه را هم‌تا در نظر گرفت. حضور نمونه‌ها در گروه‌های مداخله مستلزم دارا بودن ملاک‌های ورود و نداشتن ملاک‌های خروج بود. این ملاک‌ها با همکاری روان‌پزشک و روان‌شناس بالینی مورد بررسی قرار گرفت. ملاک‌های ورود شامل: دارا بودن علائم اختلال وسواس- اجبار، داشتن شرط سنی ۶۵-۱۸ سال، داشتن حداقل فهم و سواد و توانمندی درک آموزشهای درمانی، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی و درمان‌های مبتنی بر رویکردهای مذهبی در طی یک سال قبل از ارجاع و عدم وجود یک بیماری روان‌پزشکی و ملاک‌های

شناختی سطوح بالاتر نظیر باورهای در مورد اهمیت و قدرت افکار شود. دومین تفاوت تعیین کننده، تأکید رویکرد فراشناخت بر ملاک بد کارکردی درونی<sup>۲۵</sup> است که بیماران OCD برای هدایت تشریفات‌شان از آن استفاده می‌کنند. در حالیکه این مسأله در دیگر مدل‌های شناختی، به عنوان یک عامل اختصاصی نیازمند اصلاح در ضمن درمان مفهوم سازی نشده است [۱۸، ۲۰]. این تفاوت‌های نظری منجر به تفاوت‌های اساسی در فرمول‌بندی OCD و روش‌های درمانی آن می‌گردد. در رویکرد فراشناخت، OCD بر حسب مدلی فرمول‌بندی می‌شود که قابل استفاده برای همه انواع اختلال وسواس- اجبار است. به این ترتیب بر خلاف سایر رویکردهای شناختی و صرف نظر از محتوای وسواس‌ها، درمان فراشناخت تنها روی باورهای فراشناخت تمرکز می‌کند و بعدها دیگر نظیر مسئولیت افراطی به عنوان اینکه حاصل باورهای فراشناخت هستند، مورد توجه درمانی مستقیم قرار نمی‌گیرد [۲۰]. با توجه به عدم وجود پژوهش‌های تجربی در مقایسه اثر بخشی درمانی دو روش رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی این مطالعه به مقایسه کارآمدی این دو روش پرداخته و امکان استفاده از روش رفتاری- فراشناخت را در درمان بیماران OCD به عنوان یک روش درمانی جایگزین مورد بررسی قرار می‌دهد.

## روش

**طرح پژوهش:** طرح این پژوهش به دلیل عدم انتخاب تصادفی شرکت‌کنندگان طرح شبه آزمایشی است. زیرا از بین سه شرط تحقیقات آزمایشی کامل یعنی مداخله، انتصاب و انتخاب تصادفی و کنترل متغیرهای تأثیرگذار، شرط تصادفی بودن وجود ندارد که دلیل آن در بخش بعدی آورده شده است. همچنین با توجه به وجود پیش‌آزمون، طرح پژوهش حاضر از نوع طرح‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون می‌باشد.

25- internal dysfunctional criteria

آموزش مرحله دوم تکنیک آموزش توجه و انجام مواجهه عملی با هدف تضعیف باورهای فراشناخت. جلسه پنجم: توضیح اصل سوم در مورد «باور منفی درباره تشریفات و نگرانی» و روش مقابله با آنها از طریق تکنیک‌های رفتاری، آموزش مرحله سوم تکنیک آموزش توجه و توضیح در خصوص نقش آن در کاهش خود آگاهی شناختی و جهت دهی توجه و تداوم انجام مواجهه عملی با هدف تضعیف باورهای فراشناخت.

جلسه ششم: توضیح اصل چهارم شامل «باور مثبت نسبت به تشریفات و نگرانی» و ارتباط آنها با تداوم وسواس، توضیح در مورد انجام مواجهه و قطع تشریفات و روش «تحلیل سود و زیان» به منظور مقابله با باورهای مثبت ناسازگارانه و توضیح در خصوص استفاده از روش مواجهه «بی‌آبی» با هدف تضعیف باورهای فراشناخت.

جلسه هفتم: توضیح اصل (باور) «عدم کفایت شناختی» و اثرات مترتب بر آن شامل شک و تردید و چک کردن و قطع این رفتارها با هدف تضعیف باور فوق، انجام روش «کم‌آبی» با هدف تضعیف باورهای فراشناخت.

جلسه هشتم: توضیح در مورد اصل ششم تحت عنوان «ملاک احساسی در افراد وسواسی» و استفاده از آن تا رسیدن به احساس تمامیت و روش‌های مقابله با آن، از جمله استفاده از روش «حداقل زمان» در انجام رفتارهای مربوط، انجام روش مواجهه از طریق مواجهه با خون با هدف تضعیف باورهای فراشناخت.

جلسه نهم: جمع‌بندی آموزش‌های ارائه شده از طریق تأکید بر ارتباط باورها، مفروضه‌ها، اصول و تفسیر در پدیدآیی و تداوم OCD، و توضیح انواع رفتارهای وسواسی شامل اجتناب‌ها، آیین‌های وسواسی و

خروج، شامل تشخیص اختلالات سایکوتیک، عدم تمایل به ادامه درمان و رها نمودن آن بود. خلاصه خصوصیات جمعیت شناختی و بیماری شناختی نمونه‌ها نیز در جدول ۱ آمده است.

محتوای جلسات رفتاری - فراشناخت برای بیماران OCD عبارت بودند از:

جلسه اول: ارزیابی درمانجویان در شروع درمان با استفاده از پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی<sup>۲۶</sup> (MOCI)، آشنایی کلی با علائم اختلال وسواس- اجبار، آشنایی کلی با منطق درمان رفتاری- فراشناخت از طریق بیان کلی نقش باورهای اصلی، فرض‌ها، اصول و تفسیر و سایر عوامل مرتبط در قالب رسم یک نمودار.

جلسه دوم: توضیح در مورد نقش باور اصلی در OCD در خصوص «مهم و قدرتمند بودن افکار» و سه مفروضه مرتبط با آن تحت عنوان باورهای ائتلافی<sup>۲۷</sup> TAF، TEF<sup>۲۸</sup> و TOF<sup>۲۹</sup> و توضیح روش «فاصله گرفتن از غنی سازی ذهن» به عنوان روشی برای مقابله و شکستن باورهای ائتلافی، انجام مواجهه تصویری در جلسه درمانی به منظور تضعیف باورها.

جلسه سوم: بیان اصل «کنترل فکر» در OCD و روش درمان آن از طریق عدم سرکوبی و رها کردن افکار، توضیح در مورد نقش «تفسیر افکار مزاحم» در فرآیند OCD و روش تغییر آن به عنوان راهی برای تغییر باورها و کاهش رفتارهای وسواسی، آموزش مرحله اول تکنیک آموزش توجه با هدف جهت دهی توجه، انجام مواجهه عملی از طریق مشاهده یک فیلم در جلسه درمانی با هدف تضعیف باورهای فراشناخت.

جلسه چهارم: توضیح در مورد اصل (یا باور) «خودآگاهی شناختی» و نقش آن در تداوم وسواس،

26- Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory (MOCI)

27- Thought- Action Fusion (TAF)

28- Thought – Event Fusion (TEF)

29- Thought – Object Fusion (TOF)

از طریق مشاهده یک فیلم با هدف تضعیف باورهای غلط.

جلسه چهارم: توضیح در مورد باورهای بینابینی «تحمل نکردن عدم قطعیت» و «اطمینان طلبی» و روش‌های قطع اطمینان جویی و مواجهه با موقعیت‌های اجتنابی و قطع تشریفات و تحمل اضطراب حاصل به منظور تضعیف این باورها، انجام مواجهه عملی با هدف تضعیف باورهای غلط.

جلسه پنجم: توضیح در مورد باور «احساس مسئولیت افراطی» و روش‌های کاهش آن، انجام مواجهه عملی در جلسه درمانی.

جلسه ششم: توضیح در مورد «باور ترس از نتایج مثبت» و درمان آن از طریق آزمایش‌های رفتاری و آشنایی با تکلیف مواجهه از طریق اجرای روش «بی‌آبی» و روش‌های هم‌سو با آن به منظور تضعیف باورهای غلط و تشریفات شناختی.

جلسه هفتم: بیان نقش تفسیر در پدیدآیی و تداوم وسواس و روش تغییر تفسیر، توضیح در مورد رابطه خلق و وسواس و پیشنهاد چهار راهبرد در رابطه با تغذیه، خواب، پیاده‌روی و ارتباطات اجتماعی به منظور افزایش خلق، انجام روش «کم‌آبی» و روش‌های هم‌سو با هدف تضعیف باورهای غلط.

جلسه هشتم: توضیح باورهای هسته‌ای در وسواس و ارتباط آن با باورهای بینابینی، توضیح در خصوص رابطه بین ضعیف شدن باورهای بینابینی و اصلاح باورهای

هسته‌ای، انجام روش مواجهه از طریق مواجهه با خون با هدف تضعیف باورهای غلط.

جلسه نهم: جمع‌بندی مطالب مطرح شده و تأکید بر ارتباطات موجود بین باور هسته‌ای، باورهای بینابینی، تفسیر افکار مزاحم و رفتارهای وسواسی، توضیح بیشتر در مورد رفتارهای وسواسی شامل رفتارهای اجتنابی و تشریفات رفتاری و تأکید بر ایجاد فرصت‌های بیشتر و تداوم روش‌های مواجهه به منظور آزمایش رفتاری باورها.

اطمینان جویی و اثر پذیری آنها از باورهای مطرح شده، توضیح در مورد اثر خلق بر وسواس و ارائه راهبردهای چهارگانه در خصوص تغذیه، خواب، پیاده‌روی و ارتباطات اجتماعی برای کنترل خلق، و تأکید بر تداوم روش‌های مواجهه به منظور آزمایش رفتاری باورها.

جلسه دهم: توضیح روش مدیریت درمان پس از قطع جلسات درمانی و توضیح و تبیین روش تشکیل جلسات خود درمانی، بحث در خصوص روند بهبودی در درمان وسواس و آشنایی با نوسان‌ها در روند بهبودی و احتمال عود مشکل و ضرورت شرکت در جلسات تقویتی به منظور پیشگیری از عود، ارزیابی مجدد درمانجویان با استفاده از پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی (MOCI) [۱۸، ۲۰].

محتوای جلسات رفتاری - شناختی برای بیماران OCD جلسه اول: ارزیابی درمان‌جویان در شروع درمان با استفاده از آزمون وسواس فکری - عملی مادزلی (MOCI)، توضیح کلی در مورد علائم اختلال وسواس - اجبار، بیان منطق درمان رفتاری - شناختی در درمان OCD و معرفی اجمالی باورهای اصلی، باورهای بینابینی، تفسیر افکار مزاحم، استرس و خلق در فرآیند اختلال وسواس - اجبار از طریق رسم نمودار، اشاره به نقش عوامل جسمی و شرایط محیطی در شروع و تداوم وسواس.

جلسه دوم: بیان دو باور بینابینی شامل «اهمیت زیاد دادن به افکار» و «کنترل فکر» و روش‌های ضعیف کردن دو باور از طریق رها کردن و عدم سرکوبی آنها، انجام مواجهه تدریجی از طریق مواجهه تصویری با هدف تضعیف باورهای غلط.

جلسه سوم: توضیح در مورد باورهای بینابینی «کمال گرایی» و «ترس از اضطراب» و روش‌های درمان آنها از طریق «تحلیل سود و زیان» و قطع کمال‌گرایی و مشاهده نتایج آن و روش «فاجعه‌سازی از افکار وسواسی» به منظور تجربه افزایش اضطراب و به چالش کشیدن باور مربوط به آن. انجام مواجهه عملی

درمانی، با استفاده از روش  $t$  وابسته مورد مقایسه قرار گرفت. همچنین با استفاده از فرمول اندازه اثر  $\frac{2t}{\sqrt{df}}$  مقدار تأثیر هر یک از روش‌ها محاسبه گردید. بنابر منابع آماری، اندازه اثر  $0/2$  کم،  $0/5$  متوسط و  $0/8$  به بالا برابر تأثیر زیاد است [۲۷]. از روش تحلیل کواریانس<sup>۳۴</sup> (ANCOVA) نیز به منظور مقایسه نتایج دو روش درمانی رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی (مقایسه بین گروهی) استفاده و نمره آزمودنی‌ها در پیش‌آزمون به عنوان متغیر همگام<sup>۳۵</sup> در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

هدف این پژوهش مقایسه روش‌های رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی در درمان بیماران مبتلا به اختلال وسواس- اجبار است. دو گروه در ده جلسه درمانی روش متفاوت درمان رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی را دریافت کرده‌اند.

جدول ۱ حاوی اطلاعات جمعیت شناختی و بیماری شناختی دو گروه است. همان طور که مشاهده می‌شود، نمونه‌ها بیشتر زن بوده و در گروه رفتاری- فراشناخت شرکت کنندگان مرد در گروه حضور ندارند. در هر دو گروه تعداد متاهلین بیشتر است (۶۶ و ۷۲ درصد). از نظر سنی نمونه‌ها بیشتر در فاصله سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار دارند. (در گروه رفتاری- شناختی ۸۳ درصد و در گروه رفتاری- فراشناختی ۸۱ درصد)، بیشترین تحصیلات در سطوح دیپلم، فوق‌دیپلم و کارشناسی است و تعداد نمونه‌های خانه‌دار نسبت به مشاغل دیگر بیشتر می‌باشد. در گروه رفتاری- شناختی بیشترین مدت بیماری مربوط به ۵ سال به بالاست (۸۳ درصد)، و در گروه رفتاری- فراشناخت بیشترین مدت در فاصله یک تا ۱۵ سال می‌باشد (۸۱ درصد).

جلسه دهم: بحث در خصوص احتمال عود مشکل و راهکارهای پیشگیری از برگشت مشکل و روش تشکیل جلسات خود درمانی به منظور به عهده گرفتن مدیریت درمان توسط درمانجو، ضرورت شرکت در جلسات تقویتی و ارزیابی مجدد درمان جویان با استفاده از پرسشنامه وسواس فکری- عملی مادزلی (MOCI) [۲۳].

### ابزار:

۱- پرسشنامه‌ی وسواس فکری- عملی مادزلی (MOCI): این پرسشنامه در سال ۱۹۷۷ توسط هاجسن<sup>۳۰</sup> و راجمن<sup>۳۱</sup> معرفی شد. پرسشنامه حاوی ۳۰ سؤال و به گونه‌ای طراحی شده است که یک فرد واجد همه علائم، دقیقاً به نیمی از سؤال‌ها پاسخ مثبت و به نیم دیگر پاسخ منفی می‌دهد. علاوه بر نمره کلی، زیر مقیاس‌ها شامل وارسی، شستشو، کندی- تکرار و شک و تردید می‌باشد. در بررسی هاجسن و راجمن [۲۴] ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها  $0/70$ ،  $0/80$ ،  $0/70$  و  $0/70$  می‌باشد که بیانگر اعتبار مناسب زیر مقیاس‌هاست. ترنر و بیدل<sup>۳۲</sup> ضریب اعتبار این آزمون را  $0/89$  و اعتبار خرده مقیاس‌های کندی- تکرار و شستشو را به ترتیب  $0/39$  و  $0/87$  گزارش کرده‌اند [۲۵]. همچنین در پژوهشی ضریب اعتبار آزمون- بازآزمون آن  $0/82$  برآورد شده است [۲۶]. در بررسی اعتبار آزمون توسط هاجسن و راجمن، همبستگی نمرات آزمون با نمرات پرسشنامه لیتون<sup>۳۳</sup> معنادار و در حد  $0/60$  بود [۲۴]. در ایران روایی محتوایی این آزمون بررسی و مناسب گزارش شده است [۲۶].

**روند اجرای پژوهش:** به منظور بررسی تأثیر هر کدام از روش‌های درمانی (مقایسه درون گروهی) نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون هر گروه از طریق اطلاعات حاصل از پرسشنامه (MOCI) در اولین و آخرین جلسه

30- Hogson  
31- Rachman  
32- Beidel  
33- Leyton Inventory

34- Analysis of covariance (ANCOVA)  
35- covariate

داده‌های جدول ۲ بیانگر تأثیر هر کدام از روش‌های درمانی در مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. تفاوت در هر دو گروه معنادار است. (در گروه رفتاری- شناختی  $(p < 0/01)$  و در گروه رفتاری- فراشناخت  $(p < 0/05)$ ). همچنین با توجه به اندازه‌ی بالاتر از ۰/۸، ES (اندازه اثر) در هر دو گروه می‌توان گفت که هر دو روش درمانی در بهبود بیماران نقش اساسی داشته‌اند [۲۷].

داده‌های جدول ۲ بیانگر تأثیر هر کدام از روش‌های درمانی در مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون می‌باشد. تفاوت در هر دو گروه معنادار است. (در گروه رفتاری- شناختی  $(p < 0/01)$  و در گروه رفتاری- فراشناخت  $(p < 0/05)$ ). همچنین با توجه به اندازه‌ی بالاتر از ۰/۸، ES (اندازه اثر) در هر دو گروه می‌توان گفت که هر دو روش درمانی در بهبود بیماران نقش اساسی داشته‌اند [۲۷].

جدول ۱) اطلاعات مربوط به دو گروه تحقیقی بر حسب متغیرهای جمعیت شناختی و بیماری شناختی

رفتاری- شناختی		رفتاری- شناختی		گروه‌ها		متغیر	
درصد	فراوانی	درصد	فراوانی	زن	مرد		
۱۰۰	۱۱	۷۷/۷۷	۱۴			جنس	جمعیت شناختی
۰	۰	۲۲/۲۳	۴				
۲۷/۲۷	۳	۳۳/۳۳	۶	مجرد		وضعیت تأهل	
۷۲/۷۳	۸	۶۶/۶۷	۱۲	متأهل			
۷۲/۷۲	۸	۵۰	۹	۲۰-۳۰		سن	
۹/۰۹	۱	۳۳/۳۳	۶	۳۰-۴۰			
۱۸/۱۸	۲	۵/۵۵	۱	۴۰-۵۰			
۰	۰	۱۱/۱۱	۲	۵۰-۶۰		میزان تحصیلات	
۹/۰۹	۱	۱۱/۱۱	۲	کمتر از دیپلم			
۴۵/۴۶	۵	۴۴/۴۴	۸	دیپلم و فوق دیپلم			
۳۶/۳۶	۴	۳۸/۳۸	۷	کارشناسی		شغل	
۹/۰۹	۱	۵/۵۵	۱	کارشناسی ارشد و دکتری			
۶۳/۶۴	۷	۵۰	۹	خانه‌دار			
۳۶/۳۶	۴	۵/۵۵	۱	دانشجو		طول مدت بیماری	بیماری شناختی
۰	۰	۳۸/۳۸	۷	کارمند			
۰	۰	۵/۵۵	۱	بیکار			
۰	۰	۱۱/۱۱	۲	کمتر از یکسال		طول مدت بیماری	
۴۵/۴۶	۵	۵/۵۵	۱	یک تا ۵ سال			
۳۶/۳۶	۴	۳۳/۳۳	۶	۵ تا ۱۵ سال			
۱۸/۱۸	۲	۵۰	۹	۱۵ سال و بالاتر			

جدول ۲) میانگین، انحراف معیار، t وابسته و اندازه تأثیر روش درمانی در دو گروه رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی بر اساس نمرات آزمون مادللی

ES	P	t	انحراف معیار	میانگین	منع تغییرات		نمره کل وسواس فکری- عملی
					گروه رفتاری- شناختی	گروه رفتاری- فراشناختی	
۱/۶۳	۰/۰۰۱	۳/۳۷	۴/۹۸	۱۱/۹۵	پیش آزمون	گروه رفتاری- شناختی	
					پس آزمون		
۱/۴	۰/۰۴	۲/۳۴	۷/۲۳	۱۳/۹۳	پیش آزمون	گروه رفتاری- فراشناختی	
					پس آزمون		



جدول ۳ بیانگر میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در نمره کل و زیر مقیاس‌های آزمون وسواس فکری- عملی مادزلی می‌باشد. همان طور که دیده می‌شود بیشترین پراکندگی شرکت کنندگان در زیر مقیاس‌ها در گروه رفتاری- شناختی مربوط به زیر مقیاس واری و در گروه رفتاری- فراشناختی در زیر مقیاس شستشو بوده است. جدول ۴ تفاوت نمرات دو گروه را در پس‌آزمون با تحلیل کواریانس نشان می‌دهد. متغیر همگام در این پژوهش نمره پیش‌آزمون مقیاس مادزلی است که به منظور

کنترل تأثیر آن در بدو ورود به مداخله به کار رفته است. همان طور که داده‌های جدول نشان می‌دهد در مقایسه تأثیرات درمان رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی با استفاده از تحلیل کواریانس و کنترل اثرات پیش‌آزمون تفاوتی بین دو گروه مشاهده نمی‌شود ( $p < 0/05$ ). یعنی دو گروه در میزان اثر بخشی درمانی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشته‌اند.

جدول ۳) آماره‌های توصیفی مربوط به گرایش مرکزی و پراکندگی نمرات آزمون مادزلی

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		منبع تغییرات	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۱/۷۵	۲/۴۴	۲/۳۱	۳/۶۲	واری	رفتاری- شناختی
۲/۲۰	۳/۰۵	۲/۲۱	۳/۳۳	شستشو	
۱/۲۲	۱/۷۲	۱/۸۵	۲/۰۴	کندی- تکرار	
۱/۴۴	۴/۱۱	۱/۷۴	۴/۵۴	تردید و وظیفه‌شناسی	
-۰/۸۴	۱	-۰/۸۰	۱/۲۹	نشخوار فکری	
۴/۶۳	۹/۸۳	۴/۹۸	۱۱/۹۵	کل	
۲/۴۴	۳/۲۷	۲/۲۰	۴/۶۴	واری	رفتاری- فراشناخت
۲/۳۳	۲/۶۳	۳/۵۱	۴/۳۸	شستشو	
۱/۵۶	۲/۳۶	۱/۲۸	۲/۵۷	کندی- تکرار	
۱/۴۷	۴/۸	۱/۶۸	۴/۵۳	تردید و وظیفه‌شناسی	
-۰/۵۲	۱/۴۴	-۰/۶۴	۱/۷۲	نشخوار فکری	
۵/۰۹	۱۱	۷/۲۳	۱۳/۹۳	کل	

جدول ۴) خلاصه نتایج تحلیل کواریانس مربوط به نتایج آزمون مادزلی در مورد گروه رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناخت

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	ایتا	توان
پیش‌آزمون	۴۲۴/۲۴	۱	۴۲۴/۲۴	۵۵/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
گروه	۰/۷۷	۱	۰/۷۷	۰/۰۱	۰/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۰۵

جدول ۵) خلاصه نتایج تحلیل کواریانس زیر مقیاس‌های آزمون مادزلی در مورد گروه رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناخت

توان	ایتا	P	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	منبع تغییرات	زیرمقیاس‌های مادزلی
۰/۹۲	۰/۳۲	۰/۰۰۱	۱۲/۲۸	۳۳/۲۱	۱	۳۳/۲۱	پیش‌آزمون	وارسی
۰/۰۸	۰/۰۱	۰/۵۹	۰/۲۹	۰/۷۹	۱	۰/۷۹	مقایسه دو گروه	
۰/۹۹	۰/۵۳	۰/۰۰۱	۲۸/۲۸	۶۸/۹۲	۱	۶۸/۹۲	پیش‌آزمون	شستشو
۰/۲۰	۰/۰۵	۰/۲۵	۱/۳۶	۳/۳۳	۱	۳/۳۳	مقایسه دو گروه	
۰/۰۸	۰/۱۳	۰/۵۷	۰/۳۲	۰/۵۷	۱	۰/۵۷	پیش‌آزمون	کندی- تکرار
۰/۳۲	۰/۰۸	۰/۱۳	۲/۴۰	۴/۱۷	۱	۴/۱۷	مقایسه دو گروه	
۰/۸۹	۰/۲۹	۰/۰۰۱	۱۱/۱۰	۲۰/۱۷	۱	۲۰/۱۷	پیش‌آزمون	تردید و وظیفه شناسی
۰/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۰/۰۳	۰/۰۶	۱	۰/۰۶	مقایسه دو گروه	
۰/۳۸	۰/۱۲	۰/۰۹	۳/۰۳	۱/۶۶	۱	۱/۶۶	پیش‌آزمون	نشخوار فکری
۰/۱۹	۰/۰۵	۰/۲۶	۱/۳۰	۰/۷۱	۱	۰/۷۱	مقایسه دو گروه	

سن [۱۲] در خصوص واسطه بودن مسئولیت و سرکوبی فکر بین افکار مزاحم و علائم وسواس و پژوهش مکملی، نشاط دوست و عابدی [۱۰] قابل اشاره است. به همین ترتیب در اثر بخشی روش درمان رفتاری- فراشناختی پژوهش‌های فیشر و ولز در درمان بیماران OCD [۲۰]، ریس و ون کاسولد در گروه درمانی بیماران OCD [۲]، فیشر و ولز در آزمون تجربی درمان فراشناخت بر بیماران OCD [۲۱] و پژوهش اندوز [۲۲] در یک مطالعه موردی مؤید نتایج این پژوهش در اثر بخشی روش درمان رفتاری- فراشناخت بر بیماران OCD می‌باشد. اما در مقایسه دو رویکرد رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی در درمان OCD پژوهشگران به مقایسه مشابهی دست نیافتند. پژوهش‌ها تا این زمان، به جای مقایسه این دو روش به طور مستقیم به تحلیل مؤلفه‌های تشکیل دهنده عناصر درمانی در این دو رویکرد پرداخته‌اند. در پژوهشی، گویلیام<sup>۳۶</sup>، ولز و کارت رایت- هاتون<sup>۳۷</sup>، در بررسی اینکه مسئولیت یا فراشناخت، کدامیک پیش بینی کننده علائم وسواس- اجبار می‌باشند، به این نتیجه رسیدند که مسئولیت و باورهای فراشناخت هر دو با OCD ارتباط دارند، اما ارتباط بین مسئولیت و علائم

جدول ۵ تفاوت نمرات دو گروه را در زیر مقیاس‌های آزمون مادزلی از طریق تحلیل کواریانس نشان می‌دهد. نمرات پیش‌آزمون در زیر مقیاس‌های مادزلی به عنوان متغیر همگام برای کنترل تأثیر درمانی آنها در بدو ورود به مداخله به کار رفته است. با توجه به این جدول تفاوت در هیچکدام از زیر مقیاس‌ها معنادار نیست.

### بحث

همان طور که اشاره شد نتایج این پژوهش اثربخشی دو روش درمانی رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی درمانی را در مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای درمان OCD نشان داد. علاوه بر این، نتایج این پژوهش تفاوت معناداری را بین نتایج درمانی دو روش مداخله رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی نشان نداد. نتایج در خصوص تأثیر درمانی روش رفتاری- شناختی مؤید نتایج پژوهش‌های قبلی است. وجود رابطه بین باورهای شناختی و علائم OCD در پژوهش‌های مختلف نشان داده شده است. در این رابطه پژوهش‌های نظری پاردن [۷] در خصوص بازدارنده فکر، پژوهش وال، سالکوفسکیس و کاتر [۸] در خصوص وسواس شستشو، گزارش ترنر [۹] در مورد اختصاصی بودن باور مسئولیت در بیماران OCD، پژوهش شافران [۱۱] و پژوهش اسماری و هولم استین

36- Gwilliam  
37- Cartwright-Hatton

وابسته به باورهای فراشناخت است و نه مستقل. شاید به همین دلیل باشد که دو روش درمانی مورد نظر ما منجر به تغییرات درمانی شده‌اند و موید این امر می‌باشند که در هر حال هر دو عامل، چه مستقل و چه با واسطه، با OCD در رابطه می‌باشند. انجام پژوهش‌های بیشتر به ویژه مداخله‌های موردی و پیگیری طولانی مدت نتایج درمانی، باضافه کنترل و ثبت تغییرات گام به گام مجموعه باورهای شناختی و فراشناختی می‌تواند نقش اصلاح این باورها و تقدم و تأخر آنها را در اقدامات درمانی، به طور شفاف‌تر مشخص نماید. به نظر ولز مدل فراشناخت با نظریه شناختی (طرحواره) همسان است، اما از جهاتی از این مدل کامل‌تر است، زیرا ساختارهای شناختی، سطوح کنترل، توجه و فرآیندهای چندگانه و اجزاء فراشناختی شناخت را با طرحواره ترکیب می‌کند. به این ترتیب در رویکرد درمانی فراشناخت علاوه بر تمرکز بر درمان‌های شناختی و رفتاری سنتی، در سنجش و درمان مراجعین باید بر بازسازی فراشناخت ناسازگار آنها نیز تأکید کرد. در روش درمانی فراشناخت به کار رفته در این پژوهش نیز آنجاکه سخن از باور اصلی است، این دو رویکرد تا حدی به یکدیگر نزدیک می‌شوند. اما آنچه منجر به تمایز این دو می‌شود، فراشناخت‌هایی است که پردازش را هدایت می‌کنند، مثل سندرم توجهی- شناختی و راهبردهای مقابله‌ای نشأت گرفته از باورهای فراشناخت [۱۸]. در رویکرد فراشناخت باورهایی نظیر احساس مسئولیت افراطی و کمال‌گرایی نفی نمی‌شوند، بلکه اینها برآمده از باورهای فراشناخت می‌باشند. بنابر این، بخشی از نتایج یکسان به دست آمده می‌تواند ناشی از شباهت‌های این دو روش در مایه‌های شناختی و رفتاری موجود باشد، اما با فرض وجود این شباهت توجه به روش‌های پردازش اطلاعات و اصلاح آن، انتظار نتایج بهتر را در گروه فراشناخت ایجاد می‌کند. در حالیکه در عمل این امر محقق نشده

وسواس- اجبار از نظر آماری وابسته به فراشناخت است، در حالیکه ارتباط بین باورهای فراشناخت و OCD مستقل از مسئولیت می‌باشد. نتایج این پژوهش حمایتی را برای رویکرد رفتاری- فراشناخت در مقایسه با رویکرد رفتاری- شناختی فراهم نمود [۲۸]. در واقع باورهای شناختی به عنوان اینکه حاصل باورهای فراشناخت هستند مورد توجه قرار می‌گیرند و به این ترتیب در رویکرد رفتاری- فراشناخت ضرورتی ندارد که ارزیابی‌های طبقه‌بندی شده در سطوح پایین‌تر نظیر مسئولیت، تحمل نکردن عدم قطعیت و غیره اصلاح شوند، بلکه درمان باید روی اصلاح فرآیندهای فراشناخت سطوح بالاتر نظیر باورهایی در مورد اهمیت و قدرت افکار متمرکز شود [۲۰]. همچنین در پژوهش مایرز، فیشر و ولز [۳] در مورد پرسشنامه 44-OBQ<sup>۳۸</sup> تحلیل نهایی نشان داد که نگرانی، تهدید و اهمیت کنترل افکار پیش‌بینی کننده‌های مستقل علائم وسواس- اجبار هستند، اما کمال‌گرایی و مسئولیت خیر در تحلیل اکتشافی برای انواع فرعی وسواس- اجبار و با کنترل کردن نگرانی<sup>۳۹</sup>، عوامل تهدید، اهمیت و کنترل افکار و کمال‌گرایی به عنوان پیش‌بینی کننده‌های معنادار انواع خاصی از علائم وسواس- اجبار مشخص شدند. در پژوهش مایرز و ولز نیز نشان داده شد که مسئولیت و باورهای فراشناخت به طور مثبت با علائم وسواس- اجبار همراه بودند، حتی هنگامی که نگرانی کنترل می‌شد، با وجود این مسئولیت با علائم وسواس- اجبار هنگامی که فراشناخت و نگرانی کنترل می‌شدند، ارتباط نداشت در حالیکه ارتباط بین باورهای فراشناخت و علائم وسواس- اجبار مستقل از نگرانی و مسئولیت بود [۲۹]. به این ترتیب مجموع این پژوهش‌ها، عوامل فراشناخت را به عنوان پیش‌بینی کننده‌های مستقل علائم وسواس- اجبار معرفی می‌کند. اما عواملی مثل مسئولیت و کمال‌گرایی گرچه با علائم وسواس- اجبار در رابطه‌اند، اما این ارتباط

38- Obsessive Beliefs Questionnaire -44(OBQ-44)

39- worry

آنها در این خصوص بیشتر می‌باشد. گرچه استفاده از روش‌های رفتاری در هر دو گروه رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناخت با دو استدلال متفاوت تا حدی از فاصله این دو روش کاسته و مشکلات ناشی از انتزاعی بودن مفاهیم و روش‌ها را کمتر می‌کند، اما به نظر می‌رسد درمانگران رفتاری- فراشناختی جهت دستیابی این رویکرد به مقبولیتی نسبی در بین عامه درمانجوها بایستی هم خود را در جهت تسهیل مفاهیم برای درمان جویان و استفاده از روش‌های کمتر انتزاعی مصروف نمایند. در پایان لازم به ذکر است که به دلیل عدم امکان اجرای همزمان هر دو روش درمانی و تشکیل گروه‌ها با استفاده از نمونه‌های در دسترس، انجام پژوهش‌هایی که بدون وجود این محدودیت‌ها بتواند امکان مقایسه دقیق‌تر دو روش را فراهم سازد امری مطلوب خواهد بود. علاوه بر این مقایسه دو روش رفتاری- شناختی و رفتاری- فراشناختی با درمان فردی و همچنین مقایسه تأثیر روش‌های درمان فردی و گروهی فراشناخت می‌تواند از خطوط بعدی پژوهش در این حوزه باشد.

### تشکر و قدردانی

بدینوسیله از مراکز مشاوره پارسه، نوید بخش و همراز در اصفهان، به دلیل فراهم کردن امکان تشکیل جلسات درمان گروهی و از همه مراجعان که حاضر شدند در این پژوهش شرکت کنند، تشکر می‌کنیم.

### منابع

- ۱- سادوک بنیامین، سادوک ویرجینیا. خلاصه روان‌پزشکی علوم رفتاری- روان‌پزشکی. جلد دوم. پور افکاری نصرت الله، مترجم. تهران: انتشارات شهرآب؛ ۱۳۸۲. ص. ۲۲۱.
- 2- Rees CS, Van Koesveld KE. An open trial of group metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder. *J Behave Ther Exp Psychiatry* . 2008; (39): 451-458.
- 3- Myers SG, Fisher PL, Wells A. Belief domains of the obsessive Beliefs Questionnaire-44 (OBQ-44) and their specific relationship with obsessive-compulsive symptoms. *J Anx Disord*. 2008; (22): 475-484.

است، در توجیه این نتیجه این فرض را می‌توان مطرح کرد که اصلاح سیستم پردازش اطلاعات، سندرم توجهی- شناختی و راهبردهای مقابله‌ای گرچه می‌تواند تغییرات عمیق و پایداری ایجاد کند، اما در مقایسه با شرایطی که محتوای شناخت به طور مستقیم مورد توجه و اصلاح قرار می‌گیرد، نیازمند مدت زمان بیشتری برای اثرگذاری بر باورهای فراشناخت و محتوای شناختی افراد است. برای تأیید این فرض، انجام پژوهش‌هایی با پیگیری طولانی مدت ضروری است. گرچه این امر نیز قابل انکار نیست که این روش با قدمتی کمتر از رویکردهای شناختی صرف، در مرحله عمل و در مدت زمانی محدود توانمندی تأثیر درمانی در حد روش‌های شناختی موجود را داشته است و این حداقل به معنای ایجاد یک روش جایگزین و جانشین برای درمان بیماران OCD است. اما علاوه بر مقایسه دو گروه با استفاده از روش‌های توصیفی و استنباطی در آمار، با توجه به مشاهدات پژوهشگر در جریان درمان، نکاتی به منظور مقایسه کیفی این دو روش قابل ذکر است. آنچه توسط ولز و همکاران تحت عنوان روش رفتاری- فراشناختی مطرح شده است، گرچه در حوزه نظری مستدل بوده و از پایه‌های نظری قوی در حوزه یادگیری، رشد و آسیب شناسی برخوردار است، اما در مرحله عمل کاربرد آن در جلسات درمانی با مشکلاتی مواجه است. در مقایسه با مفاهیم شناختی بعضی مفاهیم فراشناختی نظیر معنای فکر و ائتلاف‌ها انتزاعی‌تر بوده و تفهیم آن هم نیازمند تجربه کافی درمانگر و هم سطح نسبتاً مطلوبی از دانش عمومی درمانجو می‌باشد. درمانجوهایی کم سواد عملاً از این روش بهره‌چندانی نخواهند برد و درمانگران کم تجربه نیز چندان توفیقی در کاربرد این روش نخواهند داشت. در حالیکه به نظر می‌رسد در حوزه رفتاری- شناختی جاذبه کلی مطالب و مفاهیم بیشتر بوده و مفاهیم به دلیل برخورداری از جنبه اجتماعی [۳] قوی‌تر، برای درمانجوها ملموس‌تر می‌باشند و مقاومت آنها در استفاده از روش‌های ارائه شده کمتر و سطح همکاری

- 17- Wells A, Matthews G. Modelling cognition in emotional disorder: The S-REF Model. *Behav Res Ther.* 1996; (32): 867-870.
- 18- Wells A. Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy. 1sted. chichester, UK: Wiley; 2000.
- 19- Myers SG, Fisher PL, Wells A. An empirical test of the metacognitive model of obsessive-compulsive symptoms: Fusion beliefs, beliefs about rituals, and stop signals. *J Anx Disord.* 2009; (23): 436-442.
- 20- Fisher PL, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp psychiatry.* 2008; (39): 117-132.
- 21- Fisher PL, Wells A. Experimental modification of beliefs in obsessive-compulsive disorder: a test of the metacognitive model. *J Behave Res Ther.* 2005; 43(6): 821-829.
- ۲۲- اندوز زهرا. کارآیی و اثربخشی الگوی فراشناختی ولز در درمان یک مورد اختلال وسواسی- اجباری. *مجله اندیشه و رفتار.* ۱۳۸۵؛ ۱۲(۱): ۶۱-۵۹.
- ۲۳- عابدی محمدرضا. مشاوره شناختی وسواس. [زیر چاپ].
- 24- Hogson RJ, Rachman S. Obsessional-compulsive complaints. *J Behav Res Ther.* 1977; (15): 389-395.
- 25- Turner SM, Beidel DC. Treating obsessive-compulsive disorder. New York: Pergamon Press; 1996.
- ۲۶- سجادیان ایلناز. تأثیر آموزش روش ذهن آگاهی بر میزان علائم اختلال وسواس- اجبار در زنان شهر اصفهان [پایان نامه کارشناسی ارشد]. اصفهان: دانشگاه اصفهان؛ ۱۳۸۵.
- ۲۷- فراهانی حجت اله، عربی حمیدرضا. روش های پیشرفته پژوهش در علوم انسانی. اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی؛ ۱۳۸۴. ص. ۲۸۴-۲۸۰.
- 28- Gwilliam P, Wells A, Cartwright-Hatton S. Dose metacognition or responsibility predict obsessive-compulsive symptoms: a test of the metacognitive model. *Clin Psychol psychother.* 2004; 11(2): 137-144.
- 29- Myers S, Wells A. obsessive-compulsive symptoms: the contribution of metacognitions and responsibility. *J Anx Disord.* 2005; 19(7): 806-817.
- 4- Salkovskis P, Shafran R, Rachman S, Freeston MH. Multiple pathways to inflated responsibility beliefs in obsessional problems: possible origins and implications for therapy and search. *Behav Res Ther.* 1999; 37(11): 1055-1072.
- 5- Whittal ML, Thordarson DS, Mc Lean PD. Treatment of obsessive-compulsive disorder: cognitive behavior therapy vs. exposure and response prevention. *J Behav Res Ther.* 2005; (43): 1559-1576.
- 6- Cogle JR, Lee HJ, Salkovskis PM. Are responsibility beliefs inflated in non-checking OCD patients. *J Anx Disord.* 2007; (21): 153-159.
- 7- Purdon C. Empirical investigation of thought suppression in OCD. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2004; 35(2): 121-136.
- 8- Wahl K, Salkovskis PM, Cotter I. I Wash until in feels right the Phenomenology of stoping criteria in obsessive-Compulsive washing. *Anx Disord.* 2008; (22): 143-161.
- 9- Turner GM. Cignitive-behavioral theory and therapy for obsessive compulsive disorder in children and adolescents: current status and future directions. *Journal of Clinical. J Clin Psychol Rev.* 2006; 26(7): 912-938.
- ۱۰- مکملی زهرا، نشاط دوست حمید طاهر، عابدی محمدرضا. اثربخشی درمان شناختی- رفتاری گروهی در اختلال وسواسی- اجباری. فصلنامه تازه های علوم شناختی. ۱۳۸۴؛ ۷(۴): ۱۳-۸.
- 11- Shafran R, The manipulation of responsibility in obsessive-compulsive disorder. *Br J Clin Psychol.* 1997; 36(3): 391-407.
- 12- Smari J, Holmsteinson HE. Intrusive thoughts, responsibility attitudes, thought-action fusion, and chronic thought suppression in relation to obsessive-compulsive symptoms. *Behav Cogn Psychother.* 2001; 29(1): 13-20.
- 13- Fisher PL, Wells A. How effective are cognitive and behavioral treatments for obsessive-compulsive disorder? A clinical significance analysis. *J Behav Res Ther.* 2005; (43): 1543-1558.
- 14- Chosak A, Marques L, Fama J, Renaud S, Wilhelm S. Cognitive therapy for obsessive-compulsive disorders: a case example. *Cogn Behav Pract.* 2009; (16): 7-14.
- 15- Montes JMG, Perez-Alvarez M, Balbuena CS, Garcelan SP, Cangas AJ. Metacognition in patients with hallucinations and obsessive-compulsive disorder: The superstition factor. *J Behav Res Ther.* 2006; 44(8): 1091-1104.
- 16- Wells A. Cognition about cognition: Metacognitive therapy and change in Generalized Anxiety Disorder and social phobia. *J Cogn Behav pract.* 2007; (14): 18-25.